

G. Pitacco. *Un modello di analisi della complessità assistenziale*. I Quaderni supplemento dell'Infermiere 2003(8-9):22-27

Legge n. 42 del 26 febbraio 1999. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*

DPR n. 384 del 1990, art. 40 (OTA)

Accordo Stato/Regioni 22.02.01, G.U. n. 91 del 19.04.01 (OSS)

DM 14 settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

L.J. Carpenito. *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*. II edizione Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2001

G. Ruvolo. *Manuale di terapia intensiva post-cardiochirurgica*. V edizione, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2001

*Procedura aziendale*. Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

P.L. Marino, *The ICU Book Terapia intensiva - Principi fondamentali*. II edizione, Masson, 2000

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. *Definizione e valutazione di requisiti qualitativi delle strutture cardiocirurgiche*. Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, 1997

DM n. 739/1994. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

Linee-guida per il Master di I livello - *Infermieristica in Area critica*, Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

P. Cacciari et Al. *Il sistema di gestione per la qualità*. Collana Qualità in sanità. Esse editrice, 2003

G. Pitacco, A. Silvestro. *La complessità assistenziale*. Scenario 2003, 20(4):9-12



**SITI WEB**

[www.med.unibo.it/reparti\\_servizi/cardiochir/index1.html](http://www.med.unibo.it/reparti_servizi/cardiochir/index1.html)

[www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)

[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

[www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed)

[www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)

Schede informative EBN per l'assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa  
Centro Studi EBN Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

● **“La salute: non mandiamola in fumo”**

**Rocco Longo\***

*\*Infermiere - DSITR Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi*

Il fumo è la seconda causa di morte nell'anno
I fumatori nel mondo sono 650 milioni
I morti nel mondo a causa del fumo sono 5 milioni
I fumatori nell'Unione Europea sono circa il 40% della popolazione (453.023.600)
I morti nell'Unione Europea a causa del fumo sono 1.250.000 ogni anno
In Italia sono 80.000 i decessi attribuibili al fumo ogni anno



**PREMESSA**

Il fumo di tabacco costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie, spesso croniche ed invalidanti, che influiscono negativamente sul benessere e sull'economia di ogni paese: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rappresenta la principale causa delle morti evitabili nel mondo. È coinvolto nella patogenesi di almeno **otto tipi di cancro** (polmone, vie respiratorie, fegato, pancreas, esofago, stomaco, rene, cervice uterina, leucemia) e di diverse altre **malattie non tumorali**, ma potenzialmente mortali, quali il cuore polmonare, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le coronaropatie, gli accidenti cerebrovascolari. Il fumo, inoltre, aumenta il rischio di aborti spontanei, di gravidanze extrauterine, di scarso peso alla nascita, nonché di difetti congeniti del nascituro. Numerose altre condizioni correlate al fumo di sigaretta sono responsabili di una notevole spesa sanitaria (vasculopatie periferiche, cataratte, parodontopatie). I danni causati dal fumo sono legati non solo al catrame (responsabile dei tumori), ma anche alla presenza di oltre quattromila<sup>1</sup> sostanze nocive contenute nel prodotto dalla combustione.

L'inalazione passiva del fumo di tabacco da parte di non fumatori è ugualmente associata ad effetti deleteri per la salute, anche se con minori livelli di rischio rispetto al fumo attivo.

Benché la prevalenza dei fumatori tra gli adulti si stia riducendo in molti paesi europei, il tabagismo tra gli adolescenti

è un fenomeno in continua crescita, soprattutto tra le ragazze. Ridurre questo fenomeno rappresenta una delle sfide attuali per gli operatori sanitari, per il Sistema sanitario e per i Programmi di sanità pubblica. Le raccomandazioni dell'OMS permettono di definire le linee direttrici necessarie a condurre un'efficace azione integrata contro il fumo di tabacco e identificano come principali i seguenti quattro ambiti d'intervento:

1. **Promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti**
2. **Assistenza e supporto alla disassuefazione**
3. **Controllo del fumo passivo**
4. **Comunicazione, formazione, ricerca e valutazione (trasversale ai primi tre)**

Di seguito, in ordine al fenomeno “fumo di tabacco” in Italia, si illustreranno i principali provvedimenti normativi, i dati di prevalenza, dei costi economici e di mortalità, nonché le strategie messe in atto dalle istituzioni italiane ed internazionali. Una particolare focalizzazione è riservata alla legge regionale dell'Emilia-Romagna, di recente emanazione e riportata quasi integralmente.

**LA LOTTA CONTRO IL FUMO - RASSEGNA DELLE LEGGI E DEI PROVVEDIMENTI IN ITALIA**

Si riportano, in sintesi, i principali riferimenti normativi italiani in materia di lotta contro il fumo di tabacco, partendo dal provvedimento più recente a quello più “datato”.

■ **Protocollo d'intesa tra ministero della Salute e Ferrovie dello Stato - 27 settembre 2007**

Estende il divieto di fumo alle stazioni italiane. Sarà, infatti, consentito fumare solamente sulle banchine dei binari, considerate “free smoking”. L'iniziativa rientra nella campagna “Guadagnare salute”<sup>2</sup>.

■ **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri - 23 dicembre 2003**

Il decreto attuativo recepisce l'accordo tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori, sancito nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome del 24 luglio 2003.

■ **Repertorio Atti n. 1814 - Conferenza Stato-Regioni 24 luglio 2003**

Accordo tra il ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla tutela della salute dei non fumatori così come indicato all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3.

■ **Legge n. 3 del 16 gennaio 2003**

Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione - L'articolo relativo alla "Tutela della salute dei non fumatori" è il n. 51.

1. È vietato fumare nei locali chiusi ad eccezione di:

- a) *quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico;*
- b) *quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.*

Una rivoluzione culturale, non fumare è la regola, fumare è l'eccezione. Tutela estesa a tutta la popolazione. Possibilità di creazione di locali riservati ai fumatori.

■ **Direttiva 2001/37/CEE del Parlamento europeo e del Consiglio - 5 giugno 2001**

Direttiva pubblicata sulla G.U. del 18 luglio 2001, sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco - Dichiarazione della Commissione.

■ **Corte costituzionale - Sentenza n. 399 - 20 dicembre 1996**

La sentenza si esprime nel merito di una controversia di lavoro promossa dai dipendenti dell'Istituto bancario San Paolo di Torino, che richiedono provvedimenti idonei a tutelare la salute dei non fumatori contro i danni da fumo "passivo". La sentenza evidenzia la necessità di una normativa più completa ed esaustiva al riguardo.

■ **Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri - 14 dicembre 1995**

Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici.

■ **Decreto legislativo n. 626 - 19 settembre 1994**

Il decreto comprende l'attuazione di diverse direttive europee in materia di miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

■ **Decreto del Presidente della Repubblica n. 753 - 11 luglio 1980**

Nuove norme in materia di polizia, sicurezza e regolarità dell'esercizio delle ferrovie e di altri servizi di trasporto. Introduce norme sanzionatorie e limitazioni per il fumo nelle strutture delle ferrovie pubbliche.

■ **Decreto ministeriale n. 133 - 18 maggio 1976**

Introduce disposizioni relative agli impianti di condizionamento o ventilazione regolamentati dalla legge 11 novembre 1975, n. 584, sul divieto di fumare in

determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico.

■ **Legge n. 584 - 11 novembre 1975**

Introduce il divieto in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico. In particolare, introduce il divieto di fumare nelle corsie degli ospedali, nelle aule scolastiche, nelle strutture di trasporto collettivo, nei cinema, nei musei, nelle gallerie e in numerosi altri luoghi pubblici o adibiti a pubblica riunione.

■ **Decreto del Presidente della Repubblica n. 303 - 19 marzo 1956**

Norme generali per l'igiene del lavoro. Il decreto si riferisce alla necessità di prestare attenzione alla salubrità dei luoghi di lavoro, alla circolazione dell'aria salubre e all'uso di impianti di aerazione.

**I DATI SUL FUMO - LO SCENARIO ITALIANO**

"Gli italiani continuano a fumare, anzi, fumano di più, passando da una media di 13 sigarette al giorno consumate nel 2006 ad una di 14 nel 2007. Il "problema fumo" dunque è ancora presente nel nostro Paese ed è un' "emergenza" che riguarda circa dodici milioni di italiani, di cui un milione duecentomila giovani tra i 15 e i 24 anni e ben centotrentamila giovanissimi tra i 15 e i 17 anni di età" "In assoluto il fumo di tabacco è la principale causa di malattie e di morti evitabili, secondo un'indagine dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - e la dipendenza che provoca è il vero motivo per cui in Italia il 27,9% degli uomini e il 19,3% delle donne sono fumatori. Il fumatore con una sola sigaretta inserisce nel proprio organismo più di 4000

sostanze, molte di queste tossiche e cancerogene (ammine aromatiche, benzene, piombo, cadmio, N-nitrosammine, idrocarburi policiclici aromatici). Per questo motivo si può affermare che il fumo è la droga che provoca più morti ed è sempre "tagliata male".

La prima sigaretta viene accesa prima dei 15 anni nel 26,6% dei casi, più dalle ragazze che dai ragazzi, ma la maggior parte dei giovani (58,2%) inizia a fumare tra i 15 e i 17 anni e solo il 14,1% tra i 18 e i 24.

La percentuale dei giovani fumatori è minore nelle regioni del sud e nelle isole (17,9%), mentre al nord e al centro la quota è rispettivamente del 21,7% e del 21,4%. Rispetto agli adulti i giovani fumano al giorno meno sigarette: 10 contro 14.

Nell'indagine è stata valutata anche l'intenzione di smettere di fumare e i risultati mostrano che solo il 10,2% pensa seriamente di abbandonare il vizio del fumo nei prossimi 6 mesi, ma nessuno dei giovani si rivolge al medico di base per smettere di fumare: soltanto l'1,9% ha dichiarato di aver chiesto aiuto.

L'indagine rivela anche che i giovani vogliono essere informati sul contenuto di tutte le sostanze: l'84,3% dei ragazzi è favorevole all'indicazione sui pacchetti di sigarette dei livelli anche di altre sostanze, non soltanto la nicotina, catrame e monossido di carbonio. Neppure il divieto di fumare nei luoghi pubblici ha influito sulle abitudini dei ragazzi: il 76,2% ha dichiarato di non aver modificato per nulla l'abitudine al fumo, il 10% ha ridotto il numero di sigarette ma poi

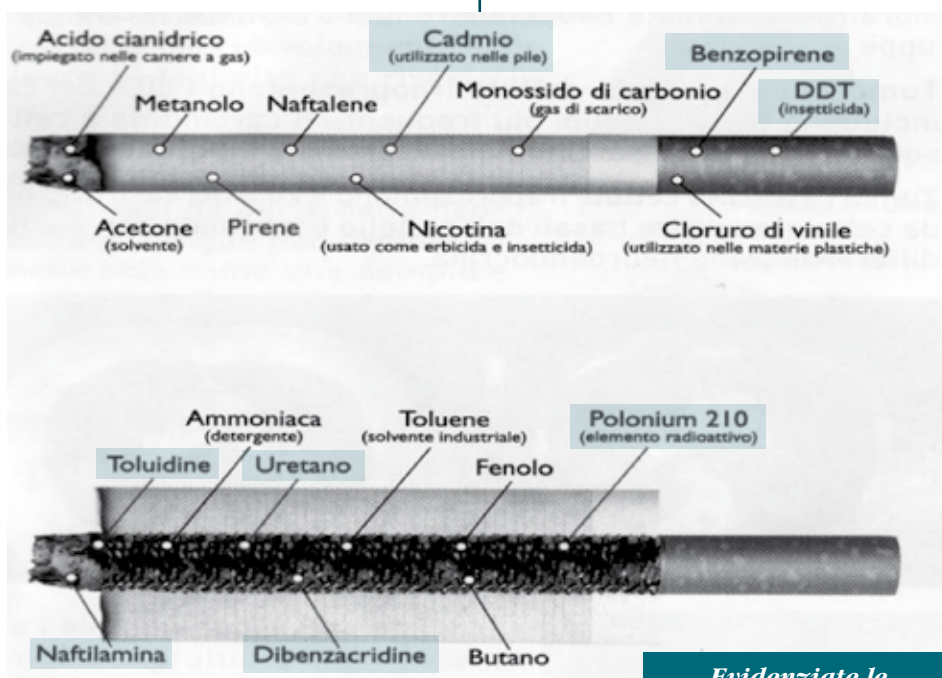


Figura 1 - Cosa contiene il fumo di sigaretta?<sup>3</sup>

**Evidenziate le sostanze cancerogene**

ha ripreso come prima e soltanto il 7,8% ha veramente ridotto i consumi.

I giovani preferiscono acquistare pacchetti di sigarette da 10. Questo è legato alla loro minore disponibilità economica: il 60% spende meno di 15 euro a settimana contro il 47% degli adulti. Nel caso in cui il prezzo delle sigarette dovesse salire a 5 euro, il 15,5% dichiara che smetterebbe e il 43,7% che ridurrebbe il numero di sigarette.

Riguardo ai canali distributivi i giovani più degli adulti comprano le sigarette dai distributori automatici e la percentuale di sigarette offerte dagli amici è più alta che negli adulti: 4% contro 1,2%, segno che tra i giovani vale la solidarietà anche in fatto di fumo. Inoltre, sanno che il tabaccaio non controlla l'età dell'acquirente: l'84,8% dei giovani tra i 15 e i 24 anni dichiara di non aver mai visto un tabaccaio chiedere un documento per verificare l'età.

Infine, ma non meno importante, l'11% dei giovani fuma alla guida della moto e il 26% alla guida dell'auto.

## IL FUMO TRA LA POPOLAZIONE GENERALE

In Italia fumano poco meno di 12 milioni di persone (23,5% della popolazione di 15 anni e oltre), di cui 7 milioni di uomini (27,9%) e 5 milioni di donne (19,3%). Erano il 25,6% nel 2005 e il 24,3% nel 2006 con una diminuzione dello 0,8% nell'ultimo anno. Ciononostante, il numero medio di sigarette fumate al giorno è aumentato: da 13,6 a 14,1.

**Gli ex fumatori sono 8,8 milioni** (17,5%), di cui 5,4 milioni maschi (22,6%) e 3,4 milioni femmine (12,8%). I non fumatori sono circa 30 milioni (59%), dei quali 12 milioni di uomini (49,4%) e 17,8 milioni di donne (67,9%).

La classe di età con il maggior numero di fumatori è quella tra i 25 e i 44 anni sia per gli uomini che per le donne, con percentuali rispettivamente del 36,5% e del 29,3%.

## LE ABITUDINI

L'87,7% dei fumatori evita di fumare nella camera da letto. Nessun problema, invece, se si è alla guida dell'automobile: 61,9% fuma in macchina. Più prudenti i motociclisti: il 44,4% evita di accendere la sigaretta, l'8,9% non si fa alcun problema e il 46,7% non va sulle due ruote. Tuttavia il 37% pensa che fumare alla guida aumenti molto il rischio di incidenti.

Tra i giovani fumatori l'86,5% dichiara di fumare fuori dai locali pubblici, il 70,1% a casa e il 48,8% fuori dalla scuola o dall'università. Il 73,6% fuma soprattutto in compagnia. Quasi tutti concordi, invece,

sulle conseguenze dannose del fumo passivo: il 95% degli italiani è consapevole dei rischi che si corrono respirando il fumo prodotto dalle sigarette di altri.

## I COSTI

I drammatici effetti del fumo sulla salute sono ormai ampiamente dimostrati scientificamente da almeno quattro decenni. Data la varietà di condizioni patologiche conseguenti, non è però semplice stimare l'impatto economico che l'abitudine di fumare comporta, sia sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro perso.

In termini "monetari", sono soprattutto gli uomini a spendere di più per l'acquisto delle sigarette: il 27% dei maschi fumatori spende più di 25 euro a settimana. In totale la fascia d'età in cui si comprano più pacchetti (più di 25 euro a settimana) è quella tra i 25 e i 44 anni. Più dell'86% dei fumatori acquista più spesso i pacchetti da 20 sigarette e se il prezzo minimo di un pacchetto aumentasse a 5 euro il 32,3% fumerebbe di meno e il 9,5% smetterebbe del tutto, quindi più di un terzo dei fumatori (41,8%) cambierebbe le proprie abitudini.

I tentativi di smettere, gli ex fumatori, quindi le persone che hanno provato a smettere e ci sono riuscite, costituiscono il 17,5%. Fra gli attuali fumatori il 30,5% ha fatto almeno un tentativo di smettere senza però ottenere risultati soddisfacenti. Infatti il 26,3% ha smesso per qualche mese, il 23,1% soltanto per qualche giorno, il 20,7% per qualche settimana, il 13,7% per qualche anno.

Una piccola percentuale, pari al 4,9% ha ridotto il consumo e ora fuma meno. Tra quelli che hanno tentato di smettere l'85% lo ha fatto senza alcun tipo di supporto, il 10,7% ha usufruito di un supporto farmacologico, il 2,4% ha avuto un supporto sia psicologico che farmacologico, l'1,9% ha fatto ricorso soltanto al supporto psicologico. Anche gli ex fumatori sono riusciti a smettere senza alcun tipo di aiuto (il 95,6%).

La maggior parte degli ex fumatori ha smesso più di 20 anni fa (il 27%). Invece gli ex fumatori "recenti" (ultimi tre anni) dichiarano che il divieto di fumare nei luoghi pubblici e sul luogo di lavoro non ha influito per nulla sulla loro scelta (il 56,4%). Tra i motivi di cessazione svetta al primo posto la salute (il 41,3%) e la consapevolezza dei danni provocati (il 30,7%), seguono la gravidanza e la nascita di un figlio (7,9%) e l'imposizione di un familiare (5,7%).

Il 96% non chiede aiuto al medico di

base per smettere di fumare. Il 48,1% si dice molto favorevole all'indicazione sui pacchetti di sigarette anche di altre sostanze, oltre ai livelli di nicotina e catrame.

La maggior parte dei fumatori (83,9%) dichiara, inoltre, che da quello che ha osservato negli ultimi tre anni il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato. Il 71,8% dichiara che anche sul luogo di lavoro il decreto è rispettato in modo rigoroso. Tuttavia nonostante i divieti l'82,8% dei fumatori dichiara di non aver modificato le proprie abitudini dopo l'entrata in vigore della legge, soltanto lo 0,9% ha smesso di fumare.

## I SERVIZI

I servizi territoriali per la cessazione dal fumo non mancano: 185 al nord (53,5%), 81 al sud (23,4%) e 80 al centro (23,1%). I fumatori che non ricorrono all'aiuto del medico di base per smettere di fumare possono rivolgersi ai centri antifumo. In Italia i servizi per smettere di fumare sono attivi presso strutture del Servizio sanitario nazionale e del privato sociale in tempi e modi variabili.

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto superiore di Sanità, sin dal 2000 porta avanti un lavoro di censimento delle strutture, in collaborazione con il ministero della Salute e il Gruppo tecnico sul tabagismo delle Regioni e Province autonome, mettendo a disposizione le informazioni raccolte attraverso la costituzione di un elenco di Centri Antifumo consultabile *online* sul sito dell'OssFAD ([www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad)) e del ministero della Salute ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)). Lo scopo è quello di facilitare l'accesso alle strutture da parte degli utenti, agevolando e riducendo i tempi d'incontro tra domanda e offerta. Nel 2006 il numero totale dei Centri censiti è pari a 346 di cui 266 (il 76,9%) afferenti al Servizio sanitario nazionale e 80 (il 23,1%) alla LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). Rispetto al 2005 si registra un aumento dei Centri Antifumo del 4,8%, corrispondenti a 16 Centri in più sul territorio.

## LA PREVENZIONE

Secondo il 42,8% degli adulti tra le iniziative che lo Stato dovrebbe attuare per combattere il tabagismo e convincere i giovani a non iniziare al primo posto spicca l'educazione nelle scuole. Il 29,2% ritiene che aumentare il prezzo sia un buon deterrente per non iniziare, il 26,6% che si dovrebbe rendere più difficile l'accesso alle vendite ai minorenni e il 23,2% che ci dovrebbero pensare le famiglie. All'85,1% degli adulti non è mai

capitato, inoltre, di vedere un tabaccaio che si rifiuta di vendere le sigarette ad un minore di 16 anni o che chiede un documento per verificare l'età.

**LE MORTI PER FUMO**

Quasi **5 milioni di persone ogni anno muoiono nel mondo a causa del fumo**, la "prima causa di morte facilmente evitabile". Rimanendo in Europa, l'OMS ha stimato in 1,25 milioni i decessi che ogni anno sono attribuibili al tabacco. Il 20%, inoltre, di tutte le morti sono da correlare al fumo di sigaretta. Di queste il 35% è dovuto a tumori, il 56% a malattie cardiovascolari e respiratorie, il 9% ad altre cause (sempre fumo-correlate). Restringendo il campo e guardando all'Italia sono **80mila i decessi attribuibili al fumo ogni anno**, praticamente il 14,2% di tutte le morti. La previsione dell'OMS è che, se non saranno adottate misure efficaci, le morti attribuibili al fumo potranno divenire 8,3 milioni nel 2030 e l'80% delle vittime si registrerà nei paesi a reddito medio e basso. Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il tabacco uccide più dell'AIDS e della droga e nel 2015 le morti dovute al tabacco saranno il 10% del totale e supereranno del 50% quelle causate dell'AIDS.

In Italia più del 34% di tutte le cause di morte attribuibili al fumo di sigaretta colpisce soggetti di 35-69 anni. Inoltre, coloro che muoiono a causa del tabacco perdono in media 13 anni di speranza di vita, mentre nella mezza età gli anni perduti salgono a 22.

Sono numerose le patologie associate al fumo di tabacco. La principale è il carcinoma polmonare (dopo il tumore alla prostata, è la neoplasia più diffusa nella popolazione maschile di età superiore ai 40 anni), la patologia più temuta per chi fuma: provoca 28mila morti l'anno. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi. Nel corso degli ultimi vent'anni in Italia si è registrata una diminuzione, sia per incidenza che per mortalità, ma solo per 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%.

Nel 2005 sono morte più donne per tumore alla mammella (8.505 decessi) che per tumore al polmone (5523 decessi). Ma 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. I dati epidemiologici indicano la necessità di formulare azioni di informazione e sensibilizzazione sui danni da fumo di sigaretta, centrate e mirate in modo specifico sulle donne.

**LE STRATEGIE VINCENTI E I BENEFICI**

Identificare le strategie più corrette per promuovere la riduzione e la cessazione dell'uso di tabacco è un compito non semplice. Esistono diversi studi e revisioni al riguardo. Di seguito si riportano alcuni progetti regionali sui risultati ottenuti in Italia in ottemperanza alla legge n. 3/2003.

■ **Indagine Profea: il rapporto della Regione Lombardia (2005)**

Per valutare l'osservanza del divieto di fumo nei locali pubblici istituito dalla nuova normativa antifumo del gennaio 2005, il Cnesps ha avviato uno **studio di monitoraggio**. La ricerca ha lo scopo di valutare gli effetti *pre* e *post* entrata in vigore della legge in un quadro multiregionale. I risultati presentati dalla **Regione Lombardia** mostrano come l'entrata in vigore della nuova legge sembri aver prodotto cambiamenti di rilievo: nei locali visitati, nessuno stava fumando e l'odore di fumo era presente in pochissimi casi; pochi gestori hanno dovuto chiedere ai loro clienti di spegnere la sigaretta; dei quasi 40% di gestori fumatori, solo il 20% fuma quanto fumava prima della legge e la maggioranza riporta di fumare molto meno o, addirittura, di avere smesso; infine, solo il 14% degli intervistati riporta di aver avuto una perdita economica significativa e il 28% di averne subita una lieve.

■ **Le nuove strategie contro il fumo in Italia e negli Usa (2005)**

È stata presentata il 13 luglio 2005 al ministero della Salute la strategia antifumo del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), con l'obiettivo di promuovere la salute della popolazione e ridurre i danni del fumo. Nell'ambito di queste attività, i nuovi progetti pilota di Emilia-Romagna (di seguito sarà illustrata la recente legge regionale) e Veneto prevedono la realizzazione di un piano nazionale di formazione rivolto ai pianificatori regionali e agli operatori pubblici che agiscono sul territorio, l'estensione del monitoraggio sulla normativa antifumo ai luoghi di lavoro pubblici e privati e un censimento di tutte le attività e le iniziative di prevenzione sparse sul territorio.

■ **Indagine Profea: il rapporto della Asl 18 di Alba e Bra (2006)**

Per valutare l'osservanza del divieto di fumo nei locali pubblici istituito dalla nuova normativa antifumo del gennaio 2005, il Cnesps ha organizzato un **monitoraggio** in un contesto multi-regionale per valutare gli effetti *pre* e *post* entrata in vigore della legge. I risultati presentati dal Servizio di igiene e Sanità pubblica e dalla Struttura semplice di epidemiologia della Asl 18 di Alba e Bra (Regione Piemonte) mostrano come l'entrata in vigore della nuova legge sembri aver prodotto cambiamenti di rilievo: nei locali visitati nessuno stava fumando, l'odore di fumo era assente e nel 98% dei casi è stata riscontrata la presenza di idonei cartelli di divieto. Il 98% dei gestori ritiene che tutti i clienti rispettino la legge, anche se il 21,6% degli intervistati ha dovuto chiedere di spegnere la sigaretta. Il 60,8% del campione ha dichiarato di non aver riscontrato variazioni economiche nella propria attività, e il 31,5% sostiene di fumare meno rispetto a prima dell'entrata in vigore della legge. In linea con il trend nazionale, quindi, anche nella Asl 18 Alba-Bra è elevato il grado di ottemperanza alle disposizioni della legge, sia da parte dei clienti che dei gestori dei locali pubblici. È significativo soprattutto come la norma abbia avuto efficacia non tanto per il timore di sanzioni da parte degli organi di controllo, quanto per la condivisione sociale dei principi sottesi alla legge.

■ **Giochi olimpici invernali di Torino 2006 "Liberi dal fumo"**

Olimpiadi e Paraolimpiadi all'insegna della lotta al fumo. In occasione dei Giochi olimpici e paraolimpici invernali di Torino 2006, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) e la Regione Piemonte, in collaborazione con il Comitato olimpico organizzatore e con il sostegno di numerosi enti, hanno promosso diverse iniziative di prevenzione e informazione per una vita senza tabacco. Per tutta la durata delle manifestazioni è stato rivolto a tutti l'invito a non fumare, anche negli spazi aperti non coperti dalla **normativa italiana contro il fumo nei locali chiusi**. Nelle sedi di gara, ma anche presso le sezioni provinciali del Coni e le farmacie della Regione, sono stati distribuiti opuscoli appositamente realizzati in quattro lingue con la dichiarazione "XX Giochi Olimpici e IX Giochi Paraolimpici di Torino 2006 liberi dal fumo". Esperti dell'Ufficio "Fumo e salute" dei Cdc di Atlanta erano presenti a Torino per contribuire alla valutazione delle politiche "**smoke-**

free” e degli interventi di promozione ed educazione alla salute.

■ **Campagna “Smetti&Vinci” 2006** “Quit and Win”, “Smetti&Vinci” è una campagna promossa dall’OMS per la prevenzione delle patologie provocate dall’esposizione al fumo attivo e passivo. Si tratta del più esteso intervento di comunità per la disassuefazione dal fumo di tabacco, destinato ai fumatori di età superiore a 18 anni. Per l’Italia è la Regione Veneto, attraverso la Usl 14 di Chioggia, a coordinare le attività.

■ **Indagine Profea<sup>4</sup>: il rapporto della Asl di Senigallia (27 aprile 2006)**

Per valutare l’osservanza del divieto di fumo nei locali pubblici istituito dalla nuova normativa antifumo, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell’Istituto superiore di sanità ha organizzato un **monitoraggio** in un contesto multi-regionale per valutare gli effetti *pre* e *post* entrata in vigore della legge. I **risultati presentati dalla Asl di Senigallia (Asur Marche)** mostrano come l’entrata in vigore della nuova legge sembri aver prodotto cambiamenti di rilievo: in nessuno dei locali visitati sono state identificate tracce di fumo o clienti in atto di fumare. Anche l’abitudine tabagica dei gestori sembra aver subito importanti modifiche. Il 17% di quanti fumavano ha smesso, mentre, tra il 27% di gestori che continua a fumare, nessuno dichiara di farlo quanto prima: l’85% fuma meno ed il 15% molto meno. Tuttavia persistono resistenze all’applicazione della normativa: è aumentata la necessità da parte dei gestori di chiedere di smettere di fumare (dall’8% nella prima rilevazione, si è passati ad 13% nella seconda e al 21% nell’ultima fase). È poi diminuita la quota dei gestori favorevoli alla attuazione della legge (75% *versus* 71%) ed è aumentata la percentuale dei contrari (4% *versus* 6%). Invariata (34%) è la percentuale di gestori che lamenta una perdita economica. La legge continua a essere fondamentalmente rispettata, ma serve un’opera di supporto educativo e controllo per evitare una diminuzione di efficacia nel tempo.

■ **Regioni in piena attività**

Diverse Regioni hanno avviato una serie di nuove iniziative per l’applicazione della legge n. 3 del 2003 che vanno ad aggiungersi a quelle già attuate negli anni scorsi. Si è costituito un tavolo nazionale delle Regioni per la lotta al tabagismo che ha messo a punto strategie condivise ed ha indagato i progetti già predisposti dalle singole realtà locali,

nell’ambito di una politica comune riflessa dal documento programmatico firmato dagli assessori delle Regioni e delle Province. Di seguito, si riportano integralmente tutti gli 8 articoli della recente iniziativa legislativa<sup>5</sup> della **Regione Emilia-Romagna**.

... *omissis* ...

**Art. 1 - Finalità ed obiettivi**

1. La Regione Emilia-Romagna, ispirandosi al principio costituzionale del diritto alla tutela della salute e nel rispetto dei principi fondamentali della normativa statale in materia, promuove la prevenzione, la cura ed il controllo del tabagismo.

2. La presente legge detta norme integrative alla disciplina statale in materia di fumo, persegue l’obiettivo generale della riduzione dei danni per la salute derivanti dal fumo di tabacco attivo e passivo, nonché i seguenti obiettivi specifici:

a) **la diminuzione del numero di fumatori attivi;**

b) **la diminuzione del numero di persone esposte ad inalazione di fumo passivo.**

3. In particolare nei luoghi di lavoro, comprese le strutture sanitarie, socio-sanitarie e gli istituti scolastici, la riduzione dei rischi da fumo passivo viene perseguita in armonia con le disposizioni legislative vigenti in materia di prevenzione e protezione da rischi negli ambienti di lavoro.

4. La presente legge intende altresì tutelare il diritto dei cittadini, fumatori e non, a respirare aria libera da fumo di tabacco, in particolare nei luoghi pubblici e di lavoro.

**Art. 2 - Piano regionale di intervento per la lotta al tabagismo**

1. La Regione sostiene gli interventi di prevenzione, di assistenza e supporto alla disassuefazione dal tabagismo di **comprovata efficacia**<sup>6</sup>, in accordo con le indicazioni delle linee-guida internazionali e nazionali e con i metodi della medicina basata sulle evidenze.

2. La Giunta regionale, entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente legge, acquisito il parere della competente Commissione assembleare, predisporre un piano regionale di intervento triennale (di seguito “piano di intervento”).

3. Il piano di intervento, di cui al comma 2, prevede interventi intersettoriali concernenti:

a) **la prevenzione del tabagismo, attraverso la promozione di stili di vita sani e liberi dal fumo nella comunità, con par-**

**ticolare riguardo alle scuole ed ai luoghi di lavoro;**

b) **l’assistenza ed il supporto alla disassuefazione dal tabagismo, prevedendo l’accesso gratuito ai servizi aziendali per la cura del tabagismo e per smettere di fumare, valorizzando, in particolare, la collaborazione dei medici di medicina generale;**

c) **il rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici e di lavoro, prevedendo che, ai fini di tale divieto, si intenda per utente anche il personale dipendente od altrimenti addetto ad attività lavorativa.**

4) La Conferenza territoriale sociale e sanitaria, di cui all’articolo 11 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), promuove la definizione di accordi per l’attuazione degli interventi realizzati dalle Aziende sanitarie regionali, dagli Enti locali e dagli altri soggetti pubblici e privati, in applicazione del piano di intervento di cui al comma 2 del presente articolo.

**Art. 3 - Servizi sanitari, scuole, luoghi di lavoro ed esercizi liberi da fumo**

1. Al fine di tutelare l’igiene e il decoro dei luoghi adibiti all’erogazione delle prestazioni sanitarie e per garantire la tutela della salute dei pazienti che ad esse accedono, nelle strutture sanitarie il divieto di fumare si applica anche nelle aree aperte immediatamente limitrofe agli accessi ed ai percorsi sanitari, appositamente individuate dai responsabili delle strutture stesse e opportunamente segnalate. Per favorire il rispetto rigoroso del divieto, le Aziende sanitarie realizzano adeguate iniziative informative e formative, affinché il personale sia sensibilizzato a svolgere il ruolo di promotore della salute nei confronti del cittadino utente.

2. La Regione Emilia-Romagna, per realizzare gli obiettivi di cui all’articolo 1, tramite azioni che valorizzino la coerenza dei comportamenti degli adulti nei contesti pubblici ad alto valore educativo e formativo, promuove la totale assenza di fumo anche nelle scuole, nei luoghi di lavoro e negli esercizi pubblici.

3. Nelle scuole di ogni ordine e grado, ad esclusione delle università, al fine di prevenire tra i giovani l’inizio del-

l'abitudine al fumo e promuovere in modo coerente l'educazione alla salute, anche attraverso il valore dell'esempio, i dirigenti scolastici individuano adeguate azioni informative ed educative volte a sensibilizzare gli studenti e il personale docente e non docente, circa l'opportunità di rendere libere dal fumo anche le aree aperte di pertinenza delle scuole stesse.

4. La Regione Emilia-Romagna promuove la totale assenza di fumo negli esercizi di pubblico ristoro, attraverso opportune iniziative informative rivolte agli esercenti ed appositi accordi con le associazioni di categoria, finalizzati a valorizzare tale scelta. Tali iniziative saranno altresì finalizzate a ricercare la collaborazione dei conduttori degli esercizi di pubblico ristoro affinché sensibilizzino gli utenti al rispetto del divieto di fumare.
5. Le Aziende sanitarie programmano appositi interventi di prevenzione del tabagismo nei luoghi di lavoro pubblici e privati, mediante azioni di:
  - a) *di tipo formativo ed educativo;*
  - b) *di vigilanza e controllo sul rispetto del divieto di fumare sancito dalla legge;*
  - c) *di supporto alla disassuefazione mediante l'offerta di programmi per smettere di fumare da realizzare, ove possibile, all'interno degli stessi luoghi di lavoro.*
6. Il piano di intervento per la lotta al tabagismo, di cui all'articolo 2, può altresì prevedere:
  - a) *l'attribuzione di premi annuali per gli istituti scolastici che hanno meglio sviluppato il tema della promozione di ambienti scolastici favorevoli alla salute e completamente liberi dal fumo;*
  - b) *l'assegnazione annuale di pubblici attestati che valorizzano e premiano l'immagine di aziende, comprese le Aziende sanitarie regionali, e gli Istituti scolastici che si impegnano attivamente per favorire la partecipazione dei loro dipendenti ai programmi per smettere di fumare.*

**Art. 4 - Obblighi dei responsabili**

1. Nelle strutture pubbliche e private i datori di lavoro, ovvero i responsabili delle strutture stesse, fermo restando l'obbligo di curare l'osservanza del divieto di fumare, così come stabilito dalla normativa statale vigente, sono

tenuti ad assicurare il rispetto dei requisiti impiantistici previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 dicembre 2003 (Attuazione dell'art. 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, come modificato dall'art. 7 della legge 21 ottobre 2003, n. 306, in materia di "tutela della salute dei non fumatori") per le eventuali aree riservate ai fumatori.

2. Nei luoghi di lavoro pubblici e privati i datori di lavoro, come definiti nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, (Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE e 2003/18/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro), oltre ai compiti di cui al comma 1 del presente articolo, devono:
  - a) *fornire una adeguata informazione ai lavoratori sui rischi per la sicurezza e la salute derivanti dal fumo attivo e passivo, sulle misure di prevenzione del tabagismo adottate nel luogo di lavoro e sulle modalità efficaci per smettere di fumare, avvalendosi del medico competente e del servizio di prevenzione e protezione, ove previsti dal decreto legislativo n. 626 del 1994;*
  - b) *consultare preventivamente e tempestivamente i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ove previsti dal decreto legislativo n. 626 del 1994, in merito alle misure da adottare per l'applicazione della presente legge.*

**Art. 5 - Vigilanza e applicazione delle sanzioni**

1. Fermi restando gli obblighi dei responsabili previsti all'articolo 4 e la competenza degli ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria e delle guardie giurate, espressamente adibite a tale servizio, ad accertare e contestare gli illeciti amministrativi, le funzioni inerenti la vigilanza e l'applicazione delle sanzioni relative alla violazione delle norme previste dalla presente legge, sono esercitate dai Comuni e dalle Aziende unità sanitarie locali.

**Art. 6 - Sanzioni**

1. Alle violazioni delle disposizioni contenute nella presente legge, si applica-

no le sanzioni amministrative previste dall'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico), fatte salve le eventuali variazioni degli importi stabiliti dalla legge dello Stato. In particolare, si applicano le seguenti sanzioni:

- a) *da Euro 27,50 a Euro 275,00 in caso di violazione del divieto di fumare. La misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza od in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni di età;*
- b) *da Euro 220,00 a Euro 2.200,00 per coloro che contravengono all'obbligo dei responsabili di curare l'osservanza del divieto di fumare, così come stabilito dalla normativa statale vigente;*
- c) *le somme previste alla lettera b) sono aumentate della metà per coloro che contravengono all'obbligo di assicurare il mantenimento dei requisiti impiantistici previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 dicembre 2003 per le eventuali aree riservate ai fumatori.*

2. La disciplina del procedimento relativo alla contestazione ed alla notificazione delle violazioni, al pagamento in misura ridotta, all'obbligo del rapporto, all'invio di scritti difensivi ed all'emissione dell'ordinanza-ingiunzione è attuata nel rispetto della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 28 aprile 1984, n. 21 (Disciplina dell'applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale), nonché dall'Accordo 16 dicembre 2004 (Accordo tra il ministro della Salute, di concerto con i ministri dell'Interno e della giustizia, e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di tutela della salute dei non fumatori, in attuazione dell'articolo 51, comma 7, della legge 16 gennaio 2003, n. 3 "Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione").
3. In caso di mancato pagamento della sanzione, l'autorità competente a ricevere il rapporto è il Sindaco del Comune nel quale sono avvenute le violazioni delle disposizioni previste dalla presente legge, il quale individua l'autorità competente ad emanare

l'ordinanza-ingiunzione e ad irrogare le sanzioni.

4. i proventi delle sanzioni amministrative di cui al comma 1, fermo restando quanto disciplinato dall'articolo 1, commi 190 e 191 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge finanziaria 2005"), sono attribuiti alle Aziende unità sanitarie locali territorialmente competenti, ai sensi dell'articolo 18, comma 2 della legge regionale n. 21 del 1984. Con cadenza annuale le Aziende unità sanitarie locali devolvono, fornendo il relativo rendiconto, una percentuale pari al 30 per cento dei proventi ai Comuni nel cui territorio sono state accertate e contestate le violazioni alla presente legge.
5. Con apposito provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge, sono individuate le modalità di raccordo tra Aziende unità sanitarie locali e Comuni in merito alle procedure relative all'applicazione del presente articolo.

#### **Art. 7 - Monitoraggio e valutazione**

1. La Regione attua il monitoraggio sull'applicazione della presente legge e la valutazione dei suoi effetti in relazione ai fini ed agli obiettivi enunciati all'articolo 1. Annualmente la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente, trasmette un apposito rapporto all'Assemblea legislativa.

#### **Art. 8 - Norma finanziaria**

1. Agli eventuali oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, la Regione Emilia-Romagna fa fronte con i fondi annualmente stanziati nelle Unità previsionali di base e relativi capitoli del bilancio regionale, apportando le eventuali modificazioni che si rendessero necessarie, o mediante l'istituzione di apposita unità previsionale di base e relativo capitolo, dotati della necessaria disponibilità ai sensi di quanto disposto dall'articolo 37 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 (Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione della legge regionale 6 luglio 1977, 31 e 27 marzo 1972, n. 4).

... omissis ...

**È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Emilia-Romagna.**

... omissis ...



#### **CONCLUSIONI**

Le giornate mondiali senza tabacco, sono promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (in Italia, per l'anno 2007, il sostegno è derivato dalle convergenti iniziative del **ministero della Salute, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" e della Lega italiana per la lotta contro i tumori (LILT)**, inducono ad una attenta analisi dei danni indotti dall'abitudine al fumo e alla necessaria riflessione sulla migliore strategia da seguire per contrastarne gli evidenti rischi, soprattutto nei confronti delle giovani generazioni.

Gli interventi per la prevenzione, la ricerca e gli investimenti per elevare la qualità degli ambienti di vita e di lavoro, hanno già prodotto importanti e positivi risultati. C'è la consapevolezza, però, che un'azione di contrasto fondata unicamente sui divieti non basta. E i dati recentemente diffusi dall'Istituto superiore di sanità, che evidenziano i rischi di cancro e di malattie cardiovascolari e respiratorie provocati dal tabagismo, richiamano l'esigenza di associare all'azione di contrasto anche una più diffusa cultura della prevenzione, dell'assistenza a quanti provano a liberarsi dalla dipendenza dal fumo e della promozione di mirate campagne informative, soprattutto nella scuola, perché i giovani non comincino nemmeno. Tutte le iniziative che muovono in questa direzione, a partire dal documento programmatico "Guadagnare salute", volto a promuovere stili di vita salutare, comportamenti adeguati e azioni regolatorie contro l'insorgenza di malattie degenerative, richiamano la necessità per le istituzioni e per tutti i professionisti sanitari, anche attraverso il valore dell'esempio, a porre la lotta al fumo tra le grandi priorità delle politiche della salute.



#### **NOTE**

- <sup>1</sup> Oltre 4000 sostanze chimiche (tossiche ed irritanti) tra cui più di 40 cancerogene note, insieme alla nicotina, sostanza capace di indurre dipendenza
- <sup>2</sup> Per il collegamento e l'approfondimento vedi: R. Longo, Documento programmatico "Guadagnare salute" in "Professione Infermiere", Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna, anno XIX i, n. 2, settembre-dicembre 2007, p. 7
- <sup>3</sup> Lega Italiana per la Lotta contro i Tu-

mori (LILT) "Prevenire è vivere - Tumore del polmone", opuscolo informativo incluso al "Corriere della Sera Magazine", 22 novembre 2007, RCS Quotidiani, Milano

<sup>4</sup> Profea = **Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata** (Master in Epidemiologia applicata dell'Università di Tor Vergata e dell'Istituto superiore di sanità, Roma)

<sup>5</sup> Regione Emilia-Romagna - Bollettino Ufficiale del 27 luglio n. 112 - Legge regionale del 17 luglio 2007 n. 17 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo"

<sup>6</sup> L'evidenziazione della frase è del redattore



#### **BIBLIOGRAFIA**

Regione Emilia-Romagna, Bollettino Ufficiale - Parte prima N. 15 - anno 38 - 27 luglio 2007 - n. 112 - Legge regionale 27 luglio 2007, n. 17 - *Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo*



#### **SITI WEB**

- <http://www.ministerosalute.it>  
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/dati/asp>  
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/Oms07.asp>  
[http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/pdf/Tabagismo\\_Bioetico.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/pdf/Tabagismo_Bioetico.pdf)  
[http://www.sanita.regione.lombardia.it/prevenzione\\_tabagismo/index.asp](http://www.sanita.regione.lombardia.it/prevenzione_tabagismo/index.asp)  
<http://www.iss.it/ofad/>  
<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Guida%20smettere%20di%20fumare%202007%20oper%20web.1178801986.pdf>  
<http://www.giacomino.it/?p=274>  
<http://www.fumo-oggi.it/archives/000date/2007/05/?s=sanita&submit=Go>  
<http://www.fumo-oggi.it/archives/0001360.html>  
[www.lilt.it](http://www.lilt.it)



