

IL RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA NELLE SORVEGLIANZE SANITARIE

La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, approva la Carta di Ottawa per stimolare l'azione a favore della Salute per Tutti.

La Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni.

La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute *non* è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

Prerequisiti per la salute

Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali.

Sostenere la causa della salute

Una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione della promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno alla causa della salute.

Mettere in grado

La promozione della salute focalizza l'attenzione sul raggiungimento dell'equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. Tutto ciò comprende solide basi su un ambiente favorevole, sulla disponibilità di informazioni, su abilità personali e su opportunità che consentano di fare scelte sane. Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute *se non sono* capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute.

Mediare

I prerequisiti e le aspettative per la salute *non possono essere garantiti solo* dal settore sanitario. Quel che più conta è che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. Per la ricerca della salute, i gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno l'importante responsabilità di mediare tra i diversi interessi presenti nella società.

QUINDI LA CARTA DI OTTAWA DEFINISCE LA SALUTE NON GIA' COME ASSENZA DI MALATTIA, MA COME CONDIZIONE DI BENESSERE SOCIALE IN UN AMBIENTE FAVOREVOLE. COME UNIVERSALMENTE NOTO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE HA UN RUOLO CENTRALE NEL MANTENIMENTO NON SOLO DELLO STATO DI SALUTE, MA SPESSO ANCHE DELLA CONDIZIONE DI BENESSERE DEI PROPRI PAZIENTI, INFATTI FREQUENTEMENTE VIENE CHIAMATO IN CAUSA ANCHE PER PROBLEMI LEGATI AD ASPETTI NON SEMPRE STRETTAMENTE CORRELATI ALLE PATOLOGIE TIPICHE. QUESTO RUOLO PECULIARE DEL MEDICO DI FAMIGLIA GLI CONSENTE DI CONOSCERE BENE ANCHE LE CONDIZIONI DI VITA E DI LAVORO DEI PROPRI PAZIENTI, NE CONSEGUE CHE AL MEDICO PUO' CAPITARE DI OSSERVARE CHE ALCUNE PATOLOGIE PRESUMIBILMENTE LEGATE

ALL'AMBIENTE SEMBRANO RICORRERE PIU' FREQUENTEMENTE.

E' ESATTAMENTE QUANTO ACCADUTO NEL NOSTRO TERRITORIO:

TUTTI RICORDIAMO CHE FINO ALLA FINE DEGLI ANNI 90 NON ESISTEVA NEL NOSTRO COMPrensorio COSCIENZA SOCIALE DIFFUSA DELLA PRESENZA DI MALATTIE CONNESSE ALL'AMBIENTE IN CUI VIVIAMO, ANZI/ ALCUNI DISINFORMATI RESPONSABILI POLITICI ED AMMINISTRATIVI FACEVANO A GARA NEL NEGARE LA PRESENZA STESSA DEI FATTORI DI RISCHIO.

FRA I POCHI A NOTARE E A FAR NOTARE IL SINGOLARE AUMENTO DI ALCUNE PATOLOGIE (SPECIAMENTE QUELLE RESPIRATORIE) ED AD INTUIRE CHE POTEVA ESISTERE UN NESSO CON L'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO, VANNO SEGNALATI ALCUNI MMG OPERANTI NEI COMUNI DI QUESTO TERRITORIO.

E i primi studi cominciano a dare conferme NEL 96/99 ASL DI MESSINA RILEVA UN AUMENTO DELLA MORTALITA'x MALATTIE RESPIRATORIE.

NEL 2002 LA VALLE DEL MELA VIENE DICHIARATA A RISCHIO DALLA REG. SICILIA.

NEL 2003 OER RILEVA UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DELLA MORTALITA' x TUMORI DELLA LARINGE NEGLI UOMINI E PER MALATTIE RESPIRATORIE NELLE DONNE.

NEL 2003 L'ENEA RILEVA che "mentre il quadro dello stato di salute delle popolazioni residenti e' decisamente buono rispetto alla provincia di Messina e alla Sicilia, la popolazione maschile residente nelle due fasce di comuni piu' vicine al polo industriale e' caratterizzata da un quadro di mortalita' piu' elevata rispetto ai comuni distanti. Si evidenzia una mortalita' superiore per tumori del polmone, fegato e malattie respiratorie nelle classi di eta' inferiori a 65 anni.

A LUGLIO 2008 L'OER PUBBLICA: STATO DI SALUTE NELLE AREE A RISCHIO AMBIENTALE DELLA SICILIA. ANALISI DELLA MORTALITA' 1995-2002, RISULTA:

tumori totali: nella mortalita' un eccesso del 6% tra gli uomini,
decessi attesi 446, decessi osservati 463;
m. respiratorie: nella mortalita' un eccesso del 22% tra le donne,
decessi attesi 67, decessi osservati 90.

È evidente che si tratta di morti evitabili.



VA RICORDATO CHE GIA' l'art.139 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con decreto del presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, **PREVEDE UN ELENCO DELLE Malattie per le quali è obbligatoria la denuncia/ segnalazione**, nel caso in cui il medico venga a conoscenza di una malattia rientrante tra quelle elencate nel decreto ministeriale.

Con decreto ministeriale 14 gennaio 2008 (Supplemento Ordinario n. 68 della G.U. n. 70 del 22 marzo 2008) è stato aggiornato l'Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia/ segnalazione, ai sensi dell'articolo 139 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124.

Il gruppo dei **tumori di origine lavorativa** (gruppo 6 dell'elenco) ha sollecitato una maggiore attenzione della Commissione ai fini del suo aggiornamento, in ragione del fatto che:

- si tratta di patologie emergenti in termini di incidenza e di prevalenza
- sussistono lunghi tempi di latenza che rendono difficoltosa la correlazione fra esposizione e manifestazione di malattia
- le indicazioni internazionali, a volte, presentano apparenti difformità a causa della diversa metodologia di approccio classificatorio.

Si è fatto, quindi, riferimento a classificazioni e valutazioni degli agenti cancerogeni secondo *a)* le direttive della U.E.; *b)* le indicazioni di Agenzie ed Enti Internazionali che si avvalgono di ricerche sperimentali ed

epidemiologiche, assumono le decisioni in appositi meeting e fanno circolare le informazioni tra i vari Paesi; c) le pubblicazioni aggiornate sul tema.

Le esposizioni occupazionali sono state tra le prime cause di tumore ad essere identificate portando in alcuni casi alla individuazione di specifici agenti causali, tanto che lo studio dei tumori di origine lavorativa ha offerto intuizioni e riferimenti importanti per l'epidemiologia.

Allo stato si distinguono alcune forme tumorali ad elevata frazione eziologica professionale: il mesotelioma, nelle varie localizzazioni, per esposizione all'asbesto, l'angiosarcoma epatico da cloruro di vinile, i tumori dei seni paranasali da polveri di legno e di cuoio. Il nesso causale difficilmente può essere messo in discussione quando vi è questa corrispondenza tra esposizione e tipo di tumore, diventa invece di limitata probabilità già quando trattasi di un diverso istotipo pur nello stesso organo, come nel caso dell'epatocarcinoma, invece che dell'angiosarcoma epatico, in esposti a cloruro di vinile.

Per le altre tipologie di tumori non specifici, come quelli del polmone, della vescica, del sistema emolinfopoietico e altri, l'attribuzione del nesso causale si basa sulle evidenze scientifiche e, a fronte di ipotesi multifattoriali (es. fumo di tabacco in esposti ad asbesto o ad altri agenti che si correlano al tumore del polmone), assume grande importanza, nella valutazione delle concause, l'entità della esposizione lavorativa.

IL CONTRIBUTO DEI MMG SI RIVELA QUINDI FONDAMENTALE NEL FOCALIZZARE L'ATTENZIONE DEGLI ENTI PREPOSTI E NELLA INDIVIDUAZIONE DELLE POPOLAZIONI A RISCHIO.

MI SEMBRA IMPORTANTE FAR NOTARE CHE IN QUESTO TERRITORIO E' STATA FATTA UNA AZIONE DI VERA PREVENZIONE PRIMARIA, IN QUANTO L'INDIVIDUAZIONE E L'ACCERTAMENTO DELLA PRESENZA DEI FATTORI DI RISCHIO E' "CONDIZIO SINE QUA NON" PER LA REALIZZAZIONE DI UN EFFICACE PIANO DI RISANAMENTO CON LE CONSEGUENTI INDEROGABILI PRESCRIZIONI.

DIVERSA E' LA PREVENZIONE NORMALMENTE INTESA COME DIAGNOSI PRECOCE:

Il cancro è diventato la seconda causa di morte nei paesi industrializzati; quasi non c'è famiglia che non sia stata toccata da questa malattia. Il Cancro del Polmone è la prima causa di morte per tumore nei maschi e la mortalità è in crescita nelle femmine.

Si tratta di un tumore a elevata letalità: su 10 casi di tumore al polmone ne muoiono 9 cioè la sopravvivenza è pari solo al 10%; questo dato non è cambiato negli ultimi 15 anni.

Prima di essere evidente ad una radiografia del torace possono passare anche anni dalla sua insorgenza. Il tumore può essere identificato con una radiografia del torace quando raggiunge le dimensioni di circa 1 cm; questo vuol dire che sono presenti 7 milioni di cellule tumorali e si sono avuti già 24 raddoppiamenti cellulari; con un tumore di queste dimensioni si ha già il rischio che abbia dato delle metastasi (cioè diffusione a distanza) nel 30% dei casi. Con la TAC si possono identificare noduli fino dalle dimensioni di 2 mm.; un tumore di 5 mm. ha già però 2 milioni di cellule (21 raddoppiamenti) che possono metastatizzare in un 20% dei casi.

Esiste la necessità per un corretto operare nella sanità di utilizzare al meglio tutti gli strumenti di intervento disponibili.

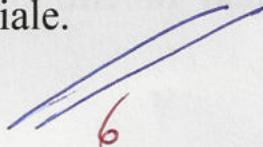
Oltre all'affinamento diagnostico ed al miglioramento della terapia occorre, a tale proposito, potenziare anche gli interventi di prevenzione primaria specie nel versante dei rischi sanitari di origine ambientale, attualmente assai poco valorizzato.

La prevenzione primaria utilizza vari strumenti conoscitivi, dalla epidemiologia, alla tossicologia, all'analisi del rischio, alle valutazioni di impatto ambientale.

La prevenzione primaria necessita inoltre di strumenti operativi aggiornati e rispondenti alle esigenze culturali, sociali ed economiche del momento.

La strategia di prevenzione deve avere quindi come obiettivo lo "sviluppo sostenibile", inteso come sviluppo organico di un sistema complesso.

Ma questi requisiti ovviamente non possono essere garantiti solo dal mondo sanitario e sono auspicati ed attesi chiari segni di attenzione politica, istituzionale ed industriale.



6