

SINTESI DEL PROTOCOLLO DELLO STUDIO

“Monitoraggio degli effetti della nuova legge che vieta il fumo nei locali pubblici”, dicembre 2004

Introduzione

Il fumo di tabacco, definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità “la prima causa di morte facilmente evitabile”, rappresenta nel nostro Paese un problema di sanità pubblica. Il fumo è uno dei fattori di rischio dello sviluppo di patologie, croniche ed invalidanti, che influiscono negativamente sul benessere della popolazione e sull'economia del Paese. In particolare il fumo di tabacco è il principale fattore eziologico nella patogenesi di almeno otto tipi di neoplasie (oltre 30.000 decessi l'anno per cancro del polmone, di cui 25.000 (oltre 80%) sono causati dal fumo) e di diverse altre malattie non neoplastiche (il fumo è responsabile del 30% degli infarti del miocardio e di altre gravi affezioni cardiocircolatorie e del 30% delle bronchiti croniche).

Oltre all'azione diretta del fumo di sigaretta sui fumatori, il “fumo passivo” (*passive smoke* o *second hand smoke*) è quello che viene inalato involontariamente dalle persone che vivono a contatto con uno o più fumatori attivi ed è il principale inquinante degli ambienti chiusi. Si definiscono “fumatori passivi” tutti coloro che, al lavoro, in famiglia o in luoghi pubblici, sono costretti a respirare il fumo altrui. In Italia i fumatori passivi ammontano a oltre quindici milioni, pari al 26,5% della popolazione.

Esiste attualmente sufficiente evidenza scientifica sugli effetti nocivi del fumo passivo sulla salute e, in particolare, sull'esistenza di una associazione tra esposizione a fumo passivo e rischio di cancro del polmone e di malattie cardiovascolari e respiratorie (es. cardiopatie, asma, bronchite cronica). I bambini, gli anziani e le persone con una storia pregressa di malattie respiratorie o cardiovascolari rappresentano dei gruppi particolarmente a rischio di danno alla salute da esposizione a fumo passivo.

In particolare riguardo ai bambini è ben documentato che:

- il fumo attivo della madre è uno dei maggiori fattori di rischio per il ridotto (<2500 gr) peso alla nascita del bambino, che a sua volta rappresenta un importante fattore di rischio per la morbosità e la mortalità infantile;
- il fumo della madre durante e dopo la gravidanza è stato identificato tra i fattori di rischio più rilevanti per la sindrome della morte improvvisa del lattante (Sids) che colpisce lattanti nel primo anno di vita (picco a 2-4 mesi) apparentemente sani, con una incidenza che oscilla tra 1,0 e 2,3 per mille e che rappresenta la più comune causa di morte tra il primo mese ed il primo anno di vita;
- l'esposizione al fumo passivo nei bambini aumenta il rischio di infezioni delle basse vie respiratorie, quali polmoniti e bronchiti, causa tosse e affanno, è associata con l'otite media acuta e cronica ed è un fattore di rischio per nuovi casi di asma e per l'aggravamento dei sintomi nei bambini con asma stabilizzata.

La legge

La Legge 16 gennaio 2003, n. 3 “Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione” (art. 51: Tutela della salute dei non fumatori) ha esteso il divieto di fumo a tutti i luoghi di lavoro, pubblici e privati, quindi anche a bar ristoranti ed altri esercizi commerciali. L'articolo stabilisce il principio che non fumare è la regola e fumare è l'eccezione e prevede la possibilità di creare locali riservati ai fumatori. Questi ultimi devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria regolarmente funzionanti, aventi le caratteristiche tecniche fissate con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003.

La legge ha dunque come **obiettivo principale la tutela della salute dei non fumatori nei locali pubblici.**

L'Italia è uno dei Paesi europei ad aver proibito completamente il fumo nei locali pubblici. Sebbene l'efficacia dell'interdizione del fumo sia stata chiaramente documentata in altre situazioni, non si hanno molte informazioni sugli effetti di tali interventi legislativi in Europa.

Dal punto di vista della salute pubblica è necessario creare le condizioni culturali, politiche e giuridiche, per far crescere il livello di consapevolezza della gente riguardo al problema fumo, finanche a bandire qualunque forma di pubblicità e promozione del fumo di tabacco.

Obiettivo dello studio

Obiettivo generale

Il presente studio si propone di monitorare e fornire un quadro multi regionale degli effetti dell'applicazione dell'art. 51 della Legge n.3 del 16/01/2003.

Obiettivi specifici

In un campione selezionato di ASL o Distretti:

1. descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti in relazione alla legge dei proprietari di locali pubblici, quali bar, pizzerie, pub, ristoranti;
2. stimare l'aderenza alle disposizioni di legge nei locali prima e dopo la data di entrata in vigore del divieto di fumo nei locali pubblici prevista per il **10 gennaio 2005**.
3. valutare, nel lungo periodo, gli effetti sulla salute attraverso il monitoraggio di alcuni esiti di salute fumo-correlati (infarti, accidenti cardiovascolari e respiratori) ad esempio sulla base di dati desumibili dalle SDO;
4. stimare l'impatto in termini economici della nuova legge sui locali interessati, ad esempio sulla base di dati forniti dalle Camere di Commercio.

Materiali e metodi

Tipo di studio

Lo studio è di tipo descrittivo e osservazionale, pre e post applicazione legge n. 3 del 16/01/2003, con 3 rilevazioni dei dati: prima dell'entrata in vigore della legge, dopo circa 60 e circa 180 giorni dalla sua entrata in vigore.

Popolazione in studio

Lo studio riguarda un campione (n=50) selezionato di locali pubblici (bar, pub, ristoranti e/o pizzerie) del territorio di competenza (ASL, Distretto, Regione o città di riferimento) attraverso interviste dirette pre e post applicazione della legge ai gestori o titolari dei locali. In una seconda fase verranno coinvolte nello studio anche le strutture pubbliche quali ospedali, e uffici.

Questionario

Il questionario si compone di due sezioni:

- nella prima vengono rilevate, tramite autocompilazione da parte dei gestori/proprietari di locali pubblici, informazioni su: conoscenza della legge, tipo e fonti di informazioni ricevute, attitudini rispetto all'opportunità della legge, costi economici previsti, ecc;
- nella seconda vengono rilevate, tramite osservazione diretta da parte dell'intervistatore, informazioni su: presenza di cartelli e zone riservate rispondenti alle indicazioni definite dalla legge, presenza di portacenieri, mozziconi, fumatori, ecc.

Strategie di campionamento

I locali (bar, pub, ristoranti e/o pizzerie) da includere nello studio verranno selezionati attraverso un campionamento casuale semplice effettuato sulle liste di locali pubblici ottenute, per ogni località/ASL, dalle pagine gialle (<http://ristoranti.paginegialle.it/ristoranti.html>), con esclusione dei soli agriturismi, estraendo a caso 70 nomi di locali (il sito permette anche di avere la mappa e il percorso per arrivarci), 50 come titolari e 20 come eventuali rimpiazzati.

Modalità di contatto e rilevazione dei dati

Il personale sanitario della ASL si recherà presso i locali preventivamente selezionati e classificati nelle 4 categorie (1- Ristoranti; 2- Pizzerie; 3- Bar con tavolini; 4- Pub-birrerie) durante le ore di apertura del locale (la mattina o nel primo pomeriggio) con una lettera di accompagnamento della propria ASL previo contatto telefonico con il proprietario del locale

e ottenimento del consenso informato del gestore. Il rilevatore consegnerà quindi un questionario specificando che questo è assolutamente anonimo (cioè non vi sono indicazioni per poter risalire all'autore del questionario) e spiegando anche le finalità dello studio (indagine per la salute pubblica). Il personale sanitario riferirà al proprietario che andrà a ritirare il questionario compilato durante le ore di maggiore afflusso di pubblico. Al momento del ritiro, il personale sanitario compilerà la seconda sezione del questionario (quella osservazionale) e fisserà una data con il gestore per la successiva rilevazione dei dati.. Una volta completate le interviste il personale dell'ASL raccoglierà i questionari che invierà in forma cartacea o elettronica al referente regionale (o al conduttore PROFEA) dello studio.

Uso dei risultati

Un rapporto verrà messo a disposizione localmente da parte dell'ente sanitario e a livello nazionale da parte del gruppo PROFEA avente come target i partecipanti allo studio sei mesi dopo la fine dell'indagine anche sul sito web (www.epicentro.iss.it) dell'ISS.