

---

---

## CAPITOLO XXVIII

### LE MALATTIE SOCIALI

di LUIGI TONINO MARSELLA

SOMMARIO: 1. Introduzione. - 2. Il concetto di malattia sociale. - 3. Le singole patologie a rilevanza sociale. - 3.a. Tumori. - 3.b. Malattie reumatiche. - 3.c. Malattie cardiovascolari. - 3.d. Diabete mellito. - 3.e. Stati disendocrini e dismetabolici. - 3.f. Malattie del sangue di rilevanza sociale. - 3.g. Tossicosi da stupefacenti. - 3.h. Uso e abuso di alcool. - 3.i. Tabagismo. - 3.l. Traumatismi da incidenti del traffico. - 3.m. Malattie oftalmiche. - 3.n. Epilessia. - 4. Le malattie infettive di particolare rilevanza sociale (l'AIDS). - 5. Malattie sociali e risposte istituzionali.

PAROLE CHIAVE: malattie sociali; legislazione; salute.

#### 1. Introduzione.

Le malattie sociali costituiscono il maggiore campo di indagine della medicina sociale.

Secondo l'autorevole definizione dell'Antoniotti, la medicina sociale «è quella branca dello scibile medico alla quale compete di indagare, acquisire e studiare gli elementi ed i caratteri dei fenomeni biologici che interessano la società e le condizioni sociali di rilevanza medica. Sul piano applicativo reperisce ed indica le modalità più idonee affinché tutta la popolazione sia dotata ed usufruisca dei mezzi di ordine preventivo, curativo e riabilitativo propri della medicina; le sue finalità si concretizzano nel mantenimento (se già esistente) e nell'elevazione (se carente) del benessere fisico, psichico e sociale dell'uomo inserito nella società».

Da tale autorevole definizione si evince che la medicina sociale, pur condividendo con tutte le altre branche della medicina le finalità di reperire i modi e gli strumenti atti a tutelare la salute psichica e fisica dell'uomo, tuttavia mira alla realizzazione di tale scopo affrontando il pro-

blema attraverso un peculiare angolo prospettico, in quanto, discostandosi dal classico atteggiamento della medicina clinica, osserva e studia i fenomeni della biologia umana esclusivamente dal punto di vista dell'interesse collettivo; in altri termini la medicina sociale tende ad adeguare le acquisizioni di carattere medico alle esigenze della società.

Preliminarmente è necessario chiarire il concetto di salute. Secondo quanto stabilito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ad Alma Ata nel 1978, la salute deve essere intesa come «*stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia e di infermità*»; fu altresì sancito che «*la salute è un diritto fondamentale dell'essere umano, e l'accesso al più alto grado possibile di salute è un obiettivo sociale di estrema importanza, che interessa il mondo intero e presuppone la partecipazione di molti altri comparti socio-economici oltre a quello sanitario*».

La rilevanza socio-economica delle malattie in generale è notevole: si pensi alle malattie a larga diffusione nella popolazione e che presentano certi caratteri di stabilità, decorso cronico, e ai danni economici e sociali che sono capaci di produrre, incidendo, ad esempio, sulla capacità lavorativa dei soggetti, o sulle finanze dello Stato, che deve predisporre mezzi di lotta (preventivi, curativi, riabilitativi), o ancora si pensi ai possibili danni sulla discendenza.

Tuttavia vi sono alcune patologie che più delle altre rivestono un interesse collettivo, perché quantitativamente rilevanti.

Parliamo, appunto, delle malattie sociali.

## 2. Il concetto di malattia sociale.

Le malattie sociali, per essere considerate tali, devono presentare determinati requisiti.

Tali requisiti sono individuati nella larga diffusione nella popolazione (cd. *alta incidenza*), continuità di alta frequenza, gravi ripercussioni di ordine economico e sociale.

*L'alta incidenza* è un requisito di tipo quantitativo: in pratica, per essere considerata sociale, la malattia deve avere una certa rilevanza statistica, deve cioè incidere in termini di morbilità su vasta scala.

Per la *continuità di alta frequenza* si richiede che la malattia abbia un carattere di stabilità nel tempo, in modo da suscitare la risposta delle istituzioni.

Collegato ai primi due requisiti è il terzo rappresentato dal *danno economico*: la malattia deve incidere sia sulla capacità produttiva lavorativa del singolo individuo, sia sulla collettività che è costretta a predisporre mezzi preventivi, curativi e riabilitativi con conseguente dispendio di risorse pubbliche (si pensi ai costi notevoli che comporta l'assistenza ambulatoriale, domiciliare, ospedaliera, farmaceutica ecc.).

Le malattie sociali, per le loro peculiari caratteristiche, rendono quindi indispensabile l'intervento dello Stato, il cui interesse al problema è evidente, data la generalizzazione del fenomeno.

Tale intervento si è verificato in maniera graduale ed attualmente ha assunto proporzioni notevoli.

Una prima classificazione di malattie a carattere sociale è stata fatta dal legislatore nel T.U delle leggi sanitarie del 1943 (R.D. 27 luglio 1934, n. 1265). Il titolo V è rubricato «*Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali*» e vi si comprendono il vaiolo, la tubercolosi, il tracoma, la lebbra, le malattie veneree, la malaria, la pellagra.

La legge 13 marzo 1958, n. 296 (Costituzione del Ministero della Sanità), all'art. 3 statuisce che fanno parte del Ministero della Sanità, tra le altre, anche la Direzione generale dei servizi di medicina sociale. Tale Direzione generale è ripartita in XVI Divisioni, come previsto dall'Ordinamento interno del Ministero della Sanità.

L'importanza sociale delle malattie era già stata individuata, ma un ulteriore passo in avanti è stato compiuto con l'istituzione dei «*Centri per le malattie sociali*», effettuata con DPR 11 febbraio 1961, n. 249. L'art. 4 del DPR citato demanda al Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore della Sanità, di determinare con proprio decreto quali forme morbose possono essere qualificate come malattie sociali ai fini dell'applicazione della legge. Importante l'art. 6, che definisce le finalità che devono perseguire i centri per le malattie sociali, che sono individuate, tra l'altro, nella ricerca e accertamento dei casi di malattia e degli stati di predisposizione alla malattia, attuazione delle misure di profilassi e prevenzione, erogazione di prestazioni ambulatori a favore dei malati, controllo sanitari dei guariti e dei stabilizzati, studi e ricerca sull'origine delle malattie sociali, propaganda ed educazione sanitaria.

Con DM 20 dicembre 1961 sono state individuate e riconosciute le seguenti malattie sociali:

- tumori,
- malattie reumatiche,

- malattie cardiovascolari;
- stati disendocrini e dismetabolici,
- microcitemie, morbo di Cooley, anemia microsferocitica,
- tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive.

Tale elenco è stato integrato dal DM 20 febbraio 1963 con i traumatismi conseguenti ad incidenti del traffico, e dal DM 5 novembre 1965 con

- glaucoma,
- ametropie e anomalie muscolari e loro complicanze,
- distacco di retina e le alterazioni degenerative eredo-familiari ottico-retiniche,
- epilessia.

L'ultima integrazione è stata effettuata dal DM 12 giugno 1972, che ha dichiarato malattie sociali le sindromi emofiliche e quelle simil-emofiliche.

È da dire che il Ministero della Sanità avrebbe l'obbligo di aggiornare l'elenco ogni cinque anni, in ottemperanza al principio fondamentale per cui le malattie sociali, proprio per tale carattere, mutano a seconda delle diverse epoche e sono strettamente collegate alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, che hanno una incidenza elevata sul benessere sociale.

### 3. Le singole patologie e forme morbose a rilevanza sociale.

#### 3.a. Tumori.

Si definisce tumore una neoformazione tissutale ad accrescimento progressivo, autonomo, afinalistico, rapido ed infiltrativo. I tumori si distinguono in maligni e benigni.

I tumori maligni posseggono le ulteriori caratteristiche di riprodursi a distanza per metastasi (sia per via linfatica che per via ematica) e di recidivare in loco dopo l'asportazione.

L'eziologia e la patogenesi dei tumori maligni non è a tutt'oggi certa, ma si conoscono numerosi fattori di rischio associati con l'insorgenza delle neoplasie.

Si tratta di agenti fisici, come ad esempio le radiazioni ionizzanti e le radiazioni ultraviolette, agenti chimici (sostanze organiche, ad es. idrocarburi policiclici, e sostanze inorganiche, es. arsenico), agenti virali, fat-

tori ormonali, fattori collegati alle abitudini alimentari e di vita (si pensi a tal proposito all'incidenza del fumo di tabacco sull'insorgenza di tumori dell'apparato respiratorio).

Data la piccola speranza di vera guarigione di fronte alla malattia conclamata, è chiaro come sia importante effettuare un accurata profilassi anti-cancerosa. Questa è però ostacolata dalle ridotte conoscenze relative alla eziologia della malattia.

In ogni caso la prevenzione potrebbe essere attuata su tre livelli:

- modificazione dei fattori di rischio (ad esempio vietando l'utilizzazione di sostanze cancerogene negli ambienti di lavoro, eliminando dalle sostanze alimentari gli additivi con potere cancerogeno, evitare il fumo di tabacco, uso ben controllato di sostanze radioattive, evitare l'uso di ormoni sessuali, ecc.);
- effettuare programmi di screening e di diagnosi precoce della patologia neoplastica (esame citologico su strisci di secreti; esame istologico su biopsie; ricerca di alterazioni enzimatiche ed ormonali ecc.);
- prevenzione della mortalità attraverso l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici.

### 3.b. *Malattie reumatiche.*

Le malattie reumatiche sono malattie del tessuto connettivo e dei suoi derivati e interessano particolarmente l'apparato locomotore.

Le forme reumatiche si dividono in:

- reumatismi primari o protopatici (febbre reumatica, artrite reumatoide),
- reumatismi secondari,
- artrosi,
- reumatismi neurodistrofici.

Di tali forme, quella di maggiore rilevanza sociale è rappresentata dal reumatismo articolare acuto.

Tale patologia ha una eziologia infettiva streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A e si manifesta come conseguenza di un movimento immunitario dell'organismo contro costituenti dell'organismo stesso, soprattutto a livello del cuore, delle articolazioni e dei vasi. Perché la modalità si evidenzi occorre che l'infezione (dentaria, faringea, tonsillare) perduri per un tempo sufficiente e provochi una vivace reazione anticorpale.

I sintomi principali della malattia reumatica articolare sono rappresentati da arrossamento, gonfiore ed indolenzimento delle grosse articolazioni. Anche il cuore viene interessato soprattutto a livello dell'endocardio con conseguenti valvulopatie per cui con la cronicizzazione della malattia si giunge ad una insufficienza cardiaca, altamente invalidante per l'individuo colpito, che non può più compiere sforzi fisici, e quindi dedicarsi ad attività lavorative di un certo tipo.

C'è da sottolineare comunque come negli ultimi anni sono notevolmente diminuiti i tassi di mortalità per cardiopatie reumatiche. Tuttavia è lampante l'importanza sociale della patologia in esame, dato il rilevante danno economico che dalla stessa deriva, in quanto si verifica in età lavorativa. A fronte di un fenomeno tanto importante per la collettività non sempre corrisponde da parte delle autorità locali e sanitarie un corretto impegno sul territorio: ad esempio, a tutt'oggi, nell'ambito delle strutture ospedaliere regionali, non esiste un reparto specializzato per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie reumatiche. Sarebbe necessaria l'attuazione di misure profilattiche, fondate essenzialmente su *dépistage* e prevenzione delle infezioni da streptococco  $\beta$ -emolitico, correzione dei fattori ambientali e miglioramento della resistenza individuale generica. A tale programma devono partecipare, per la sua intrinseca complessità, reumatologi, cardiologi, pediatri, igienisti.

### 3.c. *Malattie cardiovascolari.*

Le malattie cardiovascolari possono essere suddivise in:

- cardiopatie congenite,
- cardiopatie reumatiche,
- cardiopatie e vasculopatie ischemiche.

Le principali cardiopatie congenite sono rappresentate dalla pervietà interatriale e interventricolare, dalla trasposizione dei grandi vasi, dalla tetralogia di Fallot, dalla pervietà del dotto di Botallo, dalla coartazione aortica. Tali malformazioni trovano la loro eziopatogenesi in una alterazione dell'organogenesi e si evidenziano nel passaggio della circolazione fetale a quella post-natale.

Le cardiopatie reumatiche non contribuiscono in grande misura all'elevazione degli indici di mortalità. Tuttavia la più temibile di tali cardiopatie è rappresentata dalla cardiopatia mitralica.

Le cardiopatie e vasculopatie ischemiche rappresentano attualmente

la causa di morte più frequente in Italia (sono patologie tipiche infatti delle nazioni ad alto tenore di vita).

La caratteristica peculiare delle cardiopatie ischemiche è un insufficiente apporto di ossigeno al muscolo cardiaco; fattori sia funzionali che organici possono causare tale anossia, la diversa intensità e durata della quale dà luogo a differenti situazioni (angina pectoris, infarto del miocardio).

I principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono: l'ereditarietà di determinate malattie riconosciute come predisponenti (es.: diabete, ipertensione ecc.), sesso (le donne sono colpite in misura inferiore rispetto agli uomini), aumento dei tassi di colesterolo, lipoproteine e trigliceridi. Quest'ultimo fattore è causa della malattia arteriosclerotica.

Nel corso degli ultimi decenni il trattamento dei soggetti cardiopatici ha subito profonde modificazioni. Le lunghe degenze a letto e la drastica riduzione dell'attività fisica, con le deleterie conseguenze sulla psiche del soggetto, sono state sostituite con terapie riabilitative, da iniziare già in fase di convalescenza.

Importantissima è comunque la prevenzione di tali patologie, che deve basarsi sull'evidenziazione e il trattamento dei fattori di rischio. È quindi fondamentale il controllo delle abitudini alimentari, la riduzione del fumo, l'aumento di attività fisica.

Un secondo livello di intervento si basa sulla diagnosi precoce.

Il terzo livello prevede l'utilizzazione di strutture specializzate per la cura e la riabilitazione.

### 3.d. *Diabete mellito.*

Uno dei problemi più gravi di medicina preventiva è attualmente rappresentato dal diabete mellito, malattia in costante aumento, la cui morbilità e mortalità ha negli ultimi anni subito un notevole incremento.

Il diabete mellito è una malattia in cui il pancreas non produce o produce soltanto in quantità insufficienti l'insulina. Per azione di questo ormone il glucosio viene immagazzinato nelle cellule dell'organismo per soddisfare le esigenze energetiche, soprattutto nel fegato, nei muscoli e nel tessuto adiposo come materiale di riserva. Conseguentemente il livello di glucosio nel sangue cresce in modo abnorme.

I fattori predisponenti sono diversi: l'età, l'eccesso ponderale, infezioni, fattori tossici, ereditarietà, fattori ambientali.

Il diabete mellito può cagionare anche retinopatie, complicanze vascolari, complicazione nervose.

Il DPR 2 settembre 1985, n. 1008 ha incluso il diabete mellito tra le cause di non idoneità al servizio militare. Il DM 23 giugno 1988, n. 263, che ha adeguato la nostra normativa in tema di rilascio della patente di guida alle direttive CEE in materia, ha stabilito, tra le altre cose, un preciso divieto di rilascio della stessa in presenza di diabete mellito, quando le complicazioni derivanti dallo stesso siano di entità tale da pregiudicare la sicurezza della guida. Tale divieto non è però assoluto, in quanto la commissione medica locale può, dopo aver fatto compiere accertamenti specialistici presso strutture pubbliche, confermare o rilasciare la patente di guida nei casi in cui le complicazioni non siano di entità tale da pregiudicare la sicurezza della circolazione. La disposizione in esame si riferisce alle patenti di categoria A e B, mentre quelle di categorie C, D, E, non vi può essere rilascio, né conferma ai soggetti insulino dipendenti.

Non si può non rilevare l'estrema severità della normativa, che può causare danni economici a tutti quei soggetti che esercitano un lavoro per cui è necessaria la patente di guida. Si pensi ad esempio agli autotrasportatori, i quali per poter continuare a lavorare, potrebbero sospendere il trattamento insulinico, con conseguenti gravi rischi per la sicurezza della circolazione stradale, vista la possibilità di insorgenza di crisi iperglicemiche. Una normativa meno severa avrebbe potuto prevedere un giudizio meno rigido ed automatico, da effettuare caso per caso, prendendo in considerazione la situazione del singolo soggetto, il quale, pur se insulino-dipendente, potrebbe utilizzare mezzi adeguati al mantenimento costante dei livelli glicemici (ad esempio mediante l'uso di dosatori computerizzati).

### 3.e. *Stati disendocrini e dismetabolici.*

Gli stati disendocrini sono disturbi della funzione tiroidea caratterizzati da un aumento (ipertiroidismo) o da una diminuzione (ipotiroidismo) dell'increzione dell'ormone prodotto dalla ghiandola.

Una particolare malattia di natura disendocrina è il cretinismo endemico, particolarmente diffuso in alcune regioni. Tale patologia si caratterizza per nanismo, oligofrenia, ipotrofia genitale.

Lo Stato è intervenuto attivamente contro il cretinismo promuovendo negli anni 70 una campagna di prevenzione, accompagnata dalla distribuzione alle popolazioni a rischio di iodio da utilizzare come additivo del normale sale da cucina.

Nella categoria degli stati disendocrini e dismetabolici va ricompresa l'obesità, che oggi rappresenta una delle condizioni morbose più diffuse nei paesi ad alto tenore di vita. L'obesità deve essere considerata una patologia socialmente rilevante, dato l'indice di mortalità dei soggetti obesi, nonché le consistenti conseguenze che possono insorgere (diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, insufficienza respiratoria, ridotta resistenza alle infezioni ecc.).

Molti sono i fattori che possono condizionare l'insorgere della malattia: una dieta particolarmente ricca di grassi e carboidrati; fattori ambientali e familiari; fattori psicologici; fattori endocrini; meccanismi neuro-fisiologici.

### 3.f. *Malattie del sangue di rilevanza sociale.*

Tra le malattie del sangue di rilevanza sociale la più importante è senza dubbio la microcitemia (o talassemia o anemia mediterranea). Si tratta di una anemia di tipo emolitico che si trasmette per via ereditaria. La forma più grave è comunemente detta morbo di Cooley. L'insorgenza è precoce: i primi sintomi possono manifestarsi già verso il terzo-quarto mese di vita, e comunque entro il secondo anno. Caratteristiche di tale patologia sono un accentuato pallore, splenomegalia, epatomegalia, alterazioni scheletriche (cd. cranio a spazzola), ritardo nello sviluppo corporeo.

Essendo a trasmissione esclusivamente ereditaria, si può adottare una profilassi basata su screening di massa e su una accurata informazione prematrimoniale.

### 3.g. *Tossicosi da stupefacenti.*

Secondo la definizione fornita dall'OMS, la tossicomania «è uno stato di intossicazione periodica e cronica nociva all'individuo e alla società, causata dall'uso di una droga naturale o sintetica».

Le sue caratteristiche sono:

- irresistibile desiderio di consumare droga e quindi bisogno di procurarsela a tutti i costi,

- tendenza ad aumentare le dosi,
- dipendenza fisica e psichica agli effetti della sostanza,
- danni all'individuo e alla società.

Le tossicomanie si dividono in primarie (tradizionali e voluttuarie) e secondarie. Queste ultime si verificano in soggetti sottoposti a terapie con analgesici in corso di malattie particolarmente dolorose.

Le tossicomanie tradizionali riguardano abitudini collettive diffuse in determinati paesi o determinate etnie.

Le tossicomanie di rilevanza medico-sociale sono quelle di tipo voluttuario.

Attualmente la concezione dominante è che il tossicomane sia un soggetto ammalato con anomalie della personalità: la sua tendenza è solo il sintomo di una malattia che trova la sua causa nella sua costituzione psicologica e nell'ambiente in cui vive. Ciò comporta che una terapia adeguata non si possa limitare alla guarigione fisica, ma debba includere una riabilitazione psicologica e un riadattamento e reinserimento nella società.

In Italia la normativa attualmente vigente è contenuta nel DPR 9 ottobre 1990, n. 309.

Il DPR 309/90, per favorire la disintossicazione e il reinserimento del tossico dipendente prevede un procedimento di natura amministrativa e uno di natura penale, in modo che il soggetto venga sottoposto a procedimento penale solo in determinati casi e dopo ripetute violazioni.

Ma, al di là della risposta istituzionale al momento patologico, è importante sapere cosa lo Stato fa precedentemente, visto che la prevenzione è un momento fondamentale quando una situazione è tanto diffusa nella società.

A tale scopo sono particolarmente importanti gli interventi informativi ed educativi nel settore scolastico e tra le forze armate.

L'art. 104 del DPR 309/90 demanda al Ministero della Pubblica Istruzione il compito di promuovere e coordinare le attività di educazione alla salute e i corsi di informazione sui danni derivanti dall'uso di stupefacenti nonché alle patologie correlate.

L'art. 106 prevede l'istituzione di centri di informazione e consulenza nelle scuole secondarie superiori. Iniziative analoghe sono prese a favore degli appartenenti alle forze armate (artt. 107 e 109 DPR 309/90).

Un ruolo importante è, poi, svolto dalle comunità terapeutiche, gestite su base volontaria con contributi statali, che mirano alla disintossicazione, ma soprattutto al reinserimento sociale del tossicodipendente.

### 3.h. *Uso e abuso di alcool.*

L'alcoolismo è la forma più diffusa di tossicodipendenza e colpisce larghi strati della popolazione.

È importante discriminare l'abuso di alcool dal semplice uso, che non solo non è dannoso, ma, come recenti studi hanno dimostrato, può anche essere utile.

Salvi i casi di intolleranza e di anormale sensibilità, secondo alcuni autori un adulto può assumere giornalmente un grammo di alcool per ogni Kg del peso corporeo, senza che tale abitudine provochi alcun danno. Bisogna aggiungere inoltre che comunque l'apporto calorico giornaliero di alcool non deve mai superare un terzo di quello globale in quanto l'effetto dannoso è tanto più rilevante quanto più carente è dell'individuo.

L'alcoolismo, invece, secondo la definizione data dall'OMS (1951) è «ogni forma di bere la quale, nella sua estensione, eccede il tradizionale ed abituale uso dietetico, o la sua normale condiscendenza alle abitudini sociali di bere dell'intera comunità interessata, indipendentemente dai fattori eziologici riguardanti quel comportamento che indipendentemente anche dall'estensione dalla quale questi fattori eziologici derivano per eredità, costituzione o influenza fisiopatologica e metabolica acquisite».

L'alcoolismo provoca danni di vario tipo soprattutto a carico del sistema nervoso centrale e periferico, del fegato (steatosi, epatite acuta alcoolica, epatite cronica alcoolica, cirrosi etilica). Altri effetti si ripercuotono sull'apparato digerente (gastrite, pancreatite). Inoltre studi epidemiologici hanno dimostrato una certa incidenza sullo sviluppo del cancro, soprattutto della faringe e della bocca.

Non è da trascurare nemmeno l'importanza dei rischi collegati all'abuso di alcool da parte di donne gravide: le conseguenze possono essere l'aborto spontaneo, oppure l'insorgenza della sindrome alcoolica fetale, caratterizzata da difetti di crescita fetale, problemi a carico del sistema nervoso, ritardi di sviluppo mentale.

Un intervento adeguato per combattere l'alcoolismo dovrebbe mirare innanzitutto alla prevenzione, attraverso una corretta informazione igienico-sanitaria della popolazione, da cominciare già in età scolare. L'intervento nel momento patologico dovrebbe mirare alla riduzione del grado di irrecuperabilità dell'alcoolista cronico.

Attualmente in Italia esistono i Centri alcoologici ospedalieri, ma

molto è fatto anche da associazioni private (le più conosciute sono Alcolisti Anonimi, che opera in tutto il mondo e i Club Alcolisti in Trattamento, fondati dal dott. Hudolin).

### 3.i. *Tabagismo.*

Il fumo di tabacco costituisce uno dei più diffusi rischi per la salute: numerosi studi hanno dimostrato chiaramente l'esistenza di una associazione tra il fumo di tabacco e l'aumento di incidenza di fenomeni patologici, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e del sistema cardio-circolatorio.

In particolare il fumo di tabacco rappresenta una delle maggiori cause del cancro: si stima infatti che sia responsabile di circa il 30% del totale dei tumori e di circa l'80% dei tumori del polmone.

Il problema è tanto grave ed esteso, che la CEE ha iniziato già dal 1958 una politica comunitaria denominata «Programma europeo contro il Cancro», nell'ambito del quale un posto importante è occupato dalla lotta contro il tabagismo, basata su rilevazioni epidemiologiche sulla frequenza dei fumatori, su iniziative di educazione sanitaria e armonizzazione delle politiche nazionali.

Attualmente in Italia i provvedimenti legislativi contro il tabagismo sono i seguenti:

- divieto di propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto di fumo (L. 165/62);
- divieto di vendita di tabacco a soggetti minori di anni 14 (RD 2316/34); previsione di sanzione per i contravventori (art. 730 c.p.);
- divieto di fumo nei locali pubblici e su mezzi di trasporto (L. 584/75);
- attività di informazione ed educazione sanitaria sui danni da fumo (L. 162/90);
- obbligo per i produttori di segnalare la nocività del fumo sui pacchetti di sigarette (Dir. 89/622/CEE);
- quantità massima di catrame per sigaretta: 12 mg, a partire dal 31 dicembre 1997 (Dir. 90/239/CEE).

### 3.l. *Traumatismi da incidenti del traffico.*

I traumatismi da incidenti del traffico sono stati inclusi nell'elenco delle malattie sociali, a causa della rilevanza del fenomeno, per l'elevata

mortalità, per gli effetti economici negativi sia sanitari che sociali, per i postumi particolarmente invalidanti.

I fattori di rischio possono essere dovuti ad avarie meccaniche del veicolo oppure al conducente.

Non si possono poi non considerare: i fattori di rischio ambientali (particolari condizioni della strada), fattori cinematici della traiettoria (velocità, posizione, direzione del veicolo), comportamento degli altri conducenti sulla strada. Anche in questo caso è particolarmente importante un'opera di prevenzione, che deve basarsi su un corretto addestramento del conducente, che deve essere idoneo dal punto di vista psicofisico; è inoltre necessario inculcare nei cittadini una « cultura della circolazione stradale ».

In questa complessa opera preventiva devono intervenire, in maniera coordinata, le autoscuole, i medici, gli psicologi, nonché gli ingegneri, impegnati questi ultimi a ricercare soluzioni costruttive che tengano conto dei diversi fattori che possono contribuire alla sicurezza della circolazione.

Anche il legislatore deve intervenire nell'opera di prevenzione, predisponendo normative che rendano obbligatori determinati comportamenti.

Un esempio di tale intervento preventivo è rappresentato dall'obbligo dell'uso del casco protettivo per gli utenti di motocicli e ciclomotori, previsto dalla L. 3/86, o dall'obbligo di utilizzo delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta differenziati per i bambini di età inferiore ai 4 anni e per i bambini da 4 a 10 anni, previsto dalla L. 111/88. Altri interventi del legislatore in materia riguardano la fissazione dei limiti di velocità (DM 333/89), e la fissazione del livello massimo di alcoolemia nonché i criteri per la misurazione dello stato di ebbrezza del conducente (DM 196/90).

Infine di particolare rilievo è il problema del rapporto tra assunzione di alcool, sostanze stupefacenti e psicotrope e genesi degli incidenti stradali, già oggetto di numerosi ed importanti studi epidemiologici condotti in ambito medico-legale e non ancora sufficientemente affrontato dall'attuale codice della strada.

### 3.m. *Malattie oftalmiche.*

Tra le malattie oftalmiche di interesse sociale, non viene oramai ricompresa più il tracoma, particolarmente diffusa nel secolo scorso.

Hanno invece assunto una importanza notevole, vista la loro diffusione, le ametropie, che consistono in difetti della rifrazione. Esse sono: miopia, ipermetropia, astigmatismo. Una conseguenza di una certa gravità della miopia può essere il distacco di retina, che però attualmente è guaribile con un intervento chirurgico tempestivo.

Altra patologia oftalmica a rilevanza sociale è il glaucoma, la cui eziologia è tuttora sconosciuta.

La forma congenita non è molto diffusa, mentre lo è di più quella primaria. L'insorgenza è subdola e può portare alla completa cecità se non diagnosticata e curata tempestivamente.

Le malattie degenerative eredo-familiari colpiscono principalmente la retina e il nervo ottico.

La prevenzione può essere effettuata mediante un corretto screening e attraverso una adeguata informazione prematrimoniale.

### 3.n. Epilessia.

L'epilessia è una malattia particolarmente diffusa fin dall'età scolare. È caratterizzata da manifestazioni accessuali ricorrenti, clinicamente polimorfe, dovute alla scarica simultanea ed eccessiva di una popolazione di neuroni cerebrali. Le crisi epilettiche possono essere parziali, generalizzate convulsive e non convulsive, unilaterali, non classificabili spesso anche per l'incompletezza di dati disponibili.

I sintomi rilevatori possono essere di natura motoria, sensitiva, psichica, con compromissione dello stato di coscienza. Le crisi convulsive sono caratterizzate da contrazioni tonico-cloniche, toniche, cloniche, miocloniche. La diagnosi di epilessia può essere effettuata già nei primissimi mesi di vita, durante i quali si potrà notare: assenza o scarso senso di vigilanza, segni patologici oculari, alterazione del tono muscolare, mancata reazione a stimoli sensoriali.

L'epilessia è in base al DPR 1008/85, causa di non idoneità al servizio militare.

Inoltre sono previste restrizioni nel rilascio della patente di guida cat. A e B (DM 263/88): è infatti consentito solo riguardo a soggetti che non abbiano presentato crisi comiziali nel corso degli ultimi due anni, indipendentemente dalla sottoposizione a terapie. Le patenti di categorie C, D, E, non possono essere rilasciate né confermate a soggetti affetti di epilessia.

### 3.o. Emofilie.

L'emofilia è una malattia ereditaria a rilevanza sociale caratterizzata da ricorrenti fenomeni emorragici spontanei, a livello della cute, della cavità orale, dei muscoli delle articolazioni; provoca altresì emorragie delle vie urinarie e gastrointestinali. La causa di tali emorragie è da ricercare nella deficienza di fattori della coagulazione con conseguente difetto della tromboplastinogenesi. Si conoscono tre differenti forme di emofilia (A, B, C).

Tale patologia causa un alto grado di invalidità, per via delle gravi limitazioni funzionali cagionate dalle emorragie a carico delle grandi articolazioni. La terapia è effettuata con somministrazione per via endovenosa al momento dell'emorragia di concentrati purificanti dei fattori della coagulazione; purtroppo tale concentrato non è facilmente reperibile e la situazione è aggravata dalla mancanza di centri e strutture specializzate. I costi della terapia sono particolarmente alti da sostenere, vista anche la breve durata di effetti del farmaco utilizzato.

### 4. Le malattie infettive di particolare rilevanza sociale: L'AIDS.

Le malattie infettive sono caratterizzate dal fatto che hanno come agente eziologico un microrganismo patogeno, o occasionalmente patogeno. Tale microrganismo causa la malattia nell'ospite, nell'organismo del quale riesce a replicarsi stimolando reazioni immunitarie. Altra caratteristica delle malattie infettive è la trasmissibilità attraverso varie vie di penetrazione (cute non integra, mucose, apparato digerente, apparato respiratorio, apparato urinario etc.).

Le malattie infettive sono previste dal T.U.L.L.SS. (RD 1265/34), che fa obbligo al medico che accerta o sospetta una malattia infettiva di denunciare la stessa alla USL (ora ASL).

Alcune malattie infettive possono avere gravi ripercussioni di ordine sociale, a causa dei danni che provocano all'individuo e a causa della loro vasta diffusione.

Tra le malattie infettive la più importante è sicuramente l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), vista l'attuale mancanza di terapie che conducano alla guarigione. Il virus che causa l'AIDS è l'HIV (Human Immunodeficiency Virus). La patologia in esame ha un decorso lento, in genere, con inizio asintomatico, sicché sono numerose le proba-

bilità di trasmissione del virus in questo arco di tempo. Il virus si trasmette sia attraverso il sangue e lo sperma, che per via verticale (trasmissione madre-figlio).

L'epidemia ha attualmente assunto dimensioni mondiali e il suo impatto sulla morbilità e mortalità dei giovani adulti dei paesi industrializzati è veramente notevole. Tuttavia le numerose indagini epidemiologiche periodicamente effettuate in tutto il mondo non danno risultati completamente attendibili, a causa del lungo decorso della malattia, del suo esordio asintomatico e della riservatezza che copre gli individui affetti da virus. In Italia il sistema nazionale di sorveglianza è costituito dal Registro nazionale dei casi di AIDS (Raids). Sebbene la notifica sia obbligatoria dal 1987, l'Istituto Superiore di Sanità aveva avviato fino dal 1982 un sistema volontario per la segnalazione dei casi.

Comunque, in nessun paese europeo è mai stato effettuato un vero e proprio screening obbligatorio sulla popolazione generale, anche se sono stati incoraggiati screening volontari. Le categorie che sono state fatte oggetto di un monitoraggio più completo sono quelle degli omosessuali e dei tossicodipendenti, perché considerati per lungo tempo soggetti a rischio; è da dire da sottolineare però che l'epidemia si sta sempre più diffondendo anche tra soggetti eterosessuali.

Al momento attuale non è stato ancora scoperto un vaccino capace di debellare la malattia, che quindi è a prognosi infausta; pertanto l'intervento degli stati europei si è basato soprattutto sulla prevenzione, attuata mediante campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale e non solo alle categorie considerate a rischio. Visto il forte impatto sociale e i particolari problemi posti dall'epidemia, ci si è impegnati inoltre alla definizione di normative particolari (relative soprattutto alla riservatezza delle informazioni e alla paura del contagio in ambienti di vita collettiva) e alla destinazione di risorse economiche alla ricerca e alla lotta contro l'AIDS.

In Italia è vigente la L. 5 giugno 1990, n. 135 (Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS). Questa legge prevede un piano di intervento basato sulla prevenzione; prevede altresì un potenziamento dei reparti di ricovero anche attraverso assunzione di personale.

Per quanto riguarda il grave problema della discriminazione sociale, la legge prevede l'assoluta riservatezza delle informazioni personali. L'art. 5, co. 3 dispone «nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica

*nel suo interesse. Sono consentite analisi di accertamento dell'infezione da HIV, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire all'identificazione delle persone interessate».*

Il comma 5 prevede che «l'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione a scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento dei posti di lavoro».

L'art. 6 fa divieto ai datori di lavoro di svolgere «indagini volte ad accertare nei dipendenti o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro, l'esistenza di uno stato di sieropositività».

## 5. Malattie sociali e risposte istituzionali.

I problemi sanitari, verso la risoluzione dei quali si è assistito ad un indubbio avanzamento in termini di qualità dell'intervento sanitario nel corso degli ultimi anni, non devono e non possono essere affrontati secondo una ottica unilaterale: la naturale complessità di tali problemi impone un approccio che tenga conto della multifattorialità degli stessi, nonché del relativamente nuovo concetto di salute.

Questa è da intendersi non solo come stato di benessere psico-fisico dell'individuo (come chiarito dall'OMS), ma deve essere considerata il risultato di un processo sociale e individuale. È quindi necessario trovare forme di intervento adatte a questa complessità, che si radichino nel tessuto sociale incidendo alla base dei problemi. Fondamentale è, in base a tali considerazioni, il ruolo di una attività soprattutto di tipo preventivo, che però, deve essere necessariamente preceduta da indagini epidemiologiche e da screening di massa, per verificare la concreta incidenza di una determinata patologia in una determinata area e in determinate fasce sociali e d'età. È dunque importante sperimentare e predisporre strumenti informativi capaci di leggere il territorio come espressione di precisi assetti politici, economici ed ambientali della società.

La risposta istituzionale a questa precisa esigenza potrebbe essere fornita dai Distretti sanitari di base, definiti dall'art. 10 della legge 833/78 come una «struttura tecnica-funzionale per l'erogazione dei servizi sanitari di primo livello e di pronto intervento».

Il Distretto è una struttura politico-organizzativa dotata di un budget finalizzato alla gestione dell'assistenza di base e allo sviluppo dei servizi domiciliari e di comunità.

Attraverso i distretti sanitari di base, il programma di promozione della salute può partire dalle concrete esigenze presenti sul territorio in continuo cambiamento; possono essere adoperate risorse presenti sul territorio stesso; è possibile evidenziare punti di forza e debolezza del sistema di servizi facilitando così la soluzione dei problemi esistenti.

Ovviamente il dimensionamento territoriale dovrebbe tenere conto degli specifici bisogni della popolazione, così da divenire rappresentativo; deve considerare le differenze culturali permettendo a tutti una equità di accesso; deve permettere l'identificazione di gruppi esposti alla medesima situazione di rischio socio-economico.

I DSB sono previsti anche dal Piano sanitario nazionale approvato per il triennio 1994-1996.

Nello stesso documento è altresì prevista l'istituzione di osservatori epidemiologici regionali, che potranno fornire, per ogni area e per ogni settore della popolazione, quadri completi del bisogno sanitario, al fine di fornire un punto di partenza sul quale fondare le scelte per l'impiego delle risorse disponibili.

Potranno inoltre studiare l'efficacia nel tempo degli interventi, consentendo di valutare l'impatto di scelte specifiche sull'evoluzione di diversi fattori demografici e socio-economici.

#### FONTI BIBLIOGRAFICHE

- ANTONIOTTI F. et altri, *Principi di Medicina Sociale*, Tumminelli editore, Roma, 1967.
- BELLANTE DE MARTIIS G., PANÀ A., *La profilassi diretta dell'epatite A*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6; 685-697.
- CALAMO SPECCHIA F.P., GOLETTI M., SCARELLA P., FUSCO A., SCANSANO P., BUCCI R., VANINI G.C., *Linee guida per alcuni interventi specifici di educazione alla salute in tema di grandi rischi*, in *Difesa Sociale*, 1989, 3, 9-26.
- CATTARUSSA M.S., ZANTESCHI E., SIGNORELLI C., GUASTICCHI G., OSBORN J.F., *Correlates of HIV infection knowledge in samples of italian young population*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 699-708.
- CERRI N., FORNACIARI M., PEROTTI S., *L'ipertensione arteriosa come malattia sociale: osservazione casistica a Brescia e riflessi medico-legali*, in *Arch. Med. Leg. Ass.*, 1991, 13, 305-326.

- CHERUBINI A., *Sul metodo della medicina sociale*, in *La rivista di servizio sociale*, 1968, VIII, 113 e ss.
- Decreto Ministeriale 12 giugno 1972, *Qualificazione dell'emofilia come malattia sociale*, in *Gazz. Uff.* 25 luglio 1972 n. 192.
- D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249, *Disposizioni relative agli enti operanti nel settore sanitario*, in *Gazz. Uff.*, 20 aprile 1961, n. 98.
- D.P.R. 1 marzo 1994, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996*, in *Gazz. Uff.*, 28 luglio 1994, n. 107.
- DONATO F., MONARCA S., SAVARESI A., COPPINI C., OLIVETTI A., SANARDINI A., NARDI G., *Educazione sanitaria e fumo: studio controllato dell'efficacia di un intervento svolto tra studenti di scuola media inferiore di una USSL*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 729-739.
- FICHERA C., BUONANNO A., PERUS G., RAMISTELLA E.M., *Importanza medico-sociale delle reumo-artropatie come causa di invalidità lavorativa. Studio nel Territorio di una Unità Sanitaria Locale*, in *Acta Medica Mediterranea*, 1993, 9-49.
- GEDDES M. (a cura di), *Rapporto sulla salute in Europa*, Ediesse, Roma, 1995.
- GRAPPASONNI I., PETRELLI E., COCCHIONI M., TROIANI P., PELLEGRINI M.G., ZANETTI A.R., *Indagine sul livello di informazione in tema di AIDS tra studenti universitari e di scuole superiori di Camerino*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 717-721.
- MARELLO G., AIAZZI C., *Considerazioni medico-legali e sociali sul DM 23/6/1988 n. 263*, in *Minerva medico-legale*, 1989, 109-2, 79-82.
- MARELLO G., CHELLINI E., *Medicina sociale e igiene*, Nis, Roma, 1991.
- NICOLETTI W., *Argomenti di medicina sociale*, Lombardo editore, Roma, 1991.
- PETRELLI F., *La politica di liberalizzazione della droga in Olanda*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 723-727.
- PETTI S., COMERCI M.D., DE CICCO A.L., D'ALOISIO A., SCALPELLI A.M., *Prevenzione della carie dentaria: indagine preliminare ai fini di un intervento mirato di educazione sanitaria*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 741-746.
- PREGLIASCO F., MINOLFI V., BINDA S., ANDREASSI A., PROFETA D.L., *Poliomelite: vaccinazione ancora attuale*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 675-684.
- RIPA DI MEANA F., VERONESI E., *La domanda di salute nel territorio*, Ediesse, Roma, 1995.
- SERIO G., ALBINI G.F., MENNUNI G., BRONDOLILLI G., *Indagini statistiche sulla frequenza di alcune malattie sociali presso una U.S.L. di Roma*, in *Ambiente e Salute*, atti I Congresso Nazionale C.I.P.S.M.S., Maratea 1988 (a cura di MEO G. e CARUNCHIO V.) Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Roma, 553.
- ZANTEDESCHI E., BOSSI A., CATTARUSSA M.S., CARLUCCI M., *Utilizzo del profilattico per la prevenzione dell'AIDS: revisione di dieci studi europei e statunitensi*, in *Ann. Ig.*, 1994, 6, 709-716.