

nalzamento del livello del mare continuerebbero per centinaia di anni a causa delle scale di tempo associate ai processi climatici e ai feedback”. L’adattamento è, quindi, più che urgente. I lavori dell’IPCC, in particolare del Working Group II, che, per gli aspetti sanitari, ha visto la piena partecipazione e leadership dell’OMS, Regione Europea, sono stati proprio dedicati alla capacità di adattamento e alla vulnerabilità dei sistemi naturali e umani ai cambiamenti climatici e all’analisi globale del carico delle potenziali conseguenze sulla salute, di danni diretti, malattie, decessi prematuri e rischi emergenti e riemergenti. Le proiezioni climatiche future per l’area mediterranea indicano che il cambiamento climatico a lungo termine avrà effetti sulla produzione di cibo, sulla disponibilità di acqua, di pozzi sicuri, sui livelli di temperatura ambiente. In particolare, ci si aspetta che aumenti l’incidenza delle malattie veicolate sia dall’acqua che dagli alimenti. I cambiamenti del clima, combinati al modo con cui vengono prodotti, distribuiti e consumati i cibi, possono potenzialmente influenzare le infezioni alimentari nel prossimo secolo. Casi di malattie veicolate dagli alimenti possono essere associate ad eventi meteorologici estremi, poiché pioggia e inondazioni possono favorire la disseminazione di patogeni.

1.7.3 Esposizione e valutazione dei dati

Le valutazioni di impatto dei cambiamenti climatici in atto investono un ampio spettro di aspetti: gli effetti diretti degli eventi estremi, l’effetto del riscaldamento globale sui trends stagionali delle principali cause di malattia e mortalità, specialmente nei gruppi vulnerabili, le esposizioni ambientali nei vari comparti ambientali (impatto del riscaldamento globale sull’inquinamento di aria, acque

e suolo); gli effetti sul ciclo dell’acqua, sulle precipitazioni e valutazione delle risorse idriche disponibili (per usi igienici, irrigui e potabili), nonché l’effetto del riscaldamento globale sui processi di trasporto di virus e batteri (vector borne diseases) e stima dell’incidenza di queste malattie. L’aumento della frequenza e dell’intensità degli eventi meteorologici estremi influenzerà la salute dell’uomo e, se associati agli altri recenti processi di cambiamento ambientale globale (urbanizzazione, diminuzione dell’ozono stratosferico, perdita della biodiversità, degradazione dei suoli, diminuzione degli approvvigionamenti di acqua potabile), i potenziali effetti sulla salute saranno ancora più gravi.

Ai cambiamenti climatici è attribuito anche un certo anticipo della stagione pollinica primaverile nell’emisfero nord. Il verificarsi di modificazioni nella distribuzione spaziale delle specie polliniche naturali autoctone, così come l’introduzione di nuove specie allergeniche, fa prevedere un aumento della sensibilizzazione in soggetti geneticamente predisposti.

Per quanto riguarda le ondate di calore, nell’effettuare le valutazioni di impatto sulla salute occorre tener conto di fattori demografici, sociali, urbanistici, di inquinamento atmosferico e di organizzazione dei servizi sociali e sanitari, in quanto rappresentano importanti modificatori di effetto. L’invecchiamento della popolazione italiana, la maggiore frequenza di malattie croniche, assieme alla drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia nei confronti delle persone fragili, fanno temere che nei prossimi anni nel nostro Paese si potrà verificare un sensibile aumento della frazione della popolazione suscettibile agli effetti delle ondate di calore. La disponibilità di elenchi dei soggetti suscettibili alle ondate di calore, basati su dati epidemiologici, costituisce quindi uno strumento necessario di cui devono dotarsi i

piani di prevenzione locali, per orientare gli interventi sociali e sanitari nei confronti dei gruppi di popolazione a rischio più elevato. Sono, pertanto, necessari ulteriori studi per individuare e caratterizzare le condizioni che conferiscono una maggiore vulnerabilità alle ondate di calore, un obiettivo molto rilevante da un punto di vista di sanità pubblica, per mettere in atto programmi mirati di prevenzione.

1.7.4 Indicazioni per la programmazione

Le evidenze scientifiche attualmente disponibili e le esperienze internazionali suggeriscono di promuovere una visione più ampia delle problematiche correlate ai cambiamenti climatici e di considerare le questioni più complesse ed emergenti con un approccio strategico integrato. In sostanza, la strategia di prevenzione deve comprendere tra i suoi obiettivi, oltre alle misure di mitigazione, anche le misure di adattamento ai cambiamenti climatici. Dal momento che le esperienze di questi ultimi anni hanno dimostrato che un bilancio reale dell'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute deve tener conto degli impatti negativi e positivi per la comunità (es. il bilancio tra i morti in meno da basse temperature ed i morti in più da ondate di calore) e delle variabilità esistenti tra una regione e l'altra e nella stessa regione tra una città e l'altra, è fondamentale considerare nelle valutazioni di impatto sulla salute il contributo di più fattori che influiscono sulla salute: le condizioni socio ambientali, l'educazione, i servizi, la prevenzione e lo sviluppo economico, dai quali dipende il potenziale di adattamento della comunità e dei suoi gruppi e/o il loro grado di vulnerabilità. In aggiunta a quanto si sta già facendo per la sorveglianza attiva dei danni da caldo, la strategia di adattamento nella programmazione

sanitaria nazionale e regionale deve mirare a individuare misure efficaci per ridurre la vulnerabilità del tessuto sociale e azioni di contenimento per fronteggiare i potenziali impatti da ondate di calore e di gelo e gli impatti legati alla qualità delle acque, degli alimenti, dell'aria e del suolo. In sintesi, nell'ambito della gestione globale del rischio sanitario indotto dai cambiamenti climatici, le politiche di adattamento devono includere il rafforzamento dei sistemi sanitari e sociali e la realizzazione di sinergie tra i sistemi ambientali e sanitari di prevenzione, che consentano:

- l'analisi delle vulnerabilità e azioni adattative sui fattori determinanti, che incidono sulla variazione della frequenza e delle caratteristiche del rischio sanitario indotto dai cambiamenti climatici;
- la prevenzione e mitigazione del rischio sanitario da vettori ambientali, attraverso la sinergia tra i sistemi di early warning ambientale e sanitario;
- la condivisione di esempi di best practice su come organizzare una risposta per fronteggiare l'emergenza definendo ruoli, compiti e responsabilità ai vari livelli;
- la realizzazione di un sistema di monitoraggio che mediante indagini epidemiologiche consenta di rilevare l'impatto che i cambiamenti del clima hanno sulla salute e mettere a punto modelli in grado di stimare l'impatto complessivo (effetti diretti e indiretti) dei cambiamenti previsti per il prossimo futuro, tenendo presenti anche fattori economico-sociali;
- lo sviluppo di attività di informazione circa i rischi sulla salute di eventi climatici estremi o inusuali e la messa a punto di piani di intervento e protezione in caso di eventi catastrofici dovuti al clima;
- la valutazione, attraverso opportuno monitoraggio, dell'efficacia delle strategie di risposta adottate;

- l'integrazione continua delle problematiche dell'adattamento della salute ai cambiamenti climatici globalmente, in tutte le politiche sanitarie e nei settori non sanitari.

Per approfondire l'analisi dell'impatto complessivo del cambiamento climatico avvenuto in questi ultimi decenni, è opportuno creare gruppi di studio multidisciplinari (settori sanità, ambiente, energia, trasporto, industria e agricoltura) e collaborare con i climatologi e i progettisti urbani, per preparare le comunità e le città ad affrontare le crescenti minacce del clima che cambia.

Ondate di calore

L'esperienza sviluppata in diverse città americane ha evidenziato che le ondate di calore e le loro conseguenze sulla salute possono essere previste in anticipo, attraverso l'attivazione di sistemi di previsione e allarme. Tali sistemi, integrati con specifiche misure di prevenzione mirate ai gruppi più vulnerabili, possono ridurre le conseguenze delle ondate di calore, coniugando equità ed efficacia. Dal momento che nel corso di una stagione estiva le prime ondate di calore sono quelle che determinano un maggiore impatto sulla mortalità, occorre pianificare precocemente (prima dell'estate) efficaci interventi di prevenzione a livello nazionale e locale. Nel programmare gli interventi che possono essere efficaci nel prevenire gli effetti del caldo sulla salute, è cruciale che essi siano calibrati in base al livello di rischio previsto da un sistema di previsione/allarme, a partire dalle condizioni climatiche giornaliere, e che siano indirizzati ai sottogruppi a maggior rischio. Per valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione messi in atto durante la stagione estiva, si rende indispensabile la contemporanea sorveglianza degli esiti sanitari (mortalità giornaliera, ricoveri in Pronto soccorso). Di qui l'importanza di promuovere anche iniziative integrate di informazione, sensibilizzazione ed educazione

costante degli operatori, dei responsabili istituzionali e dei cittadini, verso pratiche sostenibili per l'ambiente e la salute.

Orientamenti internazionali

Il Protocollo di Kyoto, entrato in vigore nel febbraio 2005, considera l'adattamento ai cambiamenti climatici come una necessità a livello nazionale (artt. 4.1b e 4.1e). Nell'ambito della Unfccc (Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti Climatici) è stato approvato nel 2006 il Nairobi Work Programme on Impacts, Vulnerability and Adaptation to Climate Change.

Nell'ambito della 61° Assemblea Mondiale sulla Salute (24 Maggio 2008), l'OMS ha indicato il tema Clima e Salute come campo d'azione prioritario. La Regione Europea dell'OMS ha dato avvio a numerose collaborazioni, progetti e attività documentale sull'adattamento, intervenendo su tutti i processi europei e paneuropei (<http://www.euro.who.int/globalchange>). Un importante riferimento ai fini della definizione di strategie di adattamento in sanità pubblica è lo studio Europeo dell'OMS CASHh - "Climate change and Adaptation Strategies for Human health", che evidenzia come anche in Italia si possano identificare cinque aree prioritarie di sanità pubblica da sviluppare o implementare, per rafforzare la capacità di contrastare gli effetti del cambiamento climatico sulla salute: sistemi di sorveglianza e risposta rapida, sistemi di valutazione e monitoraggio, ricerca scientifica ed epidemiologica, politiche ambientali specifiche, sistemi di informazione integrati ed, infine, la programmazione di servizi sanitari efficienti. Il tema dell'adattamento sarà parte integrante anche del programma della prossima Conference of the Parties di Copenhagen 2009. Nell'aprile 2009 è atteso il Libro Bianco sull'adattamento della Commissione Europea che, in applicazione del Libro Verde del 2007, indicherà le azioni prio-

ritarie da intraprendersi a livello governativo. Infine, la V Conferenza Ministeriale Ambiente e Salute, che sarà ospitata in Italia il prossimo febbraio 2010, vede tra le priorità la costruzione di un'azione integrata ambiente e salute a supporto delle politiche di adattamento.

L'impegno nazionale

Sistemi di sorveglianza e risposta rapida delle malattie infettive

Il cambiamento climatico in atto ha favorito anche nel nostro paese il diffondersi di malattie infettive nuove o scomparse, come la malaria e recentemente alcune malattie virali come la Chikungunya. Grazie al supporto del CCM, recentemente è stata migliorata e adeguata la capacità diagnostica dei sistemi correnti di sorveglianza delle malattie infettive (in vigore dal 1990) e di sorveglianze speciali.

Programma nazionale di prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore

In Italia, per limitare l'impatto sulla salute delle ondate di calore è stato promosso, a partire dall'estate 2004, un programma nazionale di prevenzione volto, da una parte, ad affinare i metodi di previsione/allarme dei rischi e, dall'altra, a sviluppare a livello locale piani operativi di prevenzione e di risposta rapida, mirati verso i sottogruppi di popolazione a rischio. Punti forti del programma promosso dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali e dal CCM sono: la costruzione di una rete di relazioni tecnico-scientifiche per accedere alle conoscenze più aggiornate nell'ambito specifico delle ondate di calore e selezionare le buone pratiche da proporre alle regioni sotto forma di linee guida o best practices; condivisione e valo-

rizzazione di tutte le esperienze e le iniziative già avviate e applicate con successo a livello locale. Una parte importante del programma è stato rivolto alla diffusione in tutto il territorio nazionale di Sistemi di allarme città specifici (Heat Health Watch Warning Systems - HHWWS), in grado di prevedere con anticipo il verificarsi di condizioni meteorologiche a rischio per la salute della popolazione ed all'identificazione degli anziani fragili, che sono il vero bersaglio degli interventi, attraverso la costruzione a livello territoriale dell'anagrafe della fragilità. Un'attenzione particolare è stata dedicata anche alla informazione e comunicazione a tutta la comunità ed ai cittadini in particolare. Per attuare questa strategia, dal 2004 in Italia è attivo il progetto nazionale "Valutazione degli effetti del clima sulla salute e sistema nazionale di allarme per la prevenzione dell'impatto delle ondate di calore" del Dipartimento della Protezione Civile ed il "Piano Operativo per la Prevenzione degli Effetti del Caldo sulla Salute" sviluppato nell'ambito dell'attività del CCM. Tutte le iniziative sviluppate in Italia sono consultabili sul sito <http://www.ccm-network.it/>

Bibliografia essenziale

- Commissione Europea. L'adattamento ai cambiamenti climatici in Europa – quali possibilità di intervento per l'UE - COM(2007) 354 definitivo).
- EM-DAT, CRED CRUNCH Issue No. 9 "Disaster Data: A Balanced Perspective", June 2007.
- Emerg Infect Dis. 2005; 11 (4): 519-525. ©2005 Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- European CDC "Meeting Report, Environmental change and infectious disease Stockholm, 29-30 March 2007.
- WHO, Sixty-First World Health Assembly WHA61.19, May 2008.

2

Stili di vita

2.1 Attività fisica

2.1.1 Introduzione

Negli ultimi anni, le malattie croniche sono arrivate a costituire la principale causa della mortalità in Europa (77%) e la mancanza di attività fisica è un fattore di rischio per lo sviluppo di varie malattie croniche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), stima che 1,9 milioni delle morti globali possano essere imputate all'inattività fisica; nel 2002, in Italia, le morti attribuibili all'inattività fisica sono state pari al 5% del totale (circa 28.000 persone per anno), mentre per la stessa causa ammontano al 3,1% gli anni di vita in buona salute persi per invalidità e morte prematura (DALY). L'esistenza di una relazione tra attività fisica/stato nutrizionale, stato di salute e alcune malattie cronico-degenerative è, peraltro, riconosciuto da sempre. Per contro, la nostra società sta diventando sempre più promotrice di un "ambiente obesogenico", intendendo con questo termine l'ambiente che rende difficile per gli individui lo svolgimento di una regolare attività fisica e l'accesso ad un'alimentazione sana. Un ambiente che è il risultato dell'interazione di tutti i fattori (contesto di vita, opportunità, condizioni) che promuovono l'obesità negli individui e nella popolazione e che agiscono sulle comunità, quali il marketing dei prodotti alimentari, le politiche agricole, la pianificazione urbanistica, le politiche scolastiche e dei trasporti.

Va anche ricordato come l'equilibrio di un regime dietetico sia sempre da valutarsi nell'ambito più generale dello stile di vita della persona, particolarmente per quel che riguarda il dispendio energetico dell'organismo: uno stile di vita sedentario dovrà, infatti, prevedere l'introduzione di un numero di calorie proporzionalmente inferiore rispetto ad uno fisicamente più attivo.

In tutta Europa, peraltro, la maggior parte della popolazione adulta segue diete nutrizionalmente scorrette ed è fisicamente inattiva. La maggior parte degli adulti, infatti, non svolge un'attività fisica sufficiente per mantenere un livello di salute ottimale, e un'ampia fascia della popolazione consuma troppi alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso potere nutrizionale, nonché una quantità insufficiente di frutta e verdura. Alcuni gruppi sociali sono, infine, particolarmente vulnerabili alle influenze dell'ambiente. I soggetti a basso livello socio-economico si trovano ad affrontare limiti strutturali, sociali, organizzativi, finanziari e di altro genere per poter adottare consapevolmente scelte di vita sane.

La pratica dell'attività fisica tende ad essere associata ad altri tipi di comportamenti salutari come il mangiare sano e il non fumare e può essere adottata per indurre ulteriori cambiamenti nello stile di vita. Si tratta, riassumendo, di un comportamento che

produce ricadute così positive sullo stato di salute della popolazione generale - senza presentare controindicazioni - da meritare d'occupare un posto centrale in ogni futura pianificazione sanitaria strategica.

L'OMS raccomanda un minimo di 30 minuti di attività fisica moderata (che include ma non si limita allo sport) al giorno per gli adulti e di 60 minuti per i bambini. Le autorità pubbliche e le organizzazioni private degli Stati membri dovrebbero tutte contribuire al raggiungimento di quest'obiettivo, ma gli studi più recenti mostrano in genere l'assenza di progressi degni di nota.

2.1.2 I dati

Soltanto negli ultimi anni si sono iniziate a raccogliere informazioni scientifiche comparabili sui livelli di attività fisica nella Regione Europea, tanto da consentire una valutazione affidabile delle tendenze riguardo la pratica dell'attività fisica.

Nel nostro Paese, secondo i dati Istat relativi al 2008, in Italia quasi il 22% della popolazione di età uguale o superiore ai 3 anni dichiara di praticare, nel tempo libero, uno o più sport con continuità, il 10% circa in modo saltuario. Il 27,7% delle persone dichiara di svolgere qualche attività fisica, come fare passeggiate per almeno due chilometri, nuotare e andare in bicicletta, pur non praticando un'attività sportiva. Nella stessa fascia d'età si rileva anche che il 40,2% degli intervistati non pratica né attività sportiva né attività fisica nel tempo libero; la sedentarietà è più frequente tra le donne (45%, contro il 35,3% degli uomini).

Mentre lo sport sembra essere un'attività prettamente giovanile e maschile (le quote più alte di sportivi si riscontrano nella fascia d'età tra i 6 e i 17 anni, in particolare tra i maschi di 11-14 anni con il 64%), con l'au-

mentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport e aumenta quello per l'attività fisica, soprattutto da parte della popolazione femminile (29,2% delle donne contro il 26% degli uomini).

A partire dai 25 anni, infatti, la percentuale di persone che svolgono attività fisica aumenta in modo continuo fino ai 64 anni, per poi diminuire progressivamente tra le persone anziane; in questa fascia d'età si riscontrano le percentuali più alte di sedentarietà, specialmente tra le donne (più del 55%).

Da un'analisi territoriale dei dati, si riscontra una netta differenziazione riguardo alla pratica di attività sportiva e fisica tra le Regioni del Nord e quelle del Sud (32,2% al Nord e 22,3% nel Mezzogiorno).

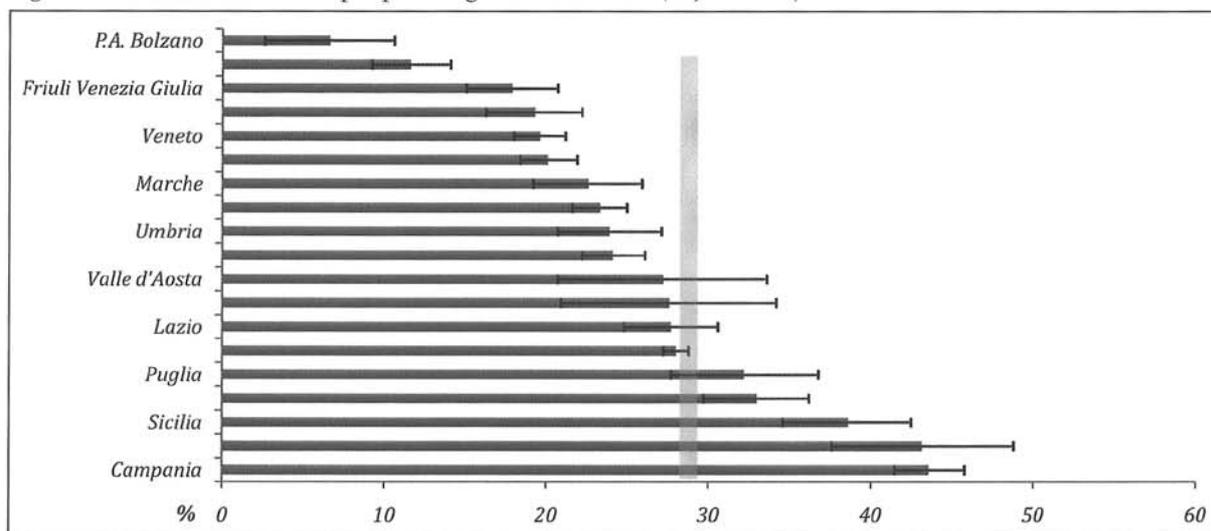
Questo dato viene sostanzialmente confermato da quanto emerso dal sistema di sorveglianza "PASSI" (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta (18-69 anni) sui principali fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologici, ecc.), affidato all'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS) dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM).

La prevalenza dei sedentari registrata nella P.A. di Bolzano è del 7% circa, contro il 44% circa registrato in Campania (Figura 1).

Riguardo allo stato nutrizionale del campione, infine, i dati PASSI, similmente a quanto rilevato dall'Istat, evidenziano una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 32% e di obesi pari all'11%.

Il fenomeno non risparmia i bambini, con una prevalenza media tra le più alte in Europa, con percentuali più elevate al sud. Questi ultimi dati devono

Figura 1 – Persone sedentarie per pool Regioni PASSI 2007 (% , IC 95%)



particolarmente preoccupare, in quanto è dimostrato che un bambino obeso ha elevate probabilità di essere obeso anche da adulto.

Per quel che riguarda l'infanzia e l'adolescenza, i dati disponibili fino ad oggi, pur evidenziando la presenza di un problema relativamente alla scarsa pratica di attività sportiva e fisica da parte dei nostri ragazzi, a vantaggio di abitudini sedentarie (TV e videogiochi), risultavano spesso lacunosi, raccolti in modo non uniforme (quando non riferiti dai genitori) e, quindi, non utilizzabili a fini programmatici e per effettuare confronti a livello nazionale e internazionale.

Per avere un quadro aggiornato del fenomeno tra i bambini italiani e per rispondere, inoltre, al bisogno informativo dell'OMS, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali/CCM, nel 2007, ha affidato all'ISS/CNESPS il coordinamento del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni". Tale progetto è attuato in stretta collaborazione con le Regioni, il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Nazionale della Nutrizione (INRAN) ed alcune Istituzioni Universitarie.

Obiettivo del progetto è mettere a punto un sistema di sorveglianza a

livello nazionale che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo per il sistema sanitario e per la Scuola ed efficace nel guidare la programmazione degli interventi di sanità pubblica. Il progetto è diviso in 2 fasi, la prima delle quali si è svolta nel 2008. Tale indagine, denominata "OKkio alla salute", ha reso possibile la raccolta di dati riguardanti, tra l'altro, informazioni sull'attività fisica svolta e sui comportamenti sedentari.

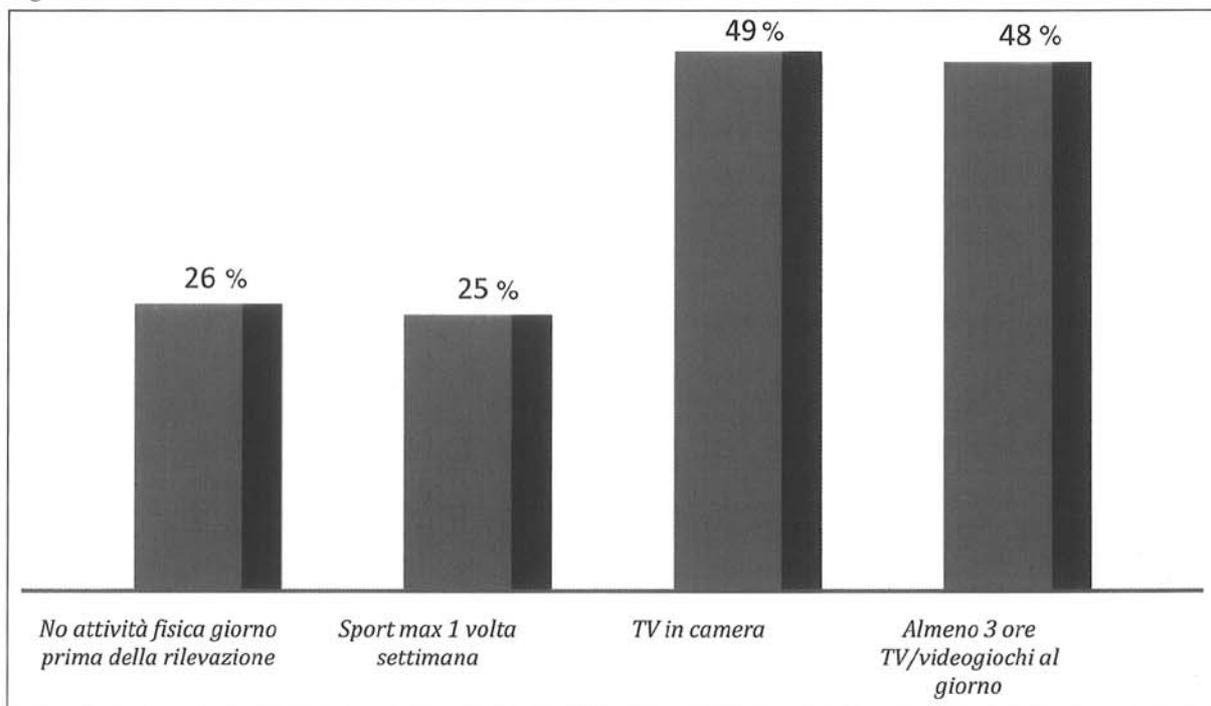
I dati raccolti sull'attività fisica praticata e sul tempo trascorso davanti alla televisione o ai videogiochi sono sconcertanti: 1 bambino su 4 pratica sport per non più di un'ora a settimana e il 26% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine. Inoltre, la metà circa dei bambini ha la TV in camera e la guarda per 3 o più ore al giorno (Figura 2).

Inoltre, il 53% delle madri di figli fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga un'attività motoria sufficiente.

Infine, solo 1 scuola su 3 ha avviato iniziative favorevoli una sana alimentazione e l'attività motoria, con il coinvolgimento dei genitori.

La prevalenza di sovrappeso ed obesità, infine, è risultata molto elevata: a

Figura 2 – Attività fisica e sedentarietà tra i bambini intervistati



FONTE: OKkio alla Salute.

livello nazionale il 23,6% dei bambini risulta sovrappeso e il 12,3% obeso.

2.1.3 Indicazioni per la programmazione

Perché alcune persone sono più attive ed altre meno? La probabilità che un individuo, un gruppo di persone o un'intera comunità siano fisicamente attivi dipende da un complessa gamma di fattori che vanno dal macroambiente – le condizioni socioeconomiche generali, culturali e ambientali – al microambiente – le condizioni che favoriscono l'attività fisica nell'ambiente in cui si vive e lavora, incluso il sostegno offerto dalle norme sociali e dalle comunità locali – fino a fattori individuali, come ad esempio l'atteggiamento personale verso l'attività fisica, la fiducia nelle proprie capacità di essere attivi o la consapevolezza delle opportunità per esserlo nella vita quotidiana.

Intervenire su alcune condizioni sfavorevoli l'attività fisica (ad esempio le

condizioni climatiche se si pensa al macroambiente o la predisposizione genetica se si considerano le condizioni individuali), modificandole, è difficile o impossibile. Tuttavia, si può mettere in atto una combinazione di interventi a breve e lungo termine per influenzare il resto dei fattori. La concertazione di questi interventi al fine di delineare una strategia in questa materia dovrebbe rappresentare una delle priorità essenziali degli organi decisori.

La promozione dell'attività fisica deve basarsi su interventi che tengano conto dello stato di salute generale della popolazione, piuttosto che indirizzarsi solo verso gruppi ad elevato rischio. Incrementare le opzioni che consentono di praticare l'attività fisica per tutti e attrezzare ed orientare il territorio in questa direzione offre maggiori possibilità di migliorare le condizioni di salute di un gran numero di persone, rispetto alla messa in atto di programmi rivolti solo a piccoli gruppi.

Sulla base di quanto sopra, appare necessario, oltre che continuare a

monitorare il fenomeno per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, programmare interventi di sanità pubblica che possano risultare incisivi nelle varie fasce d'età e nelle diverse condizioni socio-economiche.

Tali azioni, tuttavia, per raggiungere gli obiettivi che si propongono, devono prevedere il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario. Si tratta, infatti, di un problema di sanità pubblica la cui soluzione non può essere demandata esclusivamente al sistema sanitario, ma che necessita di interventi che siano il più possibile trasversali e intersettoriali, con il coinvolgimento di molti altri soggetti istituzionali e della società civile (Ministeri, Comuni, Province, Associazioni Professionali e di categoria, Associazioni dei consumatori, produttori di alimenti, pubblicitari, mass media, ecc.) così come raccomandato dall'Unione Europea (UE) e dall'OMS.

Sulla base di tali premesse, infatti, l'OMS, nel 2006, ha elaborato una "Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute", con una serie di raccomandazioni per i Governi e per tutte le parti in causa, e, proprio nell'ottica delle politiche intersettoriali, ha definito una strategia di contrasto alle malattie non trasmissibili (Gaining Health, the European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases - OMS ufficio Regionale per l'Europa, 2006) ed approvato la European Charter on countering obesity (Conferenza Interministeriale di Istanbul - 15 novembre 2006), che impegnano fortemente i Paesi europei dell'OMS.

La nutrizione e l'attività fisica, inoltre, rientrano tra le "priorità chiave" nelle politiche di sanità pubblica dell'UE (Programma di azione 2003-2008) e sono oggetto del Green paper della Commissione Europea, Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases del 2005.

In tali documenti, infatti, si esortano i decisori a seguire un approccio inter-settoriale per l'attuazione di interventi che modifichino i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni ambientali atte a cambiare i comportamenti individuali e a mantenerli nel tempo).

L'Italia, seguendo gli orientamenti dell'OMS e dell'UE, ha già avviato un percorso di definizione di strategie e di attivazione di iniziative con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007, prorogato al 2008 e con alcuni progetti sostenuti dal CCM volti a promuovere l'attività fisica in tutte le fasce d'età della popolazione.

Nell'ambito del PNP, in particolare, sulla base di linee programmatiche elaborate dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, tutte le Regioni hanno definito ed attivato specifici progetti all'interno di aree di intervento condivise e ritenute prioritarie (dall'allattamento al seno, alla ristorazione collettiva, alla promozione dell'attività fisica, alla pubblicità).

Le attività del Piano si sono concluse il 31 dicembre 2008, ed è attualmente in via di elaborazione la proposta di rinnovo per un altro triennio.

Nell'ambito dei progetti CCM, si evidenziano:

- l'accordo con l'IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, denominato "La Comunità dei Promotori per la prevenzione alimentare e contro la sedentarietà", che ha come obiettivo promuovere la collaborazione tra sanità pubblica, mondo della ricerca e organizzazioni di cittadini per una efficace attivazione delle strategie avviate dal CCM contro l'obesità e per la promozione dell'attività fisica;
- l'accordo con la Regione Emilia Romagna, denominato "Promozione dell'attività fisica - Azioni per una vita in salute", con l'obiettivo di

individuare, avvalendosi anche della collaborazione di altri Enti, Organizzazioni e Associazioni, le conoscenze e i mezzi/strumenti di intervento sui determinanti ambientali, sui comportamenti individuali e sull'area della politica del governo clinico del Sistema Sanitario Nazionale, capaci di accrescere la diffusione dell'attività fisica nella popolazione;

- l'accordo con la Regione Friuli Venezia Giulia denominato "Buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza", che intende proporre lo sviluppo di un "kit" da fornire agli operatori sanitari coinvolti (in particolare i Pediatri di Libera Scelta), per affrontare il problema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini di età prescolare dal punto di vista dello sviluppo di strumenti per la promozione e la sorveglianza di buone pratiche.

Nella scia delle politiche intersettoriali promosse dal PNP, inoltre, nel 2007 è stato avviato il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007).

La grande novità di Guadagnare Salute è la ricerca di sinergie tra diversi Ministeri, finalizzata a dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, a consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, ad assicurare un'informazione univoca. Per favorire il sistema di alleanze operative e la creazione di reti funzionali a livello locale, con DM 26 aprile 2007 è stata istituita, presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", con il compito di formulare proposte e promuovere iniziative finalizzate a favorire nella popolazione l'adozione di abitudini alimentari corrette e di uno stile di vita attivo, a contrastare l'abuso di alcol e a ridurre il tabagismo.

Guadagnare Salute si articola in 4 specifici programmi:

A. Guadagnare salute rendendo più

facile una dieta più salubre (alimentazione);

B. Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica);

C. Guadagnare salute rendendo più facile esseri liberi dal fumo (lotta al fumo e ad altre dipendenze);

D. Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso di alcol).

Una serie complessa di attività, finalizzate alla promozione di corretti stili di vita, sono state avviate anche grazie alle Intese siglate tra il Ministero della Salute e altri Dicasteri nell'ambito di Guadagnare Salute.

Protocollo d'Intesa con il Ministero delle Politiche Giovanili

Alcuni progetti sviluppati nell'ambito dell'Intesa derivano dalla constatazione che, mentre lo stile di vita degli adolescenti è spesso caratterizzato da un'insufficiente attività fisica e da un'alimentazione non equilibrata, esiste la necessità di favorire fra i giovani un rapporto equilibrato con l'immagine corporea, di promuovere modelli estetici positivi e di contrastare quei fattori socio-culturali implicati nell'insorgenza e nella diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità psicogena e altri disordini alimentari).

Sempre nell'ambito di Guadagnare Salute, sono state, inoltre, attivate varie azioni volte a promuovere l'offerta di alimenti salutari da parte dell'industria alimentare, della distribuzione di alimenti e della ristorazione collettiva.

Infine, nell'ambito delle iniziative per la prevenzione dell'obesità e nell'ambito del programma "Guadagnare salute", il CCM ha promosso la traduzione di due pubblicazioni dell'OMS sull'attività fisica, "Physical activity and health in Europe – Evidence for action" e "Promoting physical activity and active living in urban environments – the role of local governments".

Tutte le informazioni relative al CCM, a Guadagnare Salute e alle progettualità avviate sono reperibili sui siti www.ministerosalute.it e www.ccm-network.it.

Bibliografia essenziale

Istat. Annuario statistico italiano 2008.

Capitolo 3: Sanità e salute. www.istat.it/dati/catalogo/20081112_00/

Istat. Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007. www.istat.it/dati/catalogo/20090312_00/

Report OKkio alla salute.

Report PASSI 2007. www.epicentro.iss.it/passi/.

2.2 Abitudine al fumo

2.2.1 Introduzione

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Quasi 5 milioni di persone sono uccise ogni anno nel mondo da malattie fumo-correlate. Nel 20° secolo si stima che siano morte cento milioni di persone a causa del tabacco, mentre, se continuano gli attuali trend, per il 21° secolo la stima è di un miliardo di persone morte a causa del tabacco. L'epidemia del tabacco è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea". Le morti e le malattie fumo-correlate, tuttavia, sono interamente prevedibili e prevenibili: si conosce, infatti, esattamente cosa provoca l'uso di tabacco, come e quanto uccide, cosa danneggia e come fare per evitare tutto ciò.

2.2.2 Rappresentazione dei dati

a) Mortalità da "fumo" in Italia

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardio-

patie, vasculopatie. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone, e nelle donne del 55% dei casi, per un totale di circa 30 mila morti l'anno.

È interessante sottolineare che, nel corso degli ultimi vent'anni, in Italia si è registrata una diminuzione sia di incidenza che di mortalità per cancro al polmone solo tra gli uomini. Un trend opposto si osserva infatti per le donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani).

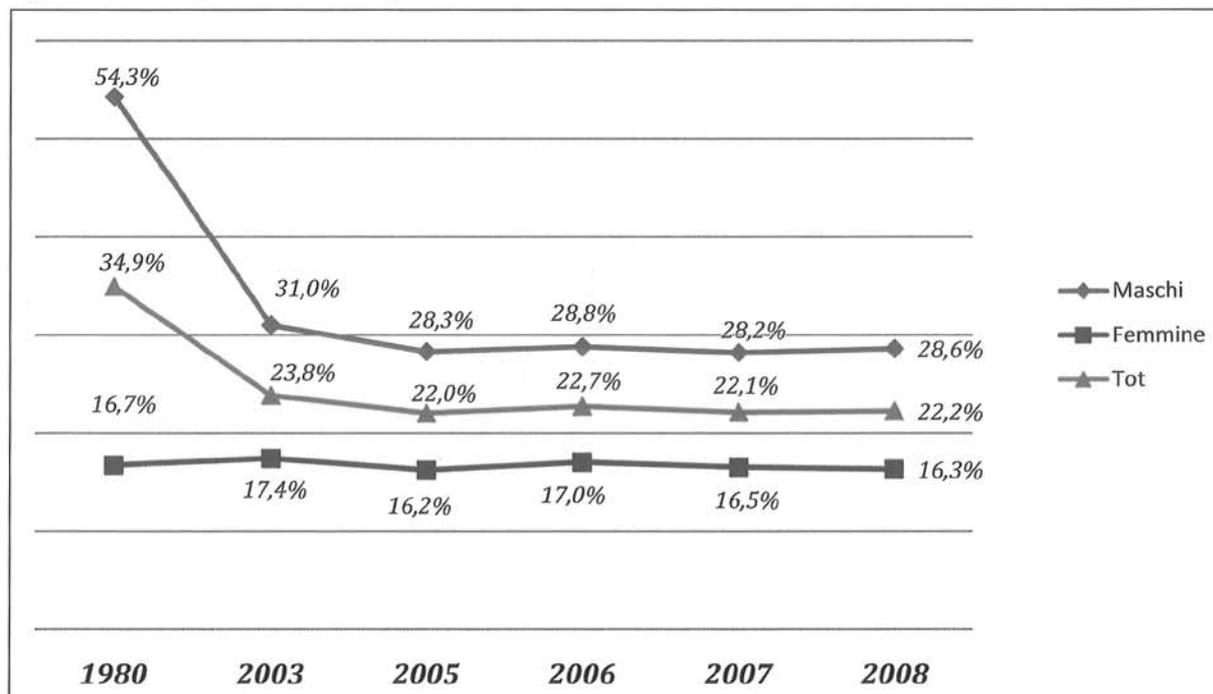
Nel dettaglio, la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6%, mentre quella femminile è aumentata dell'1%. Infatti, anche se nel 2005 sono morte più donne per tumore alla mammella (8.505 decessi) che per tumore al polmone (5.523 decessi), la mortalità per carcinoma polmonare ha superato abbondantemente quella per tumore allo stomaco (3.070 decessi), divenendo la terza causa di morte nell'ambito delle patologie tumorali, dopo mammella e colon-retto.

b) Prevalenza dei fumatori in Italia

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale, anche se gli ultimi dati confermano quanto osservato dall'analisi del trend storico degli anni precedenti, secondo cui negli ultimi 50 anni si assiste ad una graduale diminuzione dei fumatori.

Secondo l'Istat, che ogni anno raccoglie i dati sulla prevalenza dei

Figura 1 – Prevalenza dei fumatori per sesso – Anni 1980-2008



FONTE: Istat - Annuario Statistico Italiano, Anno 2008.

fumatori adulti (>14 anni), dopo l'entrata in vigore, nel 2005, dell'art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori" della Legge 3/03 (cosiddetta Legge Sirchia), si è assistito ad una diminuzione della prevalenza. Nel 2008, tuttavia, si è osservato un lieve incremento nei maschi, e una piccola diminuzione tra le femmine (Figura 1).

L'indagine DOXA del 2008 – promossa dall'ISS/Osservatorio Fumo, Alcol e Droghe (OSSFAD) - registra una riduzione complessiva di 1,5 punti percentuali rispetto all'anno precedente nella prevalenza dei fumatori, passata dal 23,5% al 22% (pari a 11,2 milioni di persone). Da questa indagine risulta che la diminuzione è della stessa entità sia per gli uomini che per le donne. Gli uomini fumatori sono passati dal 27,9% del 2007 al 26,4% del 2008, mentre le fumatrici sono scese dal 19,3% del 2007 al 17,9% del 2008.

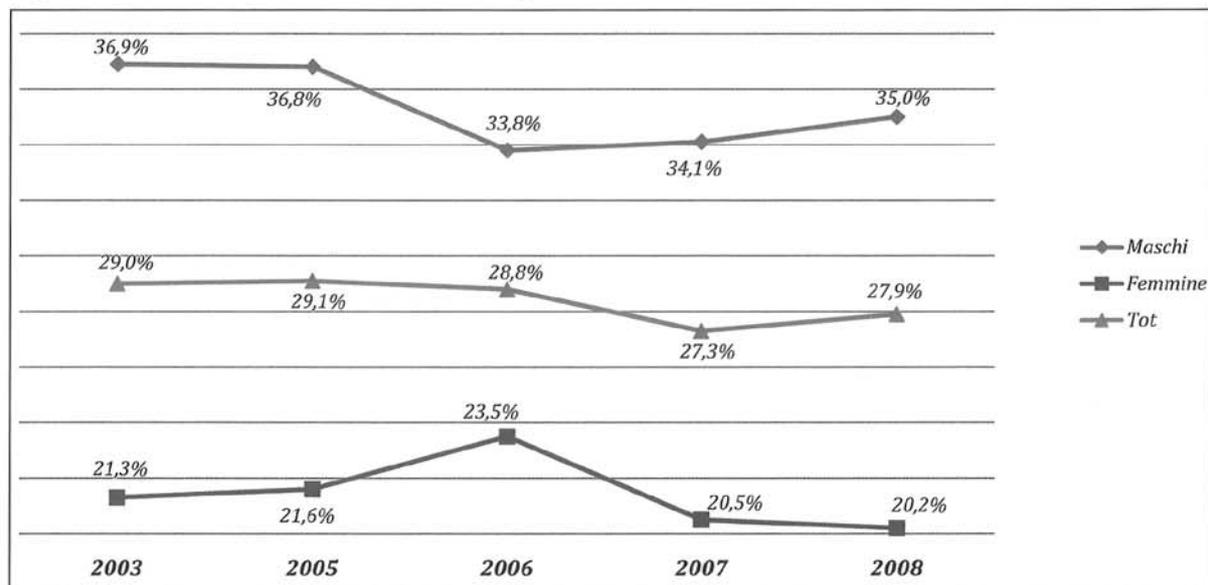
Le classi di età in cui si registrano percentuali più elevate di fumatori

sono quelle dei 25-44 anni e dei 45-64 anni, rispettivamente con una prevalenza del 26,4% e del 25,9%, mentre tra gli ultra sessantacinquenni la quota di fumatori è sensibilmente inferiore: 7,8%.

La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia del sud e nelle isole (25,2%), seguono in ordine decrescente il centro Italia (22,9%), e il nord (19,1%). Le differenze di genere nell'abitudine al fumo risultano molto marcate nell'Italia Meridionale dove, a fronte di una quota elevata di fumatori tra gli uomini (28,9%), si osserva la più bassa percentuale di fumatrici tra le donne (12,7%).

L'Indagine multiscopo dell'Istat (2007) riporta, inoltre, il dato che riguarda il rapporto tra fumatori e livello di istruzione, che si differenzia secondo il genere e le fasce d'età: negli uomini la quota dei fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio conseguito (laureati = 21,9% e diploma media inferiore = 31,7%), mentre nelle donne più è alto il livello di istruzione,

Figura 2 – Prevalenza dei fumatori di età 20-24 per sesso – Anni 2003-2008



Fonte: Istat - Annuario Statistico Italiano, Anno 2008.

più si innalza anche la percentuale delle fumatrici (laureate = 14,3% e diploma media inferiore = 4,3%).

Il numero medio di sigarette fumate al giorno oscilla intorno alle 15 per quasi la metà dei fumatori (48,2%).

c) Giovani e fumo

La diffusione dell'abitudine al fumo è ancora troppo alta, soprattutto tra i giovani (nel 2008, secondo le rilevazioni dell'Istat, nella fascia d'età 20-24 anni, i fumatori sono il 27,9% (35,0% maschi e 20,2% femmine) (Figura 2).

d) Tentativi di smettere di fumare

Nell'ultima indagine DOXA (2008) 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 hanno 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 ed 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 si riscontra, inoltre, che negli ultimi anni le donne che hanno avuto un figlio sono più sensibili al problema del fumo. Infatti, diminuisce la quota di quante fumano in gravidanza: dal 9,2% nel 1999-2000 si passa al 6,5% nel 2005 (Istat, 2007).

Il Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) – promosso dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali/CCM in collaborazione con

l'ISS ed attivato in tutte le Regioni, indaga diversi aspetti riguardanti percezione della salute e comportamenti a rischio, tra cui l'abitudine al fumo. Dai dati del 2007, su un campione di circa 21.500 persone di età 18-69 anni intervistate telefonicamente, emerge che circa il 40% delle persone che fumano ha tentato di smettere negli ultimi 12 mesi ma, di questi, oltre l'80% ha fallito il tentativo. Circa il 60% dei fumatori dichiara di aver ricevuto, nell'ultimo anno, il consiglio di smettere da un medico; l'analisi dei dati evidenzia che ricevere tale consiglio favorisce il tentativo di smettere, ma fra chi ci riesce quasi il 95% lo fa da solo. Il ricorso alle ASL per corsi/programmi di sostegno alla disassuefazione è ancora marginale. Tuttavia, nel 2007 i centri antifumo censiti dall'ISS/OSSFAD sono stati 362 di cui 267 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e 95 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT); se si confrontano i dati del 2007 con quelli del 2001, si osserva un incremento nel numero dei centri antifumo pari al 56,1%, a conferma che in questi anni tutte le Regioni e in generale le Istituzioni hanno collaborato e lavorato affinché si sviluppasse ulteriormente sul territorio una rete di supporto e di aiuto per coloro che vogliono intraprendere un percorso per smettere di fumare.

2.2.3 Esposizione e valutazione critica dei dati

La tutela dal fumo passivo: la Legge 3/03 ("Legge Sirchia")

L'Italia è stata il primo "grande" Paese europeo ad approvare una legge per la protezione dei non fumatori dal fumo passivo, applicando un divieto di fumo generalizzato nei luoghi chiusi, pubblici e privati. Norvegia e Irlanda l'hanno preceduta di pochi mesi, altre 12 nazioni europee l'hanno seguita e presa a modello. La "smoke free policy" italiana è il primo esem-

pio di una strategia valutata nel nostro Paese. La Legge 3/03 è la prima legge costantemente accompagnata nella sua implementazione da attività di monitoraggio della applicazione e di valutazione dei risultati.

Tale impegno è stato riconosciuto a livello internazionale: nel settembre 2007 l'Italia ha ottenuto, infatti, un prestigioso riconoscimento internazionale da parte della "Global Smoke-free partnership" (Associazione di enti e società scientifiche mondiali che si occupano di prevenzione oncologica) per "l'ottimo lavoro di preparazione, applicazione e monitoraggio della normativa sul divieto di fumo quale politica efficace per la tutela dei non fumatori e la promozione della salute pubblica".

a) Monitoraggio della legge nei luoghi di lavoro pubblici e privati

Per monitorare la promozione dell'applicazione della Legge 3/03, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali /CCM promuove, affidandone il coordinamento alla Regione del Veneto, alcuni progetti a carattere nazionale, per la prevenzione del tabagismo ed il sostegno alla Legge 3/03 nelle regioni Italiane. Il primo progetto, tra la fine del 2006 e la metà del 2007, ha coinvolto i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL nel monitoraggio della legge, sia in uffici Comunali che in ambienti di lavoro privati.

Il personale di 13 Dipartimenti di Prevenzione di 9 Regioni ha ispezionato, complessivamente, 2.431 locali di uffici comunali, con i seguenti risultati:

- nel 70% dei locali erano affissi i cartelli regolamentari di divieto di fumo;
- nel 98% non sono state trovate persone che fumavano;
- nel 95% degli uffici monitorati non vi era odore di fumo.

Il personale di 33 Dipartimenti di Prevenzione di 10 Regioni ha, invece, ispezionato 3.828 locali in 863 aziende e imprese produttive, dove:

- solo nel 50% dei locali visitati

erano affissi i cartelli regolamentari di divieto di fumo;

- nel 95% non sono state trovate persone che fumavano;
- nell'89% dei locali monitorati non è stato rilevato odore di fumo.

Anche i dati per il 2007 del Sistema di sorveglianza PASSI indicano che, per quanto riguarda il rispetto della legge anti-fumo, circa il 90% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare venga rispettato sempre o quasi sempre, sia sul luogo di lavoro che nei locali pubblici.

b) Ispezioni dei NAS

A partire dal 2005, su mandato del Ministro della Salute, il Comando dei Carabinieri per la Salute- NAS conduce controlli a campione in tutto il territorio nazionale, in diverse tipologie di locali in cui si applica il divieto. Nel 2008 il Comando carabinieri per la Salute ha effettuato 2.401 ispezioni che hanno portato ad elevare 138 sanzioni (5,7%): 52 a persone che fumavano dove vietato (2,2%) e 86 per mancata o errata affissione del divieto o locali per fumatori non a norma (3,5%). Nel 2007 i controlli erano stati 3.263 tra i mesi di aprile e novembre; le infrazioni contestate sono diminuite dall' 8% al 5,7%, la percentuale delle multe elevate a chi fumava dove non era permesso è passata dal 2,8% al 2,2% e quella delle multe relative alle irregolarità di affissione dei divieti è passata dal 5,2% al 3,5%.

c) Impatto sulla salute

Il fumo passivo è un fattore di rischio conosciuto anche per l'infarto acuto del miocardio, e diversi studi scientifici stanno ormai consolidando l'evidenza dell'efficacia dei divieti di fumo sull'andamento dei ricoveri ospedalieri per tale patologia. In Italia sono stati condotti quattro studi (uno promosso dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali in collaborazione con Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania, due dal-

l'Università di Torino, il quarto dalla ASL Roma E). Tutti questi 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 dal 5% tra i minori di 70 anni dello studio su tutta l'Italia, al -13% tra la popolazione in età 40-64 anni dello studio promosso dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali in quattro Regioni, al -11% tra i minori di 60 anni dello studio dell'Università di Torino sul Piemonte, e al -11% dello studio della ASL RME tra la popolazione di età 35-64 anni. Questi dati sono coerenti anche con quanto rilevato in altri studi condotti in altre parti del mondo (Irlanda -14% e New York -8%).

d) Qualità dell'aria

Nell'ambito del programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 3/03 e grazie alla collaborazione con il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica – CSPO - della Regione Toscana, è stato condotto un progetto di ricerca con lo scopo di confrontare la situazione prima e dopo due anni l'entrata in vigore della Legge 3/03, attraverso la misurazione della concentrazione di nicotina in ambienti di ristorazione in Italia (paese di intervento) e in Austria (paese di controllo in cui non esisteva la legge che vietava il fumo nei locali pubblici). I risultati hanno confermato che il livello di concentrazione di nicotina è diminuito notevolmente in Italia dopo due anni dall'entrata in vigore della legge, rispetto a quello misurato nei locali di ristoro austriaci, che rimaneva pressoché costante.

e) Vendita di sigarette

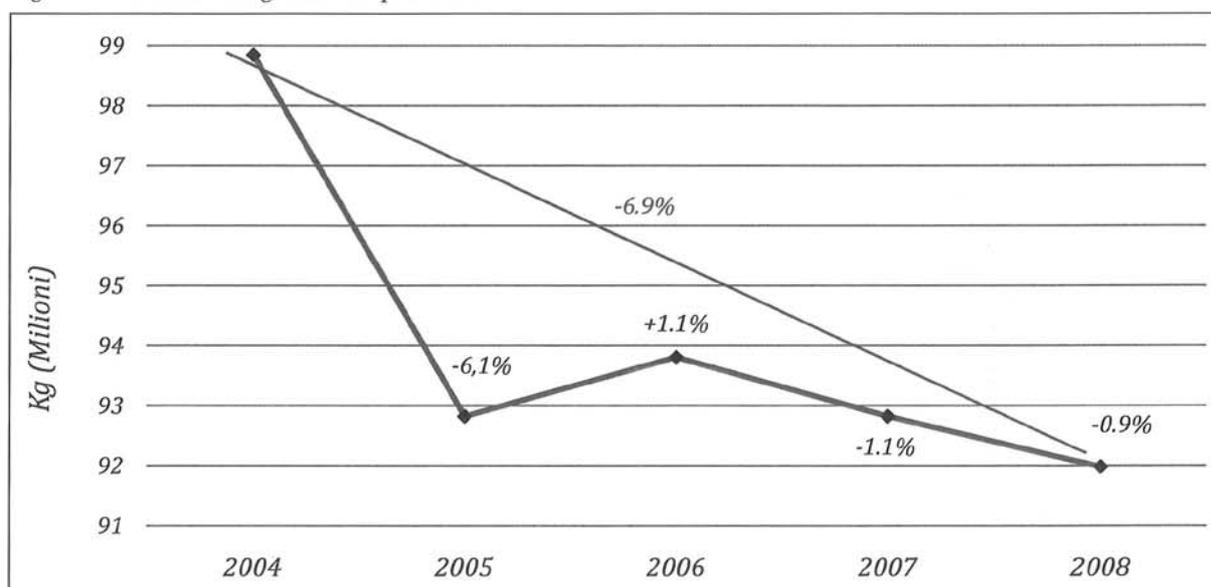
Un altro dato importante è la diminuzione delle vendite di sigarette pari a circa il 7% in meno nel 2008 rispetto al 2004. Sebbene nel 2006 si sia verificata una ripresa delle vendite rispetto al 2005, l'andamento in diminuzione delle vendite a partire dal

Tabella 1 – Vendita dei prodotti del tabacco nel periodo 2004-2008

Vendite (kg)	2004	2005	2006	2007	2008	diff 2008/2004
Sigarette	98.846.407	92.822.300	93.807.356	92.821.304	91.978.759	-6,9%
Fiuti	12.219	11.398	11.724	12.065	13.069	+7%
Trinciati	658.579	777.203	855.628	1.014.124	1.247.445	+89,4%
Sigari	667.697	645.200	694.348	743.284	765.197	+14,7%
Sigaretti	424.158	429.835	479.343	512.599	539.946	+27,3%
Totale	100.609.061	94.685.936	95.848.400	95.103.376	94.545.136	-6%

FONTE: Agenzia Autonoma Monopoli di Stato.

Figura 3 – Vendita di sigarette nel periodo 2004-2008



FONTE: Agenzia Autonoma Monopoli di Stato.

2002 è stato mantenuto, con un calo medio dell'1,6% ogni anno. Nel 2008 c'è stata una diminuzione dell'1% rispetto al 2007.

È da notare, tuttavia, un notevole aumento (+89% tra il 2004 e il 2008) delle vendite di tabacco trinciato (per le sigarette 'fai da te'), che rappresenta, per altro, poco più dell'1% del mercato (Tabella 1 e Figura 3).

2.2.4 Indicazione per la programmazione

La legge per la protezione dal fumo passivo ha dimostrato di essere uno strumento efficace di tutela e promozione della salute pubblica, ma è necessario

mantenere costante l'attività di monitoraggio dell'applicazione e di informazione e sensibilizzazione della popolazione sui rischi dell'esposizione attiva e passiva al fumo, anche attraverso adeguate campagne di comunicazione.

La Convenzione quadro OMS per il Controllo del Tabacco, che rappresenta il primo trattato internazionale in materia di tutela della salute, approvato dall'Assemblea mondiale della salute nel maggio del 2003, fornisce linee guida globali per la definizione di misure di contrasto al tabagismo. L'Italia ha ratificato la Convenzione con la Legge 75/08 e, pertanto, ha partecipato per la prima volta come Stato "Parte della Convenzione" alla III Conferenza delle