

mortalità per tutte le malattie dell'apparato respiratorio;

- eccesso di circa il 15% tra gli uomini e il 40% nelle donne della mortalità per malattie dell'apparato digerente, anche quando si tiene conto dell'ID;
- incremento di circa il 5% dei decessi per malattie del sistema circolatorio soprattutto tra gli uomini; quest'ultimo è ascrivibile a un eccesso di mortalità per malattie ischemiche del cuore, che permane, anche tra le donne, dopo correzione per ID.

I risultati del Progetto SENTIERI evidenziano, inoltre, un eccesso per la mortalità per condizioni morbose di origine perinatale (0-1 anno), con evidenza limitata di associazione con la residenza in prossimità di raffinerie/poli petrolchimici e discariche, e un eccesso di circa il 15% per la mortalità legata alle malformazioni congenite, che non consente però di escludere l'assenza di rischio (IC 90% include il valore 100).

In precedenza, molteplici studi di monitoraggio ambientale e campagne di misura delle emissioni industriali effettuate nell'area di Taranto hanno evidenziato un quadro di inquinamento ambientale diffuso, ma anche il contributo rilevante del polo industriale cittadino, in particolare il complesso dell'acciaieria, sui livelli ambientali di inquinanti di interesse sanitario.

Risultati di campagne di monitoraggio, effettuate dalla ASL di Taranto dal marzo 2008 a oggi, hanno segnalato che in alcune aziende zootecniche presenti sul territorio del Comune e della Provincia di Taranto si osserva un'importante contaminazione della catena trofica da composti organoalogenati. In particolare, fino a ottobre 2008, su un totale di 41 aziende localizzate entro 10 km dal polo industriale sono stati raccolti 125 campioni di matrici alimentari. In 32 campioni (26%) raccolti complessivamente in 8 aziende (20%), la concentrazione di diossine (PCDD e PCDF) e di PCB-ds ha superato i limiti in vigore.

Uno studio caso-controllo sui casi incidenti a Taranto di tumore maligno del polmone, della pleura, della vescica e del sistema linfomopoietico, relativo al periodo 2000-2002, in relazione alla distanza della residenza prin-

cipale da diverse fonti emissive, sembra avvalorare l'ipotesi di un ruolo eziologico delle esposizioni ambientali a cancerogeni inalabili sulle neoplasie dell'apparato respiratorio.

La popolazione di Taranto, insieme a quella delle altre principali città italiane, è stata oggetto di diversi studi epidemiologici multicentrici e di impatto sanitario, che hanno documentato il ruolo dell'inquinamento atmosferico sull'incremento di effetti a breve e a lungo termine, quali in particolare la mortalità e la morbosità per malattie cardiache e respiratorie nelle popolazioni residenti (adulti e bambini). Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, i risultati principali sono coerenti in tutte le città.

I risultati delle analisi del Progetto SENTIERI sul periodo 1995-2002 mostrano un quadro della mortalità per la popolazione residente nel sito di Taranto che testimonia la presenza di un ambiente di vita insalubre. Questo quadro è in linea con quanto emerso nei precedenti studi descrittivi sulla mortalità condotti nell'area, ma anche con dati di incidenza e morbosità.

Complessivamente, il profilo di mortalità della popolazione residente nell'area di Taranto mostra un andamento temporale e una distribuzione geografica che sono in linea con la cronologia e la distribuzione spaziale dei processi produttivi ed emissivi che caratterizzano l'area industriale di questo SIN da molti decenni.

Tra i suggerimenti di attività future da intraprendere alla luce dei risultati del Progetto SENTIERI, si segnala l'esigenza di avviare programmi di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica, quali quello suggerito da EPIAIR per gli effetti dell'inquinamento atmosferico, basati anche sul monitoraggio biologico umano; specifici studi epidemiologici di tipo analitico, informativi per l'area in studio, sono rappresentati da studi di coorte/caso-controllo residenziali di nuova generazione, che utilizzino modelli predittivi per stimare il contributo delle emissioni industriali sull'esposizione personale a inquinanti ambientali. Sarebbe opportuno, inoltre, condurre studi di coorte o caso-controllo anche per i lavoratori impiegati nelle diverse realtà produttive del polo industriale di Taranto.

1.8.4. Indicazioni per la programmazione

L'esame dei risultati del Progetto SENTIERI ha consentito, in un certo numero di situazioni, di programmare interventi di sanità pubblica.

L'indicazione più frequentemente formulata è stata quella di perseguire l'obiettivo di una stima dell'esposizione attuale e pregressa ai contaminanti presenti nei diversi SIN, distinguendo il contributo delle attività industriali e della contaminazione delle matrici ambientali. L'utilità in questo quadro di programmi di biomonitoraggio umano è stata giudicata particolarmente elevata a Grado e Marano, Cogoleto, Massa Carrara, Livorno, Piombino, Orbetello, Taranto e Brindisi. Sono stati inoltre raccomandati programmi di monitoraggio biologico relativi alla catena alimentare in subaree ben definite del Litorale Domizio-Flegreo e Agro Aversano e del Litorale Vesuviano.

È stato giudicato prioritario effettuare indagini *ad hoc* sulle malattie respiratorie in età pediatrica nei siti di Milazzo, Priolo, Porto Torres e Sulcis-Iglesiente-Guspinese. Piani di sorveglianza sanitaria mirata sono stati raccomandati in due siti caratterizzati in modo particolarmente accurato sotto il profilo della contaminazione della catena alimentare. A Pieve Vergonte è stata suggerita la sorveglianza mirata degli effetti avversi del DDT/DDE: tumori della mammella, diabete, diminuzione della qualità dello sperma e alterazioni dello sviluppo neurologico dei bambini. Nella valle del Sacco, con riferimento alla popolazione caratterizzata da elevati livelli ematici di beta-esaclorocicloesano dovuti all'esposizione ai residui della produzione del lindano, è stato raccomandato un follow-up relativo alle malattie tumorali, neurologiche, endocrinologiche, metaboliche e agli effetti avversi sulla riproduzione.

In aggiunta a quanto qui esposto, va ricordato che la caratterizzazione epidemiologica dei siti contaminati è un processo dinamico che prevede l'aggiornamento periodico dei dati prodotti dai flussi informativi

correnti, in particolare quelli di mortalità. È inoltre prevista l'acquisizione dei dati relativi all'incidenza dei tumori nei siti serviti da Registri Tumori, nell'ambito di un accordo di collaborazione recentemente definito fra ISS e AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), come anche l'analisi dei flussi delle schede di dimissione ospedaliera, già utilizzato nello studio delle aree ad alto rischio ambientale della Sardegna precedentemente citato.

In questo quadro, appare della massima importanza che le strutture deputate alla protezione dell'ambiente e alla tutela della salute operino in modo integrato e che, a loro volta, stabiliscano canali di comunicazione con le Amministrazioni locali e con le istanze della società civile, per condividere le conoscenze disponibili e favorire i meccanismi partecipativi. Su queste basi è possibile perseguire l'obiettivo della trasparenza dei processi decisionali in materia di risanamento ambientale, contribuendo così al miglioramento del clima di fiducia fra cittadini e istituzioni.

Bibliografia essenziale

- Biggeri A, Lagazio C, Catelan D, et al. Rapporto sullo stato di salute delle popolazioni residenti nelle aree interessate da poli industriali, minerari o militari della Sardegna. *Epidemiol Prev* 2006; 30 (1 Suppl. 1): 5-95
- Comba P, Bianchi F, Iavarone I, Pirastu R (Eds). *Impatto sulla salute dei siti inquinati: metodi e strumenti per la ricerca e le valutazioni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2007 (Rapporti ISTISAN 07/50)
- European Environment Agency. Find all EEA products and information by browsing environmental topics. Ultima consultazione: settembre 2011
- Martuzzi M, Mitis F, Biggeri A, et al. Ambiente e stato di salute nella popolazione delle aree ad alto rischio di crisi ambientale in Italia. *Epidemiol Prev* 2002; 26 (Suppl.): 1-56
- Pirastu R, Ancona C, Iavarone I, et al. SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: valutazione della evidenza epidemiologica. *Epidemiol & Prev* 2010; 34 (Suppl. 3)
- Pirastu R, Conti S, Forastiere F, et al. SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: Risultati. *Epidemiol & Prev* 2011; 35 (Suppl. 3)

2

Stili di vita

2.1. Attività fisica

2.1.1. Introduzione

L'inattività fisica è al quarto posto tra i principali fattori di rischio di malattie croniche, quali disturbi cardiaci, ictus, diabete e cancro, contribuendo a oltre 3 milioni di morti evitabili l'anno a livello mondiale. L'aumento dei livelli di obesità infantile e adulta è, inoltre, strettamente correlato alla mancanza di attività fisica.

L'attività fisica fa bene alle persone di ogni età: nei bambini promuove uno sviluppo fisico armonico e favorisce la socializzazione, mentre negli adulti diminuisce il rischio di malattie croniche e migliora la salute mentale. Per gli anziani i benefici riguardano la diminuzione del rischio di cadute e di fratture e la protezione dalle malattie correlate all'invecchiamento. Gli effetti benefici non riguardano soltanto la prevenzione o il rallentamento nella progressione delle patologie croniche, ma anche un miglioramento del benessere psicofisico generale, della tonicità muscolare e della qualità della vita. Ciò è particolarmente importante per gli anziani, in quanto un'attività fisica regolare può accrescere le possibilità di vivere una vita autosufficiente. Attività come camminare e andare in bicicletta contribuiscono, inoltre, a ridurre l'inquinamento dell'aria e le emissioni dei gas serra, noti anche per avere effetti negativi sulla salute.

L'inattività fisica incide anche sul piano economico, sia per i costi diretti dell'assistenza sanitaria, sia per l'impatto sulla produttività e sugli anni di vita in buona salute. Politiche e azioni che promuovono l'attività fisica, oltre a rappresentare un investimento per la

prevenzione delle malattie croniche e per il miglioramento della salute, forniscono benefici per lo sviluppo economico.

Nonostante le numerose evidenze scientifiche suggeriscano la necessità di mantenere uno stile di vita il più possibile attivo, continuano a diminuire le opportunità per svolgere attività fisica e, nel contempo, aumenta la prevalenza di stili di vita sedentari, con gravi conseguenze per la salute e con ricadute a livello sociale ed economico. Urbanizzazione, uso assiduo dell'automobile e ambienti di vita e di lavoro che favoriscono sempre di più la sedentarietà sono alcune delle cause che rendono difficile la pratica dell'attività fisica nella vita quotidiana.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente emanato la "*Global recommendations on physical activity for health*", documento che indica i livelli di attività fisica raccomandati per la salute nelle fasce d'età 5-17 anni, 18-64 anni e over 65. Si tratta di raccomandazioni orientate alla prevenzione primaria delle malattie cardiorespiratorie, metaboliche, muscoloscheletriche, tumorali e dei disturbi depressivi, che si rivolgono principalmente ai decisori costituendo, pertanto, uno strumento di orientamento per le politiche nazionali di sanità pubblica.

2.1.2. Rappresentazione critica dei dati

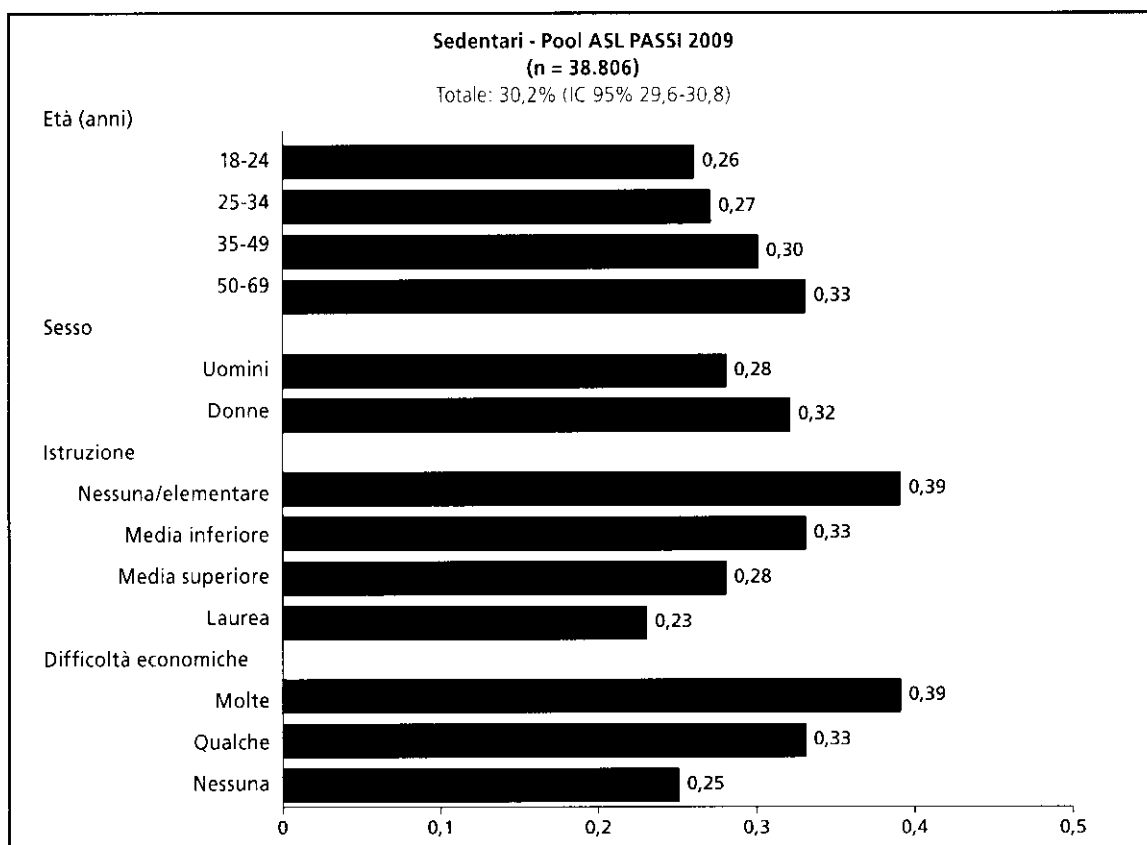
Secondo i dati Istat del 2010, il 22% della popolazione (oltre i 3 anni) ha dichiarato di praticare uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltua-

rio. Le persone che, pur non praticando un'attività sportiva, riferiscono di svolgere una qualche attività fisica, come fare passeggiate per almeno 2 chilometri, nuotare o andare in bicicletta, sono il 28,2%. La percentuale dei sedentari, cioè coloro che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero né praticano uno sport, è del 38,3% (percentuale che sale al 42,8% tra le donne). Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile, praticata soprattutto dai maschi di 11-14 anni (66,2%). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport, sia esso continuativo o saltuario, mentre aumenta quello per l'attività fisica. A partire dai 25 anni, infatti, aumenta in modo continuo la percentuale di persone che svolgono una qualche attività fisica, per poi tornare a decrescere nelle persone anziane. Sono soprattutto gli uomini a praticare sport con continuità, mentre fra le donne risulta più alta la percentuale di coloro che svolgono una qualche

attività fisica. Esistono forti differenze territoriali tra Nord e Sud d'Italia e la pratica sportiva diminuisce a mano a mano che si scende (il 26,6% della popolazione residente nel Nord dichiara di praticare sport con continuità e il 12,2% in modo saltuario; al Sud si scende, rispettivamente, al 16,8% e al 7,8%). Anche l'attività fisica risulta essere più praticata al Nord (32% contro il 22% del Mezzogiorno).

I dati del sistema PASSI 2009 (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, confermano che le percentuali di persone completamente sedentarie aumentano con l'età, tra le donne e i soggetti che hanno il minore grado d'istruzione. Emerge, inoltre, una maggiore componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere difficoltà economiche (*Figura 2.1*). Tra coloro che praticano scarsa attività fisica si osservano diffe-

Figura 2.1. Caratteristiche dei sedentari.

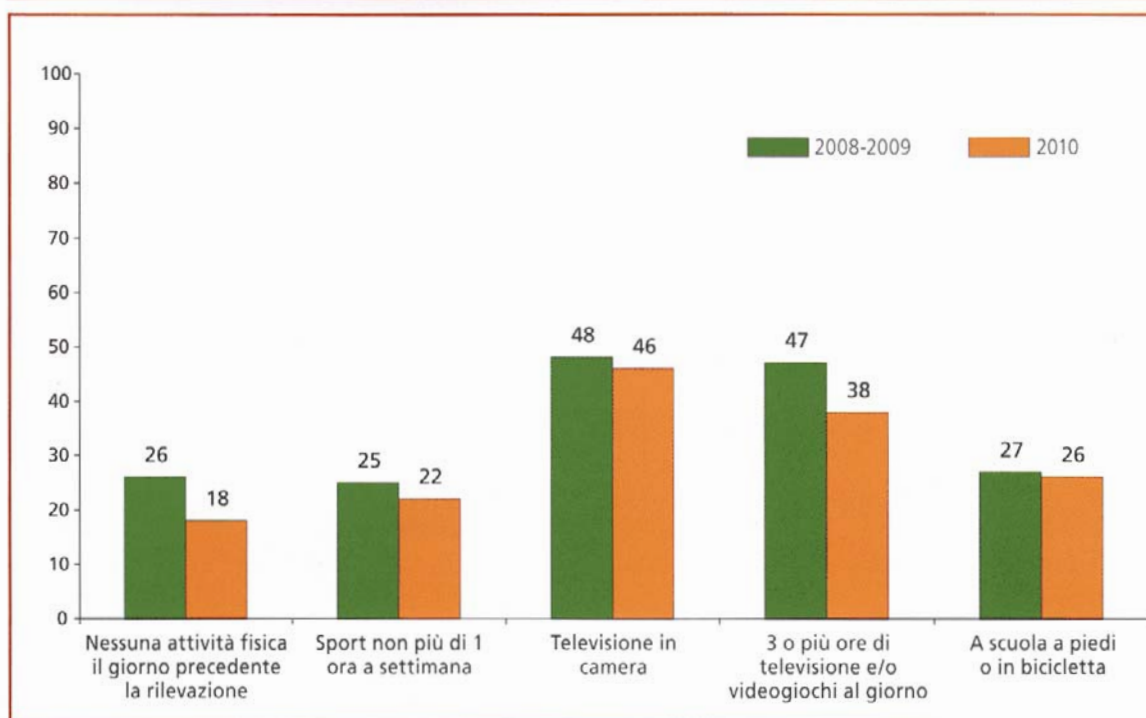


Fonte: Report PASSI 2009.

renze statisticamente significative nel confronto inter-regionale, con un gradiente Sud-Nord. Il valore più basso si registra nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano (13%), quello più alto in Basilicata (47%). La raccolta dati “OKkio alla SALUTE” 2010, effettuata sui bambini delle classi terze della scuola primaria, confermando sostanzialmente i dati della precedente raccolta del 2008, ha messo in luce che, su un totale di oltre 40.000 alunni, il 22% pratica sport per non più di un’ora a settimana e il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l’indagine. La metà circa dei bambini ha la televisione in camera, il 38% guarda la televisione o gioca con i videogiochi per 3 o più ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta (Figura 2.2). Solo il 43% delle madri di figli fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga un’attività motoria insufficiente e il 34% delle classi svolge meno di due ore di attività motoria a settimana. Lo studio di approfondimento sulle abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini delle scuole primarie Zoom8, condotto dal-

l’INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) su un campione di circa 2.000 bambini di 8-9 anni, ha confermato, dall’analisi dei dati relativi alle attività sedentarie, che la percentuale dei bambini che trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla televisione è elevata, e che questa è maggiore durante i giorni festivi (41%), rispetto ai giorni feriali (17,7%). Anche la tendenza a passare più di 2 ore al giorno davanti al computer è risultata maggiore nei giorni festivi (10,1%) rispetto a quelli feriali (3,7%). Circa il 70% dei bambini non ha l’abitudine di andare a scuola a piedi o in bicicletta. I motivi principali che determinano tale comportamento, secondo i genitori, sono, soprattutto, la distanza eccessiva dell’abitazione dalla scuola (36,8%), la scarsa sicurezza della strada (25,9%) e la mancanza di tempo (20,1%). Il 26,8% dei bambini gioca più di 2 ore al giorno all’aria aperta nei giorni feriali. Il livello di sicurezza dell’ambiente circostante l’abitazione è un fattore fortemente associato con la durata del tempo trascorso giocando all’aria aperta. Quasi un terzo dei genitori dichiara

Figura 2.2. Attività fisica e comportamenti sedentari 2008-2009 e 2010 (bambini delle classi terze della scuola primaria).



Fonte: Rapporto Istisan OKkio alla SALUTE 2010.

che esistono dei motivi che ostacolano il gioco all'aria aperta (32%) e alla pratica dello sport (30,2%). Tali percentuali sono risultate maggiori al Sud. La mancanza di strutture è la motivazione maggiormente riconosciuta come ostacolo dai genitori del Sud, sia per il gioco all'aria aperta (60,4%), sia per la pratica dello sport (40,6%); al Nord e al Centro, invece, la motivazione prevalente è risultata la mancanza di tempo. Emerge che il 41,4% dei genitori residenti al Nord vorrebbe un potenziamento delle piste ciclabili, al Sud quasi il 60% auspica un aumento delle ore di attività fisica svolte a scuola e il 51,2% vorrebbe un potenziamento delle strutture sportive pubbliche. Infine, il 43,6% sottolinea la necessità di ridurre i costi per l'accesso alle strutture sportive, necessità più sentita al Centro-Nord (48,3-48,6%) rispetto al Sud (34,2%).

Nel corso del 2010 è stata avviata la sorveglianza sugli stili di vita degli adolescenti attraverso l'HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), uno studio multicentrico promosso dal Ministero della Salute e svolto grazie alla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e le Università degli Studi di Torino, Padova e Siena. L'HBSC ha consentito di acquisire informazioni sui comportamenti relativi alla salute in età preadolescenziale (11-15 anni), ossia in quella fascia d'età nella quale si instaurano o si rafforzano molti comportamenti non salutari, quali alimentazione scorretta, ridotta attività fisica, iniziazione al fumo e consumo di alcool. Relativamente all'attività fisica, le analisi sono state condotte sui dati riferiti dai ragazzi circa lo svolgimento di almeno un'ora di attività fisica per più di tre giorni la settimana ed è emerso che i ragazzi di 15 anni (47,5% dei maschi e 26,6% delle femmine) svolgono minore attività fisica rispetto ai tredicenni (50,9% dei maschi e 33,7% delle femmine). La differenza è ancora più evidente nelle femmine, che svolgono minore attività fisica dei compagni maschi in tutte e tre le fasce di età. È stato rilevato che, a livello nazionale, in oltre il 90% degli istituti scolastici le classi svolgono le due ore di attività

motoria curricolari, con percentuali più basse in alcune Regioni del Centro-Sud e nella PA di Bolzano.

2.1.3. Indicazioni per la programmazione

La promozione dell'attività fisica gioca un duplice ruolo nelle strategie di promozione della salute e ha ricadute positive sulla società e sull'economia, poiché da un lato, infatti, si inquadra nel contesto delle attività di contrasto dell'obesità e delle malattie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, tumori, osteoporosi) e, dall'altro, si inserisce in un progetto preventivo più ampio.

L'acquisizione di uno stile di vita attivo da parte di fasce sempre più ampie della popolazione (es. incentivando il cammino o l'uso della bicicletta nella vita quotidiana e nel tempo libero) comporta, infatti, ulteriori vantaggi, quali la riduzione delle patologie da inquinamento atmosferico e quelle da incidenti stradali e può, indirettamente, stimolare altri comportamenti salutari (una vita attiva tende a essere associata a un'alimentazione più sana e al non fumare, accresce le opportunità per socializzare e può essere adottata per indurre ulteriori cambiamenti nello stile di vita).

L'attività fisica rappresenta, dunque, un tema di interesse primario per la sanità pubblica e ha ricadute così positive sullo stato di salute della popolazione da meritare di occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria strategica.

Per aumentare l'attività fisica e disincentivare i comportamenti sedentari è indispensabile affrontare i determinanti ambientali, sociali e individuali dell'inattività fisica e implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale, per ottenere un impatto maggiore.

La promozione della salute attraverso l'attività fisica richiede l'adozione di politiche che facilitino le scelte salutari, facendo in modo che l'attività fisica sia la scelta più facile. È anche necessario adattare le strategie alle differenti "realità locali", ai diversi

contesti e alle risorse, coinvolgendo ampi settori della società (le amministrazioni pubbliche, la società civile, il settore privato e altre organizzazioni interne ed esterne all'ambito sanitario).

Il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute era già stato evidenziato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 e nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007, prorogato al 2009. Per rispondere all'esigenza di intraprendere iniziative volte al contrasto dei determinanti della sedentarietà, nel 2006 è stato avviato il progetto "Promozione dell'attività fisica - Azioni per una vita in salute", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, al fine di acquisire metodologie di promozione dell'attività fisica.

Nel 2007 l'Italia ha approvato il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro Paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcool e tabagismo. Il programma, che si caratterizza per l'approccio trasversale ai fattori di rischio e la definizione di strategie intersettoriali, mira ad agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche. La stipula di Protocolli d'Intesa tra il Ministero della Salute, leader e promotore del Programma, e gli attori coinvolti (istituzioni centrali, rappresentanti della società civile e del mondo produttivo) rappresenta uno strumento per promuovere interventi intersettoriali.

Il principale obiettivo dell'Intesa siglata tra il Ministro della Salute e il Dipartimento della Gioventù è la sensibilizzazione, in particolare dei giovani, ma anche della popolazione generale (comprese le persone diversamente abili e quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale), sull'importanza di uno stile di vita attivo, associato a una corretta alimentazione.

Nell'ambito dell'Intesa è stato realizzato il Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria (PNPAM), coordinato dal-

l'PULSS n. 20 di Verona, che si propone di incrementare la pratica dell'attività motoria da parte della popolazione delle Regioni aderenti. Per fare ciò si è scelto di puntare su attività integrabili nelle normali attività della vita quotidiana, sostenibili dal punto di vista economico, che privilegino l'utilizzo degli spazi pubblici. Il progetto mira, pertanto, a diffondere iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali e a individuare modi e tecniche di modifica del territorio di facile applicazione, per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'impresa di facilitare le scelte salutari. Aumentare le conoscenze degli operatori sanitari sui benefici dell'attività motoria, al fine di migliorare la loro capacità di promuovere stili di vita attivi, e attuare campagne informative generalizzate, che forniscano ai cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli e che contribuiscano a creare un clima culturale favorevole per l'adozione di corretti stili di vita, sono ulteriori obiettivi previsti nel progetto. Ecco perché, in ognuna delle Regioni aderenti, è stata attivata una "rete permanente di referenti" all'interno dei Dipartimenti di prevenzione delle singole ASL, con il compito di promuovere in modo organico l'attività motoria, e una "rete locale" di soggetti coinvolti nella promozione dell'attività motoria quali associazioni, comuni, scuole, operatori sanitari e altri soggetti pubblici e privati.

Nell'ambito del Progetto, inoltre, è stato bandito un concorso, rivolto agli studenti degli istituti scolastici superiori, al fine di sensibilizzare e rendere partecipi studenti e istituti scolastici sul tema della promozione di stili di vita sani, attraverso una proposta comunicativa da realizzare sui temi dell'attività fisica, della sana alimentazione e/o di una loro integrazione.

Il personale sanitario, in particolare i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), ha un ruolo molto importante nella prevenzione delle malattie metaboliche, cardiovascolari, neurologiche, tumorali. La diagnosi precoce di queste ma-

lattie è fondamentale, tuttavia la prevenzione primaria favorisce il benessere e una maggiore durata della vita in buona salute e a costi più contenuti. Ecco perché il PNPAM prevede anche la realizzazione di un corso di formazione a distanza (FAD), accreditato ECM (educazione continua in medicina), “Il medico promuove l’attività fisica per la salute”, che mira a offrire strumenti teorico-pratici per migliorare la capacità dei medici di promuovere la salute e prevenire le più frequenti malattie croniche che si riscontrano nella pratica ambulatoriale.

Una delle cause della sedentarietà è la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente, a piedi o in bicicletta, nel proprio ambiente di vita. Nelle città, la gestione e l’organizzazione degli spazi urbani rendono sempre più difficile praticare attività semplici e non strutturate, quali andare in bicicletta, utilizzare pattini, correre e fare gioco libero, che contribuiscono a sviluppare le capacità motorie, soprattutto in età prescolare. Fornire ai bambini questa opportunità significa favorire scelte individuali alternative ai comportamenti sedentari; questo presuppone e promuove una comunità attiva che supporta il movimento e la mobilità attiva.

Tra i ragazzi, soprattutto fra gli 11 e i 15 anni, si osservano un declino dell’attività fisica e un aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto e alle attività ricreative (es. passare molto tempo a guardare la televisione o giocare al computer).

I principali ostacoli alla pratica individuale dell’attività fisica sono: mancanza di tempo, scarsa motivazione, inadeguato supporto educativo, mancanza di possibilità, accessi limitati a strutture adeguate, sensazione di insicurezza.

La scuola potrebbe avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti non sedentari, tuttavia nella scuola secondaria di 2° grado vengono destinate all’educazione fisica due ore a settimana, parte delle quali impegnate nella formazione teorica e, inoltre, le norme di riferimento per l’edilizia scolastica non prevedono in tutti i casi l’obbligo di una palestra.

“Ragazzi in gamba: piano di promozione dell’attività fisica quotidiana per i giovani” è un’integrazione al progetto nazionale di promozione dell’attività motoria, realizzato grazie all’attività svolta dalla UISP (Unione Italiana Sport Per tutti), già legata al Ministero della Salute da un Protocollo d’Intesa. Il Progetto, per i bambini delle scuole primarie, promuove iniziative di cammino o bicicletta per raggiungere la scuola e viceversa, in collaborazione con le scuole, le organizzazioni del territorio e le circoscrizioni, e mira a promuovere il movimento anche all’interno della scuola, durante le ore di educazione fisica e nelle pause dell’attività didattica (intervalli ricreativi e pause pranzo). Per i ragazzi della scuola secondaria di 1° grado, gli interventi del Progetto sono focalizzati anche sulla necessità di favorire l’acquisizione di competenze specifiche su attività o discipline sportive organizzate, con la collaborazione delle scuole, in orario extracurricolare, nelle palestre o nei cortili di pertinenza della scuola stessa. Per i ragazzi delle scuole secondarie di 2° grado, che sono spesso esclusi dai parchi gioco (in genere destinati ai più piccoli), il progetto si propone di individuare aree e strutture decentrate nei singoli quartieri, da riorientare per la libera attuazione di attività motorie e/o sportive individuali e di gruppo; in particolare, i giovani avrebbero la possibilità di mettere in pratica, liberamente, le competenze e le abilità acquisite sia in discipline tradizionali (corsa, pallavolo ecc.), sia in discipline alternative (es. frisbee, skateboard, breakdance).

La promozione della salute delle giovani generazioni, per la prevenzione di malattie croniche, legate a stili di vita scorretti e non salutari, rappresenta una priorità del nostro Paese, che non può non vedere coinvolti sia il Ministero della Salute sia il Ministero dell’Istruzione quali principali attori e promotori di strategie di intervento. Il nuovo PNP 2010-2012, approvato con l’Intesa tra Governo, Regioni e PA di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010, nell’ambito della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari, sottolinea proprio la necessità di un’alleanza specifica tra il mon-

do della salute e il mondo della scuola, finalizzata alla realizzazione di un programma di intervento, da definirsi d'intesa fra le istituzioni scolastiche e quelle sanitarie sulla base di un accordo-quadro nazionale.

Uno dei primi temi affrontati di concerto tra “scuola” e “salute” è l'emergenza legata all'obesità e al sovrappeso, sempre più diffusi nei bambini italiani. L'esigenza di promuovere uno stile di vita più attivo e sano, fin dalla prima età, richiede l'individuazione di idonei canali di comunicazione e strumenti educativi e informativi appropriati, al fine di coinvolgere i bambini in attività motivanti che possano contribuire a determinare cambiamenti di comportamento. Ecco perché sono stati messi a punto, in collaborazione con la scuola, il kit didattico multimediale “Forchetta e Scarpetta” e il poster interattivo “Canguro SaltalaCorda”. Tali materiali, rivolti ai bambini della scuola primaria e distribuiti a tutte le scuole partecipanti a “OKkio alla SALUTE” (scaricabile anche dal portale del Ministero della Salute), forniscono, in maniera piacevole e coinvolgente, informazioni e suggerimenti in tema di sana alimentazione e importanza dell'attività motoria.

Le strategie per promuovere l'attività fisica, pertanto, necessitano di interventi integrati che devono riguardare non solo le strutture per il tempo libero e lo sport, i luoghi di lavoro e gli ambienti sanitari, ma anche la pianificazione dei trasporti, la regolazione

del traffico, la progettazione di edifici e di ambienti urbani e le attività informative sul territorio. L'approccio intersettoriale consente, infatti, di attuare interventi che modificano i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per agire sullo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni ambientali atte a cambiare i comportamenti individuali e a mantenerli nel tempo).

Bibliografia essenziale

DPCM del 4 maggio 2007. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari. 2007. <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

Global Advocacy for Physical Activity (GAPA). <http://www.globalpa.org.uk>. Ultima consultazione: settembre 2011

Istat. Annuario statistico italiano 2010. Capitolo 11: Famiglie e aspetti sociali vari. http://www.istat.it/dati/catalogo/20101119_00/PDF/cap11.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

ISTISAN. OKkio alla SALUTE. Rapporto 2010. http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/pdf/OKkioallaSALUTE2010.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

2.2. Abitudine al fumo

2.2.1. Introduzione

La prevenzione del tabagismo, primo fattore di rischio evitabile anche nel nostro Paese, resta tra le grandi priorità delle politiche di salute. Come mostrano i dati dell'OMS, il fumo è la prima causa di morte facilmente evitabile, responsabile ogni anno di 5 milioni di morti in tutto il mondo per tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie. Agire efficacemente nella prevenzione e cura del tabagismo, per miglio-

rare la salute delle persone, è un compito complesso, che richiede lo sviluppo di interventi in ambiti diversi da quello strettamente sanitario, nonché cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni.

2.2.2. Rappresentazione dei dati

Mortalità da “fumo” in Italia e nel mondo. Il tabacco provoca più decessi di alcool,

IDS, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Nel mondo i fumatori sono 650 milioni e i morti a causa del fumo sono 5,4 milioni ogni anno, mentre si stima che nel 2030 saranno 8 milioni. Nel 20° secolo 100 milioni di persone sono morte a causa del fumo; nel 21° secolo si stima ne moriranno 1 miliardo. Nel 2030, più dell'80% dei morti a causa del tabacco sarà nei Paesi in via di sviluppo.

Nei Paesi dell'Unione Europea (UE) ogni anno muoiono prematuramente a causa del fumo 650.000 persone (una cifra superiore alla popolazione di Malta o del Lussemburgo).

Nel Mondo il 40% dei bambini, il 35% delle donne non fumatrici e il 33% degli uomini non fumatori sono esposti al fumo passivo. Si stima che il fumo passivo provochi 603.000 morti premature (28% bambini, 26% uomini e 47% donne) e la perdita di 10,9 milioni (61% bambini, 16% uomini e 24% donne) di anni di vita persi in buona salute (DALY). Il maggior numero di morti attribuite al fumo passivo è causato dagli infarti, dalle infezioni respiratorie minori tra i bambini e dall'asma tra gli adulti.

In Italia si stima siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 e i 65 anni di età.

Prevalenza dei fumatori in Italia. Nel 2010, secondo i dati Istat la percentuale dei

fumatori, pressoché costante da diversi anni, è pari al 22,8% (maschi 29,2%, femmine 16,9%) in leggero calo rispetto al 2009. Nel 2003, prima della Legge 3/2003, la prevalenza era del 23,8% (maschi 31%, femmine 17,4%) [Figura 2.3].

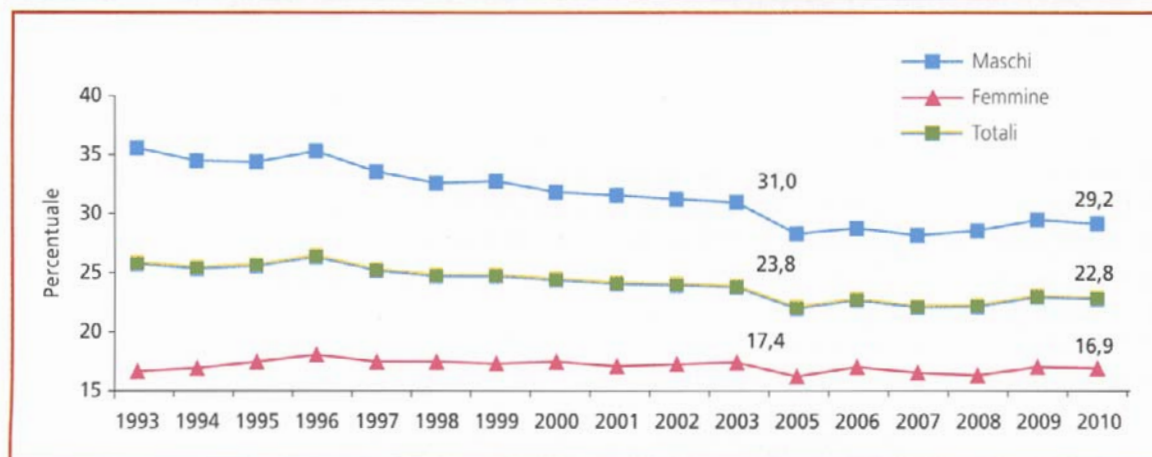
La prevalenza maggiore è tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con un valore pari al 32,3% (39,7% i maschi e 24,4% le femmine) in aumento rispetto allo scorso anno. Stabile invece, la prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni con un valore di 21,5% (27,4% i maschi e 15,5% le femmine) [Figura 2.4].

Dal punto di vista territoriale, la più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia centrale (24,7%), in leggero aumento rispetto al 2009, seguono il Sud e le Isole (23,1%), in aumento rispetto al 2009, e il Nord (21,9%), che invece è in netto calo rispetto all'anno precedente.

Altri dati sulla prevalenza dei fumatori in Italia sono raccolti dall'indagine annuale DOXA/ISS-OFAD e, dal 2005, anche dal sistema di sorveglianza PASSI.

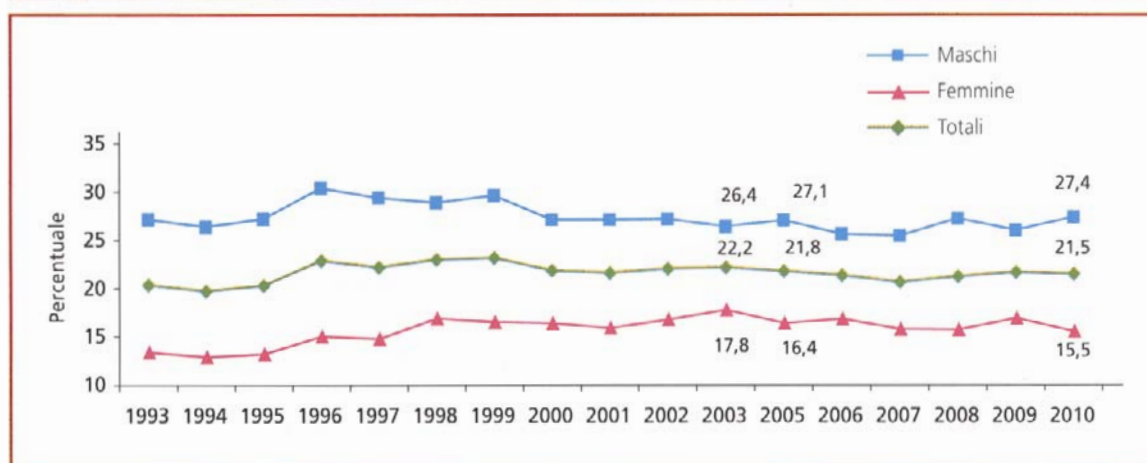
Dalle suddette indagini si evidenzia che: l'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e nelle persone con difficoltà economiche; il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 13. Il 7% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori").

Figura 2.3. Prevalenza dei fumatori per sesso (Anni 1993-2010).



Fonte: Istat – Annuario Statistico Italiano – Anno 2010.

Figura 2.4. Prevalenza dei fumatori per sesso nei giovani 15-24 anni (Anni 1993-2010).



Fonte: Istat – Annuario Statistico Italiano – Anno 2010.

Donne e fumo. Dai dati del sistema PASSI, la prevalenza delle fumatrici è minore di quella degli uomini (24% vs 33%), anche se il dato non è omogeneo sul territorio: la differenza è minima in Emilia Romagna (27% vs 29%) e nel Lazio (29% vs 31%). Tra le donne è minore il consumo medio di sigarette (11 vs 15 al giorno) e il forte consumo: solo il 4%, infatti, consuma più di 20 sigarette al giorno, rispetto al 10% degli uomini.

Secondo uno studio dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), in collaborazione con l'Istat, nel periodo 1986-1993 la diminuzione media della prevalenza di fumo in Italia è stata del 2% annuo in entrambi i sessi, mentre nel periodo 1993-1999 dell'1,3% annuo negli uomini. Nello stesso periodo, invece, nelle donne si è registrato un aumento dello 0,7% annuo. Nel periodo 2000-2009, infine, la prevalenza ha continuato a scendere negli uomini a un ritmo dello 0,9% annuo, arrivando, nel 2009, al 29,5%. Nelle donne, dal 2000 in poi, la prevalenza si è assestata intorno al 17%. Secondo lo studio, globalmente, la diminuzione della prevalenza può essere in parte attribuita alle politiche di controllo del tabagismo attuate negli ultimi anni, quali l'aumento dei prezzi, il divieto di pubblicizzare le sigarette, il divieto di fumo nei locali pubblici e lo sviluppo di una rete di centri antifumo.

Tentativi di smettere di fumare. Nell'ultima indagine DOXA (2010) gli ex fumatori,

cioè le persone che hanno provato a smettere e ci sono riuscite, sono aumentati rispetto all'anno precedente, passando dal 17,5% al 18,4%. Nell'ultimo anno si stima che abbiano smesso di fumare più di 560.000 fumatori.

I motivi principali che hanno convinto i fumatori a smettere sono strettamente legati alla sfera sanitaria: il 38,5% ha smesso per reali problemi di salute e il 40% per una maggiore consapevolezza dei danni che il fumo provoca. Questo aspetto sembra indicare un positivo effetto dell'attività di prevenzione e informazione svolta da tutte le istituzioni interessate nel contrastare il fenomeno del tabagismo, aumentando il livello di consapevolezza e la motivazione dei fumatori a smettere.

Le strade seguite dalle persone per riuscire a smettere di fumare sono: autodeterminazione (93,4%); aiuto del medico (2,7%); terapie non convenzionali (0,9%); assunzione di farmaci (0,8%); gruppi di auto-aiuto (0,5%) o altro metodo (1,9%).

Dal rapporto Istat "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" si riscontra, inoltre, che negli ultimi anni le donne che hanno avuto un figlio sono più sensibili al problema del fumo. Infatti, diminuisce la percentuale di quante fumano in gravidanza: dal 9,2% nel 1999-2000 al 6,5% nel 2005.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, il 41% delle persone intervistate

nel 2009 ha ricevuto domande, da un medico o da un operatore sanitario, sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo (precisamente: il 64% dei fumatori, il 40% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori).

Il 60% dei fumatori che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare: nel 27% dei fumatori il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 18% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 15% per entrambi i motivi.

Il 40,7% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno (erano il 42% nel 2008 e il 40,6% nel 2007); di questi, quasi uno su cinque, al momento dell'intervista, era in astinenza:

- l'8%, sia tra le donne sia tra gli uomini, era riuscito a smettere e non fumava da più di 6 mesi, pertanto è da definire ex fumatore;
- l'11% delle donne e il 9% degli uomini, in astinenza da meno di 6 mesi, sono considerati in fase di disassuefazione.

Tra gli ex fumatori, il 96,1% dichiara di avere smesso di fumare "da solo".

Complessivamente, dunque, circa due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi. Nella quasi totalità dei casi, gli ex fumatori hanno riferito di avere smesso da soli.

Questi dati confermano ancora una volta che i medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti sui rischi del fumo. È opportuno, pertanto, promuovere nei cittadini e negli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza del problema e dell'esistenza di interventi efficaci per aiutare i fumatori a smettere.

2.2.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

La tutela dal fumo passivo: la Legge 3/2003 ("Legge Sirchia"). Nel gennaio 2005 l'Italia, con la Legge 3/2003 (art. 51: "Tutela della salute dei non fumatori"), è stata il primo grande Paese europeo a in-

trodurre una normativa per regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati – compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità –, che è stata considerata quale esempio di efficace intervento di salute pubblica in tutta Europa.

A cinque anni dall'entrata in vigore della Legge, il bilancio può essere considerato complessivamente positivo, anche se occorre continuare a impegnarsi per mantenere e migliorare i risultati conseguiti.

Effetti del divieto di fumo sulla salute. Per quanto riguarda gli effetti sulla salute, diversi studi scientifici stanno ormai consolidando l'evidenza dell'efficacia dei divieti di fumo sull'andamento dei ricoveri ospedalieri per infarto acuto del miocardio.

In Italia sono stati condotti cinque studi (uno promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania, due dall'Università di Torino, il quarto dalla ASL Roma E, il quinto relativo alla Regione Toscana). I primi quattro lavori mostrano una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e il 2005 (prima e dopo l'applicazione della Legge) con valori che vanno da -5% tra i minori di 70 anni dello studio dell'Università di Torino su tutta l'Italia a -13% tra la popolazione in età 40-64 anni dello studio promosso dal Ministero della Salute in quattro Regioni, passando per -11% tra i minori di 60 anni dello studio sul Piemonte e -11% dello studio della ASL Roma E tra la popolazione di età 35-64 anni. L'ultimo studio (nella Regione Toscana) ha mostrato che non c'è alcuna differenza nei ricoveri per infarto prima e dopo la Legge quando non si utilizza un modello lineare per interpolare i dati.

Questi dati sono stati nuovamente confermati da uno studio, frutto di una collaborazione tra Ministero della Salute e Università di Torino, che ha analizzato circa un milione di ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti avvenuti nella popolazione italiana tra il 2002 e il 2006; nei due anni successivi all'introduzione della Legge che vieta il fumo in tutti i locali aperti al pubblico, è stata riscontrata una diminuzione del 4%

nei ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti tra le persone con età inferiore a 70 anni. L'effetto appare stabile nel corso del tempo e uniformemente presente nelle diverse aree geografiche del Paese. Una parte consistente di tale riduzione è attribuibile alla diminuzione dell'esposizione al fumo passivo nei locali pubblici. Il fatto che la riduzione dei ricoveri sia evidente solo tra gli individui più giovani, che hanno più opportunità di frequentare locali pubblici e per i quali l'esposizione al fumo incide maggiormente sul rischio cardiovascolare, è coerente con l'ipotesi che tale effetto sia dovuto all'introduzione del bando. In termini assoluti, la riduzione del 4% osservata si traduce in circa 3.700 ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti in meno l'anno. Questi risultati sono coerenti anche con quanto rilevato in altre parti del mondo (es. Irlanda -14% e New York -8%).

2.2.4. Rispetto della Legge

Opinioni della popolazione. Nei cinque anni di applicazione della Legge, la popolazione si è dimostrata generalmente favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica.

Sono state effettuate diverse indagini per conoscere le opinioni dei cittadini sull'applicazione dei divieti; in particolare, lo studio ENFASI (condotto a cavallo dell'applicazione della Legge), l'indagine annuale DOXA/ISS-OFAD, il sistema di sorveglianza PASSI e un progetto CCM (Centro di prevenzione e controllo delle malattie) portato avanti dalla Regione Veneto.

Nel complesso, dal 2005 in poi sono stati rilevati valori compresi tra il 69% (indagine DOXA/ISS-OFAD e PASSI nel 2005) e il 92% (progetto CCM/Regione Veneto nel 2007) per le opinioni sul rispetto (molto + abbastanza favorevole) del divieto nei *luoghi di lavoro* e valori compresi tra l'81,5% (indagine DOXA/ISS-OFAD nel 2005) e il 92% (progetto CCM/Regione Veneto nel 2007) per il rispetto (molto + abbastanza favorevole) del divieto nei locali pubblici.

Le opinioni sull'utilità della Legge sono

sempre state molto positive, con valori compresi tra il 76% (gestori dei locali pubblici – Studio ENFASI, nel 2005) e il 95,2% (indagine DOXA/ISS-OFAD nel 2008).

In particolare, dai dati dello studio PASSI 2009, la maggior parte degli intervistati riferisce che il divieto di fumare viene rispettato sia nei locali pubblici (86%) sia nei luoghi di lavoro (88%). Come nei due anni precedenti, però, questi indicatori si distribuiscono sul territorio nazionale in maniera non omogenea: il divieto funziona più al Nord che al Sud.

In particolare, la percentuale di intervistati che dichiara rispettata “sempre o quasi sempre” la normativa nei locali pubblici è massima in Friuli Venezia Giulia e in Valle d'Aosta (96%) e minima in Calabria (64%).

La percentuale di intervistati che ritiene che sia rispettato “sempre o quasi sempre” il divieto nei luoghi di lavoro è massima nelle PA di Bolzano e Trento (95%) e minima in Calabria (74%).

Attualmente la Regione Veneto sta coordinando un progetto CCM che ha tra gli obiettivi quello di garantire una sorveglianza nel tempo del rispetto della normativa in Italia, definendo, con i referenti delle Regioni che aderiscono, un sistema standardizzato per il monitoraggio della Legge che tenga conto del nuovo ruolo assegnato alla Prevenzione, anche in relazione al PNP 2010-2012, e quindi delle nuove funzioni del personale operante nei servizi delle ASL.

Controlli dei carabinieri per la salute – NAS. Su mandato del Ministro della Salute, dal 2005, i Carabinieri per la Sanità – NAS effettuano controlli a campione su tutto il territorio nazionale nei luoghi in cui si applica il divieto di fumo.

A oggi i NAS hanno compiuto oltre 18.200 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 (*Tabella 2.1*).

Nel 2010 i NAS hanno eseguito, da gennaio a dicembre, 3.916 ispezioni, anche tor-

Tabella 2.1. Controlli dei NAS nel periodo 2007-2010

Strutture controllate	N. ispezioni	Fumatori	Irregolarità	Totale	% Totale	% Fumatori
Uffici postali	980	3	11	14	1,43%	0,31%
Stazioni ferroviarie	959	33	16	49	3,36%	3,44%
Aeroporti	107	1	3	4	3,74%	0,93%
Scuole e Università	726	24	22	46	6,30%	3,31%
Musei e biblioteche	1.889	21	102	123	6,50%	1,11%
Ambulatori	1.485	11	91	102	6,90%	0,74%
Ristoranti, pub e discoteche	1.867	109	117	226	12,10%	5,84%
Ospedali	1.645	84	55	139	8,40%	5,11%
Sale giochi e scommesse	1.818	53	120	173	9,50%	2,92%
Mercati coperti	655	9	46	55	8,40%	1,37%
Totale	12.131	348	583	931	7,67%	2,87%

Fonte: Comando Carabinieri per la Sanità – NAS – Anno 2010.

nando nei luoghi maggiormente a rischio di mancato rispetto della Legge (discoteche e ospedali). Tali ispezioni hanno portato a contestare 299 infrazioni (il 7,6% del totale): 115 a persone che fumavano dove vietato (pari al 2,9%) e 184 per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (pari al 4,7% del totale).

Nel 2009 i controlli erano stati 2.551, tra i mesi di febbraio e luglio. Le infrazioni contestate sono quindi diminuite dal 9,2% all'8,6%; la percentuale delle contestazioni a chi fumava dove non era permesso è rimasta stabile al 3,6% e le infrazioni relative alle irregolarità di affissione dei divieti sono diminuite dal 5,6% al 4,9%.

Nel 2010 si è avuta, quindi, una più ampia e mirata attività di controllo, che ha portato a risultati incoraggianti quali la diminuzione delle multe a chi fumava negli ospedali.

Vendita di sigarette e altri prodotti del tabacco. Dall'elaborazione dei dati dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), nel corso del 2010 si stima che le vendite di sigarette si siano ridotte del 2,2%, rispetto al 2009. Questo corrisponde a oltre centosei milioni di pacchetti venduti in meno (quasi 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Per la prima volta dal 1997, le vendite sono scese sotto la soglia dei 90 milioni di kg. La diminuzione delle vendite di sigarette è

pari a circa il 12% in meno rispetto al 2004. Sebbene nel 2006 si sia verificata una ripresa delle vendite rispetto al 2005, l'andamento in diminuzione delle vendite di sigarette, a partire dal 2004, è stato mantenuto con un calo medio dell'1,7% ogni anno (Figura 2.5).

Programma “Ministero Libero dal fumo”.

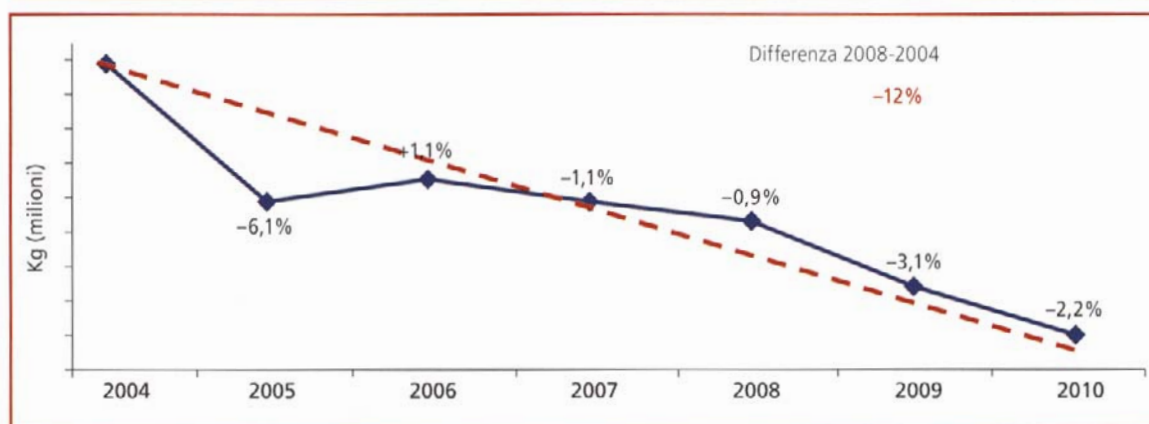
Un particolare intervento di promozione della salute denominato “Ministero Libero dal Fumo”, ideato nel 2004 e tuttora in corso, è rivolto ai dipendenti del Ministero della Salute per promuovere il rispetto delle norme sul divieto di fumo, ma anche per sostenere quanti fossero eventualmente motivati a smettere di fumare, attraverso l'offerta attiva di programmi di disassuefazione gratuiti, organizzati presso la sede di servizio e durante l'orario di lavoro, per i dipendenti fumatori che avessero aderito all'offerta.

Il programma prevede:

- un seminario informativo per i dipendenti sulle problematiche del tabagismo e sulle iniziative proposte;
- un'indagine, tramite questionario, sull'abitudine al fumo dei dipendenti del Ministero della Salute;
- l'attivazione di “Gruppi per la disassuefazione dal fumo” condotti dagli operatori della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT).

L'indagine conoscitiva ha permesso di raccogliere 1.030 questionari, su 1.244 distribuiti

Figura 2.5. Vendita di sigarette nel periodo 2004-2008.



Fonte: Agenzia Autonoma Monopoli di Stato – Anno 2010.

(tasso di adesione 82,8%), mentre le analisi sono state eseguite su 994 questionari.

I dati elaborati hanno rilevato che il 25,1% dei dipendenti fuma (in media, 13,3 sigarette al giorno); il 43% di questi sono forti fumatori (accendono la prima sigaretta entro mezz'ora dal risveglio); il 63% dichiara di voler smettere di fumare, ma solo il 40% ha ricevuto il consiglio di smettere dal medico. I non fumatori sono il 50,5% e gli ex fumatori il 24,4%; il fumo passivo provoca un forte disagio al 61% di loro. È interessante notare che il 36% dei non fumatori ha dichiarato di essere esposto al fumo passivo in diversi luoghi del Ministero, tra cui il 2% nella propria stanza e il 6% in altre stanze. Tra maggio e giugno 2009 sono stati attivati quattro “Gruppi per la disassuefazione dal fumo”, per un totale di 74 dipendenti (tra cui 16 appartenenti ai NAS), pari al 22% dei dipendenti fumatori. Di questi, 57 hanno completato il percorso e, al termine dei nove incontri previsti, 33 risultavano astinenti dal fumo e 25 avevano diminuito il numero delle sigarette fumate quotidianamente.

2.2.5. Indicazione per la programmazione

Accanto alla prevenzione primaria e alla cura del tabagismo e delle patologie fumo-correlate, è necessario mantenere costante l'attività di sostegno e monitoraggio dell'applicazione della legislazione sugli ambienti sen-

za fumo, strumento efficace di tutela e promozione della salute pubblica, nonché la sensibilizzazione della popolazione sui rischi dell'esposizione attiva e passiva al fumo. A tal fine, attraverso un progetto promosso dal Ministero della Salute/CCM, coordinato dal Veneto, le Regioni stanno lavorando per definire protocolli di analisi standardizzati, per la verifica del rispetto nel Paese della Legge 3/2003.

L'implementazione della Convenzione quadro OMS per il Controllo del Tabacco, primo trattato internazionale in materia di tutela della salute, sulla base delle indicazioni emerse anche durante la IV Conferenza delle Parti (Punta del Este, Uruguay, novembre 2010), può contribuire al contrasto del tabagismo (in particolare attraverso quanto riguarda l'utilizzo delle avvertenze sanitarie sulle confezioni e la regolamentazione degli ingredienti e degli additivi dei prodotti del tabacco, il controllo del rispetto delle norme sulla pubblicità, le politiche fiscali e dei prezzi), ma necessita di un collaborativo ed efficace raccordo con altre Amministrazioni e della partecipazione alle azioni promosse dall'UE.

Per costruire una società libera dal fumo occorre, inoltre, continuare a diffondere i programmi di prevenzione nelle scuole, fin dalla scuola dell'infanzia, per raggiungere un numero sempre maggiore di bambini e ragazzi, e sviluppare la comunicazione, per motivare gli adolescenti a non iniziare e gli adulti, genitori prima di tutto, a smettere di fumare.

Azioni più complesse, che richiedono interventi regolatori e cooperazione intersettoriale, secondo l'approccio di "Guadagnare salute", sono elevare ai minori di 18 anni (attualmente il limite è 16 anni) il divieto di vendita, estendere il divieto di fumo negli spazi all'aperto delle scuole e degli ospedali (come già succede nel Regno Unito e in alcuni comuni in Italia), nonché nei parchi giochi e nelle auto, in presenza di bambini. Per aumentare il numero degli ex fumatori è necessario un maggiore sostegno a quanti intendono smettere, potenziando l'attività dei centri antifumo e favorendo la diffusione tra gli operatori sanitari, a partire dai MMG, del counseling motivazionale breve. Si rimanda alla Sezione C Capitolo 1.7 per un approfondimento delle attività già pro-

grammate per la tutela dai danni provocati dal fumo nell'ambito del programma "Guadagnare Salute".

Bibliografia essenziale

- Galeone D, Laurendi, Vasselli S, et al. Preliminary effects of Italy's ban on smoking in enclosed public places. *Tobacco Control* 2006; 15: 143
- Galeone D, Spizzichino L. Attività per la prevenzione del tabagismo. Rapporto 2010
- Gorini G, Chellini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Ann Oncol* 2007; 18: 1620-2
- Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto Nazionale 2010
- Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2010. *Annuario Statistico Italiano* 2010

2.3. Abitudini alimentari

2.3.1. Introduzione

Una sana alimentazione associata a uno stile di vita attivo è un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. Un regime dietetico adeguato ed equilibrato, infatti, non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale, in grado di soddisfare il fabbisogno dell'organismo, ma permette, anche, l'apporto di sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di determinate condizioni patologiche.

La corretta alimentazione riveste, pertanto, un ruolo fondamentale nella prevenzione di molte patologie cronico-degenerative e dell'obesità che è, essa stessa, un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete.

I bambini in sovrappeso hanno maggiori probabilità di esserlo anche nella fase iniziale dell'età adulta; ciò riduce l'età media di comparsa di patologie croniche non trasmissibili e influenza sensibilmente il carico dei servizi sanitari, in quanto aumenta il numero di accessi e di prestazioni durante l'età adulta.

Molti aspetti dell'ambiente in cui oggi vivono e lavorano le persone incoraggiano abitudini alimentari scorrette e/o una ridotta attività fisica, aumentando il rischio di obesità. In tutta Europa, la maggior parte della popolazione adulta è fisicamente inattiva e segue diete caratterizzate da un elevato apporto di grassi, zuccheri semplici e bassa assunzione di fibra alimentare. Cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro fanno sì che sempre meno persone preparino e consumino pasti tradizionali a base di ingredienti freschi. Nel contempo, è aumentata la disponibilità di prodotti alimentari a elevata densità energetica e poveri in nutrienti. Ampi settori della popolazione, per di più, continuano a non seguire pratiche ottimali per l'alimentazione dei neonati, come l'allattamento esclusivo al seno, che si è dimostrato protettivo contro lo sviluppo dell'obesità. Alcuni gruppi sociali sono, infine, particolarmente vulnerabili alle influenze dell'ambiente. Il basso stato socioeconomico sembra essere correlato con alcuni indicatori di dieta inadeguata associati all'obesità, quale un minore consumo di frutta e verdura, ridotti tassi di allatta-