



SICUREZZA ALIMENTARE

Sicurezza: requisito imprescindibile

Antonio Gianni, Mario Latini

Il consumatore si fida perché consapevole dei controlli

Chi lavora nella sicurezza alimentare, nell'atto di leggere un qualsiasi depliant di un Assessorato regionale su "Alimentazione e

salute", penserà di trovare indicazioni relative anche alle proprie attività. Invece niente, non ci sono. Forse ci saranno indicazioni tratte da articoli di





argomenti

Numero 1 - Marzo 2013

giornali sulla relazione tra cibo e mortalità? No neanche questo! Non c'è neppure un vago accenno alla sicurezza dell'alimento dal punto di vista igienico sanitario e al lavoro di chi vi opera, sia come produttore, sia come controllore. Anche su canali di informazione non ufficiali, come nei siti Internet, si verifica la stessa cosa. Si apre un sito, si leggono articoli sulle malattie dovute all'alimentazione e si trovano le seguenti voci: obesità, anoressia, bulimia, carenze da iodio, errori dietetici. Niente su malattie infettive o parassitarie. Niente sui controlli, niente sulle pratiche igieniche in atto dalla produzione alla commercializzazione degli alimenti. Vale la pena di chiedersi il perché.

Partiamo da un assunto: certamente ogni persona che acquista un alimento crede di acquistare un alimento sicuro. Pensa che sia sicuro perché qualcuno l'ha controllato; sicuro e controllato: binomio imprescindibile. La produzione degli alimenti è da sempre irrevocabilmente correlata con la salubrità degli stessi e con il loro controllo. Così come riesce difficile immaginare un appartamento senza finestre o una auto senza ruote, altrettanto riesce difficile immaginare l'insalubrità di un alimento in vendita. Ma non basta. Nel mondo moderno (occidentale) è difficile pensare che non esista un sistema di controllo della produzione e della vendita degli alimenti; in altre parole non basta l'igiene degli alimenti, ci aspettiamo la verifica che tale igiene ci sia effettivamente. La autoreferenzialità di chi produce non è mai stata considerata sufficiente. Conseguentemente questa relazione porterà all'acquisto di un alimento solo se in stretto legame con il controllo sulla salubrità che esso ha ricevuto, facendo diventare il controllo igienico non una spesa in più, ma un prerequisito del prodotto alimentare, una parte integrante dell'alimento. Questa potrebbe essere una ragione plausibile per spiegare la mancanza di indicazioni sui controlli igienici negli alimenti in tema di alimentazione.

Questa considerazione porta a evidenziare come il controllo dell'Autorità competente sia una parte produttiva. Di fatto smette di essere solo un servizio, ma è allo stesso tempo un produttore di beni. È anche questa una autoreferenzialità del nostro mondo veterinario o ci sono evidenze di quanto detto?

Partiamo da un classico esempio dell'attività veterinaria: la crisi della BSE. L'Istat ha calcolato che nel 2001, a causa del primo capo risultato positivo alla BSE in Italia, rilevato a gennaio, si è registrata una contrazione delle macellazioni delle vacche del 75%. Calo recuperato già a novembre per la pronta risposta che il SSN ha dato al controllo sulle macellazioni. Ma comunque alla fine dell'anno si è riscontrato un andamento annuale negativo del 26%. Quale differenza esisteva allora per il consumatore di mangiare carne proveniente da animali potenzialmente affetti da BSE tra i mesi di gennaio e quello di novembre? Di fatto nessuna. Anzi secondo i dati pubblicati nei secondi 6 mesi del 2001 si sono avuti 34 casi di conferma di BSE alle macellazione, rispetto ai soli 16 casi trovati nei primi 6 mesi dello stesso anno. Ma allora perché il consumatore ha ripreso a consumare carne bovina se c'è stato addirittura un aumento dei capi positivi rispetto al periodo in cui lo stesso consumatore aveva deciso di non acquistarne più? La risposta non può che essere la fiducia nei controlli. Il consumatore ha visto che il controllo c'era e questo non faceva percepire più l'alimento carne bovina come un pericolo. Ecco come una attività di prevenzione, fatta sistematicamente, diventa una parte integrante e determinante della produzione.

Ma ancora di più la conferma di ciò l'abbiamo con il report del 2012 dell'Eurobarometro sulla percezione del rischio sanitario in relazione agli alimenti, che integra e aggiorna quanto pubblicato nel 2005 dalla stessa agenzia. Innanzitutto dal report si evince che la percezione di poter essere vittima di un problema di salute

legato al consumo di cibo è inferiore a un problema di salute correlato alla crisi economica, all'inquinamento o ad altre malattie non legate al cibo. Questa percezione non è dovuta alla mancanza di attenzione in merito, in quanto il 62% pensa che la produzione non igienica degli alimenti è una questione importante (in Italia addirittura lo pensa il 77%). L'attenzione del consumatore è concentrata sul rischio insalubrità in fase di produzione, piuttosto che nelle manipolazioni successive casalinghe, dove solo il 32% pensa possa essere intaccata la salubrità del cibo. Ci si concentra quindi non sul pericolo in sé (altrimenti si terrebbero più in considerazione le manipolazioni casalinghe), ma sulla produzione e commercializzazione igienica del prodotto alimentare. Nonostante questa attenzione, al momento dell'acquisto solo l'8% fa scelte alimentari legate alla sicurezza alimentare e addirittura solo l'1% delle persone associa il cibo al rischio malattia. Questo vuol dire che la scelta sulla salubrità e l'attenzione alle malattie di origine alimentare viene delegata a qualcun altro. Al produttore o alle autorità di controllo?

Atteso che è di palmare evidenza che la fiducia del consumatore ricade prevalentemente sui professionisti della sanità (84%) piuttosto che sugli imprenditori (produttori nel 35% dei casi o commercianti nel 36%) la risposta è chiara, confermando ancora di più che l'autoreferenzialità non è mai stata di moda. Ma una cosa ancor più rassicurante è che solo il 5% crede che ci possano essere problemi legati ai mancati controlli. In generale, c'è un elevato livello di fiducia nelle azioni che le Autorità pubbliche intraprendono per la salute, sia in termini di tempestività delle azioni che in termini di capacità, con la maggioranza delle persone che percepisce gli interventi come basati anche sulle ultime scoperte scientifiche. Cioè gli interventi sono appropriati e competenti. Il report ci consegna quindi un quadro del mondo dei consumatori molto ben delineato. Vi è una grande attenzione





alla salute e al cibo. I pericoli non sono sottovalutati, ma questo non incide e non incide in maniera significativa sulla spesa alimentare. Questo perché il consumatore si fida. Si fida dei controlli, si fida che in fase di acquisto l'alimento è salubre. La scelta prevalente sul tipo di acquisti verrà fatta su altri criteri (costo, marca, tipo di dieta), ma non sull'igiene. Né la casa produttrice né il Paese di provenienza hanno importanza su quest'aspetto della scelta di un alimento. Va detto per correttezza che sicuramente la iperlegiferazione comunitaria ha avuto il suo peso, anche se l'organizzazione di questi controlli varia molto all'interno della Comunità europea.

Infine, valutiamo in termini sociali ancora quanto vale il lavoro di prevenzione sulla salubrità degli alimenti. I dati OMS dicono che nei Paesi occidentali, rispetto a quanto avveniva all'inizio del XX secolo, la prevenzione delle gastroenteriti e della tubercolosi da sole salva circa 300 persone ogni 100.000 all'anno. Per capire l'entità, possiamo supporre che se il mondo della prevenzione sparisse oggi, l'anno prossimo avremmo in Italia una città come Modena in meno, e tra due anni potrebbe scomparire anche l'intera popolazione di Reggio Calabria. Senza citare altre malattie scomparse o tenute sotto controllo dagli uffici di prevenzione: dalla Brucellosi all'Echinococcosi. Negli USA nel 2010 le malattie infettive da cause alimentari non sono tra le prime 10 cause di morte, essendo inferiori anche al numero dei suicidi. Nel 1900 gastroenteriti e tubercolosi erano rispettivamente al terzo e al secondo posto come causa di morte, precedute solo dalle polmoniti.

Ma c'è di più della semplice prevenzione estemporanea. Dati dagli USA evidenziano come il declino dei decessi da malattie infettive nell'ultimo secolo sia dovuto non tanto al susseguirsi delle azioni di prevenzione intraprese come la clorazione dell'acqua o l'uso della penicillina, che non portarono risultati nell'immediato, quanto al-

l'aver creato un dipartimento della salute in 40 Stati della Confederazione. Il sistema fa prevenzione più delle singole azioni. E il sistema italiano, pur costoso, è sicuramente uno dei più capillari e radicati sul territorio.

Produciamo anche un ricordo storico, rimandando allo Statuto di Gualdo Cattaneo (PG) del 1483, *Liber IV C.60 «De macellariis et ipsorum obligatione et de modo vendendi carnes ad minutum»*. Esso prevedeva che il podestà indicasse qualcuno (pagato) che avesse funzioni sulla macellazione, vendita e pesatura della carne, con l'intento di controllare (e dichiarare) che si vendesse carne solo di: «*Bestias bonas, sanas et non infirmas seu mortuinas*». Più di 500 anni fa quando il

“servizio pubblico” non esisteva, le autorità davano all'igiene degli alimenti un'importanza assoluta, tanto da pagare personale perché controllasse in merito.

Tutti gli esempi sopradescritti ci rimandano al requisito igienico degli alimenti.

Qualcuno indica come requisito tutte le condizioni e le attività di base (della sicurezza alimentare) necessarie per mantenere un ambiente igienico lungo tutta la filiera alimentare; idoneo alla produzione, gestione e fornitura di prodotti finiti sicuri e alimenti sicuri per il consumo umano. A questo si devono aggiungere tutte quelle attività che danno fiducia al consumatore sul fatto che tale requisito venga mantenuto.

CONGRESSO NAZIONALE FVM

“Un'organizzazione che cresce in sintonia con il mondo che vuole rappresentare”



Si è svolto lo scorso venerdì 23 novembre a Tivoli il Congresso Nazionale FVM, Federazione Veterinari e Medici: un'occasione per tracciare un bilancio delle attività e per definire le linee di azione future. Nella stessa giornata si sono svolte anche le elezioni delle cariche al vertice dell'organizzazione, riconfermate nelle persone del presidente dottor Aldo Grasselli, vicepresidente dottor Francesco Medici, tesoriere dottor Antonio Pagano, segretario organizzativo dottor Zaccaria Di Taranto.

«Il sindacato deve, con onestà e coraggio, assumere un ruolo nel processo di revisione e riorganizzazione che sta interessando il Sistema sanitario nazionale, decidendo di essere parte attiva e non pensando di resistere al cambiamento di modelli gestionali e di utilizzo delle risorse ormai non più attuali. Se questo non avviene non si potrà fare altro che subire tale cambiamento». Una chiamata dunque a un ripensamento forte delle linee di azione del sindacato nelle parole del presidente Grasselli, ma non solo: anche l'identità della federazione deve evolvere allargandosi maggiormente alle varie forme del lavoro medico e sanitario, il cui peso aumenta sempre di più e le cui problematiche, diverse da quelle della dirigenza, richiedono un ascolto e una valutazione adeguata.

«Un'organizzazione che cresce in sintonia con il mondo che vuole rappresentare e che rifiuta di cadere nella contrapposizione sterile tra stabilizzati e precari, tra giovani e prossimi alla pensione, tra garantiti e non» ha aggiunto Grasselli e che, «impostando un dialogo costruttivo anche con le altre professioni del Servizio sanitario nazionale, contribuisca a far sì che la sanità pubblica resti un pilastro della società».

E proprio «una proposta politico-sindacale forte e inclusiva», che nasca dal confronto delle diverse componenti e delle diverse esigenze rilevate sul territorio è quella che deve animare la progettualità futura della federazione secondo il dottor Salvo Cali, che ha ribadito il valore di un modello sindacale federativo tra SMI e SIVeMP, che si riconoscono nel percorso del sindacalismo autonomo e che hanno saputo portare una voce unitaria e propositiva anche a livello intersindacale.

