



LETTERE

epiprev@inferenze.it

Discutere su cosa vuol dire prevenzione

L'editoriale di Eugenio Paci: «Prevenzione e sanità pubblica: argomenti per continuare a discutere», pubblicato sullo scorso numero di E&P, rivela la necessità di una discussione approfondita su questi temi, che dovrebbe coinvolgere non solo gli epidemiologi ma tutti i soggetti che operano nella sanità pubblica. Se non avremo altri interlocutori che noi stessi, continueremo a fare le stesse riflessioni, magari interessanti, ma non saremo in grado di interagire con quei colleghi che si occupano di interventi di prevenzione e che, agli epidemiologi, contrappongono le loro esigenze di operatività.

La nostra associazione, non molto «frequentata» dagli operatori della prevenzione, è sempre stata considerata un'associazione elitaria, costituita da persone capaci di fare delle belle ricerche, ma molto lontana dalle esigenze vere di chi si trova a dare risposte alla popolazione. Da un lato i ricercatori, dall'altro gli esecutori di programmi, spesso frutto, come dice Paci, di concertazione politica. Vale comunque la pena di sottolineare che, negli ultimissimi anni, gli operatori di sanità pubblica hanno sviluppato un qualche interesse per l'epidemiologia grazie alle numerose iniziative ministeriali, in particolare del CCM che ha sviluppato programmi di sorveglianza epidemiologica con la collaborazione dei dipartimenti di prevenzione delle ASL, e anche grazie al fatto che sta maturando, tra gli epidemiologi, l'interesse a sviluppare ricerca di tipo valutativo nel campo della prevenzione primaria (e non solo secondaria). È fondamentale, a questo proposito, che si sviluppino collaborazioni e integrazione di competenze ed è da evitare che si contino due epidemiologie comple-

tamente separate, l'epidemiologia dei ricercatori e quella degli operatori «sul campo».

Nell'ambito degli argomenti trattati da Paci mi pare ci siano da fare alcune puntualizzazioni:

■ Prevenzione individuale e collettiva

Il concetto di prevenzione ha avuto una forte valenza ideologica di tutela della salute della collettività, negli anni Sessanta, Settanta e Ottanta, anni in cui sono stati pubblicati numerosi studi sul rischio di malattie, in particolare di tumore, derivante dall'esposizione a sostanze nocive presenti nell'ambiente di vita e soprattutto di lavoro, anni in cui la IARC ha prodotto numerose valutazioni sulla cancerogenicità di sostanze chimiche e lavorazioni industriali. Tale modo di intendere la prevenzione si basava su due concetti: la malattia è la conseguenza di numerosi fattori esterni all'individuo e la componente genetica, da sola, è responsabile solo di una minima quota del carico di malattia nella popolazione (asserzione peraltro ancora valida) e di conseguenza, per prevenire l'insorgenza delle malattie, è necessario intervenire sull'ambiente in cui si vive.

Oggi, a tale tipo di prevenzione «impiantistica» sembra contrapporsi un'altra idea della prevenzione, e cioè che la salute si preservi adottando stili di vita adeguati, dal momento che è stata evidenziata l'importanza di corretti comportamenti individuali, come non fumare, consumare moderatamente alcolici, fare esercizio fisico, evitare il sovrappeso. Prevale, purtroppo, la tendenza a contrapporre queste due strategie (come, per altro verso, si contrappone l'epidemiologia alla tossicologia), piuttosto che cercare di evidenziarne gli aspetti comuni e la necessità di interazioni e sinergie. Un'analisi dei motivi di queste tendenze andrebbe ben al di là delle possibilità di queste brevi note.

Ma come non riconoscere che un'iniziativa rivolta alla collettività, quale è stata la legge Sirchia sul divieto di fumare nei luoghi aperti al pubblico, ha indotto modifiche a livello comportamentale nei singoli individui? Come non tenere conto del fatto che fare esercizio fisico non significa solo andare in palestra nel tempo libero, ma, per esempio, usufruire di piste ciclabili, di aree verde facilmente accessibili, di strade non ingombrate dai mezzi privati, ma anche di tempi meno concitati, di lavori meno usuranti, di dimensioni di vita più adeguate? Non sono questi gli aspetti «impiantistici» cui si riferiva Maccacaro?

■ Riduzionismo

Il tasso di colesterolo, l'obesità, il BMI sono problemi individuali o di popolazione? Sono problemi individuali quando il singolo individuo che ha, per esempio, un tasso di colesterolo elevato, si rivolge al proprio medico curante, per capire quale alimentazione seguire, quale esercizio fisico fare, per ridurre il suo rischio di malattia.

Il tasso di colesterolo e l'obesità costituiscono dei problemi collettivi quando si evidenziano, per esempio, alte prevalenze di obesi nella popolazione. «Riduzionismo» non è tanto e soltanto riportare il concetto di rischio individuale al tasso di colesterolo o al BMI, ma pensare che il problema del colesterolo o dell'obesità, si affronta e si risolve solo con interventi sull'individuo senza un progetto sanitario e senza la programmazione di politiche in altri ambiti (dalle politiche agricole, alla produzione e l'offerta di generi alimentari, alle politiche dei trasporti e via dicendo) che tengano in conto anche della salute dell'uomo e dell'ambiente. Non era forse questa l'idea di prevenzione della scuola di Maccacaro?

■ Una prevenzione matura

Su questo punto sono d'accordo con Paci: non è vero che non si fa abbastanza attenzione alla prevenzione in ambito di ricerca analitica sui fattori di rischio e certamente oggi i risultati degli studi offrono, accanto alle numerosissime incertezze, anche alcuni punti fermi che permettono di orientare programmi di prevenzione. Invece, la ricerca sull'impatto dei programmi e delle iniziative di prevenzione ed educazione alla salute e sulla valutazione qualitativa e quantitativa dell'efficacia degli interventi si è sviluppata in maniera minore, anche se, come detto, l'interesse a sviluppare questo tipo di ricerca sta crescendo.

Fare prevenzione è obiettivo complesso e difficile proprio perché la prevenzione primaria non si fa solo

con l'intervento dei sanitari, ma i sanitari, gli operatori di sanità pubblica, «di concerto» con gli epidemiologi hanno un ruolo importante da svolgere, o meglio diversi ruoli che vanno dall'individuazione delle popolazioni e dei gruppi a rischio, all'informazione e al counselling, dalla programmazione degli interventi alla sorveglianza degli effetti di tali interventi e delle leggi che limitano le esposizioni nocive (vedi fumo passivo ed esposizioni lavorative).

Le campagne di vaccinazione per l'HPV, che si stanno attualmente offrendo alla popolazione, sono contestualmente un atto sanitario e un intervento «impiantistico», basandosi sulla realizzazione di sistemi complessi che necessitano di essere monitorati per migliorarne, per dirla con termini forse vecchi, ma sempre attuali, l'efficienza e l'efficacia.

Individuare sempre meglio quali sono i tasselli che l'operatore della sanità pubblica e l'epidemiologo devono riempire nel complesso puzzle della strategia della prevenzione è una sfida da affrontare se vogliamo continuare a parlare di prevenzione e ragionare sul modello di prevenzione primaria, prima di lasciare la prevenzione nelle mani di chi vede, in tale obiettivo, soprattutto aspetti di mercato. Il dialogo tra le diverse componenti della sanità (e nell'ambito più ampio dell'intera società civile), è la condizione indispensabile perché tale sfida possa avere una possibilità di successo.

**Adele Seniori Costantini,
Giuseppe Gorini**

*UO di Epidemiologia
ambientale-occupazionale, CSPO;
e-mail: a.seniori@cspo.it*

Volgarizzazioni in epidemiologia

Neanche l'epidemiologia può tenersi fuori dal carosello mediatico, così è forse utile riflettere su alcuni esempi di volgarizzazione, il **numeratore che si accumula**, il **numeratore raggruppato** e il **denominatore nella quarta dimensione**, tre dei più diffusi trucchi utilizzati per enfatizzare l'incidenza di un evento sanitario, a fini giornalistici, professionali o commerciali.

■ Il numeratore si accumulò nei primi tempi dell'epidemia di AIDS, contribuendo a influenzare proiezioni poi rivelatesi infondate. Si era tornati da tempo a calcolare l'incidenza usando solo i casi nuovi quando, con la SARS, il trucco tornò di moda; in pochi mesi, però, i vari focolai mostrarono curve epidemiche da manuale. Ora ci si riprova, per dare un po' di peso ai casi umani di influenza aviaria.

■ Il numeratore raggruppato è la pas-

sione di chi si occupa di incidenti, eventi per definizione rari e distribuiti in modo capriccioso: si mettono insieme quelli avvenuti in un congruo lasso di tempo e si fa notare come questo numero s'avvicini ai componenti di una gita o agli abitanti di un villaggio, così forzando un po' una percezione ritenuta insufficiente. Se il tempo e la popolazione di riferimento restano chiari, il trucco è lecito e basta non esagerare.

■ Più malizioso è utilizzare come denominatore il tempo, di voga soprattutto per i tumori. Il numero di casi o di decessi viene rapportato al giorno, o alle ore, si allarga l'ambito di osservazione (dalla regione alla nazione, se no al continente o al mondo intero) e l'effetto è garantito: chi legge si guarda intorno preoccupato, aspettandosi di vedere da un momento all'altro le persone vicine a lui cadere ammalate o passare a miglior vita e, verso sera, gli appare oramai chiaro che, se nien-

te è successo agli altri, entro mezzanotte potrebbe toccare a lui.

Noi epidemiologi dobbiamo imparare a raccontare i nostri risultati anche ai non esperti, ma lasciare il tempo da solo a fare da denominatore, mimetizzando le popolazioni nella fugace citazione del territorio di riferimento, seppure fatto a fin di bene, resta un artificio ai limiti della correttezza.

Qui non seguono note bibliografiche, dato che più che citazioni apparirebbero come antipatiche bacchettate. Sono, invece, convinto che la maggioranza di coloro che hanno mostrato indulgenza verso queste volgarizzazioni lo abbiano fatto in buona fede e ci rifletteranno serenamente sopra, mentre gli altri non si curerebbero comunque di queste quattro righe.

Marco Petrella

e-mail: mpetrella@ausl2.umbria.it

Dubbi sulle stime dei lavoratori a rischio di tumore del polmone

In anni recenti sono state prodotte stime sul numero di esposti a cancerogeni occupazionali, sia per tutti i tumori sia per alcune sedi, tra cui il polmone. A queste ultime si riferisce l'articolo pubblicato su questa rivista da Scarselli A e coll.¹ «Lavoratori esposti al rischio di tumore del polmone. Una stima a partire dall'archivio ISPE-SL delle imprese». Anche in questo lavoro è apprezzabile lo sforzo degli autori per stimare gli esposti a cancerogeni a partire dalle fonti informative correnti, utile a fornire dati per studi epidemiologici e per programmare interventi di prevenzione. Della tabella 1 dell'articolo ci ha tuttavia sorpreso il numero stimato di operai addetti alla «fusione di ghisa e acciaio», pari a 9.546 in riferimento all'anno 1998. La sorpresa nasce dal fatto che per la sola provincia di Brescia, alla fine degli anni Novanta, risultavano attive 24 imprese per un totale di circa 3.000 operai. La stima contenuta nel lavoro di Scarselli e coll., risulta largamente in difetto quando si pensi che:

■ nel 1985 l'ASSIDER stimava, per la sola Lombardia e la sola fusione dell'acciaio, circa 9.000 operai;²

■ nel 2002, secondo un documen-

to ISPESL,³ la siderurgia italiana ha occupato circa 37.000 addetti, ancorché inclusivi della laminazione «a caldo»;

■ nel 1999, secondo ASSOFOND, erano attive in Italia 300 fonderie di ghisa con 22.000 addetti;⁴

■ il «Rapporto sull'industria siderurgica» pubblicato nel 2001 dall'Istituto per la promozione industriale del Ministero dello sviluppo economico (www.ipi.it) stimava gli occupati nel settore in circa 40.000 nel 1998-2000;

■ la sola siderurgia con ciclo «integrale», è rappresentata ancora oggi dai 4 stabilimenti di Taranto, Genova, Piombino e Trieste per un totale di circa 14.000 operai.

Nell'insieme, queste stime indicano come probabile un numero di addetti alla fusione della ghisa e dell'acciaio nell'ordine di 37 - 40.000 unità; appare assai poco verosimile la stima di 9.546 operai fondata sull'archivio imprese dell'ISPESL, malgrado la fonte risulti apparentemente esente da distorsioni, derivando da archivio INPS e UNION-CAMERE. Su quest'ultimo, l'esperienza svolta dal nostro Servizio nella siderurgia ha permesso di rilevare significative imprecisioni nelle codifiche attribuite alle imprese e nel numero di operai addetti. E' naturalmente possibile una di-

screpanza delle stime, anche per l'incertezza sull'inclusione degli impiegati tra gli addetti, ma pur sottraendo da queste una frazione pari al 10-15% rimane comunque ampia la sottostima degli operai potenzialmente esposti a cancerogeni, largamente prevalente sulla possibile sovrastima segnalata dagli autori. Infine, nell'ipotesi che la distorsione della stima degli esposti a cancerogeni riguardante la siderurgia possa coinvolgere anche altri settori produttivi, sembra necessaria molta cautela nell'utilizzo di questi dati per eventuali interventi di prevenzione o per valutazioni analitiche in studi epidemiologici.

Pietro Gino Barbieri, Siria Garattini

Servizio prevenzione sicurezza ambienti di lavoro, ASL Brescia

Bibliografia

1. Scarselli A, Marinaccio A, Nesti M. Lavoratori esposti al rischio di tumore del polmone. Una stima a partire dall'archivio ISPESL delle imprese. *Epidemiol Prev* 2007; 31(2):212-17.
2. Bianchi B, Bisignano B, Borroni A. Evoluzione tecnologica ed organizzativa, soluzioni di bonifica. Atti del Seminario «Acciaieria elettrica e laminazione a caldo». Brescia, 1987.
3. Borroni A. Profili di rischio e soluzioni. www.ispesl.it 2005.
4. Banchi G, Nobler C, Scala D. Profili di rischio e soluzioni. www.ispesl.it 2002.

abbonamenti@inferenze.it

tel. 02-48702283

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE 2008

**ABBONARSI
E' NECESSARIO**