



STUDI DAL TERRITORIO

CONOSCENZE E COMPORTAMENTI DEI GESTORI DI LOCALI PUBBLICI PRIMA DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE SUL FUMO (DICEMBRE 2004 - GENNAIO 2005)

Gruppo ENFASI*

Il "fumo passivo", inalato involontariamente dalle persone che entrano a contatto con uno o più fumatori attivi, è il principale inquinante degli ambienti chiusi (1). Si stima che in Italia le persone esposte al fumo passivo siano oltre quindici milioni, pari al 26% della popolazione. Particolarmente a rischio sono i bambini, gli anziani, i bronchitici cronici, gli asmatici e i cardiopatici. Il fumo passivo, oltre a disturbi temporanei quali irritazione e lacrimazione degli occhi, mal di testa, tosse, irritazione della mucosa nasale e della gola, nausea, può essere causa di condizioni ben più gravi quali riduzione di alcuni parametri di funzionalità respiratoria, tumore polmonare e in altre sedi, aggravamento di patologie preesistenti come *angina pectoris*, asma, bronchite cronica e allergie (2).

La Legge n. 3 del 16 gennaio 2003, all'art. 51, comma 6 con proroga al 10 gennaio 2005 (DL 9 novembre 2004, n. 266) ha come obiettivo principale la tutela della salute dei

non fumatori nei locali pubblici. L'Italia è uno dei pochi Paesi al mondo che abbia adottato una simile legislazione, un approccio che in altri Paesi si è rilevato efficace per ostacolare l'esposizione al fumo passivo negli ambienti pubblici; oltre a ciò sembra avere l'ulteriore effetto di incoraggiare le persone che lavorano in questo tipo di locali a smettere di fumare, o comunque ridurre il consumo di tabacco (3).

Per meglio comprendere gli intendimenti e gli ostacoli potenziali all'attuazione della legge, il Gruppo PROFEA (PROgramma di Formazione in Epidemiologia Applicata) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, nel dicembre 2004 ha intrapreso un monitoraggio sull'applicazione della legge da cui si ripromette di ricavare un quadro multiregionale.

Più specificamente, in un campione di ASL che ha aderito spontaneamente, è stato intrapreso uno studio per:

- descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti in relazione alla legge da parte dei proprietari di locali pubblici, quali bar, pizzerie, pub, ristoranti;
- stimare l'adesione alle disposizioni di legge nei locali prima e dopo la data di entrata in vigore del divieto di fumo nei locali pubblici il 10 gennaio 2005.

Per sette Regioni italiane (Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Toscana e Sicilia), almeno una ASL ha aderito allo studio. In ogni ASL partecipante sono stati selezionati in modo casuale 50 locali (bar, ristoranti, pizzerie e pub) da una lista ricavata dalle Pagine Gialle. È stato utilizzato un questionario in due parti: una parte riempita dal gestore del locale e l'altra dal ricercatore della ASL, riguardante l'eventuale presenza di fumatori nei locali nell'orario di maggiore affluenza della clientela e registrando sia la presenza diretta di clienti fumatori sia le tracce eventualmente lasciate da questi ultimi (livello visivo e olfattivo di fumo).

Le osservazioni sulla seconda parte del questionario sono state fatte quando i ricercatori sono tornati a raccogliere la prima parte. Le visite per raccogliere il questionario sono state fatte, quando possibile, durante le ore di maggior afflusso della clientela.

(*) Gianfranco Accordinò, ASL 5 Messina; Valerio Aprile, Dipartimento di Prevenzione SISP - AUSL Lecce 1 - PROFEA; Mario Cuccia, Dipartimento di Prevenzione - ASL 3 Catania; Angelo D'Argenzio, Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - ASL Caserta 2 - PROFEA; Carla Fiumalbi, Dipartimento di Prevenzione - AUSL 10 Firenze; Salvatore Lopresti, Dipartimento Sanità Regione Calabria - PROFEA; Oscar Mingozi, Servizio di Igiene Pubblica - Area Epidemiologia e Comunicazione - AUSL Forlì - PROFEA; Alfredo Ruata, AUSL 18 Alba - Bra; Salvatore Scondotto, Dipartimento Osservatorio Epidemiologico - Assessorato alla Sanità Regione Sicilia - PROFEA; Francesco Sconza (Dipartimento di Prevenzione - AS 4 Cosenza - PROFEA; Lorenzo Spizzichino - DG Prevenzione, Ministero della Salute; Alberto Perra, Paola Scardetta, Nancy Binkin - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Complessivamente tra il 29 dicembre 2004 e il 7 gennaio 2005 sono stati visitati 471 locali pubblici: 39% bar e 61% ristoranti, pizzerie o pub. Nel 41% il cartello con l'indicazione di divieto di fumo era già stato affisso. Solo il 2% era dotato di aree separate per i fumatori, conformemente alle norme previste dalla nuova legge. Durante i sopralluoghi nei locali erano presenti, in media, nove persone. La percentuale dei locali in cui c'era almeno un fumatore era il 31% (range: 18% in Sicilia - 52% a Forlì). Nel 34% dei locali il fumo era visibile e nel 40% c'era odore di fumo.

L'82% delle persone che ha completato il questionario era proprietario o gestore del locale e il 18% socio o dipendente. La maggioranza (72%) era rappresentata da uomini. Il 42% era fumatore, il 15% ex-fumatore e il 43% non fumatore. Fra i gestori di bar si sono identificati più fumatori che fra i gestori di altri tipi di locali (47% contro 39%; $p = 0,08$).

Il 99% era informato sulle disposizioni previste dalla normativa e la principale fonte d'informazione era rappresentata da quella radio-televisiva (segnalata per l'82% dei casi), seguita dai giornali (62%) e dalle associazioni di categoria (20%). È degno di nota che solo il 16% abbia citato l'ASL e il 3% le forze dell'ordine.

La conoscenza sugli effetti del fumo passivo era molto diffusa. La maggioranza (79%) delle persone intervistate ha dichiarato che il fumo passivo è una minaccia per la propria salute o per quella dei propri collaboratori. Un ulteriore 14% ha risposto che dipende dalla durata dell'esposizione. Il 77% si è detto convinto che la corretta applicazione della legge avrebbe, certamente o probabilmente, ridotto per i non fumatori il rischio di avere malattie fumo-correlate, come, ad esempio, asma e bronchiti. Comunque, solo il 27% delle persone intervistate ha dichiarato che sicuramente o probabilmente questa legge farà fumare di meno le persone o addirittura le farà smettere di fumare.

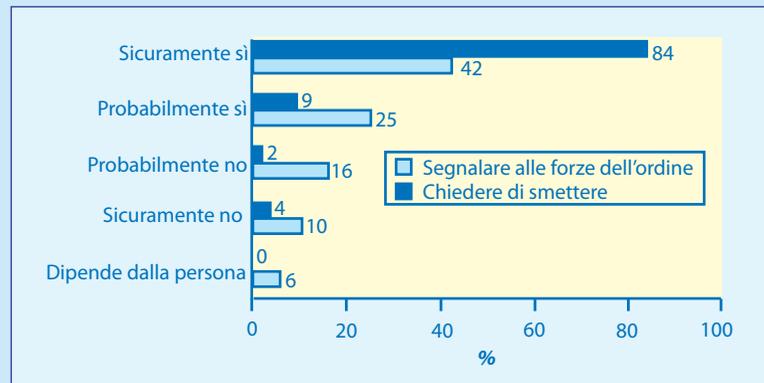


Figura - Prevalenza di gestori che pensano, dopo l'entrata in vigore della legge, di chiedere di smettere di fumare ai clienti che fumano e che in caso di rifiuto li segnaleranno alla pubblica autorità (dicembre 2004-gennaio 2005)

Riguardo ai propri locali, il 55% ha osservato che in genere, nell'ora di punta, almeno la metà dei clienti fuma (64% di quelli con bar *versus* il 50% di quelli con ristoranti, pizzerie e pub; $p = 0,006$). La maggioranza (68%) ha riferito che all'ora di punta i non fumatori sembravano infastiditi dal fumo, e il 36% ha dichiarato che nell'ultimo mese, qualche volta o frequentemente, ha ricevuto lamentele per la presenza di fumo nel locale da parte di clienti non fumatori.

Alla domanda "In che misura ritiene che i suoi clienti fumatori rispetteranno questa legge?", la maggioranza (82%) ha risposto che tutti, o la maggior parte, la rispetteranno.

Ai gestori è stato anche domandato se prevedevano, dopo l'entrata in vigore della legge, di chiedere di smettere di fumare a un eventuale cliente fumatore, e anche se pensavano di segnalare alle forze dell'ordine un cliente che avrebbe continuato a fumare nonostante gli sia stato richiesto di smettere. Come mostrato nella Figura, la grande maggioranza dei gestori ha affermato che dopo l'entrata in vigore della legge, avrebbe chiesto ai clienti di smettere di fumare. Un numero inferiore ha affermato che denuncierebbe alle forze dell'ordine coloro che non ottemperano alla legge.

Una delle principali preoccupazioni riguardo la nuova legge sono le possibili implicazioni economi-

che negative. Anzi, il 24% degli intervistati era convinto che avrebbe subito una perdita significativa dei profitti, mentre un ulteriore 19% si aspettava una perdita lieve.

Questo spaccato della situazione dei locali in un campione non-random di ASL in 7 regioni del Paese alla vigilia dell'entrata in vigore della legge sul fumo, mostra la presenza di fumatori in circa un terzo dei locali, sebbene la maggior parte dei gestori abbia percepito che i loro clienti non fumatori sono disturbati dal fumo, fino al punto di lamentarsene in qualche occasione. I gestori intervistati conoscevano gli aspetti principali della nuova legge, e la maggior parte era consapevole degli effetti nocivi del fumo passivo e dei benefici potenziali della legge per la salute della loro clientela.

La grande maggioranza si è detta certa di chiedere ai clienti di smettere di fumare, sebbene solo la minoranza si dichiara pronta a denunciare alle forze dell'ordine coloro che non rispetteranno la legge. Probabilmente la maggiore preoccupazione dei gestori riguarda un potenziale danno economico, con quasi la metà preoccupata di subire perdite significative o lievi per la propria azienda.

Dopo la rilevazione dei dati precedente l'entrata in vigore della legge, si prevede di completare il monitoraggio effettuando negli stessi locali due o tre successive raccolte di dati a distanza di alcuni mesi e di un anno a partire dal 10 gennaio.

Contemporaneamente, in un vasto campione di locali afferenti ad ASL di altre regioni, si stanno raccogliendo altri dati - utilizzando un questionario leggermente modificato - che metteranno a disposizione informazioni più precise sull'efficacia della legge anti-fumo. ■

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. La tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati. Commissione tecnico scientifica per l'elaborazione di proposte d'intervento legislative in materia d'inquinamento *indoor*; 1998.
2. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. EPA/600/6-90/006F
3. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free workplace law. *Addiction* 2003;98(8):1111-7.

Il commento

Paolo D'Argenio

Direzione Generale Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

L'applicazione della legge sulla tutela dei non fumatori dal fumo passivo potrà migliorare la qualità dell'aria nei locali chiusi e di conseguenza il benessere e la salute di quanti vi soggiornano. La legge, che amplia i diritti dei non fumatori, può costituire un formidabile stimolo per rendere più respirabile l'aria anche nelle abitazioni e per aumentare la frequenza dei tentativi di chi vorrebbe smettere di fumare. I professionisti della sanità pubblica sanno che l'azione di contrasto al fumo è difficile se non è accompagnata da misure che modificano il sistema di regole sociali, come i divieti nei locali chiusi

o l'aumento dei prezzi. D'altro canto, le norme possono restare inapplicate se non sono accompagnate da un atteggiamento favorevole di specifici gruppi della popolazione, e dalla valutazione dei suoi effetti. Infine, la constatazione di effetti positivi aumenta il sostegno alla legge. Questo articolo riporta i risultati di un monitoraggio semplice e utile, realizzato da servizi di sanità pubblica che, in questo modo, diventano un soggetto attivo nell'applicazione della legge n. 3 del 16 gennaio 2003 appropriandosi dei suoi obiettivi di salute. Lo studio evidenzia il ruolo positivo svolto dai media nell'informare la popolazione. I media sono interessati agli effetti di una legge che modifica la vita quotidiana del loro pubblico e potranno continuare a costituire un canale importante di comunicazione se sapremo fornire ad essi dati e informazioni tratti dal monitoraggio. Con la valutazione e la comunicazione possiamo contribuire a realizzare un successo della sanità pubblica italiana.

INTOSSICAZIONI DA FARMACI IN ITALIA: LA CASISTICA PRESA IN ESAME DAL CENTRO ANTIVELENI DI MILANO NEL 2004

Franca Davanzo¹, Laura Settini², Sergio Manfrè¹, Maurizio Bissoli¹, Marcello Ferruzzi¹, Fabrizio Maria Sesana¹, Rossana Borghini¹, Angelo Travaglia¹, Valeria Dimasi¹, Tania Giarratana¹ e Giuseppe Vighi¹

¹Centro Antiveleni, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

³Gruppo di Farmacovigilanza, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

I centri antiveleni (CAV) attivi in Italia ricevono ogni anno circa 67.000 richieste di consulenza per presunte intossicazioni (1). Le principali categorie di agenti associati a questi incidenti comprendono: i farmaci (circa il 34% dei casi), i prodotti domestici (circa il 23% dei casi), prodotti industriali, antiparassitari, alimenti/vegetali (circa il 5% dei casi per ciascuna categoria), cosmetici e prodotti per l'igiene personale (circa il 4% dei casi) (1, 2). Le esposizioni risultano verificarsi per circa l'87% dei casi in ambiente domestico; una parte rilevante dei soggetti intossicati sono bambini di età inferiore a 5 anni,

che rappresentano circa il 44% dell'intera casistica (1-3).

La rilevazione con procedure standard e la disamina sistematica dei casi di intossicazione riferiti ai CAV può fornire un'importante base di dati per la precoce individuazione di agenti o condizioni di esposizione particolarmente pericolosi, indirizzare interventi per la prevenzione e la formazione, guidare la ricerca clinica e in altri settori, costituire un supporto per interventi di tipo normativo. Inoltre, può fornire indicazioni per la riforma, il confezionamento o la revoca di prodotti commerciali sia di tipo farmaceutico che non far-

maceutico e contribuire alla tempestiva rilevazione di atti terroristici di tipo chimico e biologico (4, 5).

Considerando la rilevanza sanitaria che i dati sulle intossicazioni possono avere, è stato recentemente avviato presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità un piano di lavoro per la definizione di un sistema nazionale di sorveglianza delle esposizioni tossiche e delle sindromi a esse associate, basato sul contributo dei CAV. Contestualmente, è stato anche avviato un rapporto di stretta collaborazione con il CAV di Milano, centro di riferimento nazionale

a cui perviene circa il 60% dell'insieme delle richieste di consulenza tossicologica inoltrate ai CAV (1) e presso cui è attivo un sistema informatizzato di rilevazione dei casi (6). Tale collaborazione è finalizzata a una valutazione preliminare delle principali caratteristiche della casistica associata alle diverse categorie di esposizione.

Nel presente contributo viene presentata una prima analisi dei casi di intossicazione da farmaci presi in esame dal CAV di Milano nel 2004.

Nel corso del periodo in esame il CAV di Milano ha preso in esame 19.539 richieste di consulenza riferite a esposizione a prodotti farmaceutici, pari a circa il 37% del totale dei 52.295 interventi effettuati. Per il 63% dei casi considerati, la richiesta di assistenza è stata effettuata da servizi ospedalieri, per il 32% da referenti extraospedalieri o da privati cittadini, e per il restante 5% il richiedente non è risultato noto. Dalla regione Lombardia è pervenuto circa il 35% della casistica considerata (6.846). Le altre regioni che più frequentemente hanno consultato il CAV di Milano in riferimento a intossicazioni da farmaci sono state la Sicilia (1.500), l'Emilia-Romagna (1.470), la Campania (1.084), la Toscana (1.067), la Puglia (987) e il Piemonte (910). Per quanto riguarda le modalità di esposi-

zione, il 49% dei casi è risultato di tipo accidentale, il 33% di tipo intenzionale, e il 17% non noto. Tra i pazienti con esposizione di tipo accidentale, il 69% è risultato costituito da bambini con età inferiore a 5 anni e le intossicazioni messe in relazione a errori terapeutici sono risultate pari al 14%. Le categorie di farmaci più frequentemente associate ai casi di intossicazione involontaria sono state: analgesici/antinfiammatori (13%); sedativi/ipnotici/antipsicotici/antidepressivi (10%); anti-istaminici (8%); ormoni (7%); antibiotici (6%); prodotti per la profilassi della carie dentaria (fluoro) (3%); antisettici (3%). I disinfettanti, classificati come prodotti parafarmaceutici, sono stati associati al 6% dei casi di intossicazione accidentale.

Le osservazioni sino a ora effettuate risultano confrontabili con quanto osservato nell'ambito del sistema di sorveglianza attivo negli Stati Uniti con il contributo di 64 CAV (Toxic Exposure Surveillance System - TESS) (4) e incoraggiano ulteriori approfondimenti dello studio sui dati italiani disponibili per acquisire indicazioni più dettagliate sulle diverse dinamiche di esposizione e sugli agenti che più frequentemente risultano causa di intossicazione nelle diverse fasce di età. L'insieme dei risultati ottenuti potrà essere propo-

sto come una prima base conoscitiva per indirizzare campagne di informazione e prevenzione rivolte al pubblico e al personale sanitario.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Sanità. Compendio delle relazioni armonizzate dei centri antiveleni italiani per l'anno 1998; 2000.
2. Davanzo F, Faraoni L, Sesana FM *et al.* Intossicazioni acute tra le donne e i bambini. Anni 1997-1999. In: A. Leonardi, G. Scaravelli (Ed.). *Salute della donna e del concepito: prevenzione dei rischi ambientali e occupazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2004. (Rapporti ISTISAN 04/20). p. 22-6.
3. Settimi L, Davanzo F, Faraoni L. Intossicazioni acute nei bambini. In: Figà-Talamanca, 2004, A. Mantovani (Ed.). *Ambiente e infanzia in Italia*. Roma: Verduci Editore; 2004.
4. Watson AW, Litovitz TL, Kleinschultz W *et al.* 2003 Annual Report of the American Association of Poison Control Centres Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med* 2004; 22(5):335-421.
5. Krenzelok EP, Allswede M, Mrvos R. The poison centre role in biological and chemical terrorism. *Vet Hum Toxicol* 2000;42(6):237-300.
6. Davanzo F, Travaglia A, Chiericozzi M *et al.* Intossicazioni da prodotti antiparassitari rilevate dal Centro Antiveleni di Milano (1995-1998). *Ann Ist Super Sanità* 2001;37(2):127-34.

Il commento

Luisa Sodano

Direzione Generale Prevenzione, Ministero della Salute, Roma

I CAV rivestono un ruolo importante nel fornire agli operatori sanitari e al pubblico informazioni sull'identificazione e il trattamento di vari tipi di intossicazione. Oltre a rappresentare un importante servizio in ambito pubblico, essi sono una fonte informativa di eventi acuti accidentali e intenzionali di varia natura tale da far ritenere questi centri uno dei cardini della Sorveglianza Sindromica (SOS) (1). Questa, secondo la definizione dei Centers for Disease Control and Prevention americani (1) è "un approccio investigativo in cui lo staff dei dipartimenti di sanità pubblica, assistito dall'acquisizione di dati automatizzati e dalla generazione di "alert" statistici, monitora gli indicatori di malattia in tempo reale o quasi per rilevare epidemie prima di quanto sarebbe possibile con i metodi tradizionali di sanità pubblica"; a tal fine, si ricorre a dati prediagnostici, tra cui le richieste di consulenza ai CAV. Pertanto, nel progetto sulla SOS messo a punto dal Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del

Ministero uno degli obiettivi specifici è implementare una rete dei CAV attivi in Italia per la sorveglianza delle esposizioni ad agenti tossici e delle sindromi ad essi associate. Per far ciò è necessario procedere all'omogeneizzazione delle informazioni da raccogliere e dei relativi strumenti di rilevazione e alla predisposizione di un unico sistema informatico di supporto. L'obiettivo ultimo è usare il grande potenziale informativo di questi centri per meglio indirizzare la prevenzione di eventi rilevanti per frequenza e gravità, quali le intossicazioni acute.

Riferimenti bibliografici

1. Henning KJ. What is Syndromic Surveillance? In: *Syndromic Surveillance: Reports from a National Conference*, 2003. *MMWR* 2004;53(Suppl):7-11.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it