IGIENISTI ON-LINE: Resoconto congressuale del 4 ottobre 2012

Assistenza primaria e prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative nelle plenarie di ieri

Si è parlato dei temi di più stretta attualità, come la discussione in parlamento del decreto Balduzzi (oltre 700 gli emendamenti presentati) che, in particolare nella parte riguardante la riforma dell'assistenza primaria, chiama anche gli igienisti che operano nei Dipartimenti di prevenzione e nei distretti ad un ruolo da protagonisti. Il tema è stato approfondito dal Direttore generale dell'Agenas, **Fulvio Moirano**, che ha tracciato la cornice entro cui si sta cercando di riorganizzare le reti di offerta sanitaria sul territorio e il ruolo che in questo ambito può assumere l'igienista. Il quadro generale illustrato da Moirano non è propriamente confortante: La spesa sanitaria rispetto al Pil non sarà più incrementale ma, semmai, molto discontinua. Per i prossimi tre anni sono stati tolti circa 21 miliardi di euro dal Fondo sanitario nazionale è già dall'anno prossimo il problema di finanziamento e crisi dei sistemi regionali, che appare oggi evidente già in almeno dieci regioni, coinvolgerà anche regioni che oggi sono sostanzialmente in equilibrio. Inoltre, ha aggiunto, la politica fa finta di non ricordare che dal 2014 verrà introdotto un ulteriore aumento dei ticket per altri due miliardi di euro (già oggi siamo a 4 miliardi). Il che significa che se il settore colpito dai ticket sarà sempre e solo quello dei farmaci e della specialistica, espelleremo dal Ssn una marea di cittadini a cui converrà, se potranno permetterselo, pagare direttamente le prestazioni. Con tutto quello che ne consegue in termini di integrità e universalità del sistema pubblico.
Per Moirano diventa dunque imprescindibile riorganizzare la sanità del territorio e sviluppare nuove competenze per affrontare la deospedalizzazione. Altrimenti la chiusura di ospedali o posti letto diventerà un serissimo problema di sanità pubblica. Ecco, dove le competenze e il ruolo degli igienisti diventano assolutamente strategici: in particolare nella prevenzione e nella gestione delle malattie croniche. E anche sul tema della Continuità assistenziale l'esortazione di Moirano è stata chiara: "Bisogna passare dalle parole ai fatti. L'integrazione ospedale-territorio è ancora troppo fatta dai pazienti". Insomma, una realtà solo dichiarata e quasi mai perseguita.
Sul ruolo del Dipartimento di Prevenzione si è concentrato l'intervento in plenaria di **Silvio Brusaferro**, Dipartimento di Scienze mediche e Biologiche Università di Udine, secondo cui: "La strategia di integrazione tra Cure Primarie e Prevenzione/Sanità Pubblica viene indicata dalle evidenze di letteratura come quella più efficace per presidiare l'evoluzione della storia naturale delle malattie croniche e per contenere i costi. L'attuazione di tale strategia consente di erogare servizi centrati sui bisogni dei cittadini/pazienti e sulle esigenze della comunità. e richiede che sul piano culturale vengano superate le distinzioni/divisioni tra Cure Primarie e Prevenzione/Sanità Pubblica, sul piano organizzativo si promuova e si accompagni la strutturazione di reti interprofessionali e interdisciplinari, e sul piano gestionale si affermi l'approccio al lavoro centrato sui processi di cura e la progettazione dei Percorsi.
L'integrazione tra Cure Primarie e Sanità Pubblica è stata ed è tutt'ora condizionata dalla:
- separatezza delle strutture operative (Dipartimento di Prevenzione e Distretti) e conseguentemente delle responsabilità e obiettivi da conseguire;
- distanza degli approcci culturali dei professionisti;
- assegnazione alle due diverse strutture di mandati che vengono spesso realizzati su piani di intervento paralleli con pochi punti di contatto e con nessuna convergenza;

- l'assenza di strategie per aumentare le competenze che i professionisti dei due ambiti dovrebbero avere in comune, per valorizzare la loro complementarietà.

Per realizzare una strategia di integrazione è dunque necessario, a giudizio di Brusaferro, intervenire in modo complessivo ed efficace a più livelli del sistema sanitario:

- regionale per realizzare le politiche di Prevenzione, contrasto, e tutela delle malattie croniche attraverso un disegno di comunità che favorisca l'integrazione dei mandati delle diverse strutture operative;
- regionale e aziendale per predisporre i sistemi operativi per la misurazione e la valutazione degli interventi;
- aziendale per identificare gli obiettivi, gli interventi, e le responsabilità coerenti con i programmi da realizzare lungo la linea dell'evoluzione della malattia;
- aziendale per individuare le aree di competenza più fragili che richiedono investimenti per adeguare le conoscenze e i comportamenti dei professionisti;
- professionale per condividere tra strutture e tra professionisti linee guida, protocolli, per la gestione dei casi, il trattamento farmacologico personalizzato, la sorveglianza e la prevenzione delle complicanze.

E se il futuro della sostenibilità del SSN è sul territorio, diventa imperativo acquisire strumenti e metodiche per misurarne gli esiti. Questo il tema dell'intervento di **Paolo Villari**, segretario generale della Siti secondo cui In Italia la valutazione dell'assistenza primaria è però ulteriormente complicata dal processo di devoluzione regionale che ha favorito una forte diversificazione ed eterogeneità tra le regioni. I modelli di assistenza primaria attuati nelle regioni variano in base alle caratteristiche socio-demografiche, ai contesti epidemiologici e organizzativi e agli indirizzi di politica sanitaria delle regioni stesse. Questa eterogeneità se da una parte rende il nostro Paese un caso di studio estremamente interessante per valutare comparativamente diversi modelli di assistenza primaria, dall'altra complica ulteriormente i processi di valutazione.

Un gruppo di lavoro, costituitosi nell'ambito di un progetto commissionato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute al Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive di Sapienza Università di Roma, ha effettuato revisioni sistematiche della letteratura e consultazioni di panel di esperti al fine di elaborare e valutare la fattibilità di metodologie di valutazione dell'assistenza primaria, con particolare riferimento alla gestione del paziente cronico. I primi risultati del gruppo di lavoro hanno messo in evidenza da una parte la necessità di elaborare strumenti per l'analisi descrittiva dei modelli di assistenza primaria
adottati nelle diverse regioni (sia a livello di programmazione che di effettiva implementazione), dall'altra la non immediata applicabilità dei PQI (il set di 14 indicatori per la valutazione della qualità dei servizi sanitari territoriali, denominato "Prevention Quality Indicators (PQI)" messo a punto dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) alla realtà italiana, principalmente perché il taglio dei posti letto negli ospedali per acuti nelle regioni in piano di rientro può produrre una riduzione relativa degli indicatori, limitandone la possibilità di lettura in termini di valutazione della performance dell'assistenza territoriale.

Per questo motivo, il gruppo di lavoro ha selezionato anche altri indicatori, alcuni dei quali ex-novo, che possono essere schematizzati nei seguenti gruppi:

1) numero di accessi medio (totale e classificati come codici bianchi o verdi) in Pronto Soccorso per assistito – indicatori di esito considerati "hard" che non necessitano di specifiche
tecniche particolari, ma la fonte dati . garantita solo in quei distretti, ASL o regioni nelle quali . attivo un sistema informativo centralizzato dei Pronto Soccorso;

2) indicatori di corretta compilazione del software gestionale e di attenzione al paziente – indicatori di processo o di struttura direttamente riconducibili all'attività del

MMG, informativi sia dell'attenzione posta dai MMG ai pazienti, sia dell'attendibilità del database del MMG;
3) indicatori di efficacia clinica derivati da Health Search o QOF/HEDIS – indicatori di outcome intermedio o di processo direttamente riconducibili all'attività del MMG, relativi all'appropriatezza del percorso di cura;
4) stato di salute auto-riportato medio degli assistiti – indicatori di esito "hard", per quanto non direttamente riconducibili all'attività del MMG, quanto piuttosto dell'intero Distretto o, più in generale, dell'intero sistema sanitario;
5) soddisfazione degli assistiti verso i MMG/UTAP e/o Distretti – indicatori di esito "hard", direttamente correlati all'attività. dei MMG o dei Distretti, presuppongono la disponibilità dell'anagrafica regionale non criptata, sia degli assistiti che dei Distretti e dei MMG;
6) tempi di apertura e tempi di attesa per esami specialistici – indicatori di processo direttamente riconducibili alla efficienza organizzativa delle UTAP o Distretto.
"È indubbio" ha concluso Villari "che il processo di valutazione dell'assistenza primaria, indispensabile per il rinnovamento e la sostenibilità dell'intero sistema sanitario, presenta diverse difficoltà, sia di ordine concettuale che in termini di fattibilità. È importante tuttavia che la valutazione intercetti tutti i diversi ruoli degli attori dell'assistenza primaria, inclusa la componente relazionale legata al rapporto medico-persona assistita. Si tratta di implementare un sistema
di raccolta dei giudizi e delle valutazioni da parte dei cittadini sulla qualità delle prestazioni ricevute, sulle relazioni intercorse con gli operatori e sugli aspetti organizzativi relative alle strutture utilizzate.

Simposio Pfizer - Vaccinazione antipneumococcica priorità di sanità pubblica per gli igienisti riuniti a Cagliari

La vaccinazione antipneumococcica degli adulti e delle categorie a rischio è stata considerata la terza priorità di sanità pubblica al televoto dell'assemblea congressuale Siti, dopo l'ipotesi di raggiungimento del 95% di copertura antimorbillo nell'adolescenza e il 90% di copertura anti Hpv nelle dodicenni, entrambe peraltro previste come Lea nel Piano nazionale della prevenzione vaccinale.
All luce dell'interesse e della considerazione sul tema non poteva deludere le attese il simposio organizzato in mattinata grazie al grant educazionale di Pfizer nel corso del quale è stato fatto il punto sull'offerta vaccinale gratuita del nuovo vaccino pneumococcico coniugato 13valente (PCV13).
Questo in sintesi lo schema di offerta attuale offerto dalle prime regioni che si sono attivate in tal senso:

- Sicilia: 65/70enni + soggetti a rischio 50+
- Puglia: 65/70/75enni + soggetti A rischio 50+
- Friuli Venezia Giulia: Tutti gli over 65 + soggetti a rischio di ogni età
- Veneto: soggetti a rischio di ogni età
- Emilia Romagna: soggetti ad alto rischio di ogni età.

Come sempre, purtroppo, l'immagine a macchia di leopardo certifica ancora una volta le profonde differenze devolutive del paese e questo nonostante con molta chiarezza la sostenibilità farmaco-economica sia ormai un dato acquisito.
Lo ha ricordato il Prof. **Paolo Bonanni** sottolineando come ormai sia dimostrato che campagne quinquennali di offerta attiva a 3 coorti di ultra sessantacinquenni siano sostenibili sotto il profilo farmaco-economico e costo-efficaci già dal 2° anno di somministrazione.

Focus su vaccinazioni e Screening nella plenaria del pomeriggio

Gennaro Ruocco, Direttore generale per la prevenzione del Ministero della Salute ha partecipato alla plenaria del pomeriggio parlando dell'attuazione del nuovo Piano di prevenzione vaccinale 2012-2014. Infatti il 22 febbraio scorso è stato approvato, dopo ben 7 anni, il nuovo documento programmatico nazionale sulle strategie vaccinali. Lo strumento utilizzato per la sua promulgazione è stato quello dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni e infatti, ha sottolineato, nell'attuale panorama politico e di federalismo sanitario, l'emanazione di raccomandazioni nazionali, non calate dall'alto, bensì fortemente condivise sul piano tecnico e politico con le Regioni e Province Autonome, nel rispetto della loro legittima autonomia, questo intende rappresentare una garanzia di equità di accesso.

Il primo elemento di innovazione, ha sottolineato Ruocco, risiede, certamente, nel nome, Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV 2012-2014), ovvero l'introduzione, nella sua denominazione, del termine Prevenzione. Si è voluto, infatti, non solo affrontare le questioni dell'introduzione di nuovi vaccini nel calendario, della definizioni di obiettivi concreti e coerenti con le esperienze e gli impegni presi a livello internazionale, dell'individuazione delle strategie più appropriate per raggiungerli, ma, più in generale, dare rilievo a tutte le attività che è necessario realizzare per la prevenzione delle malattie infettive per le quali si dispone di vaccini efficaci e sicuri.

L'attuazione dei programmi di vaccinazione previsti dal PNPV non potrà, quindi, prescindere dalla sorveglianza epidemiologica e di laboratorio dell'evento che si vuole prevenire, allo scopo di valutare l'impatto dell'intervento, sia esso di nuova introduzione o di mantenimento. Ma, contemporaneamente, si dovranno monitorare altri eventi, sempre correlati al programma in atto, quali gli eventuali eventi avversi a vaccino ed possibili fallimenti vaccinali. Pertanto, la realizzazione degli interventi previsti dovrà procedere di pari passo alla valutazione del programma ed a quella dello strumento adottato, entrambe essenziali, ancor di più nell'attuale contesto, di carenza di risorse, per cui occorre individuare gli interventi realmente necessari, più efficaci e maggiormente sicuri.

Ne consegue che anche il percorso seguito per la definizione del nuovo calendario vaccinale, contenuto nel PNPV, non deve essere considerato uno strumento da impiegare semplicemente a priori, ma sarebbe auspicabile che, periodicamente, alcuni degli elementi che lo compongono venissero ripresi in esame. Alcuni
esempi, in tal senso, possono essere: la valutazione del vaccino in termini di rapporto rischio/beneficio e costo/beneficio (in particolare, qualora si dovessero presentare strumenti alternativi di prevenzione, o alla luce di nuove evidenze sulla sua sicurezza ed efficacia, suggerite dalle attività di sorveglianza post-marketing e confermate dalle esperienze internazionali e dalla letteratura scientifica); la valutazione dell'appropriatezza della strategia in atto, partendo dalla revisione della letteratura scientifica, per passare ad analisi economiche, al fine di possibili rimodulazioni; l'esamina del reale impatto organizzativo dell'intervento, che tenga conto anche delle ripercussioni sul SSN nel suo complesso, non solo in termini di riduzione del carico di malattia e dei costi relativi, ma anche di eventuale interferenza con altri interventi strategici in atto, di sostenibilità economico-finanziaria, accesso alle cure, dinamiche e percorsi organizzativo/assistenziali.

Il Presidente designato della Siti, **Michele Conversano** e **Paolo Castiglia** hanno invece illustrato, lungo il medesimo fil rouge delineato da Ruocco, l'attività del Gruppo Vaccini della Siti e il Calendario vaccinale della vita elaborato da tempo insieme ai pediatri che costituisce, ad oggi, una sorta di "tavola della legge" che intende affermare la scientificità di un approccio globale alle vaccinazioni indirizzandone gli effetti dalla nascita all'età più adulta.

Il tema delle vaccinazioni è stato quindi chiuso da **Paolo Bonanni** che ha offerto una sua lettura sulle prospettive future delle vaccinazioni per la prevenzione delle malattie

croniche, grandissimo problema per la sanità moderna.
Secondo Bonanni "mentre la prevenzione primaria di alcune patologie tumorali legate ad agenti virali ha seguito la classica via della sperimentazione e successiva applicazione su larga scala dei vaccini in soggetti sani (es. vaccinazione preventiva contro HPV), sempre più tentativi stanno cercando di rendere disponibili immunoterapeutici che consentano (anche in associazione con altri trattamenti) di contribuire alla sopravvivenza in buone condizioni di soggetti già affetti da patologie croniche. Anche la sanità pubblica dovrà seguire con attenzione lo sviluppo dei nuovi prodotti, per guidarne in prospettiva l'utilizzo razionale".
Tra questi i vaccini contro i tumori, l'Alzheimer e l'Ipertensione arteriosa.
"Alla luce delle ricerche attualmente in corso nel settore delle vaccinazioni e dell'immunoterapia, ha concluso Bonanni, si può comprendere l'importanza che in prospettiva avrà anche in campo terapeutico lo
sviluppo di sempre più sofisticati approcci immunologici alla cura delle principali patologie cronico-degenerative. E certamente l'igienista avrà un ruolo chiave nel guidare la valutazione e l'utilizzo razionale dei
nuovi vaccini disponibili, non dimenticando l'importanza di attrezzarci anche ad un'adeguata comunicazione su rischi e benefici di ciò che il progresso tecnologico ci mette a disposizione, in un ambiente culturale sempre più incline a scelte irrazionali ed emotive".
Ultimo intervento della plenaria pomeridiana è stato infine quello di Antonio Ferro e Massimo Valsecchi sugli screening oncologici e la prevenzione attiva delle malattie cardio vascolari.
Nel loro intervento i relatori hanno delineato prima il quadro attuale dello sviluppo nazionale degli screening oncologici di provata efficacia (pap-test, mammografia e modalit. di diagnosi precoce del carcinoma del colon retto) e degli interventi di individuazione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione, e poi le motivazioni che suggeriscono il perché tali interventi di sanità pubblica siano organizzati dai Dipartimenti di prevenzione.
In particolare hanno evidenziano che questo tipo di interventi sono rivolti a grandi numeri di popolazione presumibilmente sana e come tale devono essere correttamente collocati all'interno delle consolidate competenze organizzative dei Dipartimenti di Prevenzione; I Dipartimenti, in quanto esterni alle tecniche specialistiche utilizzate nella diagnostica, costituiscano un ottimo punto esterno e "terzo" di valutazione dell'efficacia e dell'eticità degli screening proposti. "Appare particolarmente opportuno" hanno esortato gli autori "dato che in ambito nazionale vengono, di continuo, proposti agli utenti screening che non hanno queste due fondamentali caratteristiche (es. screening del carcinoma prostatico tramite PSA) ricordare che si deve trattare di interventi di offerta gratuita, attiva, per tutta la popolazione target (come per le vaccinazioni) e con una attenzione particolare per le fasce più deboli che, se lasciate a se stesse, tendono ad utilizzare l'offerta di prevenzione, anche se gratuita, in modo proporzionalmente ridotto rispetto alla parte di popolazione socialmente più forte; Questi interventi di diagnosi precoce possono (e debbono) nei Dipartimenti essere inseriti in un contesto più ampio di prevenzione primaria promuovendo stili di vita attivi e corretti.

Simposio Sanofi: Preoccupante abbassamento delle coperture vaccinali, è allarme tra gli operatori sanitari. *Conversano*: "Spingere sulla strada del Network vaccinale "

È allarme tra igienisti ed operatori sanitari per il progressivo abbassamento delle coperture vaccinali nella popolazione italiana. Sul piano della prevenzione sanitaria si

assiste ad una sostanziale contrazione delle coperture vaccinali anche per l'influenza, nonostante le Autorità Sanitarie internazionali (WHO, ECDC) e italiane (Ministero della Salute,) e le società scientifiche, tra cui la SItI, raccomandino di raggiungere livelli di coperture superiori ad almeno il 75% dei soggetti a rischio, con un valore ottimale del 95%. L'influenza è una malattia imprevedibile, che di anno in anno muta caratteristiche, al variare dei ceppi virali circolanti e dei livelli di copertura vaccinale della popolazione, potendone così essere responsabile di epidemie rilevanti. Quest'anno WHO ha identificato due nuovi virus rispetto alla scorsa stagione. Gli esperti si attendono pertanto una stagione con numerosi casi di sindrome influenzale. La scarsa sensibilità verso la prevenzione vaccinale – è la denuncia degli igienisti riuniti a Cagliari – è dovuta ad un mix di fattori, tra cui la scarsa efficacia delle campagne informative istituzionali dirette sia ai soggetti che potrebbero beneficiare della vaccinazione, che ai singoli gruppi a rischio. Per aumentare il livello delle coperture, tuttavia, piuttosto che indirizzare l'offerta vaccinale alle singole categorie a rischio, una strategia vincente potrebbe fondarsi sull'abbassamento dell'età vaccinale per tutta la popolazione a 60 anni (oggi si vaccina a partire dai 65 anni). Per questo, comunità scientifica ed operatori sanitari lanciano da Cagliari un messaggio forte alle autorità pubbliche, perché raccomandino l'abbassamento a 60 anni dell'età dei destinatari di vaccinazione anti-influenzale gratuita. L'abbassamento dell'età permetterebbe di intercettare soggetti appartenenti a diverse categorie di rischio altrimenti difficilmente raggiungibili, prevenendone il contagio. Si tenga conto che non si tratta di stanziare nuovi fondi, ma di impiegare le risorse già disponibili in modo da massimizzare i benefici per la popolazione rispetto agli obiettivi di copertura già fissati dalle autorità pubbliche. A tal fine – come è stato sottolineato nel Simposio promosso da Sanofi Pasteur MSD dedicato al 'Network vaccinale' - risulta di cruciale importanza la sinergia tra igienisti, medici di base e, più in generale, l'insieme degli operatori sanitari. L'idea – rilanciata con forza al congresso Siti – è di estendere l'esperienza dei network vaccinali, già implementata con successo in alcune situazioni. Ad esempio, esperienza consolidata è quella di cui ha parlato il presidente designato SItI Michele **Conversano** che in Puglia, nella ASL di Taranto, da anni ottiene importanti risultati in termini di efficienza delle campagne di vaccinazione, attraverso una stretta collaborazione tra i diversi attori del sistema di prevenzione: medici igienisti, specialisti, medici e pediatri di medicina generale. Nel corso del Simposio il Prof. **Durando** ha portato l'esperienza della Liguria e di altre Regioni (Campania, Lazio) ove in seguito all'introduzione del vaccino influenzale intradermico, la collaborazione in network con le Asl operanti sul territorio e con i medici di medicina generale, ha permesso di effettuare una valutazione dell'accettabilità della vaccinazione influenzale per via intradermica. La prevenzione è un'arma cruciale per il miglioramento della salute pubblica e l'efficienza finanziaria del sistema sanitario. La prevenzione vaccinale si conferma infatti un investimento, non un costo, per i sistemi sanitari pubblici, come dimostrano studi di farmaco-economia realizzati a livello globale sui benefici risultanti dall'estensione delle coperture vaccinali. La collaborazione tra igienisti e medici del territorio è appunto importante anche per raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali non solo per l'anti-influenzale, ma anche per le altre vaccinazioni, come quella contro l'HPV che in questo senso ha sempre avuto difficoltà: il 22 ottobre è prevista una giornata dedicata a questo argomento, organizzata dal Ministero della salute e dalla SItI.