



SCN 40-782

PRESENTAZIONE DI CARLO SIGNORELLI

AL

8^ FORUM MERIDIANO SANITÀ

Palazzo Rospigliosi - Roma

5 novembre 2013

Questa documentazione costituisce la base sintetica di una presentazione, ed è incompleta senza i commenti e le integrazioni del relatore. Data la natura interattiva dell'iniziativa, è probabile che non tutti i lucidi qui previsti siano utilizzati nel corso delle presentazioni e/o che ne possano essere utilizzati altri, qui non contenuti.

Riprodotta da The European House - Ambrosetti, per gentile concessione dell'Autore, per esclusivo uso interno.



Forum Meridiano Sanità 2013

Le attività di prevenzione: stato dell'arte e prospettive future

Carlo Signorelli

© 2013 The European House - Ambrosetti S.p.A. TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Questo documento è stato ideato e preparato da TEH-A per il cliente destinatario; nessuna parte di esso può essere in alcun modo riprodotta per terze parti o da queste utilizzata, senza l'autorizzazione scritta di TEH-A. Il suo utilizzo non può essere disgiunto dalla presentazione e/o dai commenti che l'hanno accompagnato.



Indice

- ↳ Definizioni e importanza degli investimenti in prevenzione
- ↳ Prevenzione e consenso politico
- ↳ Interventi di prevenzione:
 - ↳ Prevenzione individuale e collettiva attraverso interventi mirati sui fattori di rischio
 - ↳ Gli impatti dei vaccini sull'incidenza di alcune patologie infettive in Italia
 - ↳ Programmi di screening oncologici e screening cardio-cerebrovascolare
 - ↳ Management delle patologie cronico-degenerative ad alto impatto sociale
 - ↳ La medicina predittiva
- ↳ Le sei proposte per la prevenzione di Meridiano Sanità



La posizione di OMS, UE e Italia in materia di prevenzione

- L'OMS raccomanda che tutti i Paesi attuino politiche di prevenzione sanitaria e di proteggere il livello di finanziamento dei servizi di prevenzione e sanità pubblica
- Il 3° Programma UE in materia di salute (2014-2020): «Salute per la crescita» prevede di:
 - ✓ *Individuare, diffondere e promuovere l'adozione di buone pratiche validate per misure di prevenzione efficaci sotto il profilo dei costi, affrontando i principali fattori di rischio, segnatamente il tabagismo, l'abuso di alcol e l'obesità, nonché l'HIV/AIDS, incentrandosi particolarmente sulla dimensione transfrontaliera, nell'intento di prevenire le malattie e promuovere la buona salute*
- Il Governo Italiano, dal 2005, ha introdotto il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). In corso il PNP 2010-12
- Tra le priorità del Ministero la **valorizzazione delle policies relative alla prevenzione**, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere applicata



Definizioni

- **Prevenzione primaria**
 - ✓ Rimuovere i fattori di rischio
 - ✓ Proteggere gli esposti (es. vaccini)
- **Prevenzione secondaria**
 - ✓ Diagnosi precoce malattie
 - ✓ Identificazione situazioni a rischio
- **Prevenzione terziaria**
 - ✓ Riabilitazione / Prevenzione delle complicanze in soggetti già malati

+++++
- **Prevenzione attiva**
 - ✓ Interventi sulla persona (es vaccini, screening)
(Comprende interventi di prev. primaria e secondaria)
- **Prevenzione collettiva**
 - ✓ Interventi in ambienti di vita e di lavoro, campagne di popolazione

Gli ATTORI DEL SISTEMA non sono soltanto i medici ma anche amministratori, progettisti, tecnici, sociologi ecc.

Classificazione programmi di prevenzione (PNP 2010-12)

- **Prevenzione come promozione della salute**
 - ✓ Politiche favorevoli alla salute e di tipo regolatorio (Piani urbanistici, Codice della strada, orientamento dei consumi, ecc.)
 - ✓ Programmi di sanità pubblica (es. vaccinazioni, sorveglianza e controllo delle malattie)
 - ✓ Interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (settore alimentare, acque potabili, prevenzione infortuni e malattie professionali)
- **Prevenzione come individuazione del rischio**
 - ✓ Screening di popolazione e "mirati"
 - ✓ Medicina predittiva
- **Prevenzione come gestione delle malattie e delle sue complicanze**
 - ✓ Adozione protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio

I paradossi della prevenzione

- "Un intervento che porta ampi benefici alla comunità fornisce pochi vantaggi all'individuo" (*G Rose*)
- "In troppe Aziende le Direzioni generali considerano il settore della prevenzione come un ramo secco da tagliare" (*L Salizzato*)
- "Prevenzione allunga la vita aumentando i costi complessivi delle cure sanitarie" (*AAVV*)
- "I risultati della prevenzione si misurano dopo il termine del mandato di DG e Assessori" (*AAVV*)
- "Spesso le iniziative di prevenzione sono discrezionali per i decisori sanitari e la creazione di consenso attorno ad esse è più difficile, anche se possibile" (*C Signorelli, 2012*)

VEDI ESEMPI

Indice

- ↳ Definizioni e importanza degli investimenti in prevenzione
- ↳ Prevenzione e consenso politico
- ↳ Interventi di prevenzione:
 - ↳ Prevenzione individuale e collettiva attraverso interventi mirati sui fattori di rischio
 - ↳ Gli impatti dei vaccini sull'incidenza di alcune patologie infettive in Italia
 - ↳ Programmi di screening oncologici e screening cardio-cerebrovascolare
 - ↳ Management delle patologie cronico-degenerative ad alto impatto sociale
 - ↳ La medicina predittiva
- ↳ Le sei proposte per la prevenzione di Meridiano Sanità

L'economia della prevenzione

- La prevenzione raramente porta a risparmi nel breve periodo (*cost-saving*)
- Molti interventi sono *cost-effectiveness* ma impegnano risorse
- Spesso i bisogni di prevenzione non si traducono in domanda
- Il successo degli interventi non dipende solo dalle scelte, ma anche dagli altri *stakeholders* e dalla capacità dei cittadini di divenire parte attiva
- Sarebbe inoltre opportuno valutare i costi della "non prevenzione" (es. costi per malattie prevenibili con vaccinazioni consigliate, costi per incidenti e infortuni evitabili, ecc.)



Modificata da: Cislighi & Costa, 2013

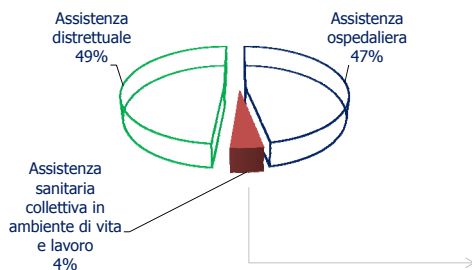
Alcuni esempi

Alcuni interventi di sanità pubblica negli Stati Uniti (costo per anno di vita guadagnato)



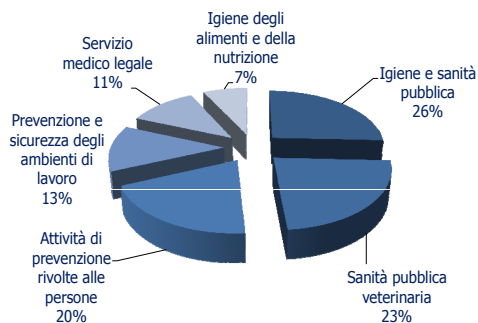
Spesa per la prevenzione in Italia

Ripartizione % spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli di assistenza, 2011



L'indicatore di costo che misura la % dei costi di ciascuna regione per le prestazioni di «Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro» risulta pari al **4,2%** mentre la soglia ribadita nel Patto della Salute 2010-2012 è del **5%**

Ripartizione della spesa sanitaria nazionale per livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, 2011

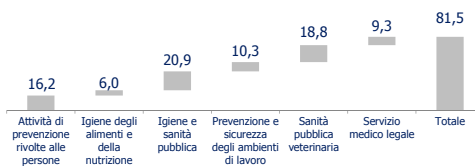


La spesa in prevenzione valori assoluti e pro capite

Composizione della spesa per il livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (in miliardi di €)



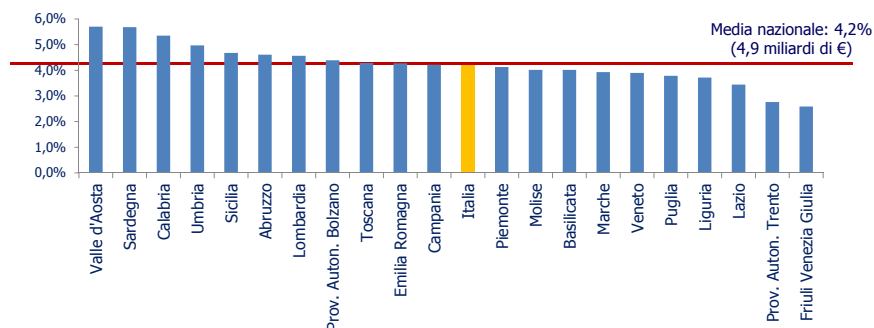
Composizione della spesa pro capite del livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (in €)



Attività di prevenzione rivolte alle persone, prestazioni:

- Vaccinazioni obbligatorie raccomandate anche a favore dei bambini extracomunitari non residenti;
- Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva in attuazione del PSN/PNP;
- Prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche.

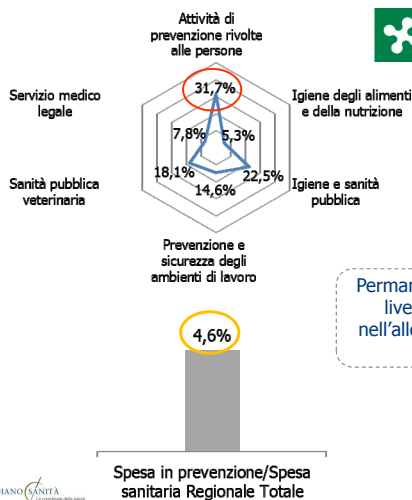
La spesa sanitaria nazionale destinata alla prevenzione delle Regioni (% spesa sanitaria, anno 2011)



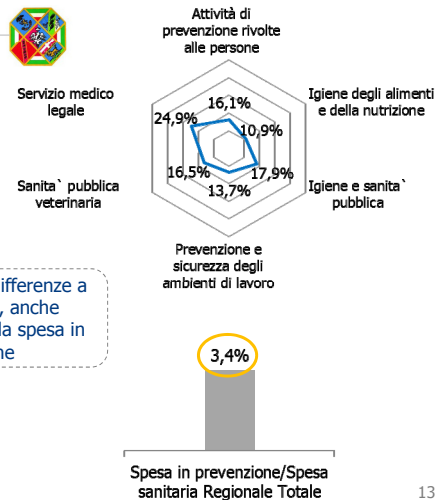
Nonostante la spesa pubblica italiana destinata alla prevenzione sia superiore alla media europea, permangono ancora **forti differenze a livello regionale**

Allocazione della spesa sanitaria in prevenzione in diverse Regioni italiane – confronto tra due modelli

Regione Lombardia

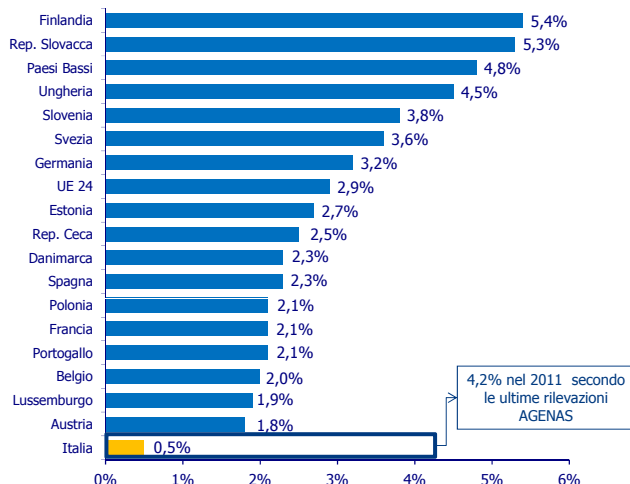


Regione Lazio



Permangono forti differenze a livello regionale, anche nell'allocazione della spesa in prevenzione

La spesa sanitaria pubblica destinata alla prevenzione nei Paesi europei (OCSE, 2010)



«...le modalità di raccolta dei dati di spesa sanitaria nell'ambito del *System of Health Accounts* sviluppato da Ocse, Oms e Eurostat, non permettono di includere nella spesa per la prevenzione attività svolte in medicina generale, come in Italia o in Spagna, che quindi vengono incluse nelle spese per *curative care*...»

(Capobianco & Sassi, 2013)

Indice

- ↳ Definizioni e importanza degli investimenti in prevenzione
- ↳ Prevenzione e consenso politico
- ↳ **Interventi di prevenzione:**
 - ↳ Prevenzione individuale e collettiva attraverso interventi mirati sui fattori di rischio
 - ↳ Gli impatti dei vaccini sull'incidenza di alcune patologie infettive in Italia
 - ↳ Programmi di screening oncologici e screening cardio-cerebrovascolare
 - ↳ Management delle patologie cronico-degenerative ad alto impatto sociale
 - ↳ La medicina predittiva
- ↳ Le sei proposte per la prevenzione di Meridiano Sanità

Interventi mirati sui fattori di rischio e mortalità evitabile

- **La qualità della vita** (oltre che la sua lunghezza) è un fattore fondamentale sia per il singolo cittadino che per la società
- La **prevenzione a partire dai primi anni della vita** e il **cambiamento degli stili di vita da adulti** (abitudini alimentari, attività fisica, ecc..) diventano fattori irrinunciabili per garantire una buona qualità della vita e sono un potente mezzo per lo sviluppo economico di una nazione
- Circa un quarto di tutte le malattie è dovuto all'esposizione a **fattori ambientali** e gran parte di questi rischi potrebbero essere evitati attraverso interventi mirati
 - ✓ Una causa di morte viene detta "evitabile" quando si conoscono interventi capaci di ridurre il numero di decessi da essa provocati
 - ✓ In Italia si stimano circa 100 mila morti evitabili/anno (<75a) per il 56,6% mediante la prevenzione primaria, per il 16,6% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte attraverso una migliore assistenza sanitaria

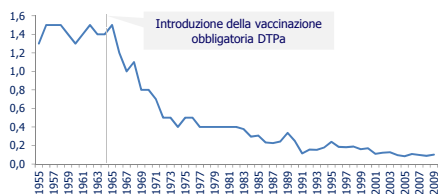
Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014

CALENDARIO NAZIONALE VACCINAZIONI OFFERTE ATTIVAMENTE A TUTTA LA POPOLAZIONE (PNPV 2012-14)										
	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni
DTPa		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa (1)	dTpa	
IPV		IPV	IPV	IPV				IPV		
HBV	HBV (3)	HBV	HBV	HBV						
Hib		Hib	Hib	Hib						
MPR							MPR	MPR	MPR (4)	
PCV		PCV	PCV	PCV						
Men C							Men C (5)		Men C (5)	
HPV									HPV (3 dosi)	
Influenza										Influenza
Varicella									Var (2 dosi)	

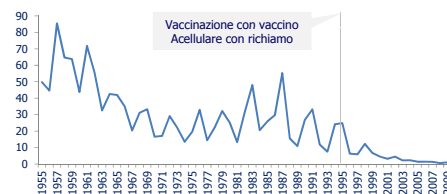
Rappresenta i LEA dei vaccini!

Impatti vaccinazioni e incidenza di alcune malattie in Italia

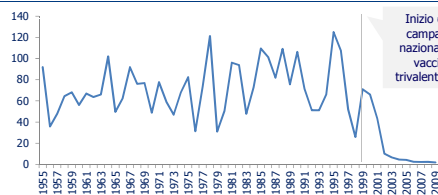
Prevalenza del Tetano in Italia su 100.000 abitanti, 1955-2009



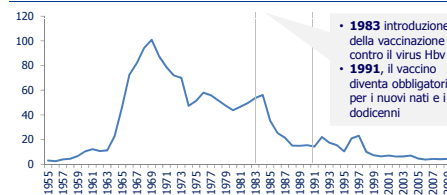
Prevalenza della Pertosse in Italia su 100.000 abitanti, 1955-2009



Prevalenza della Parotite in Italia su 100.000 abitanti, 1955-2009



Prevalenza dell'Epatite B in Italia su 100.000 abitanti, 1955-2009



Campagne vaccinali: spesso sono scelte politiche



LEGGE 27 maggio 1991, n. 165

Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B.

Qualche dubbio iniziale
SCARSO CONSENSO



Regione del Veneto

LR 23 marzo 2007, n.7

SOSPENSIONE DELL'OBBLIGO VACCINALE

Possibili rischi "coperture"
CONSENSO POLITICO



Legge 27 dicembre 2006, n. 296

Campagna fallita
RITORNI NEGATIVI



"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)"

pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 299 del 27 dicembre 2006 - Supplemento ordinario n. 244

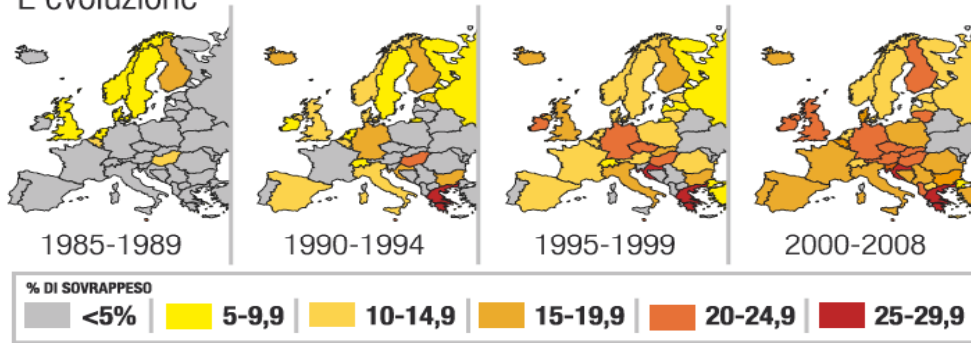
Efficacia teorica
CONSENSO POLITICO

Le politiche vaccinali stanno cambiando

- Interesse verso le malattie croniche e protezione che riguarda maggiormente adulti e anziani
- Cambiano e si estendono le professionalità sanitarie coinvolte (es. ginecologi, MMG, ecc)
- Popolazione si documenta sempre più su internet dove oltre il 90% dei siti hanno impostazioni negative sui vaccini
- Strumentalizzazioni e movimenti antivaccinatori
- Aziende farmaceutiche hanno aumentato investimenti nei nuovi vaccini per le loro ottime potenzialità

Obesità: l'epidemia più preoccupante

L'evoluzione



Iniziative per contrastare sovrappeso e obesità

- Campagne mirate di informazione ed educazione sanitaria
- Controllo diete (soprattutto in età infantile e adolescenziale)
- Promozione attività motorie e sportive
- Provvedimenti politici di supporto (es. *Junk food tax, divieti di pubblicità*)
- Screening ipertensione e altre patologie cardiovascolari

Lo screening cardio-cerebrovascolare

Due strategie principali nel campo della prevenzione delle malattie cardiocerebrovascolari (CCV):

1. quella mirata alla fascia di persone ad elevato rischio CCV
2. quella mirata alla popolazione generale

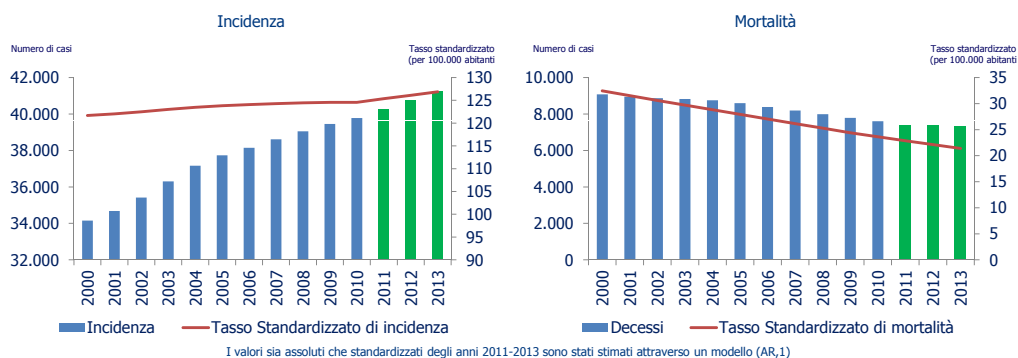


Risultati della Campagna «Progetto Cuore» sul monitoraggio dei fattori di rischio CCV in Italia, 2007-2012

	UOMINI		DONNE		Linee Guida Europee
	media	dev st	media	dev st	
Età (anni)	57	13	57	12	
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	134	18	129	20	120-129
Pressione arteriosa diastolica (mm Hg)	84	10	79	10	80-84
Colesterolemia totale (mg/dl)	211	44	220	44	200
Colesterolemia HDL (mg/dl)	51	13	62	15	≥50
Glicemia (mg/dl)	103	26	95	24	110
Trigliceridemia (mg/dl)	137	84	109	56	<150
LDL (mg/dl)	132	38	136	37	115
Cresatinemia (mg/dl)	0,9	0,3	0,7	0,1	da 0,5-1 donne; 0,7-1,2 uomini
Consumo di sale (g/die) da raccolta delle urine 24h	11	4	8	3	5
Indice di Massa Corporea (kg/m2)	28	4	27	6	<25
Circonferenza vita (cm)	97	12	87	13	<88 donne; <102 uomini
Numero di sigarette (solo per fumatori)	16	9	12	8	0
Anni di studio	11	5	10	5	
Rischio cardiovascolare Progetto CUORE	8	8	2	3	

1. La prima strategia ha l'obiettivo di identificare, attraverso il calcolo del rischio globale assoluto (Carte del rischio), le persone più esposte all'insorgere di patologie CCV che necessitano di interventi sullo stile di vita e farmacologici codificati dalle linee guida
2. La seconda ha l'obiettivo di ridurre i livelli medi dei fattori di rischio nella popolazione, indipendentemente dal rischio individuale, attraverso comportamenti virtuosi

La prevenzione secondaria in Italia – Il carcinoma alla mammella



- Il carcinoma della mammella rappresenta ancora oggi il **tumore più frequente nella popolazione femminile**, sia per incidenza che per mortalità
- Tra il 2000 e il 2010, la riduzione della mortalità su base nazionale ha seguito una trend decrescente con un tasso del **-3,1%** ogni anno.
- La diminuzione della mortalità, accanto a un costante incremento dell'incidenza, dipende dal miglioramento delle possibilità di cura, soprattutto per le lesioni diagnosticate precocemente

L'adesione corretta allo screening alla mammella nelle Regioni italiane

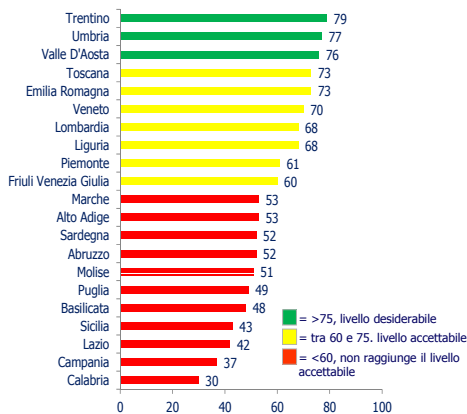
- L'adesione corretta si mantiene ai livelli del 2007 nel Nord e Centro mentre migliora al Sud
- Il dato medio italiano è in linea con lo standard di accettabilità del 60%
- Solo 3 Regioni raggiungono il livello desiderabile (75%), in linea con il dato 2007
- Pemane una forte disparità tra Nord e Sud del Paese

*Il tasso di adesione misura la quota delle donne invitate che si sono effettivamente sottoposte alla mammografia.

Confronto tra l'adesione corretta 2007 e 2010

Adesione Corretta	2007	2010
Valle D'Aosta	64	76
Piemonte	65	61
Liguria	62	68
Lombardia	64	68
Trentino	81	79
Alto Adige	85	53
Veneto	76	70
Friuli Venezia Giulia	59	60
Emilia Romagna	73	73
NORD	68	67
Toscana	69	73
Umbria	64	77
Marche	53	53
Lazio	50	42
CENTRO	59	58
Abruzzo	49	52
Molise	43	51
Campania	39	37
Puglia	20	49
Basilicata	58	48
Calabria	26	30
Sicilia	32	43
Sardegna	51	52
SUD e ISOLE	37	43
ITALIA	61	60

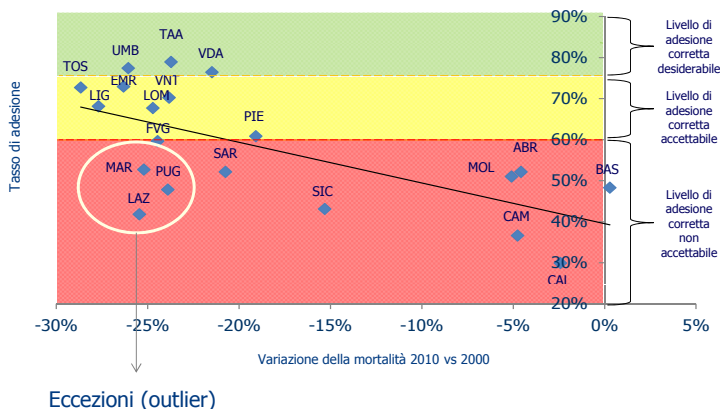
Adesione corretta nelle Regioni italiane e compliance con i target stabiliti dall'ONS, 2010



Lo screening per il carcinoma alla mammella

- Buona correlazione tra il tasso di adesione alle campagne di screening (asse delle y) e variazione della mortalità per tumore alla mammella tra il 2000 e il 2010 (asse delle x), $R^2 = 0,35$
- Le Regioni con livelli di adesione corretta al di sotto della soglia di accettabilità, tendenzialmente presentano variazioni della mortalità associate alla patologia, più contenute

Matrice mortalità/tasso di adesione



Abbassamento età inizio mammografia



Vasco Errani, Presidente Regione Emilia Romagna

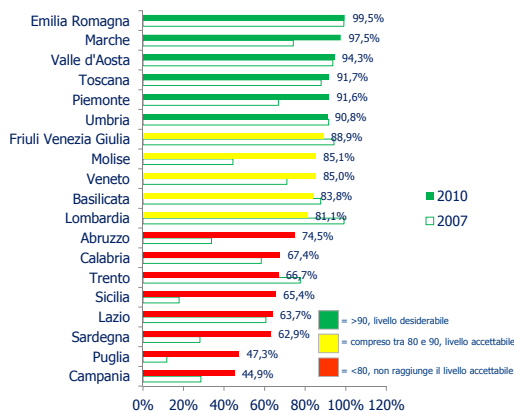
Qualche dubbio scientifico



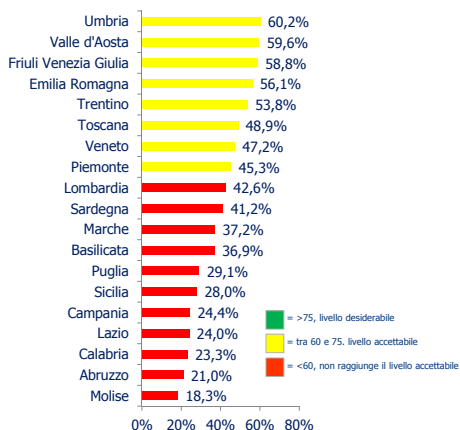
Consenso

Estensione effettiva e adesione corretta ai programmi di screening per il carcinoma alla cervice nelle Regioni italiane

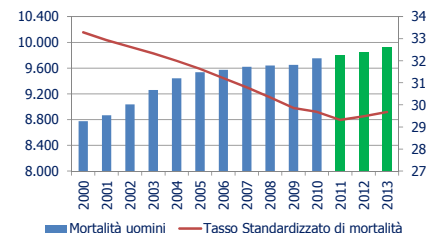
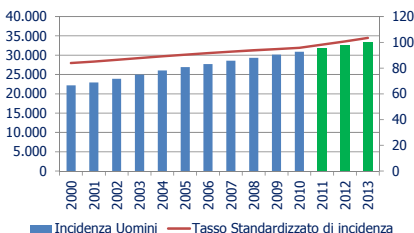
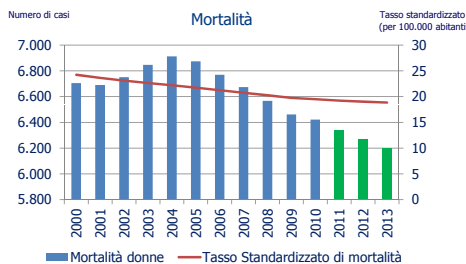
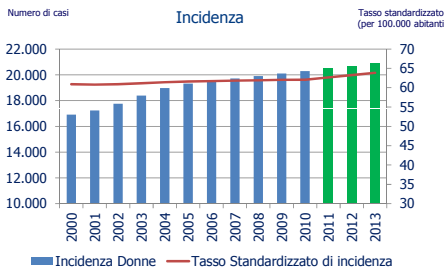
Estensione effettiva dei programmi di screening nelle Regioni italiane, 2007 vs 2010



Adesione corretta ai programmi di screening nelle Regioni italiane, 2010



La prevenzione secondaria in Italia – Il carcinoma al colon retto



I valori sia assoluti che standardizzati degli anni 2011-2013 sono stati stimati attraverso un modello (AR,1)

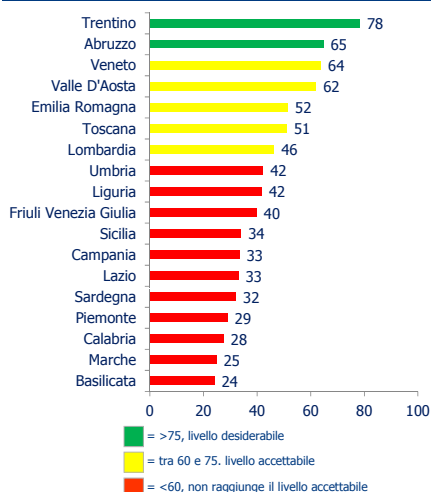
L'adesione corretta allo screening al colon retto nelle Regioni italiane

- L'adesione corretta a livello nazionale migliora, passando dal **46%** nel 2007 al **48%** nel 2010
- Il dato medio italiano è in linea con lo standard di accettabilità del **45%**
- Solo 2 Regioni raggiungono il livello desiderabile (65%), una in meno rispetto al 2007
- Pemane una forte disparità tra Nord e Sud del Paese

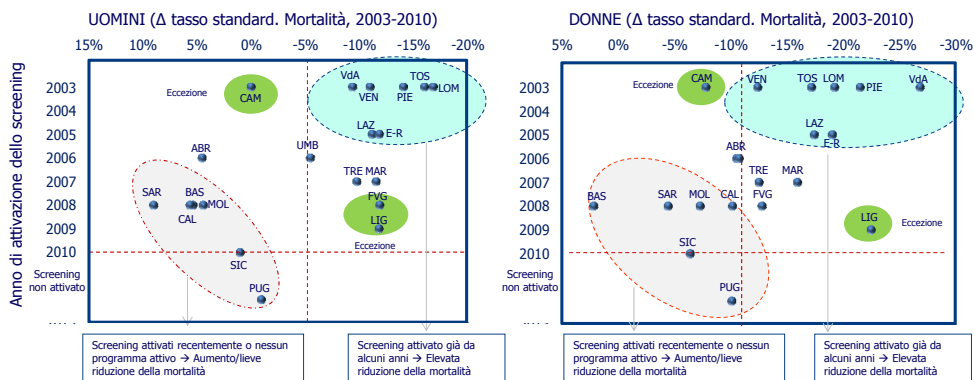
Confronto tra l'adesione corretta 2007 e 2010

Adesione Corretta	2007	2010
Basilicata	-	24
Marche	45	25
Calabria	-	28
Piemonte	31	29
Sardegna	-	32
Lazio	27	33
Campania	30	33
Sicilia	-	34
Friuli Venezia Giulia	-	40
Liguria	-	42
Umbria	41	42
Lombardia	43	46
Toscana	49	51
Emilia Romagna	47	52
Valle D'Aosta	65	62
Veneto	65	64
Abruzzo	41	65
Trentino	43	78

Adesione corretta nelle Regioni italiane e compliance con i target stabiliti dall'ONS, 2010



Matrice mortalità/anno di attivazione di almeno un programma di screening per il tumore al colon retto



- Le matrici suggeriscono come le **Regioni che hanno implementato programmi di screening nei primi anni 2000** abbiano fatto registrare, su un periodo di 7 anni, sia per gli uomini che per le donne (seppur con una mortalità superiore del 50% negli uomini rispetto alle donne), un'**elevata riduzione della mortalità** associata al carcinoma al colon retto

La medicina predittiva (Piano Nazionale Prevenzione 2010-12)

- Rivolta agli individui sani. E' di natura probabilistica
- Cerca fragilità o difetti che predispongono a malattia
- Consente personalizzazione interventi creando profili di rischio e monitoraggi (es. mappature genetiche, carte del rischio, diagnosi precoce, terapie anticipate)

L'impatto a breve e medio termine della genomica in medicina è stato probabilmente sovrastimato. È tuttavia possibile immaginare un futuro nel quale la prevenzione delle malattie e i piani di trattamento saranno programmati sul singolo paziente o su gruppi di pazienti in base alle loro caratteristiche genetiche, e saranno condotti individuando sistemi di sorveglianza medica precoce, modificando gli stili di vita e l'alimentazione, o implementando terapie farmacologiche mirate

(da Boccia S et al. *La Genomica in sanità pubblica*, 2013)

Indice

- ↳ Definizioni e importanza degli investimenti in prevenzione
- ↳ Prevenzione e consenso politico
- ↳ Interventi di prevenzione:
 - ↳ Prevenzione individuale e collettiva attraverso interventi mirati sui fattori di rischio
 - ↳ Gli impatti dei vaccini sull'incidenza di alcune patologie infettive in Italia
 - ↳ Programmi di screening oncologici e screening cardio-cerebrovascolare
 - ↳ Management delle patologie cronico-degenerative ad alto impatto sociale
 - ↳ La medicina predittiva
- ↳ **Le sei proposte per la prevenzione di Meridiano Sanità**

Le sei proposte per la prevenzione di Meridiano Sanità

1. Preservare e proteggere il **livello di finanziamento** dei servizi di prevenzione e sanità pubblica secondo le indicazioni OMS, destinando a queste attività il programmato 5% delle spesa sanitaria in tutte le Regioni italiane (attualmente è mediamente pari al 4,2%). Nelle Regioni in crisi strutturale escludere dal calcolo del disavanzo la quota destinata alla prevenzione.
2. **Supportare le scelte di investimento in prevenzione** (nuovi vaccini, screening, campagne di educazione sanitaria) con modelli di valutazione di costo-efficacia che, oltre alla componente sanitaria, includano i benefici attesi in termini di riduzione dei costi socio-assistenziali e incremento della produttività lavorativa.
3. **Incrementare le attività di promozione della salute** (includere le attività non strettamente sanitarie) con particolare riguardo alle patologie ad alto impatto sanitario e sociale. Eliminazione delle pratiche inutili e obsolete a favore di interventi «evidence based».
4. Integrare gli interventi di prevenzione nei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) gestendo, rallentando il decorso e **riducendo i rischi di complicanze** soprattutto per le patologie croniche invalidanti (prevenzione terziaria).
5. **Implementare le attività formative e informative** al personale sanitario con riferimento ai fattori di rischio più importanti (ambientali e individuali), ai comportamenti protettivi (dieta, attività motoria) e alle strategie preventive di provata efficacia.
6. Integrare gli interventi di **medicina predittiva**, per i quali sia stata provata l'effettiva validità diagnostico/predittiva, nei programmi di prevenzione e screening già esistenti.