

40

prevenzione malattie
sanità pubblica

Con il patrocinio di:



Prima sessione

Metodi ed evidenze per decidere nell'ambito delle politiche di prevenzione

La priorità è l'ambiente o sono gli stili di vita?

consiglieri

ssn

2000
oltre duemila soci

valutazione

impatto politiche sanitarie

sorveglianza

invecchiamento epidemiologia generalista

reti di epidemiologia mobilità sanitaria

Domande per gli intervistati

Secondo voi qual è la priorità per la sanità pubblica italiana? Secondo quali basi?

Domande per gli intervistati

Quali politiche potrebbero essere proposte per questo? Quale potrebbe essere l'impatto in termini epidemiologici?

Domande per gli intervistati

Un giorno vi svegliate.... Ministro della Salute

E cominciate a subire forti pressioni per investire in:

- (x Forastiere) stili di vita...
- (x Panico) ambiente...

Cosa rispondete?

Con il patrocinio di:



40

prevenzione malattie
sanità pubblica
epidemiologia ambientale
prevenzione primaria
politiche sanitarie
rischi sanità pubblica alimentazione
epidemiologia di genere qualità epidemiologia clinica

20
segreterie

Eliminare o identificare precocemente i fattori di rischio?

congressi annuali

analisi economiche vaccinazione euc
epidemiologia delle catastrofi
prevenzione valutazione

epidemiologia valutativa

epidemiologia descrittiva

9
malattie gastroenteriche
osservazione

epidemiologia etologica
comunicazione indagini di popolazione
pianificazione politiche sanitarie
diseguaglianze ambiente

convegni di primavera

139
consiglieri

ricerca epidemiologia ambientale epidemiologia clinica educazione sanitaria
stato di salute

ssn **2000** valutazione

oltre duemila soci
impatto politiche sanitarie
sorveglianza

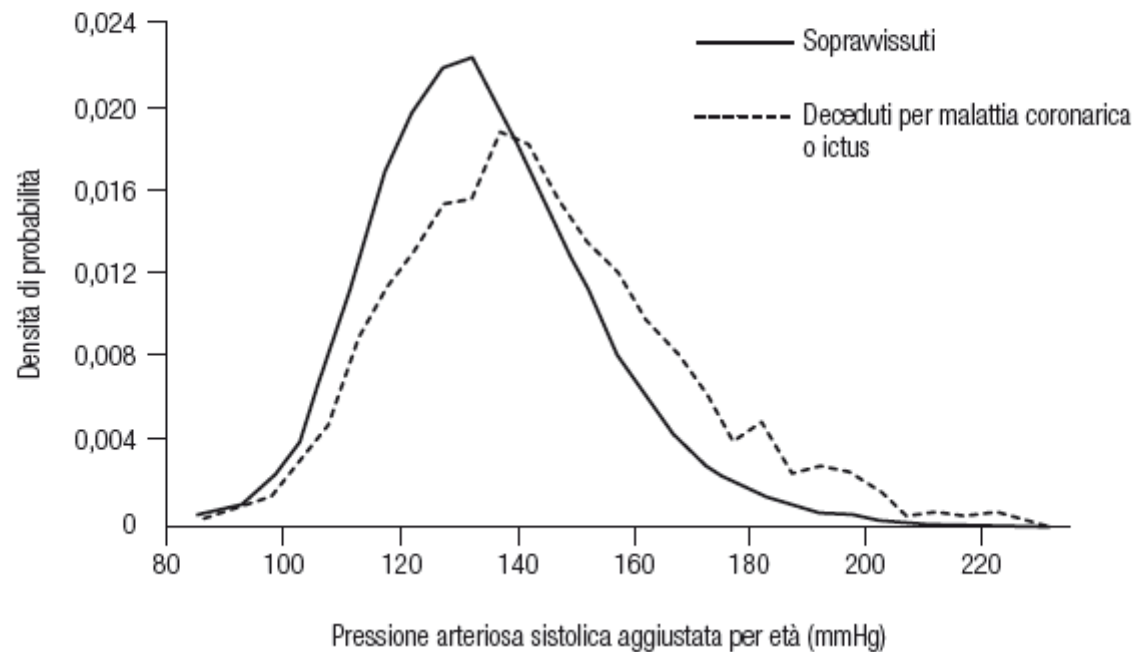
invecchiamento epidemiologia generalista
reti di epidemiologia **mobilità sanitaria**

Vecchi e nuovi modelli di prevenzione

Cosa dire dello screening cardiovascolare?

GEOFFREY ROSE E LA STRATEGIA DELLA MEDICINA PREVENTIVA

Figura 4.3 Distribuzione della pressione arteriosa sistolica in uomini di età media deceduti per attacco cardiaco o per ictus nei 18 anni successivi alla misurazione, paragonata alla distribuzione dei sopravvissuti nello stesso periodo



Vecchi e nuovi modelli di prevenzione

Cosa dire dello screening cardiovascolare?

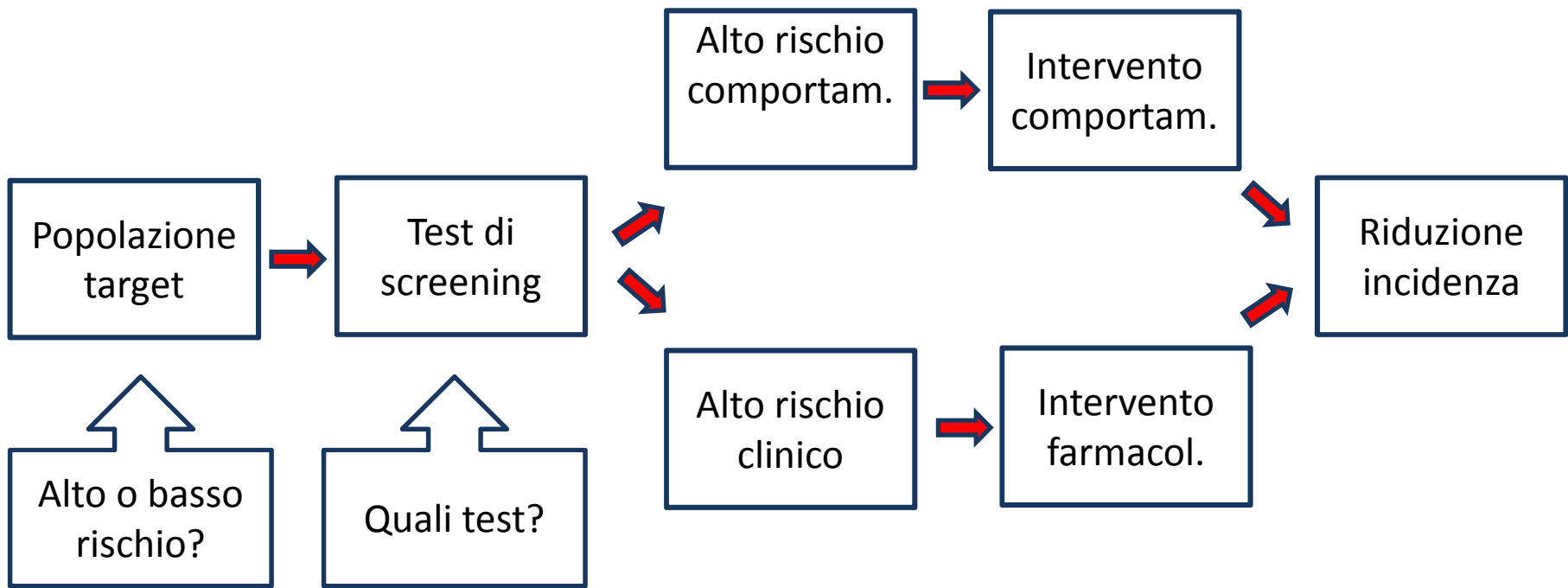
- Il PNP 2014-2018 «riafferma l'importanza di disporre di *evidenze .. di efficacia teorica* .. e di misura di impatto sugli outcome»
- «*Basare gli interventi ... sulle migliori prove di efficacia*» è elemento della vision del PNP
- «la prevenzione ... può essere perseguita mediante la *diagnosi precoce* (dei fattori di rischio), la modificazione degli stili di vita ...»
- «... è fondamentale l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT, tramite programmi di popolazione ... che prevedano la valutazione del BMI, della glicemia e della pressione arteriosa»

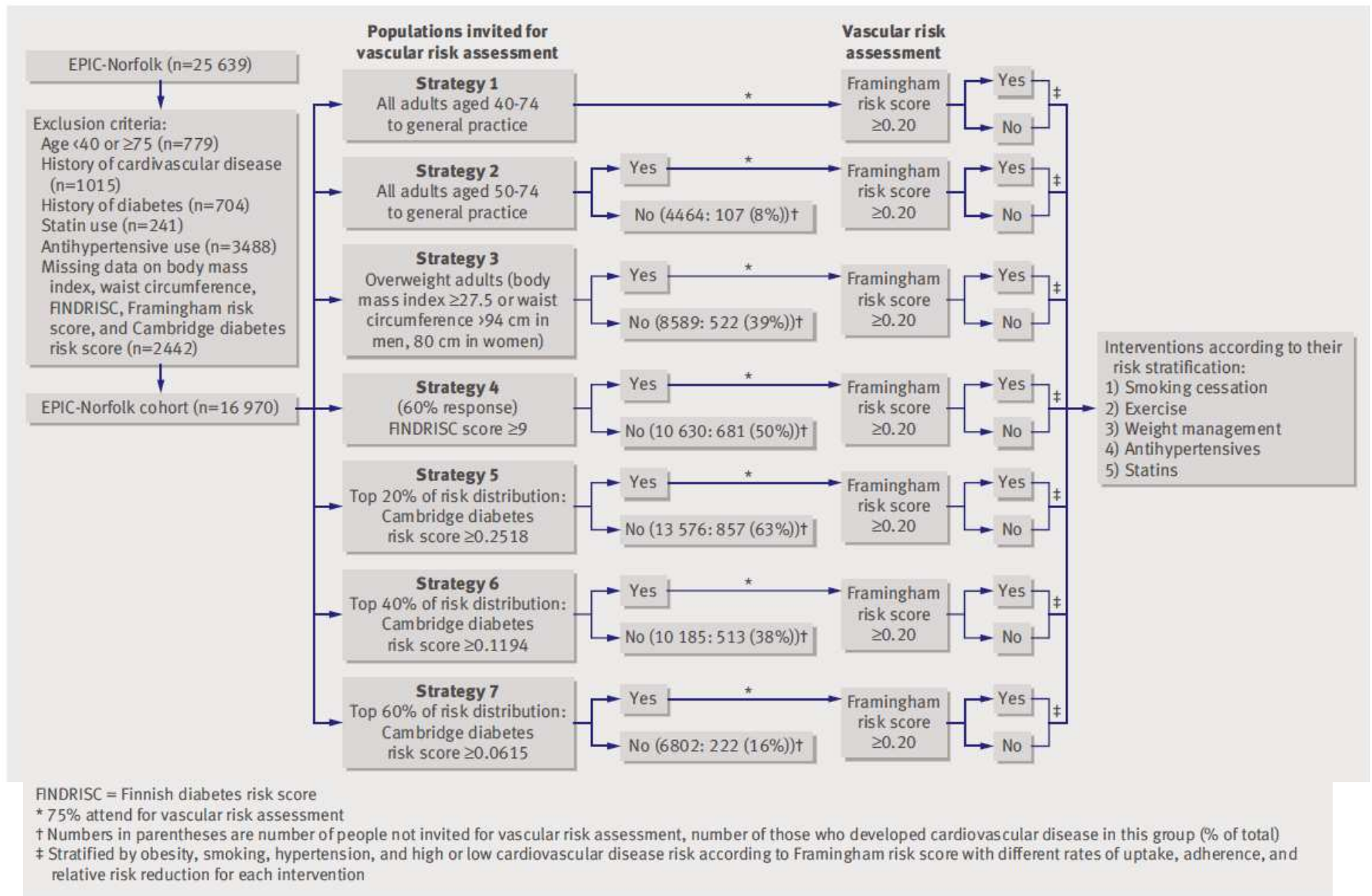
PNP 2014-2018

- Macro obiettivo 2.1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità della malattie non trasmissibili
- Indicatori centrali: 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 condizione di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)
- Attivazione del programma.... (entro 2018)

Quesito 1

Ci sono prove scientifiche sufficienti per definire programma così ambizioso?

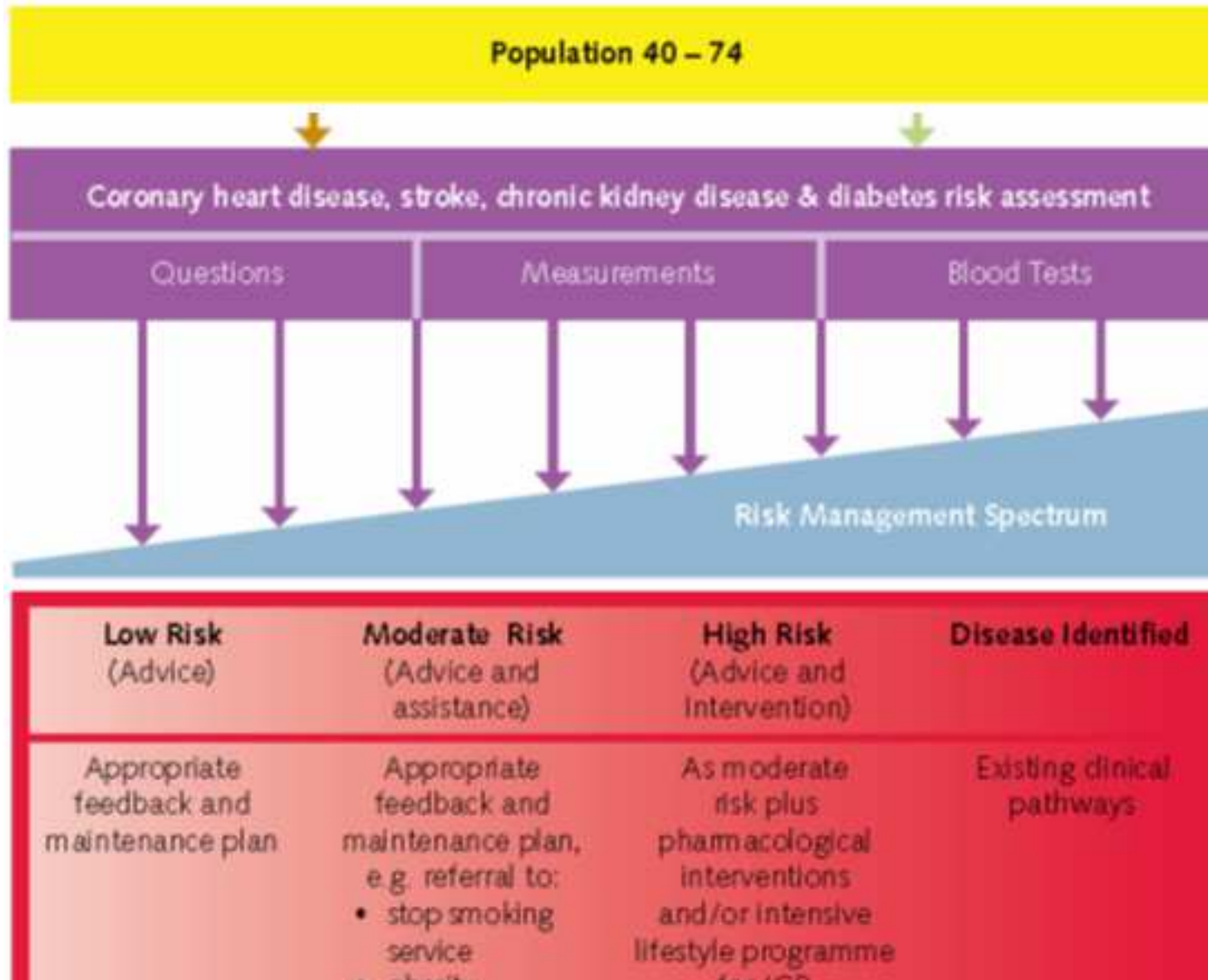




Simulazione sui dati di European Prospective Investigation on Cancer-Norfolk

Chamnan, BMJ, 2010

UK Health Checks Programme



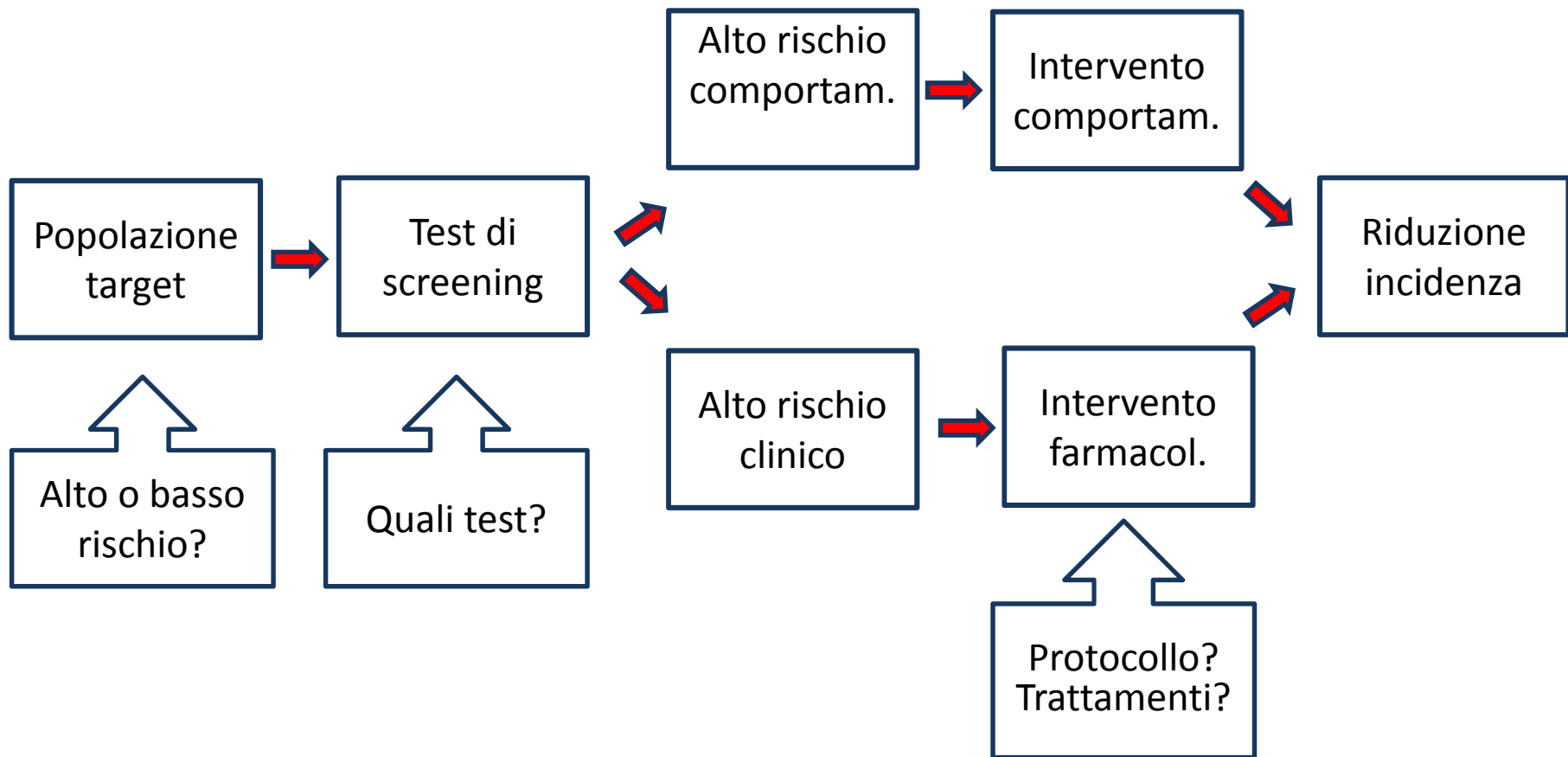


Figure 3: Vascular checks

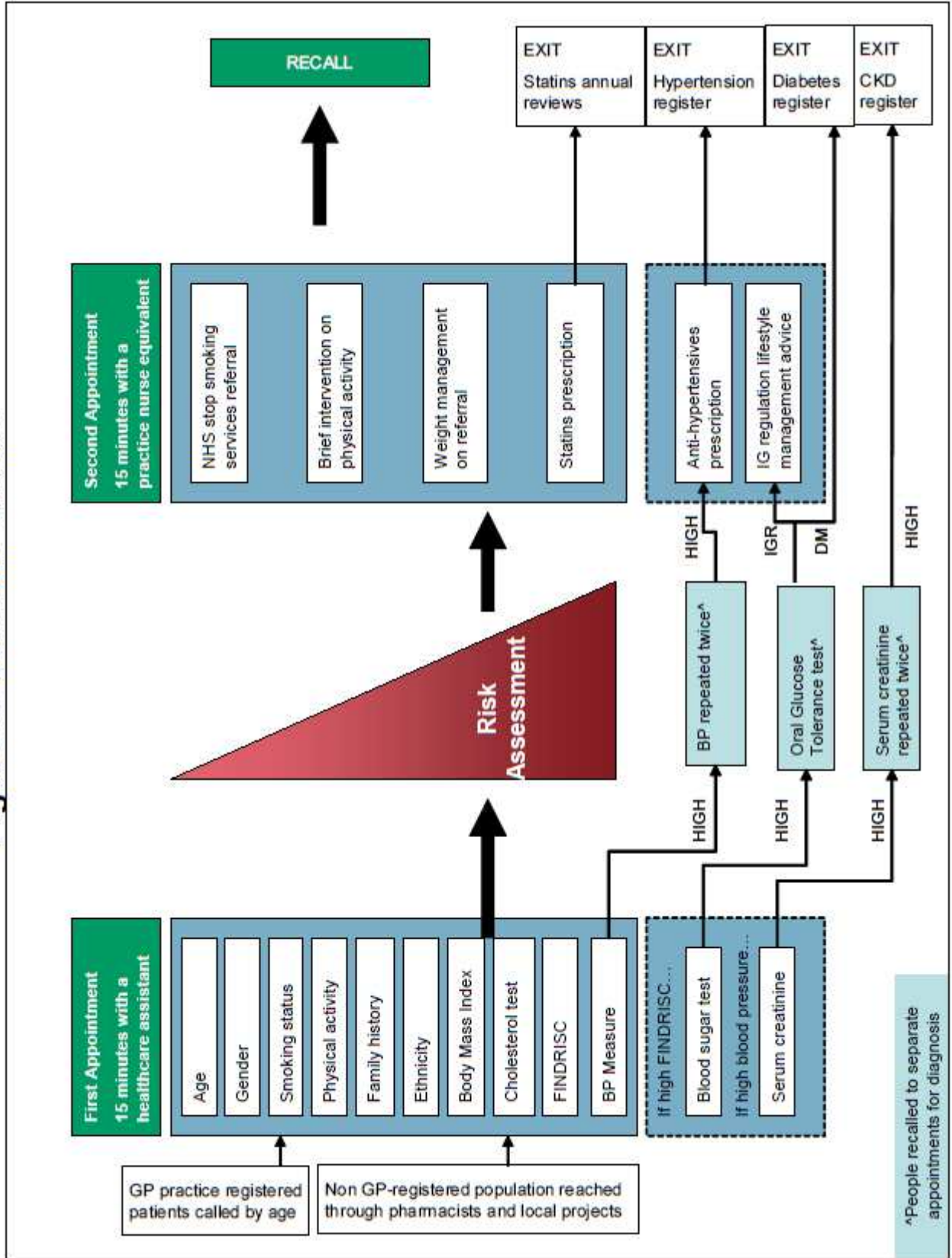


Table 1 | Uptake, compliance, and relative risk reduction for interventions based on published literature and expert opinion⁶

Intervention	Uptake (%)	Compliance (%)	Relative risk reduction of cardiovascular disease
Smoking cessation	19	15	0.36*
Antihypertensives	40	87	0.24†
Statins	85	70	0.31‡
Weight management	85	68	0.36§

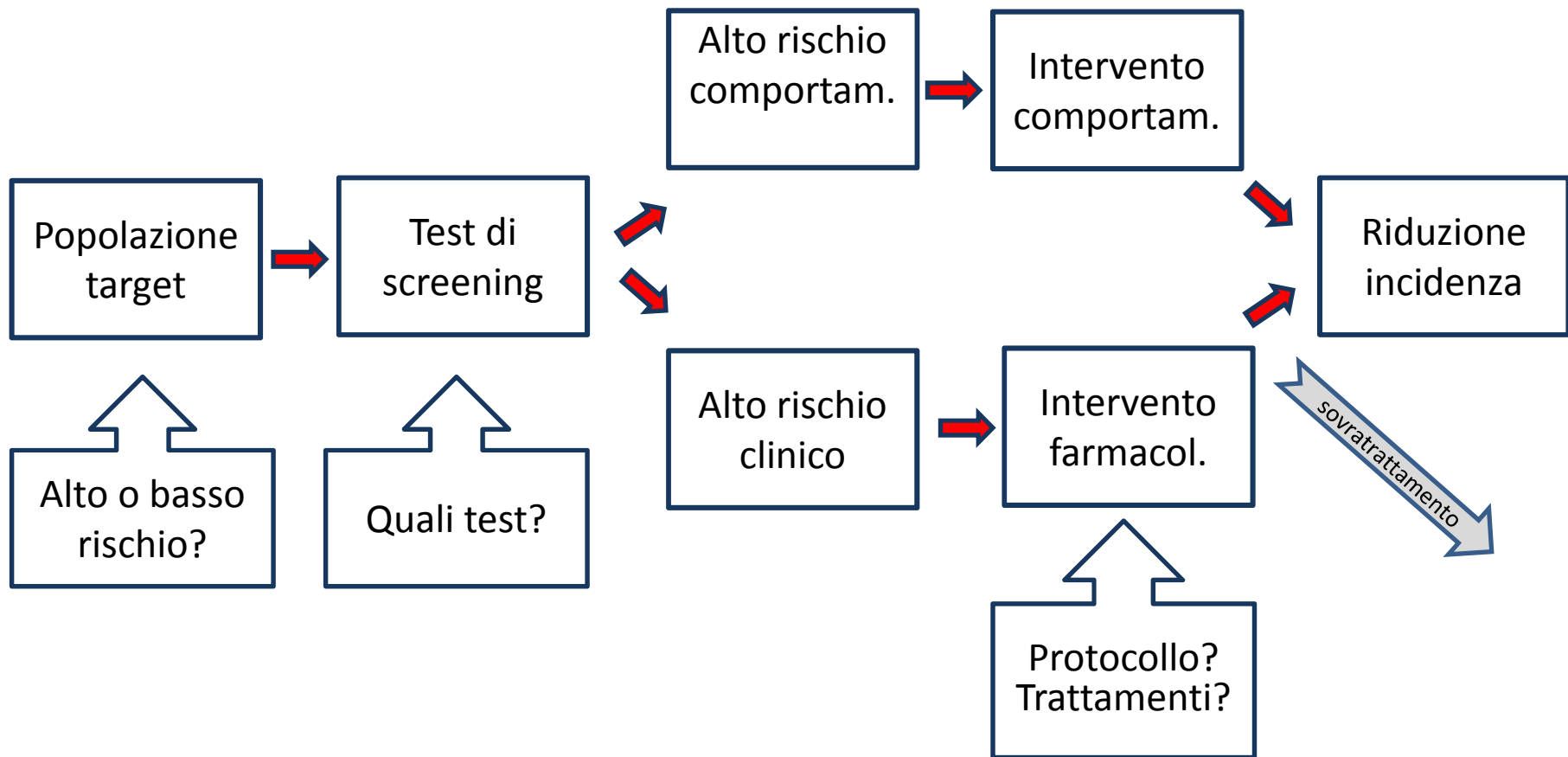
*From meta-analysis on effect of smoking cessation on mortality and non-fatal cardiovascular disease.²⁷

†From NICE guidelines CG18 and CG34.²⁸

‡From NICE guideline TA94.²⁹

§From clinical trial of weight reducing diet and exercise.³⁰

Screening strategy	Population attributable fraction (%)	No needed to attend risk assessment to prevent one new CVD event
Strategy 1: all adults		
Total	100	755
Men	100	449
Women	100	1638
Strategy 2: age ≥50 years		
Total	71	596
Men	65	360
Women	79	1291
Strategy 3: body mass index and waist circumference		
Total	25	527
Men	21	340
Women	30	1006
Strategy 4: FINDRISC ≥9		
Total	21	449
Men	17	282
Women	28	851
Screening strategy	Population attributable fraction (%)	No needed to attend risk assessment to prevent one new CVD event
Strategy 5: top 20% of CRS		
Total	22	300
Men	21	245
Women	16	506
Strategy 6: top 40% of CRS		
Total	38	390
Men	40	298
Women	25	728
Strategy 7: top 60% of CRS		
Total	60	482
Men	65	362
Women	44	880



Valutazione di efficacia negative. 5 RCT ongoing

Ma, funziona?

- Dyakova M et al. Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.
- Krogsbøll LT et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012
- P Brindle et al. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. Heart 2006

Dyakova 2016

systematic vs opportunistic screening

Outcome	Effect size	n. studi/n. partecipanti
Mortalità totale	-3% (ns)	3 / 103.500
Morbosità CHD	+1% (ns)	4 / 110.100
Mortalità x stroke	-1% (ns)	2 / 79.600
PA	SBP - 3.0mmHg* DBP -1.3mmHg*	6 / 12600

Dyakova 2016

- The results of this systematic review *do not provide enough evidence to inform changes in clinical practice, national/local policies* or the introduction of mass population cardiovascular screening programmes.
- There is limited evidence for beneficial effects on CVD risk factors... The five ongoing trials will add to the evidence base
- Considering our findings together with is very relevant at national and sub-national levels Some governments have already introduced population cardiovascular or general health screening programmes; others prefer to *target and reach out to vulnerable/disadvantaged populations, thus trying to tackle health inequalities*.
- It is important also to consider *marginal costs*, which are dependent on: .. responsibility of non-physician health ...personal identification initiatives (such as *unique health records*)...

Ebrahim

Multiple risk factors interventions

Outcome	Effect size	n. studi/n. partecipanti
Mortalità totale	-0% (ns)	14 / 139.000
A rischio	-22% *	6 / 18.000
Trattati	-14% *	4 / 26.000
Mortalità CHD	-1% (ns)	11 / 65.000
Mortalità x stroke	-25% *	6 / 56.000

The use of 'health promotion' techniques for one-to-one, work site or family-orientated information and advice on a range of lifestyles (exercise, smoking cessation, diet) given to people at relatively low risk of cardiovascular disease is not particularly effective in terms of reducing the risk of clinical events.

Krogsbøll 2012

General health checks

Outcome	Effect size	n. studi/n. partecipanti
Mortalità totale	-1% (ns)	9 /156.000
Mortalità cardiovascolare	+3% (ns)	8 / 152.000
Mortalità per tumori	+1% (ns)	8 / 139.000

Our results do not support the use of general health checks aimed at a general population outside the context of randomised trials.

Our results do not imply that physicians should stop clinically motivated testing and preventive activities

.... Public healthcare initiatives to systematically offer general health checks should be resisted ...

Quesiti finali

- L'evidenza indiretta è sufficiente per dare l'avvio ad uno screening cardiovascolare?
- Il livello regionale è adeguato per affrontare la complessità del progetto?
- E' già ora di organizzare uno screening senza valutazione?

- efficacia diretta c'è
- indiretta no
- seguire il modello screening oncologico (lg nazionali)