

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Gruppo di approfondimento: F. Brandi A. Carta, M. Crippa, E. Fazi, G. Monesi, S. Porru, L. Scaglia

PD- Brescia: 13 giugno 2015

Premesse generali

- Il Documento **ASL 2015** analizza nel dettaglio e **conferma** la forte prevalenza delle patologie **croniche (e loro associazione)** e della **invalidità**, e la grande crescita dei problemi di **salute psichica** (a partire dall'età **pediatrica !!**)
- **I determinanti della salute:** Stili di vita – Condizioni di lavoro- Condizioni di vita sul piano economico e sociale; anche l' **“inequity”** e il mancato **“empowerment”**, sono cause importanti di malattie
- **Contributo alla salute** dell' “accesso al sistema sanitario” è pari al **10-15%**, quello della genetica è pari al **20%**, **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 (G. Domenighetti)
- E' scientificamente provato il valore **strategico** di **Prevenzione e Promozione** della salute e la sua priorità oggi, sia in termini di efficacia e di risultato, che sul terreno delle **compatibilità economiche**

- Il “***Reforming health systems in times of austerity***”, pubblicato da European Public Health Alliance, pone la **Prevenzione** obiettivo prioritario nel suo programma, insieme al *rafforzamento delle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria*, lo scegliere saggiamente, e la lotta alla corruzione
- Il governo conservatore inglese fa suoi i 2 primi punti e afferma .. “*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***”
- Sec.la **letteratura scientifica** (***Lancet*** 2015): le malattie croniche sono globalmente trascurate e le politiche nazionali hanno fallito nel contrastarle anzi spesso hanno contribuito a diffonderle. Eppure 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”

•

I Modelli di intervento per la Prevenzione e la Promozione della salute- L'Approccio di Comunità

Da "La Strategia della Medicina Preventiva"-G Rose.

- I 2 approcci della prevenzione: su base **individuale** (medico/clinico), e quello di **Comunità/Gruppo** (sanità pubblica–medicina del lavoro).
Bisogna conoscere bene i 2 approcci
- **Il modello medico** si rivolge ai **singoli individui**; è un **approccio sintomatico**, che 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 psicologiche..), o in **gruppi particolari** esposti a rischi specifici (come nella patologia da lavoro)

Il valore scientifico e sul piano etico della ricerca di Rose

- **Rose ha dimostrato** che in una popolazione i **rischi per la salute** e i danni che ne conseguono sono **distribuiti in una maniera** “continua” (e con il crescere del rischio cresce la probabilità del danno)
- 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”**; **le caratteristiche di insieme** in una popolazione stanno alla base delle condizioni “**anormali**” (**..noi vediamo solo le punte, gli iceberg**).
- Questo vale per 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
- 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....

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

(1 2 soggetti: **individuo-comunità**)

E' il **Paradosso della Prevenzione**

L' ALCOLISMO E I PROBLEMI ALCOL CORRELATI

- **La dimensione** dei problemi di Alcolismo e Problemi Alcol Correlati (PAC): gravi **danni e sofferenze** e costi **economici** (3,5 % del PIL)
 - 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**
 - Cultura scientifica non ancora del tutto recepita– (**v. OMS dal 1991-al 2011**)
- 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 con massimo effetto nella **adolescenza e giovinezza**

Il Consumo e i danni

Ampia letteratura disponibile

- Responsabile di 60 **diversi tipi** di malattie- condizioni quali incidenti, disordini mentali e comportamentali- e numerosi 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
- **Cancerogeno** per l'uomo anche per bassi dosaggi (1988- IARC Gruppo 1).
- E' molto pesante l'impatto sul mondo del lavoro: **assenze dal lavoro due-tre volte** superiori in coloro che usano alcol e droghe -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
- PAC e **condizioni lavorative sfavorevoli** (caldo o freddo, polveri e fumi, prolungati sforzi fisici- condizioni psicologiche sfavorevoli. stress)

Consumi e condizioni di rischio

- **In Italia**, netta riduzione dei consumi in questi 30 anni; da 13 lt alcol anidro per persona/anno a circa 6 lt attuali -> **riduzione di** malattie tipiche alcol-correlate (es cirrosi epatica); persistenza/aumento di tutti i **problemi legati ai comportamenti** e alle modalità di relazione
- 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 (Relaz. **Annuale Lorenzin**)
- **I giovani e gli anziani** risultano le fasce di popolazione più colpite.
- **Per gli anziani** i consumi considerati a rischio interessano il **23,2%** della popolazione sopra i 65 anni.

- **In Italia** le persone con possibile diagnosi di alcolismo sono valutabili in **1.500.000** di cui **100.000** seguite dai Servizi (**dr. Lucchini**, presidente della FeDerSrD). Il costo 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 **13.622 in trattamento presso i Servizi**.
- **A Brescia** la situazione è allineata a quella regionale
- Lo scarto tra **il bisogno e la risposta**, come si vede, è **enorme**, in Italia, in Lombardia e a **Brescia**.
- 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 pare tanto o solo** delle risorse dedicate: a livello regionale attivi 56 NOA, 5 Servizi Multidisciplinari Integrati,...nella sola **ASL di Brescia** 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 familiari
- **L'approccio utilizzato** dalla rete dei **nostri Servizi** nella maggior parte dei casi soprattutto il **modello medico: 1- efficacia** mai dimostrata in modo univoco; **2-non riesce a coprire tutta l'area del bisogno** dei casi conclamati, così come ci viene indicato dai dati epidemiologici di cui disponiamo.
- Anche rispetto al trattamento ambulatoriale **sarebbe** necessario ricercare e realizzare una buona **collaborazione** con altri servizi (Servizi psichiatrici, Comuni, SerT)
- Il nodo più **critico** appare quello del **trattamento**, una volta concluso l'inquadramento diagnostico e, se necessario, dei **provvedimenti urgenti**
- La efficacia del programma, oltre ad altre variabili, deriva da **lunghezza del programma** proposta condizione che, senza limitazioni, possono offrire i Club ed i gruppi AA, ma non possono offrire i Servizi

PROPOSTE OPERATIVE - 1

- La delibera Regione Lombardia n° 2989- 23 dicembre 2014 ci pare aver colto tali problematiche, quando dispone : „*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 protiocollì*“.

Se effettivo, il percorso in atto rappresenta una possibilità di cambiamento , e in questo senso riteniamo 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

PROPOSTE OPERATIVE - 2

IL Servizio pubblico cooperando con gli altri soggetti **del privato sociale** (in particolare AA e Club), nel rispetto delle competenze e dei ruoli di ciascuno, deve riuscire a sviluppare :

- 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

- Le condizioni di lavoro hanno impatto determinante sulla **salute e la sicurezza della persona**, ma anche su quello delle **imprese e della società** in generale
- Quasi scomparse 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, dell'apparato muscolo-scheletrico, le problematiche psicologiche e psichiatriche**, 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
- Costo complessivo stimato di IL e malattie professionali/lavoro-correlate in Italia sarebbe pari a circa il **3% del PIL**

Le malattie professionali e lavoro-correlate

- In **Lombardia**, tutte le malattie da lavoro sono largamente **sottostimate**
- **Il sistema informativo** in Regione Lombardia, pur strutturato, non consente ancora di avere un quadro che rispecchi le **attese epidemiologiche** basate sulle stime di letteratura e sulle casistiche disponibili
- 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%**.
- Le province con più segnalazioni di malattia lavoro-correlate/professionali sono Brescia e di Bergamo. A **BS il tasso di segnalazioni/100000 abitanti è circa il doppio della media della Regione Lombardia**, a **BG** il triplo
- **La qualità dei dati** appare migliorabile: riguarda l'emersione delle malattie, l'entità della sottodiagnosi e delle diagnosi non adeguate, nonché della sottonotifica alle autorità preposte
- **Dati di qualità ed affidabilità** consentono decisioni basate su **priorità** e sull'evidenza e di **allocare correttamente** le risorse a tutti i livelli

Gli infortuni

- 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)
- Non sono disponibili **denominatori accurati**; in realtà, non sembra affatto che gli IL siano in diminuzione tenendo conto del **calo del numero** degli occupati, e delle **ore lavorate**
- I settori con **maggior rischio** infortunistico appaiono sempre **agricoltura, edilizia, metallurgia/metalmecanica, trasporti**
- Il **costo medio** di un IL di un lavoratore metalmecanico, comprensivo di varie voci di costi diretti ed indiretti, è stato stimato poter arrivare anche a circa **2000 Euro/giorno**

Le Criticità

aree prioritarie di riflessione e di potenziale intervento di sistema a livello regionale

è **necessario** ulteriore confronto ed approfondimento, anche operativo, con tutti gli interessati per:

- **L'impegno a limitare** sottodiagnosi e sottonotifica degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali/lavoro-correlate
- Incrementare **l'accesso all'assistenza sanitaria** nei luoghi di lavoro. In Lombardia sec ISTAT lavorano 4,6 Mil di persone; non tutti questi lavoratori hanno avuto la dovuta valutazione del rischio
- Migliorare la **qualità della sorveglianza sanitaria** nei luoghi di lavoro; 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**; necessario un lavoro ben articolato e coordinato ai vari livelli (Servizi 2° livello- e territorio)
- **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.

- Il grande tema dei fattori di rischio correlati **all'organizzazione del lavoro**, allo stress lavoro correlato, al benessere sul lavoro
- Il ruolo delle UOML..in alcune realtà appare svuotato e ridotto di significato, con perdita di un rilevante e storico **patrimonio organizzativo e culturale, nonché tecnico-scientifico ed operativo** di rilievo
- Scarsa **incisività e specificità** delle attività di informazione e formazione nelle aziende, senza valutazioni di efficacia,
- **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.
- **Scarsa uniformità** nell'approccio delle attività di vigilanza e controllo

Le Proposte 1-

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**
- 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
- 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
- intraprendere azioni per **generare dati epidemiologici** più **adeguati**, sia per gli infortuni sul lavoro, sia per le malattie professionali/lavoro-correlate,
- incrementare le **iniziative** di governo che **coinvolgono il territorio e tutti i portatori di interessi (stakeholders)**, anche attraverso (ad esempio) conferenze di servizio

Le Proposte 2-

preliminari e da discutere ed approfondire con tutti gli interessati:

- 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
- 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
- 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)
- 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
- **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.