

**ANALISI DEI DATI NELLA MONITORIZZAZIONE
E PREVENZIONE DELLE MALATTIE:
DA QUI PARTE LA PROGRAMMAZIONE IN
SANITÀ?**

Pollenzo, 6 febbraio 2020

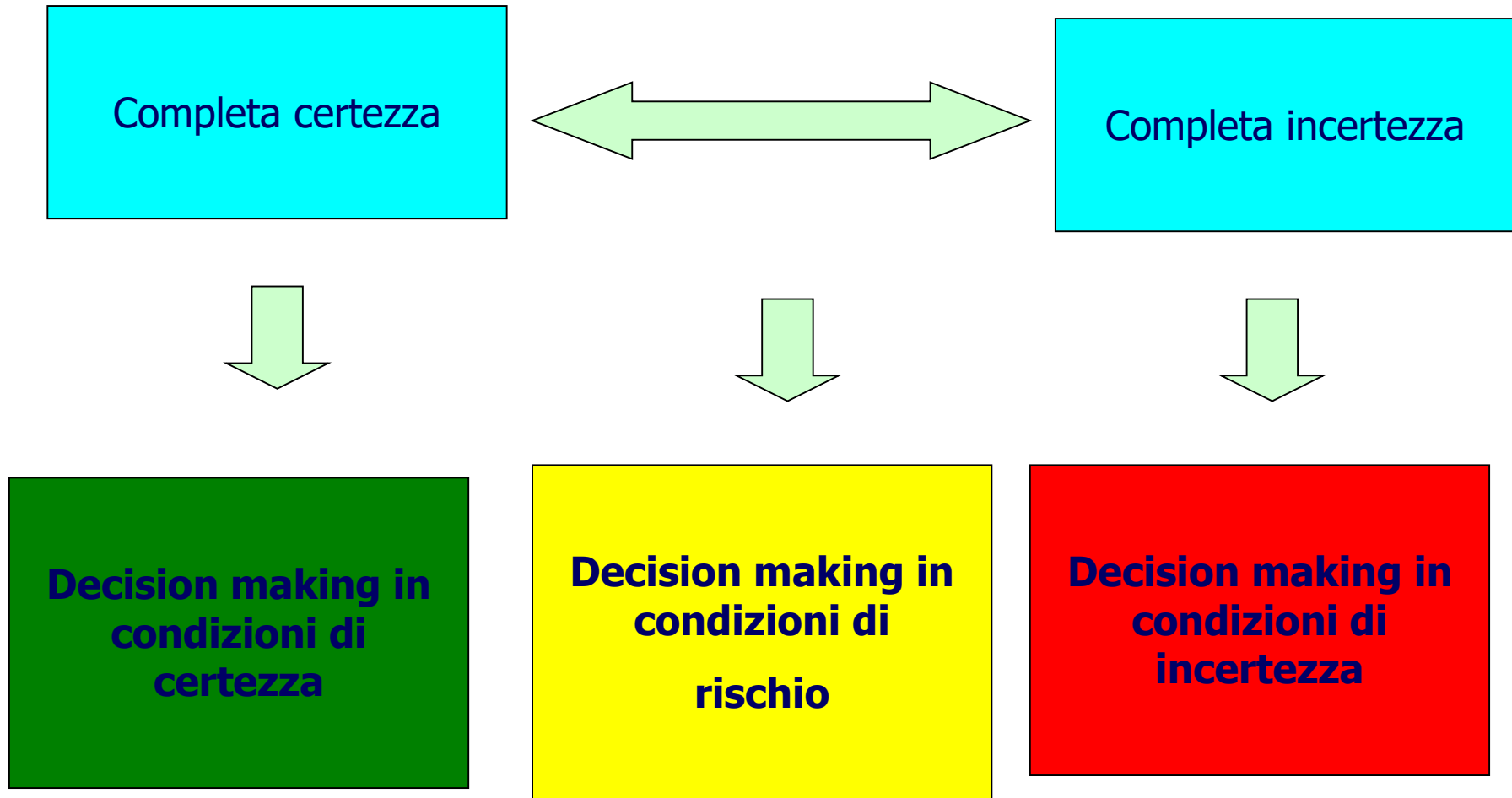
**Franco Ripa
Responsabile Programmazione sanitaria
e socio-sanitaria
Direzione Sanità Regione Piemonte**

Domande (a cui rispondere?)



- Perchè parlare di "dati" in Sanità?
- Come i dati sono utili alla programmazione sanitaria?
- Come rendere i "dati" più performanti ai fini decisionali?

La decisione ha bisogno di informazioni e conoscenze

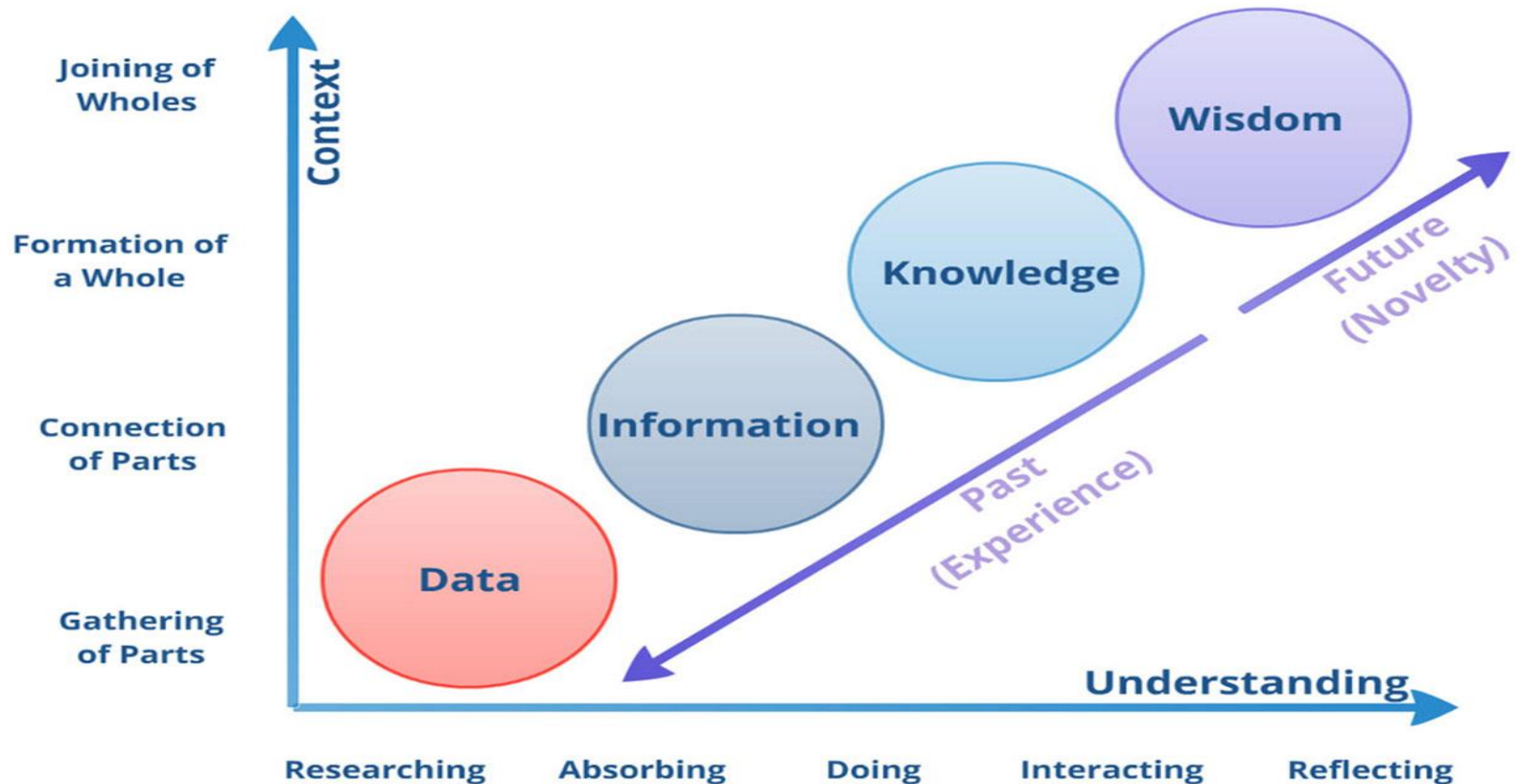




“Del Signore
ci fidiamo.
Tutti gli altri
portino dati”

(W. Deming)

Bay data from wisdom



Reference: L.Floridi- Information, a Very Short Introduction, Oxford Press
J.Hey - The Data, Information, Knowledge ,Wisdom Chain: The Metaphorical

Domande (a cui rispondere?)



- Perché parlare di “dati” in Sanità?
- Come i dati sono utili alla programmazione sanitaria?
- Come rendere i “dati” più performanti ai fini decisionali?

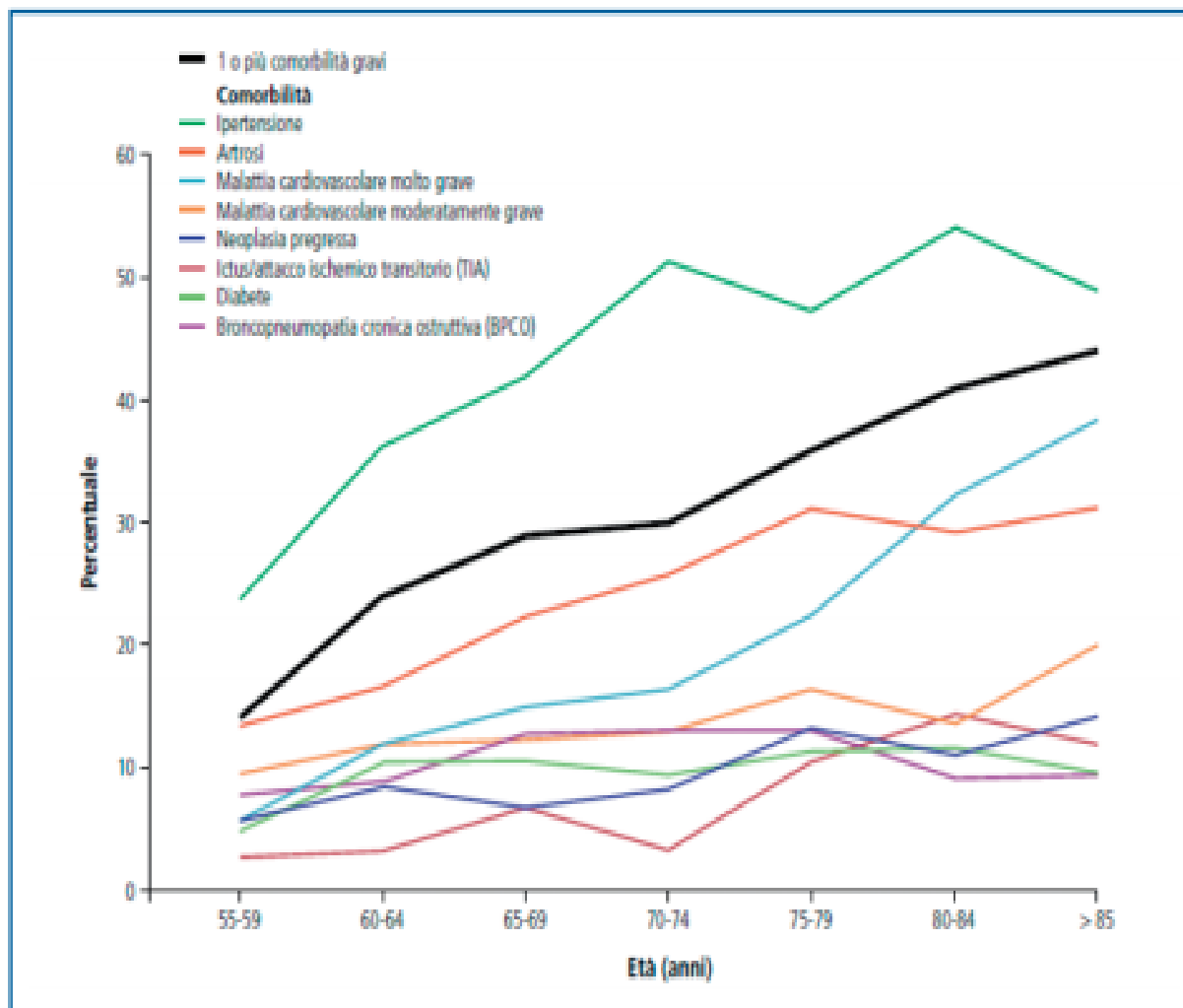
Indicatori demografici

Tabella 2.7 Indicatori di struttura demografica, per regione (1 gennaio 2016)

Regioni	Abitanti	% 0-14 anni	% 65+	Età media	Indice di dipendenza strutturale (1)	Tasso di crescita per 1.000 ab. (2)	Indice di vecchiaia (3)
Piemonte	4.404.246	12,8%	24,8%	46,4	60,2	-4,6	193,7
Valle d'Aosta	127.329	13,7%	22,8%	45,3	57,6	-7,6	166,7
Lombardia	10.008.349	14,1%	21,9%	44,6	56,2	0,6	155,7
PA Bolzano	520.891	16,0%	19,1%	42,3	54,1	4,6	119,9
PA Trento	538.223	14,8%	21,1%	43,9	56,1	1,5	142,1
Veneto	4.915.123	13,8%	22,0%	43,1	55,8	3,0	159,2
Friuli-Venezia Giulia	1.221.218	12,4%	25,5%	44,8	61,0	-2,5	204,7
Liguria	1.571.053	11,5%	28,2%	46,9	65,8	-4,8	246,5
Emilia-Romagna	4.448.146	13,4%	23,6%	48,5	58,8	-7,7	175,6
Toscana	3.744.398	12,8%	24,9%	45,7	60,4	-0,5	195,4
Umbria	891.181	12,9%	24,8%	46,5	60,5	-2,2	192,4
Marche	1.543.752	13,1%	24,0%	46,3	59,0	-4,0	183,9
Lazio	5.888.472	13,7%	21,0%	45,9	53,1	-4,6	152,9
Abruzzo	1.326.513	12,7%	22,9%	44,3	55,5	-0,7	180,1
Molise	312.027	11,7%	23,6%	45,4	54,7	-3,8	201,4
Campania	5.850.850	15,2%	17,9%	46,0	49,4	-4,2	117,3
Puglia	4.077.166	13,8%	20,9%	41,7	53,2	-1,8	151,5
Basilicata	573.694	12,5%	21,9%	43,7	52,5	-3,2	175,7
Calabria	1.970.521	13,6%	20,5%	44,9	51,9	-5,1	150,8
Sicilia	5.074.261	14,3%	20,2%	43,6	52,6	-3,1	141,3
Sardegna	1.658.138	11,8%	22,1%	43,1	51,2	-3,5	187,9
ITALIA	60.665.551	13,7%	22,0%	45,7	55,5	-3,1	161,4

Età e patologie croniche

Figura 1
Andamento della percentuale di comorbidità in funzione dell'età.
(Fonte: Ministero della Salute [2]).



Ministero della Salute. Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso. Quaderni del Ministero della Salute 2013

Fattori di rischio in Piemonte

Struttura, salute e bisogni della popolazione piemontese

Demografia	Piemonte		Italia	
	2007	2016	2007	2016
Sovrappeso e obesità				
Bambini 8-9 anni in sovrappeso (x 100) ⁹	19,5	18,4 (al 2016)	23,1	21,3 (al 2016)
Bambini 8-9 anni obesi (x 100) ⁹	7,8	6,0 (al 2016)	11,5	9,3 (al 2016)
Persone 18-69 anni in sovrappeso (BMI tra 25 e 29,9) (x 100) ⁸	29,5	28,4	31,6	31,7
Persone 18-69 anni obese (BMI ≥ 30) (x 100) ⁸	9,1	8,0	10,3	10,5
Attività fisica				
Persone che non praticano sport ≥ 3 anni (x 100) ¹⁰	29,9	32,6 (al 2016)	40,2	39,2 (al 2016)
Persone 18-69 anni sedentarie (x 100) ⁸	27,2	33,4	29,4	32,5
Persone 18-69 anni attive (x 100) ⁸	33,8	31,2	32,5	32,3

La programmazione sanitaria: che fine ha fatto il Piano Sanitario Nazionale?

Sfoggia Sanità Digitale

ABBONATI ACCEDI

Sanità24

Il Sole 24 ORE

Home Analisi Sanità risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa

22 ott 2015

SEGNALIBRO ☆
FACEBOOK f
TWITTER t

TAG
Piano sanitario nazionale - PSN
Intesa Stato-Regioni
Livelli essenziali di assistenza - LEA
Prestazioni sanitarie

DAL GOVERNO

Che fine ha fatto il Piano sanitario nazionale?

di Maria Giuseppina La Falce

Il Piano sanitario nazionale è il principale strumento di programmazione sanitaria mediante il quale, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere, attraverso l'individuazione di azioni e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Esso rappresenta quindi il primo punto di riferimento per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello centrale sia a livello locale.

È attraverso il Piano sanitario nazionale che lo Stato stabilisce le linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.



PATTO PER LA SALUTE - triennio 2019-2022

- Scheda 1. 3,5 mld per il biennio 2020-2021.
- Scheda 2. Piani di potenziamento Lea. Commissariamento solo come soluzione estrema.
- Scheda 3. Tetto di spesa per il personale sale al 10% per 3 anni con possibilità di crescere al 15%.
- Scheda 4. Programma nazionale per la Mobilità sanitaria.
- Scheda 5. Riforma Aifa, Iss e Agenas e unica cabina di regia per Hta.
- Scheda 6. Governance farmaceutica e dei dispositivi medici.
- Scheda 7. Iter più veloce per accesso a risorse per edilizia sanitaria.
- Scheda 8. Riorganizzazione cure primarie: arrivano nuove linee indirizzo.
- Scheda 9. Riordino dei fondi sanitari integrativi.
- Scheda 10. Rendere il Ssn più hi-tech.
- Scheda 11. Più coordinamento per la Ricerca.
- **Scheda 12. Promozione della salute e prevenzione quali elementi cruciali per lo sviluppo della società**
- Scheda 13. Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni.
- Scheda 14. Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari.
- Scheda 15. Revisione del DM 70/2015.
- Scheda 16 Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome

Piano regionale della prevenzione Regione Piemonte 2014-2019

Macro obiettivi	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali	Indicatore OSR	Standard OSR
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	OC 1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	OSR 3.1 (OC 1.3/5/6/7/8/9) Sviluppare nel SSR conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro	Indicatore OSR 3.1. N. di ASL che utilizzano e/o diffondono i materiali e/o gli strumenti regionali prodotti	Standard OSR 3.1 Almeno il 40% delle ASL
	OC 1.5 Estendere la tutela del fumo passivo	OSR 3.2 (OC 1.3/5/6/7/8/9) Favorire l'adozione di comportamenti salutari nella popolazione adulta che lavora	Indicatore OSR 3.2. N. di progetti WHP multi-componente e multi-fattoriale attivati a livello locale	Standard OSR 3.2 Attivazione di almeno 1 progetto nel 100% dei territori locali
	OC 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio			
	OC 1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	OSR 3.3. (OC 1.3) Studiar la fattibilità della creazione della Rete WHP Piemonte	Indicatore OSR 3.3. Report dei risultati dello studio di fattibilità	Standard OSR 3.3 SÌ/NO
OC 1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale				
OC 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone				

Domande (a cui rispondere?)



- Perché parlare di “dati” in Sanità?
- Come i dati sono utili alla programmazione sanitaria?
- Come rendere i “dati” più performanti ai fini decisionali?

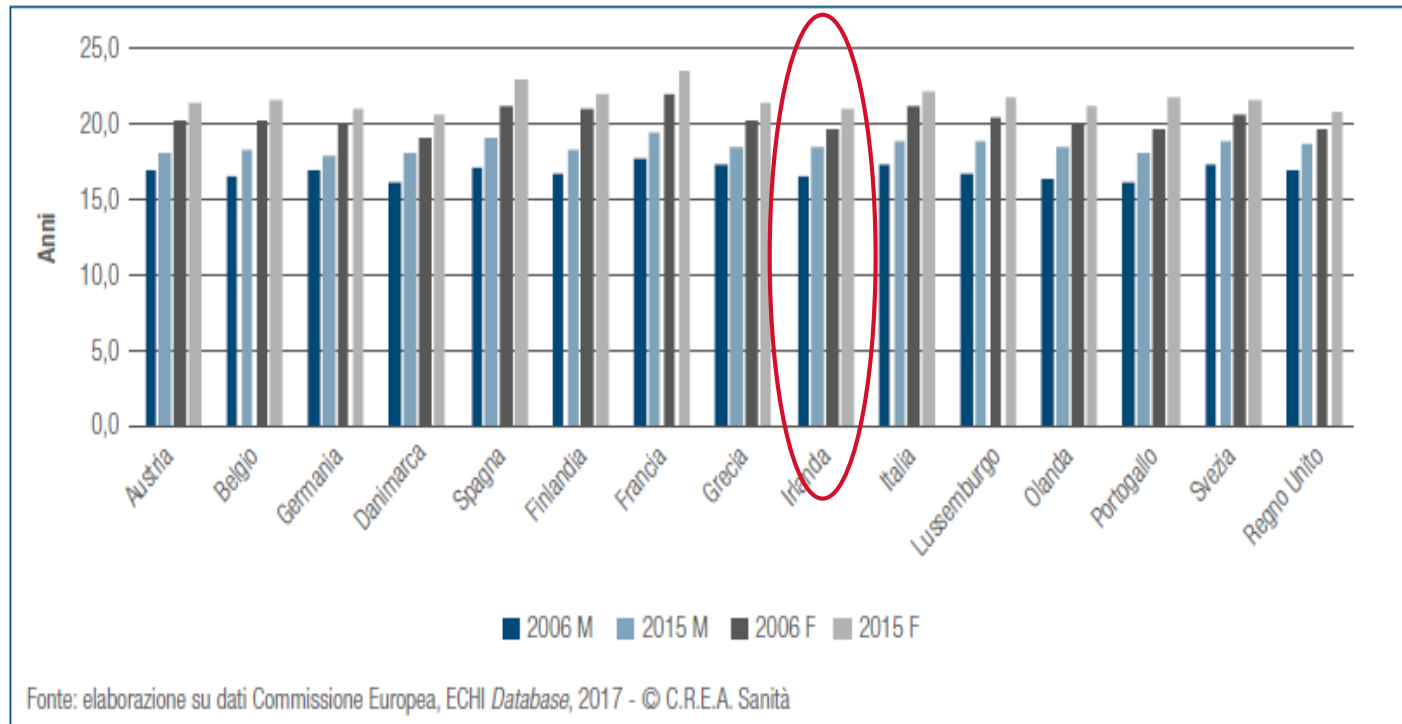
Gli spinaci contengono molto ferro?



- Il chimico tedesco E. von Wolff nel 1870,
- avrebbe erroneamente spostato la virgola della cifra del valore del ferro che aveva riscontrato nelle sue analisi, di un decimale in più aumentando l'ordine di grandezza.
- Il valore, quindi, sarebbe passato da 3,4 mg a 34 mg per 100 grammi di spinaci.

Quale aspettativa di vita a 65 anni?

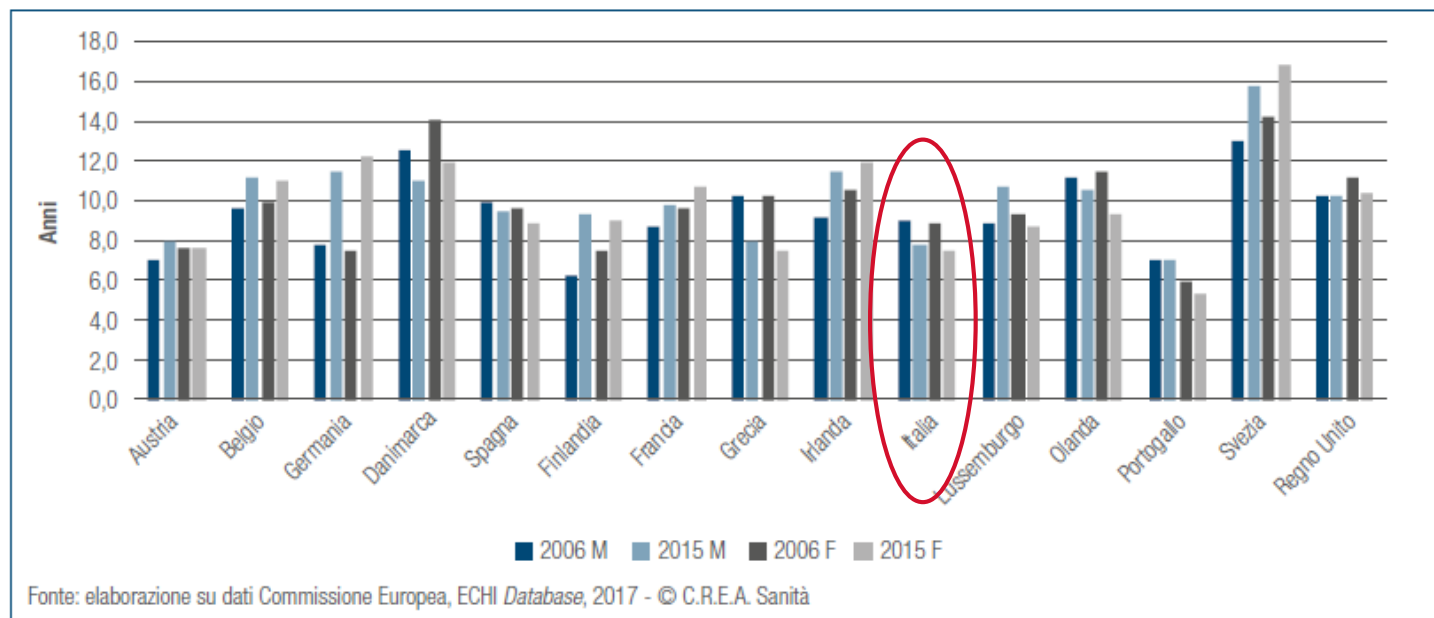
Figura 6. Aspettativa a 65 anni di vita residua



Fonte: Rapporto CREA 2018

Quale aspettativa di vita a 65 anni in buona salute?

Figura 7. Aspettativa a 65 anni di vita residua in buona salute



quello EU. concretizzatosi prevalentemente nell'ultimo

Fonte: Rapporto CREA 2018

Il fumo passivo fa male?

- Sono state analizzate 106 ricerche nelle quali veniva valutato l'effetto del fumo passivo ed è stato chiesto ai ricercatori se avevano qualche legame di tipo economico con l'industria del tabacco.
- Il 94 per cento degli articoli scritti da autori che avevano legami con l'industria del tabacco concludeva che il fumo passivo non è pericoloso,
- solo il 13 per cento dei ricercatori indipendenti concludeva che il fumo passivo non è pericoloso.
- D. Barnes. JAMA 1998; 279: 1566-1570

Le raccomandazioni per il buon utilizzo dei dati (nella programmazione sanitaria)

- Individuare un problema
- Definire un obiettivo (riduzione, rimozione del problema)
- Individuare **le informazioni** da reperire
- Avere dati di buona qualità (fonti autorevoli)
- Avere dati sufficienti (carenza informativa)
- Avere dati non ridondanti (sovraccarico informativo)
- Avere dati coerenti tra loro (inquinamento informativo)
- Agire (congratularsi e standardizzare o correggere)

per concludere...

Messaggi finali

- I sistemi di programmazione dovrebbero avere alcuni **principi di base**:
- la finalità dei dati è di aumentare la **comprensione di processo/sistema**;
- sono **le persone** a gestire i processi e non i dati, è quindi indispensabile rendere disponibili alle persone i dati e i metodi per utilizzarli;
- i risultati dovrebbero essere utilizzati soprattutto per **apprendere e migliorare**.



“Del Signore ci
fidiamo. Tutti gli
altri portano dati
(veri e
affidabili)”

*(W. Deming,
rivisto)*