

## EDITORIALE

### La S.It.I., la Conferenza di Napoli e le questioni aperte

Francesco Blangiardi  
Presidente Nazionale S.It.I.



La S.It.I. è, da qualche anno, articolata in 15 Sezioni regionali ed interregionali ed è formata da due Collegi: Collegio degli Operatori e Collegio dei Docenti Universitari; la proficua sinergia di queste due anime permette di ottenere ottimi risultati nel campo della ricerca, della formazione e dell'attività di qualità nelle discipline igienistiche vecchie e nuove.

Nell'ambito dei rapporti intersocietari ottimi rapporti sono in corso con le altre società affini e con sindacati, ordini professionali ed associazioni di categoria.

Questa Società Scientifica, specie negli ultimi anni, va detto con orgoglio e con sempre maggiore responsabilità, è diventata un punto essenziale di riferimento per le istituzioni e per molti operatori, e continua ad essere una specie di collante nazio-

SEGUE A PAG. 4

### Signorelli Assessore Provinciale all'Ambiente, Cinquetti Coordinatore CCM Veneto

Cariche importanti per due insigni igienisti, nonché componenti della Giunta Esecutiva S.It.I.: il Dott. Sandro Cinquetti è stato nominato Coordinatore del CCM Veneto, il Prof. Carlo Signorelli è il nuovo Assessore all'Ambiente della Provincia di Lecco. A Cinquetti e Signorelli i migliori auguri di buon lavoro da parte di tutti i soci S.It.I.

## XI CONFERENZA NAZIONALE DI SANITÀ PUBBLICA

# Ed eccoci a Napoli!

di Maria Triassi e Paolo Marinelli



**E**d eccoci all'appuntamento annuale degli Igienisti italiani. Il 15 ottobre si apre la XI<sup>a</sup> Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica a Napoli, con una sessione straordinaria sulla pandemia influenzale da virus AH1N1. Lo scenario è quello della Stazione Marittima, il cuore della Napoli monumentale a due passi dal Palazzo Reale, di fronte al Maschio Angioino e punto di approdo delle navi da crociera e delle comunicazioni marittime da e per la città. L'obiettivo è quello di consentire al congressista di muoversi a piedi agevolmente tra la sede congressuale, le sistemazioni alberghiere e la cena sociale.

La Conferenza, che vuole ricalcare il principio ispiratore del suo fondatore, il Prof. Bruno Angelillo, è un momento di confronto su quelli che sono gli obiettivi di una moderna Sanità Pubblica, in grado di far fronte

alle necessità socio-sanitarie del nostro tempo, caratterizzato da un lato da una prospettiva europea, dall'altro da una riforma federale dello Stato: i modelli organizzativi e le buone pratiche in prevenzione e nella gestione della Sanità Pubblica.

La trama della Conferenza ed il suo filo conduttore si snodano nelle tre Sessioni plenarie: 1) la prima sui modelli organizzativi e le buone pratiche nei distretti, nei dipartimenti di prevenzione, negli ospedali, nella formazione; 2) la seconda mirata alla proposizione di modelli e buone pratiche nella gestione della pratica vaccinale, punto estremamente cruciale per l'emergenza pandemia con cui il nostro paese si confronta; 3) la terza, che costituirà la sintesi della Conferenza, è focalizzata sulla Prevenzione e sulla Sanità Pubblica in uno scenario europeo e nella integrazione tra le competenze e le figure professionali della prevenzione.

Nelle Sessioni tematiche, che non si sovrappongono alle plenarie, ma si svolgono nell'arco della Conferenza per grandi aree, verranno proposti e confrontati i modelli organizzativi e le buone pratiche per la gestione della prevenzione degli ambienti di vita e di lavoro con un'articolazione che va dalle strutture ospedaliere alla sicurezza alimentare e delle acque, all'igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro, alle problematiche dei movimenti migratori e della sicurezza dei lavoratori.

Sempre in Sessioni tematiche vengono affrontati i modelli organizzativi e le buone pratiche per la prevenzione dei grandi rischi ambientali del nostro tempo con un particolare focus sulla comunicazione del rischio e sulla gestione dei rifiuti.

I Simposi organizzati dalle ditte produttrici di vaccini, i maggiori sponsor della Conferenza, vengono proposti come contributi dell'industria ai modelli or-

ganizzativi ed alle buone pratiche per la profilassi vaccinale, configurando un vivace dibattito e momento di confronto anche alla luce della nuova pandemia influenzale e dei nuovi vaccini disponibili nell'immediato futuro per la profilassi di importanti malattie trasmissibili.

Ampio spazio viene dato alle comunicazioni che si sono proposte numerose, testimoniando l'ampia volontà di partecipazione e la voglia di confronto del mondo igienistico italiano.

Una novità assoluta e rappresentata dalla Sessione "L'Espresso risponde", articolata in cinque momenti di confronto durante i quali i congressisti potranno porre domande ad esperti; mentre una novità che ormai si ripete da alcuni anni è rappresentata dallo spazio giovani.

C'è dunque grande attesa per un momento che speriamo sia all'altezza delle problematiche di Sanità Pubblica del nostro paese.

## Pandemia influenzale da Virus A/H1N1

# Gestire le azioni di contrasto

di Sandro Cinquetti  
Delegato SItI nell'Unità di Crisi Ministeriale

**D**a alcuni mesi ogni professionista della salute ed ogni cittadino ha a che fare con una congerie di notizie, più o meno congruenti, sulla diffusione pandemica del nuovo virus influenzale A/H1N1.

Dopo una prima fase, nella quale erano prevalenti racconti aneddotici o casistiche più strutturate inerenti i casi clinici (ovviamente con la classica enfasi sui pochissimi casi a rilevante gravità, propri di ogni epidemia influenzale, ma in questa occasione posti sotto lente di ingrandimento per interesse giornalistico o, peggio, per esigenze di visibilità), siamo ora entrati nella fase dedicata alla definizione ed all'implementazione delle strategie di



sanità pubblica finalizzate al contrasto della diffusione epidemica della nuova influenza.

È quindi questo il periodo di lavoro nel quale, a fianco della dovuta attenzione terapeutica territoriale ed ospedaliera nei confronti dei soggetti colpiti (attenzione che non sembra presentare, come già accennato, particolari livelli di comples-

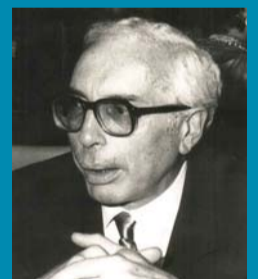
sità rispetto a quella propria delle epidemie influenzali stagionali), è necessario mettere in campo strutturati interventi di comunicazione del rischio, rigorose azioni di profilassi generale, estese campagne vaccinali, seri provvedimenti di sanità pubblica sulle comunità colpite (con particolare riferimento alle comunità infantili e scolastiche).

Siamo di fronte ad un campo operativo, quello a favore di "grandi numeri di soggetti sani", per il quale è lo specialista in igiene, coadiuvato dai collaboratori professionisti della prevenzione, ad avere una "cassetta degli attrezzi" completa.

Prendiamo in mano dunque con gran-

SEGUE A PAG. 4

## La scomparsa del prof. Luigi Squeri



Il 23 giugno 2009 è venuto a mancare il Prof. Luigi Squeri. Nato a Messina nel 1931, il Prof. Squeri, Ordinario di Igiene nella Facoltà di Medicina dell'Università di Messina fin dal 1974, ha ricoperto nella sua Università tutte le cariche (Direttore di Istituto, di Dipartimento e di Scuola di Specializzazione, nonché Direttore del Servizio di Igiene Ospedaliera) ed è stato anche Presidente della Sezione S.It.I. Sicilia. Intensissima è stata la sua attività scientifica in vari campi dell'Igiene, particolarmente nell'ambito degli enterovirus e sulle prime applicazioni delle vaccinazioni antipolio, antimorbillo, antirosolia ed antinfluenzale in Italia.

Ai suoi familiari ed ai suoi allievi, numerosissimi sia nell'Università che nel S.S.N., vanno le più sentite condoglianze da parte di tutti i soci S.It.I.

SItI-AIE-SISMEC e il documento intersocietario sul nuovo PNP

di Walter Ricciardi

SERVIZIO A PAG. 2

Ricerca didattica nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione

di Augusto Panà

SERVIZIO A PAG. 2

Le prime riflessioni sul nuovo PNP del Collegio degli Operatori della S.It.I.

di Fausto Francia

SERVIZIO A PAG. 2

Medici competenti specialisti in igiene: il grande imbroglione

a cura della  
Giunta Esecutiva S.It.I.

SERVIZIO A PAG. 3

## Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione

# La collaborazione SITI/AIE-SISMEC e il documento intersocietario sul nuovo PNP

di **Walter Ricciardi**



L'accordo tra lo Stato e le Regioni, siglato nel 2004 a Cernobbio, ha indubbiamente rappresentato un momento di svolta nel nostro Paese per la prevenzione, di cui veniva enfatizzata l'importanza strategica.

In particolare si sottolineava, con il termine di "prevenzione attiva", la necessità di organizzare un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, con il coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Rispetto ai tradizionali interven-

ti di prevenzione, si puntava non sull'obbligatorietà e controllo, ma sulla promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino e sul coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie e articolazioni organizzative delle aziende del SSN, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività, coinvolgendo, a partire dai Dipartimenti di prevenzione, anche i medici di medicina generale, come pure strutture ospedaliere e specialistiche ed anche servizi socio-sanitari.

A quell'accordo fece seguito l'emanazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, anch'esso indubbiamente innovativo nelle politiche sanitarie del no-

stro Paese, perché per la prima volta veniva introdotto, in questo fondamentale settore, un metodo di programmazione strutturata che ha coinvolto tutte le articolazioni istituzionali ed organizzati-

ve del nostro sistema sanitario.

Le aree di intervento da inserire nel Piano vennero individuate in base ad un duplice criterio: 1) un buon rapporto costo-efficacia anche nel medio periodo; 2) la semplice identificabilità di una popolazione bersaglio o di un problema di salute bersaglio, rispetto ai quali poter chiamare alla comune mobilitazione le diverse componenti strutturali e professionali del SSN.

Per il finanziamento del Piano, il Ministero della Salute e le Regioni convennero di vincolare alla sua realizzazione l'utilizzo del 20% delle risorse finalizzate per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, per un importo annuo di circa 240 mi-

lioni di euro. Un'ulteriore cofinanziamento venne poi stabilito con l'Intesa del 23 marzo 2005 per un importo annuo di 200 milioni, in modo da consolidare un finanziamento triennale complessivo rilevante.

È noto che a questa azione è seguita, nell'ultimo anno e mezzo, una pausa che ha portato il nostro Paese a non avere ancora né un Piano Nazionale della Prevenzione, né un Piano Nazionale Vaccini, con inevitabili ed evidenti ripercussioni negative sia per la popolazione che per gli operatori.

Nel corso dei primi mesi di quest'anno il Ministero ha elaborato una prima bozza del nuovo Piano,

## Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione

### Ricerca e Didattica nel nuovo PNP

di **Augusto Panà**

Il secondo Piano Nazionale della Prevenzione, confermando quanto emerso dal primo Piano circa le caratteristiche di svolta nelle politiche sanitarie del nostro paese regolate secondo un metodo di programmazione strutturata che ha coinvolto tutte le articolazioni istituzionali ed organizzative del nostro sistema sanitario, può rappresentare un ulteriore importante passo avanti nella direzione di una politica di prevenzione globale, coordinata ed integrata in Italia.

Esso parte dalla piattaforma già impostata, dando valore ai risultati pur non completi e cercando di superarne i limiti. In particolare, a parere del gruppo intersocietario, "il documento si sforza di rendere espliciti i principi di riferimento e le basi scientifiche ed organizzative delle scelte e di renderle operative attraverso specifici orientamenti strategici e scelte di target ed azioni, rinviando ai Piani Regionali di Prevenzione la personalizzazione regionale dei target stessi, delle azioni e delle responsabilità".

È indiscutibile che un Piano così complesso ed articolato può essere realizzato solo se sono presenti le condizioni culturali di base in me-

rito alla Medicina preventiva o meglio alla scienza della prevenzione in Medicina. Condizioni culturali che non riguardano solo la preparazione professionale degli operatori sanitari ma anche la sensibilizzazione delle autorità politiche e gestionali e la partecipazione più o meno attiva dei cittadini.

Seguendo l'impostazione universitaria non si può che rilevare che la prevenzione, per la sua intrinseca multidisciplinarietà, non ha ancora trovato una trattazione concorde e unitaria. Quanto meno devono accordarsi e collaborare le due "anime" della prevenzione: quella clinica e quella di Sanità Pubblica in tutte e tre le fasi della prevenzione, primaria, secondaria e terziaria. Questo tema, da applicare nelle tre fasi della formazione medica ed infermieristica (di base, post base e continua), è in corso di risoluzione nelle proposte di modifica dell'attuale curriculum formativo.

Si deve anche far rimarcare come l'attuazione del PNP abbia evidenziato la relativa mancanza di categorie professionali quali le ASV (public health nurses) e gli educatori sanitari (health educators) che

rappresentano da sempre le vere "truppe" della Medicina preventiva.

Il PNP si preoccupa, per la verità senza il necessario approfondimento, di raccomandare la formazione degli operatori sanitari e dei pazienti (programmi di educazione terapeutica) e persino dei caregiver informali per tutte le patologie prese in considerazione. Si tratta di una imponente attività formativa che dovrebbe essere se non direttamente fornita quanto meno sorretta dalla componente universitaria con materiale didattico, corsi per formatori, fornitura di programmi analitici.

Più impegnativo appare realizzare la formazione dei medici di medicina generale che, anche se svolta con iniziative interne alla categoria, dovrebbe richiedere almeno la stretta collaborazione della componente universitaria. Accordi in questa direzione sono in via di svolgimento ma a macchia di leopardo e senza una politica unitaria che li sorregga.

Per quanto riguarda la prevenzione eventi infortunistici e patologie lavoro-correlate, il PNP cita anche la necessità di una "Formu-



lazione di programmi di formazione dei managers" senza indicare la categoria professionale di riferimento.

A questo proposito sarebbe utile conoscere, facendo un apposito censimento, gli impegni riguardanti didattica e/o ricerca che gli Istituti o Cattedre di Igiene hanno in atto con partner quali Regioni, Aziende sanitarie ed Aziende ospedaliere. Queste informazioni, che il collegio docenti universitari della S.It.I. intende acquisire, potrebbero essere fruttuose per intraprendere - alla stregua delle best practices in campo clinico - idonee iniziative passando da un atteggiamento di attesa ad un comportamento propositivo.

Per quanto riguarda la ricerca il

PNP fa formale riferimento alla EBP (Evidence Based Prevention) affermando che "si tratta di una vera e propria attività di ricerca, possibile solo su scala nazionale, che metta a disposizione degli operatori regionali le revisioni sistematiche o specifiche ricerche sull'efficacia delle vaccinazioni, delle misure di profilassi delle malattie infettive, delle attività di educazione e promozione della salute, delle ispezioni e sopralluoghi, delle indagini per infortuni, dei piani di campionamento di acque e alimenti, ecc. Tale documentazione, opportunamente rielaborata per renderla maggiormente fruibile, costituirà la base per la scelta degli interventi da privilegiare nelle diverse linee operative".

Questa tipologia di ricerca comporta l'assunzione di compiti faticosi e difficoltosi in quanto: a) le ricerche sul campo possono essere attuate solo con il coinvolgimento diretto dei professionisti universitari e degli operatori delle strutture del SSN (es. Dipartimenti di prevenzione); b) le ricerche sulle realtà operative dipendono da fattori contingenti quali la quantità e qualità delle risorse umane e materiali

## Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione

### Le prime riflessioni del Collegio degli Operatori della S.It.I.

di **Fausto Francia**



Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione ha superato il vaglio dei tavoli tecnici e si appresta ad essere approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Vengono introdotti tre livelli di prevenzione: universale, per fasce omogenee di popolazione ed individuale. Dopo la sua emanazione le regioni dovranno produrre dei piani locali con linee di intervento, tempi di realizzazione e relativi indicatori. Il livello nazionale annualmente verificherà i risultati. Il documento finale contiene sicuramente vari aspetti positivi di metodo e di merito, ed ha ac-

colto, seppure parzialmente, alcune osservazioni della S.It.I.

Completamente ignorata nella prima stesura del documento (per l'ennesima volta!), la pianificazio-

ne dell'attività di controllo viene almeno timidamente affrontata nell'ultima versione, quasi si trattasse di una attività imbarazzante, ed in alcune tabelle allegata viene chiesto di verificare l'efficacia della vigilanza attuata in diversi campi. Chi vive ogni giorno la vita dei servizi territoriali sa bene che i cittadini al contrario ci chiedono pressantemente di fare vigilanza e di verificare il rispetto delle leggi sanitarie.

Un'altra incoerenza è rappresentata dal fatto che sono frequenti i richiami all'Evidence Based

Prevention (EBP) (molto positivi), salvo poi introdurre interventi di prevenzione sul singolo cittadino in ambito di ipovisione, ipoacusia, disturbi psichici, sindromi neurologiche senza spiegare i criteri di scelta.

Sempre in ambito di appropriatezza, invece di enunciare generiche lamentele ("in molti casi provvedimenti regionali di semplificazione - abolizione di certificazioni in particolare - sono stati vanificati dal fatto che le articolazioni territoriali dei Ministeri non hanno recepito le innovazioni"), occorre-

va esplicitare con maggiore forza la volontà comune di rivedere norme sanitarie obsolete e non solo di ambito igienistico: l'EBP dei veterinari dove è finita?

È come non notare, inoltre, il contrasto tra la copiosa produzione ministeriale di atti sulla strategicità dell'attività veterinaria da un lato e d'altro lato l'impalpabilità della loro presenza nel documento principe di pianificazione pluriennale della prevenzione?

Infine arriva la medicina predittiva: come volevasi dimostrare viene introdotta in pompa magna,

MEDICI COMPETENTI SPECIALISTI IN IGIENE

# Il grande imbroglio

a cura della Giunta Esecutiva S.It.I.

## IL PROBLEMA IN SINTESI

- Il medico competente non è un medico del lavoro (altrimenti il legislatore non avrebbe utilizzato questa dizione) e altri specialisti oltre ai medici del lavoro hanno formazione e capacità per svolgere tale compito.
- L'1/2002 ha esteso le specializzazioni utili per svolgere la funzione di medico competente (comprendendo l'igiene) ha chiuso un periodo di carenza di medici competenti in Italia con il monopolio di una sola area disciplinare (medici del lavoro).
- Le discipline medicina del lavoro, igiene e medicina preventiva e medicina legale sono affini, tanto che l'attuale ordinamento delle Scuole di specializzazione (D.M. 1/8/2005 e D.M. 29/3/2006) prevede un esteso tronco formativo comune (81 CFU) e la specializzazione in igiene e medicina preventiva prevede un tirocinio specifico per apprendere la professione di "medico competente".
- Alcuni professori di igiene sono stati e sono direttori delle Scuole di specializzazione in medicina del lavoro a testimonianza dell'affinità delle discipline che trovano prova anche nella declaratoria del SSD MED/42 dove è inclusa l'igiene nei luoghi di lavoro (materia insegnata dagli igienisti).
- L'art 38 comma 4 del D.Lgs 81/08 include la specialità in igiene e medicina preventiva tra i titoli per svolgere la funzione di medico competente.
- Lo stesso art 38 comma 2 prevede per gli specialisti in igiene (che non esercitavano la professione al momento dell'entrata in vigore della legge) percorsi formativi aggiuntivi per iscriversi all'elenco nazionale dei medici competenti; tali percorsi non sono però a tutt'oggi stati attivati.
- Il 10 giugno 2009 la Commissione igiene e Sanità del Senato ha espresso parere positivo all'abrogazione del comma 2, dell'articolo 38 del decreto legislativo n.81 del 2008, con il conseguente ritorno alla situazione antecedente per quanto riguarda i requisiti per svolgere la professione di medico competente.

che è stata oggetto di attenta valutazione da parte di un gruppo di lavoro a cui hanno collaborato i vertici della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, dell'Associazione Italiana di Epidemiologia e della Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica e che ha prodotto, in luglio, un documento pubblicato sui siti web societari e diffuso via mail ai propri soci.

Il documento è stato presentato anche al Ministero che ne ha apprezzato sia la forma che i contenuti, riservandosi di stringere una più forte collaborazione con il predetto gruppo di lavoro intersocietario per le attività programmatiche ed organizzative in tema di prevenzione nel prossimo futuro.

Il gruppo di lavoro ha inoltre programmato una serie di workshop intersocietari sul futuro della prevenzione nel nostro Paese.

disponibili; c) le ricerche sul territorio vengono svolte da strutture regionali o locali che non sempre intrattengono cordiali rapporti con quelle universitarie.

Ci sono però alcuni temi di ricerca, citate dal PNP, che più si prestano al contributo conoscitivo universitario, anche perché sono note esperienze già effettuate a questo riguardo: a) compilazione di alcuni indicatori omogenei utilizzabili per la valutazione a posteriori degli interventi di prevenzione; b) programmi di ricerca per la valutazione di efficacia degli interventi di promozione della salute; c) studio e ricerca sui fattori di rischio negli ambienti di vita confinati; d) studio e ricerca sull'efficacia delle attività di vigilanza; e) studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità del datore di lavoro, con particolare riguardo all'attività dei medici competenti e responsabile sicurezza prevenzione e protezione; f) studio e ricerca sull'efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit e ai sistemi di allerta; g) studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità degli operatori del settore alimentare e dei gestori dei servizi idrici.

Adesso possiamo dirlo ad alta voce: il nuovo testo unico per la sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008 integrato dal D.Lgs 106/09) mortifica e danneggia una categoria professionale, quella dei medici specialisti in igiene e medicina preventiva, che da sempre dedica la propria attività professionale alla prevenzione in senso lato. Non è quindi il caso di usare mezzi termini per denunciare pubblicamente che a centinaia di specialisti in igiene viene oggi inopinatamente proibito l'esercizio della professione di medico competente, pur avendo acquisito un titolo abilitante, previsto dall'art 38 del D Lgs 81/08. E il tutto avviene mentre si constata una carenza di medici competenti sul territorio nazionale (1 ogni 6.000 lavoratori) e viene subita la "beffa" dell'apertura ai medici militari, anche senza specifici requisiti formativi, della carriera di medico competente (D. Lgs. 106/09).

Il "grande imbroglio" - messo in atto dal precedente Governo sconsigliando il Parlamento e non corretto da quello attuale - è consistito nel prevedere corsi formativi aggiuntivi per gli igienisti, corsi che poi non sono mai stati attivati; e se anche lo fossero con le modalità circolate in bozza negli ultimi mesi (1 anno di Master a tem-

po pieno con 60 CFU) sarebbero a dir poco scandalosi.

Su questa vicenda è già pendente un ricorso al TAR della Campania e sono stati allertati tutti gli organismi interessati. Le argomentazioni sono talmente palesi e note ai nostri soci che non c'è bisogno di ricordarle; serve solo rammentare che il nuovo ordinamento della Scuola di specializzazione in igiene, in vigore da quest'anno acca-

demico, prevede espressamente negli standard formativi un tirocinio specifico per apprendere la professionalità del medico competente, anche se qualcuno si ostina a negare questa evidenza.

La S.It.I. non è un sindacato tuttavia ha il compito di promuovere le scienze igienistiche; non si limiterà quindi ad osservare e descrivere l'evoluzione del "grande imbroglio"; continuerà in tutte le sedi istituzionali, accademiche, politiche e giudiziarie a denunciare una situazione di grave ingiustizia con violazione di diritti acquisiti per centinaia di medici.

Ci auguriamo naturalmente che alla fine si possa giungere a una conclusione onorevole e condivisa sulla quale i competenti organi ministeriali avevano preso un impegno con la S.It.I. E ciò non solo per la dignità della disciplina ma soprattutto nell'interesse dell'igiene e della sicurezza nei luoghi di lavoro dove riteniamo che le professionalità tipiche dello specialista in igiene (prevenzione dei rischi biologici, vaccinazioni, educazione sanitaria e comunicazione del rischio) siano un pilastro fondamentale e irrinunciabile in un contesto epidemiologico dove il problema delle malattie professionali e soprattutto degli infortuni sul lavoro è lontano dall'essere risolto.

## IL LIBRO DI VITTORIO CARRERI

# Un igienista si racconta



Vittorio Carreri ha vinto numerose altre sfide, oltre Seveso: l'intervento lombardo nel terremoto dell'Irpinia nel 1980, dove ha fatto lavorare insieme, nell'assistenza alle popolazioni colpite, centinaia di ospedalieri, territoriali, universitari in un'assistenza assidua durata oltre un anno; l'inquinamento da Cesio radioattivo originato da Chernobyl nel 1986; l'inondazione della Valtellina nel 1987; l'assalto dell'AIDS, con la Lombardia prima regione italiana colpita; la "mucca pazza", la SARS. Ha studiato le realtà sanitarie di altri Paesi, per importare ciò che di valido si andava realizzando; ma è stato anche in molti paesi che volevano conoscere le realizzazioni della Sanità lombarda: Svizzera, Stati Uniti, Unione Sovietica.

Una delle cose che sicuramente gli hanno fatto più piacere è stata di esser divenuto nel 2000, per designazione unanime e convinta, il primo presidente non universita-

rio della Società Italiana di Igiene, dopo un'ininterrotta sequenza di universitari fin dal 1921, data di fondazione.

La pensione dal 2003 non ha interrotto la sua attività e, da ultimo, ci ha regalato queste memorie. Chi è passato attraverso le vicende sanitarie dal 1970 in poi, trarrà dalla lettura un piacere intenso, come rivedere un caro vecchio film della giovinezza; chi non le ha vissute, le legga e le mediti con attenzione, facendo tesoro della storia che si dipana. Potrebbe capitargli, come ricorda Santayana, che "chi ricorda il passato non sarà costretto a riviverlo".

Dalla presentazione di Gaetano Maria Fara

quando le strutture in grado di realizzarla sono nella quasi totalità da costruire. L'impressione è che si voglia mettere il carro davanti ai buoi, anche perché il finanziamento previsto per il nuovo piano viene preannunciato uguale a quello del precedente, per cui si può desumere che la medicina predittiva nascerà sottraendo risorse a quella preventiva, già in difficoltà per carenza di risorse umane e materiali.

In conclusione, il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione, pur evidenziando passaggi apprezzabili in termini di processi di pianificazione e verifica, di rispetto delle autonomie locali e di analisi di alcune problematiche di salute, perde l'occasione di fare chiarezza su alcuni argomenti ed offre risorse inadeguate.

## IL 16 OTTOBRE L'ASSEMBLEA GENERALE

L'Assemblea Generale Ordinaria dei soci S.It.I. si riunirà a Napoli presso la Sala Galatea dell'Expo Centro Congressi (Terminal Napoli - Stazione Marittima Molo Angioino) il 16 ottobre 2009 in prima convocazione alle ore 8.00 con il seguente

### Ordine del giorno

1. Comunicazione del Presidente
2. Quote di iscrizione anno 2010
3. Soci onorari
4. Varie ed eventuali

In caso di mancanza del numero legale, l'Assemblea Generale dei Soci è convocata, in seconda convocazione e con il medesimo Ordine del giorno, per le ore 19.00 del 16 ottobre 2009, nella stessa sede.

Con i più cordiali saluti.

Il Presidente  
(Dott. Francesco Blangiardi)

## La S.It.I. ha un nuovo logo



Approvato dalla Giunta Esecutiva nella riunione del 29 Maggio 2009 a Torino, sarà lanciato in occasione della XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica a Napoli



Periodico di informazione e di documentazione della Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica

**Presidente SIT**  
Francesco Blangiardi

**Direttore Editoriale**  
Paolo Villari

**Comitato direttivo**  
Francesco Blangiardi, Antonio Boccia, Silvio Brusaferrò, Vittorio Carreri, Gianfranco Finzi, Domenico Lagravinese, Alessandro Maida, Lorenzo Marensi, Augusto Panà, Gaetano Privitera, Carlo Signorelli.

**Editore**  
Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica  
viale Città d'Europa, 74 - 00144 Roma  
tel. 06 5203492, fax 06 5204140

**Coordinamento editoriale**  
Iniziative Sanitarie s.r.l.  
Viale di Val Fiorita, 86  
00144 Roma  
tel. 06 5919418  
fax 06 5912007  
www.iniziativesanitarie.it

**Stampa**  
Ricciograf - Roma  
Registrazione Tribunale di Roma n. 373/93 del 13.09.1993

**Direttore Responsabile**  
Carlo Signorelli

Prezzo: € 2,00  
Chiuso in tipografia: Settembre 2008

Con la collaborazione di:



SEGUE DALLA PRIMA

EDITORIALE

nale, essenziale ed indispensabile, per la soluzione di numerose questioni di rilevante interesse per la promozione della salute e la salvaguardia dell'ambiente su tutto il territorio nazionale. Essa guarda sempre più e con rinnovato interesse sia all'Europa che al Mondo.

Ci accingiamo ad affrontare anche argomenti che ancora non hanno trovato la soluzione auspicata tra cui i LEA, il nuovo Piano Vaccini e quello della prevenzione, oltre ad argomenti che potrebbero sembrare quasi di natura sindacale come la questione del medico competente che continueremo a seguire per trovare una soluzione che non leda la dignità professionale ed occupazionale di molti colleghi igienisti.

In questi ultimi anni sono emerse alcune figure professionali che hanno accresciuto la loro autonomia e che sempre più concorrono a migliorare i servizi; tra queste in particolare stanno svolgendo un ruolo di primo piano i tecnici della prevenzione.

La prevenzione riveste un ruolo sempre crescente in ambito sanitario ma più in generale nella nostra società: l'offerta vaccinale si sta ampliando e non riguarda solo le malattie infettive, i programmi di prevenzione secondaria consentono diagnosi sempre più precoci ed efficaci, l'emergente campo della genomica e proteomica costituisce una promessa per futuri interventi di prevenzione al fine di migliorare ancora il già ottimo indicatore della speranza di vita alla nascita che sta avvicinandosi a 90 anni al di là di ogni ottimistica previsione fino a qualche decennio fa.

Eppure in questo scenario il ruolo dell'operatore di sanità pubblica - che pure ha contribuito ed è protagonista di questo scenario che valorizza le attività di prevenzione - non trova sempre i riconoscimenti che merita.

Si tenga conto finalmente dei meriti e delle competenze, al fine di cessare il degrado e l'impoverimento dei valori nei professionisti della salute a partire dai maggiori dirigenti. Bisogna investire, per un nuovo Welfare, di più a favore delle categorie deboli.

Il rapporto salute e ambiente, nonostante i precisi obblighi di legge, non sembra interessare più nessuno né il Governo nazionale, né tanto meno le Regioni. La S.It.I. ha chiesto e ottenuto di incontrare, all'inizio dell'anno 2009, il Ministro dell'Ambiente, del Territorio e del Mare, Onorevole Stefania Prestigiacomo, per informarla, direttamente, di una situazione che preoccupa molto gli igienisti italiani, ma anche

i cittadini e per la quale esistono rimedi possibili. L'auspicato decentramento delle competenze statali non può, a giudizio di molti, avvenire senza valide e chiare regole, concordate nelle sedi competenti e con le indispensabili indicazioni tecniche e scientifiche che Società Scientifiche come la S.It.I. possono, con competenza e generosità, offrire alle istituzioni democratiche.

Per quanto riguarda la temuta pandemia influenzale, abbiamo designato, come rappresentante della S.It.I., Cinquetti nell'unità di crisi ministeriale e nella Giunta del 10 settembre abbiamo approvato un documento sulla posizione ufficiale della nostra Società: documento consultabile anche sul nostro sito web.

In conclusione i soci della S.It.I. che si occupano di prevenzione, universitari ed operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti, ribadiscono la volontà di collaborare con gli altri attori del sistema ed in particolare modo con i colleghi con cui giornalmente affrontano le diverse tematiche specie quelle che riguardano il territorio, tra cui i medici veterinari ed i medici e pediatri di famiglia, senza dimenticare i colleghi ospedalieri tramite le direzioni sanitarie; nel contempo viene richiesta alla parte politica di porre maggiore attenzione ai temi della prevenzione, cominciando a garantire i finanziamenti a questa dedicati ed anzi ampliandoli per progetti di sicura valenza per una crescita di salute ma anche socioeconomica del paese.

Le nostre richieste e proposte che avanziamo da questa sede sono:

- 1) l'aggiornamento dei LEA;
- 2) il Nuovo Piano Nazionale Vaccini (o Immunizzazione);
- 3) il Piano Nazionale Prevenzione (2010-2012) che finalmente individui le priorità degli interventi e che finanzia adeguatamente i Servizi deputati alla prevenzione delle AUSL e la ricerca applicata.

La mozione finale, che scaturirà dall'Assemblea dei Soci, integrerà i punti di cui sopra.

*Questo, in breve sintesi, l'intervento per la Conferenza di Sanità Pubblica a Napoli, che potrà avere degli aggiornamenti.*

*Le ultime notizie dagli organizzatori ci confortano per massiccio numero di partecipanti e siamo sicuri che l'incantevole scenario di una delle più belle città italiane ci aiuterà a svolgere i lavori in un clima ottimale.*

*Complimenti ai colleghi della Sezione Campana ed un benvenuto a tutti i partecipanti.*

## La valutazione dell'efficacia e della sicurezza dei vaccini

di Italo Angelillo

Come è noto, il controllo dell'incremento della spesa sanitaria è un obiettivo prioritario dei sistemi sanitari. Tuttavia, se gli anni '90 sono stati, in molti paesi industrializzati, caratterizzati da riforme improntate soprattutto al contenimento della spesa, attualmente si osservano riforme finalizzate al controllo della spesa attraverso un miglioramento della pratica medica. Ciò porta ad assegnare un ruolo strategico alla valutazione degli interventi sanitari, che, nel settore della prevenzione, presenta alcune caratteristiche peculiari rispetto agli ambiti di diagnosi e cura.

È raro che l'introduzione di un nuovo trattamento o procedura determini benefici di salute così inequivoci come quelli seguiti, ad esempio, all'introduzione della penicillina, che determinò una riduzione di sei volte della mortalità per polmonite pneumococcica. Più spesso, però, gli effetti delle misure, sia preventive che terapeutiche, risultano più moderati, ma molto importanti dal punto di vista clinico o della sanità pubblica, soprattutto, per esempio, in termini di mortalità per malattie frequenti.

Le vaccinazioni hanno spesso rappresentato una felice eccezione nell'ambito della valutazione dell'efficacia degli interventi preventivi, per la disponibilità di "prove" sulla loro efficacia e sicurezza, che hanno contribuito al miglioramento della salute delle popolazioni. Tuttavia, l'aumento dei vaccini disponibili impone l'individuazione di criteri per la definizione delle priorità e quindi delle raccomandazioni offerte attivamente alla popolazione con la necessità di valutare l'efficacia e l'efficienza delle diverse possibili strategie. La valutazione dell'efficacia e della sicurezza dei vaccini è stata, infatti, più volte sollecitata per un utilizzo efficace ed appropriato degli interventi preventivi al fine di migliorare l'erogazione dell'assistenza attraverso l'individuazione e/o l'im-

plementazione di linee guida che siano scientificamente validate, riproducibili, standardizzabili ed applicabili ai diversi livelli.

Tra gli strumenti da utilizzare per accertare la reale efficacia degli interventi sanitari, ferma restando l'importanza degli studi sperimentali, è in corso una rivalutazione, soprattutto in campo preventivo, degli studi osservazionali ed una definitiva accettazione delle tecniche di meta-analisi.

La meta-analisi che, come è noto, si avvale di un approccio esplicito e strutturato all'analisi qualitativa e quantitativa della letteratura, è utilizzata per la risoluzione di controversie quando i singoli studi sono tra loro discordanti o per la migliore definizione quantitativa del beneficio/rischio attribuibile ad un intervento quando le stime prodotte dai singoli studi sono, anche se qualitativamente consistenti, variabili e non conclusive. Essa riveste, pertanto, un'importanza fondamentale per valutare l'efficacia degli interventi, per sintetizzare l'evidenza scientifica sull'efficacia, per ottimizzare la pratica clinica e per prendere decisioni di politica sanitaria. Un altro merito indubbio della meta-analisi è quello di evidenziare i limiti della letteratura scientifica e di generare nuovi quesiti di ricerca.

Per quanto riguarda, invece, la sicurezza dei vaccini, le evidenze disponibili sono spesso insufficienti per sostenere una relazione causale tra vaccinazione ed evento avverso. Il limite più importante è relativo al disegno dello studio (case reports/case series, ecologici, case-control, caso-controllo, coorte, clinical trial) e la dimostrazione di sicurezza prima dell'utilizzo in campagne di vaccinazione di massa è sostanzialmente rivolta a eventi di immediata occorrenza e, generalmente, di modesta gravità. Gli effetti gravi e rari richiedono ampi studi di popolazione e la rilevazione di ef-

fetti che, se non noti al momento dell'introduzione all'uso del vaccino, è possibile solo attraverso studi longitudinali di sorveglianza post-marketing. Questo annulla, in pratica, la possibilità di utilizzare questa dimensione in sede decisionale a meno di non utilizzare evidenze derivanti da esperienze vaccinali precedenti o realizzate in contesti differenti. Un ulteriore aspetto critico è, infine, la mancata standardizzazione delle definizioni utilizzate per la rilevazione degli eventi avversi che rende difficile il confronto tra studi e limita ulteriormente le esecuzioni di revisioni sistematiche. La maggior parte delle evidenze utilizzate per la valutazione di sicurezza si affidano, quindi, a studi valutativi reattivi alla formulazione di ipotesi di danno, in presenza di campagne di vaccinazione in corso, e a studi con limiti metodologici.

Gli operatori di Sanità Pubblica in situazioni di incertezza, anche se spesso sono pressati ad assumere posizioni pro o contro l'offerta di un intervento efficace molto prima che le basi teoriche e le conoscenze sperimentali possano giustificarle, devono decidere sugli interventi da realizzare nella comunità. È necessario, quindi, individuare gli interventi preventivi prioritari soprattutto in relazione agli effetti ad essi attribuibili ed attingere agli strumenti che appartengono al patrimonio culturale degli Igienisti per individuare un percorso di lavoro che sia di supporto al processo decisionale, sia che si proceda secondo i criteri dell'efficacia dell'intervento che seguendo un principio cautelativo. Infine, le decisioni sull'opportunità e le modalità degli interventi dovrebbero essere sempre supportate dalla valutazione dell'efficacia degli interventi preventivi possibili, che, pur essendo uno strumento fondamentale per supportare le decisioni sull'allocatione delle risorse, appare ancora poco utilizzato nel nostro Paese.

SEGUE DA PAGINA I

PANDEMIA INFLUENZALE DA VIRUS A/H1N1

*de senso di responsabilità, con sobrietà, con spirito di servizio, ma anche con orgoglio professionale, uno ad uno questi "attrezzi": alcuni sono stati usati dai maestri della nostra disciplina in tutto o quasi tutto il secolo scorso (le vaccinazioni, i provvedimenti contumaciali, le procedure di igiene generale). Altri sono nuovi e richiedono moderni percorsi di addestramento. Mi riferisco ovviamente alla necessità di una comunicazione istituzionale attualizzata, rigorosa, veritiera e comprensibile.*

*Più nel dettaglio, indico di seguito quelle che, a mio parere, sono le azioni da mettere in campo, ora e nei mesi a venire, per contrastare efficacemente l'attuale fase pandemica ed il suo eventuale sviluppo invernale e primaverile:*

**1.** allestire, alla stregua delle già strutturate Unità di Crisi nazionale e regionali, Unità di Crisi locali che facciano capo al Dipartimento di Prevenzione; all'interno di tutte le Unità di Crisi dovrà essere particolarmente curata la definizione della catena di comando;

**2.** gestire la comunicazione del rischio nei confronti dei cittadini, esponendo la verità dei fatti e le aree di incertezza, a tutti i livelli di responsabilità: nazionale per coloro che sono impegnati negli organismi specifici; regionale per coloro che operano negli Assessorati di settore; locale per i molti igienisti operanti nei Diparti-

*menti di Prevenzione delle Aziende USL (ogni Dipartimento di Prevenzione dovrà individuare un portavoce addestrato ed alimentare un sito internet aggiornato);*

**3.** stabilire rapporti cordiali e collaborativi, anche in questo caso ad ogni livello di responsabilità, con tutte le Istituzioni che possono entrare in crisi a seguito di un importante sviluppo pandemico (le Scuole, le forze di Pubblica Sicurezza, le reti di Protezione Civile, il mondo economico, ecc.). Particolare cura, a livello locale, dovrà essere dedicata ai rapporti con i Sindaci, che mantengono sul punto l'importante qualifica di Autorità Sanitaria Locale. L'intervento periodico di un buon igienista alla Conferenza dei Sindaci di USL si impone in questo periodo;

**4.** governare i sistemi di sorveglianza e garantire un agile funzionamento dei percorsi di notifica e di trasferimento dei dati epidemiologici aggregati;

**5.** programmare con cura e condurre, "capitanando" i percorsi collaborativi con la medicina di famiglia, le campagne vaccinali di massa, che senza dubbio costituiscono lo strumento preventivo principe per il controllo della evoluzione epidemica e per il contenimento della casistica clinica di rilievo. Quasi certamente il vaccino pandemico sarà reso disponibile in ogni USL intorno alla metà del mese di novembre. Il mese di ottobre è

*quindi lo spazio temporale più adatto per attivare, e possibilmente per concludere, la consueta campagna vaccinale antinfluenzale stagionale, da sostenere con grande impegno per evitare il rischio di trascuratezza derivante dall'attesa "di novità". Chiusa questa campagna, da condurre con il massimo livello collaborativo da parte della medicina di famiglia, va messa in campo tutta la forza operativa per l'immunizzazione dei soggetti destinatari del vaccino pandemico. A questo proposito, vuoi per la previsione di tassi di adesione non altissimi (l'idea collettiva di gravità della nuova influenza non è elevatissima e non è opportuno enfatizzarla senza evidenze di supporto), vuoi per la quasi certa efficienza preventiva, almeno negli adulti, di una sola dose di vaccino, non pare opportuna una rigidità interpretativa circa le categorie sociali, anagrafiche e sanitarie con diritto di ottenere la somministrazione gratuita del vaccino.*

*Seppur con il dovuto ordine, il previsto acquisto di 48 milioni di dosi di vaccino pandemico consentirà un'offerta vaccinale pressoché universale. Questa universalità di offerta (o almeno di disponibilità) dovrà certo essere governata, ma a ben vedere garantirà una diffusa percezione di sicurezza sociale, indispensabile in tutte le crisi, specie nelle crisi epidemiche determinate da nuovi agenti infettanti.*

IN COLLABORAZIONE CON





