



Ministero della Salute



## Le strategie del Ministero/CCM nella sorveglianza di popolazione

Teresa Di Fiandra

Fiammetta Landoni

Lorenzo Spizzichino

Ministero della Salute – DG Prevenzione

*“La salute delle persone con 65 anni e più in Emilia-Romagna:  
i risultati dell’indagine PASSI d’Argento”*

*Bologna, 20 Gennaio 2010*

### Il problema

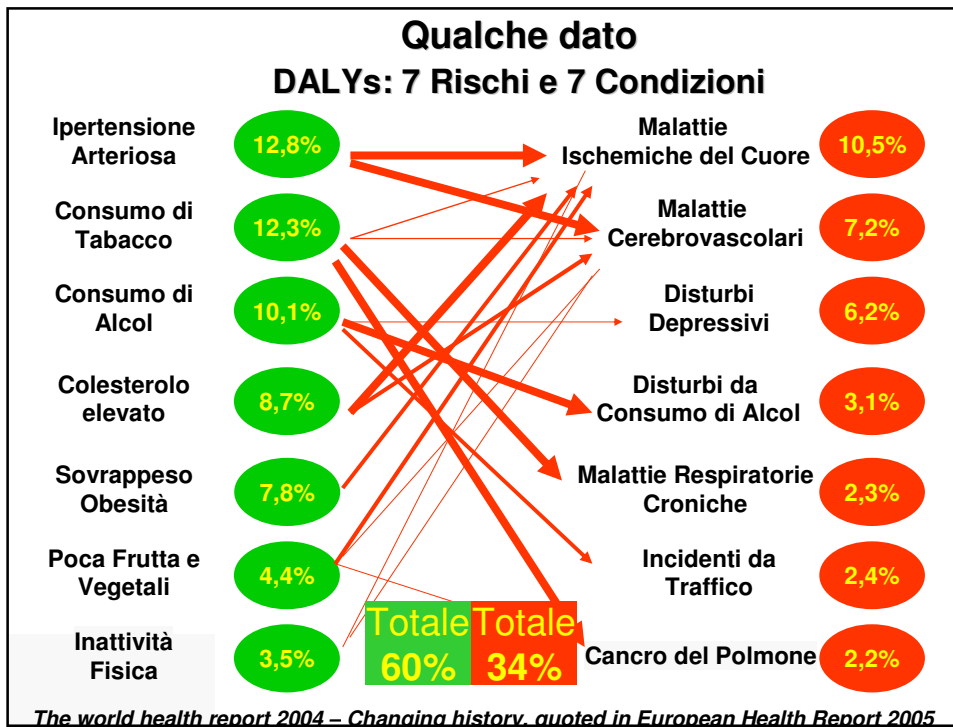
**Stili di vita** non appropriati, in ogni fase della vita  
(fumo, alcol, dieta scorretta, sedentarietà)



fattori di rischio per le **malattie croniche**  
non trasmissibili




cause principali della **mortalità, disabilità e perdita di anni**  
**in buona salute** nei Paesi ad economia avanzata



## OMS Piano d'Azione 2008-2013

### I numeri delle malattie croniche ccm



**60%** decessi nel mondo causati da malattie croniche

- cardiovascolari
- diabete
- tumori
- respiratorie croniche

**35 milioni** di morti nel 2005

**80%** nei paesi a basso e medio reddito

**+17%** le morti da malattie croniche nei prossimi 10 anni

### Obiettivi del Piano d'Azione Oms 2008-2013 ccm

- 1. Elevare la priorità**  
riconosciuta alle malattie croniche nei piani di sviluppo nazionali e globali, integrando le strategie di prevenzione nelle politiche di tutti i ministeri dei Governi
- 2. Definire e potenziare politiche**  
e piani nazionali per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche
- 3. Promuovere interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili**  
per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol
- 4. Promuovere la ricerca**  
per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche
- 5. Promuovere partnership**  
per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche
- 6. Monitorare le malattie croniche e i loro determinanti**  
e valutare i progressi a livello nazionale, regionale e globale

## Le evidenze sulla cronicità

- Il numero dei soggetti con cronicità è in continua crescita
- Aumentano i costi dell'assistenza
- Aumenta l'attesa di vita
- Migliorano le sopravvivenze

*In conclusione:*

**il sistema universale di assistenza  
socio-sanitaria è a rischio di implosione per  
l'eccessivo assorbimento di risorse**

## La visione europea ed italiana

- La salute è l'effetto ultimo di tutte le politiche di governo
- Nella prevenzione delle MC solo la intersectorialità degli interventi porta a risultati



- Governo unitario del bene "salute"**
- Strategie condivise**
- Azioni intersectoriali**
- Coinvolgimento degli stakeholders**
- Strumenti adeguati  
(norma/regolazione/informazione/educazione)**

## **La visione europea ed italiana**

Livelli d'azione:

- promuovere stili e comportamenti positivi**
- prevenire le condizioni di rischio;**
- prevenire la progressione verso la malattia;**
- prevenire aggravamento e recidive;**
- prevenire il peggioramento della qualità della vita nelle fasi finali dell'esistenza.**

## **La risposta italiana (1)**

- ✓ **Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2009**
- ✓ **Il programma "Guadagnare Salute" dal 2007**
- ✓ **Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 ed i Piani settoriali discendenti**
- ✓ **Il Piano Nazionale Screening**
- ✓ **GARD-I, malattie respiratorie**

## La risposta italiana (2)

- ✓ La salute occupazionale
- ✓ La Prevenzione materno infantile
- ✓ Il Piano Nazionale Vaccini
- ✓ Il REACH, riduzione sostanze chimiche
- ✓ La revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
- ✓ Il programma CCM per l'anno 2009

## In particolare, il PNP 2010-2012

Impernia la sua nuova impostazione programmatica su alcuni principi fondamentali:

1. la **graduazione delle priorità** (più alta attenzione ai fenomeni patologici di maggior rilievo per la popolazione)
2. l'**evidenza di efficacia e la sorveglianza dei fenomeni**
3. il **riorientamento dei servizi**, sia di quelli nominalmente dedicati alla prevenzione (Dipartimento di prevenzione), sia di quelli prettamente sanitari (Distretti, DSM, SERT, Ospedali), con un'attenzione particolare al ruolo fondamentale svolto dai MMG e dai PLS
4. la messa in **sinergia di tutte le risorse e le energie** di cui può disporre il Servizio sanitario nazionale



**innescare un circuito virtuoso tra assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, assistenza residenziale e semiresidenziale e assistenza ospedaliera che potenzi le attività di prevenzione correntemente svolte**

## Le sorveglianze

Alla base delle **scelte di policies** e della conseguente valutazione di efficacia degli interventi messi in atto (“**cultura dei risultati**”) ci sono le **evidenze**, vale a dire **informazioni** precise, tempestive e territorializzate sulle caratteristiche e sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica.



**Informazione per azione**

**Principio che governa l'approccio del CCM**

## La sorveglianza di popolazione una priorità per il CCM

- Necessità di avere alcuni sistemi di sorveglianza di popolazione:
  - Armonici
  - Standardizzati
  - Con dati confrontabili
  - Con indicatori di processo e di outcome
  - Di rapido utilizzo per l'azione
  - Complementari ad altri già esistenti

## I sistemi di sorveglianza disponibili

- ❑ **Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare**
  - OKKIO alla salute
  - HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)
  - GYTS (Global Youth Tobacco Survey)
  
- ❑ **Fattori di rischio comportamentali e adozione di misure preventive nella popolazione adulta**
  - Passi
  - Passi d'Argento

13

## Il progetto “Sperimentazione di un sistema di sorveglianza attiva sulla popolazione con 65 anni e più”

### Cronistoria

#### ❑ Mandato del CCM alla Regione Umbria (Marzo 2008)

*Elaborare e sperimentare un modello di indagine ripetibile sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età ad uso delle aziende sanitarie e delle regioni.*

#### ❑ Fase pilota (2008-2009)

*Messa a punto del protocollo;  
realizzazione di uno studio pilota nell'ambito del Corso in epidemiologia di campo del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS (Orvieto, maggio 2008);  
Formazione degli operatori;  
realizzazione dell'indagine prototipale in Umbria e in alcune regioni che aderiscono al progetto dall'inizio.*

## Il progetto “Sperimentazione di un sistema di sorveglianza attiva sulla popolazione con 65 anni e più”

### Cornice attuale

❑ Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012)

*Come strumento della sorveglianza oltre che della patologia, dei comportamenti, stili di vita, utilizzo delle misure di prevenzione.*

❑ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

*Rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio*

❑ Programma Guadagnare salute (DPCM 4 maggio 2007)

*Attuare accordi e iniziative integrate, intersettoriali e interministeriali sostenute da attività di informazione e comunicazione a livello nazionale, regionale e locale con l'obiettivo di attivare processi di consapevolezza e di empowerment per scelte di vita salutari*

❑ Revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area Prevenzione Collettiva e la Sanità Pubblica (2008)

*Definizione di obiettivi di salute, programmi, componenti dei programmi, indicatori di copertura anche nell'area delle malattie croniche e degli stili di vita*

## Il progetto “Sperimentazione di un sistema di sorveglianza attiva sulla popolazione con 65 anni e più”

### Le prospettive

❑ Avvio della sperimentazione del sistema di sorveglianza (2009 - 2010)

*Presentazione dei risultati del progetto alle altre regioni  
Fornire il supporto tecnico necessario per la realizzazione dell'indagine nelle regioni che aderiranno.*

❑ **Riprogettazione** CCM 2009-2010 nell'area del **consolidamento**,

❑ Avvio del percorso di **istituzionalizzazione**, con coordinamento centrale, per rendere la sorveglianza stabilmente parte integrante dell'azione in sanità pubblica (Programma statistico nazionale, monitoraggio dei LEA, valutazione del Piano nazionale di prevenzione,...)

❑ **Integrazione** con altri sistemi informativi per una piena **valorizzazione** dei dati