

PROMOZIONE DELLA SALUTE

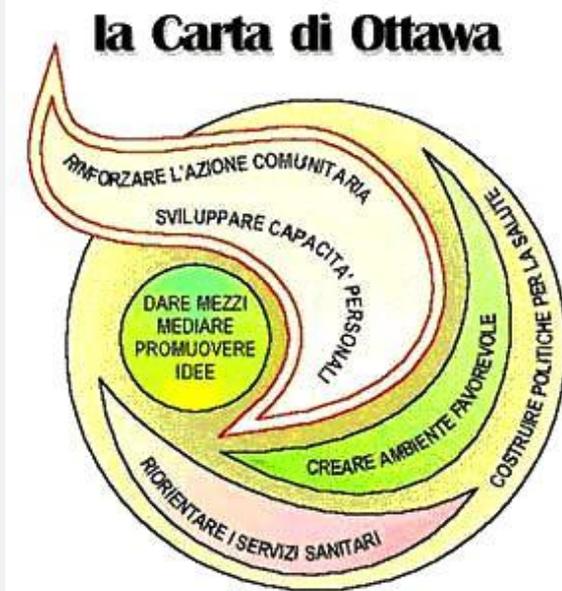
Umberto Carioli & Andrea Rauzino

Gianluca Marini ha collaborato alla stesura del progetto educativo

MFS Igiene e Medicina Preventiva - Ferrara

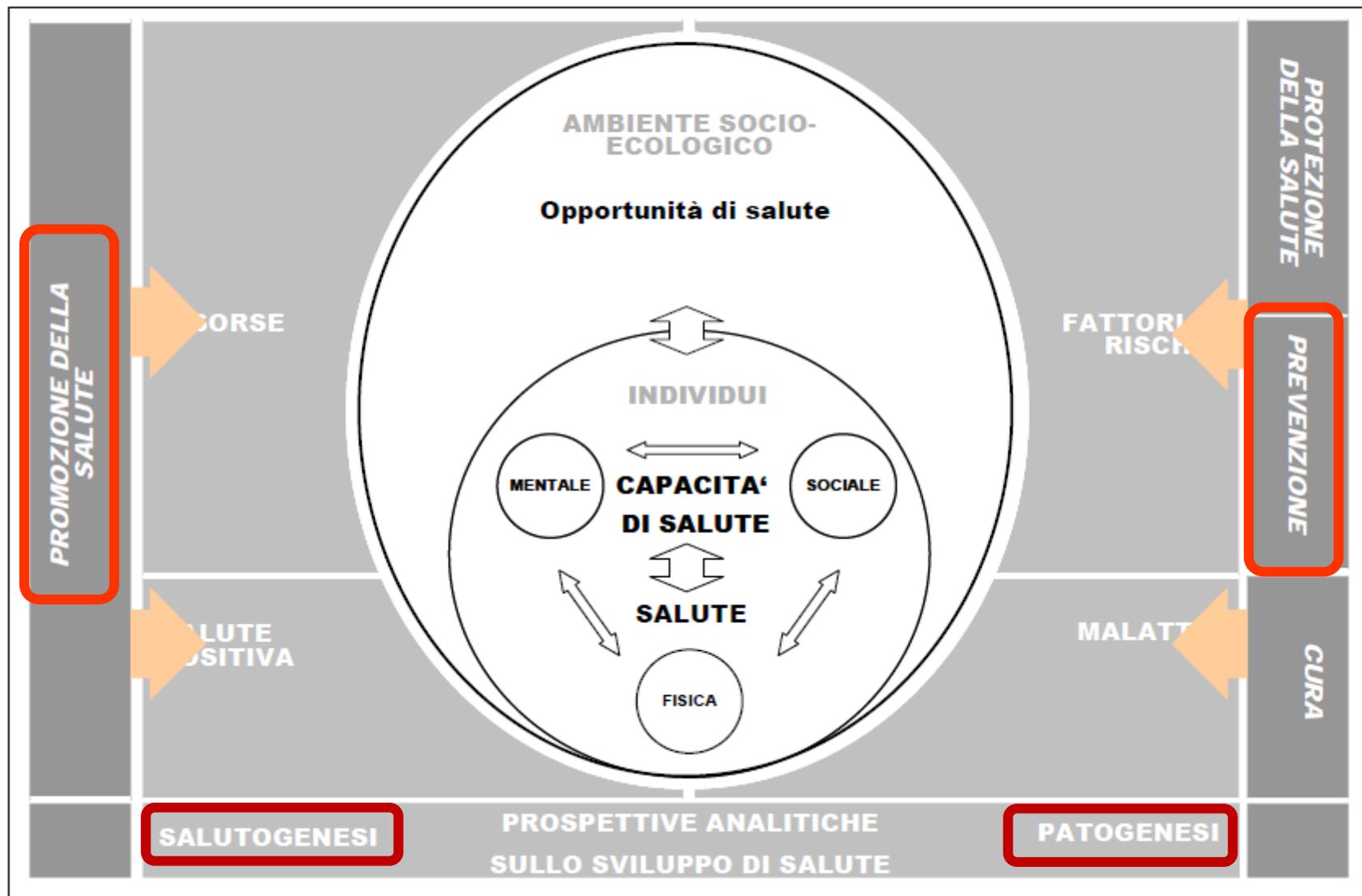
Esercitazione di Igiene - 20/12/2019

PROMOZIONE DELLA SALUTE



- La promozione della salute rappresenta un **processo sociale e politico globale**, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a **modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche**, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività.
- La promozione della salute è il processo che consente alle persone di **esercitare un maggiore controllo sui determinanti di salute** e, quindi, di migliorare la propria salute. La partecipazione è fondamentale per supportare le azioni di promozione della salute.

Fig. 3 – Il modello dello European Health Promotion Indicators Development sullo sviluppo di salute – Davies et al. (2006)



AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Sviluppo del contesto socio-ecologico
- Sviluppo delle politiche
- Sviluppo organizzativo/network
- Sviluppo di comunità
- Costruzione di competenze/educazione alla salute

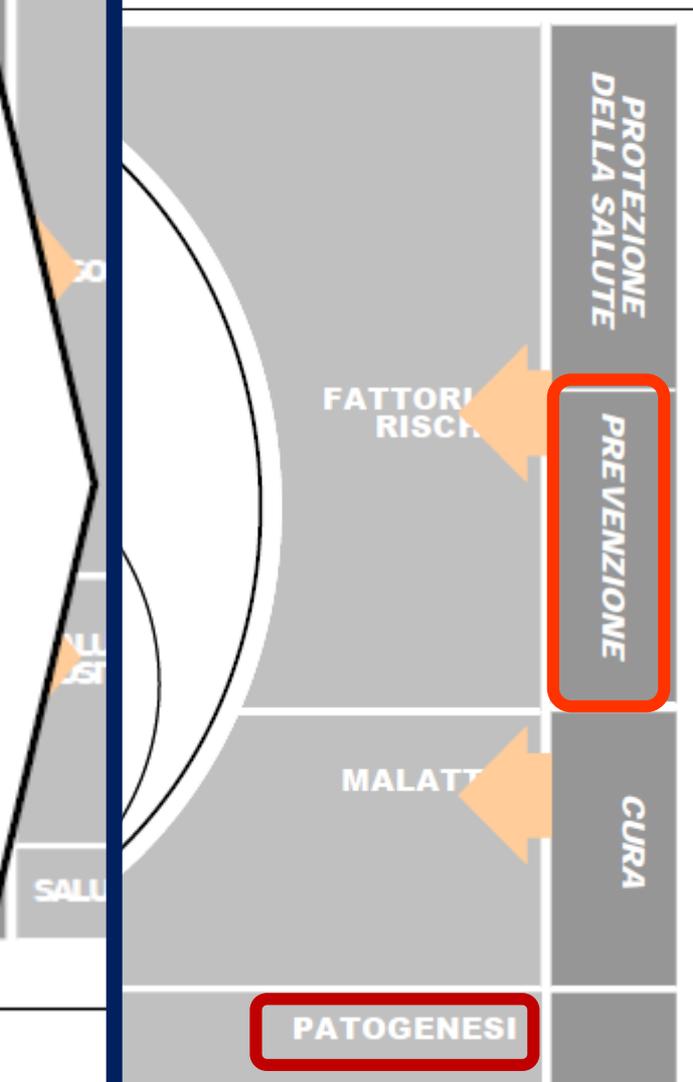
APPROCCI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Patrocinare (advocate)
- Rendere abili (enable)
- Mediare culturalmente (mediate)

PRINCIPI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Acquisire potere (empowering)
- Partecipare (participatory)
- Approccio olistico (holistic)
- Intersettorialità (intersectoral)
- Equità (equitable)
- Sostenibilità (sustainable)
- Strategie multiple (multistrategy)

Health Development sullo sviluppo



PROMOZIONE DELLA SALUTE

health promotion = health education ×
healthy public policy

Promozione della salute = Educazione sanitaria × Politiche di sanità pubblica

Non è solo l'individuo (con i suoi comportamenti), sono necessarie anche politiche sanitarie per attuare la promozione della salute.

EVOLUZIONE
DEL CONCETTO
DI PROMOZIONE
DELLA SALUTE

- **1978** International Conference on Primary Health care, Alma-Ata
 - "Health for All by the Year 2000" accettato da 150 nazioni
 - Base di partenza per le azioni dell'OMS
 - Nascita del movimento della **PROMOZIONE DELLA SALUTE**
 - Cambiamento radicale nelle strategie per raggiungere e mantenere la salute
- **1986**- Ottawa. I International Conference on Health Promotion →Ottawa Chart
- **1997**- Jakarta: esame degli obiettivi raggiunti e progetto **health 21**

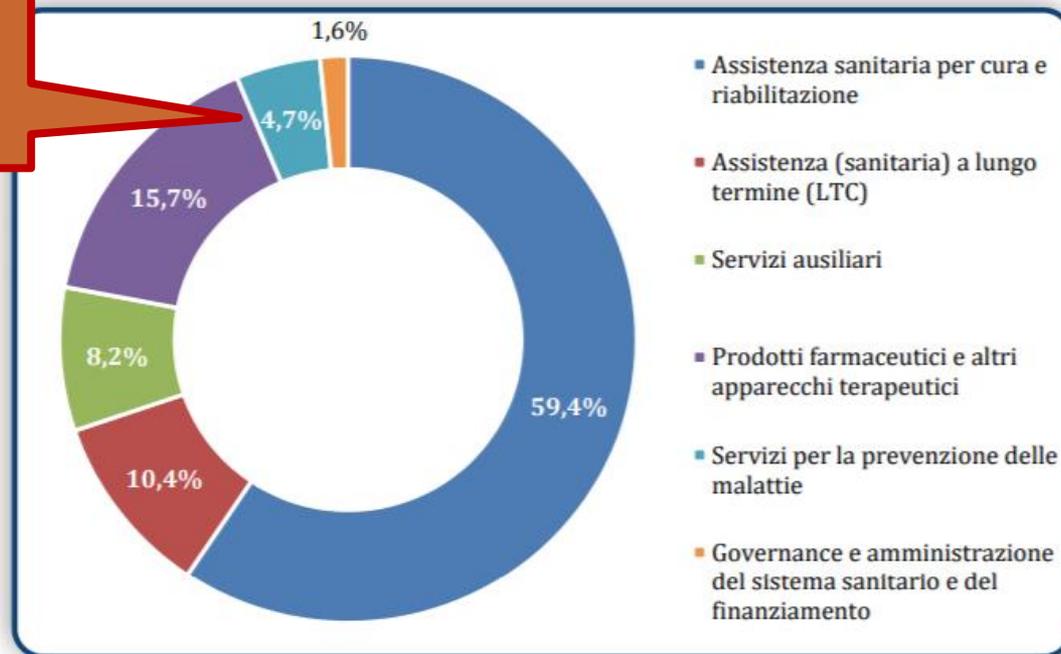
Spesa sanitaria PUBBLICA

2.1.1.1. Spesa sanitaria pubblica 2017

I conti ISTAT-SHA per il 2017 certificano una spesa sanitaria di € 113.131 milioni così ripartita per funzioni di assistenza (figura 2.2):

- € 67.212 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 11.757 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 9.249 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 17.798 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 5.355 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.760 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

4,7% è la quota destinata alla prevenzione



In questi 5 mld sono inclusi anche i finanziamenti per la **promozione**

Figura 2.2 Spesa sanitaria pubblica 2017 per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

EDUCAZIONE ALLA SALUTE

- Educazione alla salute (*Health education*) è l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazione finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione alla salute, ivi compreso l'aumento delle conoscenze e a sviluppare *life skills* che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità.



Campagna informativa
sul corretto uso
dell'alluminio in cucina

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978

ART. 1

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.....

ART. 2

Il conseguimento delle finalità è assicurato mediante:

1. la **formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria**;
2. la **prevenzione delle malattie e degli infortuni** in ogni ambito di vita e di lavoro;
3. la diagnosi e cura degli eventi morbosi;
4. la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
5. la **promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro**;
6. l'igiene degli alimenti e delle bevande;
7. la disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci;
8. la sicurezza del lavoro;
9. le scelte responsabili di procreazione;
10. la **promozione della salute nell'età evolutiva**;
11. la tutela della salute degli anziani;
12. la tutela della salute mentale;
13. l'identificazione e l'eliminazione degli inquinamenti.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

- Sono le **prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini**, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).
- Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.**
- **Promozione della Salute** è inserita nell'area di intervento della **Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica** (al punto F)

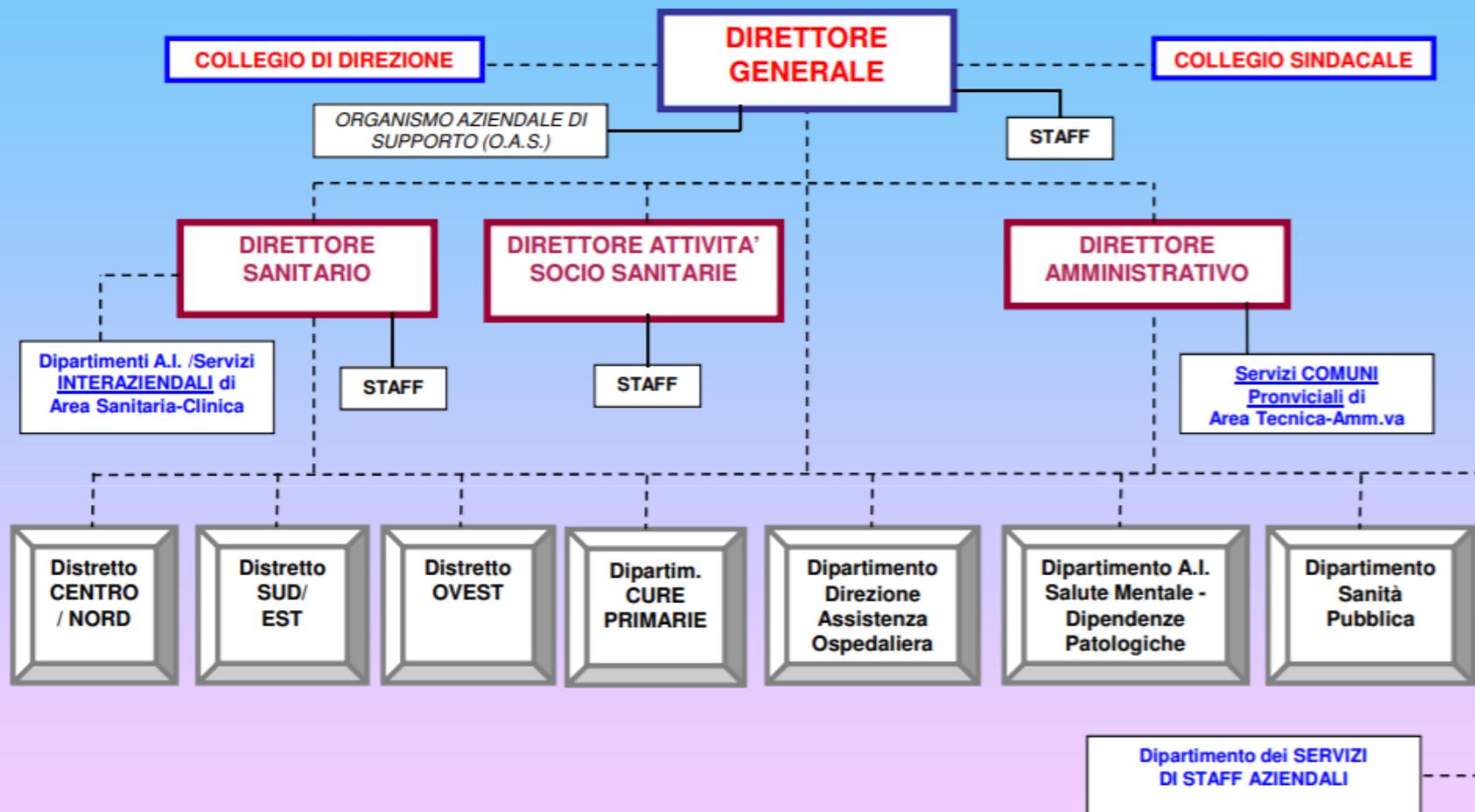
Sintesi dell'Articolazione Organizzativa dell'Azienda USL di Ferrara

al 01/08/2019

Direzione Strategica e Organi

Strutture Operative

Strutture Dipartimentali



NOTE:

Linea Tratteggiata: responsabilità governo strategico.

Linea Continua: responsabilità gerarchica-gestionale

PROGRAMMA

- **Analisi della situazione/realità**
 - Analisi del problema su cui intervenire
 - Definizione degli obiettivi
 - Definizione del progetto educativo
 - Intervento
 - Valutazione dei risultati
- Umberto Carioli
- Andrea Rauzino
-

ESEMPIO DI PROGRAMMA DI PROMOZIONE

- In che ambito della prevenzione (Screening cervicale è un esempio di prevenzione)

- **Cosa** → migliore informazione alle donne

- **Perché** → per migliorare la consapevolezza e la partecipazione delle donne

- **Come** → ora proviamo a spiegarlo, mettetevi comodi...



IPOTESI DI AGGIORNAMENTO DELLO SCREENING PER CARCINOMA CERVICALE

Dott. U. Carioli, Dott. A. Rauzino, Dott. G. Marini.

Dipartimento Scienze Mediche - Igiene e Medicina Preventiva - Unife

1. PREMESSA

Le ultime evidenze scientifiche indicano che, grazie alle ampie coperture vaccinali anti HPV 9valente, l'incidenza del cancro della cervice si è ridotto a tal punto da dover ripensare lo screening. L'attuale programma di prevenzione basato sul vaccino seguito dal Pap test e HPV-DNA test come screening sarà inefficiente e difficilmente sostenibile globalmente.

È perciò necessario orientarsi verso un unico programma di screening basato sul HPV-DNA test primario a partire da 30 anni.

3. DESTINATARI

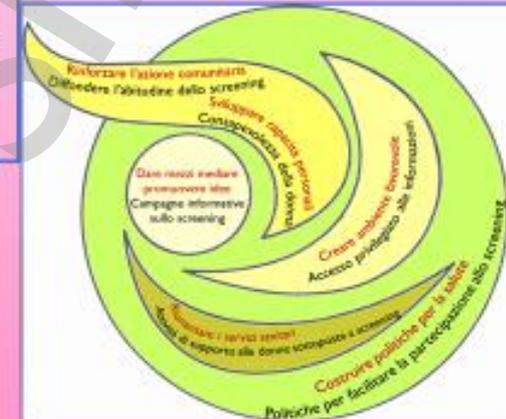
Donne residenti o domiciliate in regione delle coorti 1996-2000 e i genitori delle ragazze delle coorti a partire dal 2009.

4. MATERIALI E METODI

La Regione formerà operatori sanitari con lo scopo di educare le destinatarie dello screening. Ha individuato i centri vaccinali, le scuole, i consultori e i centri screening come luoghi di informazione.

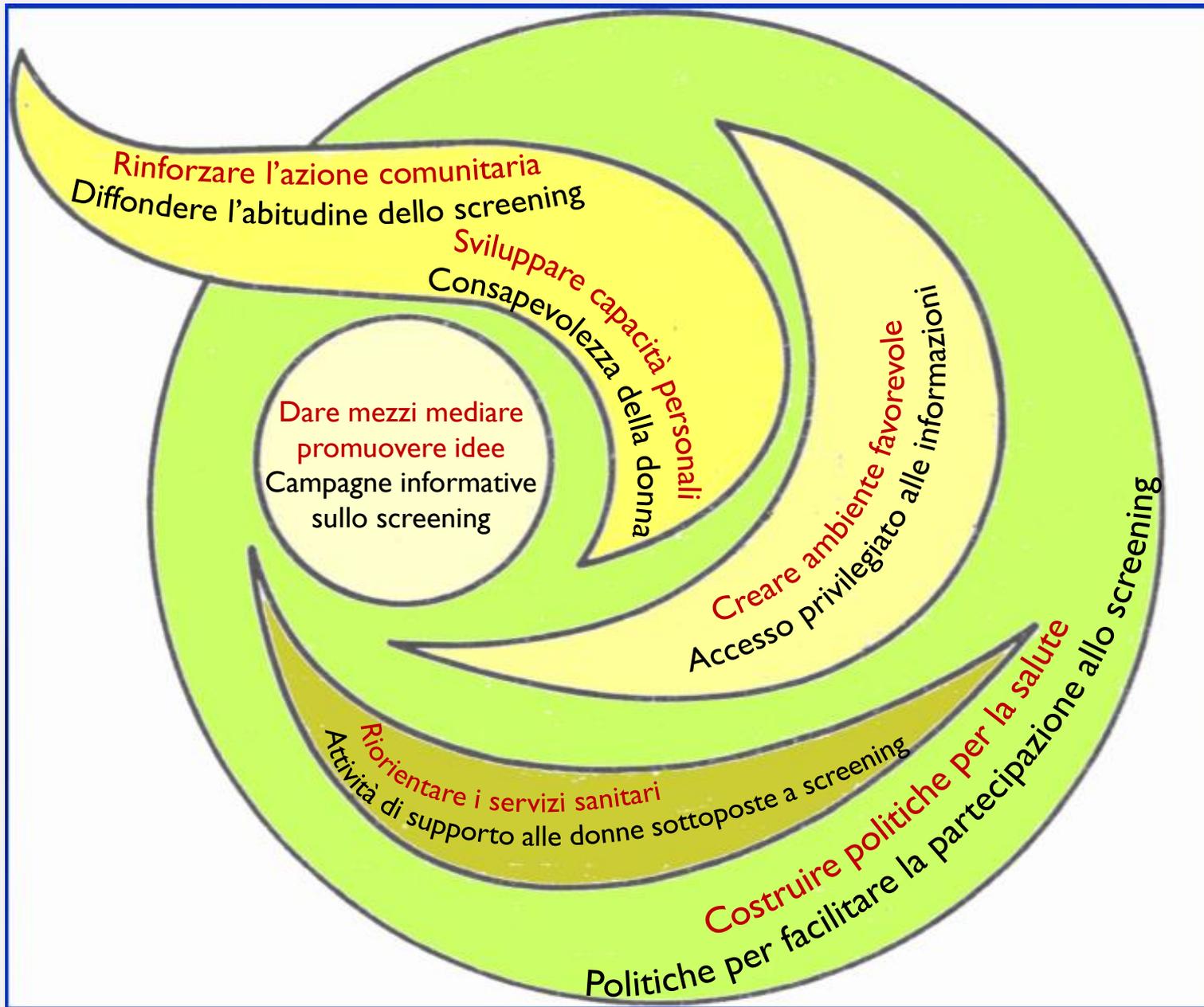
2. OBIETTIVI

- Formare gli operatori sanitari del nuovo programma di screening;
- Sfruttare le occasioni di salute della donna per informarla del cambiamento dell'offerta di screening;
- Conservare l'adesione allo screening HPV-DNA test



5. RISULTATI

La regione valuterà la comprensione del messaggio da parte delle donne che saranno maggiormente coinvolte nel processo di aggiornamento. Inoltre registrerà le richieste di Pap-test successive all'introduzione del nuovo programma di screening.



PUNTO DI VISTA

Organizzazione dei Distretti territoriali in Emilia-Romagna - Anno 2016

Azienda Usl di Parma
 Abitanti: 446.987
 Distretti: 4
 Case della Salute: 16
 Ospedali di comunità: 2
 Nuclei cure primarie: 21
 Consulenti familiari: 20

Azienda Usl di Piacenza
 Abitanti: 287.516
 Distretti: 3
 Case della Salute: 6
 Nuclei cure primarie: 14
 Consulenti familiari: 16

Azienda Usl di Ferrara
 Abitanti: 352.006
 Distretti: 3
 Case della Salute: 7
 Ospedali di comunità: 3
 Nuclei cure primarie: 13
 Consulenti familiari: 19

Azienda Usl di Reggio Emilia
 Abitanti: 533.827
 Distretti: 6
 Case della Salute: 11
 Ospedali di comunità: 1
 Nuclei cure primarie: 23
 Consulenti familiari: 27

Azienda Usl della Romagna
 Abitanti: 1.124.768
 Distretti: 8
 Case della Salute: 21
 Ospedali di comunità: 4
 Nuclei cure primarie: 49
 Consulenti familiari: 54

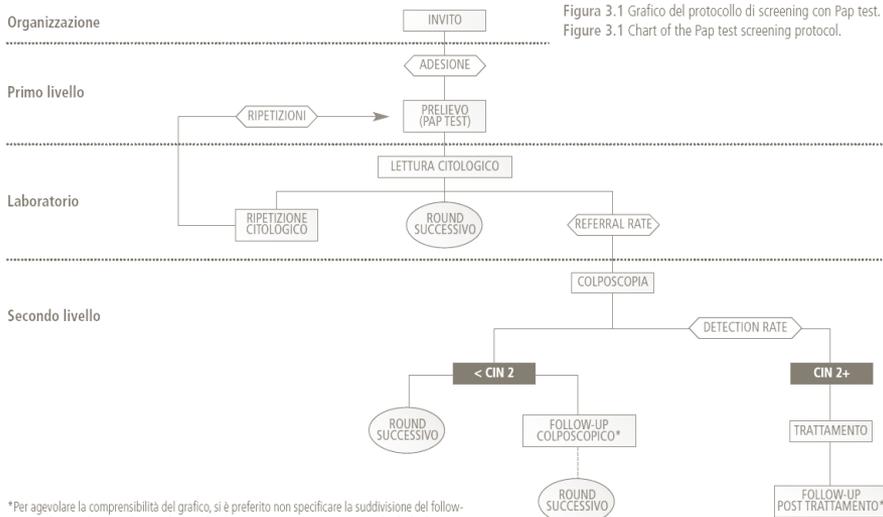
Azienda Usl di Modena
 Abitanti: 702.481
 Distretti: 7
 Case della Salute: 11
 Ospedali di comunità: 2
 Nuclei cure primarie: 38
 Consulenti familiari: 38

Azienda Usl di Bologna
 Abitanti: 873.461
 Distretti: 6
 Case della Salute: 10
 Nuclei cure primarie: 41
 Consulenti familiari: 50

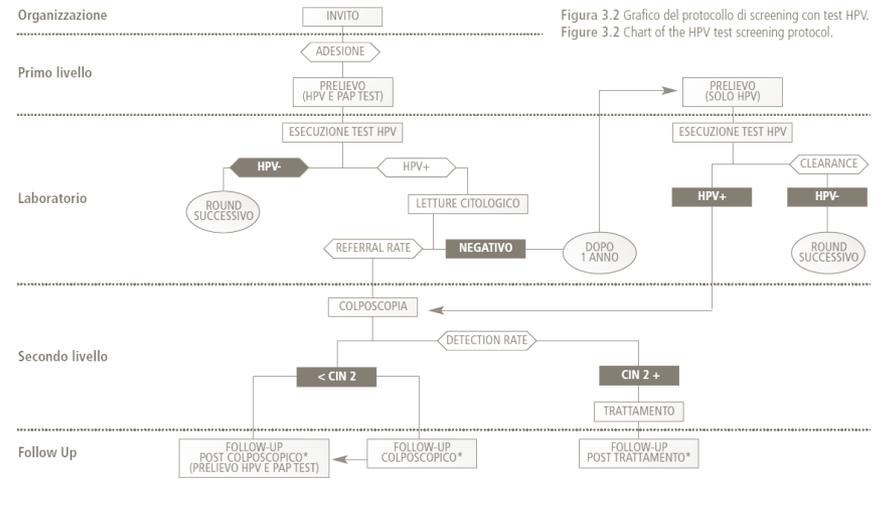
Azienda Usl di Imola
 Abitanti: 133.347
 Distretti: 1
 Case della Salute: 2
 Ospedali di comunità: 1
 Nuclei cure primarie: 5
 Consulenti familiari: 8

**25-29 ANNI
 PAP TEST OGNI 3 ANNI**

**30-64 ANNI
 HPV TEST OGNI 5 ANNI**



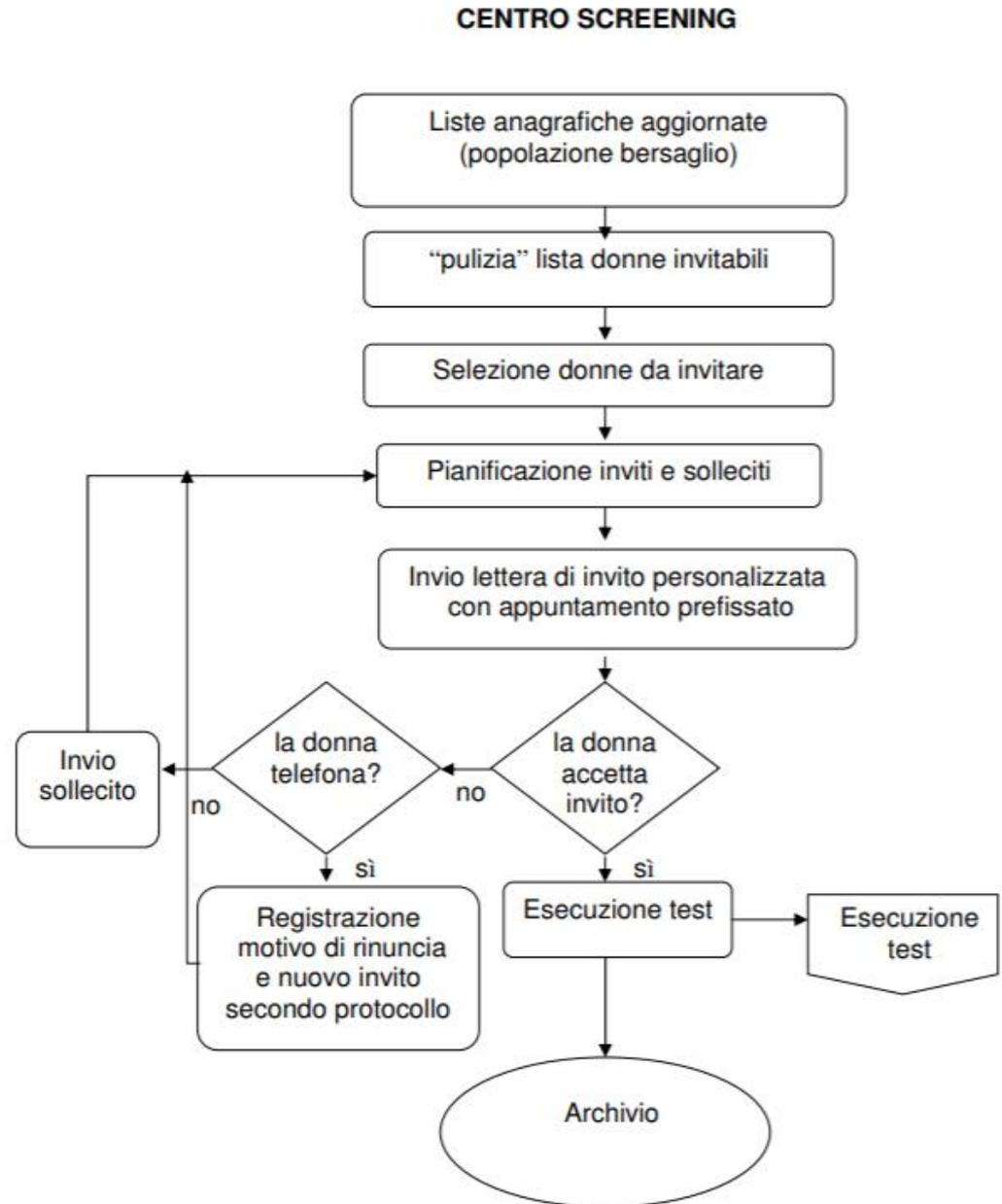
*Per agevolare la comprensibilità del grafico, si è preferito non specificare la suddivisione del follow-up tra indagini colposcopiche e prelievi citologici; se ne è, invece, tenuto conto nel calcolo dei costi.

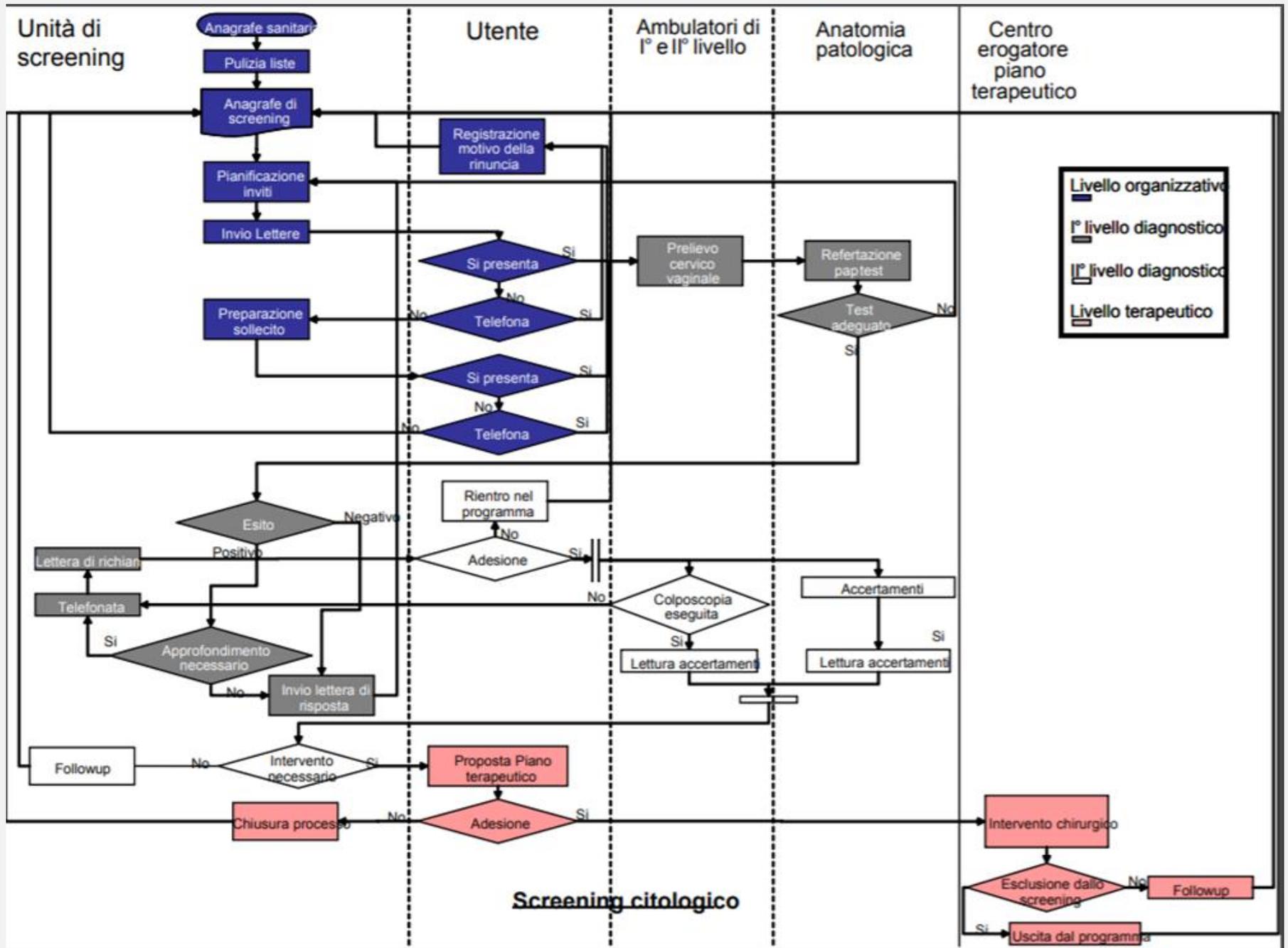


*Per agevolare la comprensibilità del grafico, si è preferito non specificare la suddivisione del follow-up tra indagini colposcopiche e prelievi citologici; se ne è, invece, tenuto conto nel calcolo dei costi.

DGR - E.R. 582/2013

- Pianificazione e gestione inviti
- Centro screening





PROGRAMMA

- Analisi della situazione/realità
- **Analisi del problema su cui intervenire**
- Definizione degli obiettivi
- Definizione del progetto educativo
- Intervento
- Valutazione dei risultati

SCREENING COME È PENSATO
OGGI È ANCORA ATTUALE?

DIBATTITO
IN CORSO



GIOSi
GISCI

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

Consensus Conference

per la definizione del percorso di screening del
cervicocarcinoma nelle donne vaccinate contro l'HPV

CONCLUSIONE DELLA CONSENSUS GISCI 2015



GISCI

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

Consensus Conference

per la definizione del percorso di screening del
cervicocarcinoma nelle donne vaccinate contro l'HPV

- **Domanda 2.1) A quale età iniziare lo screening?**
- **Proposta del Comitato Tecnico Scientifico:**
- C'è un forte rationale per proporre l'innalzamento dell'età di inizio dello screening a 30 anni per le ragazze vaccinate naïve (vaccinate nel dodicesimo anno).
- Al contempo si prevede di utilizzare i dati dei programmi di screening delle ragazze vaccinate nel quindicesimo/sedicesimo anno che arrivano allo screening dal 2016 per una verifica dei dati di riduzione delle CIN3+. Per questa valutazione non può essere utilizzato il dato relativo ai carcinomi cervicali, essendo molto pochi a questa età; comunque le lesioni CIN3+ sono state indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come surrogato di protezione
- Considerato che nei trial vaccinali circa la metà della popolazione era non naïve, si ipotizza che la riduzione delle CIN3+ in queste coorti potrà essere del 25%, così come osservato nei trial vaccinali stessi. (Paavonen et al. 2007; The FUTURE II Study Group 2007).

Systematic Review of Cost-Effectiveness Analyses for Combinations of Prevention Strategies Against Human Papillomavirus (HPV) Infection: A General Trend

Frédéric Gervais, Kyle Dunton ... Nathalie Langeron — collapse

MARZO 2017

Conclusion

Go to:

This review has highlighted how HPV prevention strategies have been demonstrated to show both an economic and epidemiological impact. The arrival of a new HPV vaccine has the potential to dramatically alter the epidemiological outlook of HPV, and, as a consequence, current screening programmes may need to be rethought. The need to re-assess current prevention programmes is increasingly highlighted [[55](#)].

This review has demonstrated synergies between screening and vaccination. New prevention strategies involving multi-valence vaccination, HPV DNA test screening, delayed commencement and frequency of screening could be implemented in the future.

HPV prevention strategies implemented in the future should be chosen with care, and informed knowledge of the potential impact of all possible prevention strategies. Availability of a nonavalent vaccine will allow a complete review of current strategies, offering an opportunity for a more efficient and affordable approach to HPV prevention.

GISCI 2019

I dati indicano che ormai il carcinoma della cervice diventerà un tumore raro: a seguito dell'efficacia della prevenzione primaria (vaccino HPV) l'organizzazione dello screening deve essere ripensata.



GISCI

Gruppo Nazionale Screening del Cervicocarcinoma

CONVEGNO
NAZIONALE
GISCI 2019

GISCI 1999-2019
VENTI ANNI DI
APPROPRIATEZZA

Giovedì 30 Maggio - Venerdì 31 Maggio 2019
Centro Congressi Hotel Nautico
Riccione

WORKSHOP CONGIUNTO ONS/GISCI

Vaccini e Screening

Mercoledì 29 maggio 2019 ore 13.30-18.15

Effetti della Vaccinazione sullo Screening

Anna Gillio Tos

Centro Unico Screening Cervico Vaginale
Torino

AOU Città della Salute e della Scienza
S.C. Anatomia e Istologia Patologica 1U

Anna Gillio Tos - GISCI Riccione 30 Maggio 2019

Vaccino anti HPV: esito atteso

Vaccino
efficace



Report AACR 2018:

il vaccino potrebbe prevenire quasi tutti (>90%) i casi di cancro cervicale (e molti di casi di ca orale e anale)

Progressiva
riduzione incidenza tumore

CERVICOCARCINOMA

incidenza media nel mondo 13.1/100.000

incidenza media paesi sviluppat. 7,3/100.000

incidenza soglia tumore raro 6 /100.000

Globocan, 2018

Impatto sullo screening:
<DR; < numero episodi di screening

EVIDENZE WHO

WHO call

2018

WHO Director-General call for coordinated action globally to eliminate cervical cancer

global action to scale up vaccination, screening and treatment of pre-cancer, early detection and treatment of early invasive cancer, palliative care

International Papillomavirus Society. IPVS statement: moving towards elimination of cervical cancer as a public health problem. <http://ipvsoc.org/wp-content/uploads/2018/02/IPVS-statement-on-elimination.pdf> (Feb 2018)

WHO Director-General calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical ca. <http://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-eliminationcervical-cancer/en/> (May 2018).

Attenzione alla Sostenibilità dei Costi:

→ vaccino + attuali episodi di screening
difficilmente sostenibile globalmente

CONCLUSIONE

Vaccini e Screening : una sinergia possibile

Workshop congiunto ONS/GISCI
Riccione 29 Maggio 2019

Marco Zappa



Perchè deve modificarsi ?

Introduzione della Giuria al documento finale

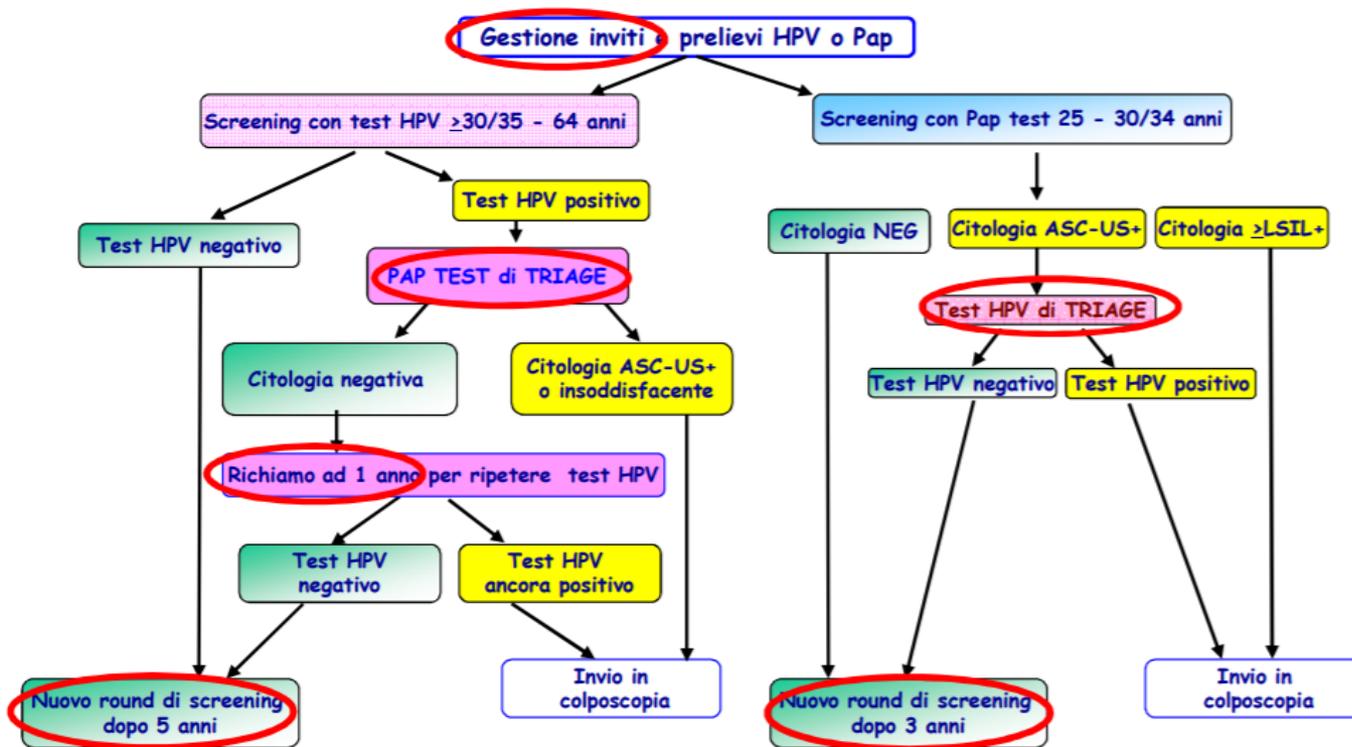
.....

- avranno **un minore rischio di lesioni invasive e pre-invasive del collo dell'utero**;
- il **numero di lesioni clinicamente rilevanti** del Pap test per neoplasia cervicale intraepiteliale di grado 2 o più gravi (CIN2+) **diminuirà sostanzialmente**;
- i tipi virali ad alto rischio **non 16/18 hanno una minore probabilità di progredire verso il cancro** e un tempo di trasformazione più lungo.

→ Lo screening nelle sue modalità attuali diventa inefficiente

→ meno vantaggioso per la donna

Coesistenza di due percorsi differenziati per età



HPV-DNA test

Citologico



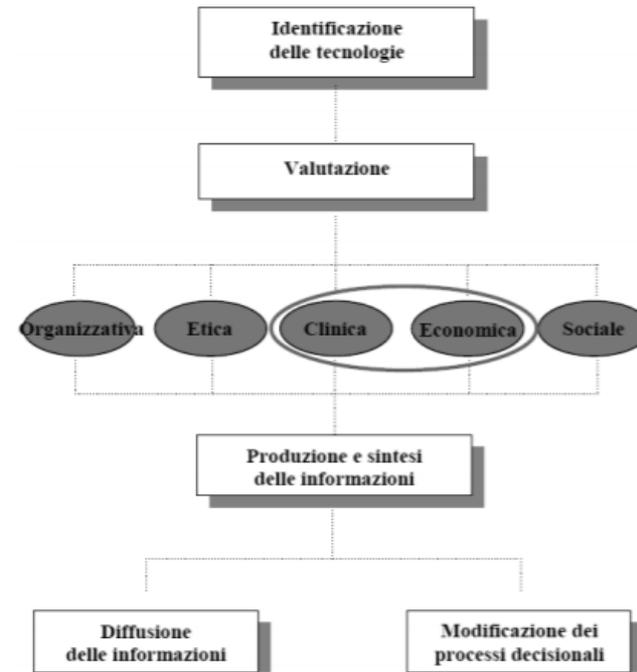
Si conclude che, in Italia, rispetto allo screening citologico come attualmente praticato, uno screening cervicale basato sul test HPV come test primario che utilizzi il protocollo attualmente più raccomandabile

- implica una **riduzione di costi** se praticato a intervalli quinquennali;
- implica un **aumento dei costi** se viene mantenuto l'intervallo triennale.

HTA: *Health Technology Assessment*

è una forma di ricerca che esamina le conseguenze a breve e lungo termine dell'uso di una tecnologia di assistenza sanitaria. Si tratta di un processo multidisciplinare che riassume le informazioni sugli aspetti medici, sociali, economici e le questioni etiche connessi all'uso di una tecnologia sanitaria in modo sistematico, trasparente, non distorto, solido.

A CHE SERVE L'HTA?



L'uso appropriato, efficace ed efficiente delle risorse, delle tecnologie e delle procedure è alla base di tutti gli approcci alla sostenibilità

Ricerca, HTA, Linee Guida, PDTA
Un framework integrato per il decision making
(nazionale, regionale, organizzativo, clinico)

Un Sistema di HTA per tutto il ciclo di vita della tecnologia



• Ricerca per la generazione di Evidenza per l'HTA

• Ricerca sui servizi sanitari

Livelli
Essenziali
di
Assistenza

EFFICACY EFFECTIVENESS EFFICIENCY

“

Efficacy describes the technical relationship between the technology and its effects (whether it actually works), whereas *effectiveness* concerns the extent to which application of an efficacious technology brings about desired effects (changes in diagnoses, altered management plans, improvement in health)...

Efficiency is an economic concept which relates efficacy and effectiveness to resource use. Assessment of efficiency is concerned with whether acceptable efficacy and effectiveness are achieved with the most prudent or optimal mix of resources.

MA QUINDI IN
PROMOZIONE
DELLA SALUTE?



EFFICACIA:

conseguimento degli
obiettivi del
progetto/intervento



EVIDENZA DI EFFICACIA:

processo attraverso il
quale tale efficacia può
essere documentata

Effetti vaccinazione: < episodi screening

Alternative

Vaccino (9v) **adolescenti** e **test HPV** a 30 aa e ripetuti a **intervalli prolungati**

Vaccino (9v) **adolescenti** e **3 test HPV** (a 30 , 45 e 55 aa)

Vaccino (9v) **adolescenti** e **2 test HPV** (a 30 e a 45 aa)

Vaccino (9v) **adolescenti** e **1 test HPV** (tra 30 e 49 aa)

Vaccino (9v) **tra 9-45/49 aa** indipendentemente da stato HPV e **1 test HPV**
tra 25/30 e 65aa)



HPV Faster, costo-efficacia per paesi con risorse limitate, ma in avvio trials per definirlo

Contributo Italia con studio multicentrico per valutare l'efficacia del Vaccino 9v in donne adulte
???

POSSIBILI
SCENARI
FUTURI

PROGRAMMA

- Analisi della situazione/realità
- Analisi del problema su cui intervenire
- **Definizione degli obiettivi**
- Definizione del progetto educativo
- Intervento
- Valutazione dei risultati

**PROGRAMMA DI
EDUCAZIONE ALLA
SALUTE:**

**RIMOZIONE
SCREENING
CITOLOGICO
PRIMARIO
(PAP TEST) NELLA
FASCIA 25-29 ANNI**



IPOTESI DI AGGIORNAMENTO DELLO SCREENING PER CARCINOMA CERVICALE

Dott. U. Carioli, Dott. A. Rauzino, Dott. G. Marini.
Dipartimento Scienze Mediche - Igiene e Medicina Preventiva - Unife

1. PREMESSA

Le ultime evidenze scientifiche indicano che, grazie alle ampie coperture vaccinali anti HPV 9valente, l'incidenza del cancro della cervice si è ridotto a tal punto da dover ripensare lo screening. L'attuale programma di prevenzione basato sul vaccino seguito dal Pap test e HPV-DNA test come screening sarà inefficiente e difficilmente sostenibile globalmente.

È perciò necessario orientarsi verso un unico programma di screening basato sul HPV-DNA test primario a partire da 30 anni.

3. DESTINATARI

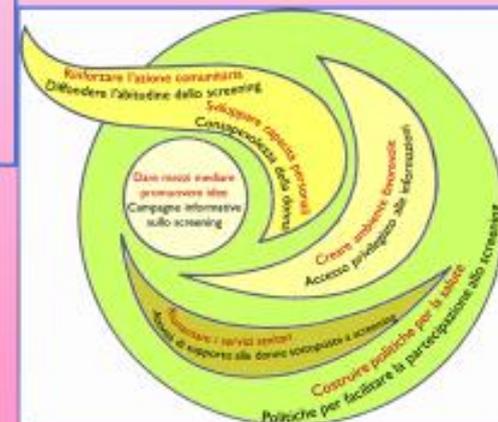
Donne residenti o domiciliate in regione delle coorti 1996-2000 e i genitori delle ragazze delle coorti a partire dal 2009.

4. MATERIALI E METODI

La Regione formerà operatori sanitari con lo scopo di educare le destinatarie dello screening. Ha individuato i centri vaccinali, le scuole, i consultori e i centri screening come luoghi di informazione.

2. OBIETTIVI

- Formare gli operatori sanitari del nuovo programma di screening;
- Sfruttare le occasioni di salute della donna per informarla del cambiamento dell'offerta di screening;
- Conservare l'adesione allo screening HPV-DNA test



5. RISULTATI

La regione valuterà la comprensione del messaggio da parte delle donne che saranno maggiormente coinvolte nel processo di aggiornamento. Inoltre registrerà le richieste di Pap-test successive all'introduzione del nuovo programma di screening.

Guidare la popolazione femminile nel processo di trasformazione dell'attuale programma di screening.

VANTAGGI

SALUTE

1. Diminuzione di sovra diagnosi e sovra trattamento.
2. Assenza di complicanze per trattamento di falsi positivi
3. Benessere psicofisico della donna preservato

ECONOMICI

CALCOLATI

Costo totale screening

PREVEDIBILI MA NON CALCOLATI

VANTAGGI ECONOMICI DIRETTI

- Eventuali follow up colposcopici risparmiati
- Costo complicanze del trattamento

VANTAGGI ECONOMICI INDIRETTI

(ORGANIZZATIVI E SOCIALI)

- Giorni di lavoro persi delle lavoratrici
- Presenza di un solo percorso di screening

**MIGLIOR ALLOCAZIONE
DELLE RISORSE**

STIMA RISPARMI ECONOMICI

1° ROUND						2° ROUND					
Coorte	vaccinate HPV nel	25enni nel	N vaccinate	€	RISPARMIO CUMULATIVO	coorte	vaccinate HPV nel	28enni nel	N vaccinate	€	RISPARMIO CUMULATIVO
1996	2008	2021	10075	334.893,00 €	386.980,75 €	-	-	-	-		
1997	2009	2022	13743	456.817,32 €	914.849,38 €	-	-	-	-		
1998	2010	2023	13940	463.365,60 €	1.450.284,78 €	-	-	-	-		
1999	2011	2024	13985	464.861,40 €	1.987.448,63 €	1996	2008	2024	10075	334.893,00 €	386.980,75 €
2000	2012	2025	14339	476.628,36 €	2.538.209,62 €	1997	2009	2025	13743	456.817,32 €	914.849,38 €
						1998	2010	2026	13940	463.365,60 €	1.450.284,78 €
						1999	2011	2027	13985	464.861,40 €	1.987.448,63 €
						2000	2012	2028	14339	476.628,36 €	2.538.209,62 €

	HPV 1° ROUND		HPV ROUND SUCCESSIVI		CITOLOGICO	
	Riferimento Min	Riferimento Max	Riferimento Min	Riferimento Max	Riferimento Min	Riferimento Max
Organizzazione	3,53	6,67 15,00	3,53	6,67 15,00	3,53	6,67 15,00
Prelievo	8,76	8,79 8,74	8,69	8,74 8,69	6,92	7,09 7,67
Laboratorio	13,18	16,14 17,73	12,94	15,88 17,45	11,13	12,59 17,38
Colposcopia	5,59	10,85 20,53	4,47	9,04 17,60	1,24	6,90 10,45
TOTALE	31,05	42,45 62,00	29,64	40,32 58,74	22,82	33,24 50,49
Trattamenti	6,25	10,71 17,85	4,46	7,14 10,71	0,71	5,18 10,17
TOTALE con trattamenti	37,30	53,16 79,85	34,10	47,46 69,45	23,53	38,41 60,67

NB. Il minimo e il massimo non costituiscono i valori limite riscontrabili nel livello preso in considerazione, ma rispecchiano il costo di quella stessa attività all'interno dello scenario minimo e massimo. Per quanto riguarda il prelievo, per esempio, il valore massimo risulta più basso rispetto al riferimento, poiché si ha una configurazione con una bassa percentuale di invio a colposcopia, che comporta per contro un maggior numero di prelievi in sede ambulatoriale.

Tabella 3.19. Confronto tra test HPV e citologico per livello nello scenario di riferimento, minimo e massimo. Costo per round in euro.

TOTALE RISPARMIATO IN 5 ANNI PER UN SOLO ROUND (2021-2025):
2.538.209,62 €

TOTALE RISPARMIATO IN 5 ANNI (1° ROUND + PRIMI 2 ANNI 2° ROUND):
3.626.134,46 €

TOTALE RISPARMIATO IN CICLO COMPLETO DI 2 ROUND (8 ANNI):
5.076.419,24 €

HTA Report Epidemiologia e Prevenzione n 3/4 2012

Impatto economico in Emilia Romagna

PROGRAMMA

- Analisi della situazione/realità
- Analisi del problema su cui intervenire
- Definizione degli obiettivi
- **Definizione del progetto educativo**
- Intervento
- Valutazione dei risultati

POSTER PROGETTO DI SALUTE

Esempio di locandina di
un progetto di salute.



IPOTESI DI AGGIORNAMENTO DELLO SCREENING PER CARCINOMA CERVICALE

Dott. U. Carioli, Dott. A. Rauzino, Dott. G. Marini.

Dipartimento Scienze Mediche - Igiene e Medicina Preventiva - Unife

1. PREMESSA

Le ultime evidenze scientifiche indicano che, grazie alle ampie coperture vaccinali anti HPV 9valente, l'incidenza del cancro della cervice si è ridotto a tal punto da dover ripensare lo screening. L'attuale programma di prevenzione basato sul vaccino seguito dal Pap test e HPV-DNA test come screening sarà inefficiente e difficilmente sostenibile globalmente.

È perciò necessario orientarsi verso un unico programma di screening basato sul HPV-DNA test primario a partire da 30 anni.

3. DESTINATARI

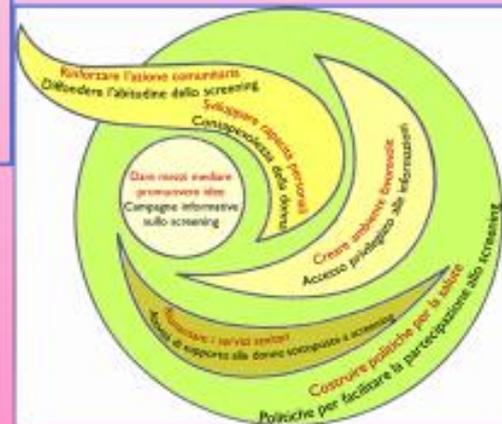
Donne residenti o domiciliate in regione delle coorti 1996-2000 e i genitori delle ragazze delle coorti a partire dal 2009.

4. MATERIALI E METODI

La Regione formerà operatori sanitari con lo scopo di educare le destinatarie dello screening. Ha individuato i centri vaccinali, le scuole, i consultori e i centri screening come luoghi di informazione.

2. OBIETTIVI

- Formare gli operatori sanitari del nuovo programma di screening;
- Sfruttare le occasioni di salute della donna per informarla del cambiamento dell'offerta di screening;
- Conservare l'adesione allo screening HPV-DNA test



5. RISULTATI

La regione valuterà la comprensione del messaggio da parte delle donne che saranno maggiormente coinvolte nel processo di aggiornamento. Inoltre registrerà le richieste di Pap-test successive all'introduzione del nuovo programma di screening.

PROGETTO EDUCATIVO

1. Definizione del progetto
2. Obiettivi
3. Destinatari del programma
4. Stima dei costi del progetto ed eventuali costi aggiuntivi
5. Definizione numero di operatori coinvolti
6. Definizione sedi di svolgimento
7. Definizione numero di incontri per raggiungere gli operatori (diverse metodologie di comunicazione adattate ai vari professionisti)
8. Definizione numero di incontri per raggiungere la popolazione (diverse metodologie di comunicazione adattate all'età e dei destinatari)
9. Indicatori di processo e di esito
10. Criticità e soluzioni
11. Valutazione finale e Stesura relazione finale
12. Validazione etica metodologica e appropriatezza
13. Approvazione

I. DEFINIZIONE PROGETTO

- Progetto di educazione sanitaria riguardante l'aggiornamento del programma di screening per il carcinoma della cervice uterina sulla base delle nuove evidenze.
- Comunicazione dei benefici conseguenti all'innalzamento dell'età di inizio dello screening per il carcinoma della cervice uterina a partire dai 30 anni nelle donne vaccinate naïve (vaccinate nel 12° anno) contro l'HPV.

I. DEFINIZIONE PROGETTO



**RESPONSABILI
DEL PROGETTO**

GRUPPO DI
LAVORO
REGIONALE



**FORMATORI
OPERATORI
SANITARI:**

ESPERTI DEL SETTORE
ESPERTI IN
COMUNICAZIONE



**OPERATORI
SANITARI**

MMG E PLS
GINECOLOGI
OSTETRICHE



UTENTI:

RESIDENTI O
DOMICILIATE NELLA
REGIONE EMILIA-
ROMAGNA DELLE
COORTI 1996 – 2000.
GENITORI DELLE
RAGAZZE DELLE
COORTI A PARTIRE
DAL 2009

2. OBIETTIVI

PRIMARI:

Breve termine

- Informare la popolazione dell'aggiornamento del programma di screening (trasmettere un messaggio univoco, uso e diffusione di un codice comunicativo comune)
- Occasione di formazione per gli operatori
- Modificazione atteggiamenti e comportamenti

Lungo termine

- Mantenere aderenza allo screening a partire dai 30 anni

SECONDARI

Breve termine

- Migliore allocazione delle risorse
- Incremento visibilità di istituzioni e azienda sanitaria

Lungo termine

- Aumento produttività degli utenti (giornate lavoro perse)
- Aumento produttività degli operatori (unico percorso di screening)

PNP 2014-2018

È lo strumento fondamentale di pianificazione del Ministero. È redatto con un respiro strategico che a livello nazionale stabilisce gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione che sono poi adottati a livello regionale con i Piani regionali.

Il nuovo Piano nazionale della prevenzione, di durata quinquennale, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

- Individua pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi:
 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 e i loro esiti
 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
 10. Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

PRP 2015-2019

È lo strumento per tutti gli interventi e i programmi che le Aziende sanitarie, negli anni di riferimento, hanno utilizzato per tutelare e promuovere la salute delle donne, degli uomini e dei bambini che vivono nella nostra regione e per intervenire su problemi di salute più diffusi nella popolazione, ed è il risultato di un percorso di confronto tra Regione, Aziende sanitarie e i diversi soggetti del territorio interessati.

- La Regione Emilia-Romagna ha ripreso gli Obiettivi centrali del Piano nazionale focalizzando la progettazione del proprio Piano nei 6 ambiti (setting) su cui agire:
 1. ambienti di lavoro
 2. comunità (programmi rivolti alla popolazione)
 3. comunità (interventi per fasce di età)
 4. comunità (interventi per condizioni specifiche)
 5. scuola
 6. ambito sanitario (inteso come prevenzione e contrasto dei fattori di rischio nei cittadini e nella comunità, con interventi proattivi da parte dei servizi sanitari)

3. DESTINATARI PROGRAMMA

- Donne vaccinate per HPV residenti o domiciliate in Emilia-Romagna nate dal 1996 e il 2000 (donne di età tra 20 a 25 anni nel periodo 2019-2020).
- Genitori delle ragazze delle coorti a partire dal 2009 (info sullo screening al momento della vaccinazione HPV).



4. Stima dei costi del progetto ed eventuali costi aggiuntivi

Numero operatori in ER		n
	MMG - AP	3027
	MMG - CA	628
	PLS	627
	Ginecologi SSN	-
	Ostetriche SSN	-
	Medici di Medicina Penitenziaria	-
	TOTALE	4282
Numero utenti		
	Donne vaccinate naïve coorti 1996-2000	66082
	Ragazzi in età scuola superiore	
	Numero classi ragazzi in età scuola superiore	

		Costi unitario €	Costo totale €
Costi formazione operatori	Docenze		
	Accreditamento ECM		
	Materiale didattico		
	Materiale raccolta firme		
	Sede		
Costo materiale informativo	Lettera informativa		
	Progettazione volantino		
	Stampa volantini		
Educazione sanitaria scolastica	Costo per ogni incontro (1 classe= 1 incontro)		
Valutazione	Materiale questionario gradimento		
	Materiale notifica richieste Pap test inappropriate		
	Materiale questionario per esecuzione Pap Test in ambito privato		
	Agenas?		

Non siamo riusciti a quantificare tutte le spese poiché non abbiamo accesso a quel tipo di dato.

5. Definizione numero di operatori coinvolti

Numero Operatori in Emilia-Romagna	
MMG – AP	3.027
MMG – CA	628
PLS	627
Ginecologi SSN	
Ostetriche SSN	
Medici di Medicina Penitenziaria	
TOTALE	4282

Numero Utenti destinatari del Progetto	
Donne vaccinate naïve coorti 1996-2000	66.082
Ragazzi frequentanti scuole superiori	
Classi degli istituti della scuola superiore	

Stime del numero dei medici. Non abbiamo accesso alle Risorse Umane per il conteggio preciso degli operatori sanitari da coinvolgere.

6. Definizione sedi di svolgimento

Sedi di svolgimento del Progetto	
Educazione agli Operatori Sanitari	Centri congressi
	Università
	Ambulatori medici
	Regione ER
Educazione agli Utenti	Centri vaccinali
	Scuole
	Ambulatori medici

7. Definizione degli incontri per raggiungere gli operatori sanitari

PLS E MMG

- Eventi formativi organizzati dalla Regione

GINECOLOGI E OSTETRICHE PUBBLICI (consultorio)

- Eventi formativi organizzati dalla Regione
- Protocollo aziendale
- Materiale informativo

GINECOLOGI E OSTETRICHE PRIVATI

- Coinvolgimento dell'Ordine dei Medici per promozione di condotte di appropriatezza
- Eventi formativi organizzati dalla Regione
- Materiale cartaceo informativo

Almeno una partecipazione obbligatoria annuale

8. Definizione numero di incontri per raggiungere la popolazione

Adolescenti 10 - 12 anni:

- Ultimo Bilancio di Salute (11 anni): colloquio con MMG o PLS, che introdurranno nuovo percorso di screening,
- 2 appuntamenti durante la vaccinazione vs HPV.

Ragazze 13 – 19 anni:

- Un incontro organizzato dal referente sanitario ASL nelle scuole medie superiori.

Ragazze 19 – 24 anni:

- Materiale informativo cartaceo in farmacia, estetiste/parrucchiere, palestre,
- Colloqui volontari su richiesta personale presso consultori e medico di medicina generale.

Ragazze 25 anni:

- Lettera informativa rinvio appuntamento screening al domicilio al compimento dei 25 anni nella quale è indicata la possibilità di contattare operatori sanitari per maggiori informazioni.



INDICATORE
DI
PROCESSO

- Informano che il processo assistenziale è stato erogato, o meno, in maniera appropriata secondo quanto definito da standard di riferimento: linee-guida, percorsi assistenziali.
- Gli indicatori di processo ci informano su chi ha fatto che cosa e come.
- Non ci dicono se ciò che viene fatto è efficace (è indicato da appositi indicatori di ESITO).

9. INDICATORI DI PROCESSO

PROCESSI	INDICATORI (%) (VALUTAZIONE ANNUALE)	STRUMENTO
Formazione degli operatori	- Partecipazione agli incontri formativi	- Firme presenza
Invio lettera che spiega il nuovo programma di screening.	- Richiesta di conferma ricezione lettera	- Intervista telefonica a campione
Rispetto del programma stabilito	- 2 incontri annuali tecnici finalizzati al monitoraggio, revisione di quanto programmato	- Evento nazionale GISCI e seminari regionali screening oncologici



INDICATORI DI ESITO

- Documentano una modifica di esiti assistenziali: clinici (mortalità, morbilità), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).
- Gli esiti corrispondono ai risultati finali delle prestazioni.

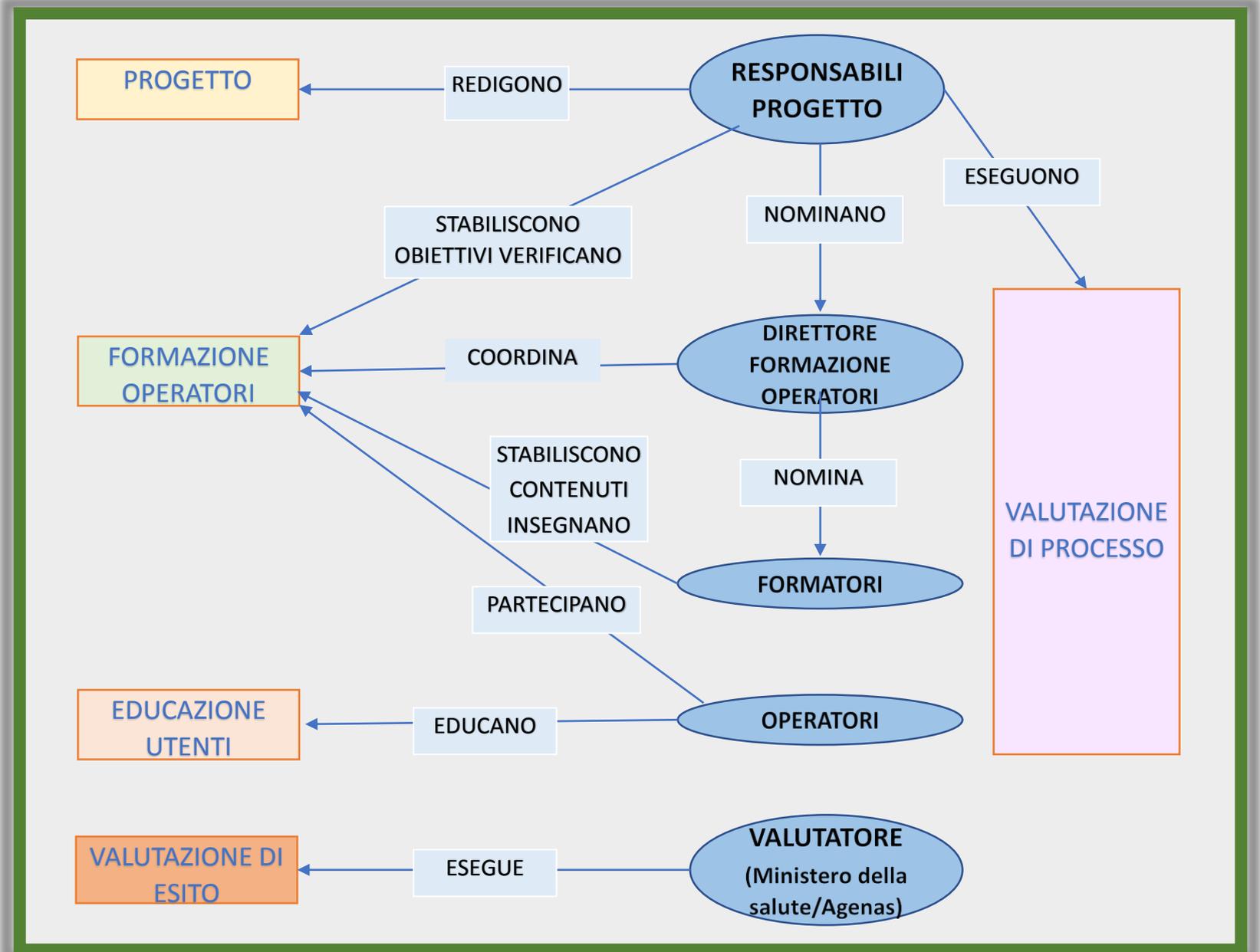
9. INDICATORI DI ESITO

ESITO	INDICATORI (%)	STRUMENTI
Comprensione del messaggio: lo screening è utile a partire dai 30 anni utilizzando in prima battuta il test HPV DNA e non più il PAP test.	- Adesione allo screening HPV DNA 30-65 anni a partire dal 2026 (per possibile fraintendimento del messaggio, rischio di non adesione alla fase successiva).	- Analisi dati regionali screening
	- Monitoraggio Pap Test eseguiti al di fuori dello screening.	- Analisi dati CUP
Qualità dell'assistenza.	- Soddisfazione dell'utente al momento dell'HPV test	- Questionario di gradimento

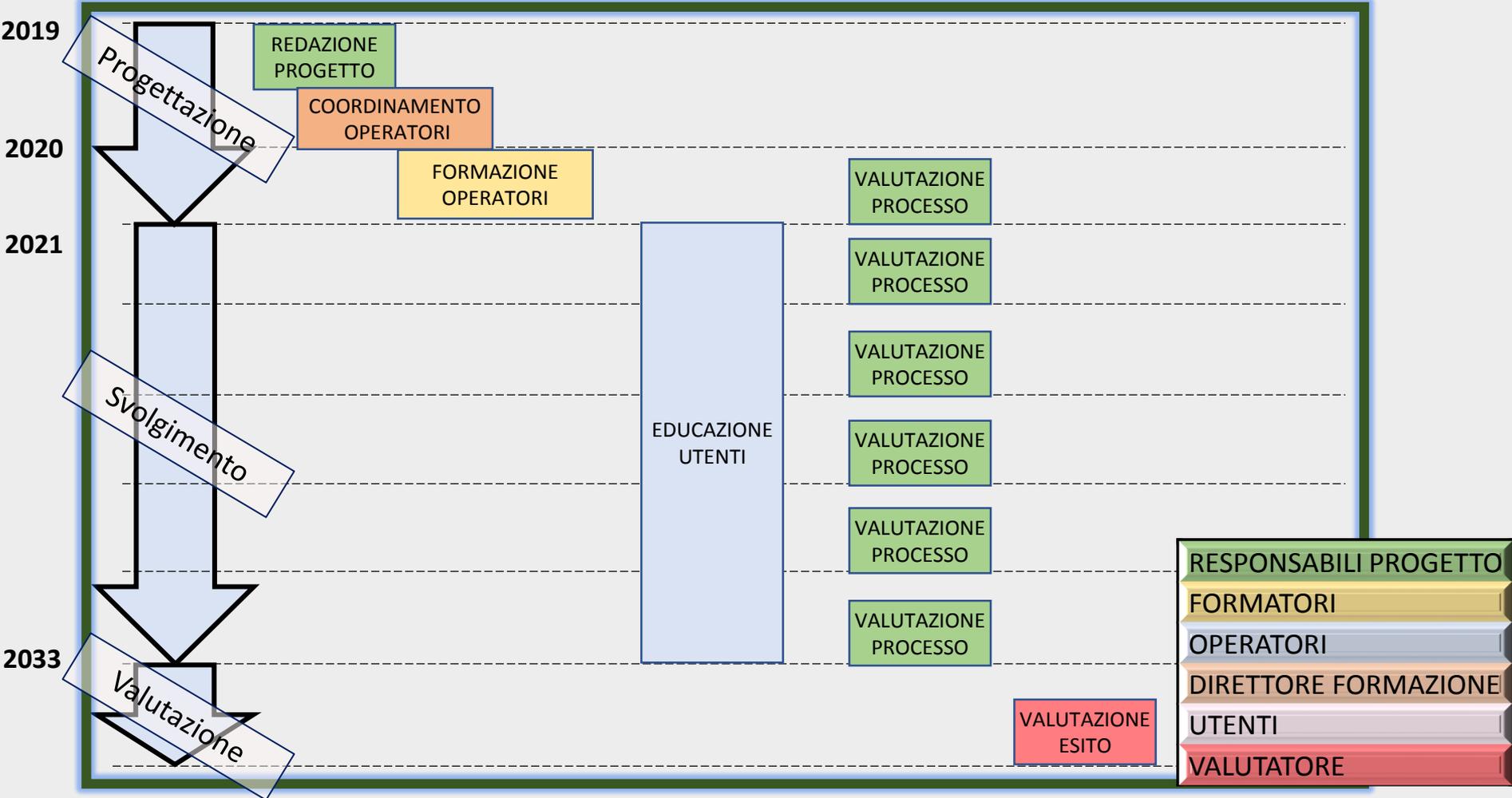
PROGRAMMA

- Analisi della situazione/realtà
- Analisi del problema su cui intervenire
- Definizione degli obiettivi
- Definizione del progetto educativo
- **Intervento**
- Valutazione dei risultati

ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO



SVOLGIMENTO - CRONOGRAMMA





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AGENAS

- È un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.
- In questo caso: svolge l'attività di soggetto esterno valutatore che, garantendo la neutralità, raccoglie i dati che gli indicheranno il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

10. CRITICITÀ E SOLUZIONI: PROBLEMI PREVENIBILI E SOLUZIONI

1. Aumento della spesa sanitaria privata.
(Ci sono in letteratura studi sul comportamento delle persone in seguito alla sottrazione di una prestazione sanitaria offerta dal pubblico e comunque disponibile anche nel privato)
2. Difficoltà nel convincere a non fare screening:
Pap test ha raggiunto una penetrazione nella popolazione seconda solo alle vaccinazioni dell'infanzia fra le misure di prevenzione ed è diventato un'abitudine consolidata per oltre il 70% delle donne (in alcune zone d'Italia fino a quasi il 90%)
3. Legate a novità del progetto
4. La preoccupazione degli operatori: rispondere correttamente ai quesiti richiesti dalle donne

- Informazione
- Per la nostra organizzazione abbiamo inserito un *dépliant* informativo nelle lettere d'invito, riguardo l'HPV
- Disincentivare screening privato accreditato: rispettare requisiti per accreditamento (ora la soglia di accreditamento è 25'000 PAP/anno)

PROGRAMMA

- Analisi della situazione/realità
- Analisi del problema su cui intervenire
- Definizione degli obiettivi
- Definizione del progetto educativo
- Intervento
- **Valutazione dei risultati**

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

10. Valutazione finale e Stesura
relazione finale

11. Validazione etica
metodologica e appropriatezza

12. Approvazione



Regione

Efficacy



Natura multidisciplinare di tale settore impedisce la possibilità che la valutazione dell'efficacia si basi su un singolo approccio (RCT nel campo biomedico)

PROBLEMI DI
VALUTAZIONE DI
UN PROGETTO
DI SALUTE

Partecipazione:
coinvolge tutti
gli stakeholders
in promozione
della salute e i
destinatari
dell'intervento

**Multidisciplinari
età:** valutazione
impiega diverse
discipline e
approcci
quantitativi e
qualitativi

Empowerment:
aumentare il
controllo
riguardo i
determinanti
della salute

Equità:
raggiungere
tutti i portatori
di un bisogno di
salute

Appropriatezza:
coerente con il
modello di
salute

Sostenibilità:
misurare ciò
che rende
sostenibile
l'intervento

Effectiveness



PROBLEMI DI VALUTAZIONE DI UN PROGETTO DI SALUTE

Ci si basa su raccomandazioni di «buone pratiche» (insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione)

CON QUALI EVIDENZE DIMOSTRARE CHE UN INTERVENTO È STATO EFFICACE?

- *Judicial Principle*: (non c'è una gerarchia delle fonti come per EBM) la decisione di ciò che è evidente e conduce a un'azione è frutto di una molteplicità di fonti
- L'evidenza è il prodotto di un mix tra sperimentazione, osservazione, riflessione teoretica.
- 3 criticità:
 - Gli **interventi** sono complessi, legati al contesto, coinvolgono un insieme di discipline eterogenei anche in rapporto alla dimensione temporale necessari ad evidenziare gli effetti.
 - Non vi sono soluzioni semplici allo sviluppo di **indicatori** appropriati. Occorre superare la prospettiva individuale per tenere conto delle aspettative e della consapevolezza pubblica.
 - La **base teorica**: più la base teorica è forte e coerente, più credibili sono la ricerca e l'intervento per il motivo che: la teoria stabilisce i parametri di ciò che costituisce l'evidenza.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- <https://silvanomonarca.files.wordpress.com/2013/03/05-promozione-della-salute.pdf>
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/345797/HEN51.pdf
- Lea 2017: [allegato I al DPCM 12 gennaio 2017](#)
- <https://silvanomonarca.files.wordpress.com/2013/03/04-principi-di-educazione-sanitaria.pdf>
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28351348-systematic-review-of-cost-effectiveness-analyses-for-combinations-of-prevention-strategies-against-human-papillomavirus-hpv-infection-a-general-trend/?from_term=%22Uterine+Cervical+Neoplasms%2Fprevention+and+control%22%5BMesh%5D&from_filter=simsearch3.fft%2Cpubt.systematicreviews&from_page=6&from_pos=9
- https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
- Gimbe – 4° rapporto Gimbe
- Conferenza Gisci 2019
- **Il processo di Health Technology Assessment nelle aziende sanitarie** Manuale delle procedure per “scegliere saggiamente” le tecnologie efficaci ed appropriate a cura di Francesco Cattel, Franco Ripa, Antonio Scarmozzino Sezione Regionale SIFO Piemonte - Valle D’Aosta
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/dispositiviMedici/conferenza2017/Marchetti_Garantire%20Efficacia%20%20Sicurezza%20e%20Innovazione%20per%20una%20crescita%20sostenibile.pdf
- Epidemiologia e prevenzione - <http://www.epiprev.it/archivio>
- Rootman I., Introduction to the book, in Evaluation in Health Promotion, Part I Introduction and framework, (2001) WHO Regional Publications European series n. 92: 5

GRAZIE DELL'ATTENZIONE