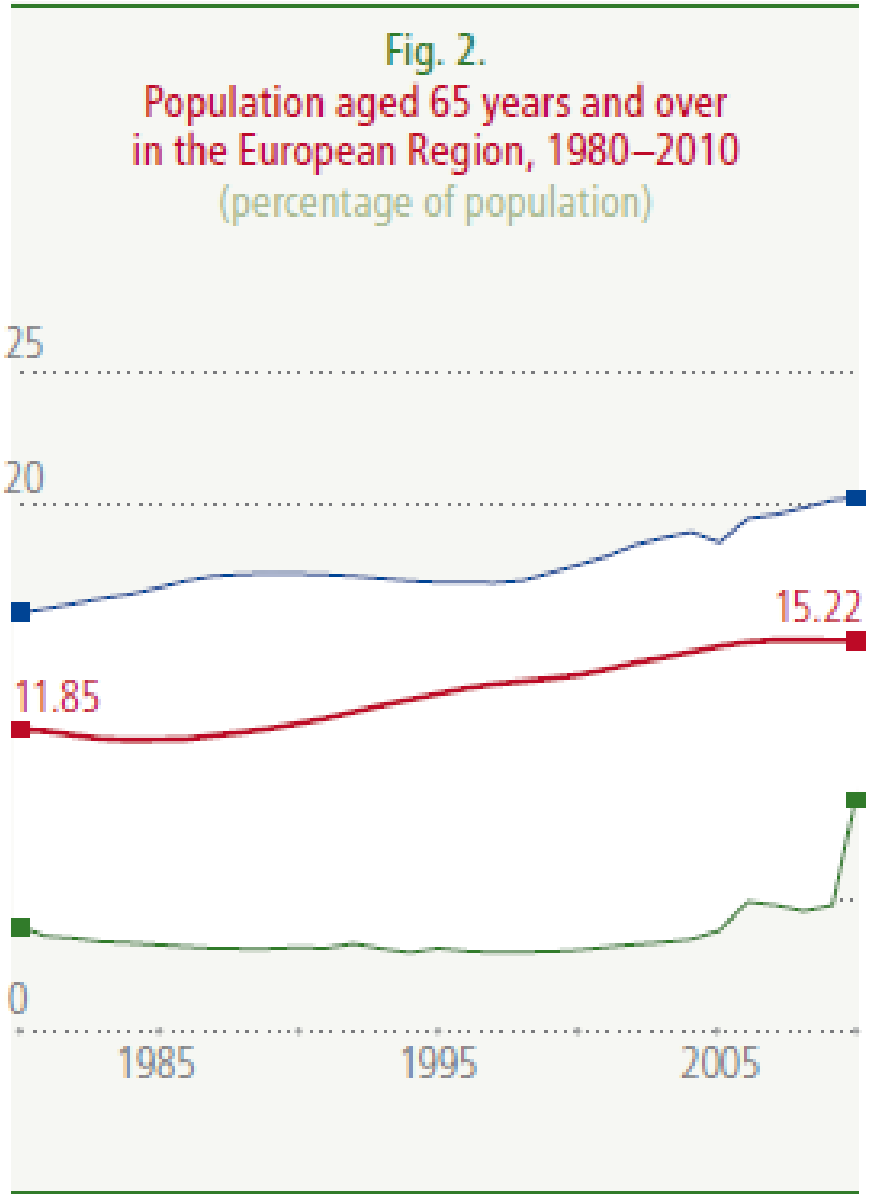
La promozione della salute e il Piano regionale della prevenzione

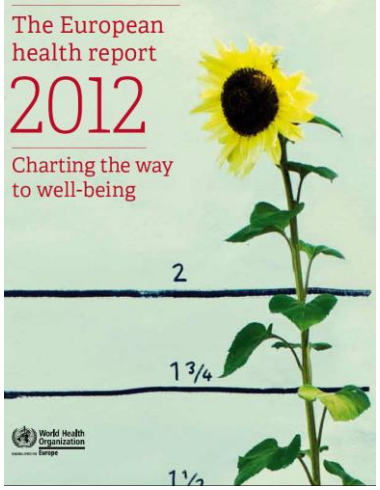
Paola Angelini
Servizio Sanità pubblica Regione Emilia-Romagna

Reggio Emilia 17 settembre 2014

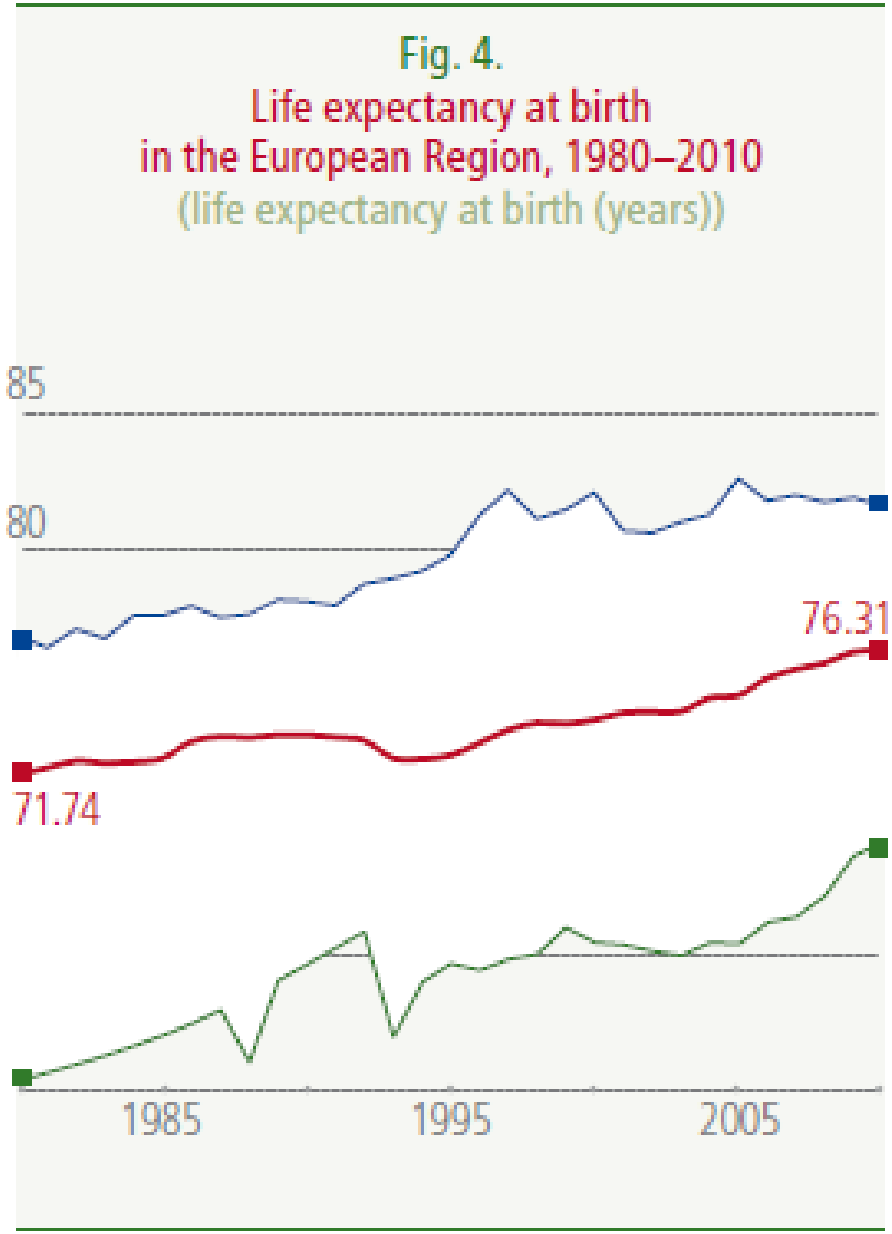
L'invecchiamento della popolazione



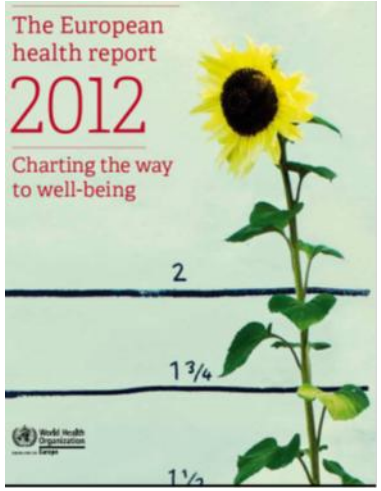
Source: European Health for All database (6).



L'aspettativa di vita alla nascita



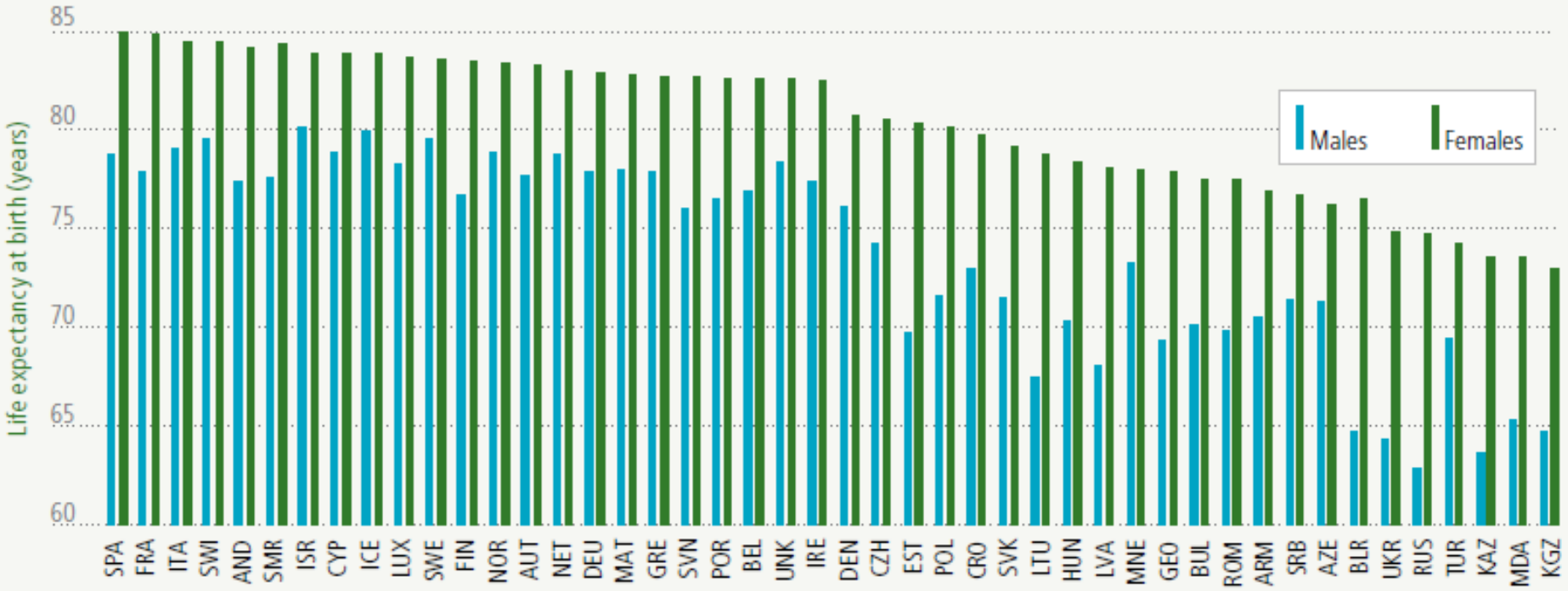
Source: European Health for All database *(6)*.



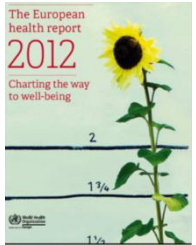
L'aspettativa di vita alla nascita

Fig. 7.

Male and female life expectancy at birth in countries in the European Region, last reported data, 2006–2010

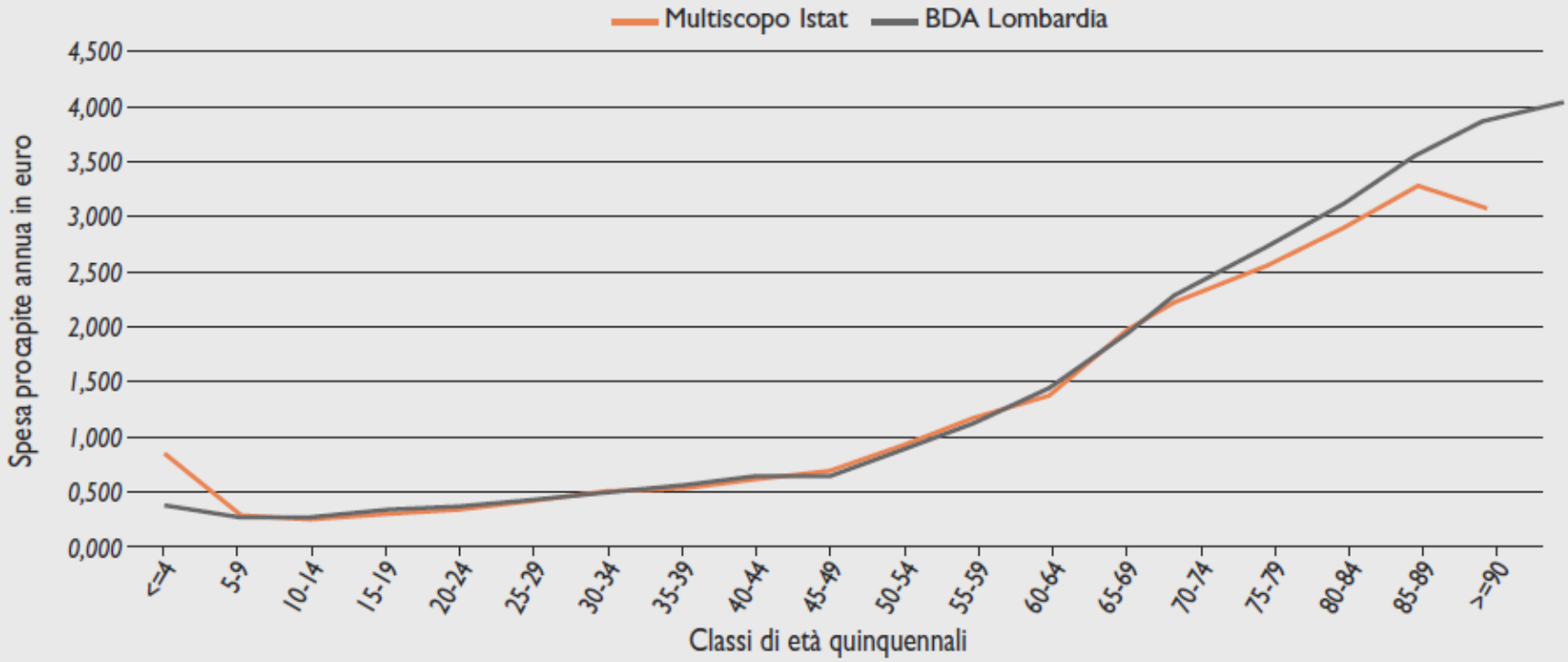


Source: European Health for All database *(6)*.



Impatto sui costi del SSN

Figura 5 - Costi sanitari per età del consumatore



Agenas: analisi della spesa sanitaria attraverso i Conti Economici

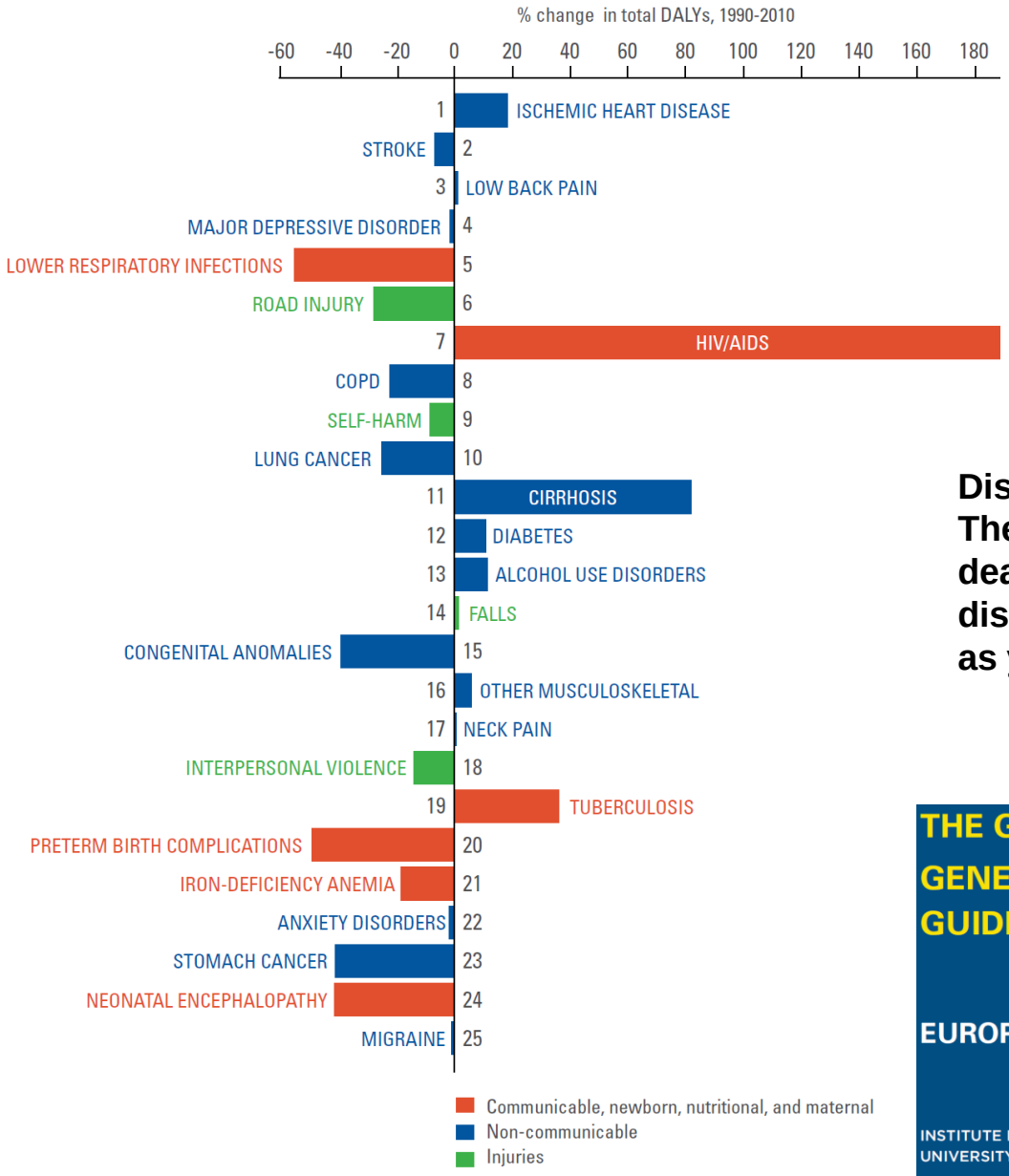
Come fare per invecchiare sani?

- per migliorare lo stato di salute complessivo
- per migliorare la qualità della vita della popolazione anziane
- e per rendere sostenibile il nostro sistema sanitario

E' NECESSARIO AGIRE PREVENENDO/POSTICIPANDO LE MALATTIE PIÙ FREQUENTI

Burden of Disease in Europa

Figure 7: Shifts in leading causes of DALYs in Europe and Central Asia, 1990-2010



Disability-adjusted life years (DALY s): The sum of years lost due to premature death (YLLs) and years lived with disability (YLDs). DALYs are also defined as years of healthy life lost

La prevenzione dei fattori di rischio principali

Sono tutti fattori di rischio di tipo comportamentale!

Determinanti di salute
Stili di vita

- le condizioni e gli stili di vita giocano un ruolo fondamentale sullo stato di salute e sulle cause di malattia e di morte
- a diverse condizioni di vita nella popolazione corrispondono livelli di benessere e condizioni di salute differenti
- oltre alla Sanità anche altri soggetti giocano un ruolo centrale per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione

La nuova Sanità Pubblica

- capacità di analisi dei problemi di salute della popolazione e di comprensione delle priorità

- capacità di intervenire sui determinanti di malattia promuovendo e supportando la messa in atto di politiche generali e di programmi di sanità pubblica

- capacità di valutare i risultati dei programmi attuati e di migliorare progressivamente l'efficacia degli stessi

Il percorso del Piano Regionale Prevenzione

Principi ispiratori:
integrazione, partecipazione ed equità, forte raccordo con strumenti di programmazione regionale

Lettura dei determinanti della salute e delle interrelazioni con altri settori nel **Profilo di salute**

Identificazione **priorità** di intervento

Sviluppo progettualità e **programmazione delle azioni**

PRP 2010-2012:

Obiettivo generale è la prevenzione delle abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari

La letteratura scientifica mostra come gli interventi di maggior successo, in tutti i setting e in tutte le popolazioni target, siano quelli multicomponenti (che agiscono contemporaneamente a livello del macro-ambiente e/o micro-ambiente e/o individuale), adattati al contesto locale, che utilizzano le risorse esistenti di una comunità e che coinvolgano le figure interessate già nella fase di pianificazione e di realizzazione

Ricercare interventi tali da sostenere e promuovere:

la costruzione di reti di relazioni, a livello regionale e a livello locale, tra enti ed istituzioni interessati alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute, capaci di supportare l'organizzazione di interventi multisettoriali integrati.

Il nuovo piano della prevenzione

Paesaggi di prevenzione

Un programma:

- messo a punto da operatori del Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna e di Luoghi di Prevenzione
- rivolto a studenti delle Scuole secondarie di primo e secondo grado
- ricomprende «Scuole libere dal fumo» e «Scegli con gusto e gusta in salute»

La scuola come alleato strategico

I comportamenti non salutari si instaurano precocemente

La Scuola è un luogo privilegiato in cui:

- integrare educazione, formazione e informazione
- promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e il rifiuto di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo

Determinanti dei comportamenti in adolescenza

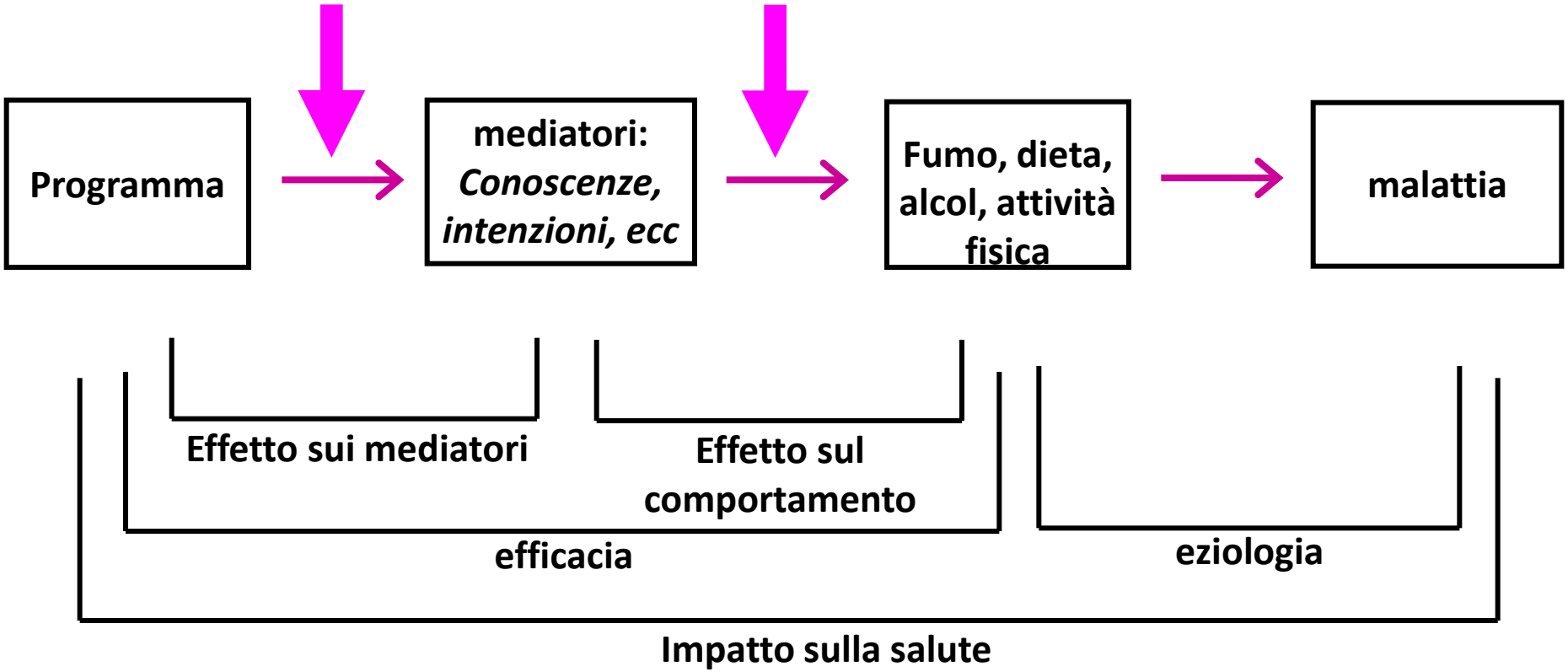
1. individuali
   - tratti di carattere
     - impulsività, ricerca di sensazioni, mancanza di speranza, ansia, sensibilità…
   - conoscenze
2. ambientali
   - media (pubblicità, film, programmi televisivi)
   - influenza di pari, della famiglia
   - altri modelli (insegnanti, operatori sanitari, politici)
   - disponibilità e accessibilità….

Come agire sui comportamenti?

I paradigmi di riferimento:

- H. Gardner: concetto di intelligenze multiple;
- G. Maslow: teoria dei bisogni e della motivazione finalizzata alla realizzazione di sé;
- A. Bandura: teoria dell'autoefficacia nei processi di cambiamento;
- G. Bateson: visione olistica, "la struttura che connette";
- L. Irigaray; Il pensiero della differenza;
- G. Bachelard e J. Hillmann: Il potere evocativo della parola, la reverie come attenzione alla
- simbologia nell'espressione di sé attraverso scrittura, colore, musica, linguaggio corporeo,
- comunicazione non verbale, confronto con le arti figurative;
- A. Boal e J. Moreno: il teatro dell'oppresso, teatro forum e playback theatre come tecniche di approfondimento del gioco di ruolo;
- C. Di Clemente e J. H. Prochaska: per i concetti di motivazione e ciclo trans teorico del
- cambiamento;
- D. Goleman e J.P. Guildford: per i concetti di intelligenza emotiva, creatività e pensiero divergente

Il paradigma della prevenzione



La complessità…

- Questo rende le cose molto complicate, anche per la ***SENSIBILITÀ*** dei sistemi (in particolare psicologici) su cui si dovrebbe agire.

La complessità……

- Differenti TEORIE cercano di spiegare i fattori coinvolti nei diversi passaggi di assunzione di comportamenti
- Molti programmi di prevenzione sono basati su buone TEORIE

… ma le TEORIE DA SOLE non possono predire il successo di un programma di prevenzione

Anche ciò che è sbagliato deriva da buone intenzioni….

- Molti programmi
  - basati su teorie di riferimento
  - progettati da gruppi di esperti di discipline diverse
  - dotati di risorse sufficienti
- … hanno mostrato ***effetti iatrogeni***, un volta valutati

effetti iatrogeni in prevenzione sono eticamente inaccettabili

Esempi di cattive pratiche

American National Youth Anti-drug Media Campaign

- planned by the National Drug Control Policy (ONDCP)
- funded in 1997 by the United States Congress with **$1.5 billion dollars**
- main objective: “to educate and enable America’s youth to reject illegal drugs as well as alcohol and tobacco”
- televised antidrug public service announcements (PSAs) broadcasted 1998-2004

American National Youth Anti-drug Media Campaign

- Evaluation provides ***no evidence of positive effect in relation to teen drug use***, and shows some indications of a negative impact.
- the ***past month use of marijuana appeared significantly increased by 2.5% among 14-18 years*** (Orwin, GAO, 2006).

- RR of marijuana use in past year: ***1.21 (1.19-1.65)***
- Antimarijuana Social Norms Scale: ***-6.3 (-10.4,-2.2)***

Hornik, AAAPSS, 2009

Montana Meth Project

- Una campagna di comunicazione multimediale contro l'uso di Methamphetamine nel 2005
- Asse portante dell'intervento era una cartellonistica pubblicitaria che raffigurava I consumatori come persone pericolose, non affidabili, ecc.
- ***La campagna si è dimostrata efficace nell'aumentare l'accettabilità sociale di questa droga e nel diminuire il rischio percepito associato al consumo di sostanze***

J Health Econ. 2010 Sep;29(5):732-42.
Prev Sci. 2008 Dec;9(4):256-63.

Anche ciò che è sbagliato deriva da buone intenzioni….

Because professionals sometimes do more harm than good when they intervene in the lives of other people, their policies and practices should be informed by rigorous, transparent, up-to-date evaluations.

I. Chalmers AAPPS 2003

Cosa c'era di sbagliato?

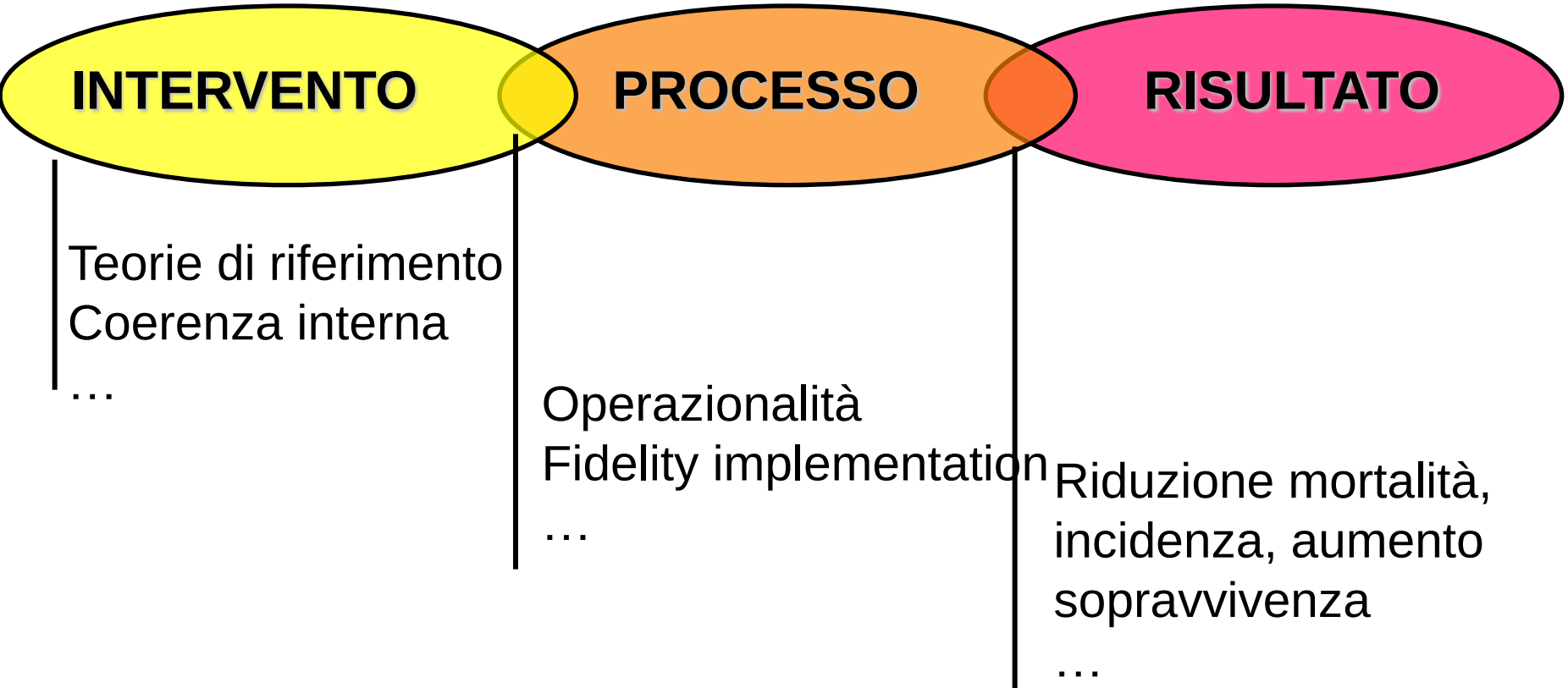
- Per quali ragioni un programma con tutte le caratteristiche di una ***Best Practice***, ha mostrato tali effetti?
  - la complessità legata alla biologia, all'ambiente sociale, alla psicologia…
  - l'inadeguatezza dei nostri strumenti di ricerca

Questa complessità rende la teorizzazionerende precaria e inafidabile

la disseminazione di interventi di prevenzione non preliminarmente valutati rischia sempre effetti iatrogeni

Cosa valutare?

Gli elementi di qualità di un intervento di prevenzione sono gli stessi di quelli di un intervento farmacologico



High quality scientific evidence is needed

- la scelta di utilizzare un intervento di prevenzione implica una *pesante* responsabilità scientifica e etica

"High quality scientific evidence is needed when professionals intervene in the lives of other people" (Ian Chalmers)

Possibili raccomandazioni

A livello della pratica:

1. devono essere adottati solo ***interventi efficaci*** (valutati con disegni solidi e rigorosi) ***adattati al contesto*** ove necessario
2. gli ***interventi di qualità devono essere sottoposti a valutazione*** (con disegni di ricerca solidi e rigorosi), per mettere rendere disponibili i risultati

Ma come valutare l'efficacia?

- Un disegno di studio che può garantire una misura valida degli effetti di un intervento è il ***Randomized Controlled Trial***
  - il programma è assegnato in modo casuale
  - gli esiti misurati in cieco (per quanto possibile)
  - le classi di controllo effettuano il "usual curriculum"
  - la ***implementation fidelity*** è perseguita
  - e valutata

Paesaggi di Prevenzione e Scuole libere da fumo: due trial

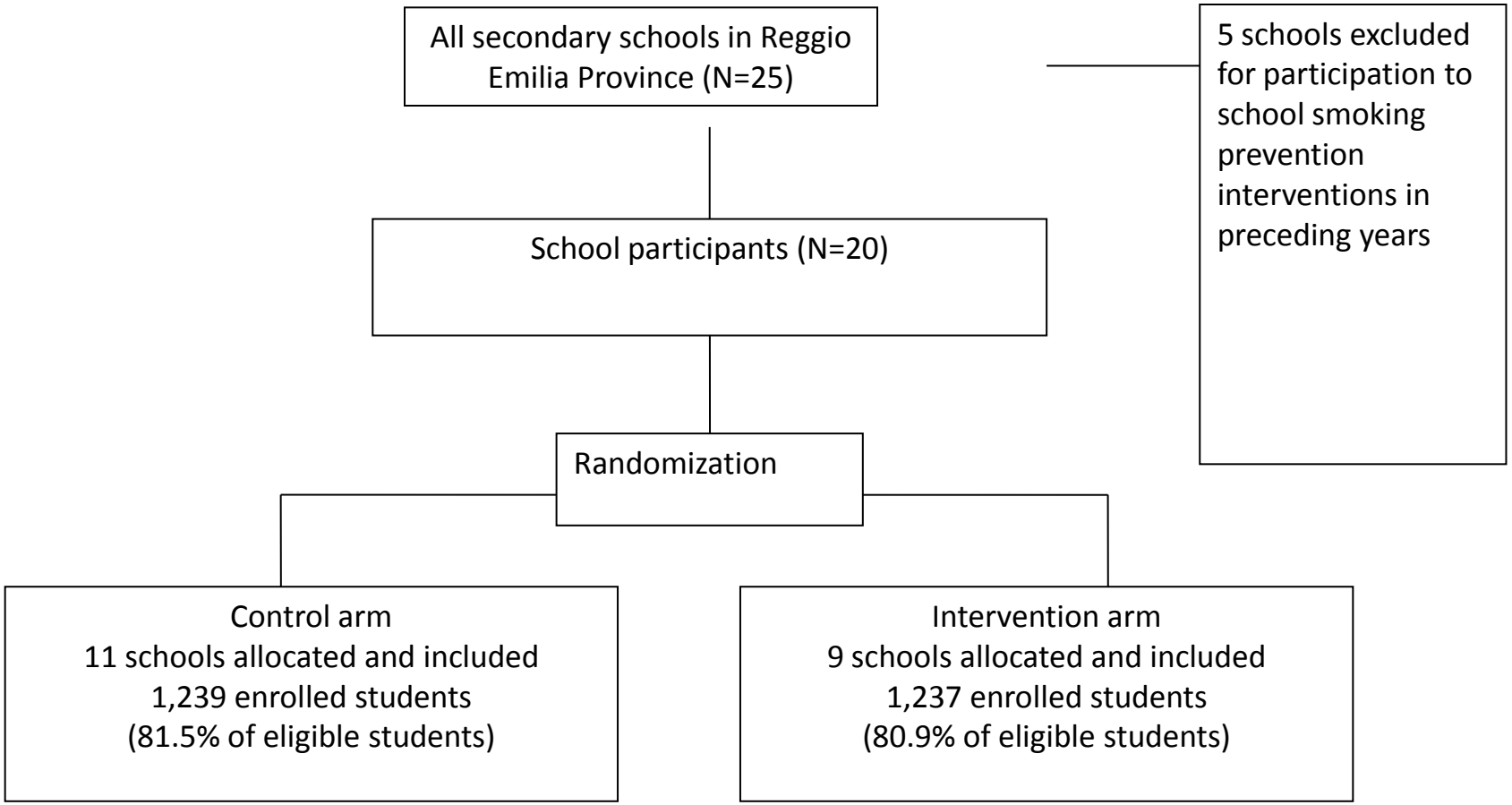
- La Regione Emilia-Romagna ha scelto di valutare con metodi rigorosi
  - Scuole libere dal fumo
  - Paesaggi di prevenzione

- Con l'obiettivo di contribuire in modo sostanziale
  - alla pratica, aumentando la disponibilità di interventi valutati
  - alla ricerca, permettendo la comprensione dei meccanismi di efficacia

Scuole libere da fumo

- Componenti dell'intervento
  - Lezione in aula di 2 ore (i docenti ricevono precedentemente una formazione da operatori LdP)
  - Un intervento di peer-education sulla life skills scelta (i peer-educators vengono formati a LdP)
    - Brainstorming, discussione, scrittura creativa e questionario sui rischi del fumo
  - Attività sul contesto scolastico

Scuole libere da fumo: il trial



Scuole libere da fumo: il trial

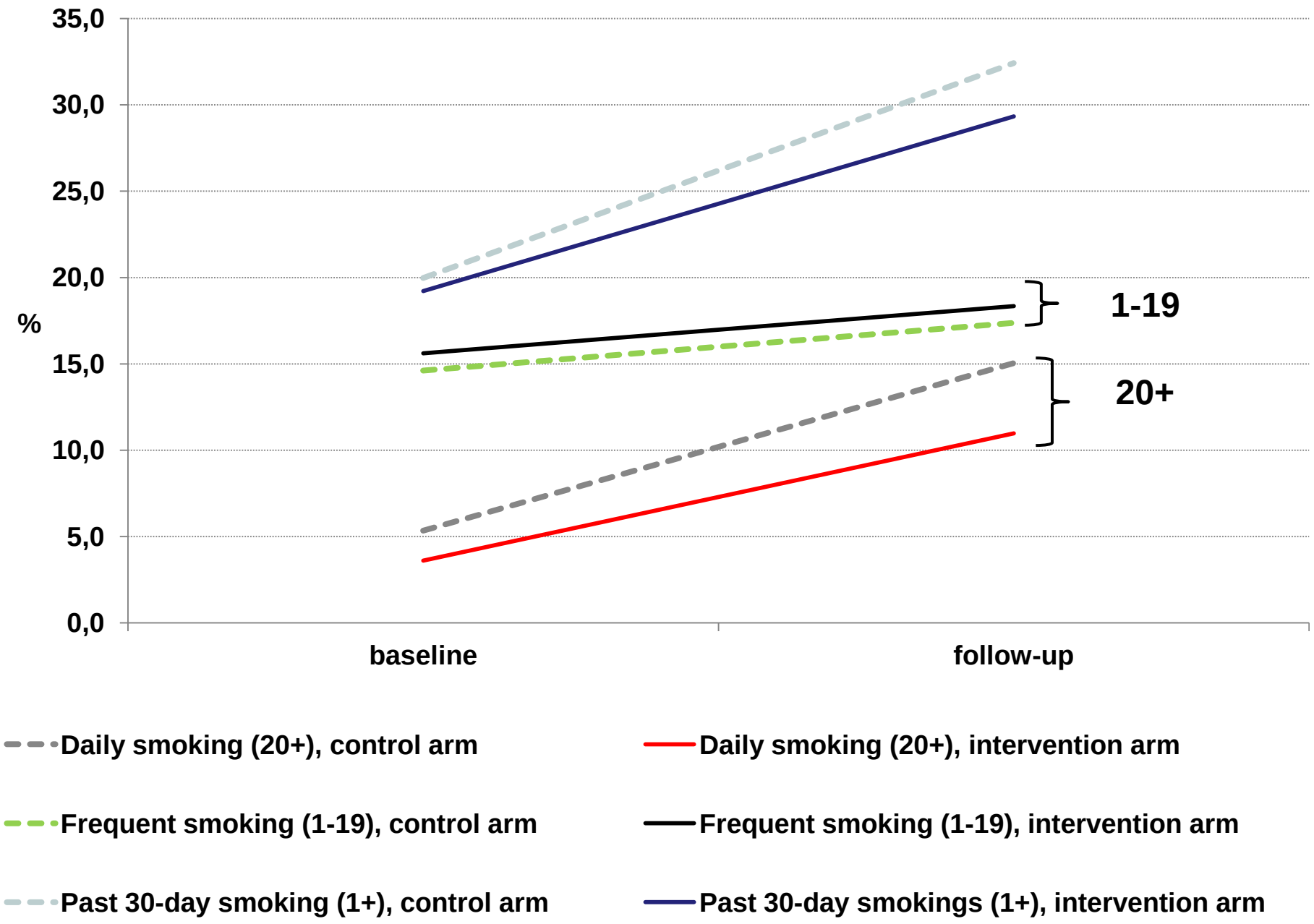
- Somministrato un questionario prima e dopo l'intervento per valutare le modifiche comportamentali
- Domande su:
  - caratteristiche demografiche (età, sesso, livello istruzione genitori, ecc)
  - consumo di sigarette (n.ro sigarette fumate nella vita e negli ultimi 30 giorn; abitudine al fumo in genitori, familiari, amici; exp al fumo passivo; ecc)

Scuole libere da fumo: il trial

	Intervento (N=676)	Controllo (N=676)	OR(95%CI)°
Fumare almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni	196	219	0.62 (0.37 – 1.06)
Fumare 20 o più sigarette negli ultimi 30 giorni	72	100	0.49 (0.25 – 0.94)
Fumare meno di 20 sigarette negli ultimi 30 giorni	124	119	0.94 (0.64 – 1.41)

° Aggiustamento per sesso, tipo di scuola, aver fumato negli ultimi 30 giorni al baseline, età al baseline, giorni tra baseline e follow-up.

Gli studenti del braccio di intervento registrano una riduzione del 50% nel riportare di avere fumato 20 o più volte negli ultimi negli ultimi 30 giorni, rispetto ai controlli


35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
%
1-19
20+
baseline
follow-up
Daily smoking (20+), control arm
Daily smoking (20+), intervention arm
Frequent smoking (1-19), control arm
Frequent smoking (1-19), intervention arm
Past 30-day smoking (1+), control arm
Past 30-day smokings (1+), intervention arm

Il trial "Scuole libere dal fumo"

Girls				
	Intervention (N=309)	Control (N=379)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)*
Past 30-day smoking (1+)	85	119	0.87 (0.57-1.34)	0.77 (0.46-1.29)
Daily smoking (20+)	35	58	0.88 (0.41-1.87)	**0.36 (0.17-0.79)**
Frequent smoking (1-19)	50	61	1.02 (0.68-1.53)	1.32 (0.77-2.28)
Boys				
	Intervention (N=382)	Control (N=311)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)*
Past 30-day smoking (1+)	117	105	0.84 (0.58-1.22)	0.45 (0.19-1.07)
Daily smoking (20+)	41	46	0.69 (0.44-1.08)	0.64 (0.23-1.79)
Frequent smoking (1-19)	76	59	1.05 (0.67-1.65)	0.67 (0.36-1.26)

* adjusted for gender, type of school, past-30-day smoking at baseline, date of the baseline survey, and days between baseline and follow-up surveys.

Risultato particolarmente significativo nelle ragazze

Il trial "Scuole libere dal fumo"

Percezione normativa in aumento e questa, a sua volta, determina una riduzione dei fumatori.

*Resistere alle pressioni, capacità di rifiutare la sigaretta offerta i*n aumento e ciò ha un forte e significativo effetto di riduzione dei fumatori.

Percezione del rischio in aumento e ciò determina una riduzione nei fumatori, in particolare nei fumatori daily che erano non fumatori al baseline.

*Conoscenze sul fumo i*n aumento e ciò NON ha effetto sulla riduzione dei fumatori. Sembra che l'aumento delle conoscenze venga garantito dal programma ma con un effetto nullo o addirittura jatrogeno.

Il programma non ha effetto sugli *atteggiamenti positivi e negativi verso il fumo* (mediatori 2 e 3) e sulla *percezione dell'accettabilità sociale* (mediatore 5).

Cos'è Paesaggi di prevenzione?

Un progetto di promozione della salute nella scuola secondaria sui 4 determinanti alcol, fumo, sedentarietà, dieta:

- intersettoriale e pluridisciplinare con il coinvolgimento attivo del contesto (scuola/famiglia/luogo di lavoro)
- composto da:
  - uno strumento didattico multimediale su piattaforma web
  - un percorso che accompagni le scuole nell'adozione di policy coerenti con l'obiettivo di promozione della salute

Il trial "Paesaggi di prevenzione"

Anche qui effettuato un trial randomizzato e controllato coinvolgendo 4700 studenti di Scuola Sec. I grado e 2952 di II grado

I risultati sono contraddittori:

- Sembrano confermare la potenzialità dell'intervento nel disincentivare comportamenti non salutari
- Al contrario sembrano dirci che l'intervento è addirittura dannoso su quei comportamenti che si vogliono promuovere: maggiore attività fisica, consumo frutta e verdura, ecc

La revisione di “Paesaggi di prevenzione”

L’esperienza di questi anni:

- I due trial e le difficoltà nella fidelity implementation e nelle parti più innovative del lavoro con i ragazzi: laboratori esperienziali, tecniche interattive, ecc
- Il lavoro sulla modifica del contesto scolastico e sulla visione della scuola quale luogo che promuove salute: l’esperienza del concorso
- La collaborazione in via di consolidamento con la struttura del Prof. Di Clemente (Univ. del Maryland -USA)