

FNOMCeO

Al Presidente

FNOMCEO 28/12/09
RGP.0013406 2009
CI. 01.09.01/1

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI

LORO E-MAIL

Cari amici,

mi spiace doverVi sollecitare a nuovi impegni alla vigilia di giornate che tradizionalmente sono dedicate alla famiglia e agli affetti personali, ma non sempre siamo noi a dettare l'agenda.

Questo in premessa a fatti che si sono sviluppati tumultuosamente negli ultimi sette giorni e che hanno fatto seguito a preoccupate considerazioni che il neo Ministro della Salute Fazio mi ha anticipato telefonicamente, a commento degli esiti insoddisfacenti della campagna vaccinale per l'influenza pandemica.

L'oggetto della riflessione riguardava l'individuazione delle molteplici motivazioni alla base del sostanziale insuccesso della campagna vaccinale ma l'aspetto che ci ha maggiormente preoccupato è stata l'imprevista "indifferenza" dei medici e dei professionisti sanitari, sia come destinatari sia come promotori delle vaccinazioni.

Questo fenomeno può essere interpretato in tanti modi ma nella sostanza costituisce un indicatore preoccupante di scarsa affidabilità delle istituzioni sanitarie pubbliche verso i professionisti che ne hanno eluso le raccomandazioni.

Abbiamo altresì condiviso che questo fenomeno di erosione dell'autorevolezza andava contrastato con forza, al di là dello stesso problema vaccinazioni versus il virus influenzale pandemico, perchè minaccia il cuore tecnico professionale e civile di tutte le politiche di tutela della salute pubblica.

Queste notoriamente non realizzano il bene immediato dell'individuo né, generalmente, sono percepite come tali ma perseguono quello più generale della comunità ed il successo di tali iniziative è dunque strettamente connesso alla comprensione di questo bene non vicino alla persona (informazione/comunicazione/formazione) e soprattutto al livello di fiducia e all'autorevolezza riconosciuta alle autorità sanitarie.

Al netto di ogni altra considerazione, si è dunque spalancata davanti a noi la necessità di assolvere ad un compito assolutamente proprio delle nostre responsabilità e dei nostri ruoli verso i professionisti ed i cittadini e cioè avviare in tempi rapidissimi e con scadenze contingentate un progetto di informazione/formazione sulla campagna vaccinale contro il virus influenzale pandemico con particolare riguardo alle dinamiche tecnico scientifiche, organizzative, etiche e sociali proprie di tutte le azioni di tutela della salute pubblica, anche al fine di evitare che il fenomeno oggi registrato possa contaminare tutta la cultura e la prassi vaccinale fino ad ora largamente condivisa dai cittadini e dai professionisti.

Questa iniziativa è sfociata in una conferenza stampa che si è svolta nella sede della FNOMCeO, alla presenza dei responsabili nazionali delle maggiori organizzazioni sindacali mediche ed alla quale è intervenuto lo stesso Ministro Fazio.

Vi allego alla presente tutta la documentazione presentata in conferenza stampa e il progetto formativo che, almeno in una prima fase, dovrà coinvolgere prioritariamente i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e i medici operanti in ambito distrettuale.

Nei documenti troverete in maggior dettaglio gli aspetti tecnici del progetto.

Come potrete notare, il meccanismo formativo proposto è quello così detto "a cascata" attraverso la tecnica del "training trainers" che necessita di un innesco e di un comune materiale e contenuto didattico; a tale scopo Vi preciso quanto segue:

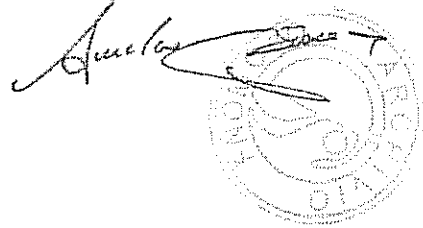
1. sarà cura della Federazione predisporre il materiale didattico (su carta, cd, o altro) in accordo con istituzioni scientifiche e professionali, pubbliche e private;
2. la Federazione ha organizzato un primo incontro nazionale di presentazione ed affidamento del progetto e del materiale formativo che vede protagonisti gli Ordini Provinciali il giorno 13 gennaio dalle ore 10,30 alle ore 16,30 presso l'Hotel Hilton dell'Aeroporto di Fiumicino (Roma);
3. la stessa Federazione si farà carico di pagare le spese di trasferimento per due osservatori per ogni Ordine Provinciale con un numero di iscritti fino a 2500, ed un osservatore per gli altri fermo restando che questi potranno inviare ulteriori osservatori, in questo caso a proprie spese;
4. tutte le attività saranno, con procedura di urgenza, accreditate al sistema ECM consentendo quindi l'attribuzione di crediti sia per le

partecipazioni ai seminari di formazione sia in qualità di Tutor della formazione;

5. la Federazione, nei limiti delle compatibilità del bilancio 2010, si rende disponibile a supportare finanziariamente gli Ordini che evidenziano difficoltà economiche nel sostenere il progetto;
6. fatto salvo il contenuto comune del progetto gli Ordini provinciali possono avvalersi e reclutare istituzioni e soggetti pubblici e privati che già operano nel settore, fermo restando che sono gli Ordini i provider delle attività ECM;
7. ciascun Ordine provinciale è invitato a formalizzare entro il mese di gennaio almeno un seminario rivolto a 50 professionisti ogni 2500 iscritti per gli Ordini fino a 10.000 iscritti e ulteriori 50 professionisti ogni 5.000 iscritti oltre i 10.000;
8. Vi faremo pervenire nel più breve tempo possibile i riferimenti telefonici, e.mail, fax dei referenti presso la FNOMCeO del progetto a cui dovete comunicare i nominativi degli osservatori ed ogni altra esigenza.

Confido come sempre, nella vostra comprensione e nel vostro impegno.

Amedeo Bianco

The image shows a handwritten signature in black ink that reads "Amedeo Bianco". To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text "FNOMCeO" at the top and "ORDINI PROFESSIONISTI" at the bottom. In the center of the stamp, there is a stylized logo that appears to be a caduceus or a similar medical symbol.

All.

Federazione Nazionale degli Ordini Dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri

Campagna vaccinale anti-influenza pandemica: occasione di formazione-informazione per i medici su vaccini, vaccinazioni e strategie vaccinali

1. Premessa

Il diffondersi dell'influenza da virus AH1N1v in forma pandemica ha comportato l'implementazione di misure di controllo e di mitigazione, secondo consolidati programmi di sanità pubblica. Tra gli interventi più efficaci nel contenimento di tale infezione, nonché degli esiti della malattia, vi è la vaccinazione specifica, che è stata programmata durante l'estate e iniziata nella seconda metà di ottobre 2009. Tuttavia, come ben sanno gli operatori sanitari che hanno stilato il piano pandemico a livello nazionale e/o regionale e/o locale), proprio tale intervento rappresenta uno dei punti più critici della risposta ad una pandemia per la necessità di disporre, in tempi limitati, A) di un adeguato numero di dosi di vaccino pandemico e B) di una ben strutturata organizzazione dell'offerta vaccinale. Il vaccino pandemico, dunque, che ha avuto difficoltà di produzione legate alle sue variabili biologiche, è stato comunque tempestivamente distribuito in tutto il Paese mano a mano che è stato rilasciato dalla azienda produttrice e, pur se con un ritmo diverso, la campagna vaccinale è stata condotta in tutte le regioni. La adesione alle prime fasi della campagna vaccinale, come prevista dalle relative ordinanze ministeriali, è stata bassa anche perché, dalle prime valutazioni, l'informazione che ha avuto più spazio è stata quella sui dubbi e sulle ipotesi, frutto di una conoscenza superficiale della pandemia e degli strumenti per affrontarla.

Questa realtà epidemiologica e le forme in cui può manifestarsi non si sono esaurite e, pertanto, non si è esaurito il ruolo della vaccinazione pandemica per la protezione delle fasce di popolazione per le quali è stata programmata.

La campagna vaccinale pandemica non è conclusa e occorre fare ogni sforzo possibile per completarla, come stabilito nelle ordinanze ministeriali; su questo punto concordano fortemente il Ministero della Salute, le Regioni/PP.AA. e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri e, in tale ottica, vogliono affrontare e superare, di concerto, le criticità rilevate.

2. Introduzione

Alla politica vaccinale si deve la scomparsa di malattie quali il vaiolo e la delimitazione dei casi di altre malattie come la poliomielite in pochi focolai isolati. La vaccinazione ha inoltre permesso la netta decrescita dei casi di malattie, solo apparentemente meno gravi, quali il morbillo e la rosolia.

L'avvento della nuova pandemia influenzale ha posto all'attenzione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri la chiara esigenza di una speciale azione di coinvolgimento informativo dei medici legata al rafforzamento del valore sociale dei vaccini.

La scarsa adesione alla campagna di prevenzione vaccinale dell'influenza pandemica da virus A/N1H1 esprime diverse carenze e tra queste, anche quella relativa ad una efficace offerta informativa verso i medici, idonea cioè a colmare un quota di gap cognitivo verso la vaccinazione degli stessi medici.

Tale situazione potrebbe disperdere un patrimonio culturale riferito alla percezione positiva (circa dell'80%) nei confronti dei vaccini, tipicamente evidenziata sia a livello italiano che europeo da studi recenti nei cittadini e nei professionisti.

La valutazione positiva si salda, infatti, con un atteggiamento di conoscenza e responsabilità che definisca l'adozione di un rapporto maturo con la pratica vaccinale.

Tale atteggiamento da parte dei medici non può prescindere da un rapporto con le istituzioni deputate agli interventi di Sanità pubblica caratterizzato da senso di responsabilità e dal mantenimento di un rapporto di trasmissione fiduciaria nella comunicazione.

Secondo l'indagine EVM (2004) realizzata su un campione di 5.000 cittadini europei, i professionisti sanitari e gli interventi di comunicazione delle Organizzazioni governative sono considerati i fattori decisivi per l'adesione alle vaccinazioni.

Oltretutto le principali fonti d'informazione dei cittadini per quanto concerne i vaccini sono proprio i professionisti sanitari che, con una percentuale del 68%, rappresentano una sorta di front-office informativo specifico.

Va sottolineato che in Italia le coperture vaccinali verso le malattie prevenibili da vaccinazione sono molto alte, grazie anche al contributo dei medici di famiglia e dei PLS: anche per la vaccinazione verso l'influenza stagionale, praticata abitualmente da MMG e PLS, la copertura vaccinale è tra le più alte d'Europa.

In risposta alla necessità di questo debito formativo, la FNOMCeO propone un progetto speciale di aggiornamento informativo e formativo dei medici italiani che, in un contesto di forte e responsabile mobilitazione professionale, intende altresì coinvolgere e reclutare tutti i soggetti e le esperienze formative già in campo.

3. Obiettivi

Obiettivo di questo progetto è fornire una puntuale informazione sui vaccini e sulle vaccinazioni, con speciale attenzione all'influenza, finalizzata a:

- ottimizzare gli interventi vaccinali del corpo sanitario;
- sostenere il valore sociale della vaccinazione;
- sottolineare il valore etico della vaccinazione degli operatori sanitari;
- definire metodi di trasmissione nella comunicazione ed informazione circa le campagne vaccinali di sanità pubblica nel rapporto Istituzioni-Medici-Cittadini.

4. Caratteristiche del progetto

L'intervento formativo, coerentemente con lo stile nazionale ed internazionale delle campagne vaccinali, prevede la realizzazione di moduli di aggiornamento omogenei nel Paese

prioritariamente affidati agli Ordini professionali provinciali che avranno cura di coinvolgere le strutture sanitarie locali coniugando sul piano pratico gli obiettivi comuni del progetto alle specifiche realtà organizzative dei territori.

L'orientamento prevalente sarà diretto agli aspetti tecnici ed ai risvolti etici delle campagne vaccinali sottolineando con particolare attenzione quelle caratterizzate da interventi di prevenzione vaccinale circa eventi pandemici.

5. Metodi didattici

a. La Strategia

La strategia adottata, per raggiungere in tempi brevi una consistente porzione di medici sarà quella di un "training trainers" di livello provinciale, regionale e nazionale. Si adotterà un pacchetto didattico, reso disponibile anche su supporto digitale, che corrisponda chiaramente agli obiettivi didattici dell'intervento e abbia le caratteristiche di omogenea ripetibilità presso tutte le sedi formative periferiche individuate dagli Ordini.

b. I numeri

Il numero degli eventi sarà determinato dal numero degli iscritti al singolo Ordine provinciale, tuttavia in alcune realtà regionali potrebbe essere prevista una condivisione orizzontale di percorsi tra Ordini al fine di ottimizzare le risorse economiche ed umane. Se ipotizziamo 3 eventi training trainers della durata di un giorno per 50 partecipanti si potrebbe dar luogo all'offerta di 150 medici organizzati in team didattici di tre: ciascun team nello svolgere quattro seminari in una settimana determina 200 seminari di aggiornamento, anch'essi di un giorno, offerti ciascuno a 50 partecipanti per una copertura mensile di 10.000 partecipanti/mese. Uno sforzo suppletivo dovrebbe essere svolto dagli Ordini più grandi (Roma, Milano, Napoli, Genova, Torino, Palermo, Catania, Bari, Bologna, Padova, Firenze,) prevedendo almeno sei/nove eventi iniziali raddoppiando/triplicando il numero dei partecipanti previsti. Il tutto non comporterebbe rallentamenti nel programma di diffusione poiché i primi team sarebbero già attivi nella loro opera di aggiornamento che si svilupperebbe autonomamente.

c. Lo stile

Lo stile didattico, già tradizionalmente praticato in particolare nella formazione dei MMG e PLS, sarà completamente orientato agli obiettivi educativi, perseguiti da una attiva partecipazione degli interessati al processo informativo: sarà quindi da escludere uno stile cerimoniale, mentre sarà favorita la presenza di un collega riconosciuto in seno alla comunità medica locale quale autorevole esponente che terrà una presentazione sull'argomento.

d. Organizzazione

Ciascun seminario avrà durata di 5 ore e non più di 4-5 docenti/facilitatori.

I partecipanti saranno facilitati ad una interazione attiva col corpo docente con apposito ampio spazio dedicato. I seminari preferibilmente saranno ospitati presso le sedi degli Ordini.

Il materiale didattico sarà consegnato non solo ai Trainers, ma anche a ciascun partecipante con l'invito a diffondere ulteriormente le conoscenze acquisite.

e. L'accreditamento ECM

I corsi saranno accreditati dagli Ordini dei medici identificati quali providers ECM dal recente accordo Stato-Regioni.

Lo stesso accordo fornisce i criteri e le modalità di accreditamento cui i corsi dovranno adeguarsi: il documento tecnico allegato, inoltre, offre rilevanti suggestioni metodologiche sulla didattica per adulti.

6. La scelta dei docenti

Quest'operazione richiede una struttura snella, mobile e con disponibilità: non si tratta di infondere profonda conoscenza scientifica su pochi specialisti, bensì di veicolare un messaggio formativo ad un gran numero di medici in tempi brevi.

E' quindi importante operare con una squadra piccola, agile, affiatata e competente, ma soprattutto esperta di didattica di aggiornamento in medicina.

Gli Ordini dei medici hanno lunga esperienza di aggiornamento didattico ed in ogni sede periferica, sono facilmente individuabili i professionisti da tempo operativi in questo settore: appare opportuno coinvolgerli identificando tra essi un referente locale per questo programma.

Per garantire l'indispensabile legame tra questa operazione ed il suo potenziale impatto sulla sanità pubblica e sul servizio sanitario locale appare utile inserire nei team didattici regionali almeno un collega esperto di vaccini e vaccinazioni direttamente coinvolto nella pratica vaccinale e con documentata esperienza didattica sul tema. Tale figura potrebbe essere identificata nell'ambito delle strutture sanitarie regionali.

7. Il pacchetto didattico

Essenziale un'accurata preparazione del pacchetto didattico, disegnato per un semplice utilizzo su una disomogenea audience di medici di estrazione professionale diversa.

Il pacchetto conterrà:

- a. I testi delle presentazioni sugli argomenti definiti;
- b. Le presentazioni PPT dei docenti;
- c. I questionari di valutazione pre e post apprendimento;
- d. Le istruzioni per i docenti;
- e. Elementi di logistica didattica;
- f. Lavori scientifici di riferimento per i contenuti didattici.

Questi materiali saranno consegnati su supporto digitale, con la disponibilità degli stessi sul sito web della Federazione e, ove possibile, su quella degli Ordini Provinciali.

8. Formazione a Distanza

E' auspicabile la programmazione di interventi di FAD.

Da alcuni anni i medici italiani hanno accolto con molto favore e tanta partecipazione corsi di formazione FAD, come ad esempio i programmi formativi ECCE e per ultimo il FAD-blended come

Sicure, ambedue accreditati ECM e che hanno registrato una forte partecipazione di medici a cui sono stati erogati circa un milione di punti ECM a costi molto bassi.

9. Contenuti didattici

I contenuti didattici sono organizzati in tre blocchi, ciascuno affidato a un docente facilitatore che potrà avvalersi di altri docenti, ma assume la responsabilità del buon andamento del processo didattico.

a. Vaccini

- i. Tipi di vaccino
- ii. Modalità di fabbricazione
- iii. Modalità di registrazione
- iv. Nuove tecniche di produzione vaccinale
- v. Gli adiuvanti
- vi. Valutazione di efficacia
- vii. Valutazione della sicurezza

b. Vaccinazioni

- i. Strategie vaccinali nazionali ed internazionali
- ii. Metodi di implementazione di campagne vaccinali
- iii. Sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccinazione
- iv. Controindicazioni e reazioni avverse
- v. Valutazione del nesso di causalità tra ADRS e vaccinazione.
- vi. La vaccinazione del bambino
- vii. La vaccinazione nell'adulto
- viii. La comunicazione sulle vaccinazioni
- ix. Preparazione conservazione somministrazione
- x. Ruolo dei servizi pubblici
- xi. La normativa contrattuale in sanità pubblica

c. Influenza

- i. La malattia
- ii. Il virus
- iii. La diagnosi
- iv. La terapia
- v. La prevenzione
- vi. I vaccini
- vii. Epidemie e pandemie

10. Tempi

L'intervento formativo si articola in tre fasi :

- a. Una fase molto rapida: la formazione dei trainers: da 3 a 9 eventi formativi da esaurire entro il mese di gennaio 2010.

- b. Una fase di replicazione nei 200/600 seminari da esaurirsi entro il mese di febbraio 2010.
- c. Una fase libera di diffusione dei materiali didattici articolata nell'intero prossimo anno con ampio utilizzo delle apposite offerte formative per la formazione a distanza già implementate sull'influenza.

11. Il Programma FluFAD

Il Programma FluFAD è stato predisposto con il coordinamento del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità basato sull'esperienza del Piano Nazionale Linee Guida. FluFAD vuole offrire a tutti i medici e in particolare ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta gli elementi per rispondere alla richiesta di salute su un tema quanto mai attuale quanto quello dell'influenza 2009-2010.

Il materiale formativo è raccolto in un dossier che affronta entrambe le forme influenzali, quella pandemica e quella stagionale, fornendo anche attraverso molti link l'accesso ai materiali originali delle istituzioni sanitarie italiane.

Completano il dossier tre casi che consentono al medico di misurarsi sul campo con la pratica quotidiana, di fare scelte decisionali in diverse situazioni legate alla prevenzione dell'influenza o alla sua gestione una volta manifestatasi.

Il programma è gratuito e il superamento di tutti i tre casi proposti consente l'acquisizione di 3 crediti ECM validi per l'anno 2009.

Dal 1 novembre al 14 dicembre 4000 medici si sono iscritti al programma.

12. Valutazione

Come ogni piano di formazione è essenziale un'adeguata valutazione.

Adottando la metodologia ECM è necessario offrire una valutazione di apprendimento per ogni evento: questionari a risposta multipla pre e post seminario.

Sarà infine predisposto un questionario di valutazione da parte dei discenti, dell'attività didattica e della performance del corpo docente.

Allegati razionale : La Vaccinazione in medicina generale

La Vaccinazione in pediatria

La Vaccinazione in ambito distrettuale

La vaccinazione in medicina generale.

Negli ultimi decenni si è assistito oltre che all'aumento di casi di malattie infettive "note" riacutizzate con le migrazioni (esempio la TBC) alla comparsa di nuove varianti di agenti virali (aviaria prima ancora che suina) potenzialmente capaci di determinare pandemie i cui effetti non sono prevedibili viste le infinite possibili combinazioni tra i ceppi.

Questo nuovo quadro epidemiologico ha fatto assumere una maggiore rilevanza all'attività preventiva svolta attraverso interventi vaccinali negli adulti.

In Italia esistono per quanto riguarda la popolazione adulta alcune vaccinazioni obbligatorie per determinate categorie di persone e di lavoratori:

- la vaccinazione antitetanica (sportivi affiliati al CONI, lavoratori agricoli, metalmeccanici, operatori ecologici, etc. come da Legge 5 marzo 1963, n° 292)
- le vaccinazioni antimeningococcica, antitifica, antidifto-tetanica, antimorbillo-parotite-rosolia (reclute all'atto dell'arruolamento come da Decreto del Ministro della Difesa del 19 febbraio 1997).
- la vaccinazione antitubercolare (personale sanitario, studenti in medicina, allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti, oppure che operi in ambienti ad alto rischio e non possa essere sottoposto a terapia preventiva, perché presenta controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici).

Esistono inoltre vaccinazioni raccomandate per alcune categorie professionali o categorie di persone suscettibili di andare incontro a serie complicazioni in caso d'infezione.

- La vaccinazione contro l'epatite virale B: raccomandata, ed offerta gratuitamente, agli operatori sanitari e al personale di assistenza degli ospedali e delle case di cura private, alle persone conviventi con portatori cronici del virus dell'epatite B, agli operatori di pubblica sicurezza, ai politrasfusi e agli emodializzati e a tutte le altre categorie indicate nel D.M. del 4 ottobre 1991
- La vaccinazione antiinfluenzale: soggetti d'età superiore a 65 anni, malattie croniche e debilitanti a carico dell'apparato cardiovascolare, broncopolmonare, renale etc., nonché gli addetti a servizi di pubblica utilità
- La vaccinazione contro le infezioni da pneumococco: soggetti d'età superiore a 65 anni o sofferenti di malattie croniche e debilitanti a carico dell'apparato cardiovascolare, broncopolmonare, renale, o con asplenia funzionale o a seguito di intervento chirurgico.
- la vaccinazione antitifica, così come quella anti-epatite virale A e B, l'antipoliomielitica, l'antitetanica, l'antimeningococcica, l'antirabbica e quella contro la febbre gialla: i viaggiatori che si rechino all'estero in zone endemiche o comunque considerate a rischio.

Al medico di medicina generale è affidata la responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria e che fonda la sua principale forza nel rapporto fiduciario.

L'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale prevede (Art. 45) tra i compiti del Medico di Assistenza Primaria "l'adesione alle campagne di vaccinazione antiinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla regione e o dalle aziende" determinando anche l'obbligo dell'effettuazione delle vaccinazioni stesse secondo modalità concordate a livello aziendale.

Il piano nazionale vaccini definisce nel dettaglio lo spettro delle possibili azioni affidate ai MMG:

- Valorizzare il dato anamnestico del soggetto candidato alla vaccinazione ai fini dell'approccio al programma vaccinale con particolare riguardo all'individuazione di controindicazioni vere/false, relative/assolute alle vaccinazioni
- Promuovere il consenso informato da parte della famiglia alle vaccinazioni fornendo tutte le informazioni necessarie in stretta integrazione con la strategia prevista dall'AUSL
- Concorrere a ridurre i ritardi della somministrazione della prima dose dei singoli cicli vaccinali
- Contattare e sensibilizzare i "soggetti difficili da raggiungere" in stretta integrazione con i criteri operativi dei servizi vaccinali
- Raccogliere le informazioni e notificare i casi potenziali di reazioni avverse alle vaccinazioni
- Notificare i casi di malattia infettiva
- Controllare lo stato vaccinale vaccino-specifico per determinate categorie di soggetti, in occasione delle visite ambulatoriali/domiciliari: sportivi (antitetanica), operatori sanitari (antitetanica, antiepatite B, antinfluenzale) soggetti a rischio professionale (antiepatite B, antiepatite A) anziani (antinfluenzale, antitetanica) viaggiatori (secondo le aree di destinazione), soggetti con patologia cronica (antinfluenzale), immigrati
- Somministrare le vaccinazioni raccomandate nell'adulto e nell'anziano (antinfluenzale) a domicilio o in ambulatorio oppure in residenza protetta al fine di aumentare il livello di copertura assicurabile direttamente dai servizi pubblici.

Lo stesso piano definisce inoltre i requisiti indispensabili a qualificare i MMG alle azioni previste dalla strategia vaccinale:

- conoscenza dell'organizzazione e delle modalità operative del servizio vaccinale del proprio ambito territoriale allo scopo di consigliare opportunamente gli utenti
- conoscenza del calendario vaccinale adottato nel proprio ambito territoriale per fornire indicazioni coerenti alle strategie proposte dai servizi vaccinali
- conoscenza degli obiettivi vaccinali definiti in sede internazionale e a livello nazionale ed applicati nella propria ASL in base alle indicazioni delle leggi regionali e delle province autonome
- condivisione delle stesse modalità formative e di aggiornamento periodico degli operatori del servizio vaccinale pubblico, anche per l'acquisizione di comuni modalità operative e di approccio alla popolazione
- conoscenza delle procedure attinenti l'attività di sorveglianza delle malattie infettive e delle reazioni avverse (modalità e tipologia del rilevamento, strumenti di rilevamento e di trasmissione delle informazioni, referenti destinatari della trasmissione).

A queste azioni si devono aggiungere la compilazione, nonché la loro tempestiva trasmissione al servizio di competenza, di atti certificativi quali la comunicazione della avvenuta vaccinazione con dettagliata descrizione dei dati anagrafici, del tipo di vaccino, del numero di lotto, della data di scadenza, della data di effettuazione della vaccinazione, della eventuale insorgenza di reazioni avverse alla vaccinazione ed il sospetto di malattia infettiva.

Alla luce di quanto definito dalla normativa contrattuale e di programma appare chiaro il ruolo istituzionale del medico di medicina generale nella partecipazione come componente attivo di sanità pubblica nelle campagne vaccinali, tale prerogativa deve avvalersi principalmente della capacità di sviluppare un continuo flusso informativo quale mediatore comunicativo tra le istituzioni e i cittadini legato al senso di responsabilità determinato dal ruolo dal medico ricoperto in tali situazioni.

Scopo di questa formazione/informazione rimane pertanto un rafforzamento delle motivazioni alla partecipazione alle dinamiche di sanità pubblica in particolare a quelle riferite alle vaccinazioni con aumento del senso di partecipazione etica e sociale nel determinismo professionale sia nelle fasi informative che in quelle a partecipazione attiva.

La vaccinazione in pediatria

Il pediatra di famiglia o di libera scelta (PLS) è lo specialista formato specificamente per offrire la tutela della salute per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie. La sua attività, oltre che alla diagnosi ed alla cura di patologie acute e croniche, è orientata soprattutto alla prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute del bambino, dalla nascita ai 14 anni (ACN 2009).

Lo stesso Piano Nazionale Vaccini riconosce al pediatra di famiglia un ruolo fondamentale nell'ambito della specifica funzione di tutela globale della salute:

“Considerando che è ampiamente dimostrato come il comportamento e l'atteggiamento dei PLS influenzino in modo rilevante le scelte sanitarie della famiglia e del bambino in ordine alle vaccinazioni, dovrebbe essere promosso ed incentivato il loro ruolo nella azioni di counselling. A questo proposito va rilevato che il pediatra di libera scelta ha la possibilità di contattare la famiglia ed il bambino ben prima dell'invito alla prima seduta vaccinale, attraverso i bilanci di salute del primo anno di vita. Il bambino, attraverso gli stessi bilanci di salute, sarà seguito dal PLS fino all'adolescenza.

Il suo ruolo è pertanto cruciale sia nel favorire un primo accesso consapevole alle vaccinazioni, sia nel mantenerlo tale nel corso dello sviluppo psico-fisico e nel favorirne l'adesione in età adulta”.
Lo stesso PSN identifica le azioni da affidare ai pediatri di famiglia:

- prendere in carico il neonato e sorvegliare il suo stato di salute attraverso i periodici bilanci di salute;
- valorizzare il dato anamnestico del soggetto candidato alla vaccinazione ai fini dell'approccio al programma vaccinale con particolare riguardo all'individuazione di controindicazioni vere/false, relative/assolute alle vaccinazioni;
- promuovere il consenso informato da parte della famiglia alle vaccinazioni fornendo tutte le informazioni necessarie in stretta integrazione con la strategia prevista dall'AUSL;
- concorrere a ridurre i ritardi della somministrazione della prima dose dei singoli cicli vaccinali;
- contattare e sensibilizzare i “soggetti difficili da raggiungere” in stretta integrazione con i criteri operativi dei servizi vaccinali;
- raccogliere le informazioni e notificare i casi potenziali di reazioni avverse alle vaccinazioni;
- notificare i casi di malattia infettiva;
- assicurare ai servizi vaccinali eventuali attività di consulenza prevaccinale per i casi dubbi o problematici e di consulenza postvaccinale (per valutare la reale occorrenza di una reazione avversa, oppure per valutare la possibilità di ripresa/continuazione delle somministrazioni);
- somministrare le vaccinazioni dell'infanzia al fine di aumentare il livello di copertura assicurabile direttamente dai servizi pubblici.

Nella realtà, non tutte le Regioni italiane hanno incentivato la partecipazione attiva dei pediatri di famiglia alle coperture vaccinali, o perché dotate di servizi pubblici particolarmente efficaci, o per motivi di altra e varia natura.

Laddove il coinvolgimento diretto dei pediatri, in maniera integrata con i servizi pubblici o in maniera esclusiva e vicariante, si è determinato, si dimostra in maniera chiara il raggiungimento di coperture vaccinali pari o molto prossime a quelle considerate ottimali dal Piano Nazionale Vaccini.

Ma, nello stesso tempo, si sono andate diversificando due diverse popolazioni di pediatri di famiglia: coloro che hanno contribuito, in maniera continua o saltuaria, alle coperture vaccinali e

pediatri che non sono mai stati investiti di tale compito ed hanno demandato alle strutture aziendali l'esecuzione della vaccinazione.

Tale diversificazione si è realizzata, paradossalmente, anche all'interno della stessa Regione o della stessa AUSL, per il diverso modo di interagire tra il mondo della sanità pubblica e quello della pediatria di famiglia.

Risulta evidente che i due diversi gruppi di pediatri avranno, nei confronti della vaccinazione, un approccio completamente diverso, nonostante si tratti di una categoria professionale che investe tempo e lavoro in un aggiornamento professionale in cui vaccini e vaccinazioni occupano uno spazio notevole.

La cartina al tornasole di tale diversa modalità di approccio è stata la recente e persistente pandemia influenzale legata al virus A/H1N1.

Pur essendo una categoria che ha affrontato in maniera sollecita e compatta l'emergenza pandemia, anch'essa ha conosciuto, seppure in maniera estremamente sporadica, episodi di disinformazione. E ciò nonostante le articolazioni di categoria, centrali e periferiche, siano intervenute tempestivamente con adeguate azioni formative ed informative.

Il maggiore problema è stato, ed è, riuscire a trasformare il pediatra di famiglia che non ha sinora operato in maniera attiva la vaccinazione, da semplice counsellor ad esecutore materiale, informato e sicuro, dell'atto vaccinale.

Indispensabile risulta, di conseguenza, strutturare una attività formativa efficace, capace di affrontare le problematiche evidenziate dai pediatri stessi:

- Difficoltà nell'organizzazione dell'attività vaccinale (modalità di approvvigionamento, conservazione dei vaccini, adempimenti burocratici);
- Problematiche "legali" (consenso informato, etc.);
- Rischio di reazioni avverse (modalità di intervento, problematiche medico-legali,...).

Un'adeguata formazione/informazione riuscirà a garantire il reclutamento della totalità dei pediatri di famiglia, preparati ad infoltire le fila dei pediatri vaccinatori, e capaci di gestire la complessità dell'atto vaccinale, anche nel momento di epidemia/pandemia, sia in maniera strutturata all'interno delle proprie forme organizzative, sia in un percorso comune con i servizi vaccinali aziendali.

La vaccinazione in ambito distrettuale

L'analisi delle cause che hanno portato ad una ridotta risposta dei cittadini, agli inviti di sottoporsi alla vaccinazione per l'influenza A/N1H1, ci impongono di rivedere i meccanismi messi in atto per sensibilizzare la popolazione a vaccinarsi, contro la pandemia, che procedeva a ritmi elevati nella sua propagazione tra le nazioni.

La prima osservazione che va fatta in riferimento al contesto della organizzazione per la prevenzione e diffusione della pandemia riguarda il coinvolgimento parziale degli addetti ai lavori, vale a dire i servizi di epidemiologia delle Regioni e la rete ad essa collegata.

I servizi di epidemiologia delle A.S.L. dovevano dare supporto, indicazioni, formazione ed informazione sull'evento pandemico, ma ciò in realtà non vi è stato in modo efficace.

Dovendo quindi prevedere una correzione nel sistema di gestione di una campagna vaccinale, per la prevenzione di una qualsiasi epidemia, si suggerisce quanto segue:

- 1) Il Ministero della Salute deve allertare e coinvolgere a livello nazionale gli osservatori epidemiologici delle regioni, e lì dove non fossero attivi o presenti vanno coinvolti i Dipartimenti Regione di Prevenzione.
- 2) Questi organismi a loro volta coinvolgono i Servizi di Epidemiologia delle Aziende Sanitarie Locali o i Servizi di Igiene Pubblica.

- 3) I Servizi di Epidemiologia ed i Servizi di Igiene Pubblica a loro volta allertano ed attivano i Distretti Sanitari
- 4) I Distretti Sanitari, attraverso le Unità Operative Materno Infantili, per i minori, le U.O. di Geriatria e le U.O. di Medicina di Base, pianificano d'intesa con i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, la domanda del bisogno, intesa come numero di dosi da reperire per i soggetti da vaccinare, l'approvvigionamento dei vaccini, e la loro distribuzione presso gli ambulatori dei medici su menzionati.
- 5) Coinvolgere i Servizi di Epidemiologia o di Igiene Pubblica nella formazione.
- 6) Attivare la rete Informatica, in collegamento con i Medici di Famiglia ed i Pediatri di Libera Scelta, per la conoscenza in tempo reale di ciò che accade durante la campagna vaccinale, per intervenire con immediatezza per apportare correzioni o integrazioni nel suo svolgimento.

Lista informale di medici di sanità pubblica, divisi per regione, da integrare a livello provinciale, con buona esperienza didattica su vaccini e vaccinazioni che potrebbero affiancare la attività degli Ordini.

Val d'Aosta Luigi Sudano Servizio vaccinale asl AOSTA
 Piemonte Giuseppe Salamina CCM Ass Sanità Regione
 Liguria Prof Gasparrini Istituto di Igiene Veneto
 Lombardia Anna Pavan ass. sanità Regione
 Bolzano
 Trento
 Friuli Giuseppe Filippetti
 Veneto Luigi Gallo asl Mestre
 Emilia Pierluigi Macini Regione
 Toscana Emanuela Balocchini
 Umbria Donata Giamo Regione
 Marche Giuliano Tagliavento Regione
 Abruzzo Teresa Manfredi Selvaggi ASL Campobasso
 Molise Nicola Ricci ASL Isernia
 Campania Angelo D'Argenzio ASL Caserta
 Puglia Cinzia Germinarlo OER Puglia
 Basilicata Giuseppe Montagano
 Sicilia Salvatore Condotta OER Regione
 Sardegna Alberto Perra