



Dipartimento Sanità
Brescia

***VERSO UN NUOVO GOVERNO DELLA SANITA' E DEL WELFARE
IN LOMBARDIA:
UN LABORATORIO APERTO PER APPROFONDIRE
I TEMI DELLA SALUTE E DEL BENESSERE A BRESCIA***

**La salute bene comune:
dalla cura della persona
al benessere della comunità**

Botticino – Festa Democratica Provinciale di Brescia 2015

Relatore Ferdinando Brandi

Le differenze riguardano la popolazione come insieme Keys(1970)- Diapositiva 1

Individui e popolazioni

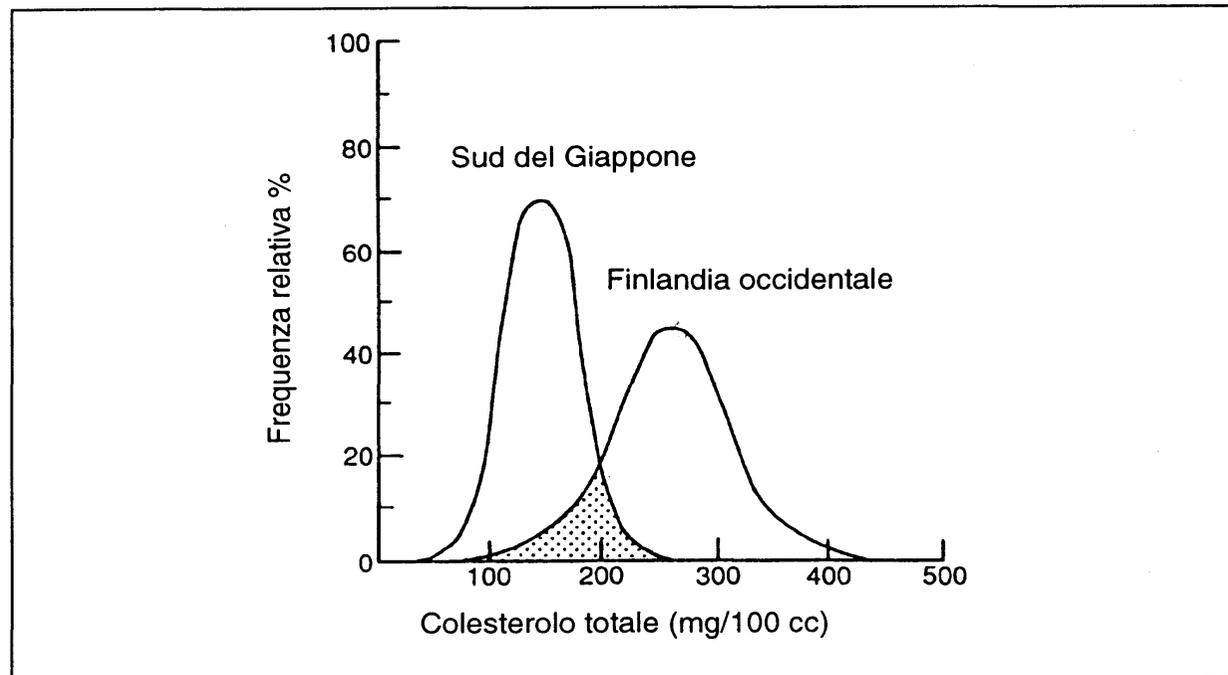


Figura 5.1 - Contrasto fra le distribuzioni del colesterolo nel sud del Giappone e nella Finlandia occidentale.

Da: *La medicina preventiva*, Rose 1992

Il Cambio di Paradigma: la Prevenzione e la Promozione della salute secondo l'Approccio di Comunità

Da "Le Strategie della Medicina Preventiva"-G Rose. Diapositiva 2

- I 2 approcci della prevenzione: quello **individuale** (medico/clinico), e quello di **Comunità/Gruppo** (sanità pubblica–medicina del lavoro).
- **Il modello medico** si rivolge ai **singoli individui**, è un **approccio sintomatico**, e riguarda i **“casi clinici”**. Può essere utile a ritardare l'evoluzione del **danno**, ma si rivolge ad un **numero limitato** di persone, in genere quando il danno magari 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, condizioni psico-sociali..), o in **gruppi particolari** esposti a rischi specifici (come nella patologia da lavoro

Ci sono **2 principi** fondamentali della relazione rischio/danno

- La relazione tra il **rischio e i suoi effetti** può essere studiata solo all'interno di una popolazione e non è possibile parlare di prevenzione al di fuori di essa (no rispetto **al singolo**)
- Si ha la certezza di una **frequenza di effetti** in una popolazione ma non si può mai sapere chi sarà colpito (a causa della **variabilità biologica**)

-

Il paradosso della prevenzione- Siamo comunità diapositiva 3

- 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** rivolta ad un numero molto inferiore di soggetti, seppur questi hanno la **maggiore probabilità** di avere il danno

E' il **Paradosso della Prevenzione**: i **maggiori risultati riguardano comportamenti che hanno molta minore probabilità di procurare danni** , ma che interessano una **popolazione più vasta**

Riconoscerci come “comunità” è un presupposto indispensabile per produrre **sistemi sanitari** e sulla salute **“sani”**.

Il ribaltamento del sentire comune e anche di quello medico diapositiva 4

- Abbiamo una **cultura** che **separa**–distanzia–**stigmatizza**...avviene forse per vincere la **paura**, un sentimento molto diffuso, a fior di pelle, che in-forma.
- Il nostro linguaggio sulla **salute**, e non solo, sono molto condizionati dal cosiddetto “**modello medico**” di malattia. **Categoriale: SI/NO**- Gli ammalati separati dai sani- Ma questa rappresentazione **non corrisponde** alla realtà- (**la mappa non è il territorio**)
- **Es.** L'ipertensione è un tipo di malattia, nella quale il difetto è quantitativo e non qualitativo. “E' difficile per i medici capire questo concetto perché si discosta dal normale processo mentale binario al quale sono abituati. La medicina allo stato attuale può contare sino a due ma non oltre (Pickering 1968)”.
- **Questo vale per tutte le malattie**
- **La malattia è un processo** che si sviluppa, ed è sempre ad una dimensione quantitativa che ci si deve riferire.

Tutti i principi esposti sull'approccio di comunità sono stati validati nel caso dell'alcol-diapositiva 5

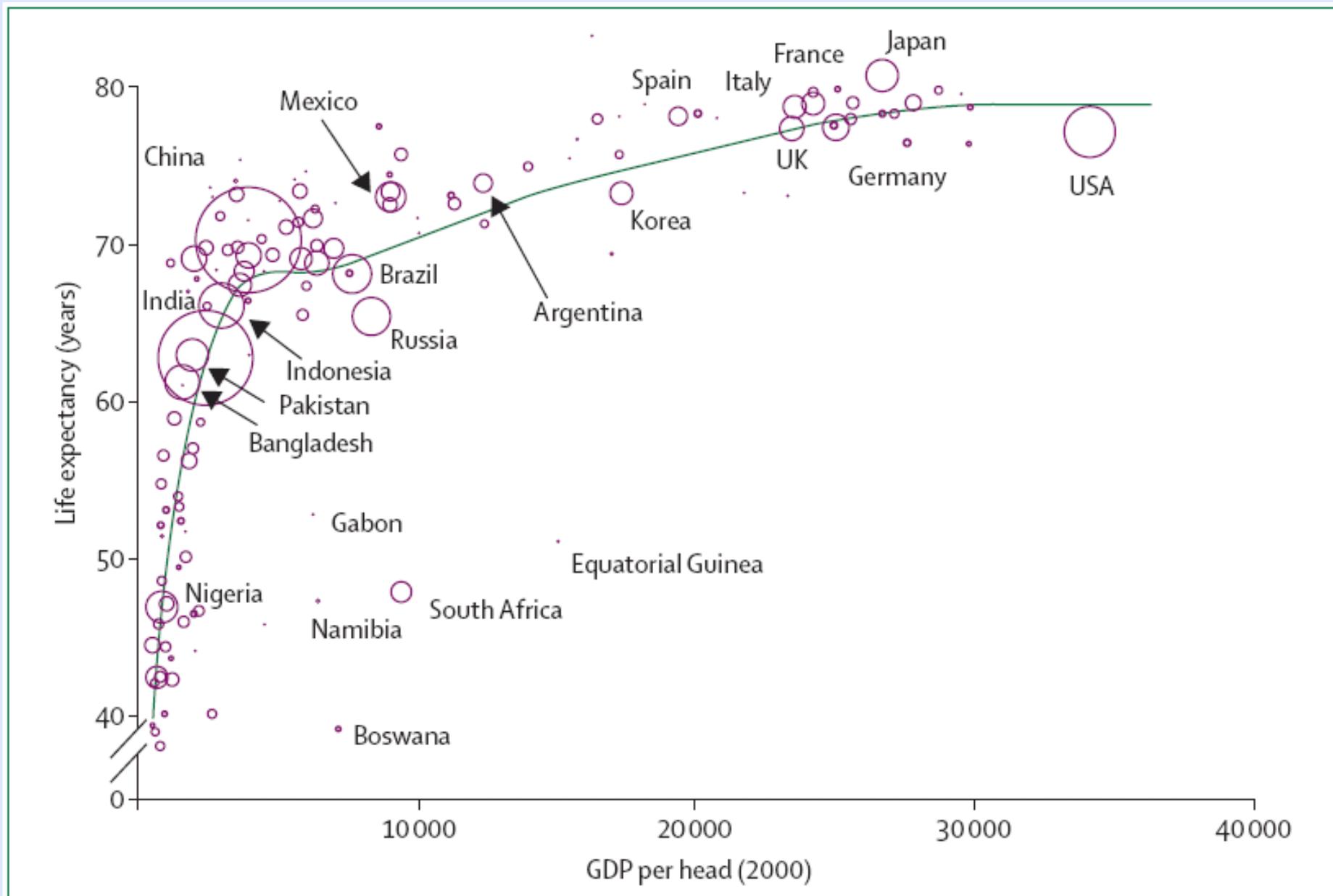
- **I Problemi Alcol Correlati** non riguardano solo i **forti bevitori**, ma l'intera popolazione dal momento che anche il cosiddetto “**bere moderato**” contribuisce fortemente alla somma complessiva di danni alla salute; infatti non c'è per questa sostanza una **soglia** sotto della quale non ci sia rischio
- **Per questo l'OMS EUROPA indica agli Stati membri come misura di prevenzione la riduzione dei consumi per tutti, attuata con interventi di popolazione e sui gruppi ad alto rischio.**
- **Ancora OMS mette in evidenza che l'intervento sui casi è molto più efficace quando si integra con l'intervento di Comunità**

DETERMINANTI DELLA SALUTE

(E CONTRIBUTO (in %) ALLA LONGEVITA')



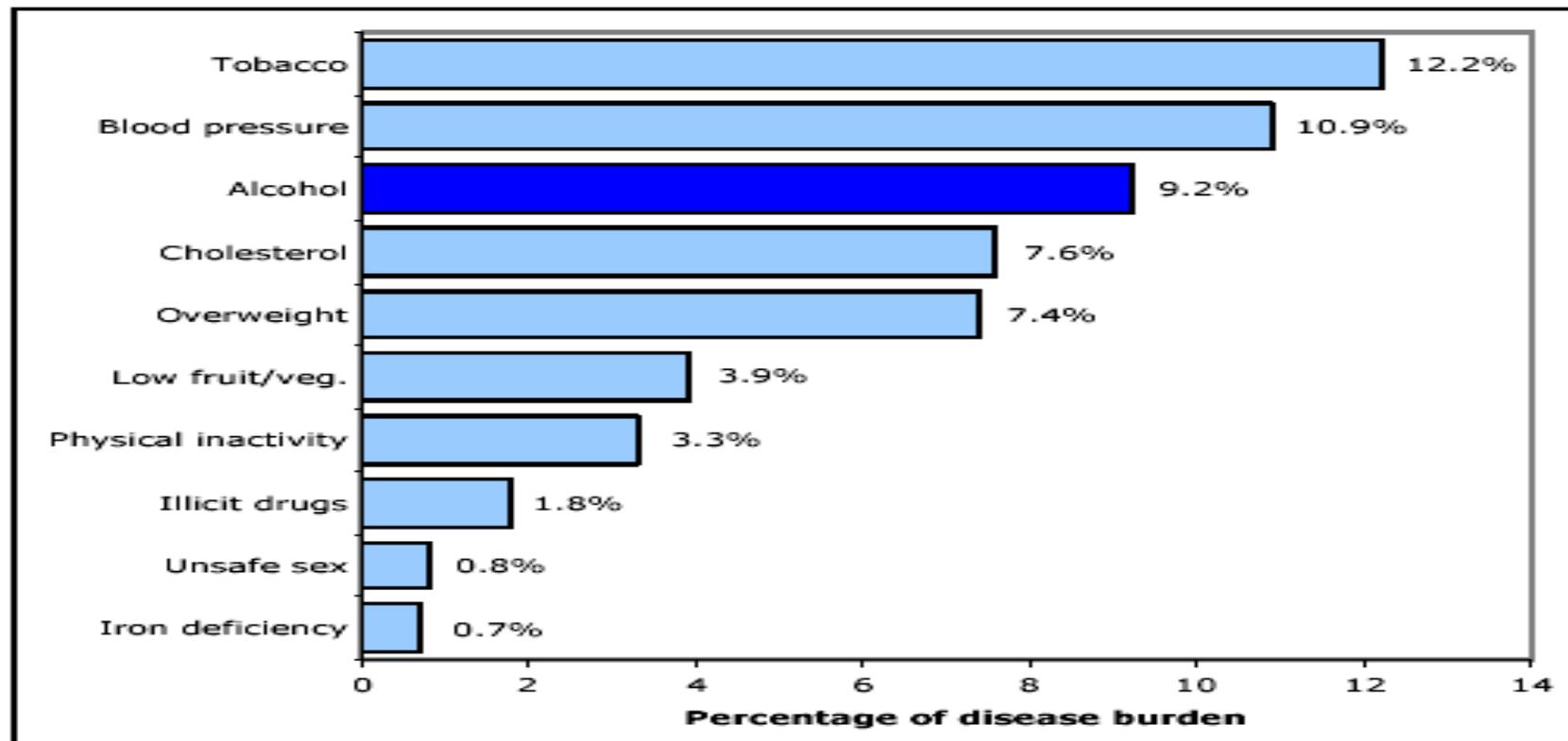
Marmot –Lancet (2006)-diapositiva 7

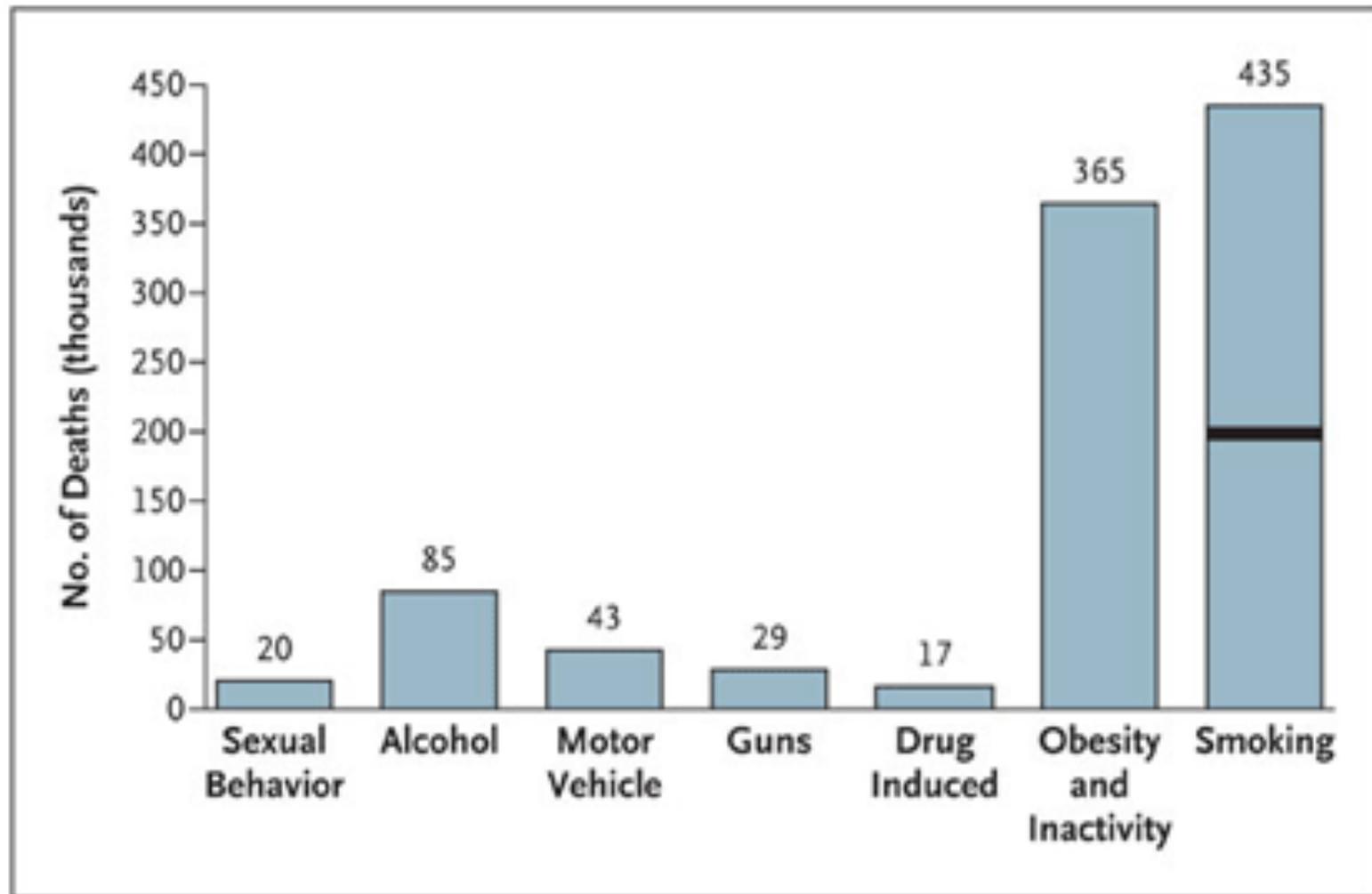


Stili di vita — diapositive 8-9-10

- **Abitudini alimentari**
- **Fumo, alcol..**
- **Attività fisica/sedentarietà**
- **Consumo di sostanze**

MAJOR BURDEN OF DISEASE – LEADING 10 SELECTED RISK FACTORS IN DEVELOPED COUNTRIES, 2000

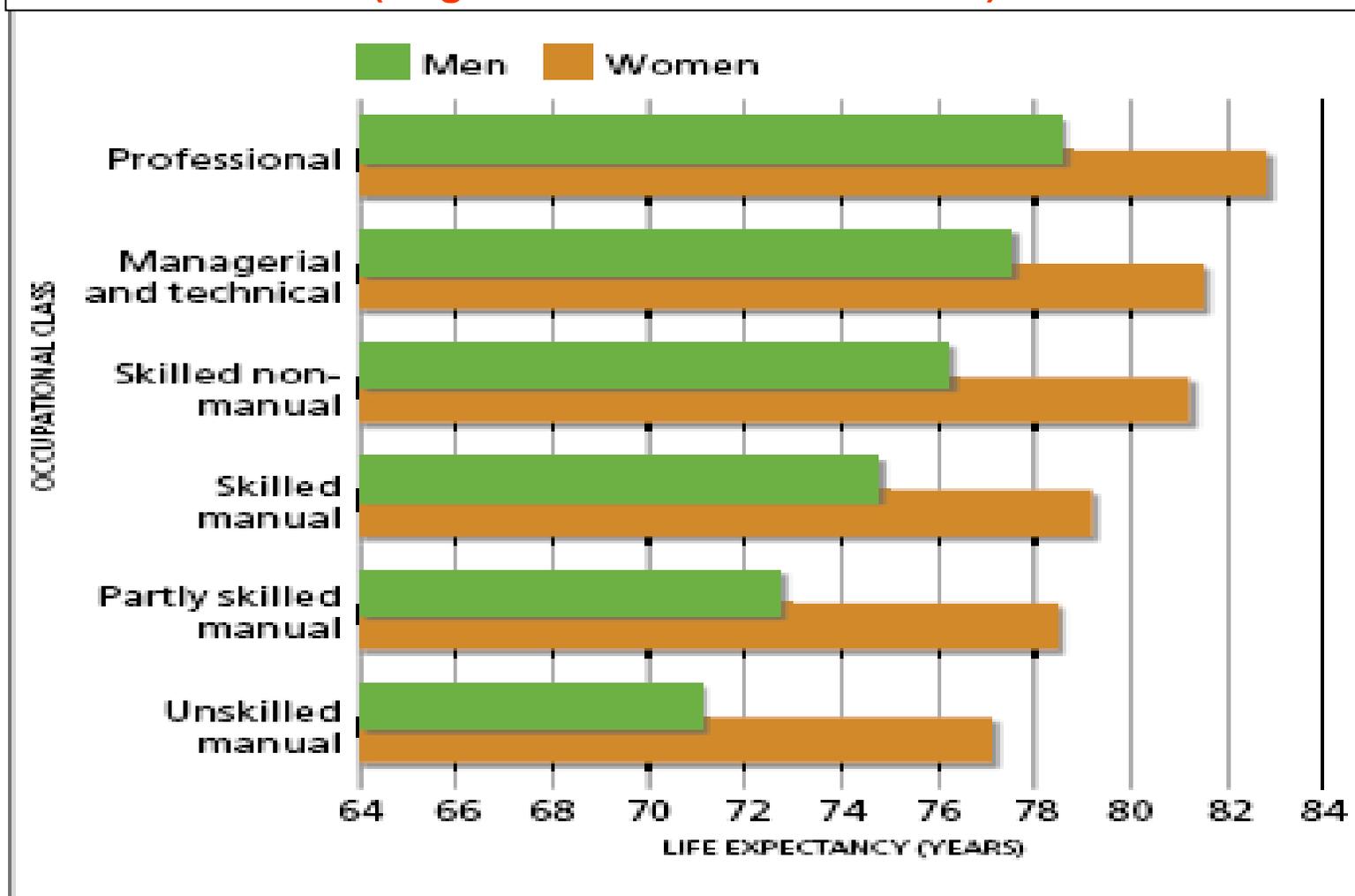




Numbers of U.S. Deaths from Behavioral Causes, 2000.

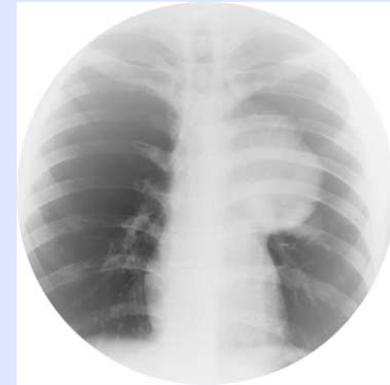
“I PIÙ IMPORTANTI DETERMINANTI DELLA SALUTE SONO SOPRATTUTTO ECONOMICI E SOCIALI, DI CONSEGUENZA I RIMEDI NON POTRANNO CHE ESSERE DI TIPO ECONOMICO E SOCIALE”.

SPERANZA DI VITA SECONDO LA CLASSE SOCIO - PROFESSIONALE (England and Wales 1997-1999)

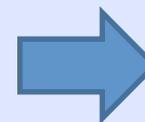


SOURCE: Marmot et Al. WHO 2003

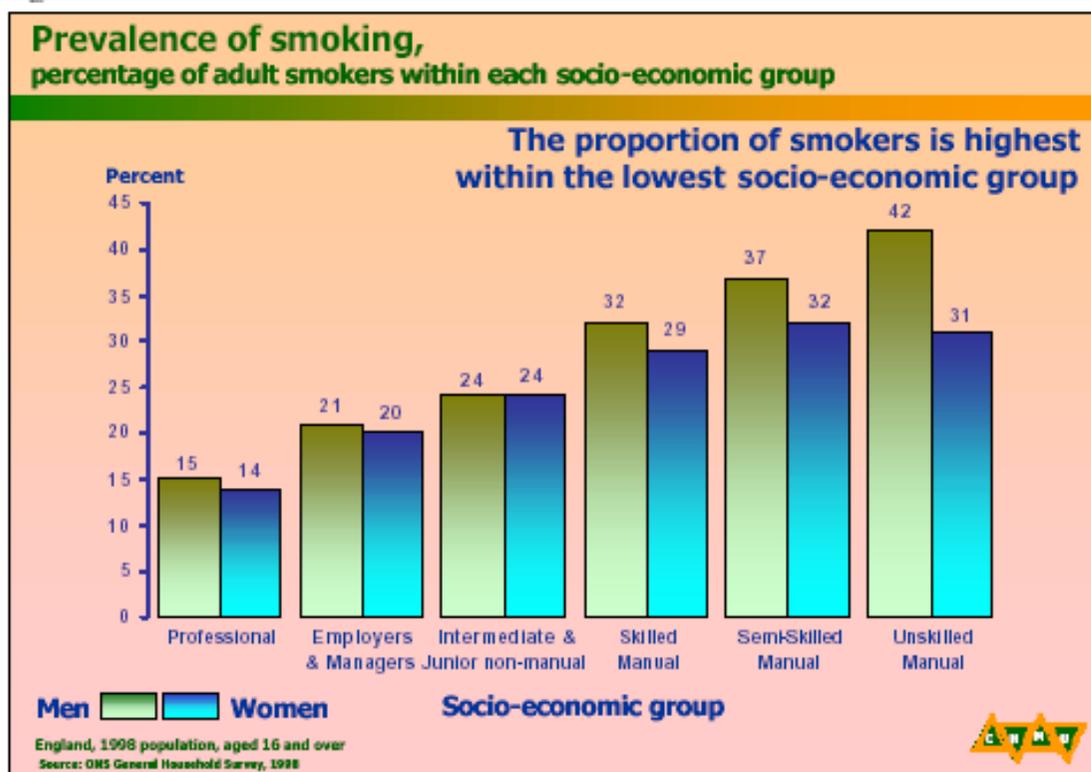
Cause distali



Lung cancer Rates per 1000,000			
<i>Social class</i>	<i>Year</i>		
	1970-72	1979-83	1991-93
I – Professional	41	26	17
II – Managerial & Technical	52	39	24
III(N) – Skilled (non-manual)	63	47	34
III(M) – Skilled (manual)	90	72	54
IV – Partly Skilled	93	76	52
V – Unskilled	109	108	82
England and Wales	73	60	39



Cause distali



Il disagio sociale (sia esso valutato in base alla situazione abitativa carente, al basso reddito, alla mancanza di un genitore, alla disoccupazione o alla condizione di senzatetto) è associato a elevati tassi di tabagismo e a bassissimi tassi di abbandono del vizio.

(“The solid facts”, Wilkinson, Marmot)



**Stili di vita:
scelte individuali
e/o correlate al
contesto in cui si
vive?**



La lezione di M. Marmot: da “Harveian lecture: Health in an unequal world” (2006)-diapositiva 16

- Migranti Giapponesi in USA: aumento insorgenza di mal. Card.vasc. In parte per **cambio dieta** e in parte per ridotto effetto protettivo del gruppo etnico come fattore coesione sociale (**ambiente sociale**)
- “Whitehall study British civil servants I e II”: relazione tra posizione nella **gerarchia sociale** e gradiente nella **mortalità** per mal. card vasc.(al di là di condizioni di **deprivazione materiale**), confermata 20 a. dopo anche per le **donne** e per le altre **malattie trasmissibili**
- Stessi risultati riguardano i gruppi etnici di Canada, New Zelanda, e Australia rispetto alla intera popolazione (Mortalità ed **esclusione sociale**)
- Studi recenti in Unione sovietica e Paesi Europa Centrale dopo la caduta dell’Unione sovietica riscontrano gradiente di mortalità rispetto a gradi di **educazione/formazione**

Povert  e ricchezza ed effetti per la salute

(Marmot)- diapositiva 17

- **Povert ** in paese ricco non deve essere vista come **una** deprivazione **materiale**; vuol dire piuttosto non **partecipare** pienamente alla **vita sociale** e non poter vivere la vita che si desidera, poterla **controllare**: **maggiori** le limitazioni..**peggiore** la salute
- Le malattie che rendono l'attesa di vita bassa in Russia e in USA, pi  bassa che in altri paesi ricchi, non sono quelli che associamo alla povert : **l'eccesso di mortalit **   dovuta a **no-trasmissibili malattie** e a **violenza**
- E' pensabile che le cause di mal card.vasc. e tumori siano le stesse ovunque si verificano

L'ineguaglianza ed effetti per la salute - Wilkinson e Pickett "The Spirit Level" – 2009-diapositive 18->23

Studio di distribuzione del reddito e di stato di salute nelle società sviluppate

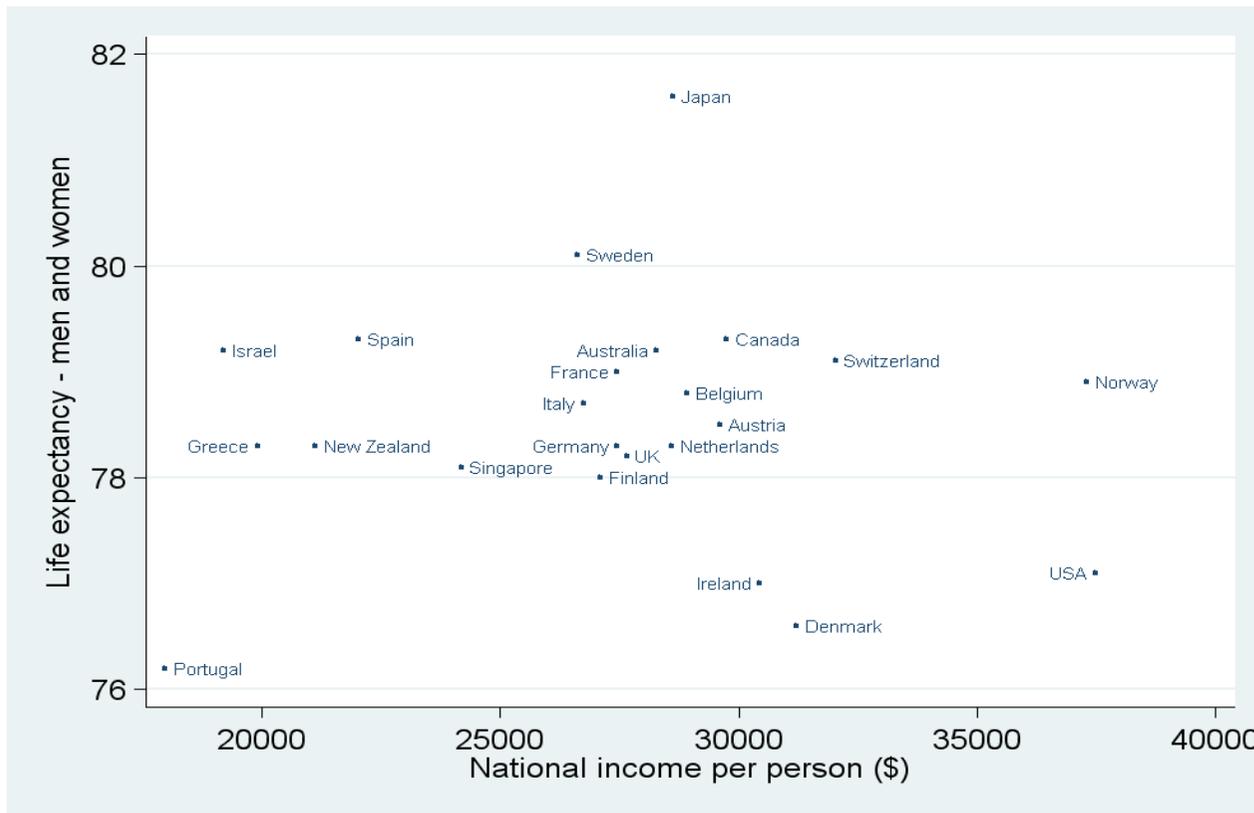
Il **cuneo delle disuguaglianze** ha effetti negativi su un'ampia gamma di fenomeni sociali e sanitari che vanno da:

- minore **aspettativa di vita** a prevalenza **malattie mentali**
- da **uso di droghe** a percentuale di **persone obese**
- da **tasso** di omicidi a quello di **detenuti** delle carceri

- Le società più diseguali sono le più disfunzionali per relazioni sociali-comportamenti a rischio e salute della popolazione
- I meccanismi plausibili: lo **stress** psicosociale a livello **individuale** e la liquefazione del "**capitale sociale**" a livello di **popolazione**

Tra i Paesi ricchi l'attesa di vita non è in relazione con le differenze nella quantità di reddito

Among the rich countries life expectancy is not related to national differences in average income



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk

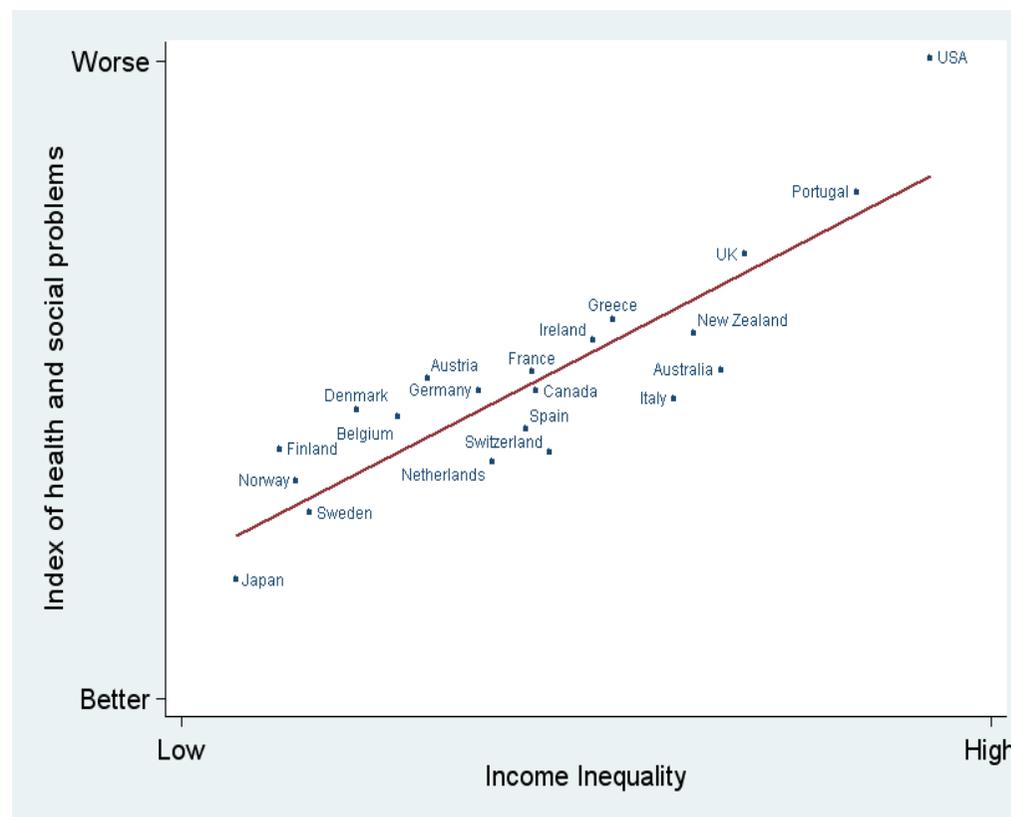
The Equality Trust

Salute e problemi sociali sono peggiori nei Paesi più diseguali

Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility

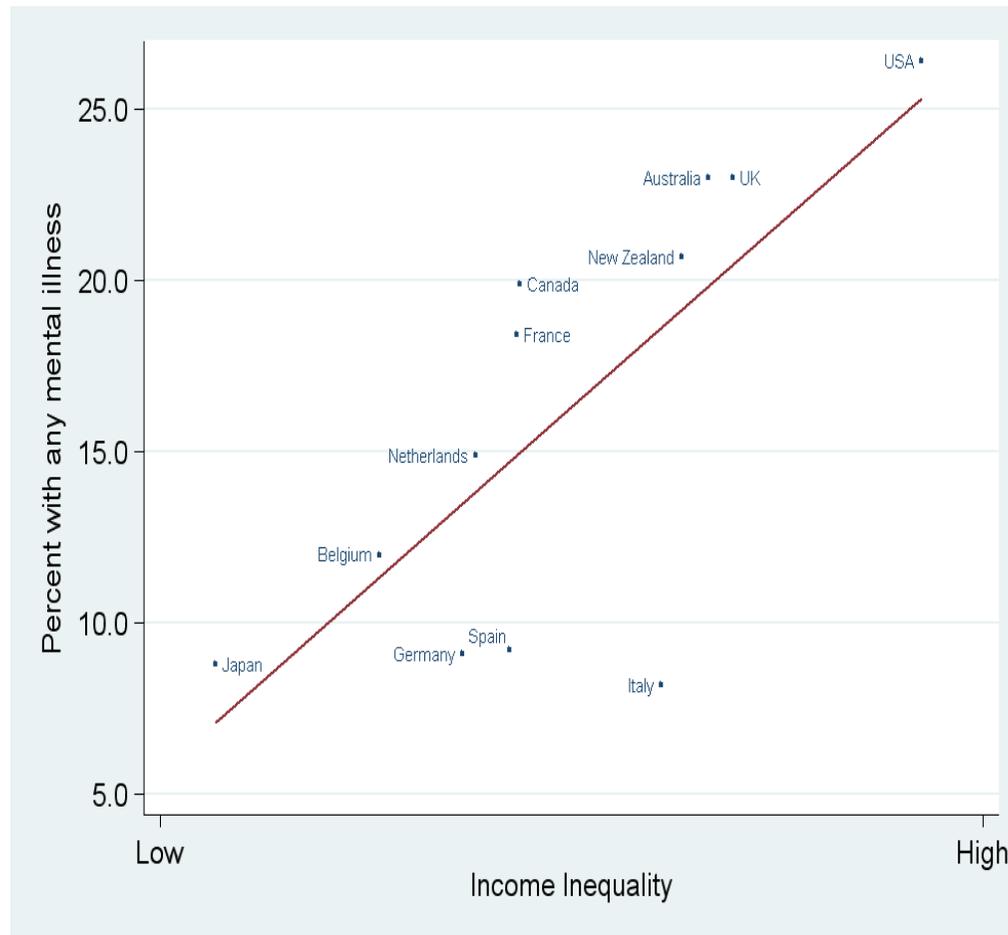


Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk

The Equality Trust

The Prevalence of Mental Illness is Higher in More Unequal Rich Countries

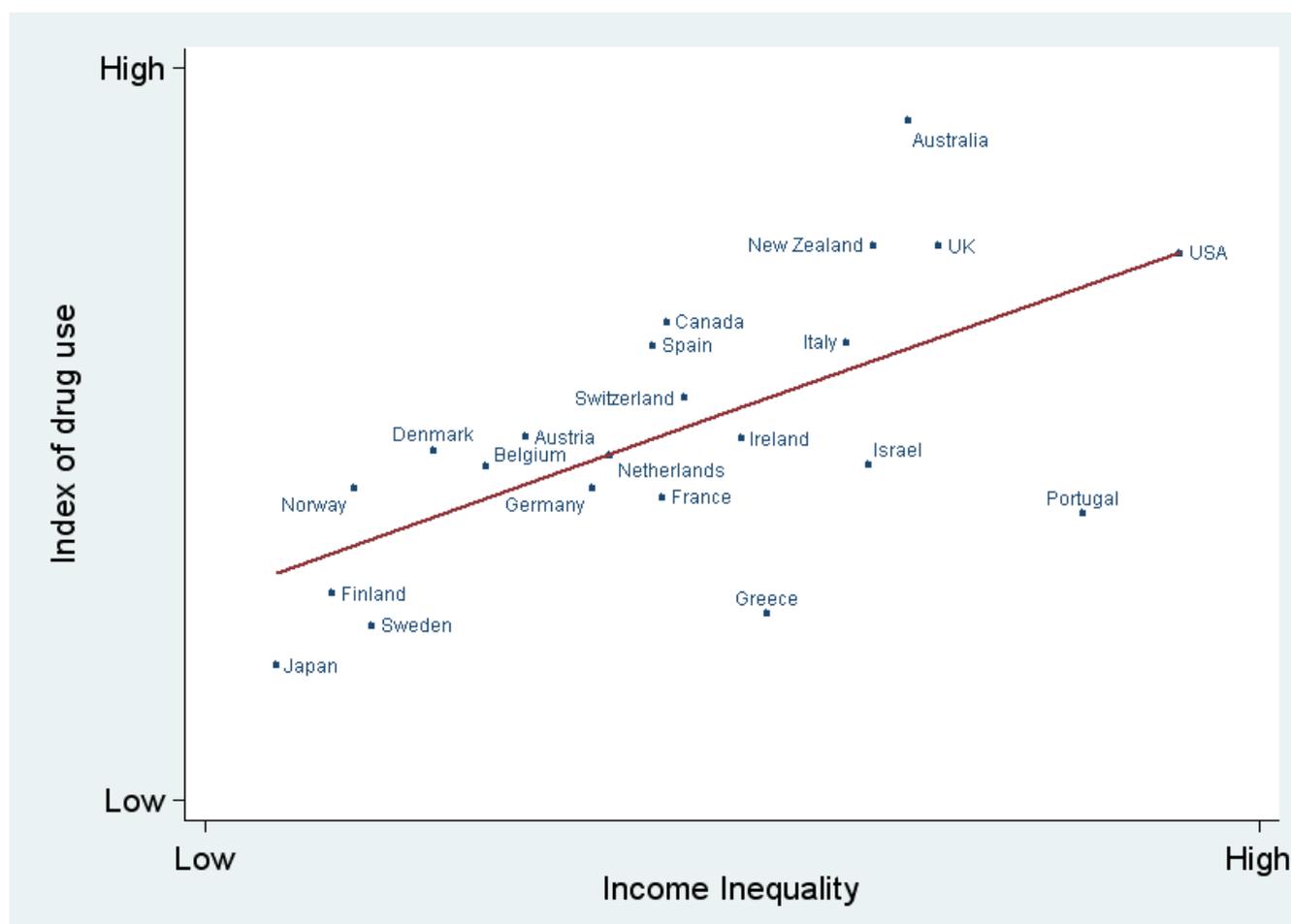


Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk

The Equality Trust

L'uso delle droghe è più comune nei Paesi più diseguali



Più adulti sono obesi in Paesi ricchi più diseguali

