• incrementare il numero di persone che praticano una regolare attività fisica;
• ridurre l'incidenza delle patologie correlate ad una ridotta attività fisica;
• definire modelli organizzativi di promozione di stili di vita salutari rivolti a gruppi diversi di popolazione (bambini e adolescenti, soggetti in sovrappeso, anziani, mamme ecc.), facilitando le possibilità della pratica dell'esercizio fisico moderato, ma regolare e monitorato, che non comporti necessariamente la pratica di un'attività sportiva, ma l'adozione di nuove abitudini salutari di vita quotidiana (salire le scale, recarsi a scuola o al lavoro a piedi, andare a ballare ecc.).

Negli ultimi anni si assiste ad un aumento della proporzione di italiani sedentari; di contro numerose evidenze scientifiche dimostrano gli effetti benefici sulla salute prodotti da un'attività fisica moderata, ma svolta regolarmente.
L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso e riduce lo stress, l'ansia e il senso di depressione. In età anziana i benefici dell'attività motoria non sono solo di natura sanitaria, ma sociali (mantenimento da parte degli anziani di un ruolo più attivo nella società) e della comunità (ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale e promozione di una immagine dell'anziano positiva ed attiva).

La problematica dell'attività fisica è peraltro profondamente connessa a quella di una corretta alimentazione per la protezione della salute.
La progettazione, la pianificazione e la valutazione di qualsiasi iniziativa in questi due ambiti devono passare attraverso il coinvolgimento di un ampio numero di attori, quali gli amministratori locali, la famiglia, la scuola, i servizi sanitari e sociali, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, le associazioni non governative, i mass media, i centri riabilitativi e terapeutici, le strutture residenziali, i club sportivi e sociali, i produttori e le reti di distribuzione di prodotti alimentari, le strutture di ristorazione ecc.
Non è infatti sufficiente il consiglio dell'operatore sanitario al proprio assistito per ottenere una modifica di un comportamento non salutare. Interventi sulle scelte dietetiche a scuola o nelle mense aziendali, politiche del traffico e di sicurezza di pedoni e ciclisti, disponibilità e accessibilità di una vera offerta alla popolazione sono elementi che contribuiscono a favorire sani comportamenti in tema di alimentazione e di attività motoria.

Per definire scelte di programmazione che possano avere una ricaduta positiva sull'obiettivo di salute è necessaria, quindi, una approfondita conoscenza del territorio e dei settori della comunità che consenta l'acquisizione di informazioni dettagliate dell'offerta, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, la valorizzazione delle risorse presenti nel territorio e l'adeguata informazione dei decisori politici locali e degli operatori sanitari e sociali circa l'utilità ed i benefici della sana alimentazione e dell'attività fisica.
Tra le possibili linee di intervento in tema di promozione dell'attività fisica da sviluppare sia a livello centrale che a livello territoriale nell'ambito delle diverse competenze e responsabilità, le seguenti sono considerate includibili tra quelle maggiormente efficaci in un'ottica di salute pubblica:
• accrescere il tempo dedicato all'attività fisica, programmata dentro e fuori la scuola ed incoraggiare bambini ed adolescenti a svolgere almeno 30 minuti di attività fisica giornaliera, anche attraverso accordi che prevedano la facilitazione dell'accesso alle strutture ricreative e sportive sia scolastiche sia comunali sia di altro genere;
• sviluppare attività educative per i bambini sull'attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute;
• spingere i datori di lavoro a facilitare la pratica di un'attività fisica regolare (almeno 30 minuti al giorno) da parte dei dipendenti;
• sostenere lo svolgimento di pratiche sportive individuali o di squadra da parte di cittadini attraverso, ad esempio, l'organizzazione di manifestazioni o tornei;
• promuovere lo sviluppo di ambienti urbani che spingano all'attività fisica, inclusa la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali su itinerari anche di interesse paesaggistico e storico o artistico, invitando, inoltre, all'utilizzo delle scale, ad esempio con cartelli posti in punti strategici presso gli impianti automatici (ascensori, scale mobili ecc.).

Bibliografia essenziale

1. DPR 23.5.03 – N. 95 alla GU n. 139 del 18.6.2003
2. ISTAT n. 17 del 28 luglio 2004 – Collana Informazioni – "Cultura,società e tempo libero" Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2002.
3. Pisetzky F e Nencini P. Sport Medicina dello, doping In enciclopedia Medica Italiana – Aggiornamento II, 2000, 5599.
4. H.Lee Sweeney "Atleti geneticamente modificati" da Le Scienze (edizione italiana di Scientific American) n.432, agosto 2004, 39-45.

2.2 Tabacco

2.2.1 Introduzione

Il fumo di tabacco, definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "la prima causa di morte facilmente evitabile", rappresenta nel nostro Paese un problema di sanità pubblica. Il fumo è uno dei fattori di rischio dello sviluppo di patologie, croniche ed invalidanti, che influiscono negativamente sul benessere della popolazione e sull'economia del Paese. In particolare il fumo di tabacco è il principale fattore eziologico nella patogenesi di almeno otto tipi di neoplasie (in primo luogo il cancro del polmone) e di diverse altre malattie non neoplastiche, ma ad evoluzione potenzialmente letale, quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le patologie del sistema vascolare (coronaropatie, infarto cardiaco e cerebrale).
La patogenicità del fumo è dovuta non solo al catrame (responsabile delle patologie tumorali), ma anche alla presenza di oltre 4.000 sostanze nocive contenute nel prodotto della combustione. Gli effetti del fumo passivo sono gli stessi del fumo attivo, ma il rischio è più basso. Il fumo passivo è il più importante inquinante in ambiente domestico e la quantità di particelle dannose presenti in un'area riservata ai fumatori può arrivare fino a 25 volte le quantità misurate in aree per non fumatori.
La prevenzione dei gravi danni alla salute derivanti dall'esposizione attiva e passiva al fumo di tabacco sono, pertanto, obiettivi prioritari per il nostro Paese ed il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", sottolinea come il fenomeno del tabagismo sia molto complesso per i risvolti economici, psicologici e sociali e soprattutto per la grave compromissione della salute dei fumatori, sia attivi che passivi.

Impatto del fumo sulla salute

Vengono di seguito sintetizzate alcune tra le più recenti evidenze scientifiche relative all'impatto del fumo di sigaretta sulla salute degli individui. La **Tabella 1** propone un elenco delle principali patologie e dei più importanti effetti dannosi del fumo sulla salute, secondo quanto emerso da tali evidenze. Come noto, le principali cause di morte attribuibili al fumo sono: cancro, malattie respiratorie e malattie cardiovascolari. Anche le malattie dell'apparto riproduttivo, sebbene non abbiano un impatto significativo in termini di mortalità, sono da considerare in questo elenco per il loro rilevante effetto sulla salute delle generazioni successive.
Ulteriori approfondimenti sono contenuti nella documentazione indicata in bibliografia [1].

Tumori

Nel 2004 lo IARC ("International Agency for Research on Cancer") ha pubblicato una monografia di aggiornamento di una precedente pubblicazione del 1986 sul tema della cancerogenicità del fumo di sigaretta; da tale aggiornamento risulta che oggi esiste sufficiente evidenza riguardo alla associazione causale tra fumo e 16 differenti tipi di tumore; rispetto al 1986, c'è stato quasi un raddoppio del numero di patologie oncologiche per le quali è dimostrata la suddetta relazione.
Da tempo, il cancro del polmone rappresenta la più comune causa di morte per tumore in Europa, considerando entrambi i sessi; nelle popolazioni con una prolungata esposizione al fumo attivo di sigaretta, la proporzione di casi di cancro al polmone attribuibili al consumo di tabacco ha attualmente raggiunto il 90%. La durata dell'esposizione è il più forte determinante del rischio di tumore al polmone. Tale rischio cresce inoltre in proporzione al numero di sigarette fumate: la mortalità per questo tipo di malattia risulta 25 volte superiore nei grandi fumatori rispetto ai non fumatori.

Malattie dell'apparato respiratorio

Il fumo di sigaretta è la causa più importante di enfisema e bronchite cronica, correntemente note come broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); il fumo causa circa il 90% di tutti i casi di enfisema. La mortalità per BPCO è 14 volte superiore nei fumatori rispetto ai non fumatori e anche in questo caso, come per i tumori, è dimostrata l'esistenza di una relazione dose-risposta essendo la mortalità per BPCO circa 24 volte superiore nei grandi fumatori rispetto ai non fumatori. In assenza di una sottostante BPCO correlata al fumo, il consumo di tabacco si associa inoltre al rischio di contrarre malattie respiratorie acute, inclusa la polmonite. Anche alcune malattie infettive quali tubercolosi, influenza e raffreddore, così come un aggravamento dei sintomi dell'asma, sono stati individuati come correlati (nel senso di un aumento del rischio di ammalare tra gli esposti) al fumo di si-

Tabella 1 Malattie ed effetti avversi causati dal fumo attivo di sigaretta: principali evidenze scientifiche

Tumori	Malattie respiratorie ed effetti dannosi sulla salute	Malattie cardiovascolari ed effetti dannosi sulla salute	Altre malattie ed effetti dannosi sulla salute
Polmone	Broncopneumopatia cronica ostruttiva	Malattie coronariche	Ulcera gastrica
Cavità orale	Malattie respiratorie acute, inclusa la polmonite	Malattie cerebrovascolari	Cataratta
Faringe	Insorgenza prematura di un declino accelerato della funzionalità polmonare	Aneurisma dell'aorta	Periodontite
Esofago (carcinoma a cellule squamose)	Tutti i principali sintomi respiratori negli adulti, inclusi: tosse, muco, rantolo (espettorazione) e dispnea	Malattie delle arterie periferiche	Ulcera duodenale
Esofago (adenocarcinoma)	Scarso controllo dell'asma		Effetti avversi di interventi chirurgici connessi a guarigione di ferite e complicazioni respiratorie
Pancreas	Effetti respiratori in utero di madre fumatrice		Frattura dell'anca
Vescica	Nei giovani e negli adolescenti che fumano		Ridotta fertilità nelle donne
Pelvi renali	Compromissione della crescita polmonare		Morbo di Crohn
Rene (carcinoma delle cellule renali)	Comparsa prematura di un declino nella funzionalità polmonare		Degenerazione maculare correlata all'età
Stomaco	Sintomi respiratori inclusi: tosse, muco, rantolo e dispnea		Ambliopia da tabacco
Cervice uterina	Sintomi connessi all'asma		Osteoporosi
Cellule granulocitarie del midollo (leucemia mieloide)			Problemi riproduttivi
Cavità nasale			Complicazioni della gravidanza
Seni nasali			Parto prematuro
Fegato			Difficoltà nella crescita fetale e basso peso alla nscita Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)

Fonte: – US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington Government Printing Office, 2004
– WHO International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, IARC Press, 1986; vol. 83. http://monographs.iarc.fr
– Doll R. Tobacco: a medical history. J. Urban health 1999; 76:289-313

garetta. Infine, è stata identificata una relazione causale tra fumo e comparsa prematura di un accelerato declino, correlato all'avanzare dell'età, della funzionalità polmonare, così come di tutti i più comuni sintomi respiratori negli adulti, quali tosse, affanno, dispnea ecc. Tale relazione è stata evidenziata anche negli adolescenti.

Malattie dell'apparato cardiovascolare

Il fumo accresce il rischio di malattie cardiovascolari (intendendo con questo termine la cardiopatia coronarica ischemica, le malattie cerebrovascolari, fra cui l'ictus ischemico ed emorragico, l'aneurisma dell'aorta e la malattie delle arterie periferiche).

Il rischio di morte per patologie cardiovascolari è circa 1,6 volte maggiore nei fumatori (e 1,9 nei grandi fumatori) rispetto ai non fumatori. Il rischio relativo di patologie cardiovascolari associato al fumo è basso in confronto a quello di cancro al polmone e di BPCO: tuttavia, a differenza di queste ultime, le malattie cardiovascolari hanno un'origine multifattoriale e il fumo interagisce con gli altri fattori noti (ad esempio dieta e inattività fisica), aumentando il rischio di malattia. Al di sopra dei 60 anni il rischio relativo di attacco cardiaco raddoppia, ma al di sotto dei 50 anni il fumo si associa ad un aumento del rischio più che quintiplicato.

Nelle donne, esiste un'azione sinergica del fumo con l'uso di contraccettivi orali, che si traduce in un sostanziale incremento del rischio di infarto del miocardio.

Il rischio relativo di ictus è fortemente dipendente dall'età, nel senso che aumenta significativamente nelle età avanzate, ma il rischio relativo associato al fumo decresce con l'età; le ragioni di tale fenomeno non sono ancora sufficientemente chiarite, ma un'ipotesi plausibile è data dall'insorgenza molto precoce di questa malattia negli individui che sono particolarmente suscettibili ad alcuni degli effetti avversi del fumo.

Malattie dell'apparato riproduttivo

Il fumo in gravidanza è tra le cause di alcune malattie a carico della madre e del feto, quali: sindrome della morte improvvisa del lattante, basso peso alla nascita, aborto spontaneo, nascita pre-

matura, complicazioni in gravidanza (placenta previa, rottura prematura delle membrane ecc.). Esiste inoltre una relazione causale tra fumo durante la gravidanza e ridotta funzionalità polmonare nei bambini, e tra fumo e ridotta fertilità nelle donne. Il fumo sembra essere anche correlato all'infertilità maschile e alla disfunzione erettile.

Altre patologie ed effetti avversi

In aggiunta a quanto finora descritto, è noto il ruolo diretto del fumo nell'aggravamento di un'ampia varietà di patologie, quali la rinite cronica, la sclerosi multipla e il gozzo, ed il suo importante contributo come fattore di rischio per altre malattie o danni alla salute, quali l'artrite reumatoide e l'invecchiamento della pelle. Un aumento del rischio di morte prematura è stato inoltre individuato in relazione alla combinazione di fumo e diabete. Esiste evidenza di una associazione dell'abitudine al fumo con l'assenteismo dal lavoro e con il ricorso ai sevizi sanitari. Infine, è stata dimostrata l'azione sinergica del fumo con altre cause: ad esempio la combinazione del consumo, in dosi elevate, di alcol e di tabacco produce un effetto sinergico nell'induzione di alcuni tipi di tumore (quali quelli della cavità orale, della faringe e della laringe).

Fumo passivo

Riguardo al fumo passivo, negli ultimi anni sono state pubblicate importanti rassegne scientifiche e metanalisi che dimostrano gli effetti nocivi del fumo passivo sulla salute e, in particolare, l'associazione tra esposizione a fumo passivo e rischio di cancro del polmone e di malattie cardiovascolari e respiratorie; per queste ultime esistono prove di una associazione significativa anche nei bambini esposti al fumo dei genitori. La **Tabella 2** sintetizza gli effetti del fumo passivo sulla base di una recente review proposta dalla British Medical Association. Il fumo passivo risulta particolarmente pericoloso per le persone con una storia pregressa di malattie respiratorie o cardiovascolari che rappresentano una porzione consistente della popolazione anche nel nostro Paese.

Riguardo agli effetti nell'infanzia, il fumo dei genitori in casa rappresenta il principale determinante dell'esposizione a fumo passivo, la quale può avvenire durante la vita intrauterina, per passaggio transplacentare nella circolazione fetale, e/o dopo la nascita attraverso l'inalazione di aria inquinata da fumo di sigaretta negli ambienti domestici, nei veicoli e nei locali pubblici. Gli effetti sono maggiori per i bambini esposti nei primi anni di vita rispetto a quelli esposti nelle età successive. I bambini rappresentano dunque un target importante rispetto a diversi esiti di salute fumo-correlati; infatti è ben documentato che:

- il fumo attivo della madre è uno dei maggiori fattori di rischio per il ridotto (<2500 g) peso alla nascita del bambino, che a sua volta rappresenta un importante fattore di rischio per la morbosità e la mortalità infantile;
- il fumo della madre durante e dopo la gravidanza è stato identificato tra i fattori di rischio più rilevanti per la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) che colpisce lattanti nel primo anno di vita (picco a 2-4 mesi) apparentemente sani, con una incidenza che oscilla tra 1,0 e 2,3 per 1.000 e che rappresenta la più comune causa di morte tra il primo mese ed il primo anno di vita;
- l'esposizione al fumo passivo nei bambini aumenta il rischio di infezioni delle basse vie respiratorie, quali polmoniti e bronchiti, causa tosse e affanno, è associata con l'otite media acuta e cronica ed è un fattore di rischio per nuovi casi di asma e per l'aggravamento dei sintomi nei bambini con asma stabilizzata.

Tabella 2 **Effetti del fumo passivo: principali evidenze scientifiche**

Classe di età	Evidenze
Adulti	Cancro del polmone
	Malattia coronarica
	Insorgenza di sintomi di malattia coronarica
	Attacco d'asma nei soggetti già affetti da asma
	Peggioramento dei sintomi di bronchite
	Ictus
	Ridotta crescita fetale e basso peso alla nascita
	Nascita prematura
Bambini	Sindrome della morte improvvisa del lattante
	Malattia dell'orecchio medio (otiti)
	Infezioni respiratorie
	Sviluppo di asma nei soggetti non affetti
	Attacchi d'asma nei soggetti già affetti
Altri effetti	Respiro corto
	Nausea
	Irritazione delle vie aeree
	Raffreddore
	Tosse
	Mal di testa
	Irrtazione oculare

Fonte: British Medical Association. Towards smoke-free public places. London, BMA, 2002

2.2.2 Presentazione dei dati

Secondo l'ISTAT (Indagine multiscopo sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana), in Italia le

persone che dichiarano di fumare sono, nel 2003, il 23,9% della popolazione ultraquattordicenne. La diffusione dell'abitudine al fumo continua ad essere fortemente differenziata per sesso, con una prevalenza tra gli uomini pari al 31% verso il 17,4% delle donne. La più elevata diffusione del fenomeno si osserva per le persone giovani e adulte (20-54 anni), con un valore massimo per gli uomini dai 25 ai 34 anni (39,3%) e per le donne dai 35 ai 44 anni (25%).

Un'indagine condotta dalla DOXA nei mesi di marzo e aprile 2004 su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 15 anni ed oltre e basata su 3.050 interviste ha rilevato che il 26,2% degli adulti dichiara di essere fumatore (30% maschi e 22,5% femmine). Di questi, l'11,7% dichiara di fumare meno di 15 sigarette/die (11,6% maschi e 12% femmine) e il 12,1% 15-24 sigarette/die (14,9% maschi e 9,3% femmine). I forti fumatori (25 o più sigarette/die) sono il 2,4% degli intervistati (3,5% maschi e 1,2% femmine), gli ex fumatori rappresentano il 17,9% del campione (24,8% maschi e 11,2% femmine). Dichiara di non avere mai fumato il 55,9% del campione (45,2% maschi e il 66,3% femmine). Sia per gli uomini sia per le donne le prevalenze più elevate di fumatori si registrano nella classe di età 25-44 anni (38,7% maschi e 30,5% femmine). L'età media di inizio dell'abitudine al fumo, nel campione dei fumatori attuali e degli ex fumatori intervistati, è pari a 17,3 anni (16,8 negli uomini e 18,2 nelle donne).

Secondo una elaborazione del Ministero della Salute basata su un metodo di calcolo della mortalità attribuibile tratto dalla letteratura internazionale, in Italia nel 2000 sono attribuibili al fumo circa 80.0000 decessi suddivisi per cause principali secondo quanto indicato in **Tabella 3**.

Per quanto riguarda i giovani, alcuni dati interessanti emergono dallo studio ESPAD ("European Survey Project on Alcohol and other Drugs"), realizzato in collaborazione con il coordinamento europeo nell'ambito delle attività di ricerca epidemiologica promosse dal "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa. La rilevazione italiana, condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), ha coinvolto 347 scuole secondarie superiori. I questionari hanno riguardato la rilevazione della percezione del rischio e altre informazioni predittive dell'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali in un campione rappresentativo della popolazione studentesca di entrambi i sessi di età compresa tra i 15 ed i 19 anni. Nel mese di aprile 2003, come ogni anno a partire dal 1999, sono stati somministrati 28.395 questionari. Dallo studio è emerso che la percezione di un rischio elevato circa i danni causati dal tabacco è bassa in tutte le classi d'età considerate (circa 8,3%), quella di un rischio moderato è intorno al 23,5%, mentre per tutte le classi di età la percentuale di quanti ritengono minimo il rischio legato al tabacco è del 46,7%. L'iniziazione al fumo di sigaretta è più frequente tra i 13 e i 14 anni. L'inizio precoce (prima dei 14 anni) dell'uso quotidiano di tabacco riguarda il 2% dei giovani fumatori. L'abitudine al fumo si consolida più tardivamente (16 anni). La percentuale di non fumatori sul campione esaminato è del 33% (37,4% maschi e 30,8% femmine). È interessante inoltre evidenziare che il 53,4% dei giovani tra i 15 e 19 anni ritiene che i loro amici siano in maggioranza fumatori.

Riguardo agli effetti del fumo passivo nei bambini, lo studio campionario ICONA 2003, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, stima che in Italia ogni anno l'esposizione post-natale al fumo passivo di tabacco causi il 17% del totale dei casi di SIDS, il 21% delle infezioni respiratorie acute nei primi due anni di vita e il 9% dei casi d'asma.

Tabella 3 Numero di morti per specifiche patologie attribuibili al fumo in Italia nel 2000

Cause di morte	Maschi	Femmine	Totale
Neoplasie maligne			
Labbra, bocca, faringe	1.714	237	1.951
Esofago	1.242	206	1.448
Pancreas	1.010	546	1.556
Laringe	1.492	82	1.574
Trachea, bronchi, polmone	23.120	3.213	26.333
Cervice uterina	0	32	32
Vescica	1.965	157	2.122
Rene	822	31	853
Totale neoplasie maligne	**31.365**	**4.504**	**35.869**
Malattie cardiovascolari			
Ipertensione	1.403	732	2.135
Malattie ischemiche cardiache	8.504	2.336	10.840
Altre malattie cardiache	5.667	1.734	7.401
Malattie cerebrovascolari	3.837	1.774	5.611
Aterosclerosi	648	171	819
Aneurisma aortico	1.711	322	2.033
Altre malattie delle arterie	258	118	376
Totale malattie cardiovascolari	**22.028**	**7.187**	**29.215**
Malattie Respiratorie			
Polmonite, influenza	1.159	433	1.592
Bronchite, enfisema	9.424	3.511	12.935
Broncopneumopatia cronico ostruttiva	1.637	607	2.244
Totale malattie respiratorie	12.220	4.551	16.771
Totale generale	**65.613**	**16.242**	**81.855**

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute

Tabella 4 **Stima degli effetti del fumo passivo in Italia (casi o morti per anno)**

	Decessi ed altre condizioni
Esposizione in ambito familiare	
Bambini con genitori fumatori	
Morte improvvisa del lattante	87 morti
Infezioni respiratorie acute (0-2 anni)	76.954 casi
Asma bronchiale (6-14 anni)	27.048 casi prevalenti
Sintomi respiratori cronici (6-14 anni)	48.183 casi
Otite acuta (6-14 anni)	64.130 casi
Adulti con coniuge fumatore	
Tumore polmonare	221 morti
Malattie ischemiche del cuore	1.896 morti
Esposizione in ambiente di lavoro	
Basso peso alla nascita per esposizione della madre in gravidanza	2.033 neonati (peso < 2.500 gr)
Tumore polmonare	324 morti
Malattie ischemiche del cuore	235 morti

Fonte: Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia Epidemiol Prev. 2002 gen-feb; 26(1): 18-29

Per tentare di quantificare l'impatto sanitario complessivo dell'esposizione a fumo passivo, un recente studio italiano ha stimato i decessi o i casi di malattia attribuibili al fumo in Italia (**Tabella 4**) attraverso una revisione sistematica della letteratura esistente in materia. Si tratta complessivamente di oltre 500 decessi all'anno per tumore del polmone, più di 2.000 morti per malattie ischemiche del cuore, un numero molto elevato di casi di asma bronchiale e infezioni respiratorie acute nell'infanzia. È verosimilmente una stima prudenziale che non ha tenuto conto di altre importanti conseguenze del fumo passivo.

Tabella 5 **Fumatori e non fumatori per sesso - Anni 1983-2001 Tassi per 100 persone di 14 anni e più***

	1983	1995	1997	1999	2001
MASCHI					
Fumatori	45,6	33,9	33,1	32,4	31,2
Ex fumatori	13,5	27,4	27,5	27,2	27,4
Mai fumatori	40,9	37,4	37,7	37,4	39,4
FEMMINE					
Fumatrici	17,7	17,2	17,3	17,1	16,9
Ex fumatrici	2,3	13,1	13,6	12,5	13,3
Mai fumatrici	80,0	68,5	67,5	67,7	67,5
TOTALE					
Fumatori	31,1	25,3	25,0	24,5	23,8
Ex fumatori	7,7	20,0	20,2	19,6	20,1
Mai fumatori	61,2	53,5	53,2	53,1	53,9

* Alcune somme non danno 100 per mancate risposte

Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

2.2.3 Analisi quantitativa

Dai dati ISTAT emerge, per i due sessi, un trend decrescente nella prevalenza dei fumatori in Italia, sebbene il calo sia decisamente più forte negli uomini rispetto alle donne (**Tabella 5**). Esistono tuttora rilevanti differenze geografiche (**Tabella 6**): nel 2002, la prevalenza maggiore si osserva nell'Italia nord-occidentale (25,3%) e centrale (24,9%); le differenze di genere sono inoltre più marcate nell'Italia meridionale dove si registrano la più alta prevalenza tra gli uomini (32,3%) e la più bassa tra le donne (13,2%); il fenomeno è maggiormente diffuso, per entrambi i sessi e per tutte le ripartizioni geografiche, nelle fasce centrali dell'età adulta.

Questi dati vengono confermati anche dall'indagine Doxa prima descritta: nelle otto indagini condotte fra il 1957 e il 2004, la percentuale di fumatori decresce dal 35,4% al 26,2% nel campione totale, con un andamento differenziato per sesso: mentre negli uomini si assiste ad una progressiva riduzione (pur con alcune oscillazioni tra il 2002 e il 2004), nelle donne si osserva un aumento fino al 1990 seguito da una sostanziale stabilizzazione (**Figura 1**). La prevalenza dei "mai fumatori" risulta inoltre più elevata al Sud e nelle Isole, mentre i fumatori e i grandi fumatori (25 o più sigarette/die) si concentrano maggiormente nelle regioni dell'Italia Centrale.

Secondo l'OMS ("World Health Report 2003"), il consumo di tabacco è la principale causa evitabile di cancro. Nel ventesimo secolo, circa 100 milioni di persone sono morte nel mondo di malattie associate al tabacco (cancro, malattie polmonari croniche, malattie cardiovascolari e infarto). Studi recenti hanno stimato, mediante un metodo standardizzato che rende possibile il confronto tra Paesi diversi, il numero di decessi attribuibili al fumo nell'Europa a 25 Paesi (EU-25). Nel 2000, tale numero è pari a 656.000 decessi (su 4.452.000 decessi totali nell'EU-25), cioè circa 1 morto su 7 è causato da patologie attribuibili al fumo (**Tabella 7**). Tumori, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie rappresentano, rispettivamente, il 43%, il 28% e il 18% del complesso dei decessi attribuibili al fumo.

L'abitudine al fumo è particolarmente preoccupante in Europa centrale e orientale e in molti Paesi in via di sviluppo e di nuova industrializzazione. Anche in Europa, come in Italia, si osserva inoltre una leggera ma non trascurabile tendenza all'aumento della proporzione di fumatori tra i giovani, che, come noto, li predispone a rischi sostanziali nei periodi più avanzati della loro vita.

2.2.4 Valutazione critica

In generale negli ultimi venti anni si è osservata una progressiva diminuzione della prevalenza dei fumatori in Italia, ma con un andamento molto diverso tra i due sessi. Tra gli uomini, infatti, dal 1980 in poi si è verificata una significativa diminuzione fino alla metà degli anni novanta (dal 54,3% del 1980 al 34,1% del 1994). In seguito, dal 1997 (33,1%), la percentuale di fumatori maschi è andata diminuendo in misura minore. La percentuale di fumatrici, invece, ha subito un progressivo aumento negli ultimi venti anni, stabilizzandosi solo dalla fine degli anni novanta intorno al 17%. Resta, tuttavia, ancora troppo elevato il numero di giovani che fumano.
Un dato importante (Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato – elaborazione ISS) riguarda le vendite delle sigarette. Nell'anno 2003 si è registrato per la prima volta dal 1997 un decremento (pari a –1,3%) delle vendite rispetto al 2002, corrispondente a circa 67.500.000 pacchetti da 20 sigarette in meno (**Figura 2**). Nello stesso periodo si è osservata anche una diminuzione dei consumi di sigarette di contrabbando, grazie anche al forte aumento dell'azione di contrasto da parte della Guardia di Finanza.

2.2.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

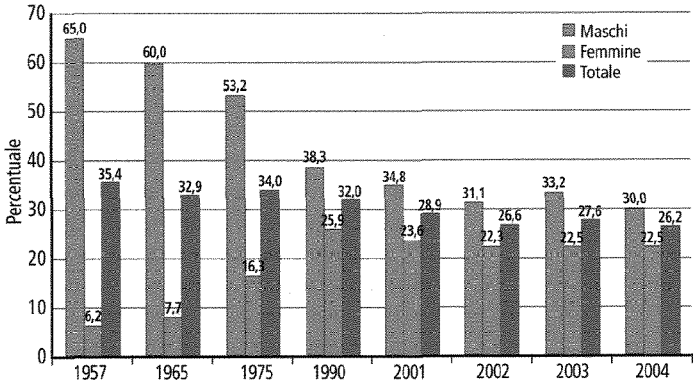
Attività normativa

La Legge 16 gennaio 2003, n. 3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione" (art. 51: Tutela della salute dei non fumatori) ha esteso il divieto di fumo a tutti i luoghi di lavoro, pubblici e privati, quindi anche a bar ristoranti ed altri esercizi commerciali. L'articolo stabilisce il principio che non fumare è la

Tabella 6 **Persone di 14 anni e più che si dichiarano fumatori per ripartizione geografica, sesso e classe di età - Anno 2002 (Tassi per 100 persone della stessa classe di età e della stessa ripartizione geografica)**

	Italia	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud
Maschi	**30,9**	**32,1**	**27,2**	**30,0**	**32,3**
Fino a 24 anni	24,9	27,8	27,4	26,0	22,1
25-44 anni	38,9	41,3	31,8	37,9	41,4
45-64 anni	32,6	31,4	28,8	31,8	36,4
65 e più anni	16,3	17,3	15,1	15,2	16,7
Femmine	**17,1**	**18,9**	**18,4**	**20,2**	**13,2**
Fino a 24 anni	15,5	20,1	18,7	20,3	10,2
25-44 anni	23,3	25,2	22,8	27,6	19,9
45-64 anni	19,3	20,7	22,1	22,8	14,4
65 e più anni	6,3	7,7	8,3	7,3	3,0
Totale	**23,7**	**25,3**	**22,7**	**24,9**	**22,4**
Fino a 24 anni	20,3	24,0	23,1	23,2	16,3
25-44 anni	31,2	33,4	27,4	32,8	30,6
45-64 anni	25,8	25,9	25,4	27,2	25,2
65 e più anni	10,4	11,6	11,1	10,6	8,8

Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"



Fonte: DOXA, Indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 15 anni e oltre

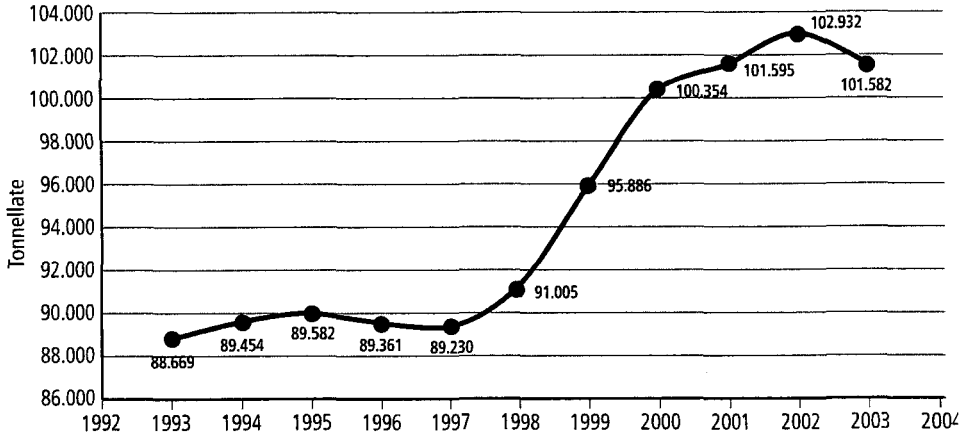
Figura 1 Prevalenza di fumatori in un campione di persone di 15 anni e oltre - Anni 1957-2004.

Tabella 7 **Mortalità attribuibile al fumo come proporzione della mortalità complessiva nell'UE-25 - Anno 2000**

Cause	Decessi attribuibili al fumo su decessi totali (%) Maschi	Femmine	Totale
Tumore del polmone	156.000/171.000 (91)	34.000/53.000 (65)	190.000/224.000 (85)
Tutti i tumori	239.000/626.000 (38)	46.000/493.000 (9)	285.000/1.119.000 (25)
Malattie cardiovascolari	136.000/846.000 (16)	48.000/1.028.000 (5)	184.000/1.873.000 (10)
Malattie respiratorie	78.000/194.000 (40)	34.000/178.000 (19)	113.000/371.000 (30)
Tutte le cause	508.000/2.214.000 (23)	148.000/2.238.000 (7)	656.000/4.452.000 (15)

Il denominatore del rapporto è il numero di decessi causati dalla patologia indicata, il numeratore è il numero di decessi attribuibili al fumo. Il numero complessivo di morti sale da 656.000 a 668.000 considerando anche Norvegia e Svizzera, che sono gli unici Paesi EFTA per i quali sono disponibili dati

Fonte: Peto R., Lopez AD., Boreham J., Thun M.. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010. 2nd Edn. Data updated 23 August 2004. Imperial Cancer Research Fund, World Health Organization. Oxford, Oxford University Press (in press)



Fonte: elaborazione ISS su dati Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato

Figura 2 Consumo di tabacco in Italia - Anni 1992-2004.

regola e fumare è l'eccezione e prevede la possibilità di creare locali riservati ai fumatori. Questi ultimi devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria regolarmente funzionanti, aventi le caratteristiche tecniche fissate con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003.

Con il Decreto Legislativo 24 giugno 2003, n. 184 è stata recepita la "Direttiva 2001/37/CE relativa alla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco". A decorrere dal 1° gennaio 2004, il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette è stato fissato rispettivamente, a 10 mg/sigaretta, 1 mg/sigaretta e 10 mg/sigaretta. Il Decreto ha introdotto, inoltre, nuove avvertenze sanitarie sulle confezioni definendone le caratteristiche grafiche. È stato vietato l'uso sulle confezioni di diciture, immagini o elementi figurativi che possano trarre in inganno dando la falsa impressione che alcuni prodotti siano meno nocivi di altri. Il Decreto, inoltre, ha obbligato i produttori a presentare un elenco completo di tutti gli ingredienti utilizzati alle Amministrazioni competenti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia).

Sono state avviate le procedure per il recepimento della Direttiva 2003/33/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2003 che regolamenta la pubblicità e la sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco aventi carattere transfrontaliero e la distribuzione gratuita dei prodotti del tabacco a scopo promozionale. Con il recepimento di tale Direttiva avrà fine la possibilità da parte dell'industria di sponsorizzare ad esempio manifestazioni sportive a carattere internazionale.

Un evento di portata mondiale nel campo delle azioni di contrasto al tabagismo è stato l'approvazione della Convenzione Quadro per il controllo del Tabacco (FCTC) nel corso dell'Assemblea mondiale della sanità dell'OMS (Ginevra, maggio 2003). L'obiettivo della FCTC è proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo, fissando un quadro di misure per la lotta contro il tabagismo applicabili dalle parti interessate a livello regionale, nazionale e internazionale. L'Italia ha firmato la Convenzione nel giugno 2003 ed ha avviato le procedure per la ratifica nazionale.

Campagne di comunicazione

Il controllo del tabagismo, come ricorda il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, non può essere attuato solo attraverso interventi di carattere legislativo, ma necessita anche di efficaci e capillari attività di informazione ed educazione alla salute. Nel 2003 è stata attivata la prima "Campagna di comunicazione nazionale per la promozione di stili di vita salutari" del Ministero della Salute che ha affrontato in primo luogo i temi della dissuasione dal fumo e della corretta alimentazione. I principali obiettivi della Campagna sono:

- lo sviluppo della consapevolezza dei danni derivanti dal fumo attivo e passivo;
- la prevenzione del tabagismo, specie tra i giovani e tra le donne;
- la riduzione del numero dei fumatori, la tutela dei non fumatori, in particolare dei bambini.

La Campagna è stata articolata sulle reti televisive nazionali pubbliche e private attraverso spot