

CARLO SIGNORELLI*

PREVENZIONE E CONSENSO POLITICO

La prevenzione primaria include interventi non sempre di natura sanitaria e non sempre condotti da personale medico. E in alcuni casi, anche quando l'atto finale riguarda il paziente – come per un vaccino o per un test di laboratorio – la strategia generale dell'intervento si riconduce a una decisione politica o comunque viene presa da un «health policy maker» (decisore sanitario), che può essere una figura politica (Governatore, Ministro, Assessore) ovvero un dirigente nominato da un organo politico al quale fa riferimento per le scelte strategiche come ad esempio il Direttore generale di un'Azienda sanitaria.

E se è vero che, almeno negli intenti, la salute individuale e collettiva è un bene altamente tutelato da tutti gli Stati, e se è altrettanto vero che alcune scelte possono e devono essere prese indipendentemente dal parere dell'opinione pubblica e/o delle parti interessate (si pensi alla complessa legislazione sull'Igiene e Sicurezza sul Lavoro, spesso promossa contro le indicazioni degli attori più rilevanti; a casi eclatanti come l'evacuazione di Seveso nel 1976 o l'abbattimento di animali post-Chernobil e post-mucca pazza) non si può negare che certe scelte, soprattutto in campo di prevenzione, siano discrezionali e valutate anche sulla base del consenso popolare che possono determinare nell'immediato o nel futuro.

* *Professore ordinario di Igiene, Università di Parma.*

Con la collaborazione del dott. Matteo Riccò, Specialista in Medicina del Lavoro e in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Parma. Si ringraziano il Prof. Gaetano Maria Fara e il dott. Vittorio Carreri, entrambi past-Presidents della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP) per gli utili suggerimenti forniti in fase di revisione.

Nelle facoltà mediche e nelle scuole di specializzazione si insegna che la prevenzione generalmente non fa spettacolo, non permette di identificare i beneficiari diretti, dà spesso risultati in tempi più lunghi rispetto ai mandati dei decisori e soprattutto non suscita quasi mai reazioni negative quando viene «tagliata»; sarebbe quindi poco allettante per il decisore e semplicemente tollerata quando non se ne può fare a meno, ovvero quando per vincoli etici o giuridici inevitabili alcune decisioni risultano obbligate.

Fin qui una visione semplicistica dietro cui si giustificano malumori e depressioni di molti operatori quando non riescono a convincere il decisore di riferimento sull'importanza degli interventi di prevenzione da loro proposti. Ma c'è un'altra faccia della medaglia, più nobile e più lungimirante, che parte dal principio che la prevenzione delle malattie e la riduzione della mortalità evitabile sia un potente mezzo per lo sviluppo sociale ed economico di un paese. Considerando che questo concetto è ribadito da autorevoli organizzazioni internazionali (Oms *in primis*), è naturale che i più avveduti rappresentanti delle istituzioni possano capire come alcuni interventi di prevenzione siano in grado di creare consenso anche prima che emergano i risultati e possono legare al proprio nome – come accaduto in passato – grandi successi nel campo della salute pubblica.

Questa sintetica raccolta, attraverso l'analisi di alcuni casi emblematici italiani e stranieri, non ha l'ambizione di essere esaustiva ma vuole ribadire l'importante e imprescindibile ruolo della decisione politica in molte scelte di prevenzione ed essere un viatico per considerare queste iniziative come le più nobili imprese del settore sanitario: dall'eradicazione di una malattia infettiva, allo *screening* che permette di identificare precocemente e curare un tumore in fase iniziale, alla rimozione di un fattore di rischio che evita di sviluppare gravi malattie. E ciò senza nulla togliere all'alto valore delle scoperte cliniche, terapeutiche e tecnologiche della medicina curativa.

In questa raccolta sono stati selezionati casi «storici» e casi «emblematici», alcuni valutabili altri ancora in corso,

con l'obiettivo prioritario di analizzare i principi ispiratori e le eventuali ricadute sui decisori che hanno preso determinate iniziative di prevenzione.

1. *La legge Crispi-Pagliani e l'igiene urbana (1888)*

Gli anni successivi all'Unità d'Italia furono caratterizzati da una rapida spinta verso l'accrescimento della popolazione urbana, aumentata in percentuale compresa fra il 20 ed il 30% rispetto al periodo pre-unitario. Una crescita così vigorosa si accompagnò a rilevanti problemi di natura igienico-sanitaria, il cui paradigma fu rappresentato dall'epidemia di colera di Napoli del 1884 che, con i suoi 7.000 morti solo in città, assunse connotati di grande tragedia nazionale. In questo particolare contesto il legislatore venne chiamato ad intervenire con un riordino delle leggi sanitarie: i principali promotori del rinnovamento furono il Primo Ministro Francesco Crispi ed il professor Luigi Pagliani, medico Igienista dell'Università di Torino, diventato consulente privilegiato del Governo a partire dal 1887, proprio a seguito dell'epidemia napoletana. Il prodotto di tale collaborazione fra politica e ricerca scientifica ha portato all'approvazione della legge 5849 del 22 dicembre 1888 che viene ancora oggi ricordata come la legge Crispi-Pagliani. A livello centrale essa istituiva la Direzione generale di sanità quale organismo armonizzatore fra potere esecutivo e conoscenze scientifiche mentre venivano create figure di raccordo (i cosiddetti medici provinciali e i medici comunali) la cui rilevanza era riconosciuta al punto da prevedere la loro integrazione nel complesso delle funzioni di pubblico servizio. Il regolamento attuativo della legge Crispi-Pagliani era basato sulle più recenti innovazioni scientifiche (gli anni compresi fra il 1865 ed il 1888 sono segnati dalle grandi scoperte di Louis Pasteur e Robert Koch, con la cosiddetta rivoluzione batteriologica). Erano gli anni dell'epidemia di colera di Londra studiata da John Snow che faticò non poco a convincere le autorità amministra-

tive londinesi del tempo dell'inconsistenza della teoria dei miasmi, dimostrando che il veicolo di trasmissione della malattia era l'acqua inquinata. Dopo secoli in cui gli interventi sanitari furono condotti con modalità empiriche, la fine del XIX secolo segna l'inizio della fase in cui efficaci leggi emanate dal potere politico, quasi tutte di natura preventiva, portano a progressi e ricadute positive sulla salute della popolazione con consensi notevoli sui decisori di cui la notorietà di Crispi (accoppiata al tecnico Pagliani) è emblematica. Dai controlli sul ciclo idrico alla polizia mortuaria, dalla gestione dei rifiuti all'igiene edilizia (ricordiamo la legge per il Risanamento della città di Napoli del 1885 voluta fortemente dal Sindaco Nicola Amore) è in questo contesto che molte città italiane perdono l'impronta urbanistica medievale guadagnando in igiene e salubrità degli ambienti urbani e domestici. Sempre la legge Crispi-Pagliani introdusse l'antivaiolosa e investì il Sindaco della carica di massima autorità sanitaria locale, attribuzione tuttora presente nell'ordinamento italiano (d.lgs. 267/2000) nonostante il progressivo smantellamento del restante complesso giuridico.

2. *Mussolini e il programma di eradicazione della malaria*

Diverse pubblicazioni storiche riconducono alla personale volontà di Mussolini l'inizio del processo di drastica riduzione della malaria nel nostro paese dove era endemica sin dalla più remota antichità. Già Caio Giulio Cesare ed il suo successore Augusto tentarono a più riprese, fra I sec. a.C. e I sec. d.C. la bonifica del cosiddetto *Agro Pontino* peraltro senza ottenere rilevanti successi. Il complicato quadro politico-sociale delle regioni meridionali all'indomani dell'Unità nazionale aveva favorito la diffusione della patologia malarica nelle Isole maggiori e in altre aree precedentemente ascritte al Regno Borbonico (in particolare: Puglia, Basilicata, Calabria, Campania), mentre irrisolti focolai malarici restavano quelli storicamente identificati nell'Agro Pontino laziale, nel Veneto, nel li-

torale Toscano, nel Polesine, con un tasso di incidenza compreso fra i 400 e gli 800 casi su 100.000 abitanti/anno fino al 1934. Il *Testo Unico delle Leggi Sanitarie* del 1934¹ prevedeva forme di lotta nei confronti del vettore malarico: in particolare investiva i comuni dell'onere degli interventi specifici contro i vettori, che venivano erogati tramite i Comitati provinciali antimalarici, cui era rimandato l'incarico di coordinare iniziative locali volte sia contro la diffusione territoriale dei vettori, sia a favore della più agevole distribuzione dei farmaci specifici alle categorie a rischio. Retrospectivamente, l'impatto più rilevante sul controllo malarico fu tuttavia rappresentato dalle leggi di bonifica, intraprese a partire dal 1920², il cui obiettivo era rappresentato dal risanamento di complessivi 8 milioni di ettari (Novello, 2003). Da ricordare la legge n. 3124 del 24 dicembre 1928 detta anche «Legge Mussolini per la bonifica integrale» e il motto «ritorno alla terra» che accompagnò slogan di regime volti a enfatizzare i risultati raggiunti nelle bonifiche programmate. Celebre anche la sua dichiarazione del 30 luglio 1925 «La battaglia della palude significa liberare la salute di milioni di italiani dalle insidie letali della malaria e della miseria». Nonostante consistenti investimenti, i territori effettivamente risanati prima della Seconda Guerra Mondiale ammontavano a 4.733.982 ettari, cioè poco più della metà di quanto pianificato. I contestuali risultati sanitari erano tuttavia sufficienti a giustificare la pubblica soddisfazione del Regime. Non solo il numero di comuni endemici per malaria era passato dai 2.635 del 1901 ai 1.171 del 1941 (-56% circa), ma anche i singoli casi di malaria erano in consistente diminuzione, con progressivo confinamento a specifiche aree geografiche non ancora interessate delle bonifiche, prevalentemente in Calabria, Puglia, Sicilia. L'analisi storiografica riporta che Mussolini cavalcò il

¹ Regio Decreto n. 1265 del 27 luglio 1934 (artt. 313-329).

² Regio Decreto n. 1465 del 20 maggio 1920; legge n. 3134 del 24 dicembre 1928; Regio Decreto n. 214 del 13. febbraio 1933.

successo (e soprattutto la pubblicizzazione dei risultati ottenuti) allo scopo di consolidare il proprio consenso, contrapponendo così fatti oggettivi – tangibili alla diretta osservazione di chi vedeva tramutarsi le Paludi Pontine in terre fertili – ai mancati risultati ottenuti dai suoi predecessori. Tuttavia, ferma restando la non completa bonifica, quando la guerra lambì e quindi imperversò sul territorio nazionale (1943-1945) si assistette ad una contestuale e rilevante riaccensione della patologia malarica, con un picco di oltre 400.000 casi e 386 decessi nel corso del 1945. L'eradicazione della malaria fu conseguita stabilmente solo a conflitto terminato, con una tempistica sorprendentemente rapida, fra 1945 e 1951: risolutivo fu il sistematico impiego dell'insetticida Dicloro-Difenil-Tricloroetano (Ddt) in tutte le aree infestate dai vettori, metodo che negli anni successivi non potè essere utilizzato altrove per i dimostrati effetti negativi a livello ambientale che l'impiego di tale agente chimico comportava.

3. *Ssn e ruolo delle regioni*

L'approvazione della legge di Riforma Sanitaria del 1978 (l. 833/1978) fu considerata di grande rilevanza non solo per i principi di equità, solidarietà e universalità delle cure sanitarie ma anche per aver dato pari dignità alle attività di prevenzione rispetto a quelle di cura e riabilitazione. Sebbene tra i principali ispiratori si annoverino numerosi esperti di igiene e sanità pubblica (tra cui *Seppilli* e *Giovanardi*) che avevano insistito nei lavori preliminari per la valorizzazione delle attività preventive, il fatto che la legge fu approvata a larghissima maggioranza dal Parlamento – in una fase caratterizzata dal consociativismo politico – e un primo periodo di difficile applicazione non portò particolare lustro o consenso ad alcun politico del tempo. Sta di fatto però che da quel momento si spostò sul livello regionale e locale l'operatività delle azioni per la tutela della salute della popolazione incluse le iniziative di prevenzione. Sono quindi

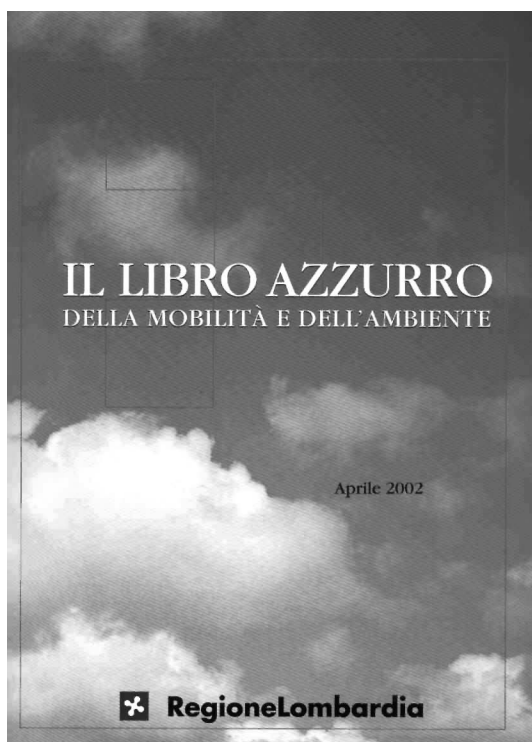


FIG. 1. Pubblicazione della regione Lombardia finalizzata alla promozione del Programma di riduzione degli inquinamenti atmosferici (2002).

diversi gli esempi di iniziative legislative e amministrative che hanno avuto come fine ultimo la tutela della salute. Ne citiamo solo due emblematici a titolo esemplificativo: il Presidente della Lombardia *Roberto Formigoni*, fin dal suo primo mandato (1995-2000), ha fatto della lotta agli inquinamenti atmosferici una priorità per la sua attività di governo regionale con numerose iniziative e interventi strutturali (fig. 1). E anche se è troppo presto per una valutazione complessiva d'impatto delle misure adottate, l'insieme dei provvedimenti che la regione Lombardia ha adottato negli ultimi 15 anni (progressiva eliminazione dei



FIG. 2. Campagna della regione Emilia Romagna finalizzata alla promozione del Programma regionale per la prevenzione dei tumori femminili (2010).

veicoli più inquinanti, incentivi per combustibili meno inquinanti, metanizzazione, potenziamento del trasporto pubblico, ecc.) ha portato a un miglioramento della qualità complessiva dell'aria anche se non ancora in linea con i parametri dell'Ue. La regione Emilia-Romagna ha sempre dedicato grande attenzione e interesse mediatico nei confronti delle attività preventive. Tra le varie iniziative citiamo quella recente (2010) che ha esteso lo *screening* per la diagnosi precoce dei tumori del seno alle donne dai 45 ai 49 e dai 70 ai 74 anni, in aggiunta alla fascia «canonica» 50-69 anni. La scelta, motivata dai provati benefici della diagnosi precoce anche in queste fasce d'età e dalla qualità delle campagne di *screening* raggiunta in oltre 10 anni di esperienza – teoria peraltro non condivisa unanimemente dal mondo scientifico – è stata oggetto di sapiente propaganda durante la Campagna elettorale del 2010 del governatore uscente (poi riletto) *Vasco Errani*, a testimonianza che non sono solo le attività di diagnosi e cura ad essere oggetto di interesse dei politici in cerca di consenso ma anche quelle di prevenzione, purché basate su evidenze scientifiche, patologie ad alto impatto sociale e buona percezione dei benefici futuri. La campagna mediatica (fig. 2) è stata svolta su quotidiani, televisioni, siti internet, cartelloni pubblicitari inclusi i tabelloni luminosi degli impianti sportivi.

Anche se abbiamo espresso nelle premesse che l'omissione di iniziative preventive generalmente passa sotto si-

lenzio – non essendo quasi mai evidenti effetti negativi a breve termine (e quindi riflessi sul consenso politico dei decisori) – il caso dell'emergenza rifiuti esplosa nel 2008 in Campania ha messo a nudo comportamenti omissivi delle autorità locali (*Antonio Bassolino*, *Riccardo Di Palma* e *Rosa Russo Iervolino* erano rispettivamente Presidente della regione Campania, Presidente della provincia di Napoli e Sindaco di Napoli) che hanno determinato una situazione emergenziale con cumuli di rifiuti per strada, mancanza di una strategia per la raccolta differenziata e indisponibilità di sistemi per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani. È noto come il prezzo «politico» legato alle mancate iniziative di programmazione e gestione del ciclo dei rifiuti urbani sia stato altissimo per i vertici dei tre enti citati e sia andato ben oltre la scontata sconfitta elettorale dei loro schieramenti nella successiva tornata.

Ma non sono solo le regioni e le grandi metropoli ad aver intrapreso politiche per la tutela dell'ambiente e conseguentemente della salute dell'uomo. La fase successiva alla sottoscrizione del Protocollo di Kyoto (1998) è stata caratterizzata dal fiorire di iniziative nel segno dello sviluppo sostenibile, di città a misura d'uomo, di mobilità «dolce», di politiche di potenziamento di parcheggi e mezzi pubblici, di contenimento dei consumi nonché di informazione e sensibilizzazione della popolazione a tematiche ambientali (valorizzazione del bene idrico, importanza della raccolta differenziata dei rifiuti, riduzione dei consumi domestici, utilizzo dei mezzi di trasporto alternativi, maggior esercizio fisico). In questo senso si segnalano due iniziative: l'*Agenda 21* (letteralmente: cose da fare nel XXI secolo) è un ampio ed articolato «programma di azione», scaturito dalla Conferenza Onu su Ambiente e Sviluppo di Rio de Janeiro del 1992, che costituisce una sorta di manuale per lo sviluppo sostenibile del pianeta da qui alla fine del XXI secolo. Essa consiste in una pianificazione completa delle azioni da intraprendere, a livello mondiale, nazionale e locale dalle organizzazioni delle Nazioni Unite, dai governi e dalle amministrazioni in ogni area in cui la presenza umana ha impatti

sull'ambiente. Sono molte le amministrazioni locali anche comuni di medie e piccole dimensioni ad aver intrapreso questa strada anche al fine di ottenere dai cittadini un consenso e un ritorno di immagine. Il *Patto dei Sindaci* (*Convenant of Mayors*) è un'iniziativa promossa dalla Ue nel 2008 per coinvolgere attivamente le città europee nella strategia europea verso la sostenibilità energetica ed ambientale. All'iniziativa hanno aderito sinora 3.142 Sindaci dell'Ue (di cui circa 2.000 italiani) per un totale di 145 milioni di abitanti coinvolti a tutt'oggi. Questo viatico fornisce alle amministrazioni locali l'opportunità di impegnarsi concretamente nella lotta al cambiamento climatico attraverso interventi che modernizzano la gestione amministrativa e influiscono direttamente sulla qualità della vita e quindi sulla salute dei cittadini. In particolare, i comuni aderenti si impegnano a rispettare l'obiettivo di riduzione delle emissioni di gas serra nocivi del 20% entro il 2020, aumentare la produzione di energia rinnovabile e ridurre i consumi del 20%, come previsto dalla strategia 20-20-20 dell'Ue. Appare quindi insita nell'adesione al Patto l'esplicita dimostrazione di una sensibilità alla tutela ambientale e quindi della salute che non può che avere ritorni positivi sugli amministratori locali che intraprendono queste iniziative.

4. *Il Ministro De Lorenzo e l'obbligo vaccinale per l'Epatite B (1991)*

Fino alla metà degli anni '80, il nostro paese è stato caratterizzato da una elevata circolazione del virus dell'Epatite B (Hbv), da cui le gravi conseguenze associate all'infezione cronica, in particolare l'elevata frequenza di neoplasie epatiche primitive. Si stima che, fra 1982 e 1985, fra il 2,5 ed il 3,4% della popolazione italiana di giovani adulti fosse HBsAg positiva, tanto da posizionare il nostro paese nella cosiddetta *endemia moderata* (2-7%), con picchi prossimi o superiori al 14% della popolazione. A ciò si dovevano aggiungere circa 12 casi di epatite virale acuta Hbv+/100.000

abitanti, alcuni dei quali letali. Secondo stime dell'Iss, i decessi annui ascrivibili quali conseguenza a breve o lungo termine dell'infezione da Hbv potevano essere stimati in circa 10.000. Ragioni di questa consistente diffusione della malattia erano identificabili sia in fenomeni sociali verificatisi nel corso dei decenni precedenti quali la diffusione esplosiva delle droghe iniettabili negli anni '70, la crescente promiscuità sessuale associata alla scarsa diffusione dei metodi di barriera, la limitata applicazione di precauzioni igienico-sanitarie in ambienti a rischio e soprattutto in procedure sanitarie, la diffusione della pratica trasfusionale senza la sistematica applicazione di controlli appropriati; inoltre hanno inciso le proprietà specifiche del virus, caratterizzato da una significativa trasmissione madre-feto, trasmissione che per di più esita in infezione cronica nell'80-90% dei casi nei bambini piccoli contro il 5-10% tipico dell'età adulta, e quindi in grado di mantenere una costante diffusione nella popolazione generale. Nonostante il primo vaccino di Hilleman sia stato reso disponibile già nei primi anni '80 (autorizzato in Europa nel 1982), la necessità di ricavare quest'ultimo da sangue di soggetti che avessero sviluppato immunità nei confronti del virus garantendo al tempo stesso l'assoluta sicurezza del preparato, rendeva i costi troppo elevati per una vaccinazione di massa. Nel 1986, la possibilità di ottenere la protezione vaccinale tornò d'attualità grazie alla produzione di un vaccino ricombinante su cellule di lievito, combinando così l'ampia disponibilità di dosi vaccinali con l'assoluta sicurezza biologica, garantita dall'assoluta assenza di Dna virale (Zanetti *et al.*, 2008). Nonostante all'epoca la diffusione dell'infezione da Hbv sembrasse manifestare una certa regressione, nel corso 1991 il Ministro della Sanità *Francesco De Lorenzo* si fece promotore della vaccinazione universale e obbligatoria di tutta la popolazione infantile con il nuovo preparato ricombinante. Tale intervento appariva molto più impegnativo, dal punto di vista metodologico ed economico, di quanto predisposto in altre realtà come gli Usa, in cui si era preferito coinvolgere esclusivamente la popolazione a rischio. Nonostante un consenso scientifico non unanime

con le polemiche che ne seguirono, l'iniziativa di De Lorenzo trovò applicazione nella legge n. 165 del 27 maggio 1991, il cui decreto applicativo (d.m. 3 ottobre 1991, *Protocollo per l'esecuzione delle vaccinazioni contro l'Epatite B*) prevedeva la vaccinazione di tutti i nuovi nati e degli adolescenti dodicenni per i successivi 12 anni. L'intervento, al netto delle polemiche, si è rivelato efficace nel garantire la copertura vaccinale della popolazione giovane-adulta, stimata pari al 95% già nel 2003, così come nel limitare la diffusione e la severità della patologia Hbv correlata nella popolazione generale. Non solo i casi di epatite acuta Hbv+ sono scesi dai 12/100.000 del 1985 agli 1,3/100.000 del 2005, ma le fasce in passato ritenute a maggiore rischio (ovverosia: fra 15 ed i 24 anni) sono al momento quelle caratterizzate dalla minore incidenza (attualmente, prossima a 0,5 casi/100.000 ab/anno). Contestualmente all'incremento della popolazione protetta nei confronti di Hbv, anche la prevalenza dello *status* di HBsAg+ è in costante riduzione, ed è oggi stimata fra lo 0,6% dell'Italia settentrionale e l'1,2% dell'Italia meridionale. Ad Afragola, dove noti medici e ricercatori quali Marcello Piazza e Giuliano Da Villa (quest'ultimo consulente del Ministro De Lorenzo) avevano condotto già alla fine degli anni '80 uno studio pilota che avrebbe portato all'identificazione dell'attuale scheda vaccinale (Da Villa *et al.*, 1992) e che prima dell'intervento era caratterizzata da una prevalenza dell'infezione virale prossima al 14%, vede attualmente una prevalenza dell'infezione di circa 0,3% nei soggetti di età inferiore a 20 anni, con un'incidenza dell'epatite acuta Hbv+ inferiore ad 1 caso/100.000 abitanti/anno. Il successo di tale iniziativa è da ascrivere per larga parte alla capacità della campagna vaccinale di massa di eliminare la figura del portatore asintomatico. Le recenti celebrazioni del ventennale dall'introduzione della vaccinazione universale contro l'epatite B (1991-2011) ci consentono di affermare che la lungimiranza dei decisori italiani ha portato a consistenti vantaggi sanitari in termini di minori casi di epatite B, riduzione dei tumori primitivi del fegato e minori costi per la cura dei malati cronici. Tale successo scientifico non ha

portato tuttavia eccessivo consenso e lustro all'allora Ministro De Lorenzo che, pur estremamente motivato per una coraggiosa scelta politica nell'interesse della salute della popolazione, fu accusato negli anni successivi al 1992 di aver avuto rapporti diretti con le aziende farmaceutiche, anche quelle produttrici dei vaccini antiepatite B.

5. *Il Ministro Sirchia e la legge antifumo (2003)*

Un altro Ministro della Salute del Governo italiano, Girolamo Sirchia, ha legato il suo mandato governativo durato 4 anni a diverse iniziative di cui una, a valenza preventiva, è destinata a venir ricordata per molti anni. Nel gennaio 2003, dopo lunga concertazione, è stata approvata la legge antifumo (l. 3/2003) che, oltre ad estendere norme a tutela dei non fumatori (fumo passivo), ha anche portato a una significativa riduzione dei fumatori attivi nel nostro paese. A tale tematica è dedicata l'Appendice di questo capitolo redatta proprio dal Ministro dell'epoca che rappresenta una testimonianza diretta di un tecnico stimato che si è cimentato nel difficile ruolo di decisore politico nazionale.

6. *Il Ministro Livia Turco e l'introduzione della vaccinazione anti-Hpv (2006)*

All'inizio del XXI secolo un'altra vaccinazione in grado di interferire positivamente su un agente infettivo cancerogeno è divenuta disponibile su larga scala. Infatti la commercializzazione di due vaccini anti-Hpv, a breve distanza tra loro, con dati a supporto di un loro importante ruolo nel prevenire i tumori del collo dell'utero ha posto all'attenzione del mondo scientifico (e politico) l'ipotesi di un'offerta universale di questa vaccinazione, ovviamente in prima istanza alle donne giovani in grado di beneficiare maggiormente dell'intervento preventivo. L'iniziale alto costo dei due vaccini (oltre 500 euro per un ciclo vaccinale completo) ha immediatamente spostato l'interesse dei fau-

tori della vaccinazione sul tavolo della politica nazionale che avrebbe dovuto reperire risorse aggiuntive rispetto a quelle normalmente impiegate per i cicli vaccinali dell'infanzia. È stata un'azione sinergica tra mondo scientifico (con la Società Italiana di Igiene in prima linea), organi tecnici del Ministero della Salute (tra cui il neocostituito Ccm diretto dall'epidemiologo *Donato Greco*) e mondo politico, con interessamento diretto del Ministro della Salute *Livia Turco*, a portare ad un finanziamento *ad hoc* con la legge finanziaria approvata nel dicembre del 2007 della campagna vaccinale nelle adolescenti al 12° anno di vita. In un contesto economico già precario il Ministro fu confortato nell'operazione da un consenso trasversale, soprattutto tra le donne parlamentari, che hanno visto nella decisione politica un'opportunità di offrire a tutte le giovani donne italiane uno strumento sicuro ed efficace di prevenzione di uno dei più diffusi tumori maligni femminili in aggiunta al già diffuso pap-test. E anche se è ancora troppo presto per valutare l'impatto sanitario della vaccinazione di massa, iniziata sistematicamente nel 2008 con un'adesione non ancora ottimale (60%), tuttavia si può certamente affermare che il breve Ministero di Livia Turco sarà ricordato soprattutto per questa iniziativa preventiva che ha raccolto anche ampi consensi internazionali.

7. *La riduzione della mortalità materna in Africa*

Sono molti e diversificati i programmi che in questi anni vengono intrapresi da paesi in via di sviluppo per il contenimento delle malattie infettive, della mortalità infantile e di altri fenomeni sanitari legati alle precarie condizioni di vita e dei presidi di assistenza sanitaria. Tra questi un largo impatto sociale (e quindi politico per i governanti) rivestono le iniziative tendenti alla riduzione della mortalità infantile e materna attraverso il potenziamento dei servizi materno-infantili, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e adeguate campagne di informazione. Si tratta di azioni semplici, non eccessivamente costose, apprezzate dalle popolazioni e dalle

organizzazioni internazionali per l'altissima valenza anche in chiave di sviluppo economico e sociale. Emblematico il caso dello Zimbabwe che, attraverso il Ministro della salute *Gwinji* e il Vice Primo Ministro *Thokozani Khupe*, ha impegnato nel 2009 la somma di 716 milioni di dollari in 3 anni per ridurre il fenomeno della mortalità materna che sfiorava i 1.000 decessi per 100.000 nati vivi (contro 4-5 per 100.000 dei paesi industrializzati).

8. *Il Colorado e la «obesity epidemic» (1995-2012)*

La prevalenza globale dell'obesità è raddoppiata a partire dal 1980 e rappresenta il fenomeno epidemico più importante del mondo interessando non solo i paesi industrializzati. Se è vero che un eccessivo apporto calorico è sempre e comunque indispensabile per determinare l'insorgenza dell'obesità (apporto calorico favorito dal *junk-food* e dalle bevande zuccherate e gassate a basso costo, quindi accessibili ai più poveri), è altrettanto vero che la limitata ovvero assente attività fisica usualmente associata ai fenomeni di urbanizzazione (a sua volta, un processo caratterizzato da ritmi elevatissimi proprio nei paesi a basso sviluppo socioeconomico), rappresenta un importante fattore di innesco. Gli Stati Uniti rappresentano il paese più severamente e più precocemente colpito dalla cosiddetta *obesity epidemic*. I dati epidemiologici attualmente disponibili suggeriscono infatti come la percentuale di soggetti sovrappeso sia in costante aumento in tutte le fasce della popolazione: non solo nel 2001, era infatti sovrappeso il 33,9% degli adulti (8,5% di obesi), contro il 36,1% del 2009 (10,3% di obesi), ma anche i dati relativi all'attività fisica della popolazione testimoniano un costante peggioramento nel critico passaggio dai 13 ai 15 anni. L'analisi dei dati epidemiologici nord-americani permette di notare un fenomeno evidenziabile anche in riferimento all'esperienza nazionale, ovverosia la notevole difformità spaziale della prevalenza dell'obesità. Esaminando il *trend* storico ventennale statunitense (fig. 3) è possibile notare come la diffusione dello *status* di sovrappeso ed

Obesity trends* among U.S. Adults
 Brfss, 1991, 1993-1995, 1998-2000, and 2008-2010 combined data
 (* Bmi > 30, or about 30lbs overweight for 5'4" person)

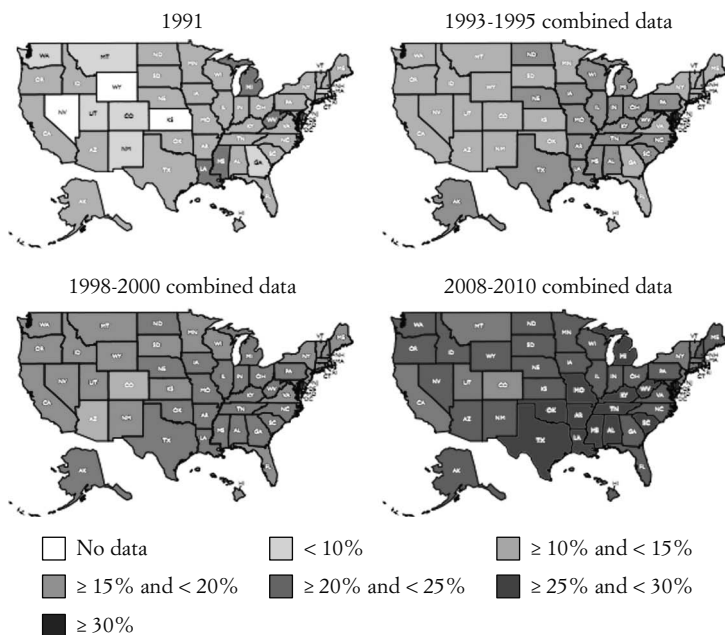


FIG. 3. Epidemiologia dell'obesità negli Usa, 1991-2010.

obesità abbia raggiunto nel 2010 una prevalenza superiore al 20% in tutti gli Stati dell'Unione *tranne* nel Colorado.

Comprendere le ragioni per cui il Colorado rappresenti un'eccezione è dunque di particolare interesse. Nell'analisi di questi dati è essenziale una prima osservazione metodologica: il Colorado non è risultato esente dall'epidemia di obesità, in quanto la prevalenza è comunque incrementata da valori inferiori al 10% agli attuali, stimati fra 15 e 20% della popolazione adulta, che nel 1991 avrebbe caratterizzato il Colorado come lo stato *più obeso* di tutti gli Usa. I dati epidemiologici suggeriscono che la popolazione generale del Colorado sia da diversi

decenni caratterizzata da una significativamente maggiore attitudine ad un'attività fisica maggiore rispetto alla media nazionale. D'altro canto, analizzando il dato per fascia d'età, emerge che mentre in Colorado la prevalenza di soggetti fisicamente attivi si mantiene sostanzialmente stabile a partire dall'adolescenza e comunque superiore al 50%, tale percentuale tende a diminuire costantemente nella popolazione generale americana, passando dal 60,9% della fascia 18-24 al 39,3% degli over 65enni. Secondariamente, gli studi di popolazione hanno rilevato che la popolazione del Colorado tende ad aderire più strettamente alle indicazioni nutrizionali relativamente al consumo di frutta e vegetali, percentuale che non solo è progressivamente aumentata nel corso dell'ultimo decennio, ma tende a crescere con l'aumentare dell'età passando dal 23,7% della fascia 18-24 anni al 30,6% degli over 65enni. A questi fattori di facile interpretazione si può aggiungere l'alta prevalenza dell'allattamento al seno, considerato protettivo nei confronti dell'obesità infantile, nettamente superiore rispetto al resto degli Usa (82,5% *vs* 73,9%). Su questi fattori sicuramente favorevoli, si è quindi inserita una politica specifica e particolarmente attiva del governo dello Stato, specificamente mirata a contenere il fenomeno dell'obesità infantile. In questo senso, particolarmente intensa è stata l'attività del Governatore *Bill Ritter* (Partito Democratico, in carica fra il 2006 e il 2011), la cui azione si è svolta tramite specifici interventi normativi (ad esempio: una tassa specifica sul cosiddetto «cibo spazzatura» o *junk food tax* e la legge 1022 del 2009 per il facile accesso a cibo sano nell'infanzia). «We're doing all we can to encourage Coloradians – especially our kids – to take advantage of the natural resources our state offers in order to stay fit, healthy and happy». In sintesi, tale politica di intervento non presenta delle metodologie innovative o specifiche, né dei campi di intervento che non siano stati battuti (con molto minore successo) da altri programmi di interesse nazionale. Da un punto di vista critico, si può quindi affermare che l'analisi di questo esempio, oltre ad evidenziare nuovamente l'importanza di alcuni specifici fattori, peraltro già ben descritti a livello di letteratura interna-

zionale, nella prevenzione dell'obesità, sottolinei la sostanziale inefficacia delle misure attualmente preposte alla loro promozione in popolazioni culturalmente non predisposte alla loro ricezione (Colorado Department of Public Health and Environment, 2009). In tali circostanze, misure volte a promuovere stili di vita più sani rischiano di risultare controproducenti: la campagna promossa dall'amministrazione *Obama* a partire dal 2010 e sostanzialmente volta a replicare su scala nazionale il modello Colorado³ è stata infatti oggetto di diverse critiche e l'abolizione di queste misure è stata inserita nell'agenda dei candidati Repubblicani in vista delle prossime elezioni presidenziali del 2012⁴.

9. *Copenhagen, Siviglia e la green urban mobility (2009-2012)*

Sin dalla pubblicazione del report delle Nazioni Unite *Our Common Future* (World Commission on Environment and Development, 1987), il tema dello *sviluppo sostenibile* è stato considerato uno degli argomenti di maggiore rilevanza a livello internazionale. Nella loro storia recente, gli stati europei di cultura scandinava (Danimarca, Svezia, Norvegia e Finlandia) hanno costantemente prestato particolare attenzione a tali aspetti specifici. Fra gli ambiti dello sviluppo sostenibile, un tema particolarmente critico è quello rappresentato dalla mobilità urbana, per una serie di ragioni di ordine tecnico e politico. Prima di tutto, quasi tutte le città europee – caratterizzate da una pianificazione urbanistica secolare se non addirittura millenaria –, sono sostanzialmente inadeguate a garantire un fluido e regolare traffico autoveicolare. Secondariamente, anche dove quest'ultimo appare più tollerabile – è il caso, ad esempio, delle città di piccole-medie dimensioni –, è

³ Executive Order 13544, *Establishing the National Prevention, Health Promotion, and Public Health Council*, 10 giugno 2010.

⁴ <http://www.mittromney.com/sites/default/files/shared/BelieveIn-America-PlanForJobsAndEconomicGrowth-Full.pdf>.

l'inquinamento atmosferico correlato all'impiego di autoveicoli a motore termico (cicli Otto, Diesel e Wankel) a rappresentare una costante e motivata preoccupazione di ordine sanitario. In terzo luogo, nonostante l'industria automobilistica europea sia all'avanguardia nel produrre autoveicoli a basso consumo (e quindi a basso impatto ambientale), e nonostante il consumo complessivo di derivati del petrolio sia passato dalle 38.894 migliaia di tonnellate del 2002 alle 36.477 migliaia di tonnellate del 2010 (-6%), la dipendenza energetica europea nel settore dei carburanti rimane un problema del tutto irrisolto. Alla luce di questi elementi, nell'ultimo ventennio il sistematico e sempre più pressante disincentivo all'impiego di mezzi di trasporto a motore individuali è divenuto parte integrante delle politiche urbane in pressoché tutto il continente. In quest'ottica, lo studio della città di *Copenhagen* e dei modelli di mobilità sostenibile proposti è di particolare interesse, sia perché l'esperienza danese ha avuto origine già nel corso degli anni '80, sia per i programmi ambiziosi che questa si è prefissata, con riduzione ovvero sostanziale abbattimento del traffico autoveicolare. Ciò è stato possibile in ragione di alcune specifiche particolarità della capitale danese, quali: 1) la presenza di una rete già molto sviluppata di trasporti collettivi urbani (segnatamente: metropolitana e metropolitana di superficie), che le istituzioni locali hanno potenziato ed esteso nel corso dell'ultimo ventennio, integrandole con le reti di trasporto suburbano e 2) la ridotta prevalenza di pendolari nella popolazione attiva nel recinto urbano. In altre parole, l'applicazione di un programma di mobilità sostenibile è stata agevolata dalla ridotta rappresentazione numerica di individui vincolati all'impiego di una propria autovettura per il raggiungimento del posto di lavoro e/o di studio – condizione che, purtroppo, limita la replicabilità del modello ad altre realtà come le grandi città italiane, in cui il pendolarismo di media o lunga distanza è sempre più diffuso. Una volta identificata questa base generale, l'amministrazione di Copenhagen ha identificato nella bicicletta lo strumento elettivo di mobilità in-

dividuale in grado di coniugare basso impatto ambientale, rapidità negli spostamenti e mantenimento di una certa attività fisica nella popolazione residente. Fra gli obiettivi di sviluppo prefissati per il 2015, già nel 2010 si è previsto di portare al 50% il numero minimo di residenti che utilizzino tale strumento per spostamenti urbani di lavoro o di piacere. Stante la favorevole orografia del territorio cittadino, privo di rilievi, due erano i fattori il cui conseguimento veniva ritenuto cardinale per le finalità progettuali: per prima cosa, garantire che almeno l'80% del traffico veicolare ciclistico potesse svolgersi in spazi od in ambienti dedicati, con l'istituzione di piste od aree ciclabili. Queste ultime sono considerate necessarie sia per ottimizzare la velocità dei trasferimenti urbani, che per garantire una maggiore sicurezza dei ciclisti. Obiettivo prefissato dall'amministrazione è, nello specifico, ridurre del 50% rispetto al 2005 il numero di incidenti rilevanti (i.e. con conseguente ricovero ospedaliero di durata pari o superiore a 30 giorni, ovvero seguiti da decesso del soggetto coinvolto). Nonostante la soddisfazione dei residenti si sia mantenuta costantemente alta nel corso dell'ultimo decennio, gli ultimi anni hanno evidenziato la crescente insoddisfazione degli utenti nei confronti delle infrastrutture, rivelatesi progressivamente inadeguate alle necessità cittadine. In particolare, critica si è rivelata la relativamente rapida saturazione dei depositi di biciclette e delle piste ciclabili, problemi precedentemente non previsti e che al momento monopolizzano gli interventi specifici dell'amministrazione locale.

Il successo e soprattutto i limiti identificati dall'esperienza danese sono stati alla base degli interventi dispiegati a *Siviglia* nell'ultimo quinquennio. La città spagnola di circa 700.000 abitanti fino al 2004 vedeva ricorrere alla bicicletta per gli spostamenti urbani meno dell'1% dei residenti, percentuale oggi del 12% circa. Il raggiungimento di un simile successo è passato prima di tutto attraverso la realizzazione di un trasporto pubblico di massa efficiente, con una metropolitana leggera attivata nel 2009 cui, entro il 2017, si andranno ad aggiungere 3 ulteriori

linee per 40 km complessivi. Contestualmente, l'amministrazione locale realizzava in meno di 36 mesi (2005-2008) oltre 100 km di piste ciclabili dedicate e fisicamente separate dal traffico autostradale, sia per garantire la sicurezza dei trasporti che con la finalità di creare dei percorsi rapidi a disposizione dei ciclisti. Forti dei problemi evidenziati in Danimarca, le autorità hanno da subito predisposto specifici depositi, con una sistematica diffusione del *bike sharing*, pratica che ha consentito di limitare la saturazione di piste ciclabili e dei parcheggi dedicati. Il caso di Siviglia, al di là della velocità con il quale tali risultati sono stati conseguiti, dimostra come quello della mobilità sostenibile sia un obiettivo perseguibile e complessivamente bene accettato dalla popolazione anche se richiede l'impiego di grandi risorse economiche.

Non meno eclatante anche per le ripercussioni politiche, economiche e sociali la più recente esperienza di *Milano* che, oltre a varie iniziative in tema di contenimento degli inquinamenti atmosferici (peraltro estese a tutta la regione Lombardia), ha in due momenti successivi introdotto limitazioni e pedaggi per la circolazione stradale nel centro storico cittadino. L'introduzione dell'ecopass nel 2007 e dell'Area C nel 2012 è rientrata tra i provvedimenti che hanno come obiettivo dichiarato la tutela della salute umana minata dagli inquinamenti atmosferici e come mezzo per raggiungerlo, la riduzione del traffico veicolare attraverso restrizioni, controlli e pedaggi. La valenza sanitaria del provvedimento è stata riconosciuta anche dal Tribunale Amministrativo della Lombardia (II e II Sezione del Tar, Sentenze del 14 marzo 2012) che, respingendo le richieste di sospensiva di alcune amministrazioni comunali dell'*hinterland* nei confronti della «congestion charge» e addirittura dei residenti del centro costretti a pagare per l'ingresso nei box di casa, ha sancito che appaiono prevalenti nel provvedimento gli interessi pubblici volti alla tutela della salute. L'impatto dell'ecopass (introdotto dal Sindaco *Letizia Moratti*) è stato a lungo dibattuto sul tavolo politico con più detrattori che sostenitori tanto che nel giugno 2011 è stato promosso un referen-



FIG. 4. Manifesti di istituzione dell'Area C a Milano nel 2012.

dum consultivo cittadino per mutarne l'impostazione che ha visto il successo dei «Si». La revisione delle norme e delle tariffe di ingresso nel centro e semicentro di Milano (Area C negli slogan richiama *Centro e Congestion*) (fig. 4) ad opera del nuovo Sindaco *Giuliano Pisapia* all'inizio del 2012 ha portato a una consistente riduzione del traffico (nell'ordine del 30%) ma non ad un equivalente beneficio sull'inquinamento dell'aria urbana (fig. 5).

10. *Limite di velocità e incidentalità stradale: da Nixon a Lunardi*

Nell'ottobre 1973 il prezzo del petrolio passò da poco più di 3 \$ al barile ad oltre 5 \$, fino ad un picco di oltre 12 \$ al barile. Fra le conseguenze politiche una in particolare ebbe risvolti sanitari di non trascurabile importanza: la cosiddetta *National Maximum Speed Law*, varata nel 1974 dal Congresso Statunitense in regime di assoluta emergenza ridusse i limiti di velocità su tutte le strade a 55 miglia/ora (89 km/h). La legge federale, proposta il 26 novembre 1973, controfirmata dal presidente *Richard Nixon* il 2 gennaio 1974 ed entrata in vigore 60 giorni dopo, imponeva l'abbattimento dei limiti di velocità oltre a prevedere misure per il razionamento dei carburanti. L'amministrazione Nixon riteneva verosimile un risparmio di carburanti equivalente al 2,2% su base annua ma in realtà, la

Andamento del PM10 nell'area metropolitana di Milano
(centraline di Pascal, Verziere, Via Senato)

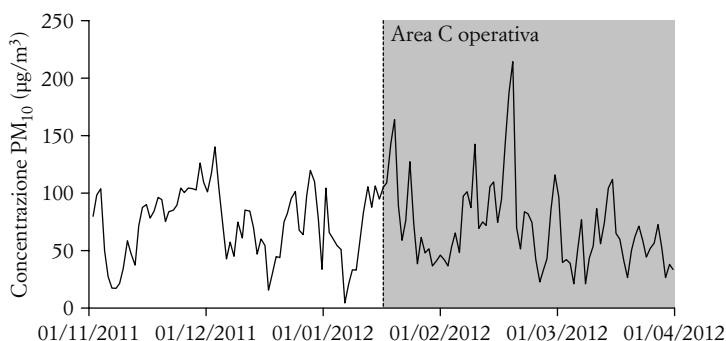


Fig. 5. Andamento della concentrazione media di Pm10 nelle centraline di rilevamento site nel territorio metropolitano di Milano, prima e dopo l'introduzione della cosiddetta «Area C».

National Maximum Speed Law ebbe un impatto pressoché trascurabile proprio a causa delle tecnologie costruttive impiegate dai produttori americani: i motori ad alto frazionamento ed alta cilindrata sono infatti poco efficienti a basso regime di rotazione. In termini retrospettivi, l'impatto più rilevante della norma non fu quindi in ambito politico-economico, bensì in termini sanitari: un'analisi del National Research Council (Transportation Research Board, 1984) rilevò infatti una riduzione puntuale di eventi mortali legati ad incidentalismo stradale fra 1973 e 1974 stimata in circa 4.000 decessi su base biennale. Tale risultato, abbastanza sorprendente e non previsto all'atto della firma della legge, fu quindi la pressoché unica ragione per cui la legge non venne immediatamente abrogata al termine dell'embargo petrolifero e come tale sostenuta dalla successiva amministrazione Ford. Una conferma indiretta dell'effetto positivo della *National Maximum Speed Law* sulla sicurezza autostradale si verificò quindi nella seconda metà degli anni '80 quando la riduzione dei prezzi del carburante spinse il Legislatore americano a promuovere un progressivo incremento dei limiti di velocità da 55 a 65 mph (104,6 km/h):

fra 1987 e 1989, sempre il National Research Council identificò un incremento stabile del 25-30% della mortalità per incidenti stradali rispetto alla decade di stretta applicazione della Nmsl (Baum *et al.*, 1989; 1990; 1991). In realtà, la corretta interpretazione di questi dati impone una loro lettura in senso critico: benché l'impatto dell'alta velocità sulla frequenza e sulla gravità degli incidenti stradali sia stata indirettamente confermata a livello internazionale in varie occasioni (Aarts e van Schagen, 2006; Grabowski e Morrisey, 2007; Shafi e Gentilello, 2007), va osservato come l'impatto osservato sia conseguenza dell'interazione di più cofattori: da un lato il miglioramento dei parametri di sicurezza imposti ai produttori di autoveicoli, questi ultimi determinatisi proprio a partire dai primi anni '70, e dall'altro il costante incremento del traffico autoveicolare, verificatosi a partire dai primi anni '80 e proseguito fino al 2008, con raggiungimento della soglia record di 246 milioni di veicoli immatricolati. Poiché la prevenzione della mortalità per incidentalità stradale rientra fra gli obiettivi di sviluppo sanitario identificati e promossi dalla Who, i risultati dell'esperienza americana sono tanto interessanti quanto, dunque, controversi. Benché la promozione di limiti di velocità ridotti sia generalmente considerata una forma di intervento efficiente e tutto sommato economica, sia sul breve che sul medio-lungo termine (Elvik, 2010; Jaarsma *et al.*, 2011), essa non può e non deve essere considerata una forma di intervento pienamente risolutiva. Proprio l'esempio prima proposto dimostra che un risultato analogo se non ancor più consistente possa essere conseguito dalla disincentivazione del traffico autoveicolare privato, promuovendo quindi l'impiego di mezzi di trasporto pubblici e collettivi, per di più rivelatisi nel corso dell'ultimo decennio meglio tollerabili a livello di bilancio energetico ed ambientale. Da questo punto di vista, l'esperienza del nostro paese è particolarmente illuminante. Nel 1988, il ministro *Enrico Ferri* promuoveva l'introduzione di un generico limite di velocità autostradale a 110 km/h per qualsiasi autoveicolo di cilindrata superiore a 599 cc, limite che – nelle intenzioni del legislatore – avrebbe do-

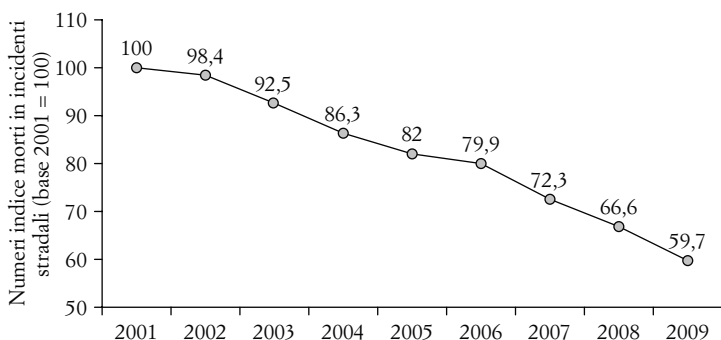


FIG. 6. Trend dell'indice di morti in incidenti stradali in Italia, anni 2001-2009 (Base 2001 = 100) (Fonte Istat/Aci 2010).

vuto garantire una significativa riduzione dell'incidentalità stradale⁵. Tuttavia, in assenza di una reale disincentivazione del trasporto autoveicolare privato – che, di contro, veniva in quegli stessi anni estesamente potenziato a danno di quello collettivo – il provvedimento fu fin dall'inizio contestato, spingendo il legislatore ad una sua rapida abrogazione a meno di 6 mesi dalla sua entrata in vigore, con ripristino di un limite di «compromesso» a 130 km/h. Sono state invece le modifiche al Codice della Strada del Ministro *Lunardi* (d.lgs. 151 del 27 giugno 2003 convertito in l. 241/2003) con l'introduzione della patente a punti, l'abbassamento del livello massimo alcolemico tollerato nel sangue, le sanzioni per l'uso dei telefonini senza dispositivi acustici e soprattutto la progressiva collocazione dei dispositivi per il controllo elettronico della velocità (tra cui il tutor autostradale) a far scendere drasticamente la mortalità e la morbosità per incidenti stradali in Italia passati dai 265.402 con 6.980 morti e 378.492 feriti del 2002 ai 243.490 con 6.122 morti e 343.179 feriti del 2004 e quindi

⁵ <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/1988/07/22/esodo-velocita-limitata-nessuno-oltre-110-all.html>.

ai più recenti 215.405 incidenti con 4.237 morti e 307.258 feriti del 2009 (fig. 6).

Si può in conclusione affermare che l'uso delle norme dei codici della strada ha avuto un rilevante effetto sull'incidentalità veicolare anche se tali effetti positivi non hanno dato ai loro «padri politici» fama e notorietà: Nixon viene ricordato ancora oggi come il Presidente dei limiti di velocità restrittivi, lo stesso vale per il Ministro italiano Ferri mentre il consenso politico positivo su Lunardi è tutto da dimostrare.

Termovalorizzatore e salute – «A Parma non si farà più il tumorificio». Con questi e altri slogan dello stesso tenore e pochi altri spunti di programma il comico Beppe Grillo ha lanciato nelle elezioni comunali del 2012 un candidato del suo movimento (Federico Pizzarotti di Cinque Stelle) che ha sconfitto in modo netto e sorprendente autorevoli candidati tra cui un ex sindaco e il Presidente in carica della provincia di Parma. In questa occasione la strumentalizzazione dei possibili rischi sulla salute umana del costruendo impianto cittadino di trattamento dei rifiuti solidi urbani è stata una fondamentale leva per la raccolta di un ampio consenso popolare e poco importa se il rischio potenziale percepito non corrisponde in realtà a rischi reali come molti autorevoli studi hanno dimostrato.

11. *Conclusioni*

Gli esempi raccolti dimostrano che le potenzialità delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria al fine di raccogliere consenso politico sono estremamente elevate e ciò a prescindere dai risultati che spesso emergono dopo molti anni quando il politico o l'*Health Policy Maker* che ha promosso le iniziative non riveste più quel ruolo. Sta quindi all'abilità del politico capire come alcuni interventi di prevenzione possano creare consenso anche prima che emergano i risultati e possano legare al proprio nome – come accaduto in passato – grandi successi nel campo della sanità pubblica. Da sottolineare come, in

molte occasioni, il decisore politico sia stato supportato da autorevoli figure tecniche esperte di problemi di sanità pubblica.

Ma i casi studio descritti dimostrano anche come i destini dei politici che si rendono protagonisti di iniziative in campo di prevenzione sanitaria non siano sempre fortunati e che le iniziative in questo ambito debbano non solo essere supportate da evidenze scientifiche ma anche caratterizzate da un'ampia e corretta percezione da parte dei cittadini. Se in passato era la lotta alle malattie infettive ad essere considerata la maggiore priorità sanitaria (colera, tubercolosi, malaria), oggi è sicuramente più cogente nella popolazione la sensibilità verso patologie croniche o patologie determinate da esposizioni ambientali; non a caso riscontrano successo e consenso iniziative nell'ambito dello sviluppo sostenibile e della riduzione degli inquinamenti atmosferici anche se i risultati in termini sanitari non sono sempre evidenti e dimostrabili.

Il caso dell'emergenza ambientale e sanitaria legata ai rifiuti in Campania dimostra che i politici possono anche pagare a caro prezzo comportamenti omissivi o non efficaci mentre la riduzione dell'incidentalità stradale ottenuta con l'inasprimento delle norme del codice della strada può portare al paradosso dell'indifferenza dei cittadini o addirittura alle negatività legate a provvedimenti impopolari pur forieri di successi sanitari inconfutabili.

I politici impegnati in azioni di sanità pubblica potranno quindi trarre considerazioni diverse e valutare i loro obiettivi. Il compito del mondo scientifico ed in particolare degli esperti di sanità pubblica che rivestono i ruoli di consulenti e fiduciari dei decisori politici è invece quello di illustrare non solo le recenti evidenze scientifiche ma anche la rilevanza sociale del fenomeno e le ricadute positive in termini economici e sociali. Vaccinazioni di massa, campagne di *screening*, interventi di prevenzione sull'ambiente di vita e di lavoro, iniziative di informazione ed educazione sanitaria hanno potenzialità elevate e, se ben programmate e condotte, anche ritorni di immagine molto rilevanti.

Riferimenti bibliografici

- Aarts L. e van Schagen I. (2006), *Driving Speed and the Risk of Road Crashes: A Review*, in «Accident Analysis and Prevention», 38, 2, pp. 215-224 (doi:10.1016/j.aap.2005.07.004).
- Baum H.M., Lund A.K. e Wells J.K. (1989), *The Mortality Consequences of Raising the Speed Limit to 65 Mph on Rural Interstates*, in «American Journal of Public Health», 79, pp. 1392-1395.
- Baum H.M., Wells J.K. e Lund A.K. (1990), *Motor Vehicle Crash Fatalities in the Second Year of 65 Mph Speed Limits*, in «Journal of Safety Research», 21, pp. 1-8.
- Baum H.M., Wells J.K. e Lund A.K. (1991), *The Fatality Consequences of the 65 Mph Speed Limits, 1989*, in «Journal of Safety Research», 22, pp. 171-177.
- Colorado Department of Public Health and Environment (2009), *The Weight of the State: 2009 Report on Overweight and Obesity in Colorado*, <http://www.cdphe.state.co.us/pp/COPAN/ObesityReport.pdf> (ultimo accesso 10 marzo 2012).
- Davis P. e Howden-Chapman P. (1996), *Translating Research Findings into Health Policy*, in «Social Science & Medicine», 43, 5, pp. 865-872.
- Da Villa G., Piazza M., Lorio R. et al. (1992), *A Pilot Study of Vaccination Against Hepatitis B Virus Suitable for Mass Vaccination Campaigns in Hyperendemic Areas*, in «J. Med. Virol.», 36, pp. 274-278.
- Elvik R. (2010), *A Restatement of the Case for Speed Limits*, in «Transport Policy», 17, 3, pp. 196-204 (doi:10.1016/j.transpol.2009.12.006).
- Grabowski D.C. e Morrisey M.A. (2007), *Systemwide Implications of the Repeal of the National Maximum Speed Limit*, in «Accident Analysis and Prevention», 39, 1, pp. 180-189 (doi:10.1016/j.aap.2006.06.017).
- Jaarsma R., Louwense R., Dijkstra A., de Vries J. e Spaas J.-P. (2011), *Making Minor Rural Road Networks Safer: The Effects of 60km/h-zones*, in «Accident Analysis and Prevention», 43, 4, pp. 1508-1515 (doi:10.1016/j.aap.2011.03.001).
- Novello E. (2003), *La bonifica in Italia: legislazione, credito e lotta alla malaria dall'unità al fascismo*, Milano, Franco Angeli.
- Shafi S. e Gentilello L. (2007), *A Nationwide Speed Limit ≤65 Miles per Hour Will Save Thousands of Lives*, in

- «The American Journal of Surgery», 193, 6, pp. 719-722 (doi:10.1016/j.amjsurg.2006.10.023).
- Transportation Research Board (1984), *55: A Decade of Experience*, Special Report 204, Washington Dc.
- World Commission on Environment and Development (1987), *Our Common Future*, United Nations.
- Zanetti A.R., Van Damme P. e Shouval D. (2008), *The Global Impact of Vaccination against Hepatitis B: A Historical Overview*, in «Vaccine», 26, 49, pp. 6266-6273.

APPENDICE: LA LOTTA AL TABACCO IN ITALIA, *di Girolamo Sirchia* (Ministro della Salute nel periodo 2001-2005)

Premessa

Un piano strategico per combattere il fumo di tabacco è sul tavolo dei Governi della maggior parte dei Paesi sviluppati. È stato infatti ampiamente dimostrato che il fumo di tabacco, sia attivo che passivo, è una delle principali cause di morte prematura e di morbilità prevenibili. In Italia si ritiene che il fumo sia responsabile di un numero di decessi pari a circa 80.000 ogni anno. Si stima inoltre che nei Paesi sviluppati i costi sanitari dovuti al fumo da tabacco incidano per il 15% sul totale della spesa sanitaria.

Sapevamo per precedenti esperienze che una legge che in qualche modo limitasse la libertà dei fumatori e, indirettamente, le vendite di tabacco, avrebbe avuto un percorso assai difficile in Parlamento dove eravamo consapevoli della esistenza di non pochi deputati e senatori contrari alle limitazioni sul fumo. Il Precedente Ministro della Sanità aveva tentato inutilmente di far passare un testo di legge che venne affondato, proprio alla Camera, impietosamente.

Sia la Commissione Europea che l'Organizzazione mondiale della sanità hanno sollecitato gli Stati membri ad adottare misure di lotta contro il fumo. Un piano strategico al riguardo comprende almeno 3 azioni:

- ridurre il numero di fumatori promuovendo iniziative di disassuefazione;
 - prevenire negli adolescenti l'iniziazione al fumo;
 - proteggere i non-fumatori dal fumo passivo.
- In Italia si è deciso di iniziare da quest'ultima azione.

I. *La legge per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo*

Le ragioni che ci hanno suggerito di affrontare per prima la terza tematica sono state sostanzialmente due:

a) alcuni sondaggi avevano rivelato che circa $\frac{3}{4}$ degli Italiani, ivi compreso un buon numero di fumatori, erano e sono a favore del divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro, così da evitare che i non fumatori siano esposti al fumo passivo;

b) si è ritenuto che il divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro potesse rafforzare azioni tese a prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani e ad indurre i fumatori a smettere.

Per superare le difficoltà legislative pensammo di attuare una strategia basata sul diritto costituzionale di tutti i cittadini ad avere uguali diritti e uguali doveri (art. 3 della Costituzione). In altri termini, decidemmo di portare in Parlamento il concetto, tradotto in norma di legge, che se era valido il diritto dei fumatori a continuare a fumare, era altrettanto valido il diritto dei non fumatori a non essere intossicati dal fumo di tabacco quando frequentassero locali pubblici o luoghi di lavoro. In particolare, il principio si applicava ai lavoratori operanti nei locali pubblici che, a causa del fumo passivo, subivano un danno per molte ore al giorno (agganciando quindi il provvedimento anche alla 626). In tal modo il Parlamento non avrebbe potuto accusare di proibizionismo il disegno di legge (infatti la vendita di tabacco e il relativo uso continuavano ad essere consentiti), ma non poteva non tenere conto della parità di diritti e doveri dei cittadini di fronte alla Costituzione. Per tutto il 2002 elaborammo

questo pensiero e contemporaneamente effettuammo dei sondaggi nell'opinione pubblica, riscontrando che l'80% e più dei cittadini concordavano sul fatto di vietare il fumo nei locali pubblici.

Al termine del 2002, nel contesto del Collegato alla Finanziaria (che poi divenne legge 16 gennaio 2003, n. 3, articolo 51), iscrivemmo l'articolo riportato nell'Allegato 1, accompagnando la nostra azione politica e legislativa con un'intensa campagna di promozione e di informazione.

Le azioni contrarie

Non appena si ebbe notizia della nostra intenzione, si scatenò una campagna promossa principalmente dalla Fipe (affiliata alla Confcommercio), che adombrava catastrofiche conseguenze per i locali pubblici in seguito all'eventuale approvazione di questa legge (perdita di lavoro e di denaro, disoccupazione, ecc.). Peraltro ben sapevamo dalla precedente esperienza irlandese e americana che la proibizione del fumo nei locali pubblici non solo non provocava una riduzione degli avventori, ma addirittura un aumento dovuto a coloro che per disturbi dell'apparato cardiovascolare e respiratorio si astenevano a frequentarli a causa del fumo di tabacco.

Va a questo punto notato che la Confcommercio era diventata azionista di minoranza della *British American Tobacco Italia* che aveva acquistato dal Ministero delle Finanze e del Tesoro gli ex Monopoli di Stato; questo spiegava, almeno in parte, l'acerrima campagna diretta e indiretta che la Confcommercio ha attuato contro il provvedimento. In via subalterna, la Confcommercio chiedeva incentivi per la realizzazione di locali per fumatori nei locali pubblici ed in ogni caso insisteva sulla proroga dell'entrata in vigore della legge, nascondendo in tal modo il desiderio di prorogare all'infinito, così da vanificare il provvedimento. Per venire incontro ad almeno una di queste richieste, il testo di legge ha previsto che

l'entrata in vigore della legge avvenisse un anno dopo la sua pubblicazione.

Numerose furono le campagne di stampa ad opera di editorialisti anche di fama che, nel nome del contrasto allo Stato etico e, più in particolare, delle libertà civili, invocavano che il provvedimento venisse rigettato, ma così non fu ed esso venne approvato il 16 gennaio 2004. Subito a seguire venne redatto il Regolamento applicativo dell'articolo 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003 (d.p.c.m. 23/12/2003 – Allegato 2), inteso a regolamentare le caratteristiche dei locali per non fumatori e la tipologia dei cartelli da esporre, in recepimento dell'Accordo stipulato il 24 luglio 2003 tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano.

I contenuti della legge 16 gennaio 2003 e dei successivi provvedimenti possono essere sintetizzati come segue.

1. Ad eccezione delle case private e dei «locali per fumatori» è proibito in Italia fumare in tutti i locali chiusi, comprese scuole, ospedali, uffici della Pubblica Amministrazione, sugli autoveicoli di proprietà dello Stato o di enti pubblici o di concessionari di servizi per il trasporto pubblico collettivo, taxi, auto di servizio delle Forze dell'Ordine e assimilate, metropolitane, treni, sale d'attesa di aeroporti, porti, stazioni ferroviarie¹ e in tutti i sistemi di trasporto urbani, nelle biblioteche, nelle sale di lettura, nei musei, pinacoteche, bar, ristoranti, circoli privati, discoteche, palestre, sale-corse, sale-gioco, sale-bingo, sale video-game, cinema e teatri. Il divieto di fumo si applica anche ai luoghi di lavoro, agli uffici professionali e agli uffici destinati ad utenti interni, come ad esempio uffici di filiali di banche o uffici contabilità di una Società.

2. Non esiste alcun obbligo per dipendenti e titolari di realizzare «locali per fumatori». Riservare locali ai fumatori in negozi e luoghi di lavoro è opzionale. In tal caso comunque i locali devono conformarsi ai requisiti tecnici

¹ Un recente provvedimento consente di fumare nelle stazioni solo sulle banchine.

previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. È chiaro che se il locale non è pienamente conforme alle norme del decreto, potrà essere usato solamente come locale dove è vietato fumare.

3. La legge 16 gennaio 2003, n. 3 non consente a negozi, servizi e luoghi di lavoro, sia pubblici che privati, di essere riservati unicamente a fumatori, anche se conformi alle norme previste dal decreto 23 dicembre 2003 (cioè dotati di appositi sistemi di ventilazione). Pertanto fumare è consentito unicamente in piccoli spazi di locali dove generalmente è vietato fumare, purché tali spazi secondo quanto previsto dal paragrafo 1b dell'articolo 51 della legge 3 del 2003 siano adeguatamente attrezzati ed identificati chiaramente come «riservati ai fumatori». Nei luoghi di lavoro gli spazi *ad hoc* riservati ai fumatori si devono intendere come spazi dove è consentito fumare durante gli intervalli di lavoro e dove non venga svolta alcuna attività lavorativa.

4. I «locali per fumatori» devono essere chiaramente contrassegnati come tali e completamente separati dai locali chiusi dove è proibito fumare. A tale scopo i «locali per fumatori» devono essere conformi ai requisiti seguenti (vedi d.p.c.m. 23 dicembre 2003):

- essere ambienti interni chiusi;
- essere dotati di porte automatiche, tenute generalmente chiuse;
- essere chiaramente identificati come locali per fumatori;
- non rappresentare locali obbligati di passaggio per i non-fumatori;
- essere provvisti di appositi dispositivi meccanici di ventilazione forzata.

La portata d'aria minima di ricambio deve essere di 20 l/secondo per ogni persona, presupponendo un indice di affollamento pari allo 0,7 a persona per metro quadrato;

- l'aria deve essere emessa all'esterno attraverso impianti idonei e funzionali aperture di sfogo dell'aria;
- il numero massimo di persone ammesse in un lo-

cale secondo la portata dell'impianto deve essere chiaramente indicato sulla porta di ingresso del locale;

– i «locali per fumatori» devono essere mantenuti in depressione non inferiore a 5 Pascal;

– la superficie destinata ai fumatori deve essere inferiore al 50% della superficie totale;

– progettazione, installazione, manutenzione e collaudo finale dei sistemi di ventilazione devono essere conformi alle disposizioni regolamentari in tema di sicurezza e di risparmio energetico e alla normativa dell'Ente Italiano Unificazione (Uni) e alla normativa del Comitato Elettrotecnico Italiano (Cei).

5. Progettazione, impianto, manutenzione e collaudo finale dei sistemi di ventilazione devono essere effettuati da personale qualificato che dovrà rilasciare idonea certificazione sulla conformità degli impianti installati con la normativa vigente.

Per effettuare controlli e certificazioni, compresi quelli sulla funzionalità dei sistemi di espulsione e i controlli annuali di manutenzione dei sistemi di ventilazione, le certificazioni dovranno essere conservate a disposizione delle autorità competenti.

6. I gestori di locali privati (ad esempio dirigenti, proprietari e direttori) sono non solo tenuti a segnalare ai clienti, con l'apposizione di idonei avvisi, che «è vietato fumare», ma hanno anche l'obbligo di dissuadere i trasgressori nel caso di violazione del divieto. Infatti, secondo l'articolo 2 della legge 11 novembre 1975, n. 584, tuttora in vigore, i proprietari «... sono tenuti a far osservare il divieto...».

Se i gestori di locali, sia pur in conformità con la regolamentazione sugli avvisi di divieto, non metteranno in atto interventi attivi di dissuasione nei confronti dei trasgressori, saranno soggetti ad un'ammenda che oscilla dai 200 ai 2.000 euro in base all'articolo 52, paragrafo 20 della legge 218 dicembre 2001, n. 448². L'autorità com-

² Un ricorso al Tar contro questa responsabilità dei gestori da parte della Confcommercio è stato accolto e quindi questa parte della norma è decaduta.

petente avrà la facoltà di sospendere temporaneamente (da 3 giorni a 3 mesi) o revocare la licenza d'esercizio del locale.

Secondo l'articolo 4, lettera *c*) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, i gestori di locali privati o collaboratori da loro delegati sono tenuti a richiamare i trasgressori all'osservanza del divieto. Se i trasgressori non vi si adegueranno, i gestori o i collaboratori da loro delegati potranno chiamare un pubblico ufficiale. Ai trasgressori verrà comminata dal pubblico ufficiale un'ammenda variabile dai 25 ai 250 euro.

7. Sui luoghi di lavoro i direttori responsabili preposti dovranno identificare formalmente il personale incaricato a far rispettare il divieto di fumare e ad accertare e contestare le infrazioni. In assenza di un'identificazione formale, spetta agli stessi direttori responsabili esercitare tale funzione.

Sia nelle strutture pubbliche che in quelle private le sanzioni potranno essere comminate da agenti della polizia locale, guardie giurate o pubblici ufficiali, sia di propria iniziativa, sia se richiesto nell'ambito della loro attività lavorativa.

8. Secondo l'interpretazione della legge, il termine «utente» (vedi paragrafo 1, lettera *a*) non si applica solo ai clienti dei locali pubblici, ma anche al personale che in essi svolge la propria attività lavorativa.

L'effetto della legge

In tal modo il 10 gennaio 2005 la legge divenne pienamente operativa ed i dati raccolti nei mesi immediatamente successivi dimostrarono:

- 1) la piena accoglienza da parte della popolazione del provvedimento e il rispetto di esso;
- 2) l'esiguo numero di infrazioni rilevate soprattutto dai Carabinieri per la Salute;
- 3) l'adesione di molte grandi Aziende al provvedimento e, prima fra esse, Trenitalia, avendo questa am-

piamente compreso che, evitando di fumare in Azienda, poteva migliorare lo stato di salute dei lavoratori, diminuivano le assenze e diminuivano anche i costi relativi alla manutenzione e quelli delle polizze assicurative che le Aziende dovevano sostenere prima che il provvedimento entrasse in vigore.

Redigemmo a titolo di esempio un elenco delle Aziende *non smoking* ovvero di quelle che promuovevano azioni anche dimostrative a favore della assenza di fumo nei luoghi di lavoro.

A partire dall'1 gennaio 2005 è stato avviato un piano di monitoraggio per valutare l'efficacia della legge. Tale piano prevedeva:

- raccolta di dati da parte dei Nas incaricati di sistematici controlli a campione;
- raccolta di dati da parte delle autorità sanitarie locali sui posti di lavoro;
- indice di tendenza della vendita di sigarette;
- indice di tendenza della vendita di prodotti anti-fumo.

Il monitoraggio effettuato a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm) del Ministero della Salute ha evidenziato, secondo quanto emerso nei primi 4 mesi del 2005, quanto segue:

- le infrazioni contestate dai Nas a seguito di 5.597 ispezioni sono state 276 ma solamente 89 di queste (1,60% del totale delle ispezioni effettuate) riguardavano trasgressioni commesse in zone di divieto, mentre 187 si riferivano a violazioni degli obblighi di controllo da parte dei proprietari di locali pubblici (principalmente inerenti all'esposizione degli avvisi di divieto di fumare secondo quanto previsto dalla legge);

- nel corso di questi 4 mesi si è riscontrato un calo nella vendita di sigarette pari a 138 milioni di sigarette in meno rispetto al corrispondente periodo del 2004 (circa l'8% in meno che su base annuale è pari a circa il 6%);

- si è contemporaneamente registrato un indice di incremento di circa il 90% nella vendita di prodotti anti-fumo contenenti nicotina.

Un'indagine condotta sull'indice di gradimento della legge da parte della popolazione, indica che circa $\frac{3}{4}$ dei gestori di locali pubblici condivide il vero significato della legge e considera il fumo passivo una minaccia alla propria salute e a quella dei propri dipendenti. Inoltre non si riscontra alcuna riduzione del numero di clienti, anzi un aumento del 2,2% secondo un'indagine pubblicata il 7 novembre 2005 su «Annals of Oncology».

Un'altra indagine condotta dal Censis (Centro Italiano Investimenti Sociali) nell'ottobre 2005 ha rivelato che il 4,4% degli Italiani aveva smesso di fumare, mentre il 6,8% aveva notevolmente ridotto il numero di sigarette.

Un'ulteriore indagine effettuata dall'Istat all'inizio del 2006 ha messo in evidenza che 500.000 Italiani avevano smesso di fumare con un decremento di incidenti cardiovascolari nelle regioni valutate intorno al 7%.

Nel dicembre 2005 in Veneto è stato realizzato, in collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm) del Ministero della Salute, uno studio pilota descrittivo ed osservazionale per monitorare l'osservanza del divieto di fumo negli Uffici Comunali, in particolare negli Uffici Anagrafe e nelle loro zone di attesa. Lo studio è stato condotto a livello locale dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie in collaborazione con l'Anci Veneto. Sono state coinvolte 15 Aziende Sanitarie Locali (su 21) e monitorati 212 Uffici Anagrafe Comunali (dati disponibili al 10/10/2006 per 179). La rilevazione si è svolta mediante visita e intervista diretta effettuata dal personale del comparto dei Dipartimenti di Prevenzione. I principali risultati relativi al rispetto della normativa sono i seguenti:

- il 91% dei dipendenti intervistati dichiara che i colleghi rispettano la legge;
- il 95% dei dipendenti intervistati dichiara che gli utenti rispettano la legge;
- nell'82% delle sale di attesa visitate sono esposti cartelli regolamentari indicanti il divieto;
- nel 61% degli uffici Anagrafe sono esposti cartelli regolamentari indicanti il divieto;

– nel 3% degli uffici visitati si è osservata la presenza di almeno un fumatore.

Nello stesso anno la Corte di Giustizia di Roma ha condannato il Ministero della Ricerca e dell'Istruzione a rimborsare un importo di circa € 400.000 a un impiegato del Ministero che, essendo stato per anni esposto al fumo passivo sul posto di lavoro, aveva sviluppato un cancro ai polmoni. Dopo questa sentenza è possibile prevedere un consistente aumento delle Società impegnate a far osservare il divieto di fumo, come ad esempio Trenitalia che è stata una delle prime Società in Italia ad applicare il divieto di fumare su tutti i treni in circolazione.

Nel 2005 venne anche avviata una ricerca da parte di alcune regioni italiane e, primariamente, della regione Piemonte che dimostrò come, rispetto al precedente periodo, nel 2005 si fosse rilevata una riduzione dell'incidenza di infarto miocardico acuto del 7% circa, a dimostrazione dell'efficacia del provvedimento sulla salute pubblica.

Più recentemente il dato positivo si è confermato: nei primi 8 mesi del 2007 i Carabinieri per la Sanità su 2.800 ispezioni a campione hanno rilevato solo 189 infrazioni, pari al 6% dei controlli effettuati.

Nel 2008 un Gruppo di ricercatori italiani ha pubblicato su «Circulation» (Cesaroni *et al.*, 2008) i risultati di uno studio che ha paragonato l'incidenza di infarto miocardico acuto e di angina instabile nella città di Roma, prima e dopo il 2005, rilevando che tale incidenza si è ridotta nel periodo successivo all'entrata in vigore della Legge italiana a tutela della salute dei non fumatori dell'11,2% nelle persone di 35-64 anni e del 7% in quelle di età compresa fra i 65 e i 74 anni. Gli Autori ritengono che i favorevoli risultati riscontrati siano la conseguenza della riduzione dell'esposizione al fumo passivo determinata dalla legge.

Ad oggi (2010) permangono i risultati dell'applicazione della legge, evidenziati grazie all'attività di monitoraggio, avviata fin dal 2005 e tuttora in corso.

In particolare, le vendite di sigarette si sono ridotte del 2,2%, rispetto al 2009. Secondo i dati dell'Ammini-

strazione Autonoma dei Monopoli di Stato (Aams), nel corso del 2009 sono stati venduti oltre 106 milioni di pacchetti in meno (quasi 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Le vendite totali sono tornate a livelli inferiori di quelli di 20 anni fa e, da quando è entrata in vigore la legge, la diminuzione delle vendite di sigarette è stata pari a circa il 12% con una diminuzione media di 1,7% l'anno.

Per quanto riguarda il rispetto della legge, la popolazione si è dimostrata generalmente favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. E i dati indicano un buon livello di osservanza in tutto il paese.

Su mandato del Ministro della Salute, i Carabinieri per la Sanità (Nas), dal 2005 ad oggi hanno compiuto circa 17.400 controlli in tutta Italia, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali e sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), che hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma.

Nel 2010 i Nas hanno eseguito un totale di 3.143 ispezioni, controllando più di una volta le tipologie di luoghi in cui maggiormente è apparso in passato evidente un mancato rispetto della legge (discoteche ed ospedali). Tali ispezioni hanno portato a contestare 269 infrazioni (8,6% del totale): 114 a persone che fumavano dove vietato (3,6%) e 155 per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (5,9% del totale). È importante, dunque, continuare tale azione di monitoraggio e vigilanza, visto che, anche se i valori sono ancora contenuti, le multe ai fumatori sono raddoppiate rispetto al 2005.

I risultati dell'anno appena trascorso, quindi, se da un lato sono incoraggianti, dall'altro mostrano quanto ci sia ancora da fare e quanto sia necessario mantenere alta l'attenzione delle istituzioni, dei mezzi di comunicazione e dei cittadini sull'«epidemia» di tabagismo, secondo la definizione dell'organizzazione Mondiale della Sanità.

In particolare gli sforzi vanno mirati sui cittadini più giovani. In Italia l'1% circa dei maschi e lo 0,2% delle femmine di 11 anni ha dichiarato di fumare con frequenza almeno settimanale. La quota di ragazzi che riferisce tale abitudine cresce nel passaggio tra i 13 (4,4% maschi - 3,68% femmine) e i 15 anni (19% maschi - 19,4% femmine). Inoltre, mentre fra i più giovani sono i maschi a fumare di più, man mano che l'età aumenta, i tassi di maschi e femmine diventano molto simili o, addirittura, superiori nelle femmine.

A seguito di queste considerazioni possiamo concludere che la *Legge italiana a tutela della salute dei non fumatori* ha avuto un ottimo grado di recepimento da parte della popolazione. I dati indicano che la popolazione ha non solo accolto la legge con favore, ma la fa anche rispettare. Inizialmente questi risultati non erano affatto scontati ed era arduo anche pensare che la legge potesse passare facilmente nel Governo e in Parlamento. Una ragione del successo è a mio avviso che la legge non è proibizionista; infatti è garantito il diritto dei fumatori a fumare. La novità è però costituita dal fatto che è garantito anche il diritto dei non fumatori a non subire i danni e i fastidi del fumo passivo. La parità dei diritti è alla base della Costituzione italiana e proprio il richiamo a questa uguaglianza dei cittadini ha fatto sì che la legge non potesse essere bloccata. A ciò si aggiunga che i benefici per il personale che lavora in locali pubblici, ma anche privati, sono apparsi subito evidenti e oggi è comune sentire cittadini che dichiarano di poter frequentare locali che un tempo erano loro sgraditi per la nube di fumo che vi regnava. Altri cittadini riferiscono di sentirsi a disagio quando, all'estero, si trovano in Paesi dove è consentito fumare nei ristoranti e nei bar.

Oltre ai provvedimenti maggiori, altre iniziative sono risultate utili; ad esempio la chiusura dei distributori automatici di sigarette durante le ore diurne per impedire l'accesso ai minori. Di converso, gran parte dei ricorsi attivati contro il provvedimento sono stati rigettati dalle Magistrature competenti; unica eccezione l'obbligo per i

gestori del locali pubblici di chiamare le Forze dell'Ordine nel caso di resistenza degli avventori all'ammonimento di cessare di fumare laddove proibito.

L'Italia è stata un laboratorio, un banco di prova per altri Paesi che, incoraggiati dai risultati positivi registrati, hanno replicato la legge di protezione dei non fumatori, a cominciare dalla Svezia, seguita dalla Spagna, dall'Inghilterra e dalla Francia. In Francia l'iniziativa è stata sottoposta all'Assemblea Nazionale dopo che il suo Presidente ha verificato personalmente in Italia il successo dell'iniziativa ed ha avuto con me un ampio scambio di vedute.

Sappiamo, tuttavia, che il calo di vendite di sigarette ha scatenato un'offensiva da parte dei produttori di sigarette che hanno un potere economico elevato e sono notevolmente abili nell'elaborare strategie atte a contrastare quelle promosse per il miglioramento della salute pubblica.

In effetti le multinazionali del tabacco non stanno perdendo tempo e continuano ad attuare iniziative promozionali più o meno palesi. In particolare, la loro azione è diretta ai giovanissimi per indurli ad iniziare il fumo e utilizzano allo scopo tutti i mezzi possibili di propaganda indiretta. Purtroppo recentemente si è affievolita di molto l'azione che le Istituzioni dovrebbero intraprendere per promuovere una controinformazione al sottile veleno che viene continuamente immesso nei canali informativi e intensificando i controlli che, al contrario, continuano ad essere troppo limitati.

Oltre ai controlli si è peraltro fermata l'azione strategica di governo che prevedeva una forte azione nei confronti dei giovanissimi per prevenire l'iniziazione al fumo, l'attivazione di una rete di servizi gratuita per i fumatori che desiderano smettere di fumare, una forte azione di contrasto della pubblicità occulta dei produttori che continua anche nel nostro paese. Un recente lavoro indica che per la pubblicità del tabacco l'industria ha speso nel 2003 negli Stati Uniti 15,2 miliardi di \$ contro i 5,7 miliardi di \$ spesi nel '97. La presenza di fumatori nei film (che sappiamo correlata direttamente alla quantità di fu-

matori nei giovani) è cresciuta dal 1990 al 2002, anno in cui si sono raggiunti i livelli del 1950 (Cdc, 2006).

II. *La lotta al fumo dei giovani oggi*

Nel mondo occidentale oggi tutti sanno e tutti riconoscono che l'uso del tabacco nuoce gravemente alla salute. Fin dalla metà del XX secolo la ricerca clinica ha dimostrato con dovizia sempre maggiore di dati il potere nocivo del tabacco su tutti i tessuti e gli organi dei fumatori, identificando in esso la prima causa di morte prevenibile. L'uso del tabacco comporta 443.000 morti premature l'anno in Usa e 80.000 in Italia. Ma non sono solo i fumatori attivi a pagare questo caro prezzo; anche il fumo passivo è nocivo e determina l'1% di tutte le morti nel mondo. La cosa non meraviglia se si considerano le decine di prodotti tossici che il tabacco contiene naturalmente o sprigiona con la combustione o assorbe dall'esterno durante la sua coltivazione o riceve sotto forma di additivi per mascherare gli effetti negativi e riuscire più gradevole ai fumatori. Fra i primi basti citare il fenantrene e altri composti aromatici ciclici che sono sostanze cancerogene di prima classe, o l'ossido di carbonio che si lega saldamente all'emoglobina del sangue e le impedisce di trasportare ossigeno ai tessuti peggiorando così situazioni come l'ischemia cardiaca o cerebrale. Ma vi è di più. Durante la coltivazione del tabacco, nel momento della formazione del germoglio, la pianta deve essere irrorata con un prodotto chimico altamente tossico, che si aggiunge ad altre sostanze chimiche che i coltivatori impiegano per proteggere le piante e che si ritrovano nelle foglie e quindi nelle sigarette. Infine vi sono gli additivi (fino ad oggi non dichiarati e non del tutto conosciuti) che le aziende produttrici aggiungono al tabacco per frenare la tosse, ridurre l'alitosi, potenziare l'assuefazione.

Di tutto ciò il grande pubblico sa poco o nulla perché le aziende produttrici per oltre un secolo hanno messo in atto politiche di occultamento della verità e di

vera e propria mistificazione. In particolare la loro pubblicità ha impiegato strategie talmente innovative ed efficaci da creare modelli di comportamento contrari non solo alla salute dei singoli consumatori ma anche contrari agli interessi dell'intera società. Ai primi del Novecento il modello imposto è stato quello elitario: il fumatore appartiene alla società più ricca ed elegante. Alcuni anni più tardi l'uomo che fuma diviene simbolo non tanto di una élite affermata quanto di virilità e di forza. E la donna che fuma è emancipata, bella e magra. Nella campagna *Virginia Slim* addirittura la sigaretta diventa il rimedio per prevenire il sovrappeso e la donna che fuma è giovane, amata, libera da schemi sociali del passato che la tenevano prigioniera. In *Marlboro Country* l'uomo è maschio, coraggioso, vincente. Questa figura simbolica segue da vicino quella del soldato americano che porta libertà al mondo liberando i popoli oppressi dal bisogno, sempre ottimista e sorridente.

In questo mondo di vincenti tutti fumano: medici, attori, sportivi. Più recente, e ancora oggi proposto, è il messaggio del fumatore che socializza e si diverte nel gruppo dei coetanei. Di conseguenza il giovane che non fuma risulta escluso dal gruppo degli amici più evoluti, più adulti (meno bambini), più ammirati e amati. Nelle ragazze fumare è sinonimo di emancipazione, coraggio di affrontare le situazioni della vita, sfida per quei parrucconi che vorrebbero ancora una donna semplice e sottomessa.

Accanto alla pubblicità (che in Usa nel 2003 è costata alle aziende produttrici 15,2 miliardi US\$ contro un valore di 5,7 miliardi US\$ spesi nel 1997) un cospicuo investimento è stato effettuato dalle multinazionali del tabacco per finanziare movimenti d'opinione, ricerche a loro favorevoli (ad esempio quelle tese a dimostrare che il fumo passivo non sarebbe nocivo), ricerche o campagne istituzionali di enti pubblici o privati comprese alcune università, produzione di film dove ricorre spesso l'immagine del protagonista che fuma, eventi sportivi, sostegno economico ai produttori di tabacco con il consenso dei rispettivi governi, diversificazione del business per lan-

ciare il marchio non sulle sigarette ma su altri prodotti, campagne elettorali di singoli candidati o partiti, stuoli di celebri avvocati per vanificare procedimenti giudiziari intentati da consumatori per danni causati da occultamento delle informazioni sui pericoli per la salute, ecc.

Ad eccezione della pubblicità diretta, proibita in molti paesi evoluti, tutte queste azioni di fiancheggiamento e pubblicità indiretta continuano anche oggi e in particolare si sono rafforzate in due ambiti:

1. penetrazione nei Paesi in via di sviluppo;
2. iniziazione al fumo delle donne e di giovani e giovanissimi in tutti i Paesi del mondo.

Sono questi i target primari delle multinazionali del tabacco. Miliardi di dollari investiti, pubblicità diretta e indiretta di grande efficacia, occultamento e mistificazione della verità fanno sì che nel mondo più evoluto il 20-25% dei cittadini fumi, che nei paesi in via di sviluppo questi valori raddoppino e che in ogni parte del mondo il fumo inizi per lo più al di sotto dei 18 anni d'età: proprio il numero di fumatori al di sotto dei 18 anni è oggi considerato un indicatore dell'efficacia delle azioni di contrasto al fumo di tabacco. L'alto valore di questo indicatore, ben lontano da quel 12% fissato da *Healthy People 2010* come obiettivo per gli Usa (obiettivo n. 27-1a), ci dimostra con spietata chiarezza che le azioni di contrasto messe in campo dai singoli governi sono inadeguate sotto il profilo sia quantitativo sia qualitativo.

È arrivato il momento di cambiare giacché, se è vero che può esserci cambiamento senza progresso, è altrettanto vero che non ci può essere progresso senza cambiamento. E ciò vale in particolare a livello della comunicazione con i giovani. Questo è infatti l'ambito che a mio avviso non è stato affrontato in modo corretto e che va prioritariamente rivisto. Infatti i provvedimenti per vietare il fumo nei locali pubblici e luoghi di lavoro sono adottati o in via d'adozione in molti paesi evoluti e hanno dimostrato tutta la loro efficacia. Altrettanto dicasi per la rete di servizi messa a disposizione dei fumatori che vogliono smettere, anche se è indispensabile rendere gratuiti questi

servizi. Ma per impedire che i giovani inizino a fumare la cosa è diversa! Dove abbiamo sbagliato?

Io credo che tutti gli sforzi per far sapere che l'uso del tabacco è nocivo per la salute, certo utili ed efficaci per gli adulti, sono poco utili per la popolazione giovanile.

Il giovane pieno di vita non vede un pericolo significativo e un deterrente in un possibile danno per la salute che si potrà instaurare molti anni più tardi, mentre vede e apprezza il modello di apparire più adulto e di essere incluso nel gruppo dei «grandi ed emancipati» se fumatore. Alcuni di loro inoltre, pur accettando che il fumo nuoce alla salute, ritengono di poter smettere con facilità quando lo vorranno.

Alla luce di queste considerazioni comprendiamo come gli sforzi fatti finora per prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani siano stati poco o nulla efficaci.

Più che sottolineare l'aspetto medico del problema potrebbe essere utile considerare quelli comportamentali e sociali. Quanti giovani hanno capito di essere ignare vittime di una strategia esperta e cinica che trae profitti enormi dalla loro ingenuità, indifferente ai danni causati alla loro salute? Non uomini forti e donne emancipate quindi, ma strumenti usati da alcuni per accumulare denaro: multinazionali esperte che sanno occultare molte cose e usano la pubblicità occulta per catturare i soggetti più ingenui e con personalità più debole. Quanti giovani sanno che il fumo di tabacco è un pericoloso inquinante ambientale giacché disperde nell'ambiente veleni volatili e non volatili (che si depositano negli ambienti e continuano a creare danno anche se lo scambio dell'aria avviene con ventilazione forzata), e dei mozziconi che persistono per decenni nel suolo. Magari ci battiamo per un ambiente migliore, per la riduzione del traffico veicolare, per limitare l'uso dei prodotti chimici in agricoltura e degli antibiotici negli allevamenti animali, ma non ci preoccupiamo se si fuma nelle case o nelle automobili avvelenando l'aria ai nostri coniugi e ai nostri bambini, dando a questi ultimi un pessimo esempio che li indurrà più facilmente a diventare fumatori.

Ma è soprattutto l'aspetto sociale del fumo che va sottolineato. Il fumatore è un soggetto socialmente criticabile perché non solo rappresenta il modello di una persona debole che per vivere e operare ha bisogno del continuo stimolo di una droga, non solo non si cura della salute propria e altrui, non solo inquina l'ambiente, ma per di più scarica su tutta la società i costi delle sue malattie e delle sue assenze dal lavoro provocate dal fumo, un costo che è stato stimato in Usa in circa 3 US\$ per fumatore. Proprio per questo motivo la società tollera ma disapprova il fumo di tabacco. Il messaggio che identifica il fumatore come soggetto debole e prigioniero di speculatori senza scrupoli, riprovevole perché nocivo a se stesso e alla società in cui vive, dovrebbe raggiungere i giovani attraverso tutti i canali a loro più accetti, soprattutto il mondo della rete, in particolare i *social network*, con una pubblicità martellante, che smascheri i sotterfugi e le astuzie maligne dei produttori e valorizzi la consapevolezza, la conoscenza, l'autonomia e la personalità dei giovani, contrastando la pubblicità menzognera e fuorviante dei produttori di tabacco. Si tratta di fare proprie le tecniche della cosiddetta *media education* che si propone di educare i cittadini a chiedersi quale interesse si nasconde dietro ai messaggi che i mezzi di comunicazione veicolano.

Una campagna di «marketing sociale» continua, intensa e ben fatta come quella sopratteggiata dovrebbe affiancare altre iniziative dello Stato, quali l'aumento delle accise sulle sigarette, l'eliminazione dei sussidi ai coltivatori di tabacco, il divieto della pubblicità ingannevole, provvedimenti tutti che a mio avviso possono essere adottati in quanto il tabacco non rappresenta un normale bene di consumo e non è necessario alla vita dell'uomo. Una campagna del genere è certo costosa ma, conti alla mano, è sempre vantaggiosa se si calcolano i danni prevenibili a medio e lungo termine. Il Piano nazionale della prevenzione, inserito nel contesto della Finanziaria per il 2004, aveva queste finalità che sono ancora tutte da conseguire.

Forse la strada è difficile, l'attenzione e lo studio dei problemi ancora insufficienti, le risorse troppo esigue.

Forse gli interessi economici che ruotano intorno alla produzione e vendita dei tabacchi sono così elevati da paralizzare anche gli spiriti più nobili e intraprendenti. Nel caso della legge per la «Tutela dei non fumatori dal fumo passivo» (*legge 16 gennaio 2003 n. 3 articolo 51*) è stato determinante il sostegno della maggior parte della popolazione e di alcune Ngo che potrebbero influire positivamente anche in questo caso.

III. *Proposta di un Piano d'Azione per l'Italia*

Dopo aver implementato il 10/1/2005 la legge che bandisce il fumo da tutti i locali pubblici e i luoghi di lavoro, bisogna attivare una *campagna nazionale di marketing sociale* impostata sui seguenti concetti e sostenuta da conseguenti azioni istituzionali³:

a. chi fuma è vittima delle strategie di multinazionali senza scrupoli che lucrano pur sapendo di nuocere grandemente alla salute dei fumatori (sia attivi che passivi) e all'economia nazionale. Chi fuma è un debole plagiato e non percepisce di essere usato come strumento per arricchire alcuni soggetti spregiudicati.

Azioni conseguenti:

– intensificare i controlli sul divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro da parte delle Forze dell'Ordine e ispettori delle Asl;

– eliminare i locali per fumatori nei suddetti luoghi, come richiesto espressamente dalla Convenzione contro il tabacco del Who, sottoscritta da oltre 170 nazioni inclusa l'Italia;

– vietare il fumo anche all'aperto nei luoghi assembrati quali stadi, ristoranti, bar e cinema all'aperto, ecc.

³ Attenzione! La campagna di marketing sociale deve essere impostata e condotta con metodo scientifico, che includa un progetto ben fatto e la valutazione dei risultati. Essa deve svilupparsi e durare almeno 3 anni. È molto conveniente in termini economici solo a queste condizioni.

b. Il tabacco non è un bene di consumo ordinario, ma un prodotto pericoloso per la salute e per l'ambiente. Esso viene tollerato dalla Società in quanto non è per ora possibile proibirlo, ma la Società ritiene che il suo uso sia riprovevole.

Azioni conseguenti:

- abolire i distributori automatici di sigarette;
- vigilare e punire coloro che vendono tabacco ai minori di 18 anni;
- contrastare duramente la pubblicità diretta (film o altri momenti nei quali vengono mostrate persone che fumano, eventi sportivi sponsorizzati da aziende che producono sigarette) e indiretta (uso dei marchi per proporre linee di prodotti diversi dal tabacco, sponsorizzazioni di Istituzioni pubbliche e private anche per fini apparentemente nobili, ecc).

c. Il fumo danneggia l'ambiente, crea disturbo a molti, danneggia tutti. Chi fuma inquina l'ambiente. Pertanto il fumatore nuoce alla società e la costringe a sostenere dei costi sia sanitari, sia per le giornate lavorative perse, sia per i danni ambientali (inquinamento, incendi, ecc).

Azioni conseguenti:

- non si devono disperdere i mozziconi nell'ambiente. Chi fuma deve essere responsabile anche dello smaltimento dei mozziconi;
- è necessario aumentare le accise sul tabacco in modo progressivo e in misura consistente, destinando gli introiti al finanziamento delle azioni di marketing sociale.

d. È un diritto dei feti, dei bambini e degli adolescenti non essere esposti al fumo passivo. Per gli ultimi due, inoltre, è stato dimostrato che l'esempio di chi fuma (specie i modelli più importanti come i genitori, gli insegnanti, i divi preferiti) comporta un maggiore rischio di iniziazione al fumo.

Azioni conseguenti:

- divieto di fumo in auto, perché ciò comporta una elevata concentrazione di sostanze tossiche nell'aria e un aumentato rischio di incidenti quando l'autista fuma;

– richiamo continuo ai genitori perché non fumino e non facciano fumare in casa e in altri ambienti chiusi, anche se privati, quando sono presenti minori di anni 18 o donne gravide.

e. Il fumatore va aiutato a smettere se lo desidera.

Azioni conseguenti:

– trattamento antifumo gratuito meglio se presso i centri anti-fumo;

– associazione delle imprese senza fumo e sua rappresentanza nelle Commissioni anti-fumo delle Istituzioni;

– impegno volontario delle suddette imprese ad aiutare i propri dipendenti a smettere di fumare e a collaborare con le istituzioni sanitarie.

IV. Considerazioni finali

L'evidenza scientifica sui danni e sui costi sanitari e sociali del fumo di tabacco è oggi conclamata, ma colpisce l'inerzia con cui sia le Istituzioni, sia i medici e le loro Società Scientifiche contrastano questa pratica nociva, peraltro sostenuta con larghi mezzi dai gruppi di interesse. Sarebbe auspicabile che le organizzazioni mediche, in unità con il Ministero della Salute, imponessero all'attenzione del Governo e del Parlamento un'azione più decisa di contrasto al fumo e non assecondassero l'inerzia o la «malpractice politica» (Oakley, 2002). Le stesse organizzazioni mediche inoltre dovrebbero assumersi il compito di impegnare tutti i medici ad esercitare un'azione di contrasto al fumo iniziando dall'identificare i fumatori, consigliare loro di smettere e sostenerli in tale decisione.

Bibliografia

Cesaroni G., Forastiere F., Agabiti N., Valente P., Zuccaro P. e Perucci C.A. (2008), *Effect of the Italian Smoking Ban*

- on Population Rates of Acute Coronary Events*, in «Circulation», 117, pp. 1183-1188.
- Cdc (2006), *Cigarette Use Among High School Students – United States, 1991-2005*, in «Mmwr», 55, pp. 724-726.
- Oakley G.P. (2002), *Delaying Folic Acid Fortification of Flour*, in «Bmj», 324, p. 1348.