

3^a Conferenza Nazionale EBP

Verona 14-15 Aprile 2003

Gli screening scolari e prescolari tra evidenza di efficacia e pratica operativa

Piffer Silvano, Bianchi Livia, Kaisermann Daniela

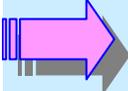
Osservatorio Epidemiologico

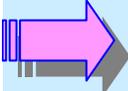
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento



Obiettivi dello studio

Lavoro che l'Osservatorio Epidemiologico ha intrapreso, con l'ausilio degli operatori dei distretti, con lo scopo di descrivere gli interventi attuati nel settore della medicina preventiva dell'età evolutiva,

 per verificarne
l'appropriatezza, in relazione alle evidenze di efficacia
le procedure operative
le procedure informative → **Relazione annuale stato salute**

 ai decisori gli elementi per proporre
interventi di ottimizzazione e di valutazione
uno schema tipo di reporting dei risultati

Metodi

Gruppo di lavoro

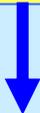
O.Epidemiologico-
Distretti sanitari



Elaborazione delle griglie di osservazione e dei questionari per la raccolta dati → il complesso delle attività di medicina preventiva per l'età evolutiva



Rilevazione sul campo – presso i singoli distretti sanitari con interviste dirette ai referenti per le diverse attività



Analisi delle evidenze presenti in letteratura

Redazione del report

Diffusione ai distretti, alle direzioni centrali, al Dipartimento materno-infantile

Scolaro

Medicina scolastica

pre L.833/78

DPR 264 dell'11.2.1961 DPR 1518 22.12.1967

- si tutela il *singolo*
- prevale la *medicalizzazione*
- l'attività → *visite a tappeto*
- si cercano i *casi patologici*
- il medico scolastico puro *prestatore d'opera*
- *scollegamento* tra i diversi livelli e i diversi servizi sanitari
- *non precisa il rilevamento dati*
- *non è prevista una valutazione*
- *educazione sanitaria abbozzata, atteggiamento paternalistico*



Ragazzo

Medicina preventiva dell'età evolutiva

dopo L.833/78

- si tutela la *comunità* dei ragazzi
- concetto di identificazione dei *rischi*
- i soggetti che intervengono sono gli *operatori sanitari nel loro complesso*
- è inserito *l'approccio epidemiologico*
- si sviluppa il *concetto di valutazione*
- si sviluppa il *concetto di integrazione* tra i servizi che afferiscono all' area
- è definito il *concetto di educazione sanitaria* come principale compito dell'USL
- è definito la *partecipazione e la responsabilizzazione dell'utenza*

La risposta organizzativa nelle regioni

Servizio di Medicina scolastica

Servizio di Medicina preventiva per l'età evolutiva

Servizio Materno-infantile

Servizio di Pediatria di Comunità

Area di medicina preventiva per l'età evolutiva nei Servizi per *l'Assistenza sanitaria di Base* o nei *Servizi di Igiene Pubblica*

Scelte operative autonome

- organizzazione
- interventi
- procedure
- rilevazione/valutazione

Assenza di confronto tra le regioni

Nascita e sviluppo della pediatria di base

Nel tempo una riduzione dell'offerta dei servizi pubblici = razionamento

Il livello aziendale

In varie realtà la separazione a livello di distretto delle competenze di igiene pubblica da quelle di medicina di comunità ha fatto sì che l'area di medicina preventiva dell'età evolutiva sia diventata una **terra di nessuno**.

Le indicazioni nazionali

Piano Sanitario Naz. 98-2000 → **Progetto obiettivo materno-infantile**

Le Regioni indirizzano le A.S.L. all'identificazione.....di un **budget dedicato** alla pediatria di comunità, con particolare riferimento agli **interventi mirati alla sorveglianza epidemiologica ed alla prevenzione primaria e secondaria**, interventi fino ad oggi sostenuti da finanziamenti quasi irrisori e che devono, per contro, essere parte integrante delle politiche di prevenzione concordate con il Dipartimento di Prevenzione.

E' fatto carico alle Regioni programmare..... **azioni specifiche** in merito alla **prevenzione primaria** quale ad esempio quella dentaria (supplementazione con fluoro, programmi di igiene orale, ecc.) e **secondaria** (cura della carie, ecc.).

E' prevista la collaborazione del **pediatra di libera scelta**: all'interno dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile e con il Dipartimento di prevenzione, al fine **dell'osservazione epidemiologica, del monitoraggio delle situazioni a rischio e dell'implementazione dei registri di patologia**.

Il ruolo del pediatra di libera scelta

Professionista responsabile per gli aspetti preventivi e curativi nei confronti del proprio assistito

Bilanci di salute 

1° anno: 5; 2° anno: 1
3° anno: 1; 6° anno: 1
13° anno

Sensibilità famiglie
Problemi informativi
Carenza tra 6-13 anni

Progetti obiettivo 

Prevenzione/assistenza

Spesso svincolati
dalla strategia delle
ASL

Non sempre inseriti nel
Dip. materno infantile
Aspetti sindacali vs. aspetti
sanitari

Campagne vaccinali 

Problemi di raccordo con i servizi vaccinali
Non sicura disponibilità per le campagne vaccinali
Influenzano la complice verso le vaccinazioni
raccomandate

Gli interventi messi in campo



Lo screening

Selezione dei soggetti verosimilmente affetti, da una condizione o da una patologia e pertanto definiti come *positivi* dai soggetti verosimilmente non affetti da quella condizione o da quella patologia e pertanto definiti come *negativi*.

I soggetti positivi → procedure diagnostiche confermative (secondo livello)

I soggetti negativi → o non sono più presi in considerazione o saranno esaminati alle eventuali scadenze successive previste dal programma.

Gli screening infantili

- **Screening delle anomalie del peso e dell'altezza**
- **Boel test**
- **Screening per i disturbi dell'udito**
- **Screening per i disturbi del linguaggio**
- **Screening per i disturbi della vista**
- **Screening per la scoliosi**
- **Screening per l'ipertensione**
- **Screening dell'ipercolesterolemia**

Screening - requisiti

Test

- semplice
- rapido
- poco costoso
- risultati riproducibili
- innocuo
- alta sensibilità
- alta specificità

Patologia/Condizione

- diffusa nella popolazione,
- o importante tale che una diagnosi clinica, pregiudica l'efficacia della terapia e/o la sopravvivenza
- storia naturale nota e per stadi successivi,
- strumenti diagnostici e terapeutici disponibili ed efficaci in fase precoce,
- Elevato valore predittivo positivo e negativo

Le indicazioni nazionali

I livelli essenziali di assistenza: LEA

D.P.C.M. del 29.11.2001

Attività di prevenzione rivolta alle persone

→ Programmi organizzati di diagnosi precoce: **oncologia**

Demanda alle regioni eventuali integrazioni

L'evidenza di Efficacia

I. Evidenza ottenuta da almeno un trial appropriatamente randomizzato e controllato

II-1 Evidenza ottenuta da un trial ben disegnato, controllato, senza randomizzazione

II-2 Evidenza ottenuta da studi analitici ben disegnati, di coorte o caso controllo, preferibilmente da più centri o da più gruppi di ricerca

II-3 Evidenza ottenuta da studi comparativi tra tempi o luoghi diversi, con o senza intervento. Oppure anche risultati “clamorosi” di esperimenti non controllati (es. penicillina, pap test)

III. Opinioni di autorità rispettate, basate sull'esperienza, studi descrittivi, relazioni

IV. Comitati di esperti

La Forza della raccomandazione

- A. Fortemente raccomandato
- B. Raccomandato
- C. Non è possibile né raccomandare né sconsigliare (pochi elementi conoscitivi su cui pronunciarsi)
- D. Sconsigliato
- E. Fortemente sconsigliato

Gli screening infantili - le evidenze di efficacia

US Task Force on Clinical Preventive Services
Canadian Task Force on Periodic Health Examination

Cochrane

- | | |
|---|--|
| • Boel test | C nei lattanti |
| • Screening per i disturbi dell'udito | C in neonati
D oltre i tre anni |
| • Screening per i disturbi del linguaggio | C |
| • Screening per i disturbi della vista (ortottico) | B prescolare
C in età scolare |
| • Screening per la scoliosi | C/D |

C

C

D

D

C

C

D

Gli screening infantili in provincia di Trento

Screening	Fiemme	Primiero	B.Vals	A.Vals	Trento	V.Non	V.Sole	Giudicarie	Alto Garda	Vallag.	Fassa
Disturbi del linguaggio											
Boel test											
Screening audiofonologico											
Screening scoliosi											
Screening ortottico											

Si effettua



Non si effettua



Conclusioni

- Pur a fronte di un razionamento dell'offerta ci sono ancora margini per ottimizzare i servizi di prevenzione infantili → **sfera clinica**
- Oltre ai criteri di EBP, criteri di omogeneizzazione delle procedure
La disomogeneità non crea solo diseconomie ma anche diseguità
- Più spazio alla valutazione → Supporto epidemiologico (**Interventi C**)
- Aspetti organizzativi → non solo EBP ma anche Health Care EB
→ nuovo campo d'azione dell'igienista
- Pacchetto operativo nei confronti dei Pediatri di libera scelta