



“Monitoraggio degli effetti della legge 3/2003 e del Decreto Legge 104/2013 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2013, n. 128 (in G.U. 11/11/2013, n. 264). Divieto di Fumo per la tutela della salute nelle scuole”

Protocollo dello studio

Premessa

Esiste attualmente sufficiente evidenza scientifica¹ sugli effetti nocivi del fumo passivo sulla salute e, in particolare, sull'esistenza di un'associazione tra esposizione a fumo passivo e rischio di cancro del polmone e di malattie cardiovascolari e respiratorie (es. cardiopatie, asma, bronchite cronica).

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995 *“Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici”* pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 11 del 15 gennaio 1996, nell'art. 4b, aveva stabilito che all'interno delle strutture dovessero essere individuati uno o più funzionari incaricati di procedere alla contestazione di eventuali infrazioni, di verbalizzarle e di riferirne all'autorità competente.

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 locali chiusi frequentati dal pubblico, luoghi di lavoro, bar, ristoranti ed altri esercizi commerciali con l'obiettivo principale di tutelare la salute dei non fumatori nei locali pubblici.

Tale legge ha avuto un impatto di rilievo sulla riduzione della percentuale di fumatori e sull'esposizione al fumo passivo: secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro sembra abbastanza alta, inoltre, osservazioni concordanti hanno registrato un significativo aumento del rispetto della legge stessa in tutte le regioni, con una progressiva riduzione dell'esposizione al fumo anche nelle abitazioni, oltre che nei locali pubblici.

Background

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il fumo di tabacco *“la prima causa di morte facilmente evitabile”* e ha messo a punto la Convenzione Quadro per il controllo del tabacco², il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica che, riconoscendo i danni provocati dai prodotti del tabacco, stabilisce principi e obiettivi giuridicamente vincolanti che gli Stati firmatari, tra cui l'Italia³, sono tenuti a rispettare.

Il fumo di tabacco è uno dei principali fattori di rischio dello sviluppo di almeno otto tipi di neoplasie e di diverse altre malattie croniche^{1:4} che influiscono negativamente sul benessere della popolazione⁵ e sull'economia⁶ del Paese.

Oltre all'azione diretta del fumo di sigaretta sui fumatori, il *“fumo passivo”* (*passive smoke* o *second hand smoke*), quello che viene inalato involontariamente dalle

persone che si trovano a contatto con uno o più fumatori attivi, rappresenta il principale inquinante degli ambienti chiusi.

Inoltre, è stato dimostrato che il rischio di iniziare a fumare e diventare dipendenti è maggiore per coloro che durante l'infanzia e l'adolescenza sono stati esposti a fumo di tabacco da parte di adulti che, oltre ai genitori, possono rappresentare un modello, come gli insegnanti⁷, e il rischio di fumare è maggiore tra i ragazzi i cui amici fumano⁸. Da uno studio specifico sull'abitudine al fumo (Global Youth Tobacco Survey - Gyts) tra i giovani studenti italiani, condotto a livello nazionale nel 2010, in concomitanza con lo studio Health Behaviour in School-aged Children-Hbsc, è emerso che il 21% fuma tabacco abitualmente e che il 44 e il 56% vede, rispettivamente, insegnanti e studenti fumare all'interno della scuola⁹.

Per questi motivi le recenti linee guida italiane per la prevenzione primaria del fumo di tabacco¹⁰ raccomandano che le scuole di ogni ordine e grado si dotino di regolamenti antifumo, scritti, condivisi tra insegnanti e studenti, estesi a tutte le aree interne ed esterne di pertinenza della scuola, rivolti sia agli studenti sia al personale, e comprendenti meccanismi di controllo e di sanzione.

Stato del problema

In Italia la percentuale di fumatori e l'esposizione al fumo passivo si stanno regolarmente riducendo, grazie ad un'azione sistematica di contenimento del fumo di tabacco svolta per mezzo di molteplici politiche e programmi volti a rendere gli ambienti di vita sempre più liberi dal fumo e a ridurre la pressione a fumare sui giovani. Tra questi, un impatto rilevante ha avuto la Legge 16 gennaio 2003, n.3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione" (art. 51: Tutela della salute dei non fumatori) che ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi frequentati dal pubblico (luoghi di lavoro, pubblici esercizi ecc.). Osservazioni concordanti evidenziano che l'applicazione di questa legge ha indotto un netto calo del consumo di sigarette, che si è rapidamente tradotto in una riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio¹¹; inoltre, ha progressivamente diminuito l'esposizione al fumo nei locali pubblici¹² ed ha prodotto un miglioramento della consapevolezza, per cui l'esposizione al fumo tende a ridursi anche nelle abitazioni¹³.

Con l'approvazione della legge 3/2003, l'Italia è stata uno dei primi paesi europei a regolamentare il fumo nei locali pubblici, compresi i luoghi di lavoro e, nel 2007, la comunità scientifica internazionale ha riconosciuto al nostro Paese il ruolo di capofila nella promozione di politiche *smoke free*. In occasione dell'emanazione di questa legge, tra la fine del 2004 e l'inizio del 2005, il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha effettuato uno studio sugli effetti della nuova normativa nei locali pubblici, denominato ENFASI¹⁴. Successivamente la Regione Veneto con un progetto affidato dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM): "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo"(2011), ha coordinato un'indagine per fornire indicazioni sul rispetto di tale normativa anche nei luoghi di lavoro e negli ambienti sanitari ¹⁵.

Un ulteriore contributo alla salute delle nuove generazioni sarà senz'altro offerto dalla recente adozione del Decreto Legge n.104 "Misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca" (art.4 "Tutela della salute nelle scuole"¹⁶), in vigore dal 12

settembre 2013, che vieta di fumare sigarette nelle aree esterne di pertinenza delle scuole statali e paritarie. Con la conversione in legge, dal 12 novembre 2013 il divieto è stato esteso anche alle sigarette elettroniche¹⁷.

Come dimostrato dagli studi sopracitati, una componente essenziale del programma di salute connesso al divieto di fumo è rappresentata dal monitoraggio dell'applicazione delle leggi e da una valutazione dell'impatto sulla salute.

Ad oggi non abbiamo a disposizione dati su come tale normativa sia stata recepita nel contesto scolastico, manca quindi un riferimento per valutarne l'impatto nel tempo.

A tale scopo, nell'ambito degli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche, il Ministero della Salute ha affidato al Cnesps dell'ISS, il coordinamento del progetto "Monitoraggio degli effetti della legge 3/2003 e del Decreto Legge 104/2013 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2013, n. 128 (in G.U. 11/11/2013, n. 264). "Divieto di fumo per la tutela della salute nelle scuole" che si svolgerà in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR) e con il coinvolgimento delle Regioni che decideranno di partecipare, le quali indicheranno le ASL/ASP disponibili alla realizzazione.

Finalità del progetto affidato al Cnesps dell'ISS

Il progetto prevede la realizzazione di uno **studio multi-regionale e osservazionale** per rilevare la pratica del fumo di tabacco nella scuola, al fine di costruire le basi di partenza per ulteriori misurazioni. Inoltre, si propone di valorizzare le iniziative di comunicazione e formazione sviluppate in ambito scolastico, orientate alla diffusione delle informazioni e alla crescita della consapevolezza del rischio connesso al tabagismo. Per questo motivo il monitoraggio dell'applicazione delle normative ha una finalità di tipo preventivo ed è parte integrante delle iniziative di promozione della salute attivate nella scuola. Non ha, pertanto, alcuno scopo sanzionatorio.

Finalità dello studio multi-regionale e osservazionale

Obiettivi generali

Il presente studio si propone di monitorare gli effetti della Legge 3/2003 e del Decreto Legge 104/2013 di tutela della salute dei giovani in ambito scolastico convertito, con modifiche, nella legge 8 novembre 2013, n. 128, nelle regioni che vorranno aderire all'indagine.

Obiettivi specifici

In un campione di scuole identificate nelle regioni partecipanti:

- Effettuare una rilevazione obiettiva degli indicatori di fumo di tabacco nelle aree interne ed esterne di pertinenza della scuola
- Approfondire le conoscenze e le opinioni dei dirigenti scolastici o di loro rappresentanti in merito al divieto di legge, ai danni provocati dal fumo e alle abitudini al fumo di coloro che frequentano la scuola
- Verificare l'esistenza di una regolamentazione interna in merito al divieto di fumo
- Verificare l'adesione a programmi di prevenzione del tabagismo

Materiali e metodi

Popolazione in studio e modalità di campionamento

Lo studio è coordinato dal Cnesps dell'ISS in collaborazione con la rete delle regioni partecipanti e sarà condotto da operatori dei servizi territoriali.

Allo studio sono invitate a partecipare tutte le Regioni ognuna delle quali potrà individuare i Dipartimenti di prevenzione delle ASL/ASP che intendono aderire al progetto.

Ogni Regione o ogni singola ASL/ASP selezionerà 6 Istituti scolastici secondari di primo e secondo grado, statali o parificati. Nello specifico:

- 2 istituti secondari di primo grado
- 4 istituti secondari di secondo grado di cui 2 licei e 2 istituti professionali/istituti tecnici

Il campionamento potrà essere effettuato anche dalla stessa lista di Istituti scolastici utilizzata per l'indagine Health Behaviour in School-aged Children-Hbsc.

Per aumentare l'eterogeneità del campione, i 6 istituti scolastici saranno estratti a sorte e, qualora comprendano più plessi, gli operatori della ASL/ASP partecipante ne visiteranno uno scelto a caso, se si tratta di plessi di una stessa tipologia di scuola (ad esempio più licei scientifici). Qualora i plessi rappresentino diverse tipologie di istituti scolastici (liceo scientifico, istituto professionale), va scelto il plesso corrispondente alla tipologia di scuola per la quale l'istituto scolastico è stato selezionato (se l'istituto scolastico comprende il liceo A e l'istituto professionale B va scelto il liceo A se l'istituto scolastico è stato scelto per campionare un liceo). Per plesso si intende un edificio scolastico, identificato univocamente dal codice meccanografico. Il plesso rappresenta l'unità campionaria sulla quale condurre l'indagine. Inoltre, qualora uno stesso plesso abbia più sedi, che non hanno un codice meccanografico univoco di sede, dovrà essere individuata una sola sede per l'effettuazione dell'indagine.

Quindi, le Regioni o le singole ASL/ASP dovranno:

- ottenere la lista degli istituti scolastici del proprio territorio facendo riferimento anche alla lista delle Scuole utilizzata per il campionamento HBSC;
- dividere gli Istituti scolastici in 3 liste secondo la seguente classificazione:
 - medie inferiori
 - medie superiori-licei
 - medie superiori-istituti tecnici o istituti professionali
- prevedere per ogni Istituto Scolastico 2 sostituzioni della stessa tipologia di Istituto al fine di ovviare al problema di eventuali rifiuti o della mancata risposta;
- estrarre i sostituti con campionamento casuale semplice a partire da ognuna delle 3 liste da cui sono stati estratti gli Istituti scolastici iniziali;
- compilare il diario contenente informazioni sugli Istituti Scolastici campionati indicando:

- il codice identificativo assegnato da chi effettua il campionamento ad ogni Istituto Scolastico o plesso selezionato (ID Unità di rilevazione). Tale codice indicato nel diario dovrà essere riportato sul questionario e sulla scheda di rilevazione riferiti a uno stesso Istituto visitato.
- il codice Istat della Regione
- il codice Istat della ASL/ASP;
- la denominazione dell'istituto;
- il tipo di Istituto;
- il codice Istituto;
- il tipo di plesso;
- il codice del plesso;
- il nome/indirizzo della sede del plesso scelta;
- il tipo di intervista realizzata (se con un dirigente o suo sostituto);
- gli Istituti che hanno eventualmente rifiutato;
- la persona che ha risposto al questionario (dirigente o suo delegato)

Strumenti di rilevazione dei dati

- **Questionario** standardizzato a livello nazionale, per raccogliere informazioni su opinioni, conoscenze e modalità di gestione delle recenti normative. Il questionario potrà essere autocompilato da parte dei dirigenti scolastici o da loro rappresentanti oppure utilizzato come guida per un'intervista diretta. Il dirigente scolastico (o il suo delegato) non è obbligato a rispondere al questionario ma si raccomanda un'accurata sensibilizzazione affinché ciò avvenga, sottolineando che l'obiettivo dello studio è esclusivamente rivolto ad una azione di prevenzione del tabagismo, non ha alcuno scopo sanzionatorio e i dati sono riservati.
- **Scheda di rilevazione** compilata dall'operatore della Asl/Asp, obbligatoria, per raccogliere informazioni provenienti dall'osservazione diretta degli ambienti oggetto dell'indagine: presenza di cartelli nelle zone vietate, rispondenti alle indicazioni definite dalla legge, presenza di posacenere, mozziconi di sigaretta, fumatori, ecc. non soltanto nelle aree in cui vige il divieto ma anche negli spazi esterni **non** di pertinenza della scuola.

Procedure operative

Modalità di contatto e di organizzazione iniziale

- Il Ministero della Salute invia una comunicazione al referente del Ministero dell'Istruzione e della Ricerca (MIUR) per comunicare l'effettuazione del progetto e per presentarne le finalità.
- Il MIUR invia una comunicazione agli Uffici Scolastici Regionali affinché informino i Dirigenti degli Istituti Scolastici del territorio
- L'Ufficio Regionale Scolastico invia un'informativa ai dirigenti degli Istituti Scolastici del territorio
- Il Cnesps dell'ISS invia una lettera al referente di ciascuna Regione per chiedere l'adesione al progetto

- La Regione che aderisce contatta i Dipartimenti di prevenzione di altrettante ASL/ASP
- La Regione o il Dipartimento di prevenzione della ASL/ASP di riferimento invia la lettera di avviso al Dirigente scolastico dell'Istituto campionato contenente le finalità del progetto, le modalità di svolgimento dello studio ed il questionario da compilare
- Il Dipartimento di prevenzione della ASL/ASP di riferimento decide autonomamente la figura professionale da inviare all'Istituto scolastico per la rilevazione dei dati, dando la priorità agli operatori che vi si recano nella scuola anche per altre attività.
- L'operatore sanitario incaricato dalla ASL/ASP per la raccolta dei dati utili all'indagine, concorda telefonicamente con il Dirigente scolastico la visita per compilare la scheda di rilevazione dati e ritirare il questionario già inviato con la lettera oppure, qualora il dirigente non avesse auto-compilato il questionario, effettua l'intervista.
- I dati raccolti vengono inseriti dal personale della ASL/ASP partecipante in un database predisposto dal Cnesps.

Strumenti di contatto

1. Lettera inviata al MIUR da parte del Ministero della Salute
2. Lettera inviata dal MIUR agli Uffici Regionali Scolastici
3. Lettera inviata dal CNESPS ai referenti regionali
4. Lettera inviata dalla ASL/ASP al dirigente scolastico dell'Istituto Scolastico campionato

Modalità della visita

Per la compilazione della scheda si propone la seguente modalità organizzativa:

- visitare due istituti scolastici all'inizio delle lezioni e, per 5 minuti, prima dello squillo della campanella, osservare se nel raggio di circa 20-25 metri (anche nelle **aree visibili non** di pertinenza della scuola) ci sono docenti, non docenti e studenti che fumano;
- visitare due istituti scolastici durante l'ora dell'intervallo principale;
- visitare due istituti scolastici in prossimità della fine delle lezioni e assistere per 5 minuti all'uscita, per osservare se nel raggio di circa 20-25 metri (anche nelle **aree visibili non** di pertinenza della scuola) ci sono docenti, non docenti e studenti che fumano.

Si propone, inoltre, una sequenza di rilevazione che segua la successione degli spazi che si attraversano entrando nell'istituto. Per esempio, nell'ordine:

- il marciapiede davanti all'ingresso principale della scuola, visibile nel raggio di 20-25 metri il cortile principale e gli altri spazi all'aperto di pertinenza della scuola (porticati, giardini interni, parcheggi, altri spazi aperti)
- gli atri
- i corridoi
- le segreterie
- le sale comuni

- i bagni dei docenti
- i bagni degli studenti
- ecc.....

La scelta rispetto all'orario deve essere casuale.

Si raccomanda di segnalare anche la presenza di rivenditori di tabacco nel raggio di 300 metri dall'istituto scolastico, come riportato nella scheda.

Analisi e interpretazione dei dati

L'analisi verrà condotta all'interno del Cnesps e l'interpretazione dei dati sarà realizzata integrando i risultati dell'analisi alle conoscenze provenienti dalla letteratura scientifica e alle informazioni provenienti dalla conoscenza delle caratteristiche delle scuole.

Aspetti normativi ed etici

I dati ottenuti dalla compilazione dei questionario saranno confidenziali finalizzati alla ricerca.

Tempistica

La durata dello studio è di 12 mesi:

- Entro marzo è prevista la stesura del protocollo e la costituzione del comitato guida
- Entro aprile è previsto l'incontro del comitato guida e la realizzazione/e distribuzione dei materiali per la rilevazione dei dati
- Entro maggio è prevista la rilevazione delle informazioni
- Entro giugno è previsto l'inserimento dei dati
- Entro settembre/ottobre è prevista l'analisi dei dati
- Da ottobre a febbraio la diffusione dei risultati

Divulgazione dei risultati

La disseminazione dei risultati dell'indagine è subordinata alla preparazione di un piano di comunicazione che prevede un'accurata identificazione dei gruppi di interesse, la definizione di obiettivi comunicativi specifici per ciascuno di essi, l'elaborazione di strumenti comunicativi e di mezzi di comunicazione adeguati.

Limiti dello studio

L'area di indagine coperta dallo studio non è rappresentativa del territorio nazionale in quanto subordinata alla necessità di essere svolta in tempi brevi, cioè entro la chiusura dell'attuale anno scolastico. Pertanto, l'intenzione è di realizzare uno studio pilota che ponga le basi di partenza per successive indagini di monitoraggio e di valutazione dell'efficacia dell'intervento legislativo.

Non si può escludere l'effetto di "satisfying" necessariamente legato alle risposte dei dirigenti, possibili quindi incongruenze fra le loro opinioni e i rilievi effettuati dagli intervistatori

Bibliografia utile

1. Ministero della Salute. I danni derivanti dal consumo di sigarette. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf
2. Epicentro. Uno strumento potente: la convenzione quadro per il controllo del tabacco. http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_FCTC.pdf
3. La Convenzione è ufficialmente in vigore nel febbraio del 2005 ed è stata ratificata dal nostro Paese nel 2008 (Legge 18 marzo 2008, n.75 GU Serie Generale 91/2008)
4. Epicentro. Fatti sui principali danni del tabacco per la salute di chi fuma. http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_fumo_economia.pdf
5. Gorini G, Chellini E, Querci A, Seniori Costantini A. Impatto del fumo in Italia nel 1998: morti e anni di vita potenziale persi *Epidemiol Prev.* 2003 Sep-Oct;27(5):285-90
6. Epicentro. Fatti sui principali danni del tabacco per l'economia. http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_fumo_economia.pdf
7. Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob Control* 2002;11:246-251 doi:10.1136/tc.11.3.246
8. Simons-Morton B, Farhat T. Recent findings on peer group influences on adolescent substance use. 2010 *J Prim Prev*; 31(4):191-208
9. Epicentro. Gyts (Global Youth Tobacco Survey – *Indagine sull'abitudine al fumo tra i giovani*)
10. Prevenzione primaria del fumo di tabacco. Linea guida prevenzione. Sistema Nazionale Linee Guida. Network Italiano Evidence based Prevention. 2013.
11. Epicentro. L'abitudine al fumo nella popolazione adulta italiana negli ultimi 10 anni: i dati Oec/Hes. <http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/NoTab2012Oec.asp>
12. Epicentro. Rapporto nazionale Passi 2011: esposizione al fumo passivo. <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/FumoPassivo.asp>
13. Epicentro. L'abitudine al fumo. I dati del sistema di sorveglianza Passi 2012. http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2013/Scheda_fumo_pool_2012.pdf
14. Studio sugli effetti della nuova legge che vieta il fumo nei locali pubblici-gennaio/aprile 2005 Gruppo Enfasi- *Inserto BEN Not Ist Super Sanità 2006;19(6)*
15. "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo" - Progetto CCM. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=976
16. Comma 1: estende il divieto di fumo anche alle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni scolastiche statali e paritarie. Comma 2: vieta l'utilizzo delle sigarette elettroniche nei locali chiusi delle istituzioni scolastiche. Comma 3: definisce le sanzioni per chi violi il divieto di utilizzo delle sigarette elettroniche. Comma 4: destina i proventi delle sanzioni, inflitte da organi statali, al potenziamento dell'attività di monitoraggio sugli effetti derivanti dall'uso di sigarette elettroniche

e alle attività informative finalizzate alla prevenzione del rischio di induzione al tabagismo.

17. Legge 8 novembre 2013, n.128 (in GU 11/11/2013, n.264) comma 2 vieta l'utilizzo delle sigarette elettroniche "nelle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni del sistema educativo di istruzione e formazione"