

connesso al consumo di anguille contaminate provenienti dal lago di Garda, previste dall'ordinanza ministeriale del 17 maggio 2011 (ordinanza 18 maggio 2012 e ordinanza 7 giugno 2013). A seguito delle ordinanze ministeriali, le Regioni coinvolte e la Provincia Autonoma di Trento hanno garantito un'adeguata informazione sia agli operatori sia ai consumatori sui rischi per la salute legati al consumo di anguille pescate nel lago di Garda.

Inoltre, le Autorità locali competenti a istituire divieti di pesca per ragioni di sanità e salute pubblica hanno prontamente emanato provvedimenti *ad hoc* per le anguille del lago di Garda. L'attività di monitoraggio è proseguita anche nel 2013. I risultati, in fase di elaborazione, permetteranno di definire le azioni da adottare.

## **2.2. Regolamento (CE) n. 1881/2006 della Commissione del 19 dicembre 2006**

Il Regolamento (CE) n. 1881/2006 della Commissione del 19 dicembre 2006 definisce i tenori massimi di alcuni contaminanti nei prodotti alimentari.

## **2.3. Piano di monitoraggio della contaminazione da cesio di taluni prodotti di raccolta spontanei in attuazione della Raccomandazione 2003/274/CE**

Il riscontro, nel marzo 2013, di superamenti delle tolleranze massime consentite dalle norme europee per cesio 137 in cinghiali cacciati nella Valsesia ha visto il rafforzamento della cooperazione tra il Ministero della salute e le Autorità e gli enti responsabili del controllo sulla radioattività ambientale e alimentare.

La valutazione dei dati dei controlli pregressi, effettuati nell'ambito delle attività dell'Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (attraverso la rete RESORAD – Rete nazionale di SOrveglianza sulla RA-Dioattività ambientale), ha evidenziato come limite il fatto che i campionamenti fino ad allora effettuati discendevano da attività

aventi la finalità di valutare l'esposizione del consumatore finale al radionuclide. Pertanto, i campionamenti erano stati effettuati su prodotti presenti sul mercato e alla distribuzione. Dalle prime informazioni è sembrata comunque verosimile l'ipotesi che il fenomeno riscontrato potesse essere riconducibile all'eredità dell'incidente di Chernobyl del 1986. In considerazione di ciò e nell'ottica di una maggiore conoscenza della distribuzione territoriale del fenomeno e della tutela della salute del consumatore e della popolazione insistente nelle aree più a rischio, è stato predisposto un Piano di monitoraggio della contaminazione da cesio di taluni prodotti di raccolta spontanei (animali selvatici, funghi, bacche) da attuare nelle aree dell'arco alpino che maggiormente hanno risentito del *fallout* a seguito dell'incidente di Chernobyl e, su base volontaria, dalle altre Regioni. Il piano, emanato nel giugno 2013, con durata di 6 mesi, prevede la rendicontazione dei risultati entro il 1° marzo 2014.

## **2.4. Raccomandazione 2003/274/CE**

La Raccomandazione 2003/274/CE è inerente la protezione e l'informazione del pubblico per quanto riguarda l'esposizione risultante dalla continua contaminazione radioattiva da cesio di taluni prodotti di raccolta spontanei a seguito dell'incidente verificatosi nella centrale nucleare di Chernobyl.

## **2.5. Procedure operative straordinarie per la prevenzione e la gestione del rischio contaminazione da aflatoxine nella filiera lattiero-casearia e nella produzione del mais destinato all'alimentazione umana e animale, a seguito di condizioni climatiche estreme**

La situazione climatica dell'estate 2012, caratterizzata da accentuata siccità e da elevate e persistenti temperature, ha comportato, in alcune aree del nostro Paese, un aumento della contaminazione da aflatoxine nel mais con valori superiori ai limiti fissati dalla Direttiva 2002/32/CE.

Tale problematica, oltre a rappresentare un serio problema per la salute animale, è un rischio anche per la salute pubblica, data la conseguente presenza di aflatossine M1 nel latte prodotto da animali alimentati con mangimi contaminati e nei relativi prodotti derivati.

Nel settembre 2012, a fronte delle prime segnalazioni di non conformità per superamento dei tenori massimi stabiliti dalle norme comunitarie, il Ministero della salute ha fornito indicazioni, aventi carattere temporaneo, a tutte le Autorità competenti delle Regioni e Province Autonome, nonché alle altre Amministrazioni e associazioni di categoria coinvolte nella problematica, al fine di armonizzare e incrementare i controlli sull'intero territorio nazionale sia nella filiera lattiero-casearia sia nella produzione di mais destinato all'alimentazione umana e animale. In particolare, è stato chiesto di adottare misure di salvaguardia della salute pubblica procedendo a:

- intensificare la verifica della corretta applicazione dei piani di autocontrollo aziendali da parte degli operatori del settore alimentare, con particolare riferimento all'adeguatezza delle frequenze delle analisi per la ricerca di aflatossina M1, ai fini della gestione del rischio;
- intensificare la verifica dell'efficacia dell'applicazione delle buone prassi di raccolta e stoccaggio da parte degli operatori del settore dei mangimi (produttori primari);
- intensificare il controllo ufficiale sul mais

Tabella 2.2. Attività 2012 – settore mangimi (aflatossina B1)

N. Regioni coinvolte	N. campioni	N. non conformità
12	333	12

Tabella 2.3. Attività 2012 – mais d'uso umano (aflatossina B1)

N. strutture ispezionate	N. campioni	N. strutture non conformi (HACCP)
43	40	1

Tabella 2.4. Attività 2012 – settore lattiero-caseario (aflatossina M1)

N. strutture ispezionate	N. strutture non conformi (HACCP)	N. campioni	N. non conformità
2.527	238	1.013	41

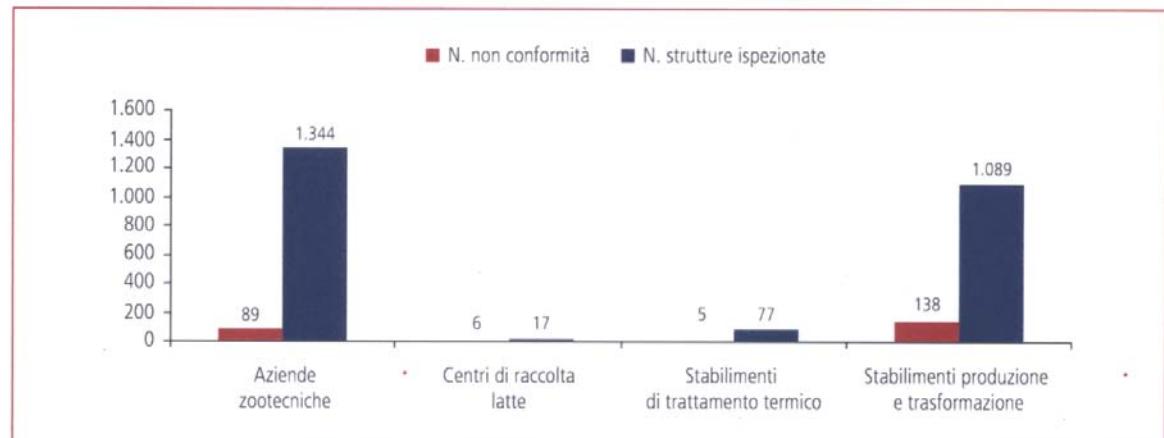
pronto all'immissione sul mercato per il consumo umano e su alcune materie prime destinate all'alimentazione animale;

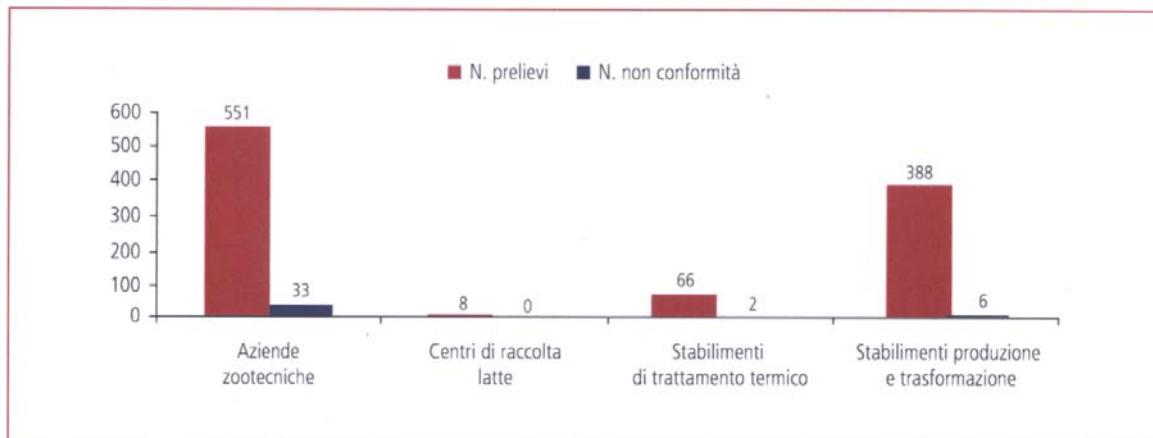
- intensificare i controlli ufficiali presso le aziende conferenti il latte e gli stabilimenti primi destinatari (centri di raccolta, stabilimenti di trattamento termico, di trasformazione).

Le *Tabelle 2.2, 2.3 e 2.4* e le *Figure 2.1 e 2.2* mostrano l'attività eseguita nel 2012.

Nel gennaio 2013 sono state trasmesse le

Figura 2.1. Rendicontazione dell'attività di ispezione delle strutture lattiero-casearie (settembre-dicembre 2012).



**Figura 2.2.** Rendicontazione dell'attività di campionamento in matrice latte (settembre-dicembre 2012).

procedure operative volte a un'armonizzazione dei controlli, da applicare ogni qual volta si verifichino condizioni climatiche e

ambientali tali da causare un incremento dei livelli di contaminazione nel mais e, di conseguenza, nel latte e prodotti derivati.

# Siti Bonifica Interesse Nazionale – SIN

## 3.1. Quadro programmatico

I Siti di Interesse Nazionale (SIN) ai fini della bonifica sono individuabili in relazione alle caratteristiche del sito, alle quantità e pericolosità degli inquinanti presenti, al rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini di rischio sanitario ed ecologico, nonché di pregiudizio per i beni culturali e ambientali. Con l'emanazione del decreto 11 gennaio 2013 in conformità con i principi e criteri direttivi previsti dal D.Lgs. 152/2006, il numero di SIN è stato ridotto in totale a 39; essi comprendono aree industriali dismesse, in corso di riconversione e in attività, aree oggetto di smaltimento incontrollato di rifiuti, aree portuali. Tali aree, che possono includere anche insediamenti urbani a diversa densità abitativa, sono generalmente caratterizzate da una contaminazione di tipo chimico delle diverse matrici ambientali che può comportare, in alcuni casi, un potenziale pericolo per la salute umana e l'ambiente. In Italia, negli ultimi anni, sono stati programmati ed effettuati studi e piani di monitoraggio evoluti a livello scientifico che hanno comportato una sempre più stretta collaborazione tra i Ministeri della salute e dell'ambiente in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Strategia Europea Ambiente e Salute. Tali attività riguardano la valutazione dell'esposizione in relazione alla contaminazione delle matrici ambientali, il monitoraggio degli alimenti di origine animale e il monitoraggio dello stato di salute attraverso studi epidemiologici.

## 3.2. Valutazione dell'esposizione

La valutazione dell'esposizione, codificata fin dagli anni Ottanta da enti europei e internazionali, rappresenta un aspetto fondamenta-

le nella procedura di valutazione del rischio e negli studi di epidemiologia ambientale. Come raccomandato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), una corretta valutazione dell'esposizione dovrebbe essere effettuata nei siti contaminati, al fine di individuare i reali rischi a cui la popolazione è soggetta; essa deve comprendere l'elaborazione di un modello concettuale, l'analisi delle vie di esposizione e la conoscenza dei livelli di concentrazione delle sostanze nelle matrici presenti in un determinato SIN. Negli ultimi anni l'Istituto superiore di sanità (ISS), in coordinamento con i Ministeri della salute e dell'ambiente e con le Regioni, ha effettuato studi di valutazioni dell'esposizione in numerosi SIN. Tali studi hanno riguardato aree a uso agricolo come il SIN di Brescia, in cui i PCB rappresentano le sostanze indice prevalenti, e il SIN Sulcis Iglesiente in Sardegna, dove sono state valutate le concentrazioni di metalli quali arsenico, cadmio, piombo e zinco; inoltre, tali valutazioni sono state effettuate anche in aree caratterizzate da una contaminazione dei sedimenti con potenziale rischio connesso alla contaminazione di prodotti della pesca, come per esempio il SIN di Orbetello, nel quale il mercurio rappresenta l'inquinante prevalente. Sono in corso anche studi di valutazione dell'esposizione su siti caratterizzati dalla presenza di molteplici inquinanti in diverse matrici ambientali come il SIN di Priolo, nel quale è stato ipotizzato anche un rischio di tipo inalatorio sulla base delle attività industriali a oggi presenti. Tali studi permettono di approfondire la conoscenza delle cause della contaminazione, di adottare misure di prevenzione adeguate e anche di integrare e approfondire la conoscenza dei nessi di causalità con le patologie identificate dagli studi di tipo epidemiologico.

### **3.3. Piano nazionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale prodotti nei Siti di Interesse Nazionale (Piano SIN)**

La stima dei livelli di contaminanti ambientali negli alimenti rappresenta una priorità per la salute pubblica in considerazione dello stretto legame esistente tra ambiente e salute. Il Ministero della salute, nel 2011, ha avviato un Piano di monitoraggio con l'intento generale di acquisire, su base nazionale, elementi conoscitivi sulla presenza e sulla diffusione dei contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale nelle aree a maggiore impatto ambientale. I 57 SIN sono stati considerati, con buona approssimazione, esaustivi delle situazioni di elevato rischio sanitario e ambientale riscontrabili sul territorio nazionale, in quanto in essi insistono realtà quali insediamenti industriali dismessi, industrie ancora in attività, discariche autorizzate e non. L'obiettivo è stato l'acquisizione dei dati necessari per una definizione dei livelli di rischio per i principali contaminanti ambientali in alimenti di origine animale prodotti nei SIN o in loro prossimità attraverso il campionamento delle produzioni animali che fungono da bioindicatori dell'esposizione (latte ovicaprino, vongole da banchi naturali, uova, mitili). Il piano di durata triennale ha permesso al Gruppo Tecnico di Coordinamento, istituito con decreto direttoriale del 26 aprile 2011, congiuntamente con le Regioni e Province Autonome di volta in volta coinvolte, di caratterizzare 54 siti di interesse per la sicurezza alimentare [nel SIN La Maddalena (Sardegna) non esiste ancora un decreto di perimetrazione; nel SIN di Bolzano non esistono coltivazioni o terreni destinati o allevamenti zootecnici, anche a carattere familiare; il SIN Emarese (Valle d'Aosta) è caratterizzato per presenza di cava di amianto]. Le valutazioni finora condotte hanno consentito di predisporre piani operativi dettagliati con specifiche attività di campionamento e ricerche analitiche mirate al contesto ambientale di ciascun sito. Tale valutazione è stata possibile grazie alla condivisione tra gli organismi coinvolti degli esiti di pregresse attività di monitoraggio, a

carattere sia ambientale sia sanitario, effettuate in tali aree e alla capacità del sistema informativo geografico del SINVSA (Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare) di rappresentare adeguatamente i territori studiati. Per stimare con sufficiente precisione la concentrazione delle sostanze da ricercare, il numero di campioni da prelevare all'interno di ciascun SIN fino a un'area di 10 km dal perimetro è stato fissato a 30 per matrice. I contaminanti prioritari da ricercare individuati sulla base delle caratterizzazioni dei siti eseguite per la loro perimetrazione sono diossine, policlorobifenili diossina-simili e policlorobifenili non diossina-simili, nonilfenolo, pentaclorofenolo, idrocarburi policiclici aromatici ed elementi inorganici. Gli esiti analitici unitamente alle informazioni relative al prelievo georeferenziato sono inserite nel SINVSA e sono attualmente oggetto di valutazione. Tali dati forniranno anche un valido supporto alle Autorità competenti in materia ambientale nelle decisioni relative ai siti da bonificare e potranno in alcune circostanze scongiurare l'adozione di interventi, quali l'interdizione all'uso di aree agricole, non giustificati da un reale rischio per la salute pubblica, ma che avrebbero un indubbio impatto economico sulle produzioni agroalimentari.

### **3.4. SENTIERI – monitoraggio dello stato di salute nei Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche**

L'ISS, con una rete di Istituzioni scientifiche italiane e con il Centro Europeo Ambiente e salute dell'OMS, ha condotto il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento), che è stato oggetto di due pubblicazioni. Nel corso del 2013, alcuni risultati del Progetto SENTIERI sono stati pubblicati a livello internazionale e l'“approccio SENTIERI” è stato incluso dall'OMS per condurre una prima caratterizzazione dello stato di salute dei residenti nei siti contaminati. Successivamente all'analisi della mortalità (1995-2002) in 44 SIN per le bonifiche, per i 18 SIN inclusi in SENTIERI e serviti dalla

rete AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) la mortalità è stata aggiornata al 2010, l'incidenza oncologica è stata analizzata per il periodo 1996-2005 e i dati di ospedalizzazione per gli anni 2005-2010. I risultati per patologie con agente eziologico pressoché unico, per esempio le fibre asbestiformi, sono di agevole commento. Il mesotelioma della pleura e il tumore maligno della pleura, suo proxy, mostrano incrementi nei SIN di Biancavilla, dove è presente la fibra asbestiforme fluoro-edenite, e Priolo, dove l'asbesto è presente insieme ad altri contaminanti ambientali. Più complesso è commentare incrementi per patologie con eziologia multifattoriale in siti industriali con sorgenti emissive molteplici ed eterogenee, come per esempio il tumore del polmone e le malattie respiratorie. Altri risultati di interesse riguardano le patologie del sistema urinario (insufficienze renali nei SIN Basso Bacino del Fiume Chienti, Taranto, Milazzo e Priolo). L'analisi dell'incidenza oncologica e dei ricoverati è un elemento di novità perché queste analisi sono informative anche per patologie ad alta sopravvivenza. Per esempio, sulla base dell'incidenza oncologica e dei ricoverati, a Brescia-Caffaro sono stati osservati eccessi per le sedi tumorali che la valutazione dell'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) del 2013 associa certamente (melanoma) o probabilmente (tumore della mammella e per i linfomi non Hodgkin) con i policlorobifenili, principale contaminante nel sito. Inoltre, nell'insieme dei 44 SIN inclusi nel progetto SENTIERI, un'analisi preliminare della mortalità infantile (1995-2009) mostra, per tutte le cause e per condizioni morbose perinatali, nell'età 0-1 anno, un incremento rispettivamente del 4% e del 5% rispetto ai bambini italiani della stessa età. Altro approfondimento deve riguardare i tumori infantili nei siti contaminati. Queste osservazioni sono coerenti con le evidenze scientifiche che documentano che i bambini sperimentano, rispetto agli adulti, livelli più elevati di esposizione a inquinan-

ti e una maggiore vulnerabilità agli effetti di tali esposizioni. Pertanto, al fine di dedicare all'infanzia adeguati approfondimenti di studio è stato messo a punto il Progetto SENTIERI KIDS, con l'obiettivo di istituire un osservatorio permanente per monitorare lo stato di salute dei bambini residenti nei siti contaminati, istituendo un gruppo di lavoro multidisciplinare e multi-istituzionale che propone di analizzare, oltre alla mortalità, i ricoveri ospedalieri e l'incidenza neoplastica, al fine di fornire un quadro completo dell'impatto sanitario dei siti contaminati sull'infanzia. Il Progetto SENTIERI e il suo sviluppo, SENTIERI KIDS, dedicano particolare attenzione agli aspetti di informazione e comunicazione degli elementi conoscitivi, a supporto della pianificazione di attività di prevenzione primaria e di promozione della salute.

### Bibliografia essenziale

- Beccaloni E, Cicero MR, Falleni F, et al. Prospettive nella caratterizzazione ambientale e valutazione dell'esposizione. In: Comba P, Pirastu R, Conti S, et al. (Eds). SENTIERI - mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri nei Siti di Interesse Nazionale. Epidemiologia e Prevenzione 2014 (in stampa)
- Carere M, Cicero MR, Falleni F, et al. Sediment mercury contamination in Italian lagoons: procedures of risk assessment. In: 7th International Conference on Remediation of Contaminated Sediments. Proceedings, 4-7 febbraio 2013
- Comba P, Pirastu R, Conti S, et al. (Eds). SENTIERI - mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri nei Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche. Epidemiologia e Prevenzione 2014 (in stampa)
- Iavarone I, Biggeri A, Cadum E, et al. SENTIERI KIDS: monitorare lo stato di salute infantile nei siti inquinati italiani per le bonifiche. In: Comba P, Pirastu R, Conti S, et al. (Eds). SENTIERI - mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri nei Siti di Interesse Nazionale. Epidemiologia e Prevenzione 2014 (in stampa)
- Iavarone I, Pirastu R, Minelli G, Comba P. La salute infantile nei siti inquinati italiani. Epidemiologia e Prevenzione 2013; 37 (Suppl. 1): 255-60

# Stili di vita

## 4.1. Attività fisica

### 4.1.1. Quadro programmatico

Nella maggior parte dei Paesi le opportunità per svolgere attività fisica continuano a diminuire, mentre la prevalenza di stili di vita sedentari sta aumentando, con gravi conseguenze per la salute e con ricadute a livello sociale ed economico. L'inattività fisica è uno dei principali fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili. Circa 3,2 milioni di morti ogni anno sono attribuibili all'inattività fisica. Le persone che non sono fisicamente attive hanno un aumentato rischio di mortalità per tutte le cause dal 20% al 30%, rispetto a coloro che si impegnano in almeno 30 minuti di attività fisica di intensità moderata quasi tutti i giorni della settimana. La mancanza di attività fisica contribuisce, inoltre, ad aumentare i livelli di obesità infantile e adulta. L'attività fisica regolare, al contrario, riduce il rischio di malattie cardiovascolari, diabete, cancro al seno e al colon. Nei bambini promuove uno sviluppo fisico armonico e favorisce la socializzazione, mentre per gli anziani i benefici riguardano l'autonomia funzionale, la diminuzione del rischio di cadute e di fratture e la protezione dalle malattie correlate all'indebolimento. Fare movimento tutti i giorni, inoltre, migliora il benessere psicologico, poiché riduce lo stress, aumenta l'autostima e influisce positivamente sui rapporti sociali. Per vivere in modo attivo e in buona salute è fondamentale non solo praticare un'attività sportiva strutturata, ma integrare l'attività fisica nella quotidianità. I luoghi dove si vive e si lavora (casa, scuola, ufficio, ambiente urba-

no) giocano un ruolo determinante sulla possibilità di svolgere un regolare esercizio fisico. Tuttavia, l'ambiente costruito può favorire o ostacolare la possibilità di svolgere attività ricreative, di praticare esercizio fisico e sportivo, di camminare o di andare in bicicletta. Le persone che vivono in ambienti che favoriscono l'attività fisica sono più predisposte a essere attive. La pianificazione urbana, i trasporti e la sicurezza dei luoghi pubblici sono decisivi nel determinare se le persone riescono a integrare l'attività fisica nella vita quotidiana.

Aumentare la partecipazione dell'intera popolazione all'attività fisica è una delle principali priorità per la salute non solo per i Paesi ad alto e medio reddito, ma anche per quelli a più basso reddito, che stanno sperimentando rapide transizioni economiche e sociali, e richiede la collaborazione di varie Istituzioni e il coinvolgimento di ambiti diversi: educazione, politiche fiscali, ambiente, trasporti, media, industria, autorità locali.

Le politiche e le azioni che favoriscono lo svolgimento dell'attività fisica rappresentano un forte investimento non solo per la prevenzione delle malattie croniche e il miglioramento della salute e della qualità della vita ma, anche, per gli effetti positivi sullo sviluppo economico anche in termini di sostenibilità. Promuovere modalità attive di spostamento come camminare, andare in bicicletta e utilizzare il trasporto pubblico è non solo un modo pratico e sostenibile per aumentare l'attività fisica quotidiana, ma contribuisce anche a migliorare la qualità dell'aria, a ridurre il traffico e le emissioni di  $CO_2$ , importanti ai fini di uno sviluppo sostenibile.

#### 4.1.2. Rappresentazione dei dati

Secondo i dati Istat 2013 lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile: le percentuali più alte di sportivi continuativi si riscontrano nella fascia d'età tra i 6 e i 17 anni, in particolare tra i maschi di 11-14 anni (61,6%). Per l'attività sportiva saltuaria le percentuali più alte si registrano, invece, tra i 18 e i 24 anni (15,0%). All'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport (sia esso continuativo o saltuario). L'analisi per genere mostra delle differenze molto marcate: tra gli uomini, il 25,8% pratica sport con continuità e il 10,6% lo pratica in modo saltuario; tra le donne, le percentuali scendono, rispettivamente, al 17,1% e al 6,9%. Tra le donne, però, è più alta la percentuale di coloro che svolgono qualche attività fisica (il 29,1%, contro il 26,1% degli uomini). La pratica sportiva diminuisce man mano che si scende da Nord verso Sud. Il 24,9% della popolazione di 3 anni e più residente nel Nord, infatti, dichiara di praticare sport con continuità e il 10,2% di praticarlo in modo saltuario; per contro, nel Mezzogiorno, a praticare sport con continuità è il 15,2% delle persone di 3 anni e più e a praticarlo saltuariamente è solo il 6,8%.

Dai dati della rilevazione 2012 del Sistema di sorveglianza OKKIO alla SALUTE, attivo dal 2008, è emerso che il 17,0% dei bambini non ha praticato movimento (attività sportiva strutturata a scuola o all'esterno o semplice gioco all'aperto) il giorno precedente l'indagine. Tale percentuale risulta più elevata nelle Regioni del Sud (23,0%) rispetto al Centro (17,0%) e al Nord (14,0%). Inoltre, il 16,0%

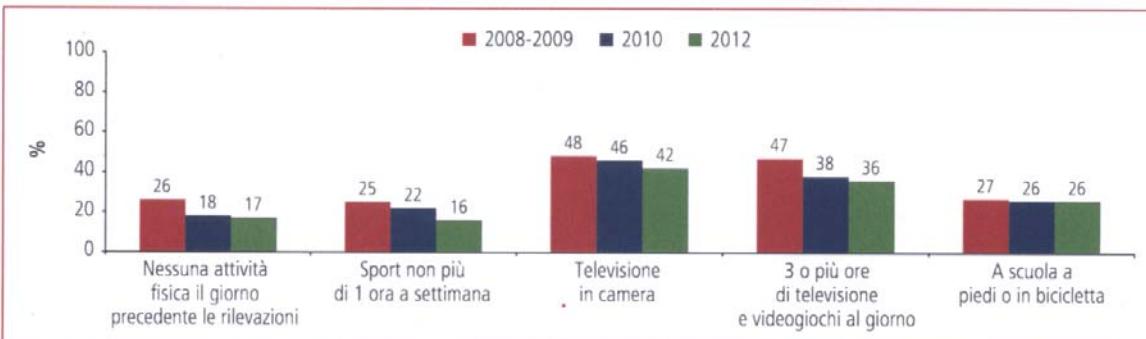
dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana e solo il 26,0% si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Permangono elevate anche le abitudini sedentarie: il 42,0% dei bambini ha la televisione in camera (percentuale più elevata nel Meridione) e il 36,0% guarda la televisione e/o gioca con i videogiochi per 3 o più ore al giorno (*Figura 4.1*). Questi valori, pur rimanendo elevati, mostrano un lieve miglioramento rispetto al passato.

I dati 2012 del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) mostrano che il 31,0% degli adulti di 18-69 anni è completamente sedentario, ovvero non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolge un lavoro pesante che comporta sforzo fisico; il 36,0% è da considerarsi "parzialmente" attivo, perché svolge qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati; solo il 33,0% degli intervistati svolge la regolare attività fisica raccomandata dalle Linee guida internazionali (che equivale a 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni a settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni a settimana) o fa un lavoro che richiede comunque un importante sforzo fisico.

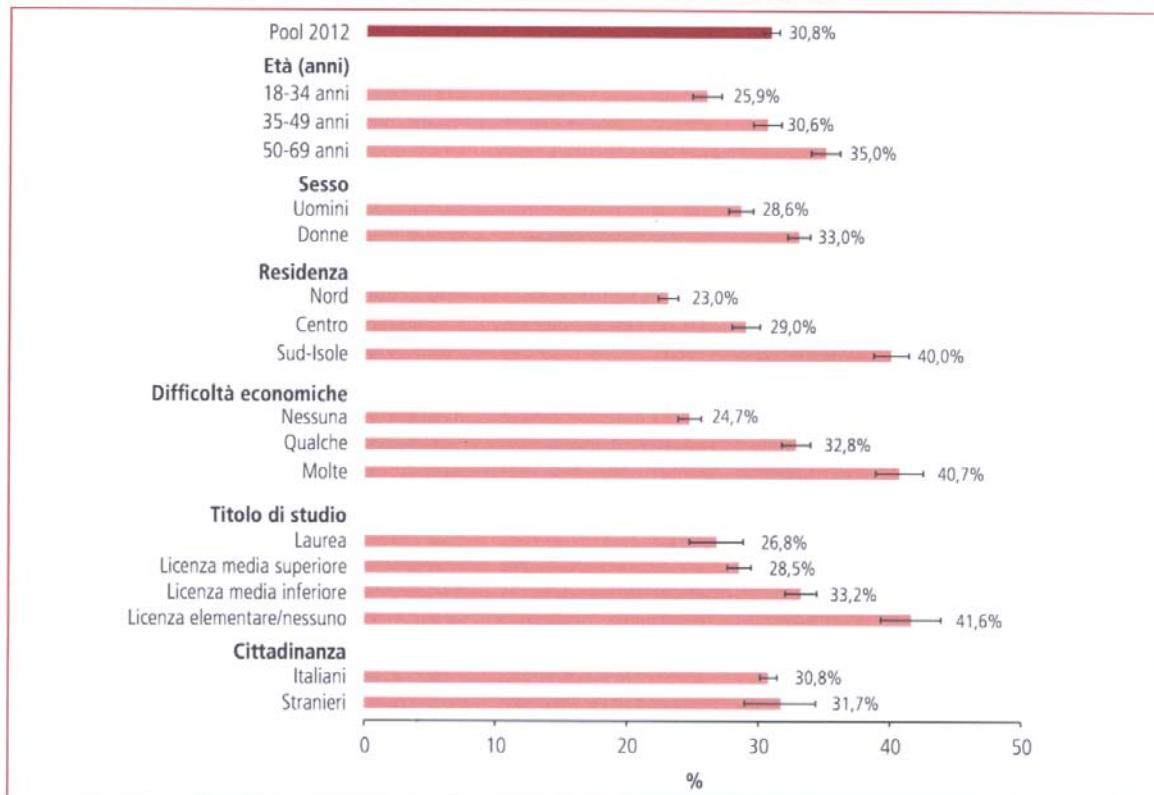
La percentuale di adulti sedentari aumenta con l'età, è maggiore tra le donne, tra i più svantaggiati economicamente, tra i meno istruiti e tra i residenti nelle Regioni del Sud Italia (*Figura 4.2*). Forte e significativo il gradiente Nord-Sud, con il valore massimo che si registra in Basilicata (58,0%) e il valore minimo (6,0%) nella Provincia Autonoma di Bolzano.

La percentuale di sedentari rimane stabile nel tempo, non modificandosi significativamente

**Figura 4.1. Attività fisica e abitudini sedentarie nei bambini di 8-9 anni (Italia 2008-2012).**



**Figura 4.2.** Percentuale di sedentari in sottogruppi di popolazione per caratteristiche sociodemografiche.  
Dati PASSI 2012 (n = 36.580).



Fonte: ISS – PASSI Anno 2012.

nei 5 anni di rilevazione 2008-2012, in nessuna delle tre macroaree geografiche del Paese. L'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà appare troppo bassa: nel 2012, meno di 1 intervistato su 3 (31,0%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica svolta ed è ancora inferiore (29,0%) la percentuale di coloro che dichiarano di aver ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica. Il sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne, PASSI d'Argento, ha adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (*Physical Activity Score in Elderly*, PASE) che tiene conto delle diverse esigenze della popolazione anziana, prendendo in considerazione le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Nella Figura 4.3 si evidenziano livelli di attività fisica anche molto differenti tra gli ultra64enni delle diverse Regioni (range fra 73,4 della Campania e 128,5 della Valle d'Aosta), con un marcato gradiente Nord-

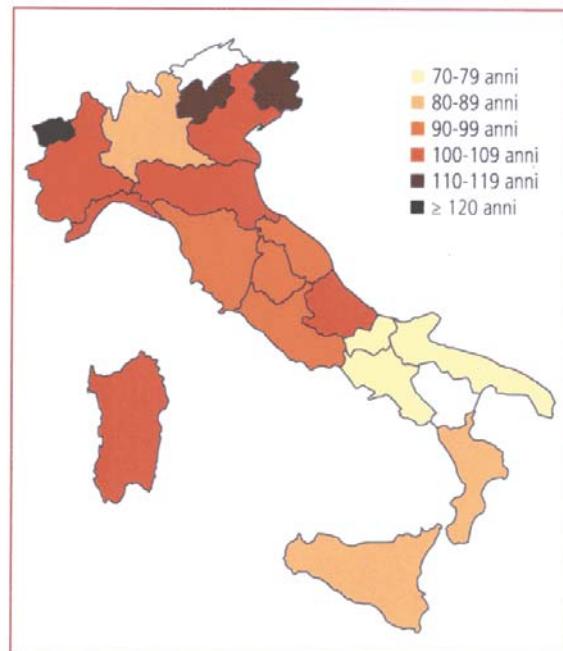
Sud che, pur in assenza di livelli soglia definiti, suggerisce ampi spazi di miglioramento.

#### 4.1.3. Esposizione e valutazione critica dei dati, con eventuali confronti territoriali (nazionali o europei)

Praticare regolare attività fisica e seguire una corretta alimentazione contribuiscono al miglioramento dello stato di salute di ogni individuo e favoriscono il mantenimento del corretto peso corporeo. In virtù di ciò, gli adulti dovrebbero svolgere attività fisica con regolarità così come i bambini; a questi ultimi, secondo indicazioni internazionali, è raccomandato di svolgere almeno un'ora al giorno di attività fisica, includendo l'attività motoria scolastica, quella strutturata con personale specializzato e il gioco all'aperto.

Una regolare attività fisica protegge gli anziani da numerose malattie e migliora la qualità della vita, ma è correlata direttamente alle con-

Figura 4.3. Valori medi del punteggio PASE (standardizzati per classi di età, 65-74 e 75 anni e più, e genere); Lombardia, Marche e Friuli Venezia Giulia sono rappresentate da una sola Azienda sanitaria; in bianco le Regioni non partecipanti.



Fonte: Sorveglianza PASSI d'Argento, 2012-2013.

dizioni complessive di salute e, pertanto, può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto avanti con l'età e/o con difficoltà nei movimenti. La quantità di attività fisica "raccomandabile" varia, quindi, a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. 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. L'approccio intersetoriale perseguito da "Guadagnare Salute" consente di attuare interventi che modificano i comportamenti non salutari, sia agendo sullo stile di vita individuale sia creando condizioni ambientali e sociali atte a favorire la modifica dei comportamenti scorretti. Per questi motivi, anche enti di promozione dello sport e del movimento, società sportive, fondazioni ed enti no profit possono operare in sinergia con le Istituzioni centrali del Paese, con i governi locali, la scuola, le comunità territoriali per promuovere una serie

di interventi strutturati e coordinati, con il fine di diffondere la cultura della vita attiva come strumento fondamentale per il benessere fisico e psichico della cittadinanza, rivolti alla popolazione generale, ma soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità.

Secondo i principi di "Guadagnare Salute" e nell'ambito del "Piano Nazionale di promozione dell'Attività sportiva", promosso dal Ministero per il turismo e lo sport, il 30 novembre 2012 è stato stipulato un Accordo di collaborazione tra il Ministero della salute e il Dipartimento per gli affari regionali, il turismo e lo sport della Presidenza del Consiglio, finalizzato a sviluppare iniziative congiunte per promuovere uno stile di vita attivo fin dall'età pediatrica. L'Accordo, in particolare, mira a diffondere la cultura dell'attività fisica e motoria quale fattore di benessere psicofisico per tutta la popolazione, con particolare riguardo ai bambini e ai giovani, sensibilizzando i cittadini a sviluppare e mantenere stili di vita salutari.

In attuazione dell'Accordo, e nell'ambito del "Piano Nazionale per la promozione dell'Attività sportiva" della Presidenza del Consiglio, sono stati promossi e cofinanziati dal Ministero della salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Regionali, il Turismo e lo Sport – Ufficio per lo Sport – due progetti pilota per la promozione dell'attività motoria tra i bambini delle scuole primarie nelle Regioni Friuli Venezia Giulia e Puglia, al fine di verificarne l'efficacia e la trasferibilità ad altre realtà territoriali.

Nell'ambito dei Piani Regionali della Prevenzione e di progetti del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), diverse Regioni hanno attivato interventi di promozione del cammino che prevedono l'addestramento come conduttori ("walking leader") di alcuni partecipanti. I gruppi hanno coinvolto adulti, ma soprattutto anziani, e hanno consentito uno scambio intergenerazionale attraverso uscite coinvolgenti nonni, genitori e figli. Parte integrante degli interventi di prevenzione e strumenti di *empowerment* per la promozione della salute sono anche educazione, informazione e comunicazione ai cittadini.

La lotta alla sedentarietà rappresenta un obiettivo di salute fondamentale e trasversale a tutte

le diverse iniziative di comunicazione che il Ministero intende realizzare per favorire l'adozione degli stili di vita salutari nella popolazione. In considerazione di ciò il tema è stato inserito, d'intesa con il Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel Programma delle iniziative di comunicazione del Ministero della salute per l'anno 2012. La campagna per la promozione dello sport e dell'attività fisica, che ha avuto come testimonial il Commissario tecnico della nazionale di calcio, puntava a coinvolgere la popolazione di tutte le età, invitandola direttamente ad adottare uno stile di vita attivo.

I messaggi, veicolati in modo autorevole ma con un tono colloquiale e amichevole, hanno ricordato ai vari target che l'attività fisica è un importante fattore che contribuisce al mantenimento della salute delle persone e deve essere calibrata a seconda dell'età in cui si pratica. Per raggiungere nel modo più efficace il maggior numero di cittadini la campagna è stata trasmessa attraverso la televisione, la radio e la stampa.

Nel dicembre 2013 è stato stipulato un ulteriore Accordo di collaborazione tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli affari regionali, le autonomie e lo sport –, il Ministero della salute – Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione – e il Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), per la realizzazione di un progetto finalizzato alla promozione di stili di vita salutari e degli “sport di base”, con particolare riferimento alle classi di età fino a 12 anni, per la diffusione, anche in orario extrascolastico, della pratica sportiva e motoria, quale strumento di tutela della salute

e del benessere psicofisico dei bambini. Tale progetto sarà attivato nel corso del 2014.

### Bibliografia essenziale

- Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, et al. PASSI Coordinating Group. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011; 8: A24
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007. <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-italian-20may2010.pdf>. Ultima consultazione: agosto 2014
- Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P (Ed). Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra-64enne. Roma: Istituto superiore di sanità, 2013 (Rapporti ISTISAN 13/)
- Istat. Annuario statistico italiano 2013 Capitolo 11: Famiglie e aspetti sociali vari. [http://www.istat.it/it/files/2013/12/Cap\\_11.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/12/Cap_11.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014
- Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, et al. (Ed). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto superiore di sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/14)
- WHO. Global recommendations on physical activity for health. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1). Ultima consultazione: agosto 2014
- WHO. Global Status Report on Non-Communicable Diseases (2010). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014

## 4.2. Abitudine al fumo

### 4.2.1. Quadro programmatico

La prevenzione e la cura del tabagismo sono essenziali per promuovere e tutelare la salute pubblica, ma richiedono l'attuazione di misure efficaci (interventi normativi, attività di educazione e promozione della salute, svi-

luppo di metodologie e farmaci per favorire la cessazione) atte a determinare una progressiva diminuzione dei consumi di prodotti del tabacco, la protezione dall'esposizione al fumo passivo e la conseguente riduzione delle gravissime patologie fumo-correlate. Si tratta di un obiettivo che non può essere

perseguito dal solo Ministero della salute, ma dal Governo nel suo complesso, tenendo conto anche delle implicazioni relative agli aspetti economici, che non possono tuttavia prevalere sul supremo interesse della tutela della salute.

Anche la Convenzione Quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il Controllo del Tabacco – FCTC impegna anche l'Italia al raggiungimento dell'obiettivo di "Proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo".

#### 4.2.2. Rappresentazione dei dati

Secondo i dati Istat, nel 2013, su 51,9 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori sono circa 10,8 milioni (20,9%), di cui 6,6 milioni di uomini (26,4%) e 4,2 milioni di donne (15,7%). Nel 2003, prima della legge 3/2003, la prevalenza dei fumatori era del 23,8% (31,0% uomini e 17,4% donne) con un calo complessivo del 12,0% (-14,8% gli uomini e -9,8% le donne).

I valori più alti per gli uomini si hanno tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con una percentuale del 36,2%; per le donne la classe con una prevalenza più alta è quella tra i 45 e i 54 anni, con una percentuale del 22,1%. La prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni, con un

valore di 20,4% (25,9% i maschi e 14,7% le femmine), è in leggero calo.

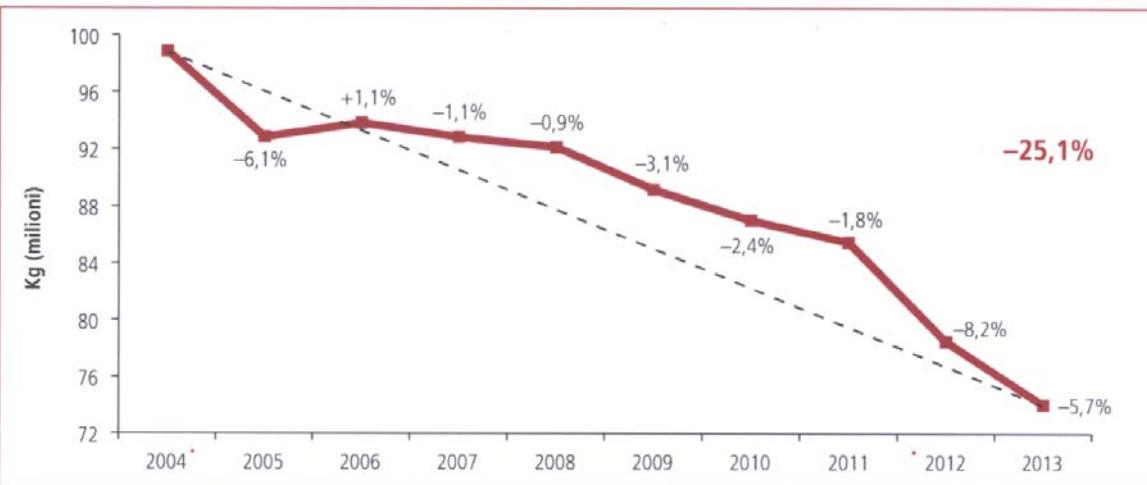
La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia Centrale (22,5%), seguono il Sud e le Isole (21,0%) e il Nord (20,0%).

Dall'elaborazione dei dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli risulta che nel 2013 le vendite dei prodotti del tabacco si sono ridotte del 5,4%, rispetto al 2012. In particolare, le vendite di sigarette si sono ridotte del 5,7% (quasi 2 pacchetti in meno al mese acquistati da ciascun fumatore). La diminuzione delle vendite di sigarette negli ultimi 10 anni (2004-2013) è pari a circa il 25,1%. Nel 2013, per la prima volta da 10 anni, le vendite del tabacco trinciato sono leggermente diminuite (-0,7%), anche se, dal 2004, le vendite di questo tipo di tabacco, arrivato a rappresentare il 5,1% del mercato (le sigarette il 92,8%), sono più che quintuplicate (*Figura 4.4*).

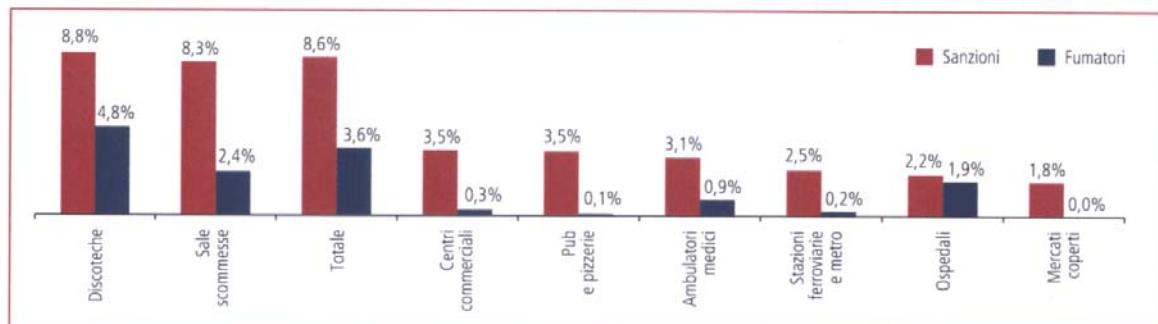
#### 4.2.3. Monitoraggio della legge n. 3/2003 art. 51

Su mandato del Ministro della salute, il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS) effettua controlli a campione su tutto il territorio nazionale sull'applicazione della legge. Dal 2002 al 2013 i NAS hanno compiuto quasi 32.000 controlli presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti,

Figura 4.4. Andamento delle vendite di sigarette (Anni 2004-2013).



Fonte: Elaborazione Ministero della salute dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Anni 2004-2013.

**Figura 4.5.** Percentuale delle sanzioni (totali e per aver fumato dove non consentito) [Anno 2013].

Fonte: Elaborazione Ministero della salute dati del Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute – Anno 2013.

uffici postali, sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), che hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma.

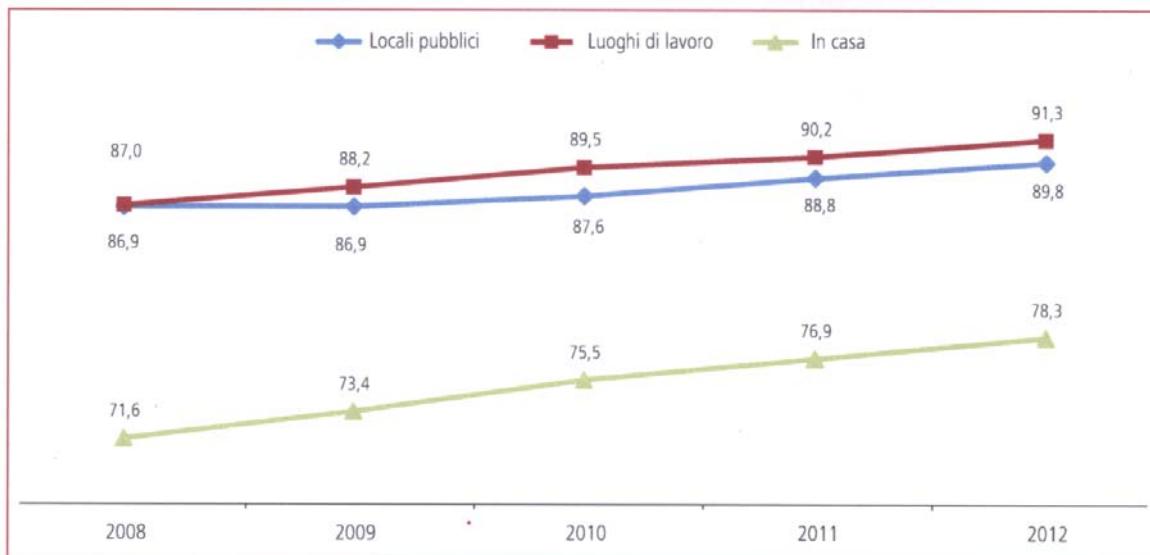
Nel 2013, i NAS hanno eseguito 5.642 ispezioni (+12,0%), inclusi 1.283 controlli ai distributori automatici di sigarette, alle rivendite di tabacchi e di sigarette elettroniche, contestando 217 infrazioni, la maggior parte delle quali presso discoteche, sale scommesse e ospedali (Figura 4.5).

#### 4.2.4. Opinioni della popolazione

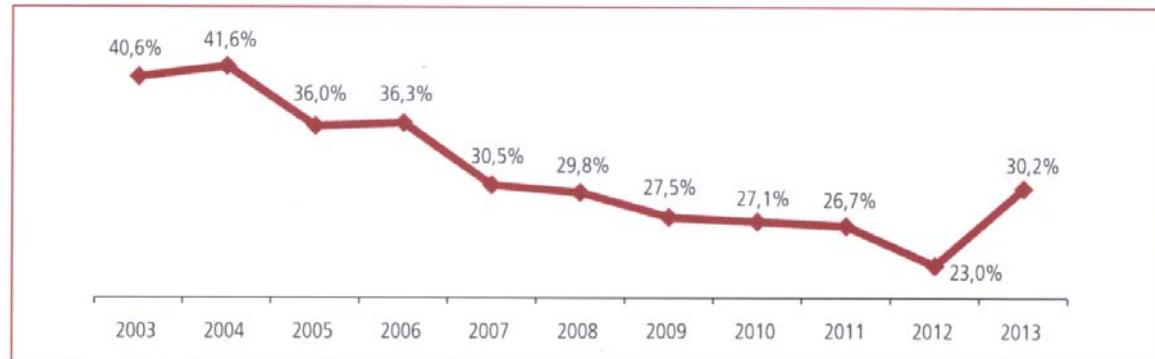
Il sistema di sorveglianza PASSI negli ultimi 5 anni ha valutato la percezione della popolazio-

ne sul rispetto della legge rispettivamente nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro. La positiva percezione è in aumento (dall'87,0% del 2008 al 90,0% e oltre del 2012) [Figura 4.6].

È in aumento, inoltre, la percentuale della popolazione che fa rispettare il divieto di fumo in casa (dal 71,6% nel 2008 al 78,3% nel 2012). Secondo l'indagine Doxa 2013, promossa dall'Istituto superiore di sanità (ISS)/Osservatorio Fumo Alcol e Drogena (OssFAD), inoltre, la maggior parte della popolazione intervistata ritiene utile l'estensione del divieto di fumo alle fermate degli autobus (60,4%), negli stadi (64,6%) e nei giardini pubblici (60,8%); un consenso particolarmente elevato riscuote l'estensione del divieto nelle aree

**Figura 4.6.** Andamento della percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici, sui luoghi di lavoro e in casa (Anni 2008-2012).

Fonte: Istituto superiore di sanità/CNESPS Sistema di sorveglianza PASSI – Anni 2008-2012.

**Figura 4.7. Andamento dei tentativi per smettere di fumare (Anni 2003-2013).**

Fonte: Istituto superiore di sanità/OFAD. Rapporto nazionale sul fumo – Anno 2013.

aperte degli ospedali (72,4% della popolazione generale e 52,8% dei fumatori) e nei cortili delle scuole (80,3% della popolazione generale e 67,5% dei fumatori).

#### 4.2.5. Tentativi di smettere di fumare

Secondo l'indagine DOXA, nel 2013 sono aumentati i tentativi di smettere di fumare (30,2% *vs* 23,0% dell'anno precedente): i fumatori che hanno tentato senza successo nel 92,0% dei casi non hanno avuto alcun tipo di supporto (*Figura 4.7*).

L'OssFAD ha censito sul territorio nazionale 372 servizi del Servizio sanitario nazionale (SSN) dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati (centri antifumo, CAF), in diminuzione rispetto al 2012. Il 56,0% dei CAF si trova nel Nord Italia, il 20,1% al Centro, il 23,9% al Sud. Tuttavia, i CAF sono conosciuti solo dal 31,8% degli intervistati, percentuale in calo rispetto agli anni precedenti. Il 66,7% dei CAF nel 2013 ha seguito tra gli 11 e i 100 utenti.

Secondo il sistema PASSI, tra gli intervistati che nel 2012 hanno avuto un contatto con un operatore sanitario solo nel 39,6% dei casi è stato chiesto se fumano e, tra i fumatori, solo il 51,1% ha ricevuto il consiglio di smettere.

#### 4.2.6. Sigarette elettroniche

Il Ministero della salute segue costantemente l'evoluzione delle conoscenze relative alle co-

siddette “sigarette elettroniche”, al fine della valutazione della diffusione del loro uso e dei possibili effetti sulla salute. Sono state emanate, pertanto, dal Ministero indicazioni circa le prescrizioni per l'etichettatura, in particolare relativamente alla concentrazione di nicotina, alla presenza dei simboli di tossicità e alla necessità di tenere tali prodotti lontano dai bambini.

L'indagine DOXA mostra che, nel 2013, il 91,2% degli italiani conosce la sigaretta elettronica e intende provarla il 10,1%. L'1,0% degli italiani (equivalente a circa 500.000 persone) la utilizza regolarmente (mediamente 9 volte al giorno), mentre il 3,2% (circa 1,6 milioni di persone) lo fa occasionalmente. Il 69,1% degli utilizzatori utilizza ricariche contenenti nicotina. Non si rilevano differenze significative di genere tra i consumatori abituali. L'indagine rileva che nella fascia di età 15-24 anni la prevalenza dei consumatori è più del doppio rispetto ai consumatori di sigarette tradizionali (il 23,6% *vs* l'11,6%).

Il 10,6% dichiara di aver smesso di fumare le sigarette tradizionali, mentre il 44,4% ha diminuito leggermente il numero di sigarette fumate, il 22,9% ha diminuito drasticamente e il 22,1% non ha modificato le abitudini tabagiche.

#### 4.2.7. Esposizione e valutazione critica dei dati, con eventuali confronti territoriali (regionali o europei)

Prevenzione primaria e cura del tabagismo e delle patologie correlate devono essere ac-

compagnate da un costante sostegno alla legislazione nazionale sugli ambienti senza fumo, da politiche fiscali e dei prezzi, finalizzate alla riduzione della domanda, da un forte contrasto al contrabbando dei prodotti. Il controllo del tabagismo, pertanto, è una delle aree del Programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, basato su un approccio intersettoriale alla promozione della salute, secondo i principi della “salute in tutte le politiche”.

La strategia italiana si sviluppa su tre direttive: proteggere la salute dei non fumatori, ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, sostenere la cessazione dal fumo.

La legge 3/2003 art. 51, che ha regolamentato il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati, rappresenta uno strumento efficace di salute pubblica, il cui bilancio a oggi è positivo.

La necessità di rafforzare la tutela della salute dei non fumatori, in particolare dei minori, ha portato all'introduzione (legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 del decreto legge 13 settembre 2012) del divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni, innalzando il limite dei 16 anni previsto dall'art. 25 del Regio decreto 1934.

Con la legge di conversione 8 novembre 2013 n. 128 del decreto legge 12 settembre 2013 n. 104, il divieto di fumo è stato esteso anche alle aree all'aperto di pertinenza delle scuole. La stessa norma introduce, inoltre, il divieto di utilizzo delle sigarette elettroniche nei locali chiusi e nelle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni scolastiche, nonché il divieto di pubblicità di liquidi e ricariche contenenti nicotina nei locali frequentati da minori, in televisione nelle fasce orarie 16.00-19.00, sulla stampa per minori e nei cinema, prima di film per minori.

Il contrasto al tabagismo è previsto da atti istituzionali di programmazione in tutte le Regioni che, anche attraverso progetti promossi dal Ministero della salute/CCM, hanno sperimentato, a livello locale, modelli di intervento e programmi di comunità per la prevenzione del fumo tra i giovani e nei luoghi di lavoro, il rafforzamento della rete degli operatori dei servizi, il sostegno ai Centri antifumo-CAF e la formazione al “colloquio motivazionale” di operatori sanitari [medici di medicina generale

(MMG), ostetriche, farmacisti ecc.] e non sanitari (insegnanti, educatori ecc.).

Nell'ambito dei Piani Regionali della Prevenzione, 16 Regioni hanno attivato iniziative finalizzate alla promozione di sani stili di vita nei giovani, in collaborazione inter-istituzionale tra scuola e salute, nelle donne e nell'infanzia – attraverso il “colloquio motivazionale” da parte di operatori sanitari nelle occasioni di accesso ai servizi, quali consultori, punti nascita, servizi vaccinali –, all'implementazione di “*no-smoking policy*” in un'ottica di promozione della salute in scuole, strutture sanitarie, luoghi di lavoro, all'attivazione di percorsi strutturati e integrati, con coinvolgimento in rete di operatori e servizi (MMG, CAF, reparti ospedalieri) per la gestione del paziente con patologie fumo-correlate e per il sostegno alla disassuefazione.

Corretta informazione e comunicazione rappresentano importanti aspetti delle strategie di contrasto al fumo. Con un progetto del Ministero della salute/CCM, affidato all'ISS/OssFAD, in particolare, sono state realizzate iniziative tra i giovani e gli adolescenti. In collaborazione con il Gruppo di Ferrovie dello Stato Italiane e la “Fondazione Umberto Veronesi” è stata promossa l'iniziativa “sFRECCIA CONTRO IL FUMO” con distribuzione, dal 27 al 31 maggio 2013, sui treni “Freccia” di materiale di sensibilizzazione sul fumo e presenza a bordo di specialisti dei CAF del SSN, per offrire consulenze gratuite per smettere di fumare ai viaggiatori. Nel dicembre 2013 è stata attivata una Campagna di comunicazione rivolta agli adolescenti, comprendente spot televisivo e radiofonico, informazione sulla stampa e attraverso canali web, applicazioni per smartphone e tablet. La campagna utilizza lo stile comunicativo dei social network, con un linguaggio proprio dell'universo giovanile, per favorire tra “pari” processi di consapevolezza e responsabilizzazione per una vita senza fumo.

Il Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS-OssFAD, ha inoltre attivato l’“App” “Quanto fumi?” per stimolare il fumatore a migliorare la propria salute, consentendo di valutare il grado di dipendenza e di entrare in contatto con il numero verde fumo dell'OssFAD.

L'attuazione delle norme dell'Unione Europea (UE) sui prodotti del tabacco costituisce un ulteriore elemento delle politiche di contrasto al fumo. Molto importante è stato, quindi, il negoziato per la revisione della Direttiva Europea 2001/37/CE sui prodotti del tabacco, che mira a rendere i prodotti del tabacco sempre meno attraenti e a scoraggiarne il consumo in particolare tra i giovani. Tra le misure previste dalla Direttiva, che sarà emanata a breve dal Consiglio e dal Parlamento UE, le principali riguardano l'introduzione obbligatoria di avvertenze sulla salute combinate (testi e immagini) sul 65% della superficie di entrambe le facciate principali delle confezioni, la limitazione di additivi che possano risultare attrattivi, in particolare per i giovani e per le donne, la proibizione di elementi ingannevoli sulle confezioni dei prodotti, una prima regolamentazione europea del settore delle sigarette elettroniche.

L'adozione di un approccio intersetoriale e

*multi-stakeholder* che miri a creare forti alleanze non solo tra le Istituzioni, ma anche con Aziende e realtà produttive è la chiave per convergere e fare sistema sull'obiettivo comune di promuovere ambienti di vita liberi dal fumo, coerentemente con le previsioni della FCTC.

### Bibliografia essenziale

Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI – Rapporto nazionale Passi 2012: abitudine al fumo ISS/Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento 2012). 2013  
ISS/Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto Annuale sul Fumo: XV Convegno “Tabagismo e Servizio sanitario nazionale”, Roma 31 maggio 2013  
Istat. Indagine multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”, Anno 2013. Annuario Statistico Italiano, 2013  
Pizzi E, Pacifici R, Galeone D, et al. sFreccia contro il fumo: programma di prevenzione e salute. Notiziario dell'Istituto superiore di sanità 2013; 26: 3-7

## 4.3. Abitudini alimentari

### 4.3.1. Quadro programmatico

È noto che una dieta qualitativamente equilibrata in termini di bilancio fra grassi, proteine e glucidi e un'adeguata distribuzione dei pasti nell'arco della giornata contribuiscono a determinare e mantenere un corretto stato nutrizionale.

La necessità di monitorare con attenzione la situazione nutrizionale e le abitudini di vita della popolazione generale e dei bambini in particolare è fortemente motivata dalle implicazioni dirette sulla salute.

L'apporto e il dispendio energetico individuale sono influenzati da un'ampia gamma di fattori comportamentali e ambientali e una delle principali ragioni del rapido aumento dell'obesità risiede nei cambiamenti dello stile di vita che influenzano i modelli di consumo attualmente prevalenti, in particolare che cosa, quanto e dove si mangia. I ritmi della vita moderna fanno sì che si mangi fuori di casa più spesso, si consumino più cibi a ele-

vata densità energetica e più bevande zuccherate e si spenda meno tempo a consumare i pasti in famiglia. Sono, inoltre, sempre più accessibili e diffusi preparati e prodotti alimentari trasformati di pronto uso e solo di recente è stata posta maggiore attenzione alle dimensioni delle porzioni. A tutto ciò si aggiungono cattive abitudini alimentari, per esempio lo scarso consumo di frutta da parte degli adolescenti. Recenti indagini a livello europeo mostrano che all'età di 15 anni solo 1 ragazza su 3 e 1 ragazzo su 4 mangiano almeno un frutto al giorno.

La promozione di una corretta alimentazione rappresenta un tema di interesse primario per la sanità pubblica e ha ricadute così importanti sullo stato di salute della popolazione da occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria strategica. Sono necessari, pertanto, approcci integrati che devono riguardare anche le politiche educative, economiche e industriali, incluso il settore agroalimentare. Tale approccio intersetoriale consente sia di