

Convegno Nazionale GISCI 2014



Le indicazioni della programmazione nazionale

I compiti dell'ONS e del GISCI nel governo del cambiamento

Workshop ONS 11 giugno 2014

Mariadonata Giaimo

Programmazione nazionale



La salute... materia concorrente

Quale ruolo e quale mission per il Ministero ?



Come raggiungere obiettivi di sistema e di tutela della salute in un contesto di devolution nel quale i diversi livelli di governo hanno molteplici interlocutori forti e gli obiettivi di salute sono determinati dal concorso dei livelli di governo istituzionale con industri, media, raggruppamenti sociali?

L'OMS nel 2001 in uno specifico documento propone come chiave di lettura

Stewardship

strategia di gestione del sistema sanitario che molti Paesi europei stanno adottando e che viene proposta con forza dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Secondo questo modello il Ministero svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento, ma anche di interlocutore con le Regioni.

Le Regioni possono assumere lo stesso ruolo – quello di steward – nei confronti delle Aziende Sanitarie

I modelli di governance

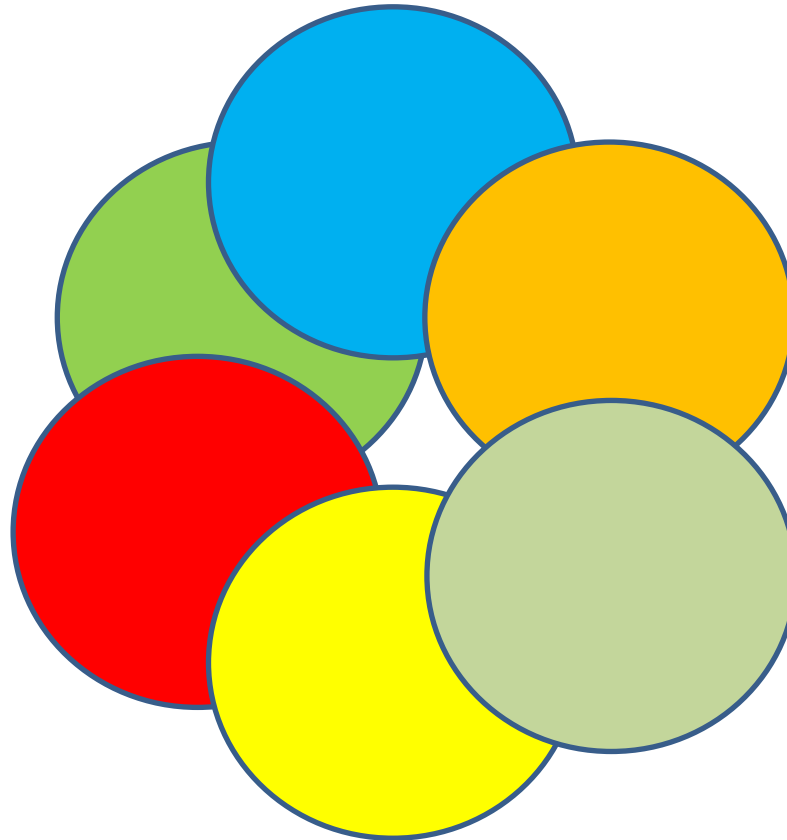
SU MANDATO	STEWARDSHIP
I mandatari hanno diversi obiettivi e migliori informazioni sulle condizioni locali del mandante	Lo steward ha un atteggiamento orientato alla promozione della collettività
Il mandante cerca di massimizzare il proprio vantaggio con il minimo costo	Adotta comportamento cooperativi e non individualisti
Dopo aver delegato il mandante controlla	Usa una struttura organizzativa che favorisce la crescita di chi partecipa al processo
Usa una struttura organizzativa finalizzata al monitoraggio allo scopo	Mette in grado gli attori di agire in autonomia
Fa largo uso di incentivi, ma anche controlli	

Funzioni attraverso le quali si articola il modello di stewardship

3. Stabilire e mantenere le collaborazioni e la partnership

2. Garantire la realizzazione delle politiche

1. Esercitare influenza sugli interlocutori



4. **Garantire la responsabilità (accountability)**

5. **Promuovere la gestione basata sulle conoscenze**

6. Formulare un quadro strategico

PNP 2010 -2012



20 PRP 2010- 2013



DM 4.8.2011 :
documento esecutivo per
l'attuazione delle L.S.C. al
PNP 2010-2012



Azioni Centrali Prioritarie

- ACP 2.3 Assetto Istituzionale dell'Osservatorio nazionale dello screening
- ACP 2.2.2 Definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze

ACP 2.2.2 Definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze

OB: rendere disponibile ai decisori regionali documenti di sintesi delle più recenti evidenze scientifiche rispetto a obiettivi di salute pertinenti al PNP

O.N.S.

Documento di indirizzo sullo screening per il cancro della prostata

Documento di indirizzo sullo screening per il tumore del polmone con CT scan a bassa dose

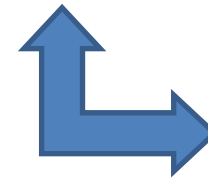
Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV – DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero

C.I.P.

Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV – DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero



Health Technology Assessment (HTA) REPORT



Executive summary

- Revisione sistematica della letteratura esistente sulla valutazione di efficacia ed effetti indesiderati, condotta in coordinamento con la preparazione del supplemento alle *European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*
- Analisi dei dati italiani disponibili sui costi, impatto organizzativo e impatto sociale

ELEMENTI ESSENZIALI DI UN PROTOCOLLO APPROPRIATO

■ **Le donne positive ad HPV non devono essere inviate direttamente a colposcopia**, ma è necessario utilizzare sistemi di **triage**.

Il metodo attualmente raccomandabile è basato sull'esecuzione della citologia (Pap test) nelle donne HPV positive:

- se il test risulta anormale, la donna viene inviata immediatamente a colposcopia;
 - se la citologia è negativa, la donna viene invitata a eseguire un nuovo test HPV a distanza di un anno.
 - Nel caso tale test desse ancora esito positivo, la donna verrà inviata a colposcopia;
 - in caso negativo, la donna verrà invitata a un nuovo round di screening entro gli intervalli previsti.
- **L'intervallo di screening** nell'ambito di programmi organizzati di popolazione dopo un test HPV primario negativo **deve essere di almeno 5 anni**. Ci sono prove che il rischio di CIN di alto grado fino a 5 anni dopo un test HPV negativo è inferiore a quello fino a 3 anni dopo una citologia normale; la probabilità di colposcopie e trattamenti inutili sarebbero, invece, plausibilmente rilevanti con intervalli triennali dopo test HPV negativo.
- **Lo screening basato sul test HPV non deve iniziare prima dei 30-35 anni**. Ci sono prove che sotto i 30 anni lo screening basato sul test HPV conduce a sovradiagnosi di CIN2 che sarebbero regredite spontaneamente, con il conseguente rischio di sovratrattamento. Inoltre, qualche sovradiagnosi è plausibile anche tra 30 e 34 anni; al di sotto di questa età, si raccomanda lo screening citologico.
- **I test per il DNA di HPV oncogeni utilizzati devono essere validati** quanto a sensibilità e specificità per lesioni di alto grado, secondo ciò che è riportato nelle Linee guida europee.
- **Non esistono prove che il doppio test con citologia e HPV sia più protettivo** del solo test HPV come test primario, benché, rispetto al solo test HPV, esso comporti un incremento della sensibilità, peraltro non rilevante. Determina, invece, un sostanziale incremento dell'invio a colposcopia e minore valore predittivo positivo dello stesso. Per questo motivo, nel caso si utilizzi il test HPV come test primario, si raccomanda di non aggiungere la citologia in parallelo.

COSTO E VALUTAZIONE ECONOMICA

Applicando il protocollo sopra descritto alla situazione italiana, si stima che i costi complessivi dello screening basato sul test HPV siano inferiori a quelli di uno screening citologico convenzionale con gli attuali intervalli, anche se il costo per singolo round di screening risulta superiore.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Per motivi di qualità e di costo, sia le attività di lettura dei test citologici sia l'esecuzione del test HPV richiedono di essere centralizzate. Questo requisito è particolarmente accentuato per ciò che concerne i costi dell'esecuzione del test HPV. Si raccomanda pertanto di eseguire i test HPV in un numero limitato di laboratori di riferimento di grandi dimensioni, anche a scopo di monitoraggio e valutazione dell'attività spontanea. Lo screening con il test HPV implica problemi organizzativi legati alla necessità di triage, alla complessità dei protocolli e alla riconversione delle attività di lettura della citologia.



PNP 2014 -2018

Una nuova logica

- Piano strategico “**alto**” di quinquennio
- **Obiettivi** comuni e **misurabili** (con indicatori), **declinabili** all'interno dei PRP sotto forma di **programmi**
- **Approccio per fattori di rischio/determinanti**, non per target
- **Integrazione trasversale degli interventi** programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione

Gli elementi di “novità”

Le Priorità

1. sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali

- riducendo la mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili,
- riducendo gli incidenti e le malattie professionali
- promuovendo l'invecchiamento attivo

2. investire sul benessere dei giovani con un approccio il più possibile olistico

- promuovendo una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti delle dipendenze in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo

3. rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive

- salvaguardando la salute dei lavoratori, promuovendo la prevenzione oncologica e le vaccinazioni.

4. rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili

- lottando contro le disuguaglianze
- prevenendo le disabilità

5. promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente

- contribuendo alla riduzione delle malattie (in particolare croniche non trasmissibili)
- sviluppando tutte le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario.

Gli elementi di “novità”

Criteri per la scelta dei Macro Obiettivi

- Rilevanza
- Coerenza
- Governance
- Stewardship
- Sviluppo
- Intersettorialità
- Miglioramento della qualità
- Promozione, sviluppo e utilizzo di valutazioni quantitative

9 MACRO OBIETTIVI

1. **Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili**
2. **Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali**
3. **Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani**
4. **Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti**
5. **Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti**
6. **Prevenire gli incidenti domestici**
7. **Prevenire gli infortuni e le malattie professionali**
8. **Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute**
9. **Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie**

La Struttura del PNP e dei PRP

Macro Obiettivi	Fattori di rischio/ Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Standard
-----------------	-------------------------------------	-----------	--------------------	---------------------	----------

Comune: al raggiungimento degli obiettivi centrali concorrono Stato (Azioni centrali) e Regioni (PRP)

Vincolante: gli obiettivi centrali sono tutti da perseguire e valutare con gli indicatori centrali

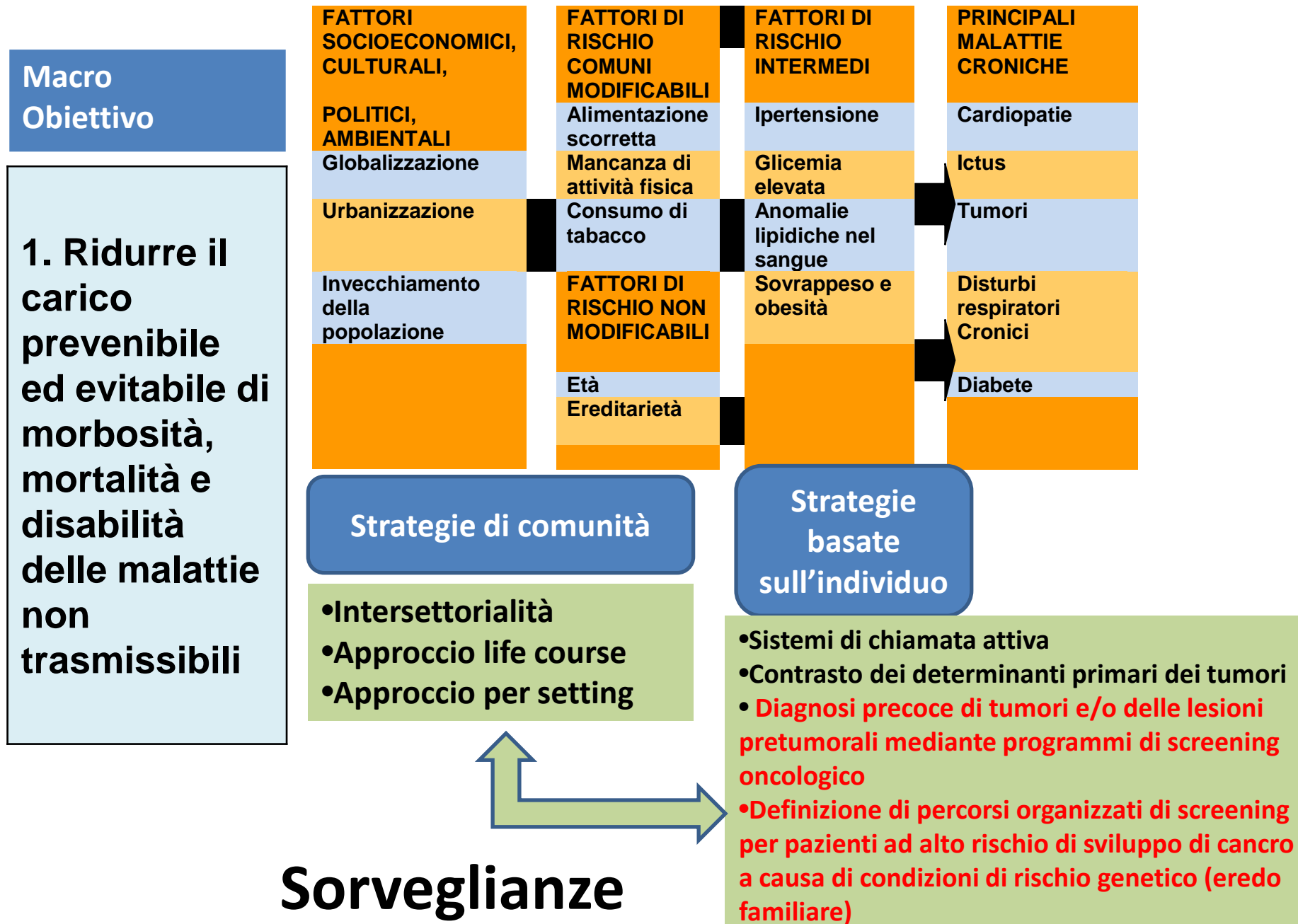
Valutabile: gli indicatori centrali includono sia indicatori di outcome o di early outcome sia indicatori di output dei processi sanitari

Quadro Logico centrale (PNP)



Ministero & Regioni

Costruzione dei QLc



Macro Obiettivo	Fattori di rischio Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
<p>1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili</p>	<p>Soggetto in sovrappeso iperteso dislipidemico iperglicemico fumatore sedentario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari • Offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre la prevalenza di soggetti con fattori di rischio per MCNT non in trattamento comportamentale e/o farmacologico • Ridurre la sedentarietà tra i soggetti con patologie attraverso la prescrizione dell'esercizio fisico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP) ▪ Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018) ▪ Proporzioni di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere ▪ Proporzioni di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso ▪ Proporzioni di consumatori di alcol a maggior rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo ▪ Proporzioni di persone che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica ▪ Adozione di indirizzi regionali sulla prescrizione dell'esercizio fisico ai soggetti con patologie sulla base dei risultati dello specifico progetto ministeriale (entro un anno dall'avvio del PRP) ▪ Indicatori di estensione (ONS/NSIS) ▪ Indicatori di adesione (ONS/NSIS) ▪ Presenza di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP) ▪ Presenza di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)
	<p>Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto</p>	<p>Identificazione precoce con programmi di popolazione dei soggetti a rischio per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto per età</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare l'estensione dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) • Aumentare la proporzione di soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico 	
	<p>Rischio ereditario familiare per tumore della mammella</p>	<p>Definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2</p>	<p>Identificare precocemente i soggetti a rischio ereditario familiare per tumore della mammella</p>	



Ministero della Salute

*Dipartimento della Sanità Pubblica e
dell'Innovazione*

Direzione Generale della Prevenzione

Piano Nazionale della Prevenzione

2014-2018

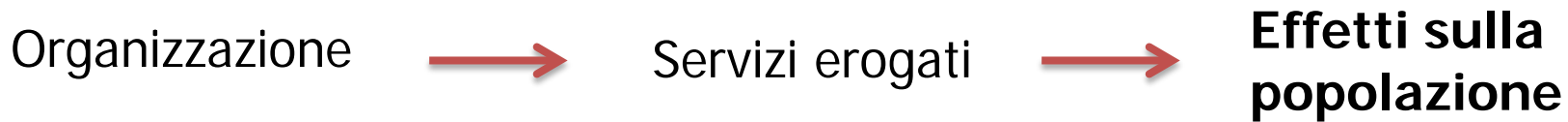
Indice

- 1.1 L'esperienza dei precedenti PNP
- 1.2 Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del PNP 2014-2018
- 1.3 Azioni centrali del PNP 2014-2018

2. Macroobiettivi del PNP

3. **Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione**

3. Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione



- Determinanti negativi:
- la non fruibilità per tutta la popolazione eleggibili di interventi efficaci
 - la mancata implementazione di nuovi interventi più costo - efficaci

- Strategie :**
- rendere fruibili per tutta la popolazione gli interventi efficaci
 - implementare nuovi interventi costo-efficaci

E infine :

REVISIONE LEA (DPCM 29/11/ 2001)

Grazie