

Le decisioni basate sulle evidenze sono difficili

Giuseppe Costa

DSCB, Università Torino

Servizio di epidemiologia regionale, ASL T03 Piemonte

giuseppe.costa@unito.it

*Con il contributo di Michele Marra, Nicolas
Zengarini, Giulia Silvestrini e Elena Coffano*

Domande

- Il peso della Beneficialità tra i principi in gioco nei processi decisionali nei sistemi sociali: il contributo delle conoscenze (epidemiologiche)
- Far entrare un tema nell'agenda pubblica? Il caso delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa
- Scegliere priorità? Il caso della riduzione delle disuguaglianze di esposizione nei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018
- Migliorare il knowledge brokering?
- Domande per la tavola rotonda

Domande

- **Il peso della Beneficialità tra i principi in gioco nei processi decisionali nei sistemi sociali: il contributo delle conoscenze (epidemiologiche)**
- **Far entrare un tema nell'agenda pubblica? Il caso delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa**
- **Scegliere priorità? Il caso della riduzione delle disuguaglianze di esposizione nei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018**
- **Migliorare il knowledge brokering?**
- **Domande per la tavola rotonda**

Verso un mondo “post-fattuale”?

- ▶ Il caso Brexit: i vincitori all'indomani del referendum rimangiano tutte le promesse fondate sui dati (finanziamenti UK a EU irrilevanti, non servono a super finanziare NHS)
- “La gente di questo paese si è stufata” dei dati (Michael Gove leader Brexit)
- Nonostante Big Data, internet...
- I fatti e i dati non contano più?
- Sono le emozioni, le intuizioni, gli interessi a guidare le scelte politiche di milioni di persone?
- Ma le decisioni di governo che non tengono conto dei dati sono decisioni di governo atti di stregoneria?

Ruolo della conoscenza (epidemiologica) nei processi decisionali

Epidemiologia fornisce informazioni su

- fatti
- spiegazioni
- soluzioni
- fattibilità

Epidemiologia prende atto di

come si distribuiscono valori e interessi nella società

beneficio (di salute) atteso

autonomia nelle scelte

equità di distribuzione

Principi su cui si orientano le scelte in etica medica (D. Callahan) applicati in un sistema sociale

Ma con quali pesi?

Domande

- Il peso della Beneficialità tra i principi in gioco nei processi decisionali nei sistemi sociali: il contributo delle conoscenze (epidemiologiche)
- Far entrare un tema nell'agenda pubblica? Il caso delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa (EuroGBD-SE 2009)
- Scegliere priorità? Il caso della riduzione delle disuguaglianze di esposizione nei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018
- Migliorare il knowledge brokering?
- Domande per la tavola rotonda

Percentage of all-cause mortality that would be prevented if all persons in the population had the mortality of the highest educated



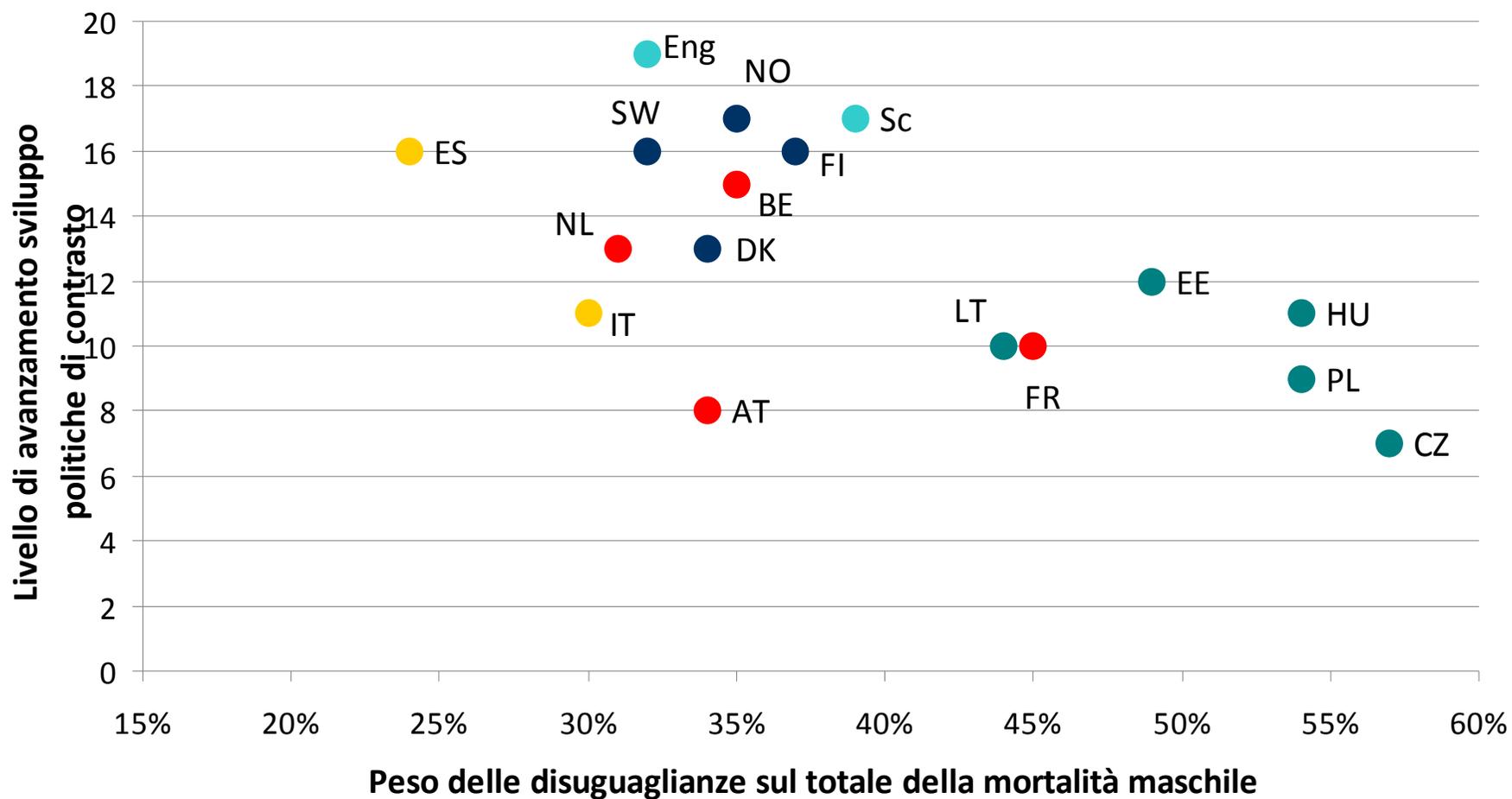
RISPOSTE DELLE POLITICHE ALLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE TRA I PAESI EUROPEI

Criterio		Opzioni	Score
1	Consapevolezza su reponsabilità di politiche per disuguaglianze salute	Alta	5
		Media	3
		Bassa	1
2	Tipo di azioni	Approccio globale intersettoriale su disuguaglianze salute	5
		Azioni isolate intersettoriali su disuguaglianze salute	4
		Azioni isolate intersettoriali su determinanti sociali	3
		Azioni dirette del settore sanitario su disuguaglianze di salute	2
		Azioni indirette del settore sanitario su disuguaglianze di salute	1
3	Target	Gradiente sociale	3
		Gruppi vulnerabili	2
		Tutta la popolazione	1
4	Capacità di monitoraggio di disuguaglianze di salute	Alta	3
		Media	2
		bassa	1
5	Numero di politiche/azioni	>10	3
		5-10	2
		<5	1

Country	HI Initiatives		Agenda			Type of policy					Target			evaluation/monitoring			SCORE	
	score of n° of initiatives	n° of initiatives	High	General	Low	Comprehensive cross government actions	Isolated Cross government actions on HI	Crossgovernment actions on SDH addressing indirectly HI	health Ministry/Department, directly addresses HI	health Ministry/Department, indirectly addresses HI	Social Gradient	Group Specific / vulnerable groups	Society as a whole	High	Partial	Low	SCORE	SCORE (adjusted)
England	3	20	5			5				3			3			16	19	
Wales	3	15	5			5					2		3			15	18	
Norway	2	9	5			5				3				2		15	17	
Sweden	1	5	5			5				3				2		15	16	
Ireland	2	10		3		5				3			3			14	16	
Finland	2	7	5			5				3					1	14	16	
Scotland	3	24	5				4				2		3			14	17	
Spain	3	19	5					3		3				2		13	16	
Belgium	3	21		3			4			3				2		12	15	
Germany	2	8		3			4				2			2		11	13	
Netherlands	2	8		3			4				2			2		11	13	
Denmark	2	9		3			4				2			2		11	13	
Estonia	1	3	5					3				1		2		11	12	
Italy	3	12		3				3			2				1	9	12	
Hungary	1	1		3			4				2				1	10	11	
Lithuania	1	4		3				3				1		2		9	10	
Latvia	1	3		3					2			1		2		8	9	
France	2	7		3					2		2				1	8	10	
Portugal	3	12			1			3			2				1	7	10	
Poland	2	9			1				2		2			2		7	9	
Austria	1	3		3							2				1	7	8	
Czech Republic	2	6			1						2				1	5	7	

Esiste una correlazione tra capacità di contrasto alle disuguaglianze e la grandezza del loro impatto?

Confronto tra grandezza delle disuguaglianze di salute e politiche di contrasto



Domande

- Il peso della Beneficialità tra i principi in gioco nei processi decisionali nei sistemi sociali: il contributo delle conoscenze (epidemiologiche)
- Far entrare un tema nell'agenda pubblica? Il caso delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa
- Scegliere priorità? Il caso della riduzione delle disuguaglianze di esposizione nei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018 (CCM 2014)
- Migliorare il knowledge brokering?
- Domande per la tavola rotonda

Valutazione dei documenti di PRP

Allegato 2 - Griglia di valutazione della pianificazione

Applicazione dei principi del PNP (si applica alla visione complessiva del PRP)		
Criterio	SI	NO
1. Persegue tutti i Macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali del PNP		
2. E' supportato da azioni basate sulle migliori evidenze di efficacia disponibili		
3. Dà evidenza di integrazione e realizzazione nell'ambito della più complessiva programmazione regionale		
4. Dà evidenza della sostenibilità delle azioni proposte		
5. Prevede l'utilizzo di sistemi di sorveglianza consolidati nella programmazione e nel monitoraggio e valutazione dei risultati		
6. Garantisce la trasversalità degli interventi, perseguita anche in termini di integrazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative		
7. E' orientato alla prevenzione e al contrasto delle disuguaglianze		
8. Dà evidenza dell'applicazione di un approccio per setting e per ciclo di vita		

Attività di coinvolgimento di gruppi regionali di progettazione/redazione del PRP

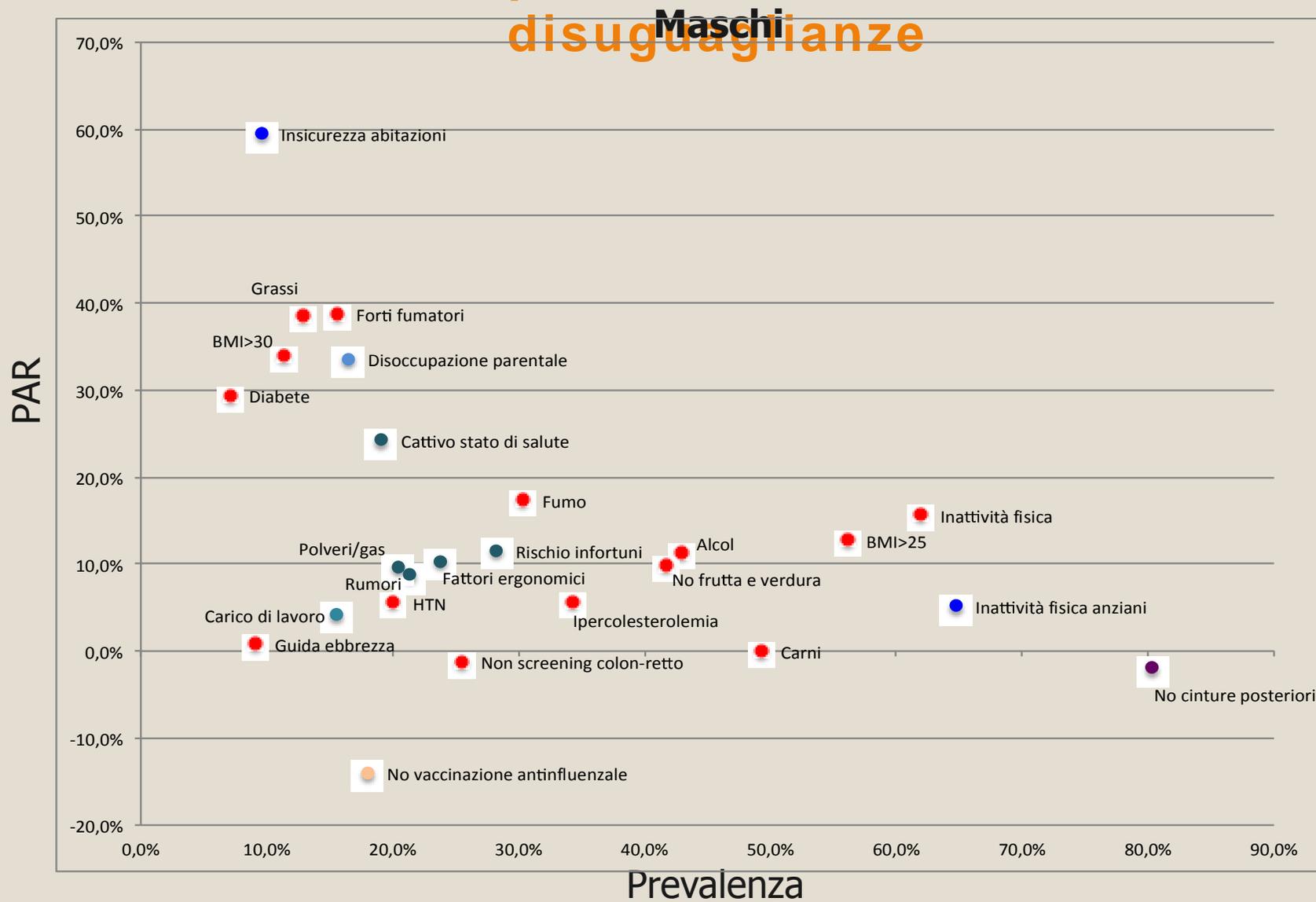
Marzo – Maggio 2015 Workshop con le Regioni raggiunte:

- **direttamente: Sicilia, Puglia, Basilicata, Sardegna, Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Lombardia**
- **indirettamente (osservatori): Abruzzo, Campania, Umbria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Trentino**

Programma tipo del workshop (poi personalizzati):

- **implicazioni del Libro Bianco per la prevenzione**
- **impatto disuguaglianze su esposizione ai fattori di rischio bersaglio di PRP in ogni singola regione**
- **suggerimenti sul livello minimo di impegno del PRP regionale per il contrasto delle**

Confronto tra prevalenza e contributo delle disuguaglianze



Priorità per disuguaglianze in prevenzione?

Macro obiettivo PRP		Fattori di rischio	Impatto
			M+F
	5	Inattività fisica	10.5%
	24	Inattività fisica negli anziani	10.4%
	16	Non uso screening ca cervice	8.7%
	26	Fattori ergonomici	8.4%
	27	Rischio infortuni	8.4%
	9	BMI>25	8.4%
	4	Non allattamento al seno	7.0%
	29	Rumori	6.6%
	28	Esposizione a polveri	6.1%
	1	Frutta e verdura	5.4%
	25	Insicurezza delle abitazioni	4.9%
	3	Grassi	4.6%
	32	Cattivo stato di salute	4.1%
	10	BMI>30	3.7%
	6	Fumo	3.7%

Priorità per disuguaglianze in prevenzione?

Macro obiettivo PRP		Fattori di rischio	Impatto
	30	Carico di lavoro	3.6%
	11	Iperensione	3.3%
	7	Forti fumatori	3.2%
	12	Ipercolesterolemia	3.0%
	13	Diabete	2.6%
	14	Non uso screening ca mammella	1.8%
	8	Alcol abituale	1.5%
	19	Disoccupazione parentale	1.5%
	17	Sordità	1.2%
	31	Discriminazione	1.2%
	33	Non vaccinazione antinfluenzale	1.2%
	15	Non uso screening ca colon-retto	0.3%
	18	Cecità	0.3%
	20	Utilizzatori abituali di droghe	0.2%

Valutazione certificativa ex ante

principio 7: PRP orientato a prevenire e contrastare le disuguaglianze

DOMANDE QUADRO STRATEGICO PRP	SI/NO	OSSERVAZIONI
Mandato politico regionale generale di contrasto alle disuguaglianze		
Esiste un capitolo specifico dedicato ad equità e disuguaglianze?		
L'orientamento strategico alto del PRP considera prioritaria la lotta alle disuguaglianze?		
Il contrasto delle disuguaglianze è tra i principi ispiratori del PRP?		
Disamina del problema delle disuguaglianze		
Nel capitolo analisi di contesto sono riportate informazioni quantitative riferite all'entità delle disuguaglianze in salute? (Se SI riportare per quale FR?)		
Il dato disuguaglianze viene utilizzato per la scelta delle priorità? (Se SI riportare in quali ambiti)		
Nel quadro strategico vi è accenno a determinanti e azioni non direttamente riferiti a disuguaglianze ma che potrebbero essere rilevanti? Se si quali		
Mandato politico in termini di HEA		
Viene considerato lo strumento dell 'HEA per la definizione di priorità del piano		
Caratteristiche della politica regionale di contrasto alle disuguaglianze		
Vengono proposte azione sistemiche per ridurre l'esposizione al FR, se si quale?		
Azione politica per ridurre la vulnerabilità all'esposizione. Se si quale?		

ANALISI DEL QUADRO STRATEGICO DEL PRP

Dalla lettura del quadro strategico è possibile trarre informazioni circa la "sensibilità" della Regione in termini generali.

Valutazione certificativa ex ante

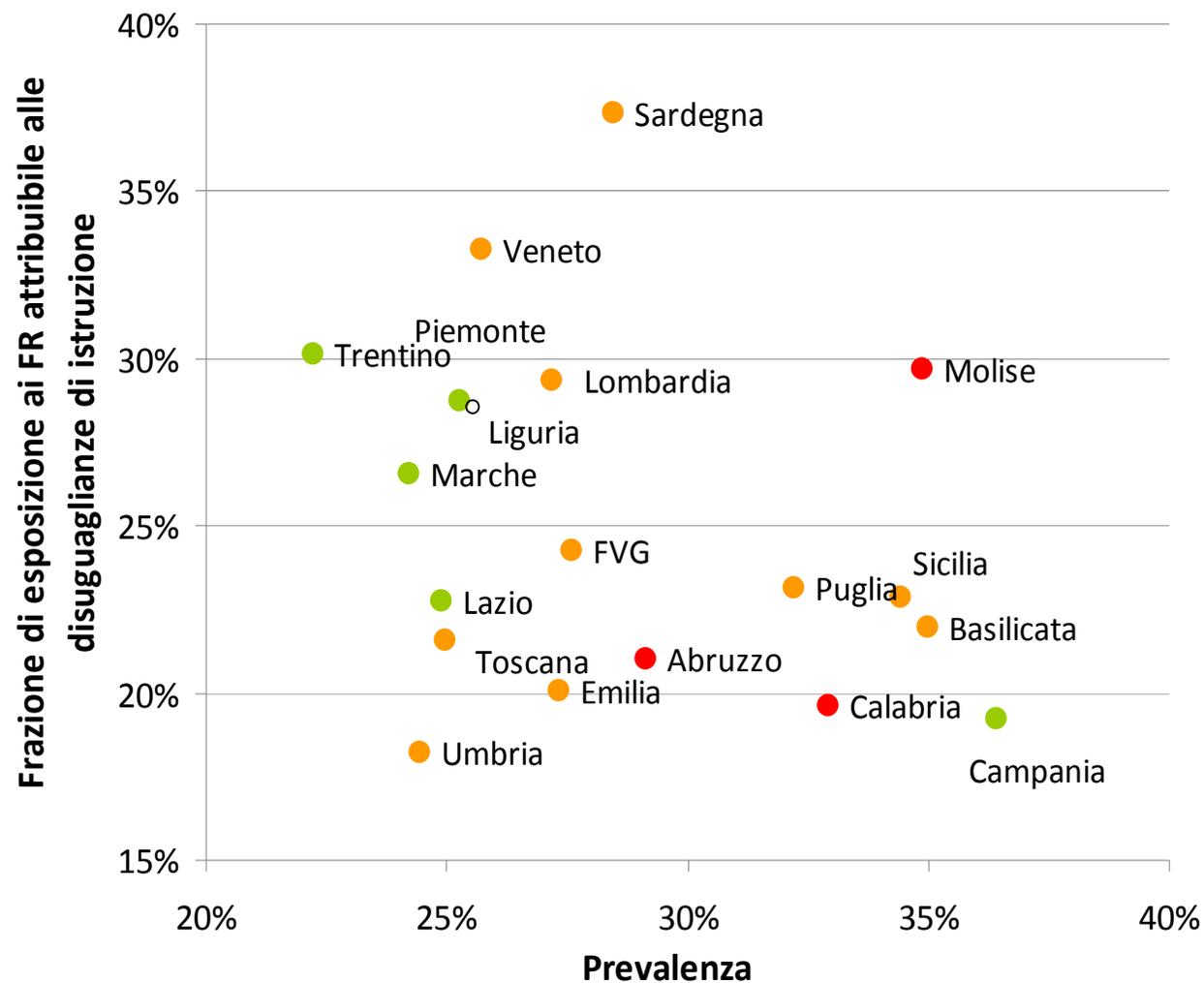
Principio 7: PRP orientato a prevenire e contrastare le disuguaglianze

Regioni e PA N(%)		Giudizio sintetico
4 (19%)	Abruzzo, Liguria, Molise, PA di Bolzano	Hanno ignorato il mandato del PNP
3 (14%)	Basilicata, Toscana, Valle d'Aosta	Considerano l'equità solo in linea di principio nel quadro strategico del PRP
5 (24%)	Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, Umbria	Hanno riconosciuto il problema e iniziato a misurare oppure realizzeranno almeno un esercizio di HEA
5 (24%)	Calabria, Lazio, Lombardia, Sardegna, Veneto	Sanno misurare, hanno consapevolezza e/o almeno un HEA sarà realizzato sulla base del PRP
4 (19%)	Emilia Romagna, Marche, P.A di Trento, Piemonte	Approccio strutturato al contrasto delle disuguaglianze con accenni di policy

	La Regione ha completamente ignorato il mandato. Nessun riferimento ad equità e contrasto delle disuguaglianze
	Si fa riferimento all'equità solo nel quadro strategico, quindi ha considerato il mandato ma solo da un punto di vista strategico (riconosce la necessità che a livello di principio il PRP contrasti le disuguaglianze)
	La regione sa misurare (almeno 50% dei programmi con informazioni quantitative inerenti le disuguaglianze) oppure ha previsto almeno un HEA ma non ha inserito azioni di alcun tipo
	La Regione sa misurare (almeno 50% dei programmi con informazioni quantitative inerenti le disuguaglianze) e ha previsto almeno un HEA
	La Regione sa misurare, ha almeno in 50% dei programmi con azioni specifiche volte a contrastare le disuguaglianze e prevede la realizzazione di azioni di sistema. Nessun accenno ad HEA
	Approccio strutturato al contrasto delle disuguaglianze, azioni specifiche e accenni di policy associati all'utilizzo dello strumento dell'HEA per definizione di priorità di intervento e valutazione degli stessi

Relazione tra diffusione dei fattori di rischio comportamentali, contributo disuguaglianze e

Uomini e donne



LEGENDA

Prevalenza

% di popolazione esposta ad almeno 3 fattori di rischio compresi tra gli obiettivi di prevenzione del M1 (7 FR tra cui fumo, alcol, inattività fisica, alimentaz.)

PAF

% di riduzione possibile di esposti ad almeno 3 fattori di rischio attraverso eliminazione di disuguaglianze sociali

Colori

Inclusione dell'equità nel macro obiettivo 1 dei PRP

● =alto

● =media

● =bassa

Efficacia della formazione sull'impatto delle disuguaglianze

Tipo di formazione	Regioni	Valutazione PRP Macro1	Score
Dirette (7 regioni)	Veneto	Medio	2
	Piemonte	Alto	3
	Sardegna	Medio	2
	Sicilia	Medio	2
	Umbria	Medio	2
	Lombardia	Medio	2
	Emilia Romagna	Medio	2
Dirette (9 regioni)	Basilicata	Medio	2
	Puglia	Medio	2
	Trentino	Alto	3
	Friuli	Medio	2
	Abruzzo	Basso	1
	Marche	Alto	3
	Campania	Alto	3
	Lazio	Alto	3
	VdA	Basso	1
Nessuna formazione (3 regioni)	Toscana	Medio	2
	Molise	Basso	1
	Calabria	Basso	1

Formazione	Somma score	Totale max	Efficacia
Dirette	15	21	71.4%
Indirette	20	27	74.1%
No	4	9	44.4%

La formazione, diretta o indiretta, ha chiaramente promosso la recezione dell'equità nei programmi dei PRP dedicati al Macro1, mettendo così le basi per l'implementazione di azioni mirate al contrasto delle disuguaglianze

Domande

- Il peso della Beneficialità tra i principi in gioco nei processi decisionali nei sistemi sociali: il contributo delle conoscenze (epidemiologiche)
- Far entrare un tema nell'agenda pubblica? Il caso delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa
- Scegliere priorità? Il caso della riduzione delle disuguaglianze di esposizione nei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018
- **Migliorare il knowledge brokering?**
 - Il caso advocacy per l'equit
 - Istruzioni per la knowledge translation
 - il caso Health in All Policies
- Domande per la tavola rotonda

Come mettere in connessione i professionisti (le conoscenze scientifiche), la società e i decisori

Dimensioni	Fattori cruciali	Sfide per la connessione
L'evidenza che serve e il suo trasferimento	Evidenza	Costi e benefici Valutazione di politiche e programmi PROGRESS Percezione/comprendimento narrativa
	Dati e metodi	Tempestività Livello locale Ricerca partecipata nella comunità Disegno appropriato
	Traduzione conoscenze (KT)	Puzzle di evidenze Buone pratiche di comunicazione Evitare stereotipi negativi e l'invocazione di più ricerca

Come mettere in connessione i professionisti (le conoscenze scientifiche), la società e i decisori

Dimensioni	Fattori cruciali	Sfide per la connessione
Chi fa Advocacy e chi riceve	Ogni stakeholder è sia bersaglio sia patrocinatore	Pubblico e sue istituzioni -Sindacati -Gruppi di società civile -Patrocinatori dei diritti Servizi -Funzionari -Professionisti sanitari Amministratori Politici Donatori Media
	Caratterizzazione (profilazione) degli stakeholder	Chi ha il potere di cambiare Chi sviluppa politiche Chi è il più vulnerabile Chi ha un interesse crescente Chi intercetta vaste audience (i “champions”) Chi può essere alleato Chi può opporsi

Come mettere in connessione i professionisti (le conoscenze scientifiche), la società e i decisori

Dimensioni	Fattori cruciali	Sfide per la connessione
Messaggi dell' <i>Advocacy</i>	Cosa si mette a fuoco	Salute come valore nella giustizia sociale Diritti umani Sostenibilità ambientale Lettura economica Prossimità agli interessi
	Argomenti su misura	Come le evidenze si adattano alla cultura politica - sinistra: cause strutturali - destra: scelte individuali sbagliate

Come mettere in connessione i professionisti (le conoscenze scientifiche), la società e i decisori

Dimensioni	Fattori cruciali	Sfide per la connessione
Barriere/ opportunità	Fattori che ostacolano	<p>Spirito del tempo: neoliberalismo Umori del pubblico: individualismo Mondo biomedico: competitore su risorse Politiche per <i>sylos</i> Lo <i>shortermismo</i> nella programmazione politica Resistenza di accademia</p>
	Fattori che facilitano	<p>Quando il pubblico capisce Determinanti sociali nella formazione accademica Prossimità a comunità svantaggiate Legislazione sui diritti</p>

Come mettere in connessione i professionisti (le conoscenze scientifiche), la società e i decisori

Dimensioni	Fattori cruciali	Sfide per la connessione
Come migliorare efficacia di <i>advocacy</i>	Buone pratiche	<p>Mobilitazione sociale (la domanda)</p> <p>Presidiare la responsabilità (accountability)</p> <p>Reti collaborative (progettazione comune)</p> <p>Media (visibilità&pressione)</p> <p>Mettersi nei panni di...</p> <p>Finestre di opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leggi (DL 81) -Piani (Fair societies di Blair) -Accordi speciali (Guadagnare Salute) -Circostanze ad hoc (violenza di genere)

Progettare in un'ottica di Knowledge Translation (KT) (Public health Agency, Canada, 2013)

■ CHI – Destinatario

- Individuare le diverse tipologie di destinatari *Per es.: operatori, supervisori, ricercatori, decisori politici, organizzazioni della comunità, stakeholder, gruppi di interesse specifici, decisori, ecc.*
- quali sono le caratteristiche del destinatario rispetto alla condivisione di conoscenze *Per es.: Livello di istruzione, competenze, disponibilità di tempo, priorità organizzative, disponibilità al cambiamento*
- esiste un intermediario naturale che può erogare il messaggio? Si consiglia di coinvolgere alcune figure strategiche fin dalla fase di progettazione di tenere in considerazione il milieu culturale del destinatario

■ PERCHE' - Obiettivi di KT

- Quale risultato si vuole ottenere con la condivisione di un certo tipo di conoscenza? *Per es.: cambiare o influenzare le politiche, rispondere ad un bisogno specifico, dimostrare l'importanza di un potenziale ruolo, sviluppare una partnership, raccogliere risorse, ecc.*
- Si consiglia
 - di lavorare sulla relazione con il destinatario, per acquisire un certo livello di fiducia
 - di individuare quali decisioni possono essere influenzate nella condivisione di un certo tipo di conoscenza

■ COSA – Messaggio

- Quali sono i contenuti / il tipo di conoscenza che si intende condividere con il destinatario? *Per es.: dati, risultati, conclusioni, raccomandazioni per l'azione, ecc.*
- quali sono i punti chiave che il destinatario dovrebbe ricordare?

Progettare in un'ottica di Knowledge Translation (KT) (Public health Agency, Canada, 2013)

■ COME – Format

- Qual è il format più adatto per presentare un certo tipo di conoscenza al destinatario? *Per es.: report dettagliato, report sintetico, fact sheet, briefing, domande / risposte, diagramma, immagine, mappa, storia, caso studio, poster, video, ecc.*
- Si consiglia
 - di comprendere le caratteristiche del destinatario, tramite colloqui informali e/o indagini qualitative
 - di avviare una fase di sperimentazione di un format e di sollecitare il feedback usare un linguaggio chiaro, privo di termini tecnici o specialistici

■ COME - Canali per l'erogazione

- Quali sono le modalità di comunicazione più adatte per condividere con il destinatario un certo tipo di conoscenza? *Per es.: posta ordinaria, e-mail, sito web, social media, comunità di pratica, forum di discussione, presentazioni nell'ambito di conferenze, sessioni di formazione, ecc....*
- Si consiglia: di usare diversi modalità di comunicazione di preferire lo scambio alla disseminazione passiva: aumenterà l'efficacia

Progettare in un'ottica di Knowledge Translation (KT) (Public health Agency, Canada, 2013)

■ COME – Opportunità

- Quali sono le opportunità da sfruttare per condividere con il destinatario un certo tipo di conoscenza? *Per es.: bollettini o newsletter già esistenti, prossimi eventi, reti o tavoli di lavoro, incontri del gruppo di lavoro, contatti personali, progetti comuni, pianificazioni strategiche o di programmi, ecc.*

■ COME – Barriere

- Quali sono le barriere / ostacoli che potrebbero compromettere la condivisione con il destinatario di un certo tipo di conoscenza? *Per es.: politiche di comunicazione dell'organizzazione, linguaggio dei prodotti/delle attività di KT, percezione dell'informazione (considerata accurata, tempestiva, affidabile?), mancanza di relazione di fiducia, ecc.*
- Come ridurre le barriere / ostacoli?

■ COME – Risorse

- Quali risorse umane sono disponibili o sarebbero necessarie? *Per es.: disponibilità di tempo, abilità, responsabilità, competenze culturali, ruoli ecc.*
- Quali risorse finanziarie sarebbero necessarie? *Per es.: spazio su*

Progettare in un'ottica di Knowledge Translation (KT) (Public health Agency, Canada, 2013)

- **IMPATTO – Valutazione dell'impatto**
 - Come monitorare / valutare la portata e l'uso di un certo tipo di conoscenza? *Per es.: questionari, visite al sito web, interviste, ecc.* Il destinatario è stato raggiunto?
 - Gli obiettivi (vedi voce Obiettivi KT) sono stati raggiunti? Si consiglia: di pensare a quali indicatori usare di pensare a chi monitorare
- **IMPATTO - Revisione dell'attività / prodotto di KT**
 - Un'attività / prodotto di KT potrebbe cambiare a seguito della disponibilità di nuove informazioni, del feedback da parte del destinatario ... *Per es.: un prodotto di KT può includere la produzione di un opuscolo, un poster, un report o una fact sheet, ecc. Un'attività di KT può includere l'incontro con i portatori di interesse,, comunità di pratica, webinar interattivi, ecc.*
 - Si consiglia:
 - di motivare la necessità di una revisione dell'attività / prodotto di KT
 - di definire responsabilità e cronoprogramma della fase di revisione

L'approccio Health in All Policies per promuovere azioni nei paesi (WHO 2014)

Information	Ideologies	Interests	Institutions	Implementing
Public health reporting	Critical mass in health sector	Critical mass in health sector		
		Health sector awareness of non health sector priorities	Health sector awareness of non health sector priorities	
			HiAP intersectoral committee	HiAP intersectoral committee
Procedure for policy assessment	Consultative processes	Consultative processes		Procedure for policy assessment
Public health information infrastructure				Prospective impact assessment

Dal 40° congresso AIE

Una comunità per l'80% appartenente al SSN (speciale responsabilità sociale) che produce conoscenze su meccanismi e soluzioni per:

DETERMINANTI SOCIALI

STILI DI VITA

AMBIENTE

SISTEMA SANITARIO

SALUTE



Dal 40° congresso AIE

Una comunità per l'80% appartenente al SSN (speciale responsabilità sociale) che produce conoscenze su meccanismi e soluzioni per:

DETERMINANTI SOCIALI

STILI DI VITA

AMBIENTE

SISTEMA SANITARIO

SALUTE



l'epidemiologia nei processi decisionali (in prevenzione)

- A fronte di un profilo chiaro delle priorità per impatto e evitabilità (stili di vita, ambiente, determinanti sociali e loro interazioni)
- Buone nuove da uno sguardo retrospettivo
 - Promozione della salute (stili di vita) come diritto esigibile (nuovi LEA)
 - Promozione della salute (stili e condizioni nei setting di vita e lavoro) come priorità (macro obiettivo 1) del Piano nazionale di Prevenzione
 - Riduzione disuguaglianze di prevenzione tra i principi ispiratori di PNP
- Ma il percorso è pieno di ostacoli
 - Risorse invariate (o in discesa) dentro la sanità: l'innovazione si fa solo con i disinvestimenti dentro lo stesso LEA
 - Resistenza al cambiamento delle strutture di prevenzione
 - Risorse e partner difficili da mobilitare in altri settori: i diversi settori extrasanitari che tutelano indirettamente la salute (territorio, lavoro, sociale, scuola, ambiente...) non escono facilmente dai loro silos
 - Senza una massa critica la promozione della salute integrata nei setting di vita e di lavoro non decolla

L'epidemiologia nei processi decisionali (in prevenzione)

Questioni per gli epidemiologi

- Valutiamo male l'impatto in contesti comparativi: tra i silos delle politiche bisogna saper comparare l'utilità marginale dei benefici
- In generale valutiamo bene l'impatto e meno bene le politiche: ci vuole un GRADE differente per valutare le prove (più plausibilità e più meccanismi)
- Dal Risk Assessment all'Environmental Health Impact Assessment (completo, olistico, di sistema)
- Più attrezzi per assistere il decisore e il pubblico
 - Indicatori per rendere fattuale la rendicontabilità delle responsabilità e delle decisioni
 - Simulatori di scenari (tipo *global calculator*)
- In presenza di incertezza scientifica identificare e armonizzare la valutazione delle prove (cfr modello canadese?) per evitare ulteriore confusione al decisore (sedi, approcci, valutazioni, messaggi)
- Modelli di organizzazione della epidemiologia a livello SSN/SSR e accademico (cfr esperienza canadese)

L'epidemiologia nei processi decisionali (in prevenzione)

Questioni per i decisori

- Opportunità:
 - Obbligati a rispondere di... grazie a investitura solenne delle agende sui traguardi dello sviluppo sostenibile SDG e dell'accordo di Parigi sul clima COP 21
 - Agende con un'ampiezza di sguardo a tutti i principali settori di responsabilità di impatto e tutela della salute (dalle città, alla produzione, alla mobilità, ai determinanti sociali, alla sanità)
 - Meccanismi di regolazione non cogente ma emulativa di benchmarking (*name and shame*) che dà più spazio alla politica (non solo piani di rientro)
 - Con la ricerca delle soluzioni *win-win* intorno a cui costruire le alleanze possibili
- Ma tempi di reazione lenti (o latenza?) quando ci sarebbero prove consistenti per partnership *winwin*, ad es:
 - Politiche di mitigazione ambientale e tutela di salute: ridurre consumo di carne, limitare uso di gasolio
 - Politiche urbane (tipo smart cities) e promozione stili di vita sani: laboratorio di prevenzione PRP Piemonte
- C'è spazio per avere un mandato per una azione concertata su obiettivi integrati di questo tipo che cerchi le alleanze e le risorse necessarie per fare massa critica e aprire i silos e tirarsi dietro le strutture e i professionisti recalcitranti?

Domande

- Il peso della Beneficialità tra i principi in gioco nei processi decisionali nei sistemi sociali: il contributo delle conoscenze (epidemiologiche)
- Far entrare un tema nell'agenda pubblica? Il caso delle politiche di contrasto delle disuguaglianze in Europa
- Scegliere priorità? Il caso della riduzione delle disuguaglianze di esposizione nei Piani Regionali di Prevenzione 2016-2018
- Migliorare il knowledge brokering?
- Domande per la tavola rotonda

1. Quanto siamo distanti dal traguardo dell'uguaglianza nella salute?

DISTRIBUZIONE OSSERVATA	Salute (mortalità, morbosità, disabilità)	TRAGUARDO: UGUAGLIANZA
-------------------------	---	------------------------

2. qual'è la proporzione di disuguaglianza attribuibile ai determinanti

DISTALI A Istruzione	DISTALI B Classe	DISTALI C Reddito
PROSSIMALI D Stili vita	PROSSIMALI E Materiali	PROSSIMALI E Psicosociali

3. qual'è la frazione prevenibile tramite ogni specifico intervento mirato ad ogni determinante, la cui efficacia teorica sia dimostrata



4. qual'è la frazione prevenibile tramite ogni specifico intervento la cui trasferibilità ed efficacia nella pratica è conosciuta ?



La risposta alle quattro domande permette di stimare il beneficio atteso dalla scelta di intervenire sui determinanti prescelti come priorità nella misura definita dal target



2. qual'è la proporzione di disuguaglianza attribuibile ai determinanti

DISTALI A Istruzione	DISTALI B Classe	DISTALI C Reddito
PROSSIMALI D Stili vita	PROSSIMALI E Materiali	PROSSIMALI E Psicosociali

MALE	Area	Country	Physical inactivity	Alcol	Smoking	BMI	Diabetes
EE	Baltic	Estonia	3	3	4	1	4
LV	Baltic	Latvia	3	2	4	1	
LT	Baltic	Lithuania	3	2	4	2	1
BALTIC homogeneity			+++	++	+++	++	0
DE	Continental	Germany	4	2	2	4	
FR	Continental	France			2	4	
BE	Continental	Belgium	4	1	2	3	3
NL	Continental	Netherlands	2		3	2	
CONTINENTAL homogeneity			+		++	+	0
CZ	East	Czech Republic	4	4	4	3	4
SK	East	Slovakia	2	5			
SL	East	Slovenia			4	1	
HU	East	Hungary	2	2	2	3	
EAST homogeneity			+	0	+	+	0
NO	North	Norway	3	4	4	3	4
DK	North	Denmark	3	4	3	3	2
SW	North	Sweden			2	3	3
FI	North	Finland	2	2	2	3	3
NORTH homogeneity			++	+	+	+++	++
ES	South	Spain	4	4	3	3	3
PT	South	Portugal	4		1	4	
IT	South	Italy	2	5	2	3	2
SOUTH homogeneity			+	++	+	++	+
UK	West	United Kingdom		5	4	4	
IE	West	Ireland			3	5	
WEST homogeneity					++	++	

3. qual'è la frazione prevenibile tramite ogni specifico intervento mirato ad ogni determinante, la cui efficacia teorica sia dimostrata



4. qual'è la frazione prevenibile tramite ogni specifico intervento la cui trasferibilità ed efficacia nella pratica è conosciuta ?



**ESERCIZIO PIU' COMPLICATO,
SPESSO APPROSSIMATO
ATTRAVERSO ANALISI DI SENSIBITA'
TRA DIVERSI SCENARI**