

Ben venga – 32 anni dopo la riforma sanitaria che proponeva un modello di salute teso a impedire alla gente di ammalarsi piuttosto che a curarla più tardi – il nuovo piano nazionale per la prevenzione (PNP), e ben vengano le quattro novità che lo differenziano da quello precedente. Ma alcune delle critiche sollevate durante la presentazione che ne è stata fatta a Milano il 22 giugno scorso fanno temere che i nostri governanti non abbiano ancora bene afferrato la differenza tra ricerca e intervento, tra prevenzione basata sull'evidenza e principio di precauzione, tra diritto all'informazione e sbraccata pubblicità televisiva. Mi auguro che il bel pezzo di Cinzia Tromba nella sezione Attualità (vedi pagina 71) induca gli epidemiologi italiani a porre attenzione alla stesura dei piani regionali per la prevenzione, integrando la loro competenza alla «comunità di pratica per i piani regionali» promessa dalla direttrice del CNESPS.

Un certo spazio, in questo numero, viene dedicato alle statistiche di mortalità. Carlo Alberto Goldoni solleva, a ragione, due questioni importanti: la qualità delle statistiche è insoddisfacente, e le statistiche di mortalità vengono guardate con noncuranza per le loro minime applicazioni di ordine economico-gestionale. Eppure non è indifferente il numero di studi ecologici (anche in Italia, dall'osservatorio della redazione di E&P) che intendono associare ambiente (e/o deprivazione) al rischio di malattie letali misurato come tasso di mortalità specifico per causa. Purtroppo molti di questi studi non si pongono il problema della qualità delle statistiche utilizzate, né considerano quell'interessante (e inquietante) indicatore di qualità che è la proporzione di morti per causa incerta e non specificata (lo stesso vale per la proporzione di morti per tumore maligno in sede o di natura non specificata).

Gli articoli del gruppo di Pietro Comba (Fazzo et al., Zona et al.) illustrano un'esperienza tesa a risolvere, in modo partecipato, le difficoltà di quantificare le conseguenze della pregressa esposizione lavorativa ad amianto, in circostanze in cui sono mancate misurazioni nell'ambiente di lavoro e in cui si è persa traccia dei documenti amministrativi relativi alle assunzioni in fabbrica (due fenomeni tutt'altro che rari nella nostra storia industriale). Sulla sorveglianza sanitaria a ex esposti ad amianto – argomento dell'articolo di Amerigo Zona et al. – E&P vorrebbe maggiore attenzione, anche in sede nazionale. E' comprensibile il desiderio di chi è stato esposto, ed è asintomatico, di essere rassicurato che viene fatto il massimo possibile per bloccare la comparsa e lo sviluppo di malattie da amianto. Ma una panoramica delle soluzioni proposte (e presumibilmente poste in opera) dalle Regioni dimostra un'inquietante eterogeneità di scelte operative. Senza entrare nel merito delle singole proposte, vale la pena richiamare il fatto inquietante che – in omaggio al federalismo sanitario proprio del nostro Paese – a parità di rischi, agli ex-esposti ad amianto asintomatici vengono offerti protocolli di sorveglianza sanitaria completamente diversi, sia per quanto riguarda l'evidenza scientifica di efficacia, sia per i rischi di effetti collaterali, sia infine per le modalità di identificazione degli aventi diritto.

La salute degli immigrati, legali e illegali, è un problema politico di equità prima ancora che di gestione e di spesa. Una parte dell'epidemiologia italiana è motivatamente attenta al problema. Eppure, come giustamente fanno notare Ugo Fedeli e Iacopo Baussano, per lo più si è trattato di indagini disarticolate, poco utilizzate nel contesto di decisioni di sanità pubblica e raramente sottoposte all'attenzione del milieu scientifico internazionale. E' ben vero d'altra parte che si aprono nuove prospettive con il Progetto «Migrazione e salute» dell'Istituto superiore di sanità, di cui diamo notizia in questo numero. Ottima, e tempestiva, quindi, la proposta (espressa dal futuro direttore della rivista, Eugenio Paci) del call for papers che presentiamo in questo numero.

Grazie allo studio di Maria Serinelli et al., inappuntabile sul piano metodologico. Brindisi si aggiunge alle molte città italiane oggetto di qualche forma di quantificazione dei danni acuti da inquinamento atmosferico. Lo smog è un grande killer e la sua presenza è potenzialmente prevenibile (o almeno controllabile). Forse sarebbe ora di capire quali ostacoli trova la grande e ottima produzione scientifica italiana sull'argomento a essere convertita in misure di sanità pubblica.

Benedetto Terracini

