

Approfondimento PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Gruppo di lavoro: A Carta – M Crippa – E Fazi – G Monesi- S Porru- L Scaglia
Coordinatore F Brandi

PREMESSE GENERALI

Alcune premesse di ordine generale sono indispensabili per meglio comprendere le ragioni di “fondo” su cui si basa questo nostro lavoro, che non consideriamo certo concluso, e deve poter procedere in un rapporto costruttivo tra ruolo/competenza tecnica e proposta /scelta politica.

C'è bisogno di una nuova **culturale generale**, per rendere possibile il processo di profonda innovazione sui temi della salute che andiamo proponendo.

I bisogni di salute e le **sofferenze** nella comunità sono ben noti per l'esperienza concreta che abbiamo come operatori, e alcuni dati forniti dal Documento di Programmazione e Coordinamento dell'ASL di Brescia per il 2015 ce li confermano: forte prevalenza delle patologie **croniche** e della **invalidità**, e grande crescita dei problemi di **salute psichica** (a partire dall'età **pediatrica**).

Non compaiono invece dati precisi riferiti ai problemi di salute dovuti alle **dipendenze da** sostanze legali e illegali, e delle patologie attribuibili **ai rischi connessi al lavoro**, (tumori- malattie respiratorie-afezioni muscoloscheletriche- ...), né risultano **indicatori** di qualità e d'efficacia **dell'intervento preventivo**.

Gli interventi di **promozione della salute** relativi alle dipendenze sono presentati come eventi “spot”, non definiti su un terreno più vasto di progettualità e di articolazione dell'insieme dei Servizi e dei Soggetti che dovrebbero tra loro collaborare. Anche **l'educazione alla salute** si basa su progetti frammentari, con interventi parcellizzati e slegati gli uni dagli altri, nati da richieste estemporanee al di fuori cioè di una strategia accurata, che sappia individuare i principali problemi di salute da affrontare, e stabilire di conseguenza le priorità nelle varie fasce di età della popolazione.

Stili di vita – Ambiente – Condizioni di lavoro- e Condizioni di vita sul piano economico e sociale- sono i principali **determinanti della salute**, e la ricerca epidemiologica ha dimostrato in tempi più recenti (in particolare la scuola inglese) che la cosiddetta **“inequity”** e il mancato **“empowerment”**, hanno una grande responsabilità nel determinare i problemi di salute oggi prevalenti, su una base non tanto o non solo materiale, ma per ragioni di natura psicologica e riferite alla realizzazione di sé.

E' dimostrato che il contributo alla longevità attribuito all' “accesso al sistema sanitario” è pari al

10-15%, quello della genetica è pari al **20%**, mentre è 20-25 % quello del controllo dell'ambiente indoor e outdoor, e **45-50%** quella della condizione socio-economica, che ha una particolare rilevanza su **stili di vita**, controllo del proprio ambiente, **attitudini** – (G. Domenighetti).

In questo ordine di cose la Prevenzione e Promozione della salute costituiscono una assoluta priorità di **valore strategico**, certamente in termini di efficacia e di risultato, ma anche sul terreno delle **compatibilità economiche**.

Non a caso il **“Reforming health systems in times of austerity”**, pubblicato da European Public Health Alliance, pone la **Prevenzione** come l'obiettivo prioritario nel suo programma di intervento, insieme al **rafforzamento delle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria**, lo **scegliere saggiamente, e la lotta alla corruzione**.

E può parer paradossale che tale programma è stato fatto proprio, per il recente appuntamento elettorale, dal governo conservatore inglese che – dopo aver giudicato un enorme errore la riforma da poco introdotta – ha cercato di correre ai ripari: **“La salute futura di milioni di bambini, la sostenibilità del NHS, e la prosperità economica dei cittadini britannici dipende ora da un radicale potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica”**.

E la prestigiosa rivista **Lancet**, che apre una nuova serie di contributi dedicati a **“Chronic Diseases and Development”**, in un articolo del 2015 afferma: **“Le malattie croniche – in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico”**.
Dobbiamo decidere se vogliamo che la **Prevenzione e Promozione della salute** non rimangano relegate ad un ruolo secondario come avviene ora, ma sostengano davvero progetti di intervento e scelte concrete sulla **base scientifica** dell' **“EVIDENCE BASED”**.

La **medicalizzazione della società**, in una dinamica progressiva che oggi pare inarrestabile si costituisce oggi quasi come una “mutazione”

culturale, in grado di determinare il cambiamento della **percezione stessa** dei problemi e della loro **possibile soluzione**, ed ha anch'essa un grande impatto sui costi in sanità.

Il ruolo di una seria **"cultura sanitaria e sulla salute"** spetta ovviamente alle istituzioni sanitarie, ma non può essere demandata solo ad esse, e

dobbiamo credere in un nuovo ruolo dei **Soggetti istituzionali** della rappresentanza, sociale e civile, ed anche **individuali** che siano in grado di entrare in gioco in questa grande partita di trasformazione e responsabilità civile.

Il ruolo "centrale" dei **Comuni** è un tema che bisogna approfondire.

I MODELLI DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE L'APPROCCIO DI COMUNITA'

Impegnarsi per il bene di tutti e di ciascuno perché tutti siamo veramente responsabili di tutti
Giovanni Paolo II - "Sollicitudo Rei Socialis" -1986

L'esperienza epidemiologica oggi molto ricca ci fornisce le basi scientifiche di un approccio rigoroso, lontano da facilonerie interventiste e rispettoso della libertà individuale, ma radicato anche in un robusto spirito di solidarietà senza il quale non c'è una società, e non c'è sanità, e non ci sono vere soluzioni dei problemi.

Ce lo dice in quel piccolo e raro libro che è "La Strategia della Medicina Preventiva", il grande epidemiologo inglese, **G Rose**.

Quando si parla di prevenzione ci si riferisce nella pratica concreta a 2 diversi modelli di intervento: quello su base **individuale** (medico/clinico), e quello di **Comunità/Gruppo** (sanità pubblica - medicina del lavoro).

Bisogna capire bene la differenza di questi 2 modelli.

Il modello medico si rivolge nel campo della prevenzione ai singoli individui, con lo stesso pensiero con il quale ha costituito nei tempi moderni la sua etica, la sua ricerca, e la stessa pianificazione dei Servizi.

Si tratta di un approccio sintomatico, che riguarda i "casi clinici", ma non è "radicale".

Può essere utile e ritardare l'evoluzione del danno, ma si rivolge ad un numero limitato di persone, in genere quando il danno anche se in piccola parte si è già manifestato.

La strategia radicale invece ci permetterebbe di riconoscere e se possibile curare, **le cause** dei nostri problemi principali di salute, distribuiti come fattori di rischio, nella popolazione in toto (comportamenti, stili di vita, inquinanti ambientali), o in gruppi particolari esposti a rischi specifici (come nella patologia da lavoro).

Perché è così importante questo approccio?

La ricerca epidemiologica di Rose ha dimostrato che in una Comunità i rischi per la salute e i danni che ne conseguono sono distribuiti in una maniera "continua" (con il crescere del rischio cresce la probabilità del danno), e che una popolazione può essere studiata come una **"unica entità"** perché fra i

suoi estremi ("il malato") e la sua massa ("la gente normale") non c'è mai una vera separazione.

I soggetti che comunemente cerchiamo di aiutare, le diverse categorie di malati, o che lo stanno per diventare, come gli ipertesi, gli alcolisti, gli obesi, ... e molti altri ancora con particolari problemi, non rappresentano altro che l'estremo di una **distribuzione continua** di questa relazione rischio-comportamento e danno che ne deriva.

Rose ha dimostrato inoltre che vi è sempre una relazione tra i valori medi in una popolazione, si tratti di assunzione di alcol, o di peso, o di PA e la frequenza dei valori **cosiddetti "devianti"**, e cioè alcolisti, obesi, ipertesi.

In poche parole vi sono delle caratteristiche di insieme in una popolazione che stanno alla base delle condizioni "anormali".

E' evidente il riflesso anche sul **piano etico**, oltre che sul modello di conoscenza di una tale impostazione scientifica. **Essere Comunità** è un presupposto indispensabile per produrre sistemi sanitari e sulla salute "sani".

Ma vi è un altro aspetto molto importante che dobbiamo tener presente in un progetto di prevenzione di comunità, ed è il cosiddetto **"paradosso della prevenzione"**.

La prevenzione del basso rischio, riguarda la maggior parte della popolazione, e proprio per questo apporta più benefici che non quella riferita all'alto rischio costituita da un numero molto inferiore di soggetti, seppur questi hanno la maggiore probabilità di avere il danno.

Ciò che è nettamente vantaggioso per la Comunità nel suo insieme, non lo è tale per il singolo individuo.

Si può comprendere facilmente inoltre, ed è stato dimostrato, che anche il trattamento e la prevenzione secondaria dei casi clinici è molto più facile se la Comunità nel suo insieme si riconosce nella riduzione dei rischi per tutti e non si realizza quel clima di **"separazione"**, da cui deriva stigmatizzazione, e discriminazione, di cui è malata la nostra società.

L'ALCOLISMO E I PROBLEMI ALCOL CORRELATI

F Brandi- G Monesi – L Scaglia^o- (° Centro Medico Richiedei- Palazzolo sull'Oglio)

Affrontiamo il tema **Alcolismo e Problemi Alcol Correlati (PAC)** per la dimensione rilevante dei problemi di salute che lo riguardano, e il valore paradigmatico che esso assume nel campo delle dipendenze, e non solo.

Si tratta di un insieme di **problemi e sofferenze** con gravi conseguenze sia in termini di danni che di costi per la nostra società, e per queste ragioni sin dai primi anni '90 l'Ufficio Europeo dell'OMS si è reso molto attivo in questo campo elaborando precise indicazioni di approccio ai casi e di prevenzione nella popolazione generale.

Vediamo innanzi tutto di fare chiarezza sull'alcol, componente obbligato delle bevande alcoliche alcol=

- sostanza psicoattiva
- in grado di sviluppare tolleranza e dipendenza
- caratterizzata da pericolosità sociale (vedi interventi dei prefetti in molte situazioni, manifestazioni sportive e altre occasioni di concentrazione di persone)

Esso esplica una azione tossica su vari organi e apparati in rapporto al consumo totale sviluppato nel tempo, ed in rapporto alla assunzione acuta. Questi problemi risultano massimi nella adolescenza e giovinezza, con particolare riguardo al danno cerebrale che si può manifestare durante gli anni dello sviluppo del sistema nervoso centrale. Questo problema da qualche anno è anche evidenziato con indagini RMN.

E' scientificamente provato che **l'impatto del consumo** comporta 60 diversi tipi di malattie e condizioni quali incidenti, disordini mentali e comportamentali e una serie di danni sociali anch'essi in gran parte dose dipendenti.

L'alcol è il **3° fattore** di rischio per la salute su 26 fattori di rischio nell'UE davanti a sovrappeso-obesità, e dietro solo a fumo e ipertensione, fattori con i quali frequentemente si somma.

E' riconosciuto come **cancerogeno** per l'uomo anche per i bassi dosaggi già dal 1988 (IARC Gruppo 1).

Anche l'impatto sul mondo del lavoro è conosciuto e molto pesante. Secondo l'Organizzazione Internazionale per il Lavoro le **assenze dal lavoro** sono due tre volte superiori in coloro che usano alcol e droghe e l'alcol è implicato nella genesi di numerosi infortuni in molti luoghi di lavoro: tra il 10- 30% sec. OMS - tra il 10-16% sec. il National Institute on alcohol abuse and alcoholism americano e l'ILO. Vi è una relazione tra il numero di soggetti con PAC e le condizioni lavorative, i tipi di occupazione/mansione, e rivestono un ruolo ad

es. le condizioni lavorative sfavorevoli (caldo o freddo, polveri e fumi, prolungati sforzi fisici) quali quelle di manovali e muratori etc., e le condizioni lavorative nelle quali abbiano un risvolto importante gli aspetti psico-sociali **riconducibili allo stress**.

I DATI

La valutazione dell'entità dei problemi legati al così detto **alcolismo** non può prescindere da una valutazione sui **comportamenti** e sui problemi che riguardano l'intera popolazione.

In Italia, negli ultimi 20 anni i consumi di bevande alcoliche sono sensibilmente diminuiti e attualmente sono valutati in poco più di 6 lt di alcol anidro a testa all'anno, rispetto ai circa 13 di 30 anni fa.

Questo fatto, oltre al cambiamento delle modalità di somministrazione e ai cambiamenti delle condizioni di vita della nostra comunità, ha portato ad una importante modifica delle problematiche con riduzione delle malattie tipiche alcolcorrelate (la cirrosi epatica, è in decrescita dal 2002) e persistenza/aumento di tutti i problemi legati ai comportamenti e alle modalità di relazione (alcol e guida, violenza, traumi, infortuni sul lavoro, dinamiche famigliari disfunzionali), anche in relazione alle abitudini di assunzione modificate, che privilegiano l'assunzione delle bevande fuori pasto, spesso con la modalità del binge drinking.

Secondo la relazione annuale del **ministro Lorenzin**, il consumo giornaliero **non moderato** riguarda il **13,8%** della popolazione, cioè **circa 8 milioni di persone!**, con consumi fuori pasto che riguardano circa 14 milioni di persone.

Viene registrato un progressivo avvicinamento nelle abitudini tra i maschi e **le femmine** che nel 30% dei casi continuano ad assumere alcolici in gravidanza, con una stima di fetopatia alcolica di circa 3000 nuovi nati all'anno.

I giovani e gli anziani risultano le fasce di popolazione più colpite.

Per i giovani fino a 24 anni l'alcol rappresenta ancora la prima causa di morte, con 309 morti e 31.305 feriti per incidente stradale nel 2013. Nelle modalità dei consumi fuori pasto un ruolo importante gioca il binge drinking, legato per lo più ai momenti di socializzazione e di divertimento, pubblicizzati anche in barba alla legge vigente, e che interessano pure i giovanissimi (**6,3% degli 11enni**).

Per gli anziani i consumi considerati a rischio interessano il **23,2%** della popolazione sopra i 65

anni.

E' da questa fascia di popolazione che poi emergono i problemi conclamati e, secondo i dati del presidente della FeDerSrD, **dr. Lucchini**, in Italia le persone con possibile diagnosi di alcolismo sono valutabili in **1.500.000** di cui **100.000** seguite dai Servizi. Il costo di tutto questo, in termini puramente economici, è valutabile nel **3,5% del PIL**, circa il doppio di quanto ricavato dal settore della produzione di alcolici.

In Lombardia, considerando l'entità del consumo, si possono applicare le percentuali nazionali che evidenziano la presenza di circa 1.380.000 consumatori a rischio e 150.000 persone con diagnosi di alcolismo di cui **13622 in trattamento presso i Servizi**.

A Brescia la situazione è allineata a quella regionale e si caratterizza per una impronta dei Servizi molto spesso pesantemente medicalizzante per un problema che, a parte le complicazioni mediche e/o psichiatriche, è essenzialmente di tipo culturale e comportamentale, legato alla stile di vita personale, familiare e comunitario, e si sviluppa in termini di processo che evolve nel tempo.

Una ricerca di qualche anno fa su 1500 studenti, curata dal prof Monarca della nostra Università, ha evidenziato dati molto preoccupanti riferiti alla popolazione giovanile: **a 14 anni** il 55% dei ragazzi ed il 52% delle ragazze consuma settimanalmente bevande alcoliche e **a 18 anni** il 57% dei ragazzi ed il 40% delle ragazze ha avuto almeno una ubriacatura nel mese precedente l'intervista.

Lo scarto tra il bisogno e la risposta, come si vede, è enorme, in Italia, in Lombardia e a Brescia.

In particolare non si riesce ad intervenire in termini di trattamento sui casi conclamati (i Servizi ne seguono 1 su 11) e tanto meno si riesce ad intervenire sulle fasce di rischio che riguarderebbero nella nostra provincia circa 165.000 persone!

OPERATIVITA' ATTUALE

Il problema non è tanto o solo delle risorse dedicate, visto che a livello regionale sono attivi 56 NOA, 5 Servizi Multidisciplinari Integrati, due Reparti di Alcologia, 20 Comunità Terapeutiche, parzialmente o totalmente dedicate, 100 gruppi AA, 70 gruppi AlAnon, circa 200 Club Alcologici Territoriali e 25 Club degli Alcolisti in Trattamento, e nella sola **ASL di Brescia** sono attivi 5 NOA, 4 SMI, un reparto di Alcologia, che lavora in rete con i NOA e gli SMI e le realtà di AA, con 14 gruppi, e dei Club, con 45 Comunità famigliari.

L'approccio utilizzato dalla rete dei nostri Servizi segue nella maggior parte dei casi soprattutto il modello medico che, al di là dell'efficacia mai dimostrata in modo univoco, non riesce a coprire tutta l'area del bisogno dei casi conclamati, così come ci viene indicato dai dati epidemiologici di cui disponiamo. Inoltre questo approccio presenta un

rapporto costo/beneficio assolutamente insostenibile per i bilanci del SSN. Anche rimanendo nella sola valutazione del trattamento ambulatoriale ci parrebbe necessario che venisse ricercata e realizzata una **collaborazione** con altri servizi (Servizi psichiatrici, Comuni, SerT) in particolare per i problemi correlati all'uso delle droghe illegali, ai problemi psichiatrici, e alle situazioni di particolare svantaggio sociale. In questi casi sarebbe interessante sperimentare la figura del case manager, l'operatore di riferimento unico per coloro che sono seguiti da più Servizi.

Il reparto di Alcologia di Palazzolo ci pare possa ben assolvere al compito di seguire situazioni di particolare impegno e per condizioni di emergenza sul piano clinico, sociale, e relazionale.

Il nodo più critico appare quello del trattamento, una volta conclusi gli aspetti dell'inquadramento diagnostico e, se necessario, dei provvedimenti urgenti. E' ormai una evidenza condivisa che la efficacia del programma, oltre ad altre variabili, è funzione della lunghezza del programma proposto ed è questa la condizione che, senza limitazioni, possono offrire i Club ed i gruppi AA, ma non possono offrire i Servizi.

Rimarchiamo inoltre che dove, e se, è prevalente la logica medica centrata sui casi, non rimangono risorse per la programmazione e lo sviluppo di programmi centrati sull'intervento di comunità, unica strada per ridurre progressivamente l'area del bisogno, e dei „casi“ conclamati.

PROSPETTIVE

Immaginiamo che con la delibera del dicembre 2014 del 23 dicembre 2014 la Regione Lombardia abbia colto queste problematiche, quando dispone che : „*al fine di favorire la presa in carico dei pazienti con problemi alcolcorrelati e le loro famiglie i Servizi promuoveranno la collaborazione con le associazioni di auto mutuoaiuto territoriale mediante la predisposizione di specifici protocolli*“.

L'indicazione della Regione Lombardia di utilizzare tutte le risorse presenti in una ottica sistemica è apprezzabile ma può funzionare in modo efficace a patto di assumere una modalità di lavoro che permetta a tutti i soggetti coinvolti di esprimere appieno le loro competenze e specificità, in un programma condiviso che possa portare ad un ulteriore sviluppo delle risorse umane disponibili a parità di costi economici.

La documentata efficacia dei programmi centrati sull'approccio ecologico sociale (*vedi "la famiglia e l'alcolismo" Sergio Cecchi 2015; Alcohol end Alcholism febbraio 2013, Characteristics of Alcoholics Attending 'Clubs of Alcoholics in Treatment' in Italy: A National Survey*), che è

presente in Italia con una rete di circa 1500 comunità multifamigliari (i Club) e che in alcune regioni rappresentano una gran parte dell'intervento sviluppato in collaborazione con i Servizi pubblici (Veneto e Friuli V.G. in particolare dove la densità dei Club è di circa uno ogni 3.000 persone) merita una attenta considerazione.

Questa metodologia, tra gli altri aspetti,

- presenta una documentata efficacia nel mantenimento nel tempo della condizione di astinenza, che è poi la variabile più determinante per il successo dei trattamenti.
- cura progressivamente il cambiamento dello stile di vita dei partecipanti e delle loro famiglie, rappresentando solo per questo un elemento di prevenzione delle giovani generazioni.
- l'azione si sviluppa a livello di comunità locale e, in modo diretto, contribuisce a migliorare la cultura generale e sanitaria nei termini della promozione e protezione della salute a partire dai problemi alcolcorrelati e complessi e in quelli più generali dello sviluppo della convivenza e della pace.
- può essere replicata senza limiti e senza costi per il SSN, attingendo alle risorse che la comunità locale può esprimere, in un sistema rodato di formazione e aggiornamento che garantisce la professionalità dell'intervento.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI E CULTURALI

Sin dal 1992 l'Ufficio Europeo dell'OMS ("Alcohol Action Plane 1992-2000") identifica l'alcol quale area prioritaria per le politiche socio-sanitarie e riconosce che la maggior parte dei problemi di alcol, sono associati a **livelli moderati** di consumo, introducendo il concetto di rischio.

E già da allora accanto al tradizionale approccio nei confronti del **rischio elevato**, inserisce un approccio di popolazione finalizzato ad ottenere una riduzione dei livelli complessivi di consumo di alcol (**Alcohol Action Plane (1992) Copenhagen**) avendo riconosciuto che nella società c'è una forte correlazione tra il **consumo medio di alcol** e il numero di **forti bevitori** e propone come vero obiettivo di prevenzione una riduzione per gli Stati membri **del 25% entro il 2000**.

Nel 1991 e 1993 afferma "E' più probabile che siano i forti bevitori, piuttosto che i bevitori moderati, ad andare incontro a problemi gravi legati al consumo di alcol, ma i problemi che i bevitori moderati affrontano sono più numerosi, perché ci sono molti più bevitori moderati che forti bevitori. Quindi, per ridurre i problemi connessi al consumo di alcol, ci si deve porre l'obiettivo di raggiungere sia i forti bevitori che quelli moderati"

*Nel 1995 "La definizione dei problemi legati al consumo di alcol va oltre al **restrittivo** concetto di alcolismo. Tali Problemi Alcol Correlati (PAC)*

*attengono alla sfera **fisica-psichica-sociale** riguardano eventi acuti, incidenti e al tempo stesso problemi cronici, fanno riferimento sia al danno provocato a colui che beve sia a quello che è danneggiato dal bere di qualcun altro" e ancora, "Sono i bevitori cosiddetti sociali a determinare l'impatto socio-sanitario ed economico di maggior peso per la società. Una riduzione dei consumi comporta la diminuzione dei problemi per tutti i bevitori"*

Nel 1999 "Health for all 21st" indica l'obiettivo di riduzione di consumi per il 2015, sotto i 6 litri il pro-capite, 0 sotto i 15 anni

L'Italia è tra i paesi che risulta aver risposto nel **modo migliore** alla riduzione dei Consumi totali realizzando e superando l'obiettivo indicato dall'OMS (riduzione 33%- consumo 6 litri già nel 2010), mancando però l'obiettivo che riguarda la giovane età (0 alcol sotto i 15 anni).

Risultano importanti i dati della ricerca epidemiologica Italiana (**Corrao-Studio GESIA 2007**) che ci dimostrano che tale riduzione ha riguardato soprattutto il bere elevato, molto probabilmente per la presenza diffusa dei CAT e AA, ma non allo stesso modo il cosiddetto bere moderato, al quale si attribuisce un numero invece aumentato di decessi. Nel 1993 di tutti i decessi attribuibili alcol circa 32000 (74%) sono dovuti a consumi bassi (<50g/d) o medi (50-100g/d)

Insomma la parte sommersa dell'iceberg dei PAC (quella attribuibile a consumi ritenuti a basso rischio) ha una dimensione molto più elevata rispetto alla parte visibile dell'iceberg (quella dovuta a consumi considerati a rischio).

La legislazione italiana ha recepito le indicazioni OMS comprese nel Piano di Azione Europeo per l'Alcol del 1992 successivamente aggiornate fino all'ultimo del 2011 che copre l'orizzonte temporale 2012-2020 (EUR/RC61/R4 del 15 settembre 2011), abbassando i limiti di alcolemia ammessi per la guida sino a stabilire un limite, compromissorio, di 0,5 gr/L di alcolemia, forse in procinto di ridursi, ma addirittura di 0,0 gr/L nel caso di professioni delicate e di lavorazioni a rischio infortuni, proprio di alcune mansioni.

Ci riferiamo alla Legge quadro 125 del maggio 2001 sull' "alcol ed i problemi alcol-correlati", e alle leggi e tabelle integrative sviluppate successivamente (Provvedimento PCM del 16 marzo 2006, e Lgs. 81/08, e D L 3 agosto 2009, n. 106) che ha portato nel luogo del lavoro il tema dell'alcol (oltre che delle sostanze stupefacenti) e della tutela della salute. Questa legge contiene anche norme di natura generale finalizzate alla prevenzione, alla cura, e al reinserimento lavorativo, e tra le finalità dichiarate (art. 2) figurano l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche, e la garanzia

“stessa di adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale che si occupa di PAC” utili a promuovere stili di vita sani.

Le indicazioni più recenti, in piena armonia con quanto già noto, sono poi contenute nel nuovo

Piano di Azione Europeo per l’Alcol 2012-2020, approvato con la Risoluzione EUR/RC61/R4 del 15 settembre 2011, di cui il Ministero della Salute ha curato una traduzione italiana, autorizzata dall’OMS, pubblicata sul Portale del Ministero.

PROPOSTE OPERATIVE

Senza entrare negli aspetti organizzativi e burocratici della architettura ASL, ci soffermiamo a ragionare sugli aspetti della funzionalità del lavoro di un NOA, in una situazione culturale che non ha ancora assimilato le conoscenze scientifiche sulla tossicità dell’alcol. Molte persone, anzi, si ritrovano nei guai perché non sanno che lo sviluppo della tolleranza non è un elemento di protezione, ma è il passaggio che consente di aumentare, fino a quando non sopravvengono i danni d’organo, i consumi e questa è la variabile unica, certamente patogena e non discutibile.

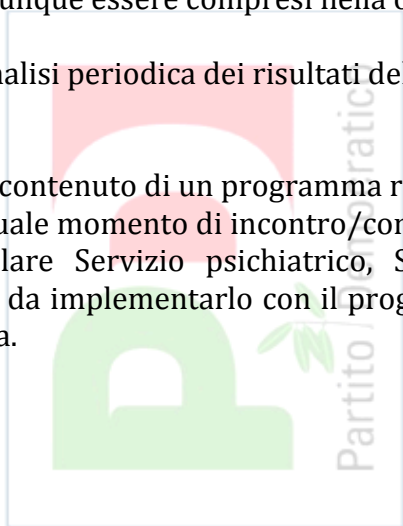
Forse già il percorso in atto per costruire un protocollo di lavoro tra pubblico e privato (NOA/Club/AA) rappresenta una possibilità di cambiamento e in questo senso noi pensiamo che un Servizio per i PAC debba sviluppare un programma indirizzato a

- Consolidare la consapevolezza sui costi sanitari e sociali e sul peso economico di questo problema
- Rafforzare e diffondere la base delle conoscenze aggiornate e documentate riguardo alla tossicità della sostanza e riguardo ai rischi connessi al consumo delle bevande alcoliche
- Migliorare la capacità di trattare tutte le persone con PAC e alcolismo e le loro famiglie
- Rendere stabile il monitoraggio delle attività e degli interventi in modo da valutarne il costo/beneficio.

L’attività che noi chiediamo al Servizio pubblico non può svilupparsi senza un livello di cooperazione con gli altri soggetti del privato sociale (in particolare AA e Club), nel rispetto delle competenze e dei ruoli di ciascuno, che permetta di sviluppare alcuni obiettivi:

- Gli interventi di prevenzione primaria, integrando l’attività già sviluppata dal Servizio specifico della ASL
- Le attività di stimolo e sostegno per lo sviluppo e l’armonica territorializzazione dei Club e dei gruppi AA
- I programmi per la formazione e aggiornamento degli operatori professionali e non professionali, nel rispetto degli approcci seguiti, anche AA e approccio ecologico territoriale, che devono comunque essere compresi nella operatività del servizio
 - La ricerca
 - La documentazione e l’analisi periodica dei risultati del lavoro
 - L’attività editoriale
 - L’attività bibliotecaria

Questi punti dovranno essere il contenuto di un programma ricalibrato annualmente che nella sua stesura dovrà avere un annuale momento di incontro/confronto/condivisione con gli altri Servizi interessati (in particolare Servizio psichiatrico, SerT, Servizi sociali) e con la conferenza dei Sindaci in modo da implementarlo con il programma socio-assistenziale delle varie zone della nostra provincia.



RIFLESSIONI SU SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Stefano Porru*, Angela Carta*, Michela Crippa°

*Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica

Sezione di Sanità Pubblica e Scienze Umane -Università di Brescia

Unità Operativa Medicina del Lavoro, Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale, Spedali Civili di Brescia

° Unità Operativa Medicina del Lavoro, Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale, Spedali Civili di Brescia

PREMESSA

La tutela e la promozione della salute della persona e della società passano anche attraverso le attività di **prevenzione** (primaria, secondaria e terziaria) **negli ambienti di lavoro**.

Negli ambienti di lavoro possono infatti essere presenti numerosi **fattori di rischio** per la **sicurezza** (ad esempio impiantistici, tecnici, organizzativi, procedurali), che hanno come conseguenza principale gli **infortuni sul lavoro (IL)**, ed altrettanto numerosi **fattori di rischio per la salute** (ad esempio chimici, fisici, ergonomici, da organizzazione del lavoro e psicosociali, biologici), le cui conseguenze principali sono le **malattie da lavoro (professionali)** propriamente dette, in cui il lavoro è sostanzialmente l'unica causa, e quelle cosiddette **lavoro-correlate**, dove il lavoro è uno dei talora molteplici fattori causali).

E' rilevante riportare che il costo complessivo stimato di IL e malattie professionali/lavoro-correlate in Italia sarebbe pari a circa il 3% del PIL. Vanno inoltre sottolineati gli aspetti, da un lato, della costante **evoluzione del mondo del lavoro**, con le inevitabili e costanti interazioni con macro fattori socio-economici e politici (ad es. ciclicità dell'economia, cambiamenti legislativi, richieste del mercato, evoluzioni demografiche, disoccupazione e sottoccupazione, fenomeno dell'immigrazione, tensioni sociali, etc.), e, dall'altro, della **progressione quasi tumultuosa della medicina**, con i suoi progressi molto veloci e per cui è necessario costante aggiornamento tecnico-scientifico ed operativo (sia nel versante della prevenzione, sia della diagnosi e terapia, sia della riabilitazione); la consapevolezza di questa dinamica dovrebbe coinvolgere sia il personale sanitario, sia le istituzioni di governo a tutti i livelli decisionali ed operativi.

In questo contesto generale, va quindi tenuto presente che le **condizioni di lavoro hanno un impatto determinante sulla salute e la sicurezza della persona e quindi sul suo benessere, ma anche su quello delle imprese e della società in generale**.

TEMATICHE DI RILIEVO

a) **Malattie da lavoro**

Come per tutti i settori della Medicina, anche in Medicina del Lavoro negli ultimi decenni si è assistito ad una modifica della prevalenza ed incidenza delle varie patologie da lavoro, con pressoché scomparsa dei quadri di intossicazione da sostanze chimiche (ad es. metalli, pesticidi, solventi) o le classiche malattie professionali derivate da esposizioni a dosi generalmente elevate, come la silicosi. Negli ultimi anni, sono emerse problematiche relative ai **tumori lavoro-correlati**, derivati dall'esposizione pregressa a numerosi fattori chimici e fisici cancerogeni; le tematiche a carico **dell'apparato muscolo-scheletrico** nel suo complesso, in conseguenze dei rischi ergonomici/biomeccanici; le **problematiche psicologiche e psichiatriche** derivate dallo stress e dai fattori di rischio organizzativi e psicosociali; le **allergie**, derivate dall'esposizione a numerose sostanze chimiche sensibilizzanti; le patologie lavoro correlate negli **immigrati**; il problema legato all'**invecchiamento** della forza lavoro; la dimensione di **genere**; la gestione delle **patologie cronico-degenerative** nei luoghi di lavoro.

Tutto ciò appare dovuto sia ad un reale aumento dell'esposizione ai vari fattori di rischio, sia ad una maggiore capacità del sistema sanitario di far emergere le situazioni di rischio, sia alle migliori capacità diagnostiche ed alle nuove evidenze scientifiche disponibili.

In termini numerici, l'entità del fenomeno è, in **Lombardia**, per tutte le malattie da lavoro, largamente sottostimata ed esistono dati che dimostrano che **l'entità della sottostima è particolarmente rilevante**.

Il sistema informativo in Regione Lombardia, pur strutturato, non consente ancora di avere un quadro che rispecchi le **attese epidemiologiche** (frequenza, distribuzione, caratteristiche delle patologie) basate sulle stime di letteratura e sulle casistiche disponibili; inoltre, molte **difficoltà** esistono all'interno di singole province, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private (Ospedali ed

Università) e singoli medici (specialisti in Medicina del Lavoro, non specialisti, medici di medicina generale (MMG), medici competenti, medici INAIL, medici patronati sindacali), sulle **modalità diagnostiche**, di segnalazione ed adempimenti medico-legali, e di gestione generale delle malattie lavoro-correlate. In sintesi, le **malattie professionali/lavoro-correlate denunciate in Lombardia** negli ultimi anni sono intorno ai **3200 casi/anno**, di cui indennizzate da INAIL circa il 30%. Di rilievo, l'incremento del fenomeno negli immigrati. Le province dove avvengono molte più segnalazioni di malattia lavoro-correlate/professionali sono quelle di Brescia e di Bergamo, dove infatti da tempo esistono sistemi di rilevazione più articolati e che coinvolgono maggiormente gli enti pubblici dedicati (ASL e le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro-UOOML). A **BS**, il **tasso di segnalazioni/100000 abitanti è circa il doppio della media della Regione Lombardia**, a **BG** il triplo.

I sanitari che effettuano le segnalazioni sono più frequentemente i medici (del lavoro/competenti) d'azienda e le UOOML; mentre sono **pressoché irrilevanti tutte le altre fonti**, come quella dei MMG o degli specialisti in ospedale o dei patronati sindacali.

In generale, la **qualità dei dati appare migliorabile**, così come progressi si possono delineare per la difformità nella raccolta ed elaborazione di dati, sulla limitata attività di ricerca sistematica ed attiva per **l'emersione delle malattie, sull'entità della sottodiagnosi e delle diagnosi non adeguate, nonché della sottonotifica** alle autorità preposte.

Avere dati di qualità ed affidabilità derivati da un sistema strutturato e coordinato consente di prendere decisioni basate su priorità basate sull'evidenza e di allocare correttamente le risorse a tutti i livelli.

b) Infortuni sul lavoro

E' bene sottolineare che gli infortuni sul lavoro costituiscono un indicatore del complessivo funzionamento del sistema salute-sicurezza nei luoghi di lavoro.

Le **cause degli infortuni sono molteplici**, come **molteplici sono le conseguenze per l'individuo** (in termini di salute, disabilità, qualità di vita, condizioni psicologiche, riqualificazione), per

l'impresa (rilevanti costi diretti ed indiretti attinenti a produttività, danni strutturali, adattamenti tecnico-organizzativo-procedurali, responsabilità civile/penale, assenteismo clima-immagine), nonché per **la società** (cure mediche, coperture assicurative, contenzioso giudiziario, invalidità, alterazione dinamiche familiari e di comunità). La Lombardia è di gran lunga al 1° posto nazionale per N° assoluto di IL sul lavoro nel loro complesso (ben oltre 100000/anno negli ultimi anni) nonché per IL mortali e per infortuni indennizzati (oltre 71000 nel 2013, di cui oltre 4000 per invalidità permanenti). E' documentabile, con i soli numeri assoluti, una tendenza alla diminuzione degli IL. Tuttavia, **non sono disponibili denominatori accurati** (numero lavoratori realmente esposti al rischio, numero ore effettivamente lavorate, giorni di prognosi corretti, etc.), che consentano di calcolare gli **indici infortunistici standardizzati** e dati descrittivi basati sull'evidenza tecnico-scientifica e, in realtà, non sembra affatto che gli IL siano in diminuzione tenendo conto del **calo del numero degli occupati e delle ore lavorate** dovuto alla crisi economica degli ultimi 6 anni circa e non è comunque scientificamente e tecnicamente dimostrabile sulla base dei dati attuali.

I settori con **maggior rischio** infortunistico appaiono sempre **agricoltura, edilizia, metallurgia/metalmecanica, trasporti**.

A titolo di esempio, il costo medio di un IL di un lavoratore metalmeccanico, comprensivo di varie voci di costi diretti ed indiretti, è stato stimato poter arrivare anche a circa 2000 Euro/giorno.

Si tratta di **dati assolutamente inaccettabili, eticamente, socialmente ed economicamente**.

Poiché però le cause degli IL sono molteplici, **molteplici sono anche le possibili soluzioni**, di carattere eminentemente multidisciplinare; a tale proposito, andrebbe limitato il tradizionale approccio di carattere statistico-epidemiologico con tendenza alle valutazioni numeriche a posteriori a consuntivo, nonché l'approccio prevalentemente di tipo tecnico-impiantistico e di vigilanza su tali aspetti, per dedicarsi ad **approcci che prevedono multidisciplinarietà e collegialità**, con interventi a tutto campo di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), di monitoraggio e di gestione (sanitaria e non), con focalizzazione aziendale specifica, anche perché non tutte le aziende sono uguali.

IL RUOLO DELLA MEDICINA DEL LAVORO

Le attività di prevenzione rivolte alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro si esercitano attraverso i principi della disciplina Medicina del Lavoro, riconosciuti sia deontologicamente - attraverso il **codice etico**

internazionale (ICOH) degli operatori della salute occupazionale recepito anche nella normativa italiana -, sia legislativamente, attraverso il **D.Lgs 81/08**.

Il carattere eminentemente preventivo si concretizza appunto con interventi di prevenzione:

- primaria (valutazione/riduzione/eliminazione rischi; informazione/formazione/addestramento; monitoraggio esposizione);
- secondaria (sorveglianza sanitaria; individuazione soggetti ipersuscettibili/vulnerabili; prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e riabilitazione di patologie professionali/lavoro-correlate e non solo);
- terziaria (reinserimento e recupero lavorativo dei soggetti con patologie occupazionali e non solo).

Oggi, la Medicina del Lavoro in Lombardia è esercitata da:

- Le **Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro** (UOOML) istituite dalla Regione Lombardia a partire dal 1972, inserite in aziende ospedaliere ed a direzione ospedaliera o universitaria. Ruoli, obiettivi ed attività istituzionali sono definiti dalla DGR n.6/46797 del 3/12/99 ed attengono a diagnosi e trattamento delle malattie lavoro-correlate, all'insieme delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, formazione e didattica, ricerca scientifica, promozione della salute, epidemiologia, igiene industriale; fungono

inoltre da centri di riferimento regionali per specifiche tematiche;

- I **Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro** (SPSAL) inseriti nell'ambito delle ASL, con ruolo prevalentemente di vigilanza e controllo;
- I **medici del lavoro/medici competenti**, liberi professionisti o inseriti in strutture sanitarie private, che operano presso le aziende ed attuano quanto previsto dalla normativa vigente (D.Lgs 81/08 in primis).

Ulteriori riferimenti sono l'INAIL, i patronati sindacali, le società professionali e scientifiche con le loro sezioni anche regionali/provinciali.

E' evidente come il raggiungimento degli obiettivi della Medicina del Lavoro richieda un **approccio multidisciplinare** che implica dialogo e collaborazione tra le istituzioni (es. Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità; gli enti pubblici che istituzionalmente seguono la Medicina del Lavoro quali le ASL e le UOOML); le associazioni di categoria dei lavoratori e dei datori di lavoro; le varie figure tecniche professionali e loro associazioni (medici competenti, tecnici della prevenzione, ingegneri, chimici, etc.); le associazioni scientifiche; gli Ordini dei Medici; i patronati sindacali. **Tuttavia, tale approccio multidisciplinare appare, finora, generalmente disatteso.**

CRITICITÀ

Numerose sono le **criticità** nel campo della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Non è qui la sede per affrontare tematiche di livello nazionale, pur ben note agli operatori di Medicina del Lavoro, e relative soprattutto ad alcuni aspetti di carattere legislativo (in particolare il D.Lgs 81/08).

Invece, ci sembra utile sottolineare alcune **aree prioritarie di riflessione e di potenziale intervento di sistema a livello regionale, tutte di seguito descritte sinteticamente e per cui è necessario ulteriore confronto ed approfondimento, anche operativo, con tutti gli interessati:**

- necessità di un significativo ulteriore impegno a **limitare/eliminare** il fenomeno - diffusissimo a tutti i livelli professionali - della **sottodiagnosi e della sottonotifica degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali/lavoro-correlate** e, contestualmente, di incidere, in modo tecnico-scientifico, sul sistema di riconoscimento degli **indennizzi** in sede assicurativa e sulla qualità del **sistema peritale** in sede giudiziaria. Va a tale proposito sottolineata la forte **burocratizzazione** del sistema, in particolare delle certificazioni INAIL, che ostacolano

ulteriormente, e che potrebbe essere contrastata

- incrementare **l'accesso all'assistenza sanitaria** nei luoghi di lavoro. Secondo l'ISTAT, in Lombardia oggi lavorano circa 4,6 milioni di persone; non tutti questi lavoratori hanno avuto la dovuta valutazione del rischio e certamente non tutti quelli che sono a rischio hanno la relativa sorveglianza sanitaria né la vigilanza ed il controllo sono capillari
- migliorare la **qualità della sorveglianza sanitaria** nei luoghi di lavoro; è esperienza comune, soprattutto in chi lavora negli enti pubblici (ASL, UOOML), che la qualità delle attività e delle prestazioni dei medici del lavoro/competenti particolarmente liberi professionisti o inseriti in strutture private è **in generale limitata** (indipendentemente dal formale rispetto della normativa vigente); vi sono anche dati pubblicati ed esperienze locali che lo dimostrano ulteriormente. Non sono operativi sistemi di governo (a vari livelli) che garantiscano l'effettuazione di tali attività secondo **standard di qualità, pur ampiamente disponibili**, né il loro controllo

- **alcol, tossicodipendenze e lavoro;** questo tema, di elevato impatto soprattutto sia per i riflessi individuali, sia per le significative ricadute gestionali aziendali, dovrebbe essere più compiutamente affrontato in coordinamento con gli altri interventi di carattere sociale
- **immigrazione e lavoro;** il soggetto immigrato è un lavoratore generalmente più vulnerabile ai fattori di rischio lavorativo ed esistono dati sull'ineguaglianza di trattamento rispetto ai nativi; in Lombardia, essi costituiscono oltre il 10% dei lavoratori occupati e in alcuni settori ed aziende (soprattutto in settori particolarmente a rischio come edilizia e metallurgia) possono rappresentare ben oltre il 50% della forza lavoro
- la **sorveglianza sanitaria degli ex esposti**, in particolare ad agenti cancerogeni come l'amianto; ancora, vi sono problematiche organizzative da un lato e tecnico-scientifiche dall'altro, che è necessario affrontare più incisivamente
- il grande tema dei **fattori di rischio correlati all'organizzazione del lavoro, allo stress lavoro correlato, al benessere sul lavoro;** esistono parecchi strumenti di valutazione, mentre sono assai meno disponibili le soluzioni, su cui è necessario un intervento di sistema che coinvolga operatori sanitari ed aziende
- **rivedere il ruolo delle UOOML**, che in alcune realtà appare svuotato e ridotto di significato, con progressiva perdita di un rilevante e storico **patrimonio organizzativo e culturale, nonché tecnico-scientifico ed operativo** di rilievo; le UOOML hanno notevoli potenzialità, dovrebbero rappresentare l'eccellenza nell'ambito della Medicina del Lavoro lombarda e costituire riferimento naturale ed istituzionale per una molteplicità di utenti (aziende pubbliche e private, medici di medicina generale, patronati sindacali, medici competenti, INAIL, associazioni professionali e scientifiche, etc.). Tuttavia, esistono criticità quali, ad esempio: approcci preventivi,

diagnostici e terapeutici diversificati tra UOOML, anche come qualità; mancanza di indagini multicentriche epidemiologicamente rilevanti, con ricadute da applicare sul campo; differente appropriatezza nell'uso delle risorse regionali; scarso coordinamento e scarsa collaborazione tra UOOML finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni con valenza regionale e non esclusivamente locale; attività cliniche e preventive delle UOOML rivolte spesso solo alle strutture ospedaliere ospitanti (UOOML come medici competenti della loro azienda ospedaliera), con ruolo istituzionale di secondo livello molto limitato; scarso impatto sul territorio

- **scarsa uniformità nell'approccio delle attività di vigilanza e controllo**, tra le ASL ed all'interno degli operatori della stessa ASL. Ciò comporta numerose problematiche sia per gli operatori sanitari, sia per le aziende, sia per i lavoratori
- **scarsa incisività e specificità delle attività di informazione e formazione nelle aziende, senza valutazioni di efficacia**, con notevole spreco di risorse
- **assenza di valutazioni costo/beneficio e costo efficacia per alcune attività preventive, ad esempio per la sorveglianza sanitaria o per gli interventi sulla prevenzione degli infortuni.**

La mancanza sostanziale di studi di intervento e di questi dati indebolisce il sistema di governo e la qualità delle scelte sia gestionali che operative di tutti.

Il risultato finale ed integrato di queste criticità è che permangono troppi ed inaccettabili infortuni sul lavoro e troppe ed inaccettabili malattie correlate al lavoro pur sottostimate largamente, sussiste una complessivamente limitata qualità delle prestazioni di medicina del lavoro, i controlli e la vigilanza non appaiono adeguati alle necessità, vi è scarsità di dati epidemiologici affidabili e su cui basare decisioni ponderate ed un'allocatione delle risorse che sia giustificata dai dati tecnico-scientifici.



PROPOSTE

In considerazione di quanto soprariportato, ci sembra utile formulare alcune proposte di intervento (non in ordine di priorità!), anch'esse preliminari e da discutere ed approfondire con tutti gli interessati:

- identificazione ed applicazione di criteri il più possibile condivisi per la **gestione della malattie professionali/lavoro-correlate** (ad es. diagnosi, aspetti medico-legali ed assicurativi, identificazione di strutture di riferimento per specifiche patologie; esistono esempi in Lombardia ed anche a Brescia)
- promozione di **standard di qualità e di indicatori di efficacia** da applicare e su cui vigilare, per le strutture pubbliche e private e per singoli professionisti
 - promozione di **buone prassi** tecniche, organizzative, procedurali e sanitarie per la gestione di aspetti di particolare rilevanza per la Medicina del Lavoro e fondate su solidi principi dell'etica dei professionisti della salute occupazionale (vedi anche criticità sopra riportate ed i piani regionali e locali stabiliti per il 2014-2018 in Lombardia)
 - pianificazione ed attuazione di **interventi preventivi mirati** "di comparto", la cui priorità sia individuata sulla base di chiare evidenze epidemiologiche e tecnico-scientifiche e non da interessi specifici ed i cui indicatori siano non solo (ad esempio) il n° di controlli effettuati dall'ASL, ma siano quelli validati da gruppi di lavoro collegiali e rappresentativi dei portatori di interessi
 - intraprendere azioni per **generare dati epidemiologici** più **adeguati**, sia per gli infortuni sul lavoro, sia per le malattie professionali/lavoro-correlate, attraverso ad esempio l'acquisizione di denominatori e conseguentemente il calcolo di indici attendibili e validati;
 - ridisegnare il ruolo e le attività della **Commissione ex art 7 D.Lgs 81/08**
 - incrementare le **iniziative** di governo che **coinvolgono il territorio e tutti i portatori di interessi (stakeholders)**, anche attraverso (ad esempio) conferenze di servizio, al fine di avere una base di dati di "bisogni", per l'identificazione di esigenze specifiche dell'utenza e per instaurare un **clima di multidisciplinarietà** stabile e costruttivo
 - incrementare significativamente le iniziative di **coinvolgimento** degli **Ordini dei Medici e dei MMG**, per l'incremento delle conoscenze delle malattie da lavoro, per la loro diagnosi ed emersione, per la gestione di singoli casi, in collaborazione con il medico d'azienda; per migliorare la collaborazione con ASL e UOOML
 - incrementare e sostenere significativamente le iniziative di **ricerca sistematica in ospedale** delle malattie professionali/lavoro-correlate, utilizzando metodiche collaudate e validate già disponibili presso le UOOML e le ASL
 - intraprendere iniziative di governo per **migliorare la collaborazione tra ASL e UOOML**
 - effettuare **studi epidemiologici multicentrici**, in particolare per **verificare efficacia di interventi** già intrapresi, magari a partire (ad esempio) da una "banca delle soluzioni" o di interventi già disponibili che hanno dimostrato efficacia (ne esistono in Lombardia ed anche a Brescia), messi a disposizione di tutti gli operatori di medicina del lavoro
 - intraprendere iniziative per stimolare la **collaborazione con i patronati sindacali**, anche per estendere la tutela assicurativa e legale al maggior numero di lavoratori, soprattutto i più vulnerabili

- elaborare un **sistema veramente premiante per le aziende virtuose** e che salvaguardi chi lavora bene in tema di salute e sicurezza sul lavoro, basato su indicatori condivisi e su esperienze già effettuate anche in Lombardia
- **investire significativamente nella professionalità e competenza delle strutture pubbliche di Medicina del Lavoro in Lombardia (UOOML e ASL)**, ad esempio migliorandone la formazione, ampliandone l'organico e dotandole di adeguate risorse.

CONCLUSIONI

In generale, le motivazioni – **di alto profilo individuale e sociale, sanitario e non sanitario** - che dovrebbero portare il sistema di governo e tutti i portatori di interesse a **seguire con più incisività ed attenzione il tema della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro**, sono essenzialmente **etiche-deontologiche e tecnico-scientifiche** prima ancora che **legislative**; sono motivazioni dettate dalla necessità di tutelare la **sanità pubblica**, al fine di scegliere **priorità di intervento** nonché per la più efficace ed efficiente **allocazione delle sempre carenti risorse**; sono infine motivazioni dettate dalla necessità di dedicare **attenzione alla persona che lavora**, per i rilevanti effetti sulla salute e sicurezza sua e di terze persone, per i singoli provvedimenti clinici e lavorativi (ad es. accertamenti diagnostici, terapie, riabilitazione, idoneità lavorative) che hanno anche forti ricadute sull'impresa e sulla società; sono infine motivazioni dettate **dall'attenzione al mondo delle imprese**, che vanno sostenute nei loro sforzi di migliorare le condizioni di lavoro.

Il contrasto alla sottovalutazione dei temi sopraccitati sia da parte politica, sia sindacale, sia tecnico-scientifica, sia anche aziendale/datoriale, dovrebbe essere il fulcro di un'azione sistematica di governo che porti ad un reale cambiamento dell'attuale situazione che appare attualmente in stallo o in regressione.

Tuttavia:

- se è vero che **esistono criticità** in termini di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, rilevanti ed a vario livello; se esistono **possibili soluzioni** preventive; se esistono **vantaggi tangibili** nella prevenzione, nel breve-medio- lungo termine e se i **costi della prevenzione sono inferiori a quelli della NON prevenzione**;
- allora, bisogna sostanzialmente domandarsi se effettivamente **etica, buone prassi tecnico-scientifiche, qualità, multidisciplinarietà, buon rapporto costo/beneficio/efficacia, vantaggi in termini epidemiologici, di produttività, di benessere, di clima aziendale e sociale, di relazioni tra parti, INTERESSANO il livello politico prima ancora che quello aziendale, dei lavoratori e degli operatori tecnici e sanitari del settore.**

Se la risposta è sì, allora è necessario un impegno sistematico e programmatico di ampio respiro, che attraverso un investimento mirato, testimoni la volontà di rafforzare le attività di prevenzione e promozione della salute nel mondo del lavoro, essendo certi che **più etica, più competenza tecnico-scientifica, più buone prassi concrete e meno burocrazia, più qualità e più investimento sui vantaggi lavorativi, clinici, epidemiologici, scientifici, didattico-formativi e culturali sia l'unica strada per raggiungere significativi e duraturi benefici per lavoratori, imprese e società.**