



STUDI DAL TERRITORIO

STUDIO SUGLI EFFETTI DELLA NUOVA LEGGE CHE VIETA IL FUMO NEI LOCALI PUBBLICI CONDOTTO IN 34 ASL (gennaio-aprile 2005)

Gruppo ENFASI, seconda fase*

Nel dicembre 2004 il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità ha avviato uno studio per monitorare e fornire un quadro multi-regionale degli effetti dell'applicazione dell'art. 51 della Legge n. 3 del 16/01/2003. Più specificamente, in un campione selezionato di ASL, lo studio si prefigge di descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti dei proprietari di locali pubblici, quali bar, pizzerie, pub, ristoranti, in relazione alla legge, e di stimare l'adesione alle disposizioni di legge nei locali pubblici.

In uno studio precedente sono stati riportati i risultati per 7 aree che raccolgono i dati precedenti all'entrata in vigore della legge (1). In questo articolo vengono presentati i risultati relativi a 34 ASL che hanno condotto lo studio nei primi mesi

successivi all'entrata in vigore della legge.

Sono stati selezionati in modo casuale 50 locali (bar, ristoranti, pizzerie e pub) per ognuna delle 34 ASL partecipanti. Come precedentemente riportato (1), i dati riguardanti l'eventuale presenza di fumatori nell'orario di maggiore affluenza della clientela vengono raccolti attraverso un questionario in due parti: una riempita dal gestore del locale e l'altra dal ricercatore della ASL, che registra, inoltre, sia la presenza diretta di clienti fumatori sia le tracce eventualmente lasciate da questi ultimi (livello visivo ed olfattivo di fumo).

Dei 1.641 locali pubblici scelti nelle 34 ASL, il 2% è stato visitato durante il mese di gennaio, il 54% a febbraio, il 39% a marzo e il 5% ad aprile. Il 54% dei locali era rappresentato da bar, il 34% da ristoranti, il 7% da pizzerie e il 5% da pub. Nel 95% dei locali il cartello con l'indicazione

di divieto di fumo era già stato affisso. L'1% dei locali era dotato di zona fumatori in conformità alle nuove norme.

Al momento della seconda visita per il ritiro del questionario, il 92% dei locali aveva almeno un cliente presente e il 33% ne aveva 10 o più. Il fumo era visibile nello 0,3% dei locali con almeno un cliente presente, e nel 2,1% c'era odore di fumo; nello 0,4% si è osservato almeno uno fumatore.

Il 63% delle persone che hanno completato l'intervista era rappresentato da proprietari del locale, il 15% da gestori e il 22% da dipendenti. La maggioranza (61%) era composta da uomini. Il 39% era fumatore, il 14% ex-fumatore, e il 47% non aveva mai fumato.

La maggioranza (84%) delle persone intervistate ha affermato che il fumo passivo è una minaccia per la salute propria o dei collaboratori. L'82% è convinta che se la legge venisse correttamente applicata, sicuramente o probabilmente i non fumatori correrebbero meno rischi di sviluppare malattie legate al fumo, come ad esempio asma e bronchiti, e il 60% che sicuramente o probabilmente questa legge farà fumare di meno le persone o addirittura le farà smettere di fumare.

Riguardo ai loro locali, il 68% degli intervistati ha dichiarato che ►

*Gruppo Enfas, seconda fase: Campania: Annarita Citarella (Benevento); Friuli-Venezia Giulia: Riccardo Tominz (ASS 1 Triestina); Lazio: Matilde Loffredo (Monterotondo e Tivoli); Marche: Rosanna Rossini (Senigallia); Lombardia: Marina Bonfanti e Luigi Macchi, Regione Lombardia; Azzolari Elio, Raffaele Paganoni (Bergamo), Claudio Scotti (Brescia), Ernesto Mantovani (Como), Roberto Moretti (Lecco), Fiorella Talassi (Mantova), Anna Silvestri (Città di Milano), Giovanni Borroni (Milano 1), Giuseppe Maina, Luigi Fantini (Milano 2), Sandra Galbiati (Milano 3), Luigi Camana (Pavia), Lorella Ceconami (Sondrio), Roberto Bardelli (Varese), Stefania Bellesi (Valcamonica); Toscana: Cinzia Raffaelli (Viareggio); Veneto: coordinatore regionale: Federica Michieletto, Regione Veneto, Mauro Soppelsa (ULSS 2), Mauro Ramigni e Anna Catia Miola (ULSS 3), Carmelo Brigadecci (ULSS 4), Renata Busato (ULSS 5), Felice Foglia (ULSS 6), Rita De Noni (ULSS 7), Erminio Bonsembiante (ULSS 8), Giovanni Marchioni (ULSS 14), Paolo Mancarella (ULSS 15), Lorena Gottardello (ULSS 16), Raffaella Bisi e Franco Rubini (ULSS 17), Maria Chiara Pavarin (ULSS 18), Primarosa Rozzarin (ULSS 19), Lucia De Noni (ULSS 20), Mario Rossini (ULSS 21); Lorenzo Spizzichino, Paolo D'Argenio, Daniela Galeone, DG Prevenzione, Ministero della Salute, Roma; Nancy Binkin, Alberto Perra e Paola Scardetta, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità

prima del 10 gennaio 2005, almeno la metà dei loro clienti era rappresentata da fumatori (71% dei gestori di bar e 64% dei gestori di ristoranti, pizzerie e pub; $p=0,005$). La maggioranza (72%) ha riferito che nell'ora di punta i non fumatori sembravano infastiditi dal

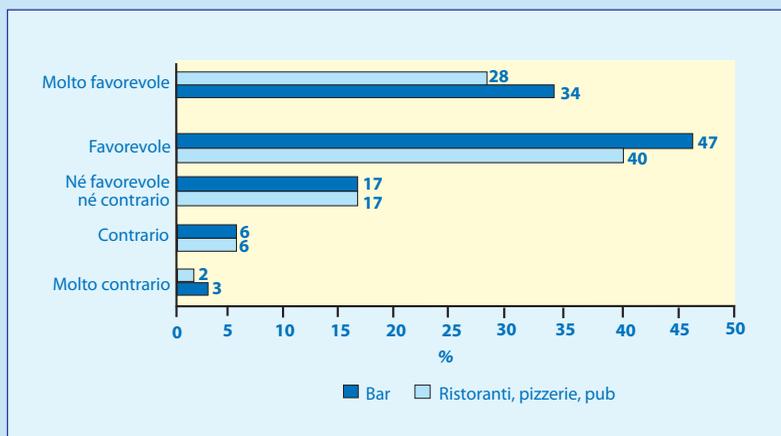


Figura - Opinione generale dei clienti rispetto alla legge secondo i gestori, per tipo di locale, in 34 ASL italiane (gennaio-aprile 2005)

fumo, e il 41% ha dichiarato che, nel mese precedente l'entrata in vigore della legge, ha ricevuto qualche volta o frequentemente lamentele per la presenza di fumo nel locale da parte di clienti non fumatori.

Il 92% ha riportato che tutti i clienti rispettano la nuova legge. Solo una minoranza (11%) ha dichiarato di aver dovuto chiedere a qualche cliente di smettere di fumare, e ancora meno (2%) si è visto opporre un rifiuto da parte dei clienti sollecitati a spegnere la sigaretta.

Risposta dei clienti alla nuova legge nella percezione dei gestori.

Il 74% dei gestori ha dichiarato che l'opinione dei loro clienti sulla legge è molto favorevole o favorevole. Solo il 6% ha attribuito ai propri clienti un'opinione contraria, e il 2% molto contraria, sebbene siano state osservate alcune differenze per tipo di locale (Figura).

La minoranza (16%) dei gestori intervistati ha dichiarato che il locale è stato ispezionato dalle forze dell'ordine per controllare se ci fossero persone che fumavano. Il 7% dei locali è stato ispezionato dai carabinieri, e il 9% della polizia municipale.

Uno degli effetti più importanti della nuova legge sembra essere stato quello sul comportamento dei gestori stessi. Tra i 756 che fumavano, il 24% fuma almeno quanto fumava prima, il 34% un po' meno, il 27%

molto meno, e il 15% ha dichiarato di aver smesso.

Una delle principali preoccupazioni da parte dei gestori riguarda le possibili implicazioni economiche negative, anche se un simile effetto non è mai stato provato negli altri Paesi che hanno applicato legislazioni simili. Tuttavia, alla domanda che chiedeva se la legge avesse avuto ricadute economiche sull'attività, solo il 12% ha dichiarato di aver subito effetti negativi significativi e il 25% effetti lievi.

La maggioranza (55%) ritiene che non ci sia stata nessuna implicazione economica o, al contrario, un aumento lieve negli incassi. Questi risultati, tuttavia, variano a seconda del tipo di locale, con maggiore probabilità per i gestori di bar di aver subito una lieve perdita.

Questi dati dimostrano che, secondo i gestori che hanno partecipato allo studio nelle 34 ASL, una proporzione notevole della clientela fumava nei loro locali prima dell'entrata in vigore della nuova legge, ma la maggior parte riportava anche che i loro clienti non fumatori erano disturbati dal fumo e qualche volta si lamentavano.

La maggior parte dei gestori intervistati era consapevole degli effetti nocivi del fumo passivo e dei benefici potenziali della legge per la salute della loro clientela.

L'entrata in vigore della legge sul fumo sembra aver prodotto dei cam-

biamenti di rilievo. In primo luogo, nei locali visitati, quasi nessuno stava fumando, e persino l'odore di fumo era completamente assente tranne che in pochi casi. Sembra che la maggior parte dei fumatori si sia prontamente adeguata alla legge;

pochi gestori riportano di aver dovuto chiedere ai loro clienti di smettere di fumare. E tutto ciò sembra essersi verificato in assenza di sostanziali sforzi di applicazione delle sanzioni previste dalla legge, dal momento che la minoranza dei locali riporta di aver avuto un controllo da parte delle forze dell'ordine.

I cambiamenti riportati dai ricercatori sono confermati anche dalle osservazioni e opinioni dei gestori dei locali visitati. Un altro grande cambiamento riguarda il comportamento dei gestori stessi: quasi l'80% aveva ridotto il numero di sigarette fumate o aveva smesso.

Se si manterranno, questi risultati sono molto incoraggianti. A breve distanza di tempo dalla diffusione di questo rapporto disporremo dei risultati della seconda rilevazione dei dati che permetteranno di stabilire linee di tendenza e forniranno informazioni più precise sull'efficacia della legge antifumo.

Riferimenti bibliografici

1. Gruppo ENFASI. Conoscenze e comportamenti dei gestori di locali pubblici prima dell'entrata in vigore della legge sul fumo (dicembre 2004 - gennaio 2005). BEN - *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2005; 18 (3): i-iii.

Ringraziamenti

Si ringrazia Eva Benelli per la collaborazione alla revisione del testo.

SORVEGLIANZE NAZIONALI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE ASSOLUTO: LA CARTA DEL PROGETTO CUORE

Simona Giampaoli¹, Luigi Palmieri¹, Giancarlo Cesana², Marco Ferrario³,
Salvatore Panico⁴, Lorenza Pilotto⁵, Diego Vannuzzo⁵,
a nome del Gruppo di ricerca del Progetto CUORE - Studi longitudinali*

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

²Università degli Studi di Milano "Bicocca", Monza (MI)

³Università degli Studi dell'Insubria, Varese

⁴Università degli Studi "Federico II", Napoli

⁵Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine

L identificazione delle persone a rischio cardiovascolare elevato è uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico. Per identificare il rischio cardiovascolare si utilizza il rischio globale assoluto, indicatore costruito con una funzione matematica utilizzando i dati derivati da studi epidemiologici longitudinali. La carta del rischio è una raffigurazione grafica di classi di rischio globale assoluto (1, 2).

Per la costruzione della carta sono stati utilizzati dati provenienti da dodici coorti italiane, riorganizzati in un database comune nell'ambito del Progetto CUORE iniziato fra la metà degli anni '80 e gli anni '90; le coorti sono di numerosità elevata, arruolate in tempi recenti, includono donne e uomini e provengono da popolazioni abitanti in differenti aree geografiche.

6.050 uomini e 11.185 donne esenti da precedente evento cardiovascolare hanno prodotto 860 primi eventi cardiovascolari maggiori (568 negli uomini e 292 nelle donne), di cui 555 coronarici (394 negli uomini e 161 nelle donne) e

305 cerebrovascolari (174 negli uomini e 131 nelle donne); il periodo di follow-up mediano è stato 9,4 anni per gli uomini e 7,9 anni per le donne; la sopravvivenza a 10 anni calcolata al valore medio dei fattori alla linea base è stata 0,942 per gli uomini e 0,986 per le donne.

L'attenzione è stata concentrata sull'incidenza nella fascia d'età 40-69 anni, la più numerosa per numero di eventi identificati e quella in cui i fattori di rischio analizzati sono ancora poco influenzati dai processi legati all'invecchiamento.

Sono stati stimati i coefficienti predittivi delle categorie o delle classi dei fattori di rischio considerati (età, sesso, diabete, abitudine al fumo di sigaretta, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia totale) attraverso il modello degli azzardi proporzionali di Cox, che tiene conto del contributo dei singoli fattori di rischio e del periodo di esposizione. Gli intervalli dei fattori scelti per la costruzione della carta sono stati: per l'età, le classi 40-49, 50-59, 60-69; per la pressione sistolica, gli intervalli ≤ 129 mmHg, 130-149 mmHg, 150-169 mmHg, ≥ 170 mmHg; per la colesterolemia, ≤ 173 mg/dl, 174-212 mg/dl, 213-251 mg/dl, 252-290 mg/dl, ≥ 291 mg/dl; diabete e abitudine al fumo sono stati considerati in due categorie (SI/NO).

Nella Figura è riportata la carta del rischio cardiovascolare; per individuare la classe di rischio è necessario scegliere una delle quattro carte in base alle caratteristiche del soggetto (sesso e presenza o meno di diabete), posizionarsi nella colonna fumatore o non-fumatore, riportarsi nella decade di età e identificare il colore della casella risultante dall'incrocio tra i livelli di pressione e colesterolemia. Il colore corrisponde a quante persone su 100, della stessa età e sesso e con le stesse caratteristiche, si ammalano nei 10 anni successivi.

La carta, disponibile sul sito web del Progetto CUORE (www.cuore.iss.it), è uno strumento semplice e obiettivo per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto. Offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato e facilita il rispetto delle possibili preferenze della persona, data l'asintomaticità della condizione; ad esempio, un fumatore ipercolesterolemico può decidere di abbassare il proprio rischio cardiovascolare smettendo di fumare oltre che modificando la propria alimentazione.

Dalla carta è evidente l'interazione sinergica tra i principali fattori di rischio considerati: l'età che ha un peso decisivo sia negli uomini che nelle donne, il fumo che peggiora significativamente il rischio, soprattutto nelle età più avanzate, e il diabete. Per quanto riguarda i diabetici, le scale colorimetriche, da considerare con dovute attenzioni, dimostrano il peggioramento del rischio, soprattutto nei fumatori e ciò rende ragione delle scelte fatte nel terzo rapporto del National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel (NCEP-ATP III) di ▶

*S. Giampaoli, L. Palmieri, F. Dima, C. Lo Noce, A. Santaquilani, P. Caiola De Sanctis, F. Pannozzo, F. Seccareccia, M. Trojani, C. Donfrancesco, A.M. Giannelli, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

G. Cesana, R. Segà, S. Sarman, C. Fornari, G. Corrao, L. Bolognesi, Centro Ricerche Patologia Cronico-Degenerativa, Università degli Studi di Milano "Bicocca", Monza (MI).

M. Ferrario, P. Chiodini, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi dell'Insubria, Varese.

D. Vannuzzo, L. Pilotto, L. Mauro, M. Martini, F. Mattiussi, G. Picco, E. Cossio, S. Micossi, Centro di Prevenzione Cardiovascolare, ASS4 Medio Friuli e Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine.

S. Panico, E. Celentano, A. Mattiello, R. Galasso, M. Del Pezzo, M. Santucci de Magistris, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi "Federico II", Napoli.

Come utilizzare la carta

- Scegliere una delle quattro carte in base a sesso e presenza o meno di diabete
- Posizionarsi nella zona fumatore/non fumatore
- Identificare il decennio di età
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio

Livello di rischio a 10 anni

rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%

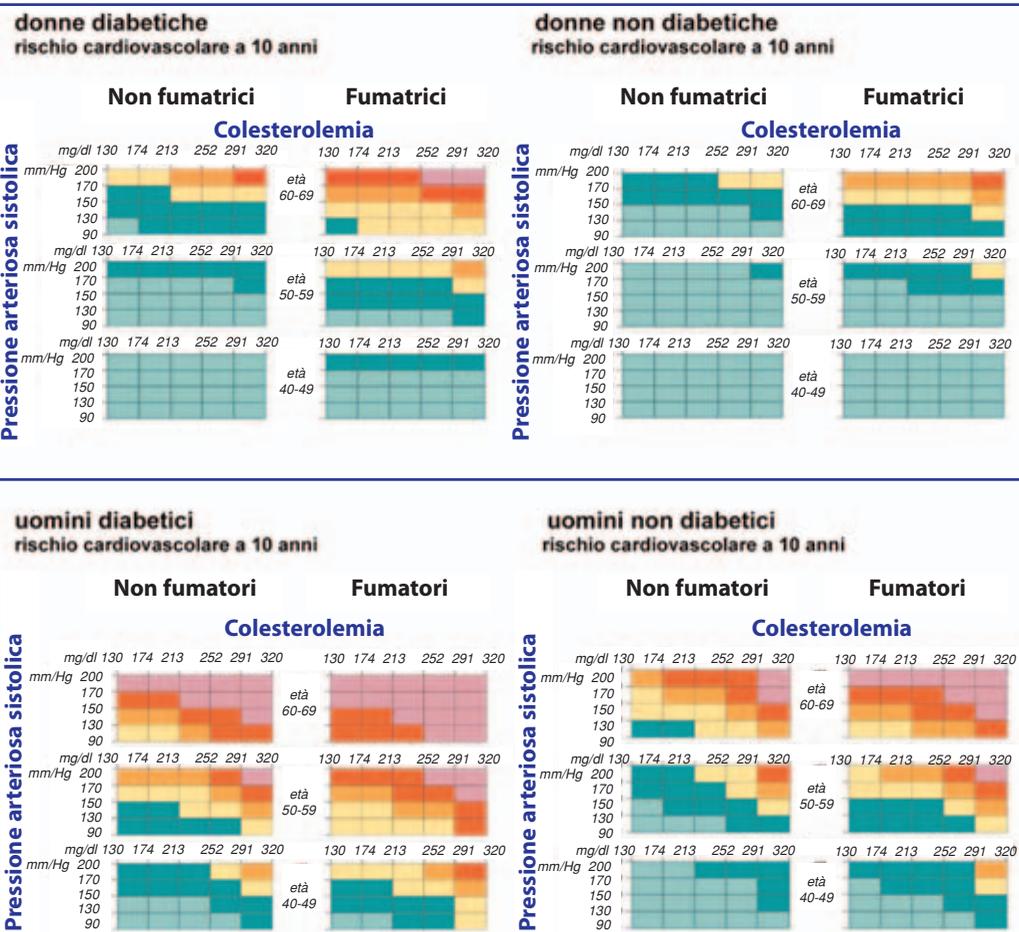


Figura - Rischio cardiovascolare a 10 anni in donne e uomini diabetici e non diabetici (Fonte: www.cuore.iss.it).

considerare, a livello di rischio assoluto, il diabete come equivalente ischemico.

La nota 13 si serve di questo strumento per stabilire la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti attraverso un valore soglia arbitrario ($\geq 20\%$ a 10 anni) che definisce i soggetti ad elevato rischio cardiovascolare.

Dalle carte è anche evidente il continuum del rischio di popolazione che suggerisce l'importanza di una strategia di popolazione fortemente integrata a quella dell'alto rischio. In particolare, si rende necessaria un'intensa attività preventiva nei confronti delle persone da tenere sotto controllo con lo stile di

vita, ovvero con rischio $\geq 5\%$ e $< 20\%$. Sono queste, infatti, le persone che in termini assoluti producono, proprio perché più numerose, il maggior numero di eventi, e che non trovandosi in una condizione di alto rischio, hanno minori opportunità di ricevere informazioni adeguate.

Poiché il rischio della popolazione varia nel tempo, in quanto dipende dalla media dei fattori di rischio nella popolazione e dalla sopravvivenza della popolazione senza la malattia, è intuitivo che la carta deve essere aggiornata e rispecchiare lo stile di vita della popolazione attuale. Nel-

l'ambito del Progetto CUORE sono già state arruolate nuove coorti per aggiornare il rischio e ampliarlo fino a 75 anni.

Riferimenti bibliografici

1. Il progetto CUORE. Studi longitudinali. Atlante Italiano delle malattie cardiovascolari. II Edizione 2004. *Italian Heart Journal* 2004; 5 (suppl 3): 94-101.
2. Il progetto CUORE scopre le sue carte. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2004; 2: 57-63.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso

e-mail: ben@iss.it