



**Giornata di studio in memoria
del Prof Giuseppe Nardi**
Brescia, 21 ottobre 2008

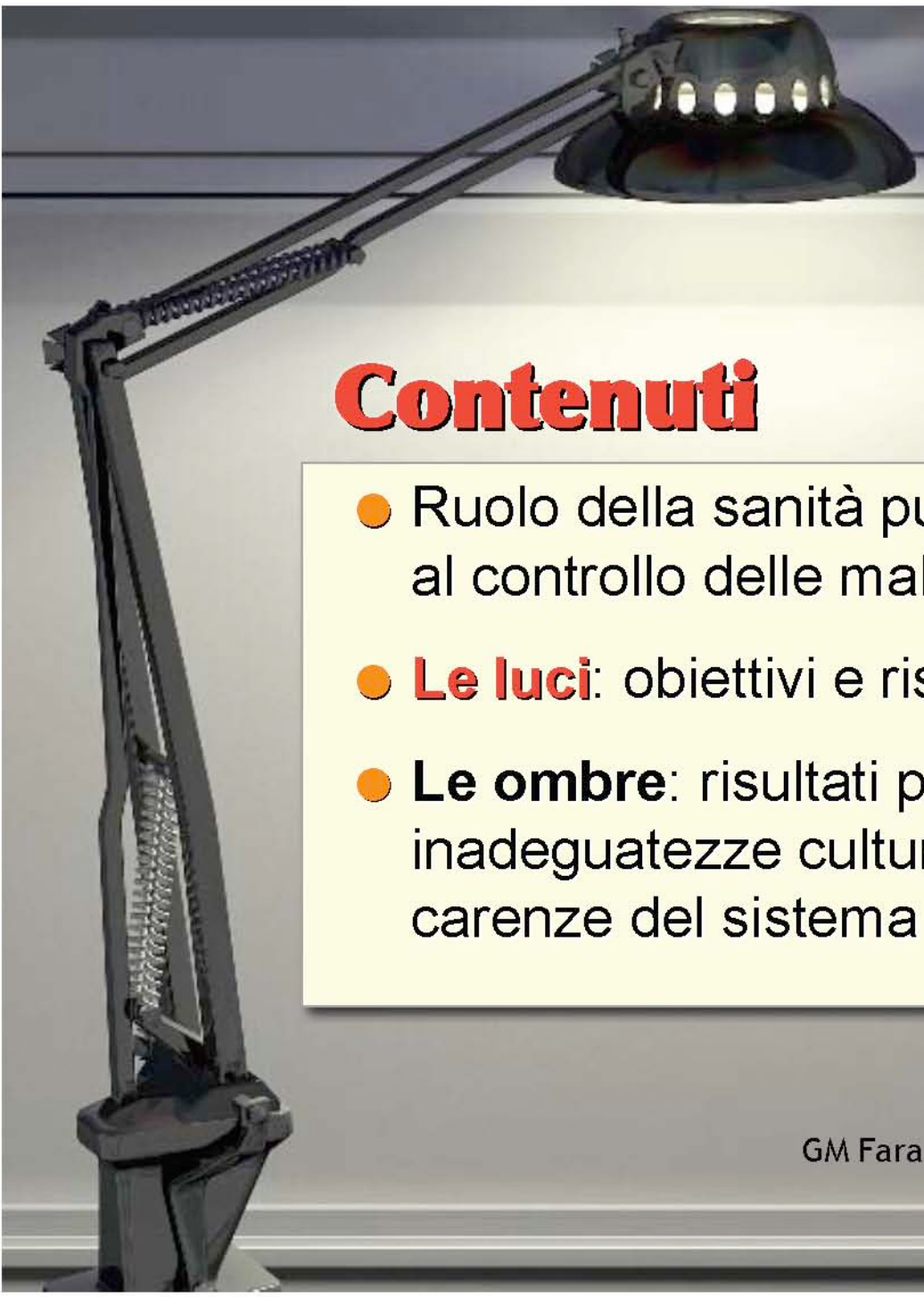


Luci ed ombre della sanità pubblica in Italia: le malattie infettive

Gaetano Maria Fara

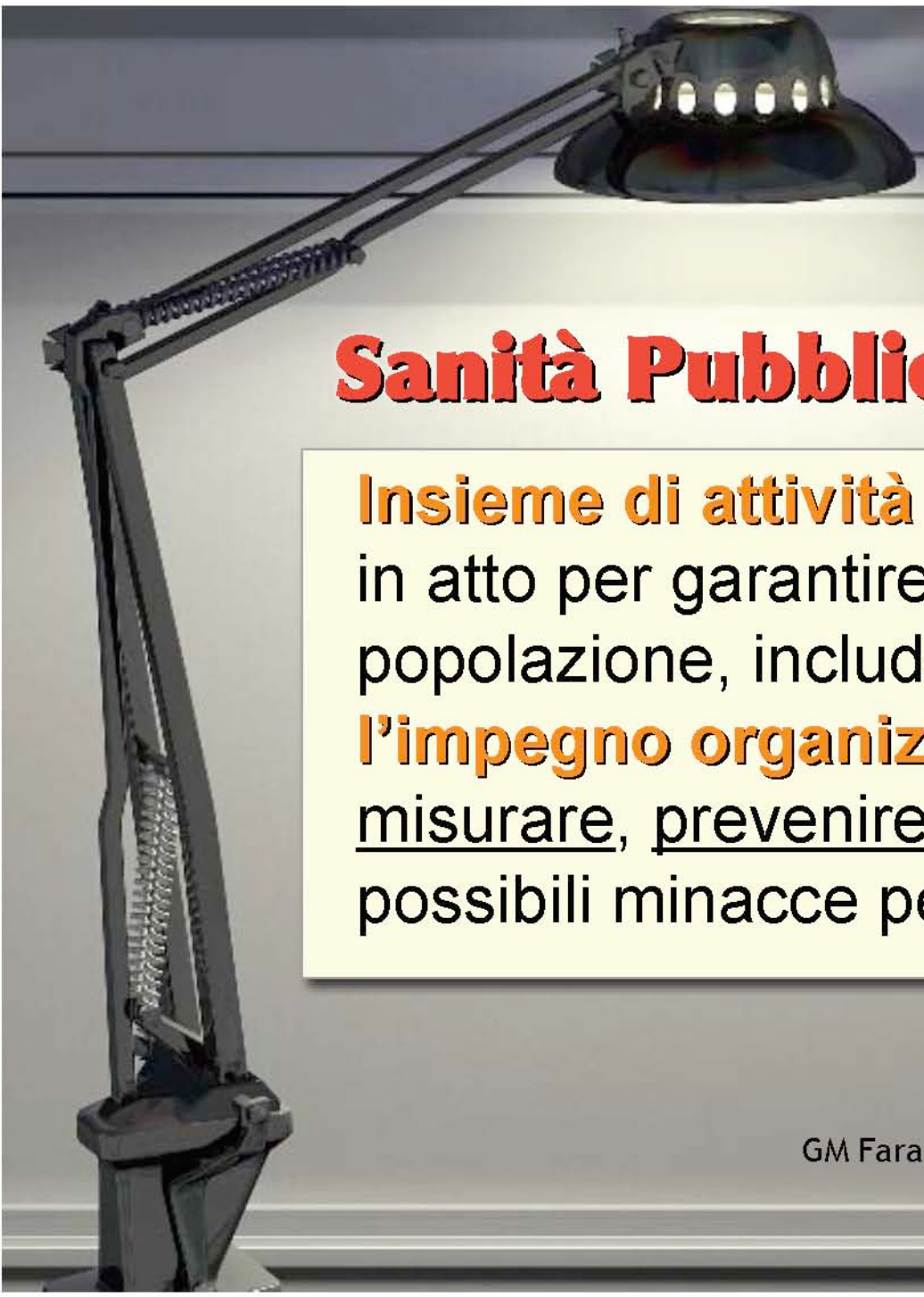
Dip. Scienze Sanità Pubblica "G. Sanarelli"
Sapienza Università di Roma





Contenuti

- Ruolo della sanità pubblica e suo contributo al controllo delle malattie infettive
- **Le luci:** obiettivi e risultati raggiunti
- **Le ombre:** risultati parziali, resistenze, inadeguatezze culturali e professionali, carenze del sistema



Sanità Pubblica

Insieme di attività che la **società** mette in atto per garantire la salute della popolazione, includendo tra queste **l'impegno organizzato** per identificare, misurare, prevenire ed ostacolare le possibili minacce per la salute pubblica.



Sanità Pubblica



Azione collaborativa ed *organizzata* tesa al miglioramento della salute dell'intera popolazione, sostenuta da adeguate risorse

Beaglehole, R et al 2004

Importanti risultati della Sanità Pubblica del XX secolo

- **Vaccinazioni**
- Sicurezza stradale
- Sicurezza lavoro
- **Controllo malattie infettive**
- Riduzione morti per malattie cardiovascolari ed ictus
- **Igiene alimenti**
- **Igiene materno-infantile**
- Pianificazione familiare
- **Bonifica delle acque per uso umano**
- Identificazione del rischio da fumo

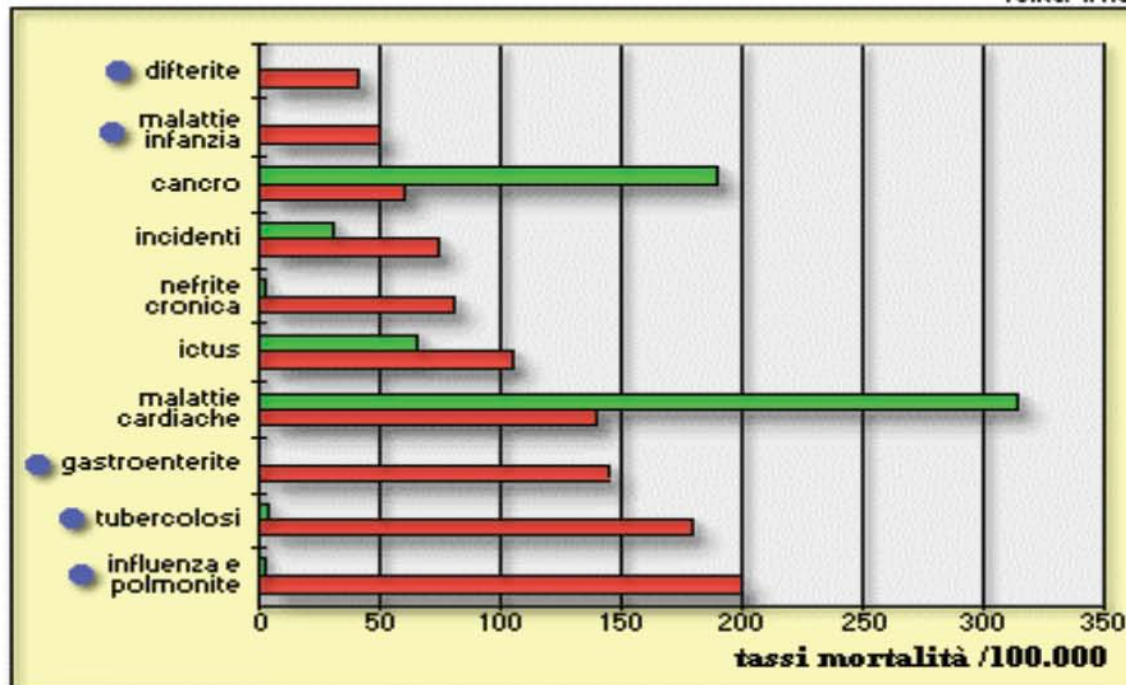
Altri risultati della SP

- Acqua potabile e fognature a tutti
- Quasi azzeramento della mortalità infantile
- Mortalità per malattie infettive crollata
- Incremento dell'attesa di vita alla nascita
- Eradicazione del vaiolo
- Eliminazione della difterite
- Quasi eliminazione della febbre tifoide
- Eliminazione della polio (4 Regioni OMS su 6)
- Successo di diverse vaccinazioni (es HBV)

Tassi di mortalità per causa

**Principali cause di morte nell'uomo nei paesi industrializzati
Raffronto 1900 (in rosso) e 1984 (in verde)**

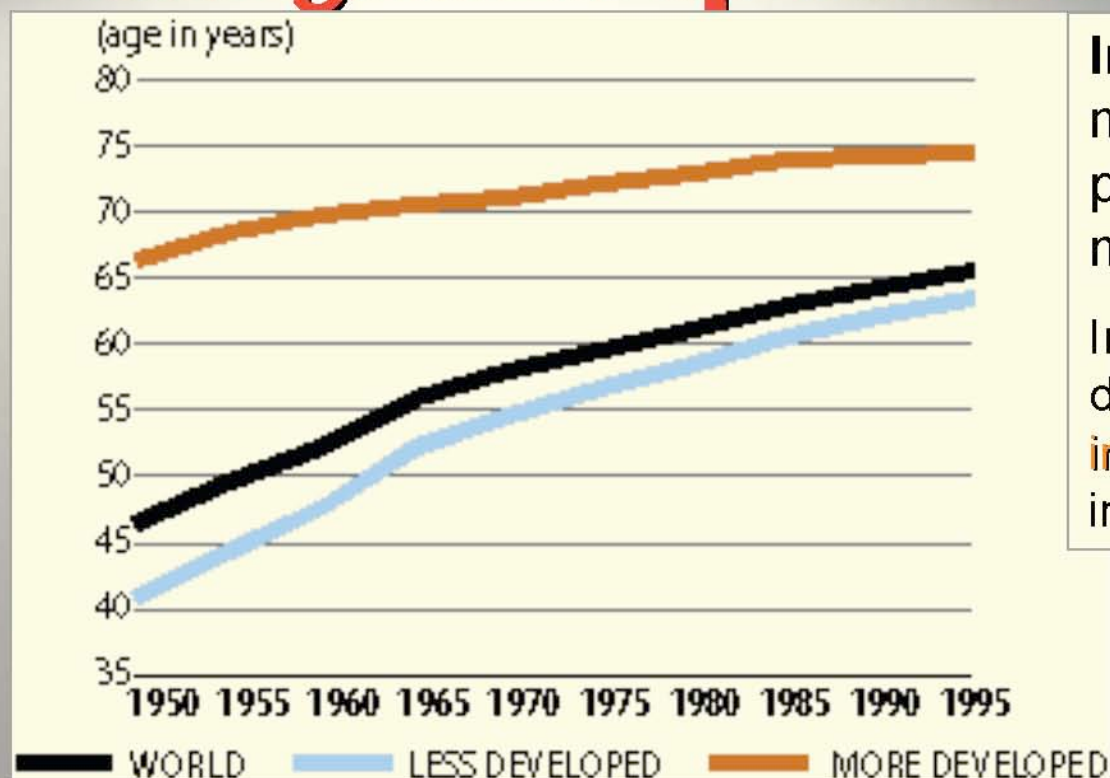
fonte: WHO



● : malattie infettive

Prof. Ezio Bottarelli - Università di Parma

Conseguenze: Speranza di vita



Ineguaglianze
nella sanità
pubblica nel
mondo.

Impatto attuale
delle **malattie
infettive** nei paesi
in via di sviluppo

*United Nations (U.N.) Population Division, Demographic Indicators,
1950-2050 (The 1996 Revision) (U.N., New York, 1996).*

GM Fara - Brescia 2008

In pratica.....

- La probabilità di un bambino in **Sierra Leone** di morire prima di 5 anni è:
 - 36 volte superiore a quella di un bambino **statunitense**
 - 80 volte superiore a quella di un bambino **svedese**

United Nations (U.N.) Population Division, Demographic Indicators, 1950-2050 (The 1996 Revision) (U.N., New York, 1996).

Ma le luci riguardano anche aspetti organizzativi

I piani nazionali di prevenzione

I piani nazionali vaccini

CCM

Centro Naz Epid Sorv Prom Salute dell'ISS

E-CDC

La rete internazionale:

- **Per la profilassi dell'influenza**
- **Per la sorveglianza della legionellosi**
- **Per affrontare le emergenze:**
 - **SARS**
 - **Influenza Aviaria: pandemia readiness...**

Luci

SARS: epidemiologia

Distribuzione dei casi probabili e delle morti

CANADA
casi: 143
morti: 22

GRAN BRETAGNA
casi: 6
morti: 0

SVEZIA
casi: 3
morti: 0

FRANCIA
casi: 7
morti: 0

GERMANIA
casi: 9
morti: 0

FILIPPINE
casi: 10
morti: 2

HONG KONG
casi: 1683
morti: 218

TAIWAN
casi: 184
morti: 20

VIETNAM
casi: 63
morti: 5

AUSTRALIA
casi: 6
morti: 0

INDONESIA
casi: 2
morti: 0

SINGAPORE
casi: 205
morti: 28

MALESIA
casi: 7
morti: 2

TAILANDIA
casi: 7
morti: 2

ITALIA
casi: 9
morti: 0

IRLANDA
casi: 1
morti: 1

BRASILE
casi: 2
morti: 0

STATI UNITI
casi: 64
morti: 0

TOTALE CASI : 7447
TOTALE MORTI: 552
LETALITA' = 7.4%

Influenza aviaria

L'inizio:

Febbraio 2003: due casi di infezione umana da H5N1, di cui uno fatale, in una famiglia di Hong Kong rientrata da Fuijang, Cina

L'ultima notizia:

12 Settembre 2008: L'Indonesia conferma il suo 112° morto per influenza aviaria

Ad oggi nel mondo 387 casi in 15 Paesi, con 245 morti

Chikungunya, Italia, 2007

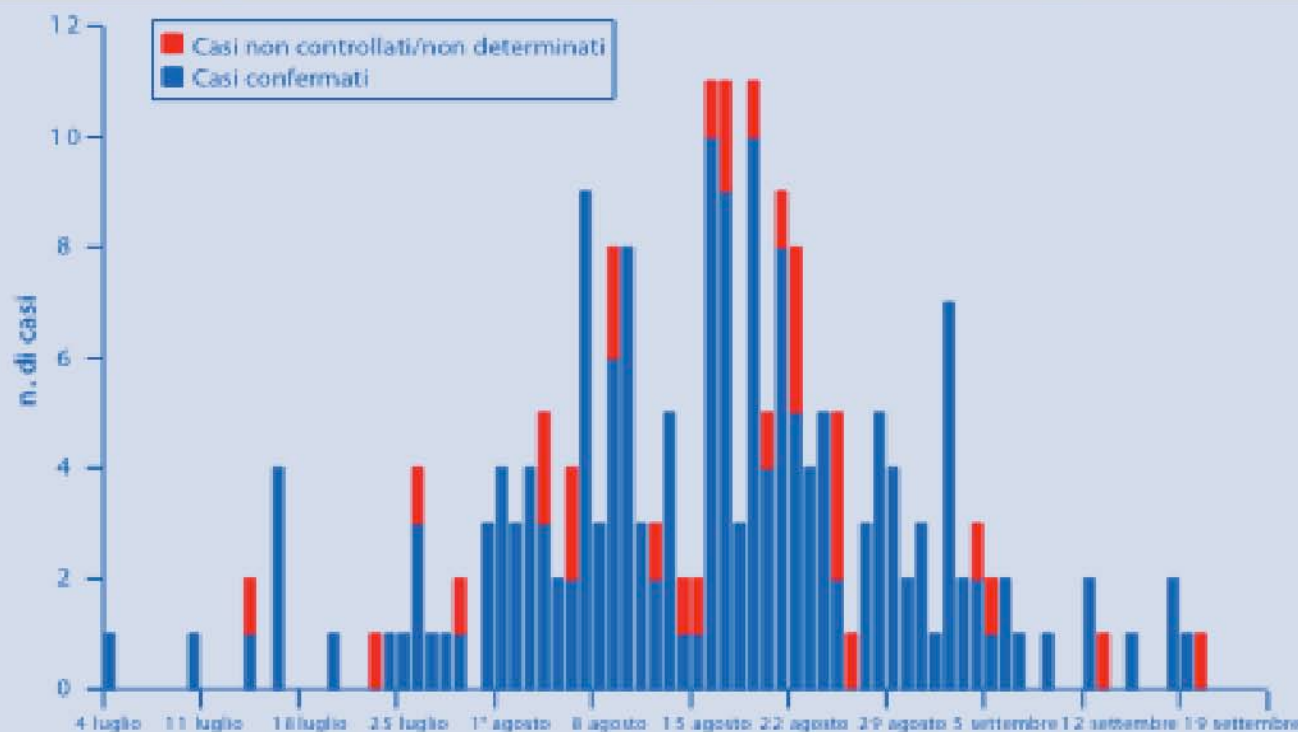
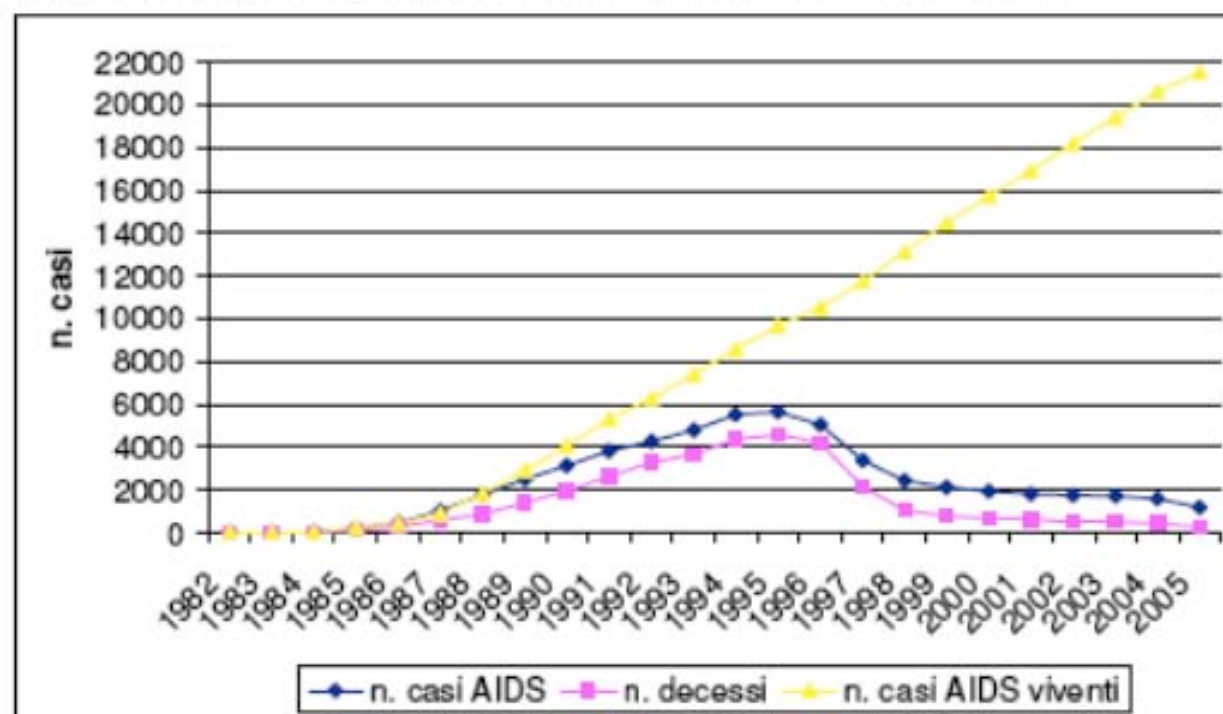


Figura - Andamento dell'epidemia di Chikungunya in Italia (luglio-settembre 2007)

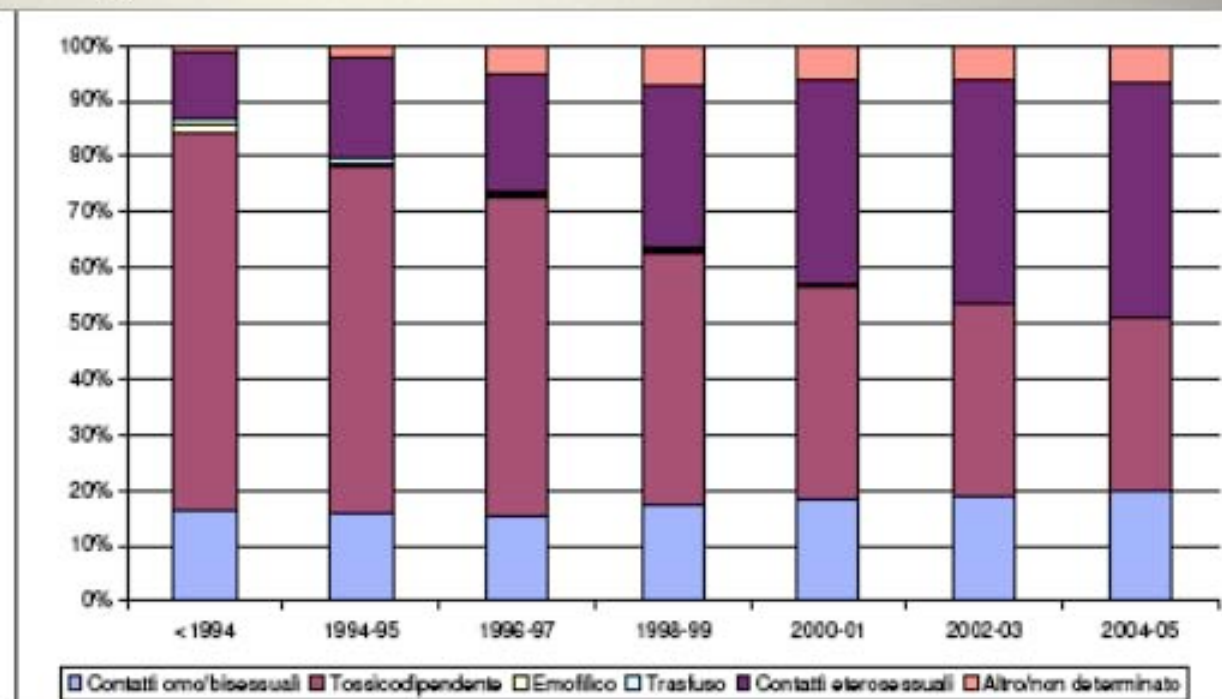
Casi di AIDS, decessi per AIDS e casi di AIDS viventi dal 1982 al 2005

Figura 1. Casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi - anni 1982-2005



Fonte COA/ISS

Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per categoria di esposizione e per anno: Italia, <1994 - 2005



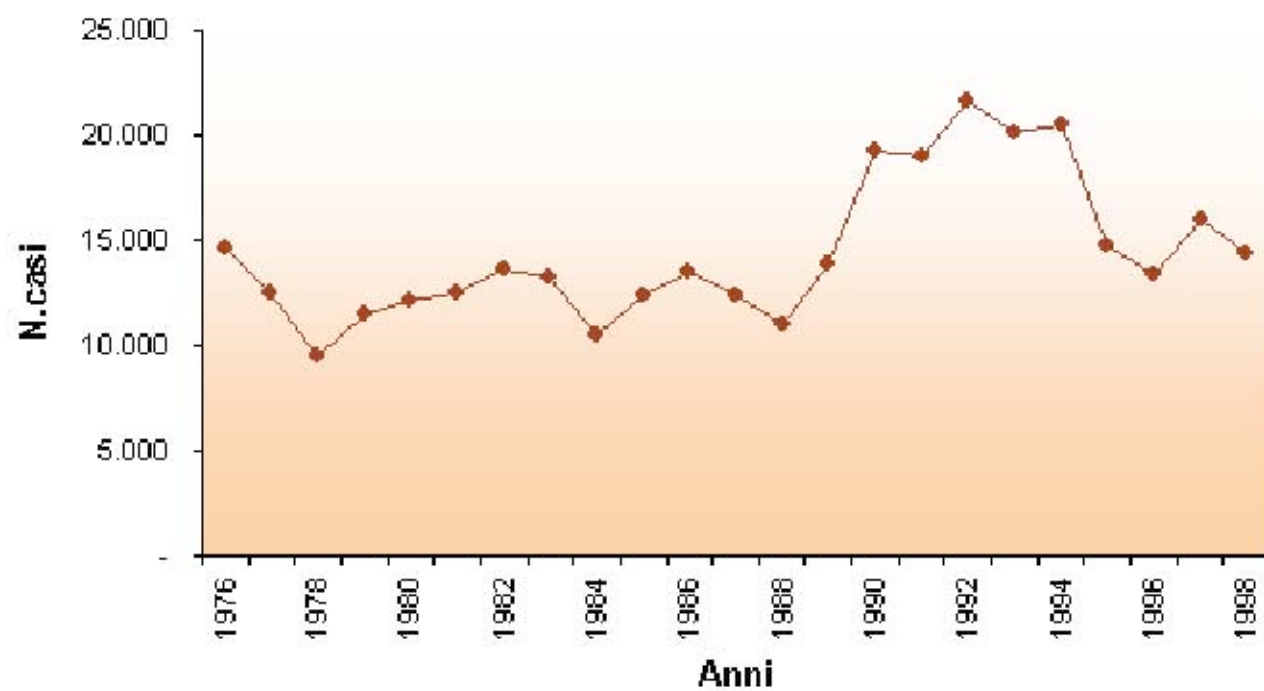
Fonte OIA/ISS

A black, adjustable desk lamp is positioned on the left side of the frame. Its arm is extended upwards and to the right, with the lamp head tilted downwards. The lamp head has a circular base with several small, glowing lights. A bright, circular pool of light is cast onto the wall directly in front of the lamp head. The wall is a light, neutral color. The text "Ma anche ombre" is superimposed on the wall, centered within the illuminated area. The word "Ma" is in red, "anche" is in red, "ombre" is in black, and "...." is in red. The text has a slight shadow effect.

Ma anche ombre

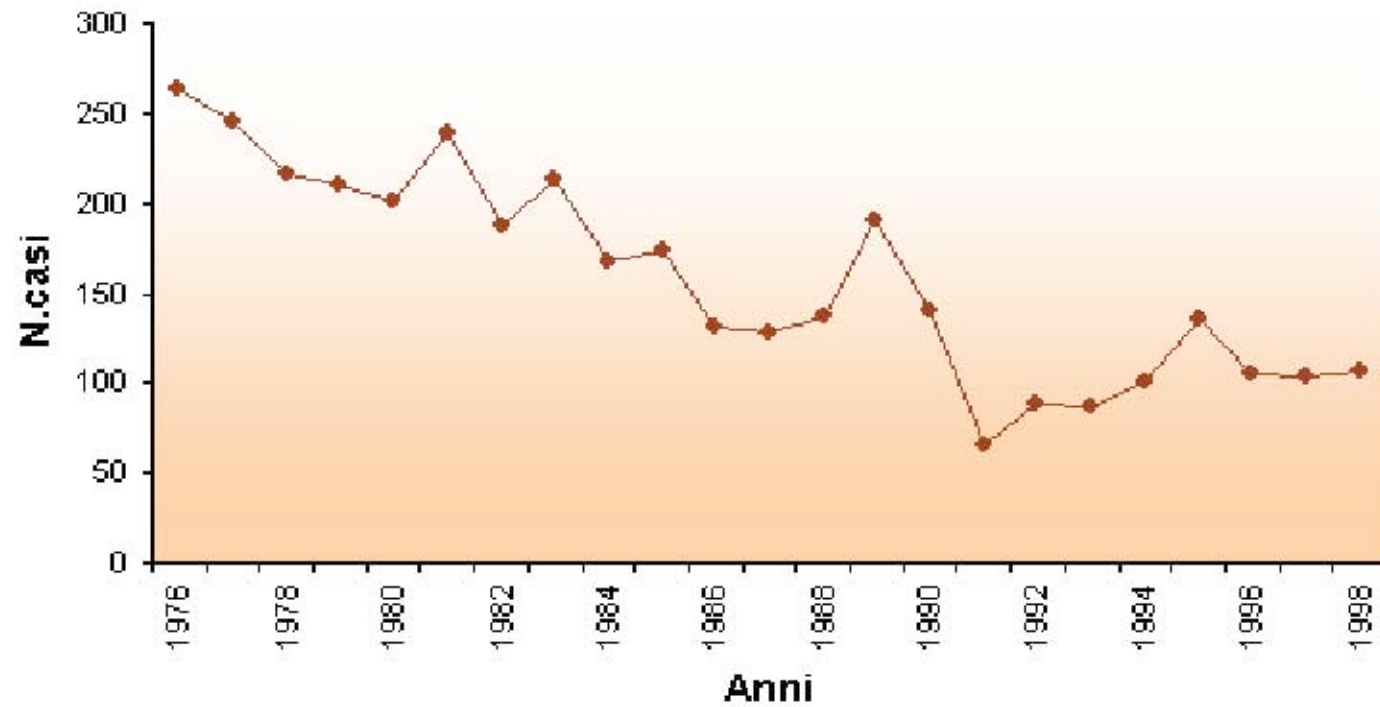
Ombre

SALMONELLOSI NON TIFOIDEA

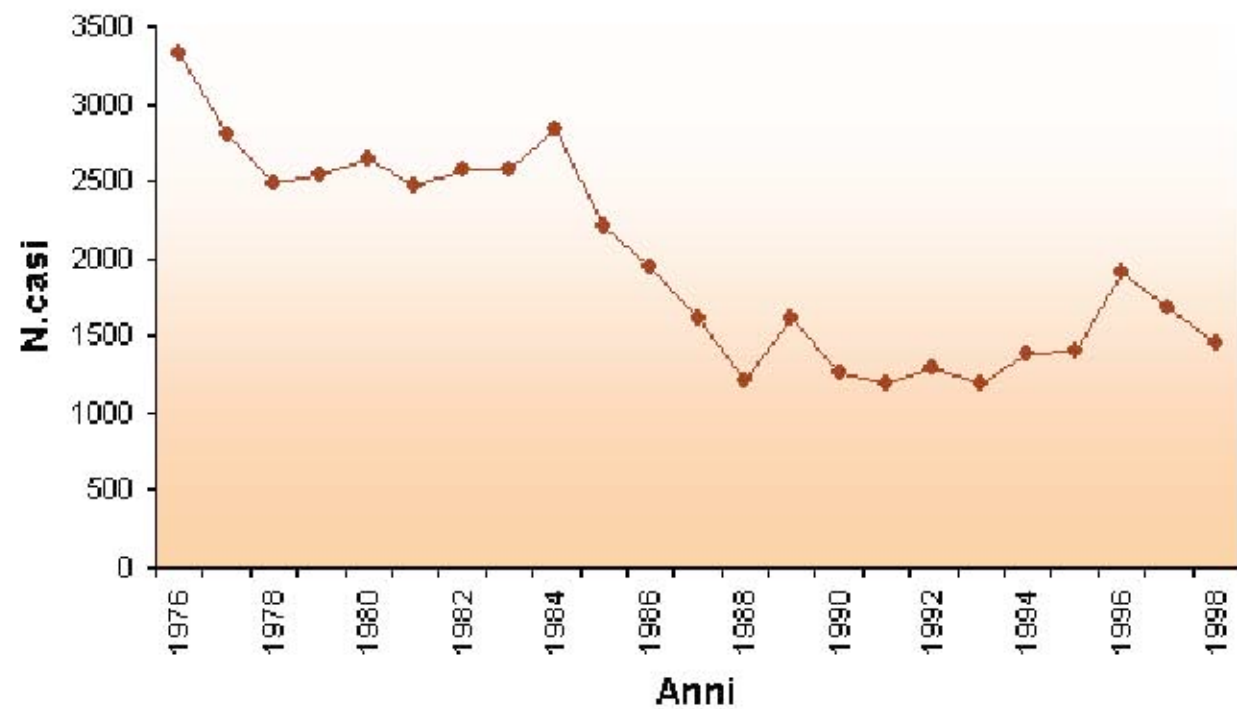


Ombre

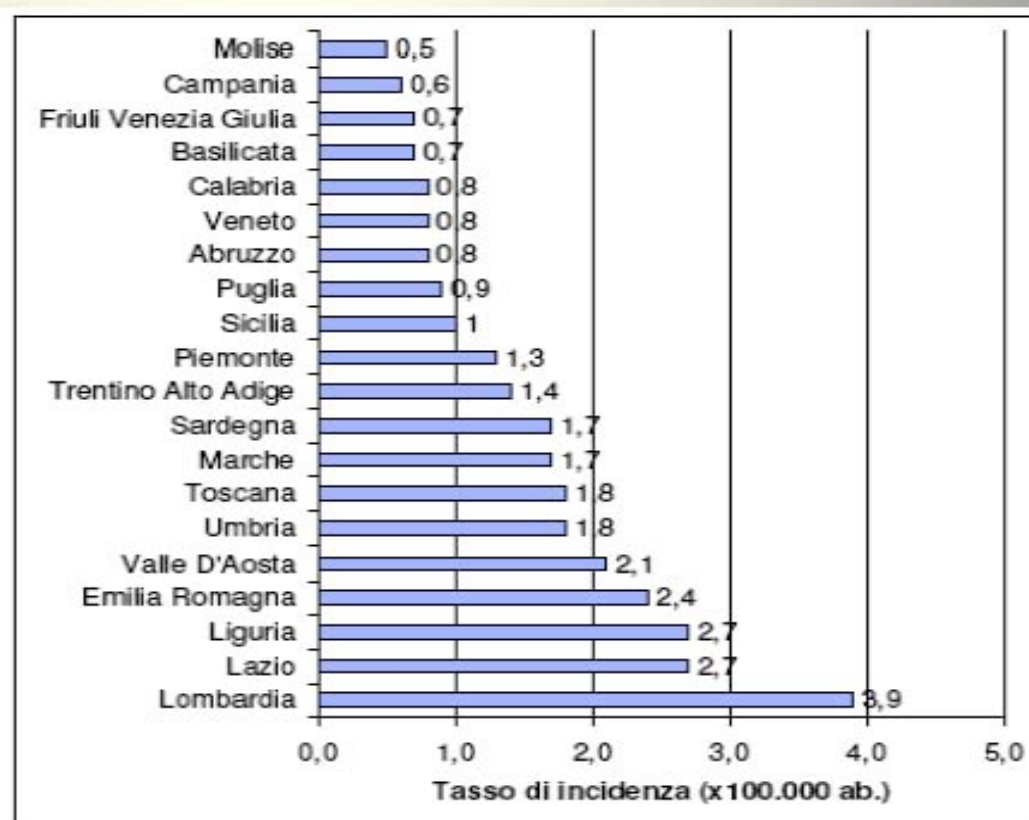
TETANO



BRUCELLOSI

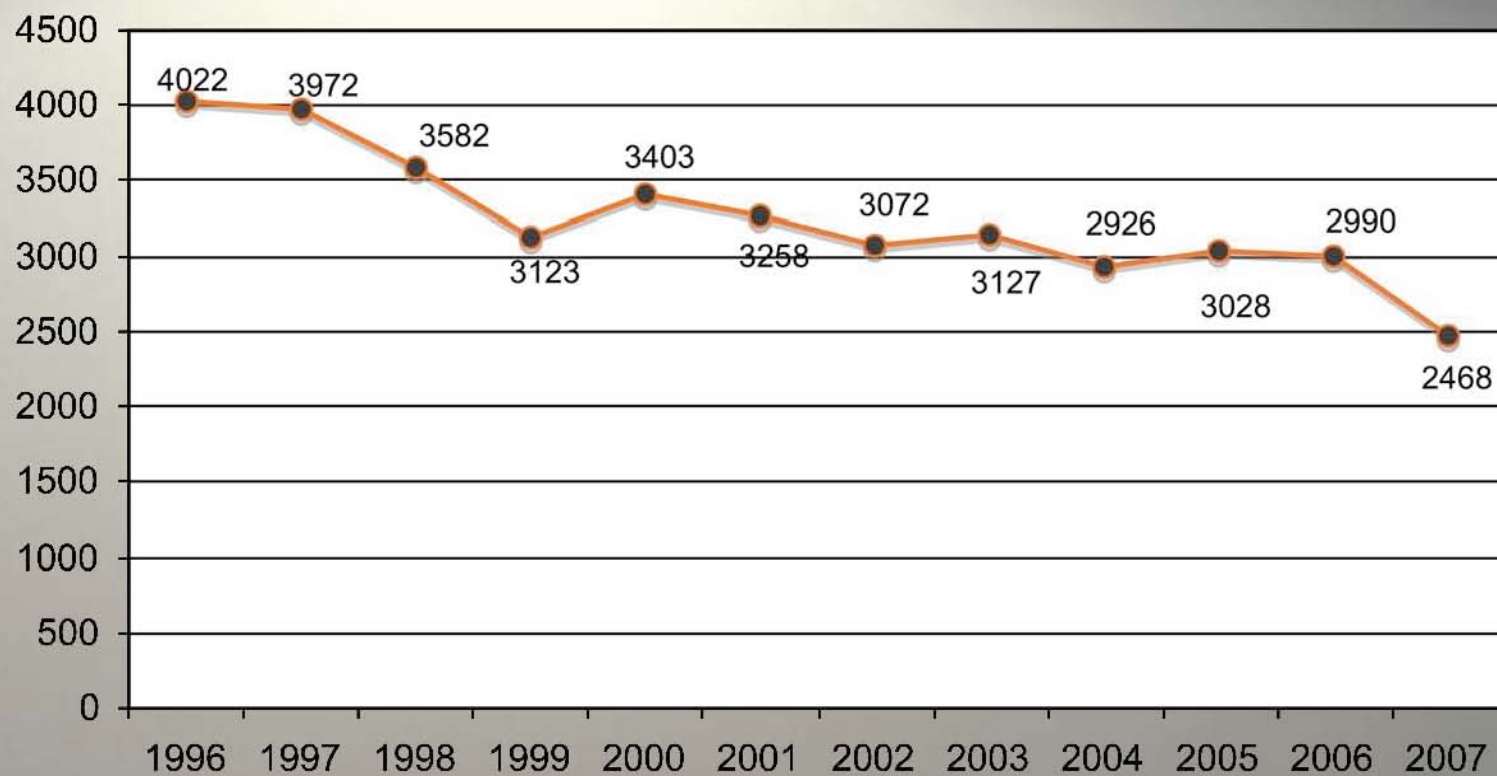


Tasso di incidenza di AIDS (x 100,000 abitanti) per Regione di residenza - Anno 2005



Fonte: COA/ISS

Casi di tubercolosi in Italia



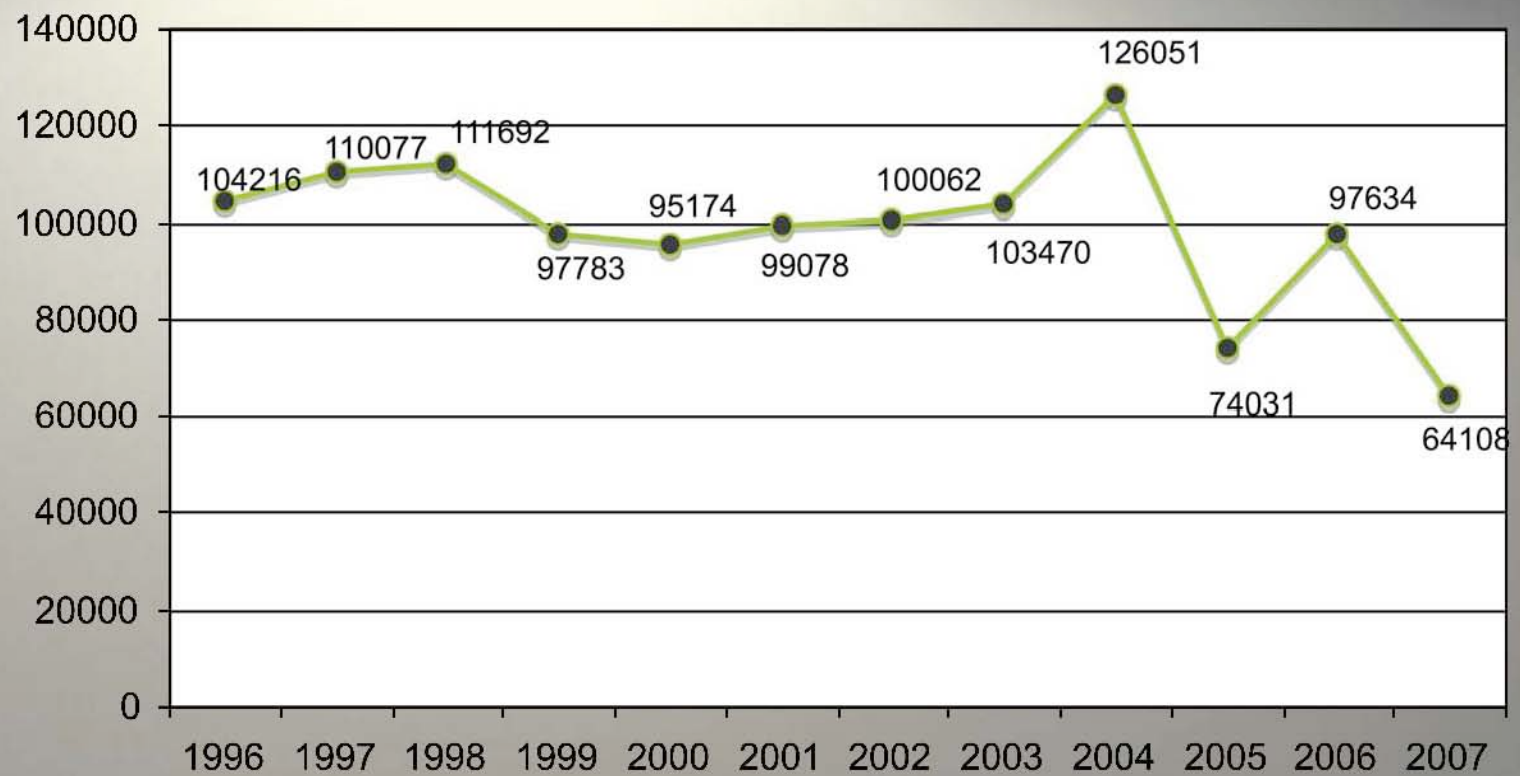
Bollettino Epidemiologico Nazionale

GM Fara - Brescia 2008

TBC in Italia, 2005

N totale di casi	4.137
Incidenza per 100.000 abitanti	7,1 (10,0 nel 1995)
Incidenza TBC polmonare x 100.000 abitanti	5,0 (7,0 nel 1995)
Rapporto M/F	1,5
Frequenza recidive	9%
Classe età mediana tra gli italiani	55-64
Età mediana tra i non italiani	25-34
N casi in non italiani	1.809 (43,7%)
N nuovi casi	3.245 (78,4%)
Casi di TBC polmonare	3.002 (72,6%)
Letalità per TBC (2002)	9,8%
Mortalità per TBC (x 100.000 abitanti - 2002)	0,72

Casi di varicella in Italia



Bollettino Epidemiologico Nazionale

GM Fara - Brescia 2008

Programmi per il controllo delle infezioni ospedaliere

Ospedali contattati:	529
Ospedali rispondenti:	463
TASSO DI RISPOSTA:	87,5%

CIO ISTITUITI	76,2% (353/463)
CIO ATTIVO	44,5% (206/463)
MEDICO REFERENTE PRESENTE	71,3% (330/463)
INFERMIERA ADDETTA PRESENTE	43,8% (250/463)
NEGLI ULTIMI 2 ANNI ALMENO:	
1 ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA	52,3% (242/463)
1 DOCUMENTO DI INDIRIZZO OPERATIVO	70,8% (328/463)
OSPEDALI CON PROGRAMMA ATTIVO	14,9% (69/463)

Brusaferro S et GISIO. J Hosp Infect 2003; 53: 268-273

Distribuzione geografica dei CIO istituiti ed attivi in Italia

CIO	NORD 198	CENTRO 106	SUD 159
ISTITUITI	176 (88,9%)	82 (77,4%)	95 (59,7%)
NON ISTITUITI	22 (11,1%)	24 (22,6%)	64 (40,3%)
ATTIVI	123 (62,1%)	41 (38,7%)	42 (26,4%)
NON ATTIVI	75 (37,5%)	65 (61,3%)	117 (73,6%)

Brusaferro S et GISIO. *J Hosp Infect* 2003; 53: 268-273
GM Fara - Brescia 2008

Ma le ombre peggiori ...

Riguardano:

1. atteggiamento della politica verso la prevenzione
2. i livelli culturali e di impegno degli operatori
3. gli aspetti organizzativi dei servizi

Regioni che includono il vaccino coniugato anti Meningococco C nei propri calendari



● Regione che prevede un calendario vaccinale con offerta attiva e gratuita per la vaccinazione anti meningococcica in una o più coorti

● L'offerta vaccinale delle altre regioni è diversificata, dalla offerta in co-payment alla sola offerta attiva.

Tutte regioni offrono gratuitamente il vaccino alle categorie a rischio

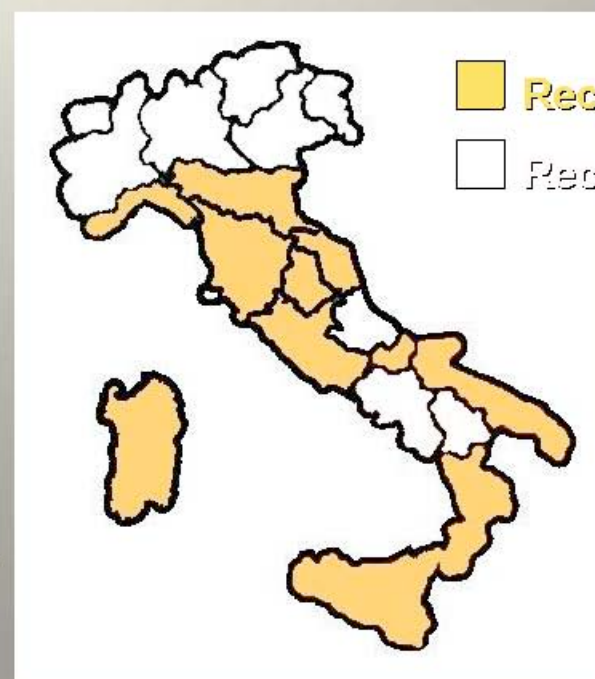
Signorelli, 2008

GM Fara - Brescia 2008

Vaccino HPV: Previsione attivazione recuperi e co-payment



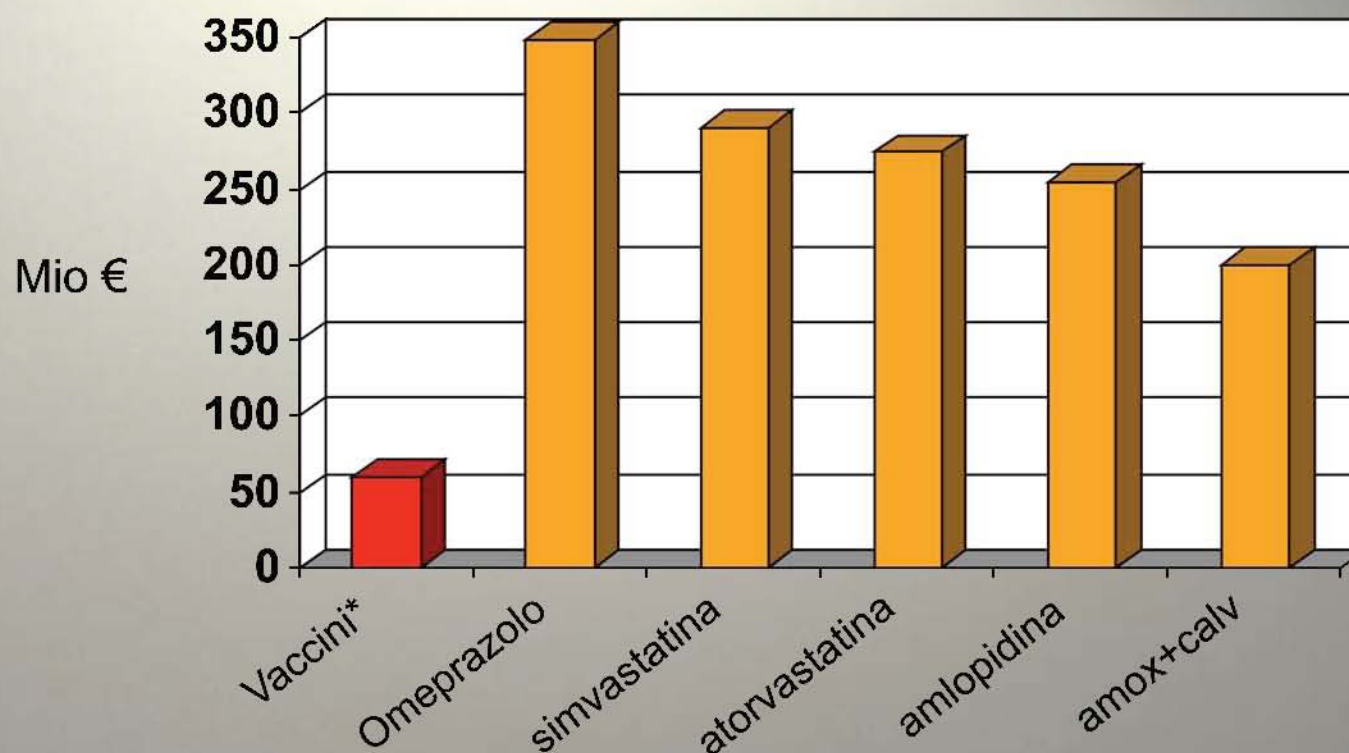
■ Co-payment previsto
□ Co-payment non previsto



■ Recuperi 13enni previsti
□ Recuperi non previsti

Signorelli, 2008

Confronto tra spesa SSN per i vaccini e per i primi 5 principi attivi



* Stima della spesa massima SSN, incluso l'uso estensivo di PnC e MnC

Fonte: OSMED 2003 e Carlo Signorelli, 2008



Ombre

- La previsione di spesa per la prevenzione è insufficiente
- La spesa effettiva sovente è inferiore alla previsione
- La definizione dei LEA della prevenzione non è tempestiva
- L'attenzione dei Direttori Generali alla prevenzione è inadeguata
- L'atteggiamento verso la prevenzione degli operatori è conservativo
- L'attaccamento alle pratiche obsolete è patologico
- La new public health non è popolare
- Vi è incapacità a lavorare per progetti
- L'aggiornamento degli operatori non è mirato
- La capacità degli operatori di comunicare non è adeguata
- Il sistema informativo (es vaccinazioni) non è a punto
- Il sistema formativo degli specialisti non è ancora a punto
- Deve aumentare il peso delle società scientifiche, coalizzate tra loro

e per concludere.....





**Grazie per
l'attenzione!**