

Epidemiologia per la prevenzione

I principali temi trattati nel corso della XXXII riunione annuale dell'AIE

Epidemiology for prevention

Main subjects of the XXXII Congress of the Italian Association of Epidemiology

Alla XXXII riunione dell'Associazione italiana di epidemiologia, svoltasi a Milano dal 15 al 17 ottobre 2008, dedicata al tema «Epidemiologia per la prevenzione», hanno partecipato ricercatori di quasi tutte le principali strutture italiane di epidemiologia. È stato un convegno di riflessione, ricco cioè di informazioni ma soprattutto di considerazioni critiche sul lavoro svolto, sulle motivazioni sottese alla scelta degli argomenti, sulla spendibilità dei risultati, sui problemi che restano ancora aperti, sulle prospettive della ricerca e dell'osservazione epidemiologica in Italia.

Ambiente e salute

I rischi ambientali per la salute continuano a essere un'area privilegiata di interesse per gli epidemiologi ed è meritevole di considerazione il fatto che, accanto ai più convenzionali studi sull'inquinamento da traffico urbano e da emissioni industriali, cresce l'attenzione per gli effetti sanitari di eventi e situazioni – mutamenti climatici, smaltimento e trattamento dei rifiuti – che negli anni più recenti si sono imposti, anche drammaticamente, all'attenzione del grande pubblico e dei decisori. Molti epidemiologi dell'AIE sono impegnati nell'analisi dei danni alla salute di queste esposizioni ambientali, sia con studi eziologici multicentrici che spesso si avvalgono di disegni innovativi e metodi di analisi sofisticati sia con studi di sorveglianza che hanno una valenza prevalentemente locale. Su molte di queste questioni è acceso il dibattito sulla conclusività delle evidenze disponibili e, di conseguenza, sui tempi, i modi e i contenuti della comunicazione con la popolazione e con i decisori. A seguito della vicenda campana, l'AIE ha assunto una posizione pubblica sui rischi per la salute connessi allo smaltimento e al trattamento dei rifiuti. È prevedibile che sempre più spesso l'AIE non potrà sottrarsi, in quanto società scientifica, alla necessità di esprimersi su questioni ancora controverse ma che richiedono, nell'immediato, iniziative di contenimento dei danni e di prevenzione.

Prevenzione per il singolo o per la comunità?

Il convegno ha dato l'occasione per discutere anche della tendenza in corso a ridefinire le modalità d'offerta della prevenzione attraverso la "personalizzazione" degli interventi. Se ne è parlato in particolare nell'ambito di una sessione dedicata agli screening oncologici, ma i quesiti posti e gli argomenti adottati sono trasversali alla prevenzione, agli screening e, in prospettiva, all'intera offerta di sanità pubblica.

Il quesito che si pone è se negli interventi di prevenzione debba essere mantenuta un'ottica di popolazione, per garantire

equità d'accesso e sostenibilità di spesa, o se si debba tendere a ritagliare gli interventi sulle specificità di rischio dei singoli individui mettendo a frutto tutti i presidi diagnostici più innovativi, per massimizzare l'efficacia dell'intervento per l'individuo. **Parlando di prevenzione primaria** delle principali malattie croniche, da realizzare mediante politiche sanitarie e non sanitarie, è abbastanza intuitivo che l'approccio di popolazione, sostanziato da interventi legislativi su ambiti anche molto diversificati volti a ridurre l'esposizione ai determinanti di malattia (per esempio fumo di sigaretta, alcol e droghe, cattive abitudini alimentari, ridotta attività fisica) è in grado di produrre un beneficio collettivo. D'altra parte, per offrire a ogni individuo le stesse (virtuali) opportunità di salute, è opportuno differenziare gli interventi in base al rischio di subire esposizioni o di adottare comportamenti che aumentano la probabilità d'ammalarsi, cioè orientare gli interventi a gruppi di individui omogenei per livello di rischio. Personalizzare la prevenzione potrebbe, al limite, significare offrire a ogni individuo uno specifico programma di prevenzione primaria da parte della struttura sanitaria, compresa l'assistenza di base, in relazione alla propria condizione di rischio ambientale, comportamentale e genetico.

Parlando di prevenzione secondaria, il problema della personalizzazione dell'intervento appare subito più evidente, dal momento che un programma di screening (per esempio: mammografia in due proiezioni ogni due anni alle donne di età compresa fra 50 e 70 anni) si materializza in un atto medico, in alcuni esami diagnostici effettuati a una specifica persona finalizzati a porre una diagnosi. Si pone, quindi, il problema se quell'atto è adeguato a fornire alle singole donne che vi si sottopongono le stesse opportunità di salute o se invece sono necessari interventi diversi in base alle caratteristiche individuali (età, densità mammografica, familiarità, ereditarietà eccetera). In altre parole, l'obiettivo di un programma di screening deve essere quello di ridurre nella popolazione il rischio di ammalarsi o di morire per una data condizione (si favoriscono così l'equità di accesso e la sostenibilità, ma si riduce l'efficacia per l'individuo a maggior rischio) o piuttosto quello di ritagliare sul pattern di rischio individuale l'offerta di diagnosi precoce o di prevenzione (si favorisce così l'efficacia dell'intervento ma si riducono equità d'accesso e sostenibilità)?

Valutazione degli interventi preventivi

Un tema che è stato sotteso a tutte le sessioni, è quello della valutazione degli interventi in sanità. In Italia, negli ultimi anni,

le politiche per la prevenzione sono state ispirate da un positivo ripensamento delle possibilità offerte dalla ricerca epidemiologica, riconosciuta come disciplina essenziale per delineare strategie di intervento sanitario e documentare e dimostrare il beneficio degli interventi sanitari, siano essi di tipo terapeutico-assistenziale o preventivo.

Quali metodologie si devono adottare per identificare strumenti e strategie di prevenzione efficaci? E d'altra parte, quale livello di evidenza sul nesso causa-effetto è necessario per decidere di intraprendere un intervento?

In alcuni ambiti non appare realizzabile adottare il paradigma del trial randomizzato come strumento con cui misurare l'efficacia degli interventi, per esempio in ambiente di lavoro. D'altra parte emerge sempre più la necessità di adottare strategie ed effettuare interventi la cui efficacia sia basata sulle evidenze scientifiche e le cui applicazioni siano misurabili, mutuando metodologie adottate in ambito di prevenzione secondaria e diagnosi precoce. E' un argomento complesso su cui l'AIE si impegna nei prossimi mesi a offrire occasioni di discussione anche con altre società scientifiche con le quali condivide molti obiettivi (SITI, SISMEC, Cochrane Collaboration).

Il futuro precario della ricerca epidemiologica

Ci pare rilevante, infine, notare che nelle attività di ricerca per la prevenzione e la sanità pubblica sono impegnati oggi non solo epidemiologi di professione, ma un insieme composito di operatori dell'SSN, in particolare operatori dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, che hanno partecipato con grande interesse al convegno. La ricchezza di lavoro, di competenze, di progettualità e di sinergie che stanno sviluppandosi dovrà, nel prossimo futuro, fronteggiare un difficile periodo di ristrettezze e c'è il rischio reale di una penalizzazione della ricerca in particolare della ricerca finalizzata alla prevenzione. A questo si associa la questione dei molti giovani ricercatori precari per i quali non vi è ancora certezza del futuro di ricercatore. L'assemblea dei soci riunitasi in occasione del congresso ha fatto proprio l'appello sul precariato promosso dai ricercatori del CNR e ha espresso la forte preoccupazione sulle sorti della ricerca epidemiologica e della sanità pubblica.

Luigi Bisanti

presidente uscente AIE

Adele Seniori Costantini

nuovo presidente AIE

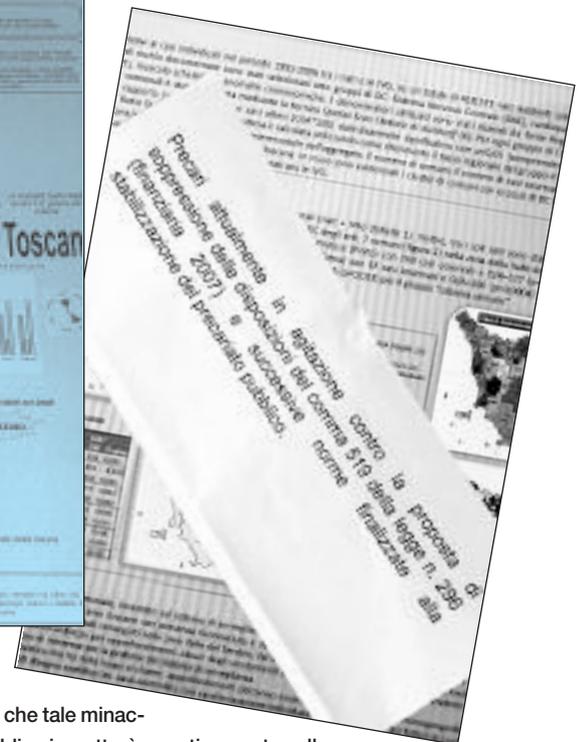
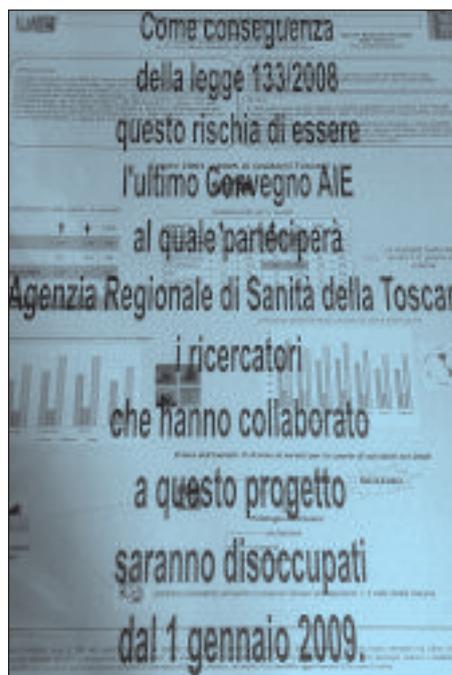
Comunicato dei soci precari dell'AIE

Molti dei lavori che sono stati presentati durante il XXXII congresso dell'AIE riguardano attività di ricerca svolte con il contributo di noi ricercatori precari, molti anche autori di presentazioni e poster.

Tale presenza significativa è lo specchio del contributo che i precari danno all'AIE, rappresentando circa la metà degli iscritti, allo sviluppo dell'epidemiologia in Italia e alle attività delle strutture nelle quali operiamo.

Per i recenti atti normativi, attualmente in discussione in Parlamento, molti di noi dovranno abbandonare le proprie attività nei prossimi mesi, indipendentemente dalle capacità e dai livelli di specializzazione e professionalità raggiunti; professionalità acquisite anche partecipando alle attività dell'AIE e ai diversi momenti associativi.

Molte delle attività di ricerca presentate durante i lavori di questo Congresso non potranno proseguire in modo continuo, così come molte delle attività degli Enti presso i quali attualmente svolgiamo la nostra attività. Per questo motivo riteniamo che le manovre attuali contro le stabilizzazioni e i precari, minino fortemente la ricerca pubblica del nostro Paese che, non solo nel nostro settore, si regge significativamente sul lavoro di personale precario. Il risulta-



to ancor più grave della manovra è che tale minaccia alla ricerca pubblica impatterà negativamente sulla sanità pubblica e quindi su tutti i cittadini. Chiediamo, pertanto, che la nuova segreteria dell'AIE prenda una posizione, secondo modalità tali da renderla visibile verso l'esterno, sulle attuali manovre del Governo sul precariato e in favore della ricerca pubblica.