

World No Tobacco Day - 31 May

VII CONVEGNO NAZIONALE TABAGISMO E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Roma, 31 maggio 2005



FABRICA

RAPPORTO ANNUALE SUL FUMO 2004

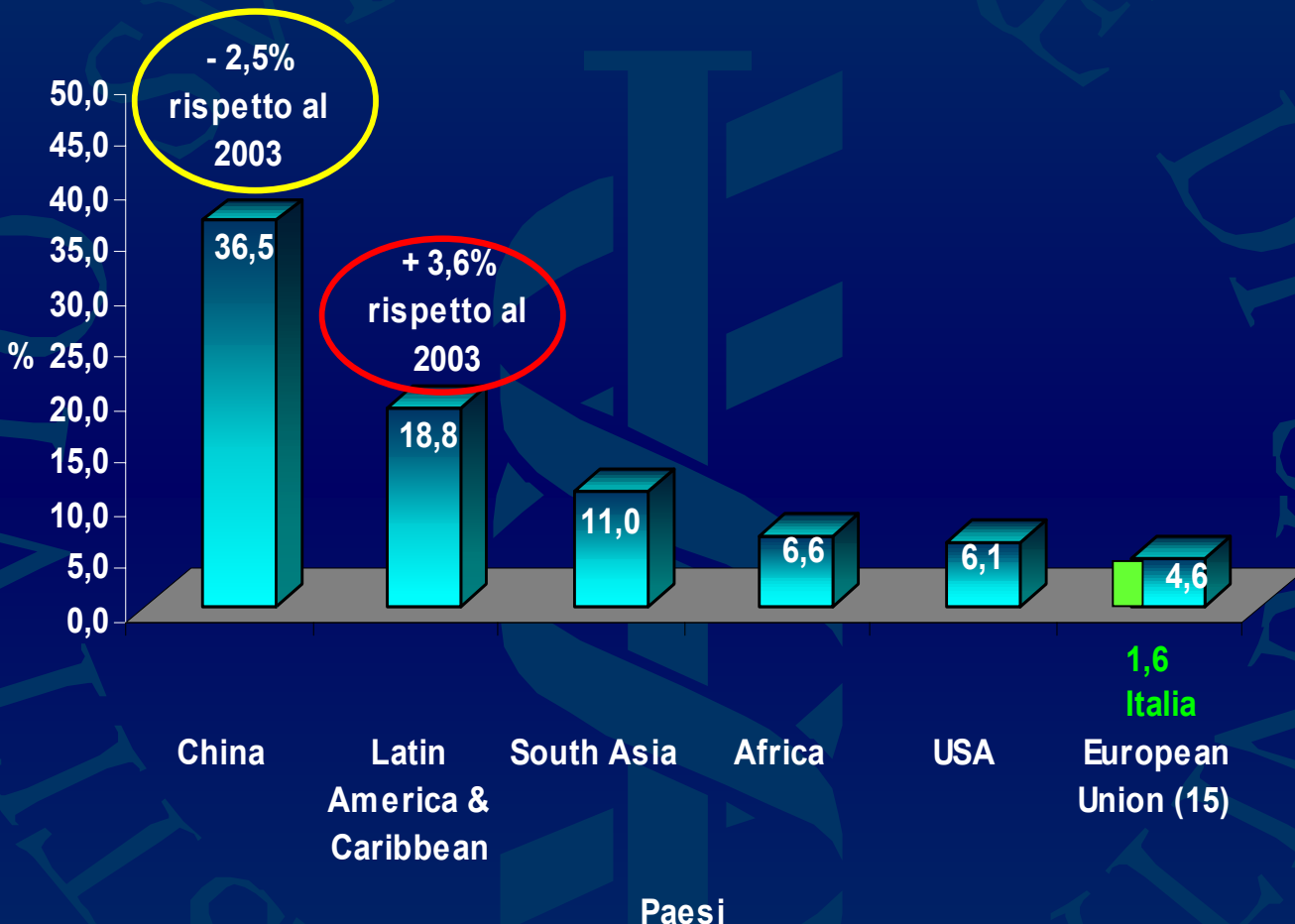
Roberta Pacifici

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ'




**HEALTH
PROFESSIONALS
AGAINST
TOBACCO**

Produzione di tabacco in alcuni Paesi rispetto alla produzione mondiale (anno 2004): valori percentuali

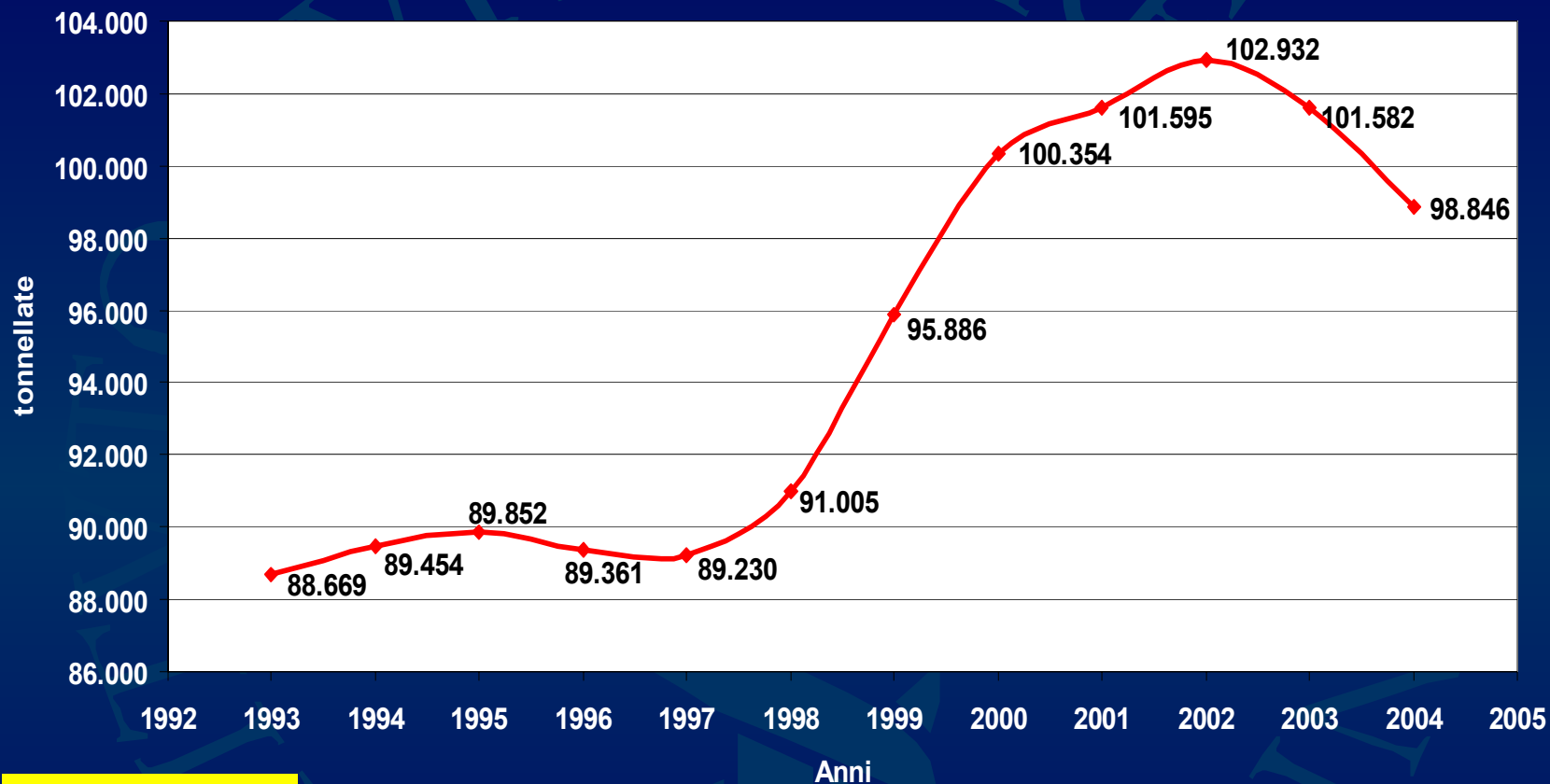


PRIMI 10 PAESI PRODUTTORI DI TABACCO NEL MONDO (ANNO 2004)

Paese	tonnellate	(% Mondo)
Cina	2.405.000	36,5
Brasile	928.332	14,1
India	595.000	9,0
Stati Uniti d'America	400.600	6,1
Zimbabwe	180.000	2,7
Turchia	151.860	2,3
Indonesia	135.000	2,0
Grecia	121.000	1,8
Argentina	118.000	1,8
Italia	102.765	1,6
Totale primi 10	5.137.557	78,0
Mondo	6.587.677	100,0

Elaborazione OSSFAD-ISS su dati FAO

Vendite di sigarette nel periodo 1993-2004



Var. 2004/2003

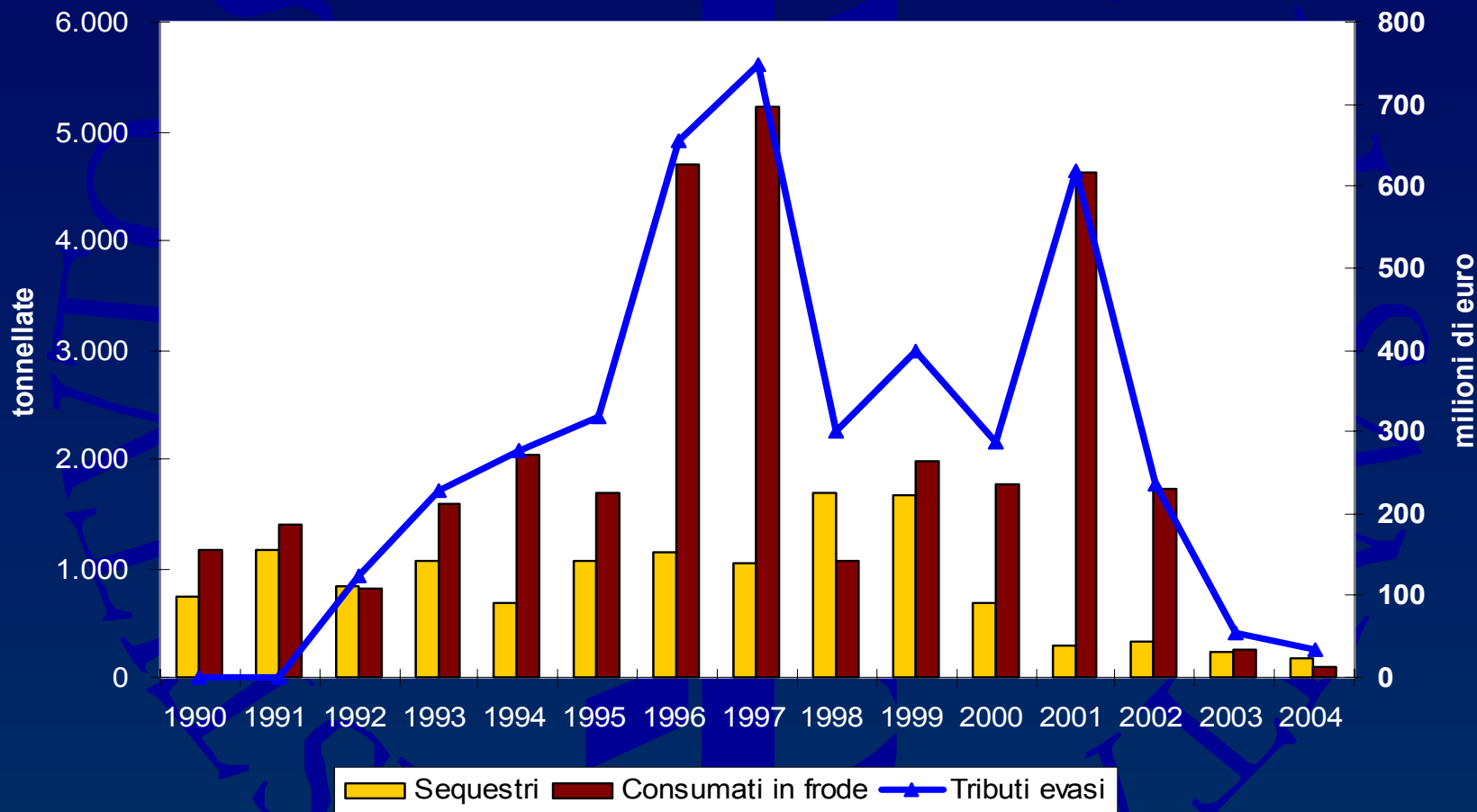
-2,7%

**Circa 3.000 tonnellate
in meno vendute**

(Il kg convenzionale equivale a 1.000 sigarette)
137.000.000 pacchetti da 20 sigarette

Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Amministrazione Autonoma Monopoli di Stato (2004)

Contrabbando tabacchi lavorati esteri dal 1993 al 2004



Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Comando Generale della GdF (2004)

Il peso dei vari canali distributivi

(sugli acquisti di sigarette effettuati negli ultimi 30 giorni)

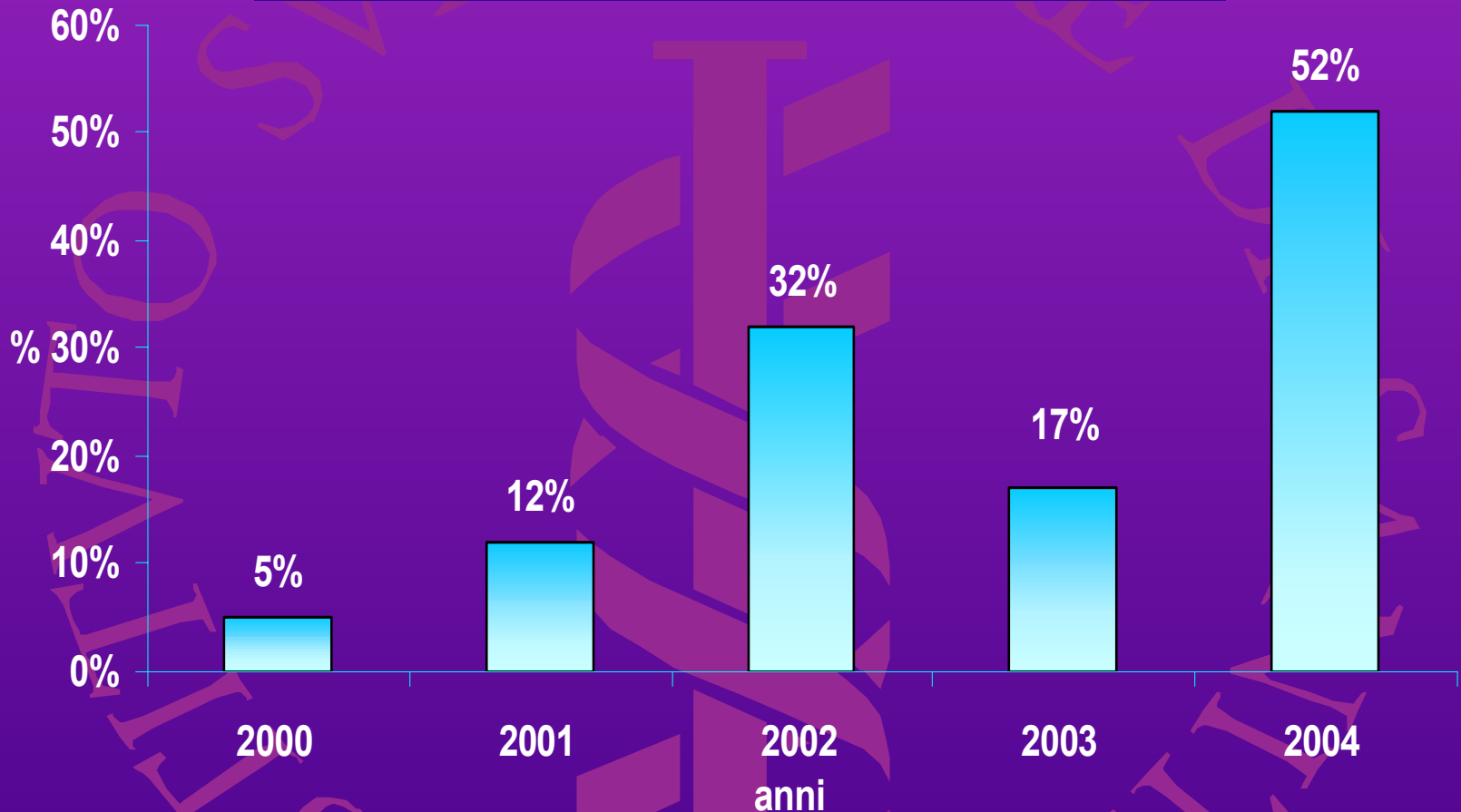
	2004	2005
tabaccai	85,5	91,1
distributori automatici	7,5	7,2
altri luoghi (ambulanti, contrabbando...)	7,0	0,7
sigarette offerte		1,2

Nuovo problema: la contraffazione?

Il commercio di sigarette contraffatte è un fenomeno in costante crescita che deve essere contrastato con misure sempre più rigide dal momento che gli effetti di tale attività illecita si ripercuotono sull'intera economia del Paese e sulle dinamiche del mercato, con danni per produttori, commercianti, lavoratori e consumatori.

le sigarette contraffatte contengono “percentuali superiori di catrame (+ 75%), nicotina (+ 28%) e monossido di carbonio (+ 63%)” rispetto alle sigarette originali. Molte sono persino “contaminate da sabbia e da altri materiali di imballaggio come pezzetti di plastica” (Fonte: BBC)

Incidenza dei tabacchi lavorati contraffatti sul totale di quelli sequestrati



Le marche illegalmente riprodotte sono:

Marlboro, Lucky Strike, Regal, Superkings, Benson & Hedges, ecc.

Il fumo in Italia: lo scenario attuale

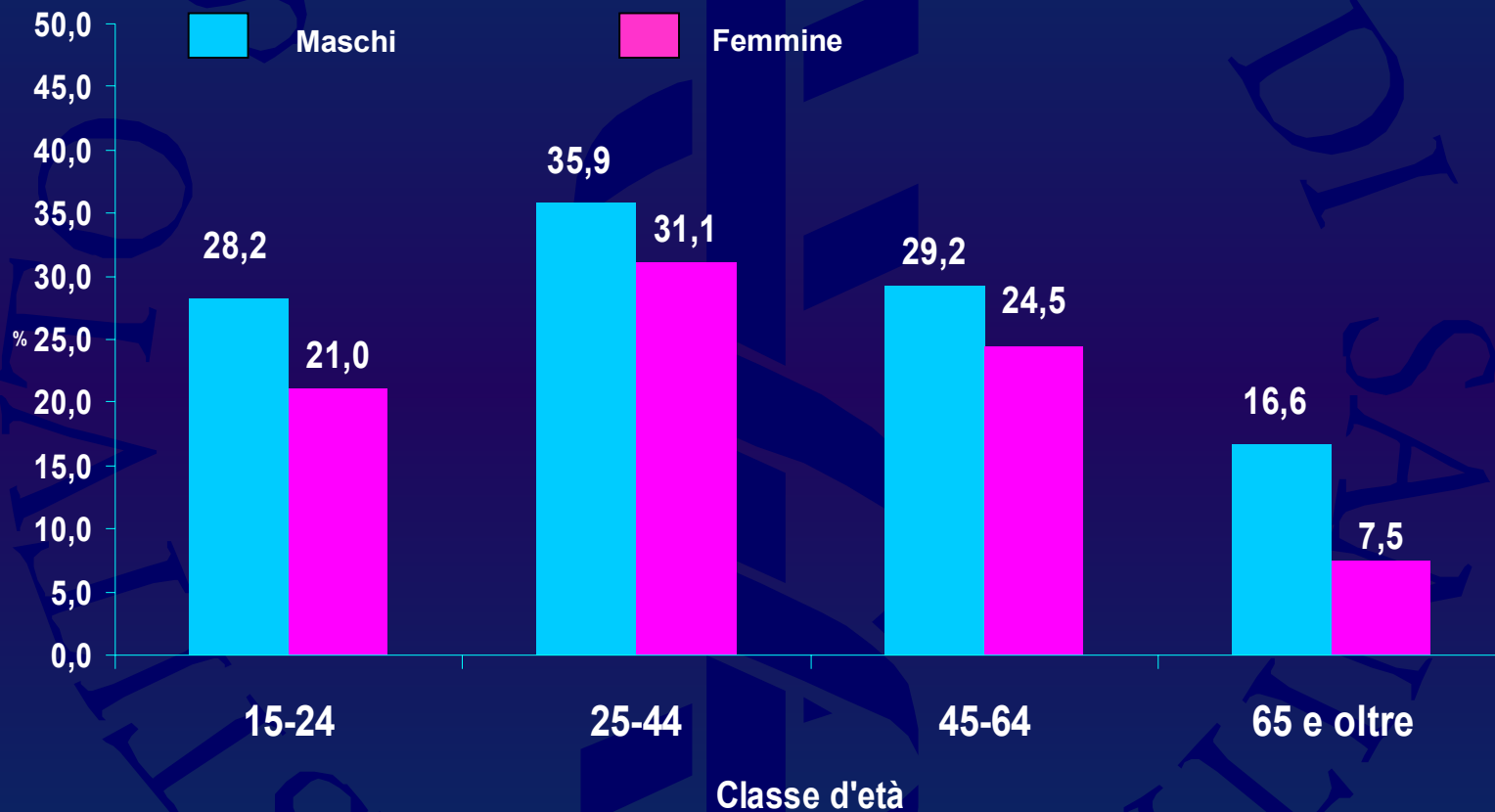
**Indagine DOXA effettuata per conto de
l'Istituto Superiore di Sanità,
in collaborazione con
l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri
e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori**

Gli italiani¹ secondo l'abitudine al fumo (stima su dati Doxa 2005)

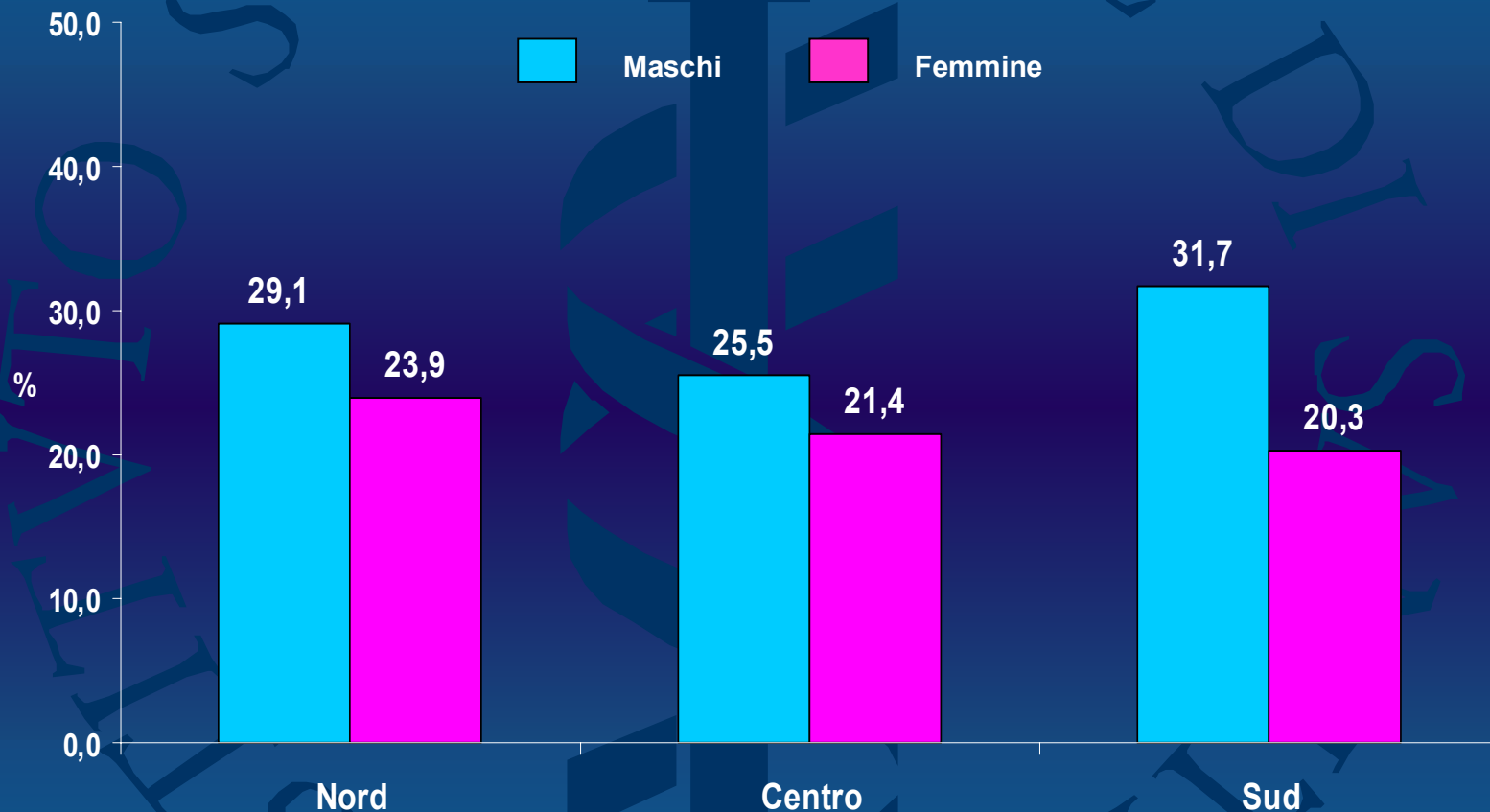
	Totale	Maschi	Femmine
FUMATORI	12.570.000 circa (25,6%)	6.910.000 circa (29,3%)	5.660.000 circa (22,1%)
EX FUMATORI	9.150.000 circa (18,6%)	5.950.000 circa (25,2%)	3.200.000 circa (12,4%)
NON FUMATORI	27.400.000 circa (55,8%)	10.700.000 circa (45,5%)	16.700.000 circa (66,5%)

¹La stima è effettuata sulla base dei dati della popolazione residente al 2003 fornita dall' Istat

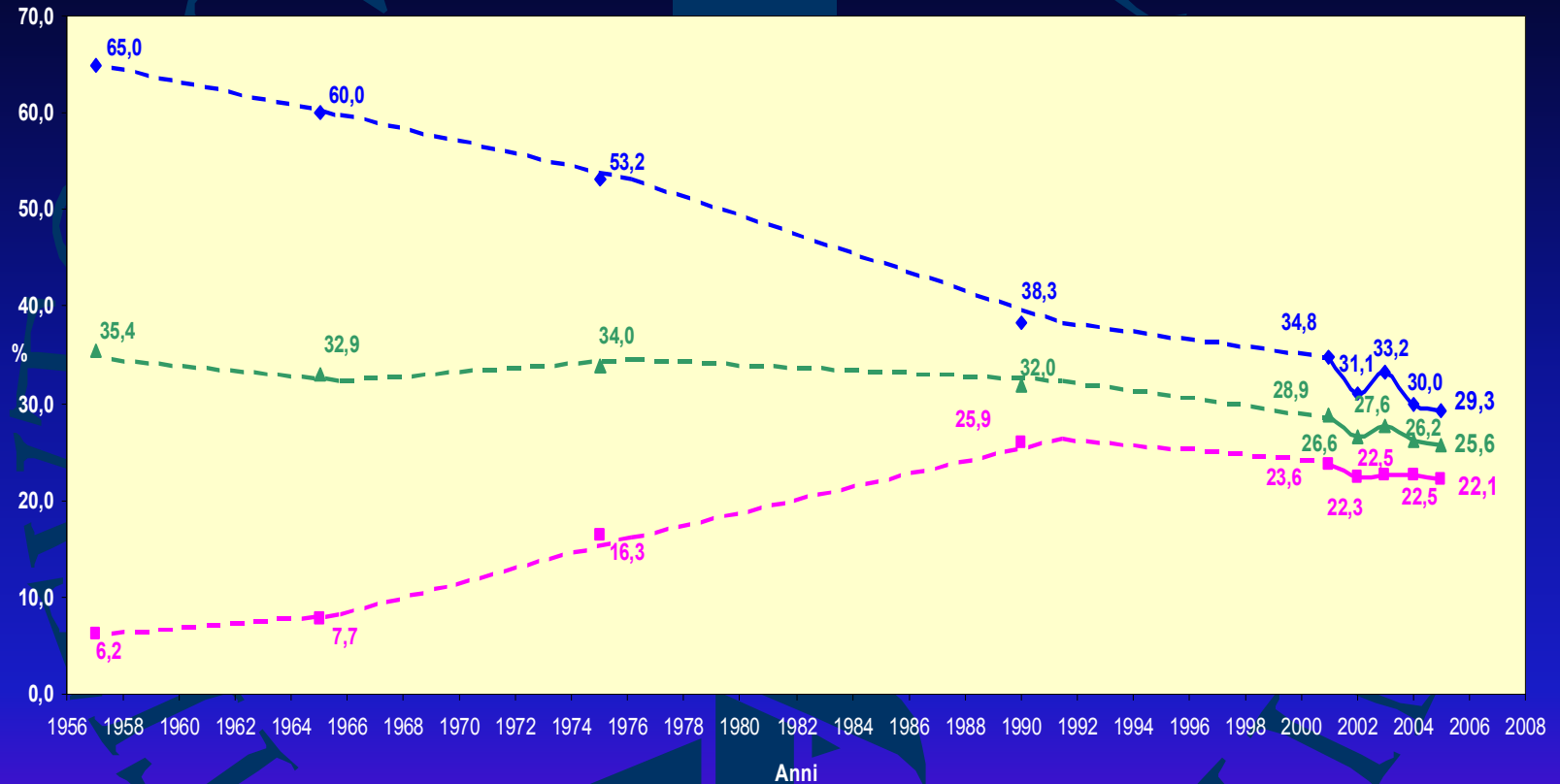
Prevalenza dei fumatori per sesso e classe d'età: valori percentuali (anno 2005)



Prevalenza dei fumatori secondo il sesso e l'area geografica: valori percentuali (anno 2005)



Prevalenza dei fumatori secondo le indagini DOXA condotte tra il 1957 ed il 2005

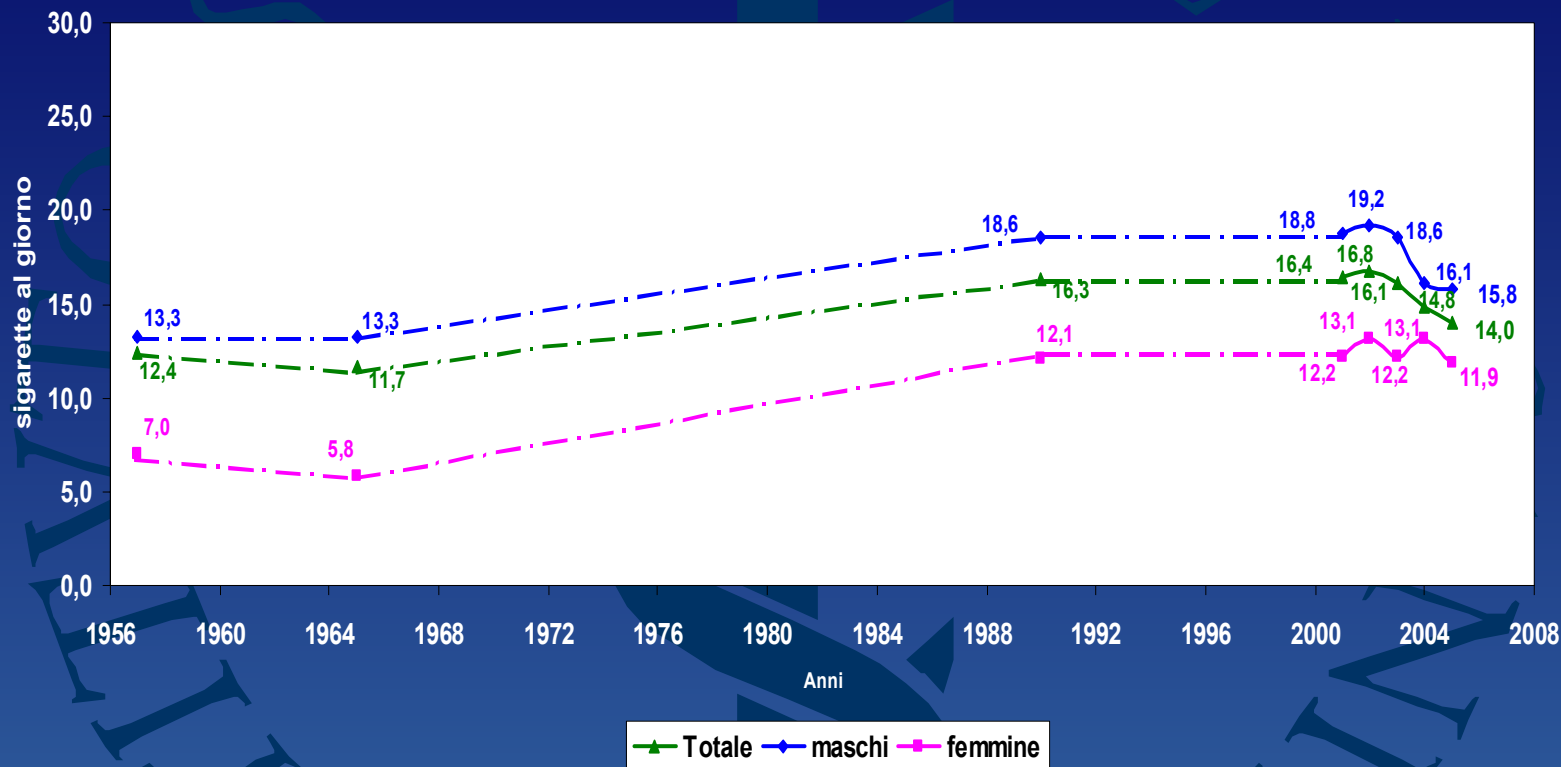


—◆— maschi

—■— femmine

—▲— totale

Consumo medio giornaliero secondo le indagini Doxa condotte fra il 1957 e il 2005



Età media a cui si inizia a fumare

Maschi
17,0

Femmine
19,4

Totale
17,9

Circa **500 mila** fumatori hanno smesso nell'ultimo anno

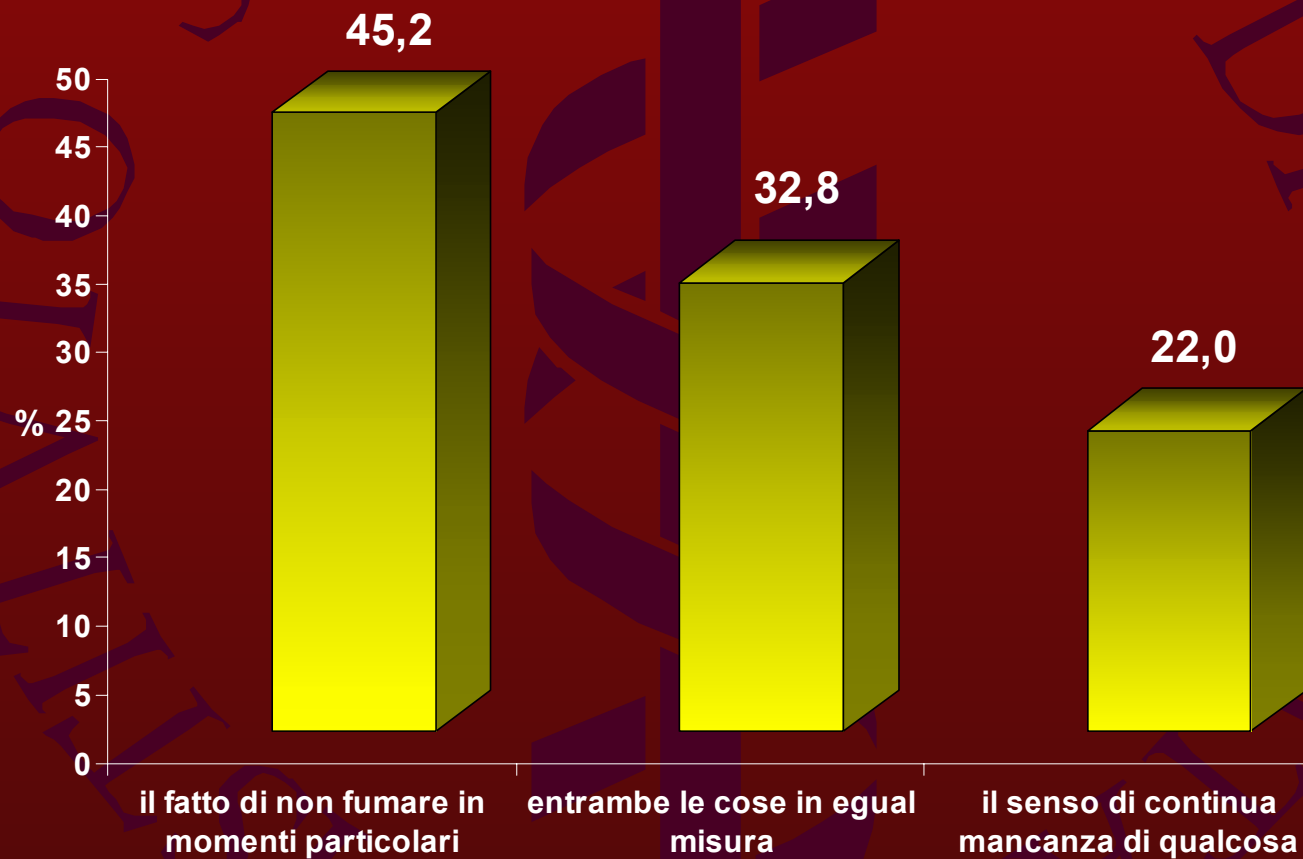
Motivazioni che hanno spinto i fumatori a smettere nell'ultimo anno (%)

persone che hanno smesso da più tempo

motivi di salute	41,5
maggior consapevolezza dei danni/ fa male	29,4
non volevo essere schiavo di un vizio	9,6
imposto da partner/ familiari	6,0
costo eccessivo/ per risparmiare	4,9
per i divieti	3,5
non mi piaceva più/mi dava fastidio	2,6
me l'ha raccomandato il medico	2,3
altro motivo	1,0
gravidanza/ nascita figlio	0,0

0,7

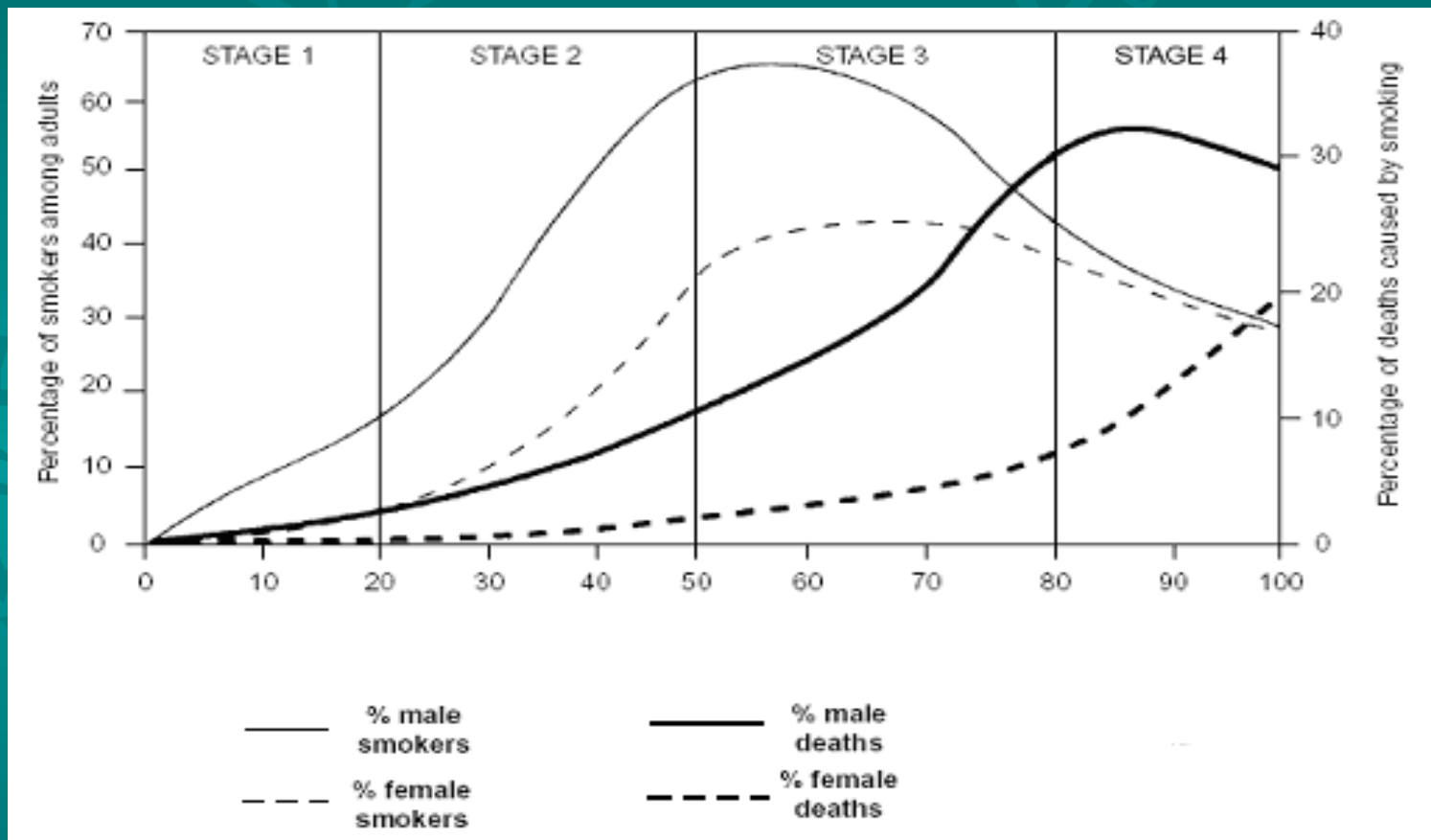
Tentativi di smettere: qual è la difficoltà maggiore?



A pair of hands, one on the left and one on the right, are shown holding a glowing, pink, spherical object. The hands are rendered in a dark blue or black color, with a slightly blurred, ethereal quality. The background is a vibrant, warm red, with a subtle gradient and some darker, shadowed areas. The overall composition is centered and symmetrical, creating a sense of focus and importance. The text "Uno sguardo al futuro" is overlaid in the center of the image, in a white, serif font.

Uno sguardo al
futuro

Modello descrittivo dell'epidemia da sigarette nei Paesi sviluppati



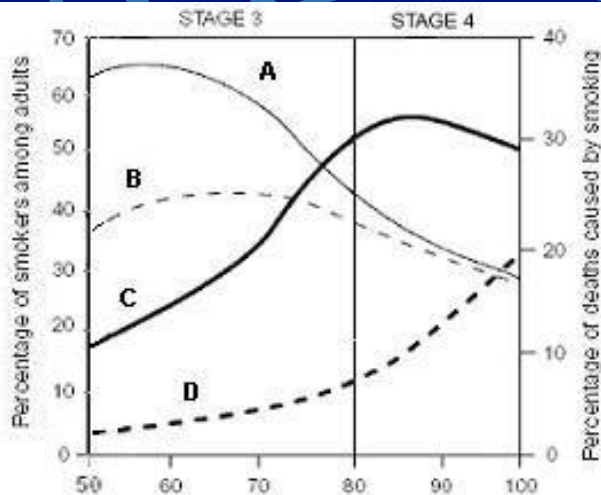
Fonte: (Lopez AD, Collishaw NE, Piha T., A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries, Tobacco Control 1994; 3: 242-247)

L'Italia si colloca tra il terzo ed il quarto stage

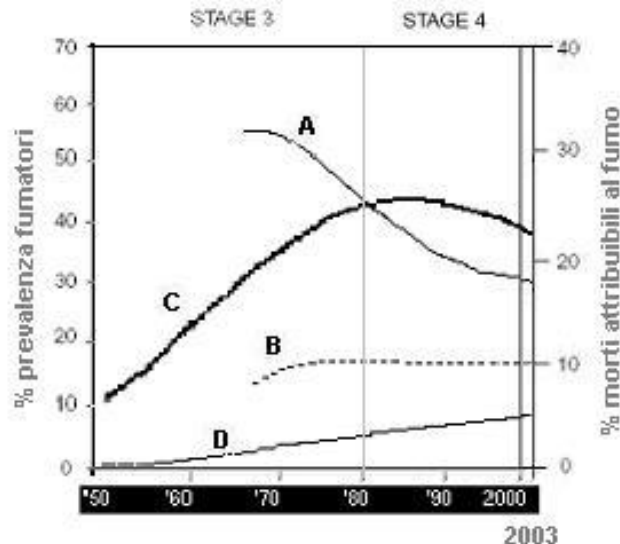
Epidemia da tabacco, confronto Italia – Modello ultimi 50 anni

MODELLO

ITALIA

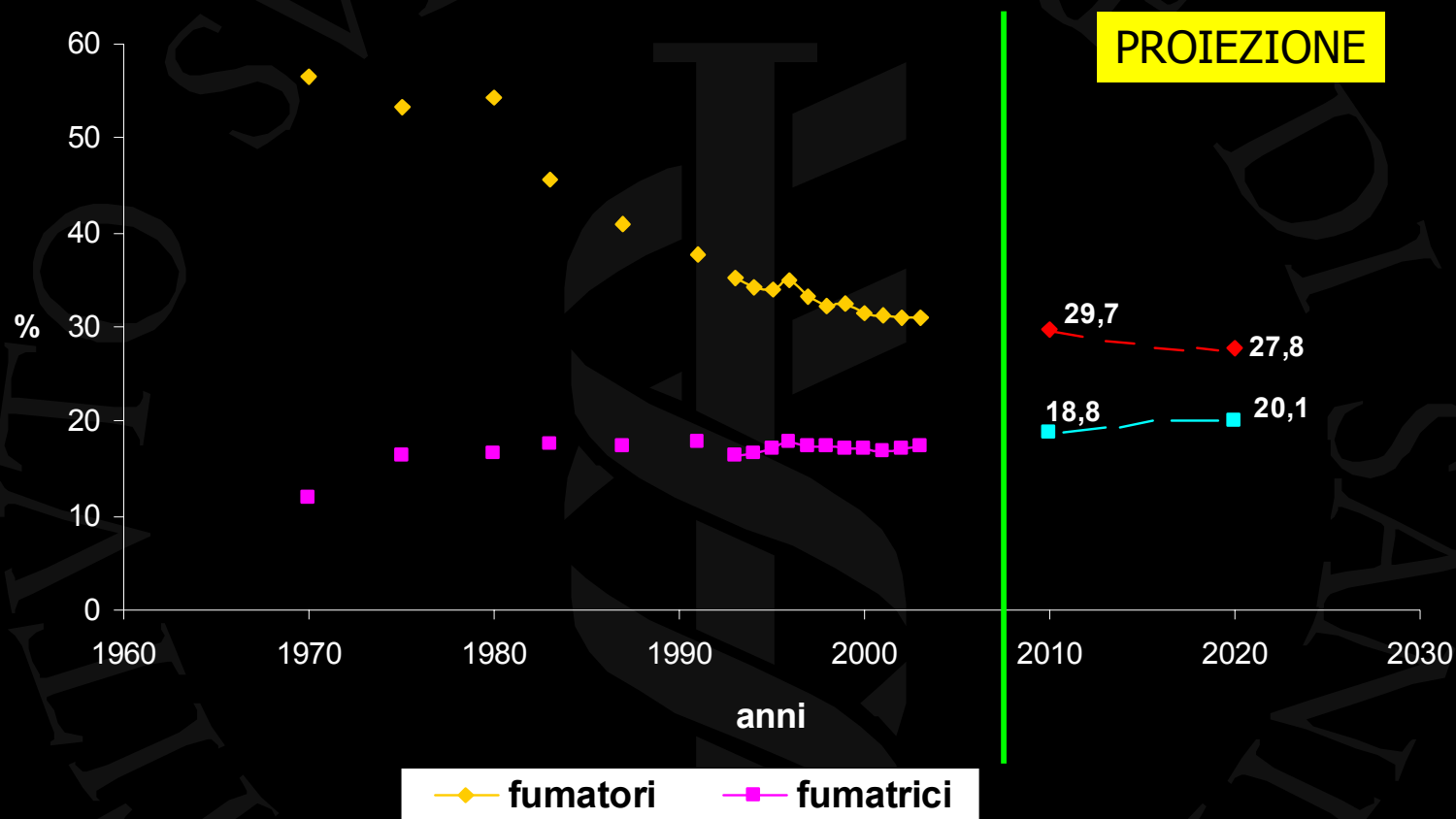


Attraverso i dati disponibili sulla prevalenza dei fumatori e sui dati della mortalità attribuibile al fumo è stato costruito il modello su esposto per gli anni 1955-2003 per l'Italia.



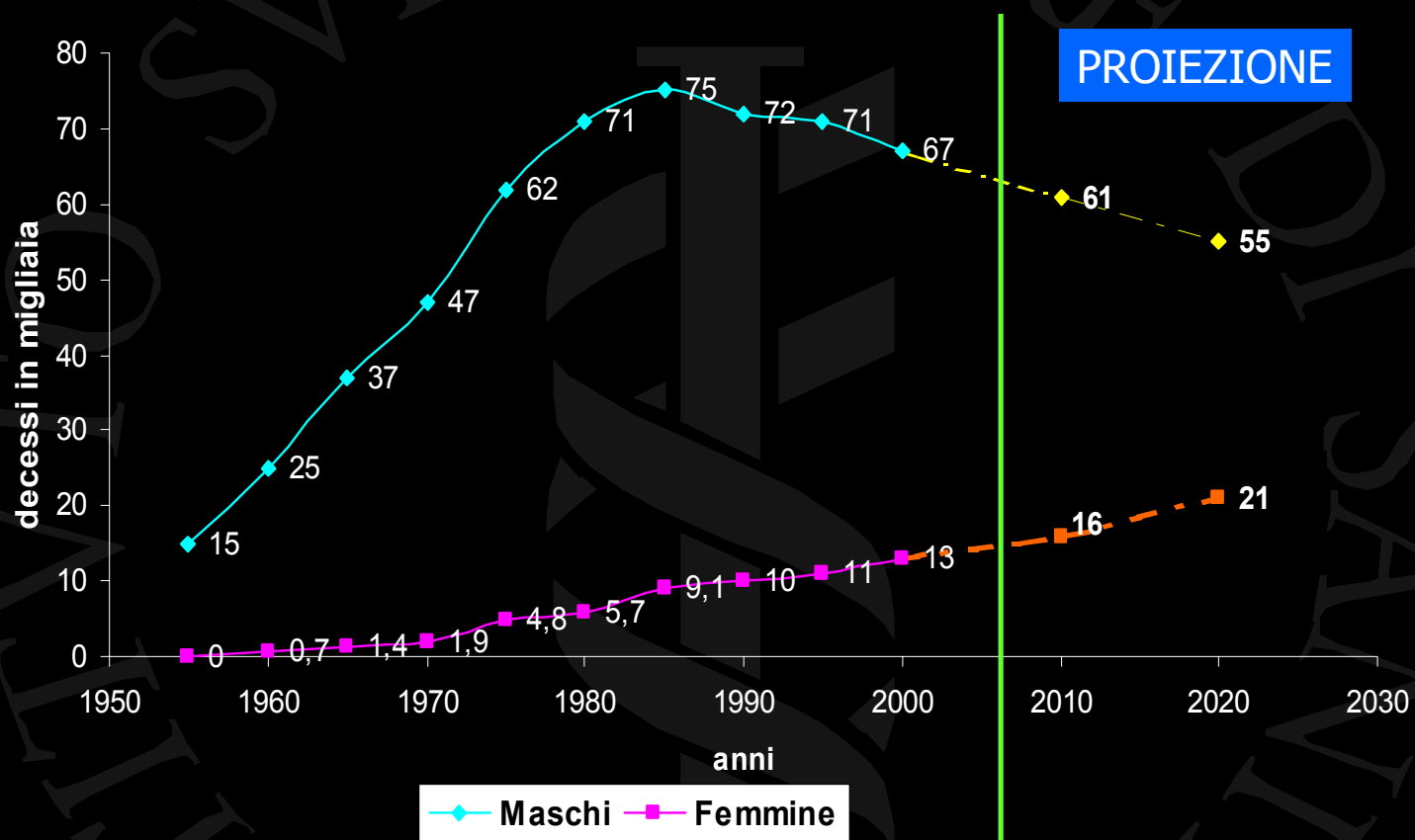
- A = % prevalenza maschile
- B = % prevalenza femminile
- C = % morti maschili
- D = % morti femminili

Prevalenza fumatori in Italia 1970-2020



Elaborazione OssFAD – ISS su dati Istat

Morti attribuibili al fumo in Italia 1955-2020



Elaborazione OssFAD – ISS su dati Istat - Peto, Lopez

In Italia nel 2000 i decessi attribuibili al fumo sono stati circa 80.000

ITALIA . Quozienti di mortalità attribuibili al fumo per sesso, anno 2000*

MORTI ATTRIBUIBILI AL FUMO PER SESSO (TUTTE LE ETÀ), 2000

	Maschi	Femmine	Totale
Tumore del polmone	92.0 %	55.0 %	84.8 %
Tumori (tutti)	38.2 %	6.6 %	24.9 %
Sist. Circolatorio	14.6 %	3.2 %	8.3 %
Sist. Respiratorio	47.3 %	21.3 %	37.3 %
Cause differenti dalle precedenti	9.5 %	2.6 %	6.0 %
Tutte le cause	23.8 %	4.9 %	14.4 %

* Fonte: Peto, Lopez et al, *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*,
2nd edition (update 2004)

RICOVERI E GIORNATE DI DEGENZA ATTRIBUIBILI AL FUMO PER L'ANNO 2001

Diagnosi	Ricoveri	% attribuibile al fumo	Ricoveri attribuibili al fumo
Malattie Sistema Circolatorio	1.534.403	8,3	127.355
Malattie Sistema Respiratorio	707.181	37,3	263.779
Tutte le cause	12.920.945	14,4	1.860.616

Diagnosi	Giornate di degenza	% attribuibile al fumo	Giornate di degenza attribuibili al fumo
Malattie Sistema Circolatorio	10.724.718	8,3	890.152
Malattie Sistema Respiratorio	6.513.017	37,3	2.429.355
Tutte le cause	81.161.089	14,4	11.687.197

COSTI SANITARI 2001

Costi ospedalieri legati al consumo di tabacco (anno 2001)

ricoveri attribuibili al fumo	1.860.616
giornate di degenza attribuibili al fumo	11.687.197
costo assistenza ospedaliera attribuibile al fumo	5.700 milioni €

Incidenza della spesa



8% della spesa sanitaria pubblica totale
0,47% sul Pil

I DIVIETI DI FUMARE nei locali pubblici

Favorevole alla creazione di spazi per fumatori **nei locali pubblici** e al divieto di fumare fuori di essi

2004

2005

86,8%

90,4%

Rispetto del divieto di fumare nei **locali pubblici**



Per l'**87,3%** degli italiani il divieto viene rispettato

Frequentazione dei **locali pubblici**



l'83% dichiara di frequentare allo stesso modo i locali pubblici

I DIVIETI DI FUMARE sul posto di lavoro

Favorevole al divieto di
fumare sul **posto di lavoro**

2004

2005

85,8%

86,8%

Rispetto del divieto
di fumare sul **posto
di lavoro**

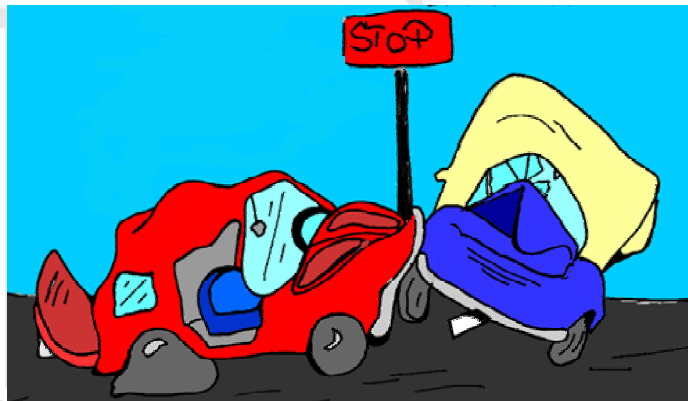


Per il **69,1%** degli
italiani il divieto
viene rispettato

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2005

OPINIONI SUL FUMO DURANTE LA GUIDA

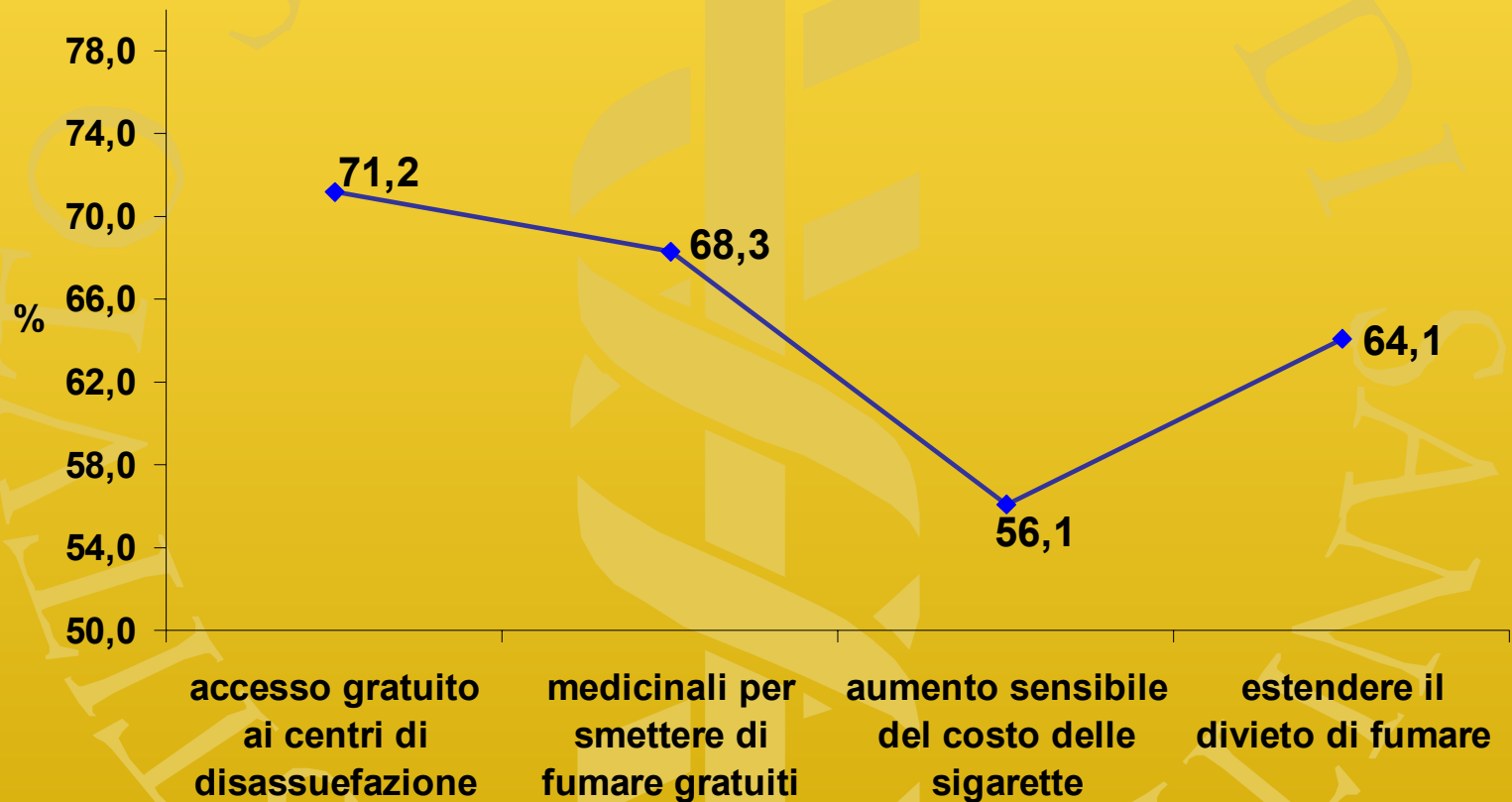
Per il **70,5%** degli italiani è rischioso fumare durante la guida



Il **66,4%** degli italiani sarebbe favorevole al divieto di fumare durante la guida



Utilità ed efficacia di alcune possibili misure anti-fumo

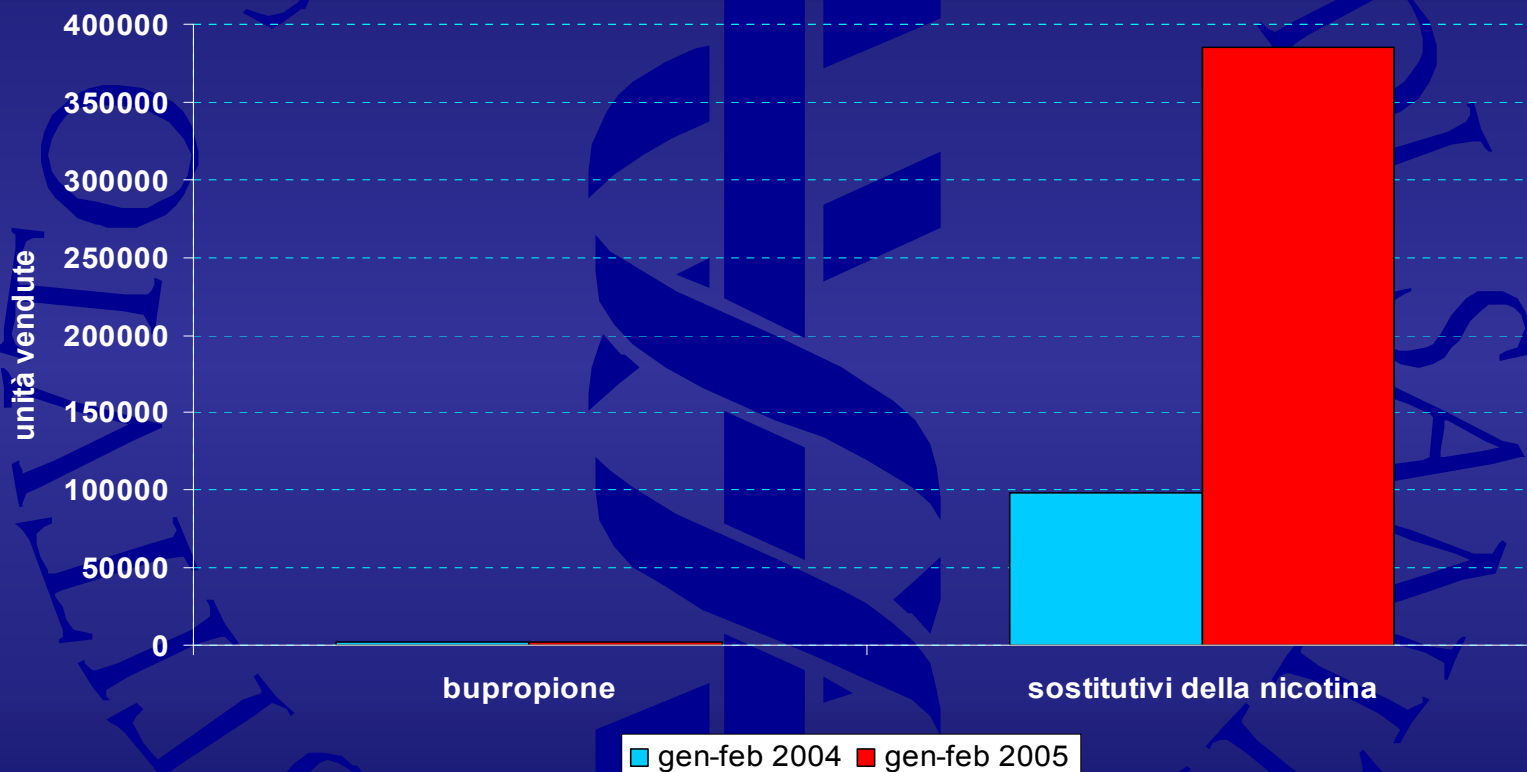


OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2005

FARMACI ANTI-FUMO

Nel 2002-2004 aumento di prodotti per la disassuefazione dal tabagismo

Vendite di prodotti antifumo gennaio-febbraio 2004/2005

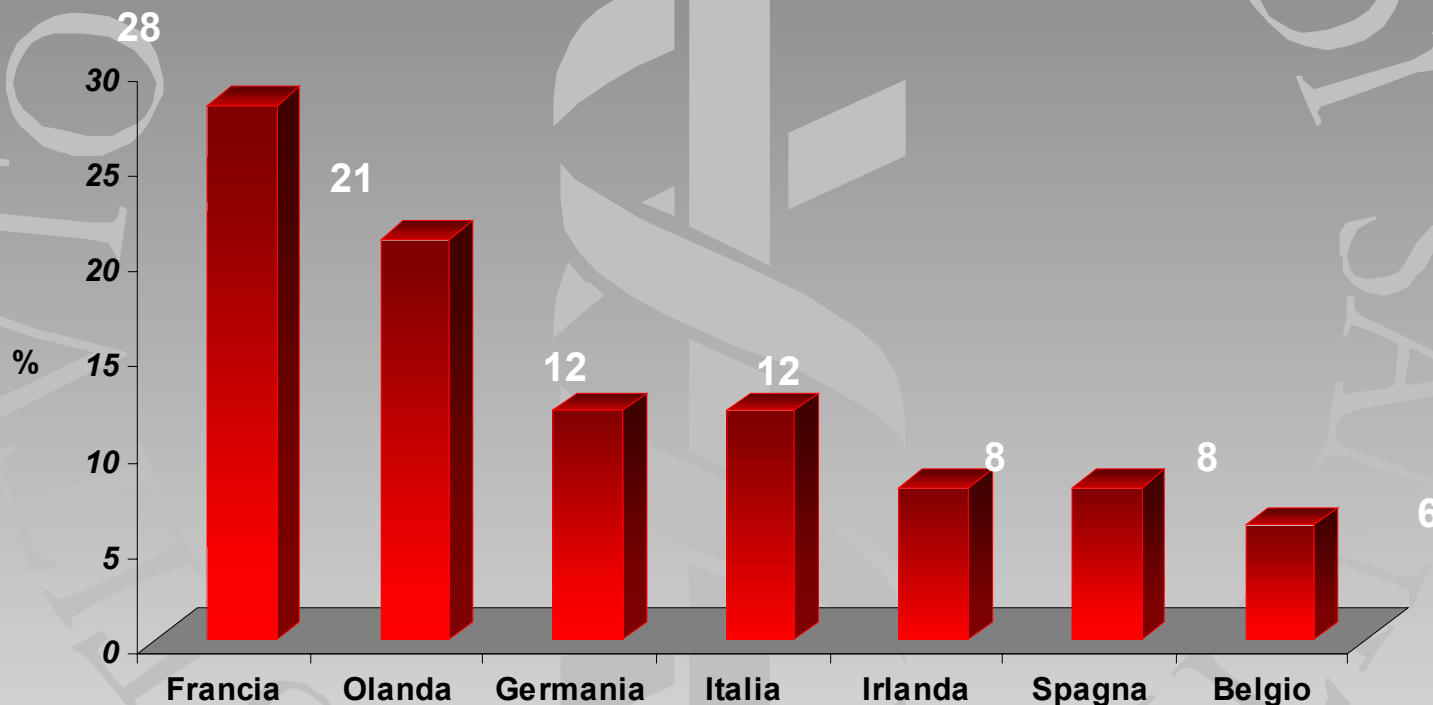


Spesa gennaio-febbraio 2005 totale prodotti antifumo superiore a 9 milioni euro

Elaborazione OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità su dati AIFA

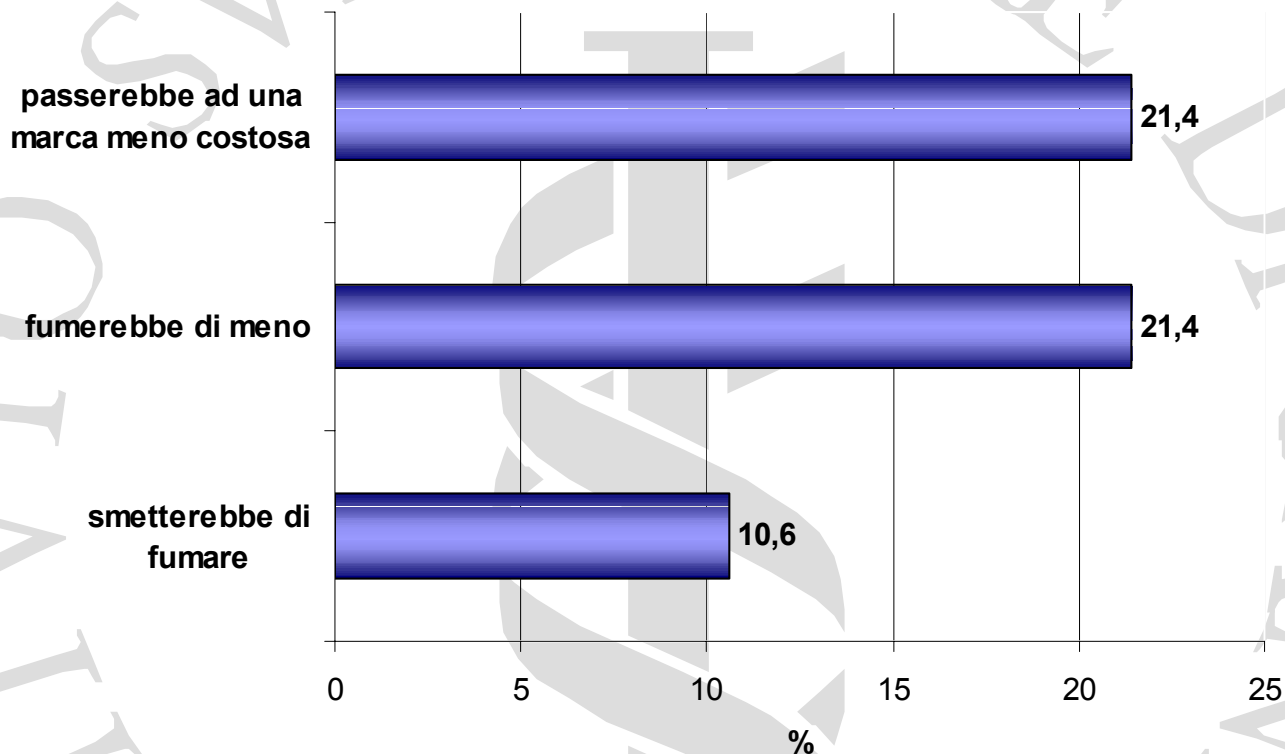
Aumento dei prezzi delle sigarette (%) come politica di controllo del tabagismo in alcuni Paesi europei

(ottobre 2003 - ottobre 2004)



Fonte: Smith Barney Citigroup

Comportamento del fumatore nell'ipotesi che il prezzo delle sigarette aumenti di **1 Euro**

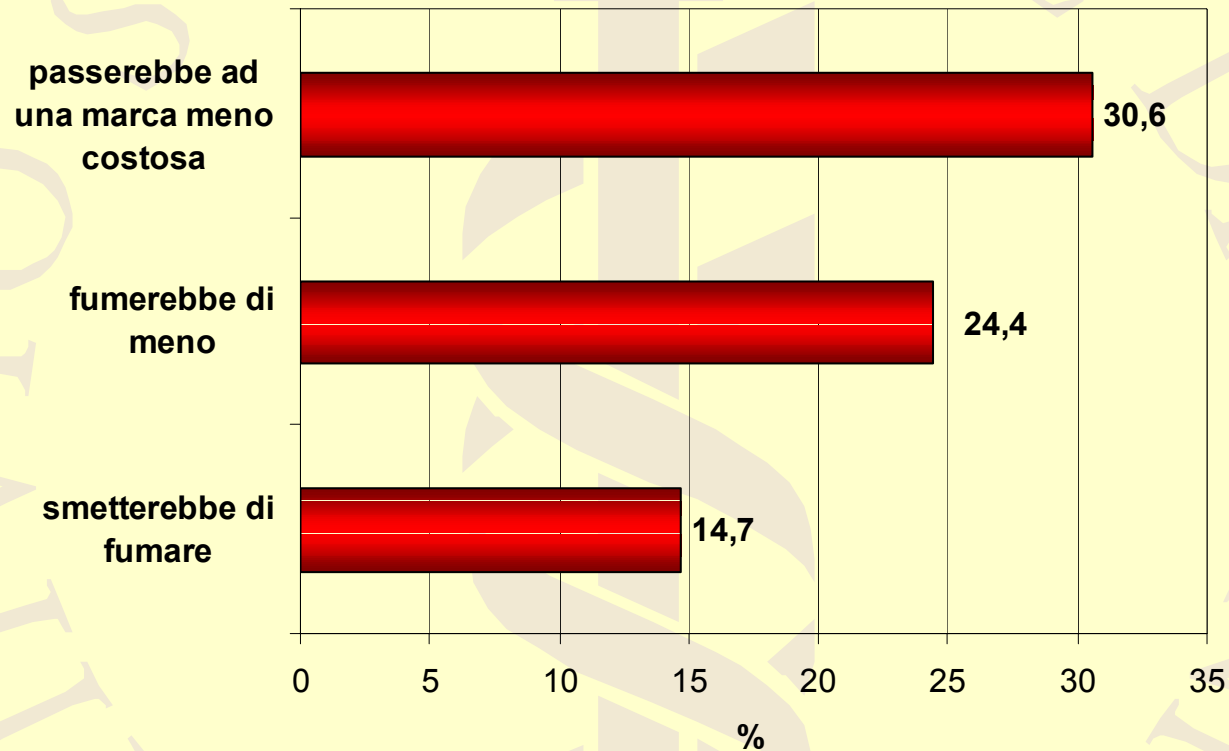


Il 32,0% cambierebbe le proprie abitudini

(diminuzione numero sigarette fumate, cessazione vizio del fumo)

OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità – Indagine DOXA 2005

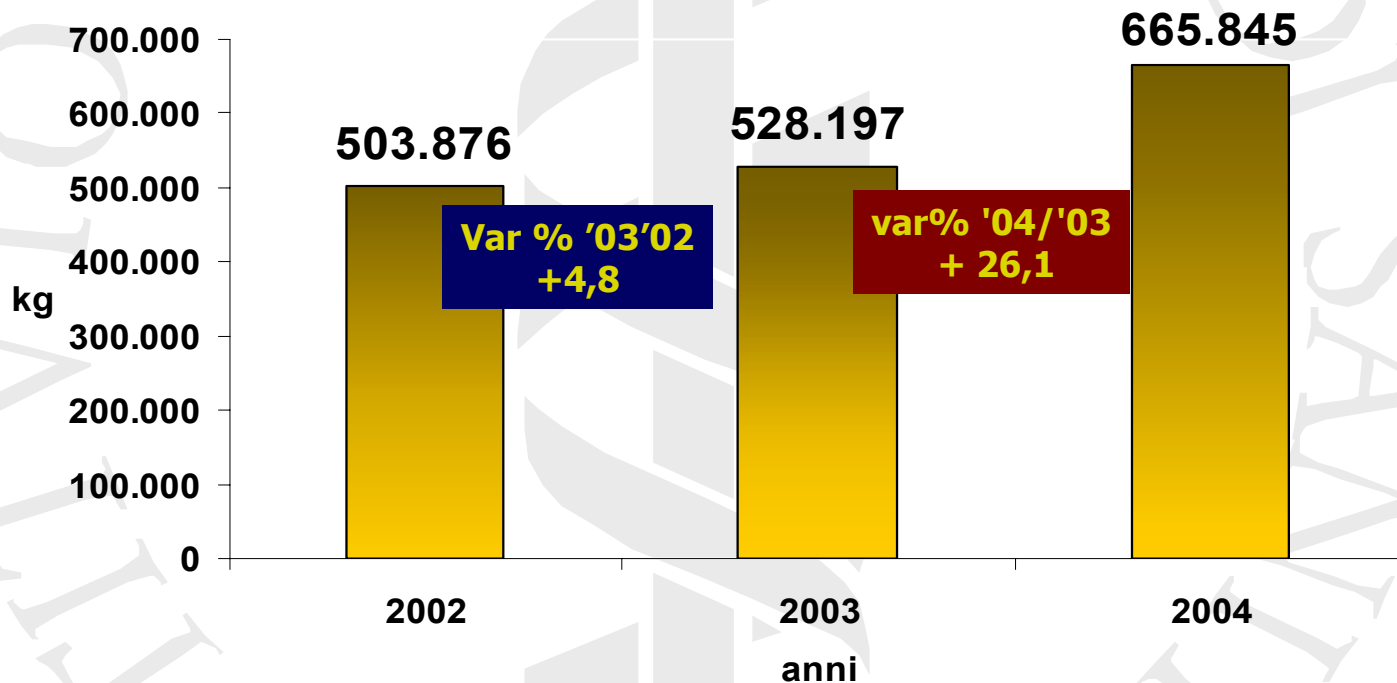
Comportamento del **giovane (15-24anni)** fumatore nell'ipotesi che il prezzo delle sigarette aumenti di 1 Euro



Il 39,1% dei giovani cambierebbe le proprie abitudini (diminuzione numero sigarette fumate, cessazione vizio del fumo)

Conseguenze aumento prezzi:

i fumatori cambiano tipo di prodotto fumato, la tendenza è quella di utilizzare tabacco da fumo trinciato tagliato fino (*RYO - roll your own*) per arrotolare le sigarette



Incremento % 2002/2004 = +32,1%

RYO – Roll your own trinciato per sigarette

Prezzo medio di 1 pacchetto da 20 sigarette = 3,20 €

20 sigarette arrotolate costano = 1,28 €

RISPARMIO = 1,92 €



60% di un
pacchetto da 20
sigarette

**Risparmio a settimana
circa**



10,00 Euro

STUDIO LONGITUDINALE DI VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA NELLA PRATICA DEGLI INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento di Epidemiologia ASL RM E

OPERATORI CHE HANNO PARTECIPATO ALLO STUDIO

LOMBARDIA Dr Marco Consiglio	TOSCANA Dr Iandelli Dr Clemente Franco Dr Luigi Di Palma Dr Sbrilli Anna Maria Dr Stefano Scuotio Dr Laura Berni Dr Franco Pistelli Dr Paolo Giovannetti Dr Maurizio Varese Dr Mauro Menoni Dr Licia Avallone Dr Matteo Ameglio Dr Daniele Pieralli	CAMPANIA Dr Arcangelo sena Dr Rosa Donato Di Paola
PIEMONTE Dr Fabio Beatrice		ABRUZZO Dr Fernando De Benedetto Dr Vincenzo Colorizio
FRIULI VENEZIA GIULIA Dr Andrea Fiore		PUGLIA Dr Michele Cusano Dr Maria Grazia Foschino
TRIESTE Dr Claudio Propat		CALABRIA Dr Maria Ines Scarlato Dr Antonio Costantino
VENETO Dr Denise Da Ros		SICILIA Dr Giuseppe Madonia
LIGURIA Dr Alessandra Alberisio	LAZIO Dr Domenico Enea Dr Anna Di Mauro Dr Riccardo Pistelli Dr Rosastella Principe Dr Fabio Dominici Dr Elisabetta Fusconi Dr Daniela del Brocco	SARDEGNA Dr Lidia Ada Pau
EMILIA ROMAGNA Dr Giuseppina Rossi Dr Vincenzo Zagà Dr Germana Piancastelli		
MARCHE Dr Walter Valeri Dr Laura Ceccarini Dr Anna Maria Calcagni		
UMBRIA Dr Marco Dell'Omo		

41 centri antifumo del SSN distribuiti in 16 regioni

*2.059 persone
alla prima visita*

*1.736 (84%)
follow-up a 3 mesi*

*1.362 (66%)
follow-up a 6 mesi*

*976 (47%)
follow-up a 12 mesi*

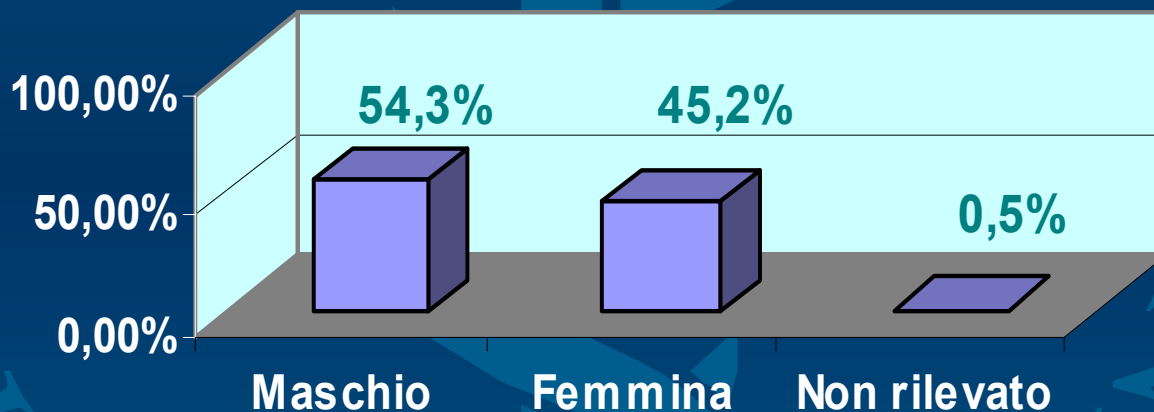


Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo
*Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*

*Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME*



Genere delle persone che hanno contattato i centri



Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo

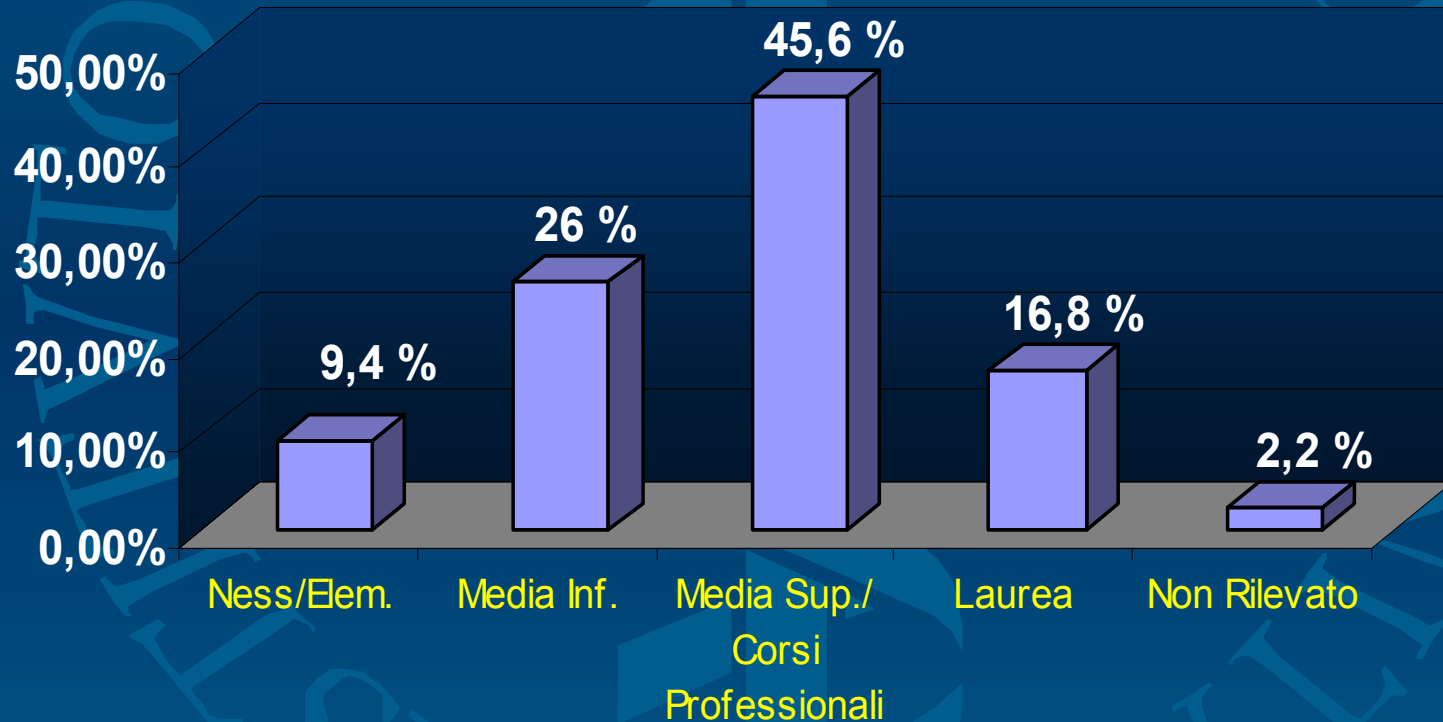


Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME



Titolo di studio



Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo

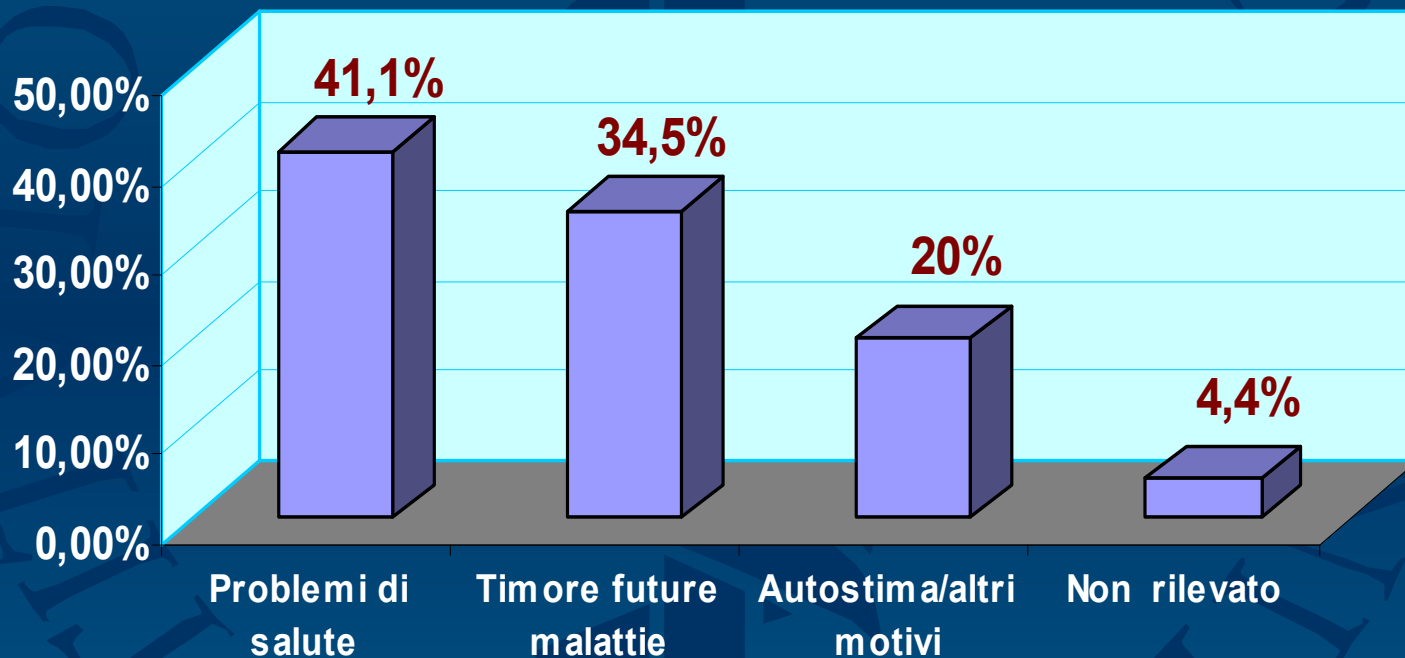


*Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*

*Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME*



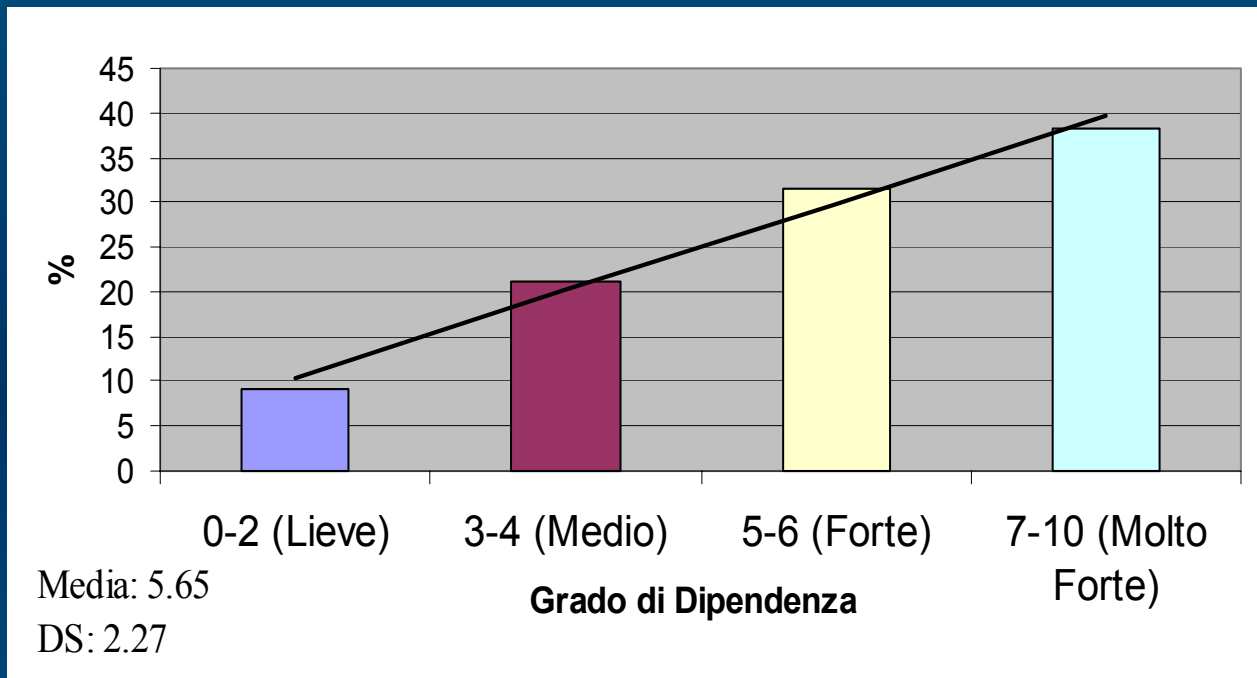
Motivi principali per smettere di fumare



Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo

TEST DI FAGERSTROM. Misura del grado di dipendenza.

Descrizione della popolazione alla visita (dati su 1962 soggetti)



BDS. Misura del livello di depressione. Descrizione della popolazione alla visita (dati su 1604 soggetti)

Distribuzione analoga della popolazione generale normale



53%



30,5%



7,7%



2,5%

Umore normale

Disturbi medi Umore

Disturbi Depressivi moderati

Disturbi Depressivi severi



Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo

Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

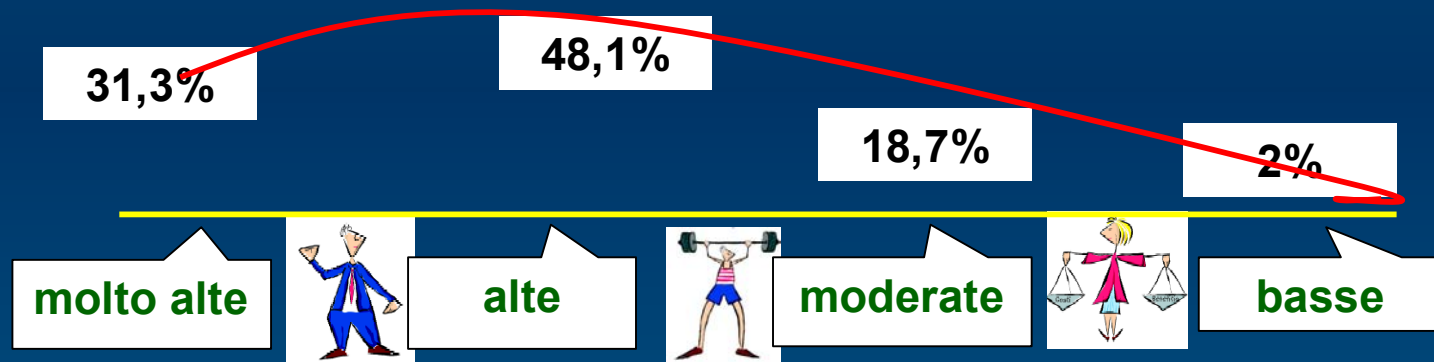
Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME



GSE. Misura di autoefficacia.

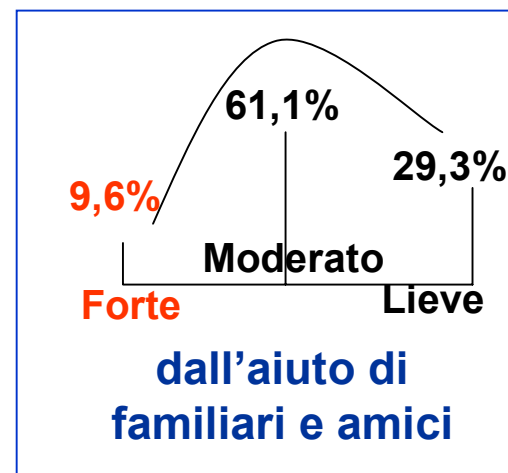
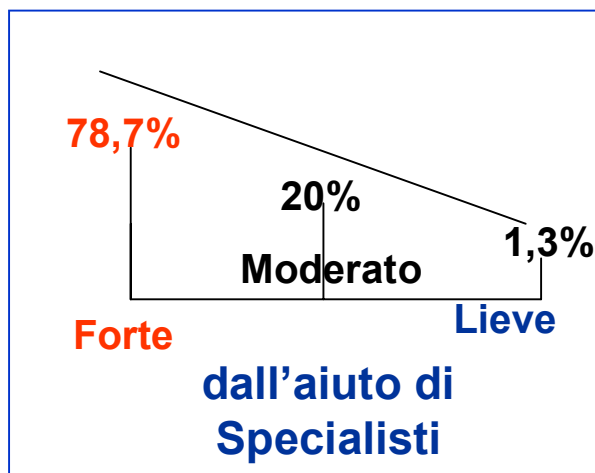
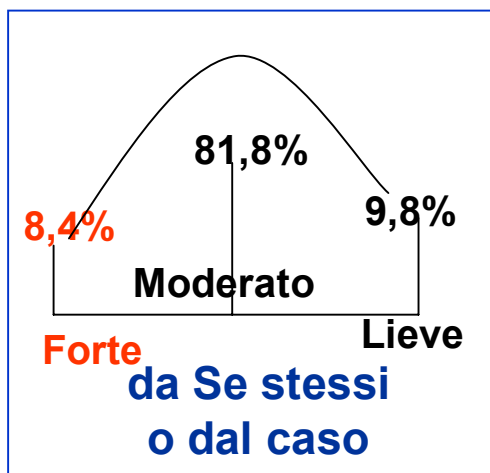
Descrizione della popolazione alla visita (dati su 1564 soggetti)

I soggetti **valutano le proprie capacità** di adottare con **successo** un determinato comportamento o di riuscire in un compito intrapreso



SmokeLocQuestionnaire. Indagine delle credenze di controllo sul fumo. Descrizione della popolazione alla visita (dati su 1225 soggetti)

Credenza che Smettere di fumare dipende:




Al follow-up a 3 mesi  contattati 84% dei pazienti
(1736 su 2059)

Il 45% dei pazienti riferisce di aver smesso di fumare

Al follow-up a 6 mesi  ricontattati 66% della popolazione che ha
iniziato un percorso terapeutico (1362)

Il 39% dei pazienti riferisce di aver smesso di fumare

Al follow-up a 12 mesi  La proporzione di astinenti
rimane intorno al 40% tra
coloro che sono stati ricontattati

Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo



Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

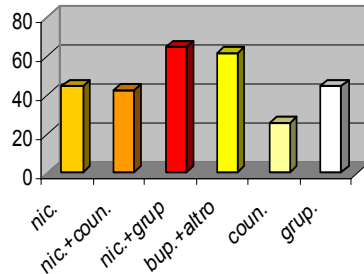
Dipartimento di Epidemiologia

ASL RME

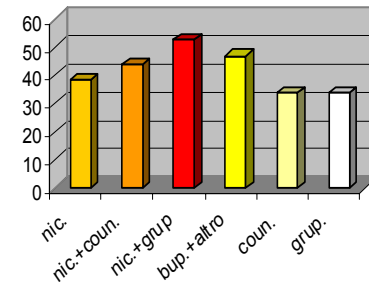


Proporzione astinenti ai follow-up e tipologia di trattamento

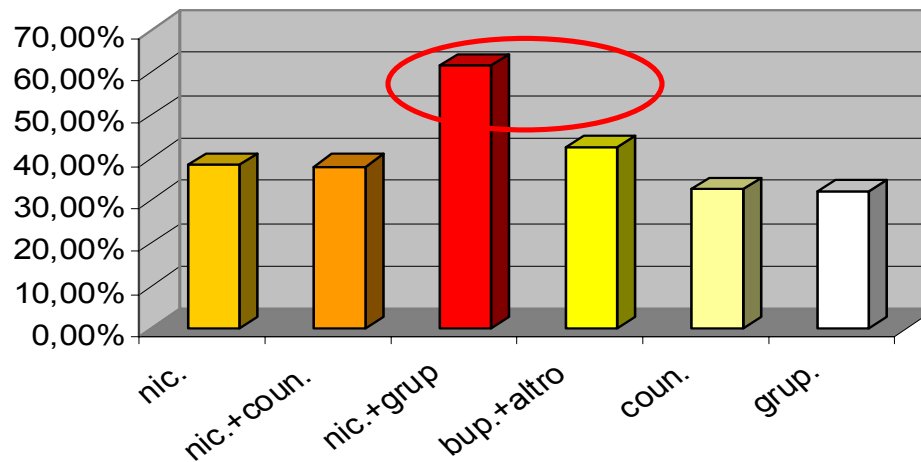
Proporzione astinenti a 3 mesi



Proporzione astinenti a 12 mesi



Proporzione astinenti a 6 mesi



Le probabilità di essere astinenti a 6 mesi è in media più del doppio per coloro che hanno effettuato un trattamento con nicotina associato alla terapia di gruppo rispetto a quelli che hanno effettuato altri trattamenti

La **proporzione di astinenti** al Follow-up a 6 mesi (dati univariati grezzi) è maggiore per i soggetti che alla visita:

- hanno un normale stato dell'umore (valutato al BDS)
- valutano come molto forti le proprie capacità di adottare con successo un determinato comportamento o di riuscire in un compito intrapreso (valutato al GSE)
- attribuiscono un forte valore all'aiuto degli specialisti (indagato allo SmokeLocQ)



Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo

*Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*

*Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME*



Fattori predittivi a 6 mesi



Dipendenza molto forte dalla nicotina



circa il 50% di probabilità in meno di smettere rispetto a chi ha una dipendenza minore



Precedenti tentativi di smettere di fumare



30% di probabilità in più di smettere rispetto a chi non ha mai tentato



Coniugati/Conviventi



doppia probabilità di smettere dei single o separati



Studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti antifumo

*Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*

*Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME*



HOW TO CONTROL THE TOBACCO EPIDEMIC

- PRICE AND TAX MEASURES
- PROTECTION FROM EXPOSURE TO SECOND-HAND TOBACCO SMOKE
- **REGULATION AND DISCLOSURE OF THE CONTENTS OF TOBACCO PRODUCTS**
- PACKAGING AND LABELLING
- EDUCATION, COMMUNICATION, TRAINING AND PUBLIC AWARENESS-RAISING
- COMPREHENSIVE BANS AND RESTRICTION ON TOBACCO ADVERTISING, PROMOTION AND SPONSORSHIP
- TOBACCO-DEPENDENCE CESSATION MEASURES



·
·
·
DECRETO LEGISLATIVO 24 Giugno 2003, n. 184

G.U. n. 169 del 23 Luglio 2003

Attuazione della direttiva 200137CE
in materia di lavorazione,
presentazione e vendita dei prodotti
del tabacco.

•
•
•

Art.3 Tenore massimo in catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette

1. A decorrere dal 1° gennaio 2004 il tenore in catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette immesse in libera pratica, commercializzate o prodotte in Italia non può superare rispettivamente:
 - a) 10 mg/sigaretta per il catrame;
 - b) 1 mg/sigaretta per la nicotina;
 - c) 10 mg/sigaretta per il monossido di carbonio.

LA DIRETTIVA STABILISCE INOLTRE CHE :

I GOVERNI POSSONO RICHIEDERE AI FABBRICANTI O AGLI IMPORTATORI DI TABACCO ULTERIORI ANALISI AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DEL TENORE DI ALTRE SOSTANZE CONTENUTE O DERIVATE DAI LORO PRODOTTI, SUDDIVISI IN BASE ALLA MARCA E AL TIPO

**ANALISI RICHIESTE
IN ITALIA**

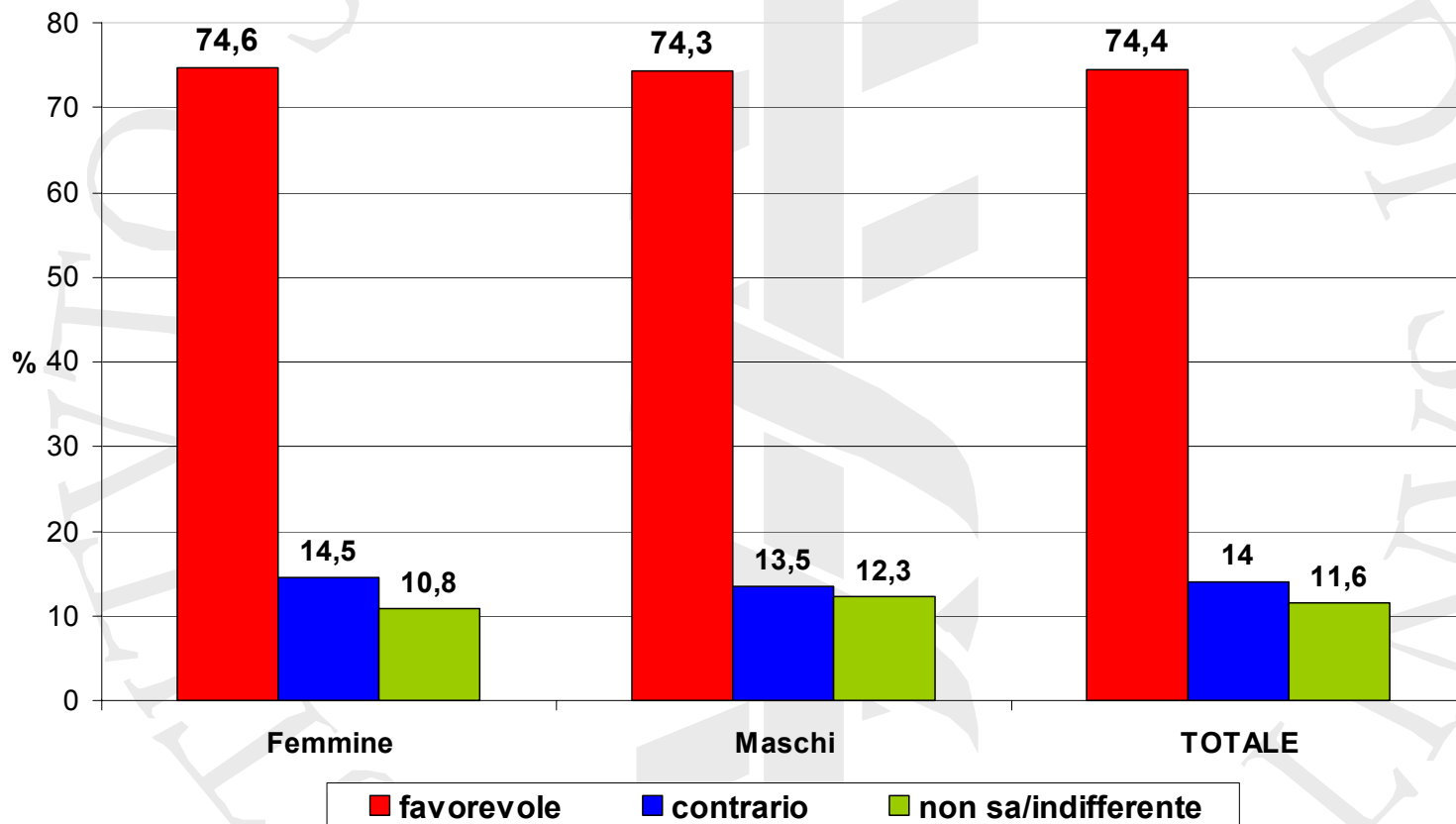
NICOTINA

**MONOSSIDO DI
CARBONIO**

CATRAME

SECONDO IL DECRETO LEGISLATIVO N.184 DEL 24 GIUGNO 2003

Grado di accordo per l'indicazione sui pacchetti di sigarette dei livelli anche di altre sostanze (oltre a nicotina, catrame, CO)



**L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' HA CONDOTTO UNO STUDIO
SPERIMENTALE INCARICANDO I LABORATORI ARISTA,
ACCREDITATI SECONDO ISO 17025 DELL'INTERNATIONAL
ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, ED IL LABORATORIO DI
RIFERIMENTO DEL DIPARTIMENTO REGNO UNITO, DI
DETERMINARE LA QUANTITA' DI ALCUNE CLASSI DI SOSTANZE
CONTENUTE NEL FUMO DI SIGARETTA**

I RISULTATI DEFINITIVI DELLA RICERCA SONO CONSULTBILI SUL SITO

WWW.ISS.IT/OFAD

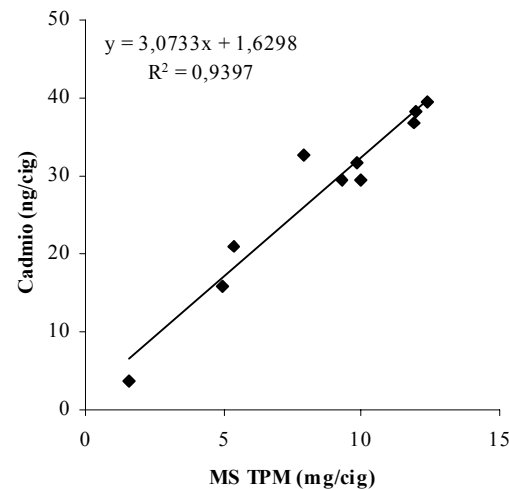
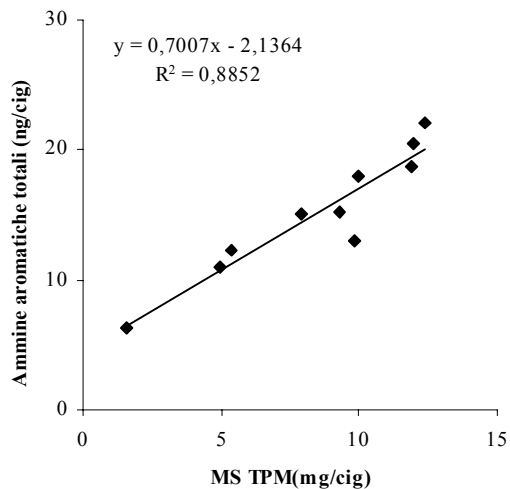
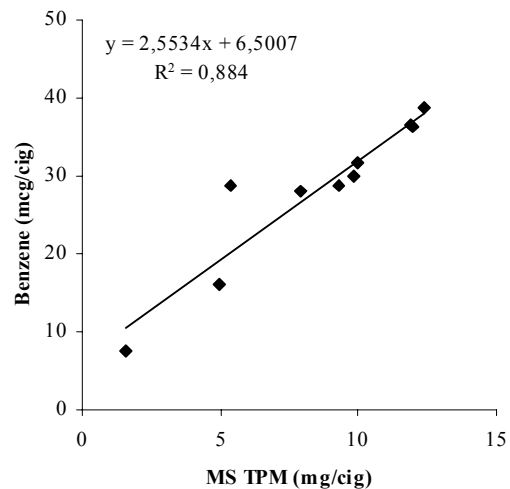
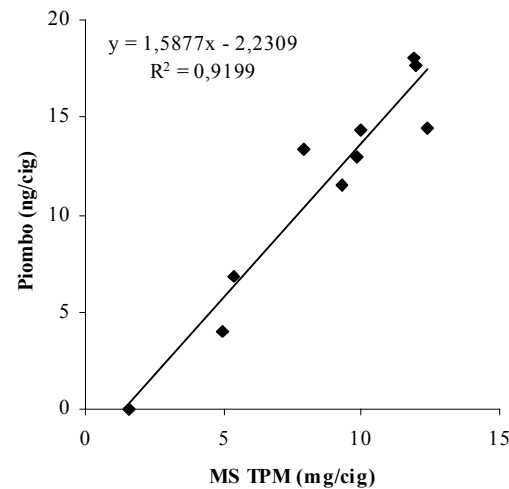
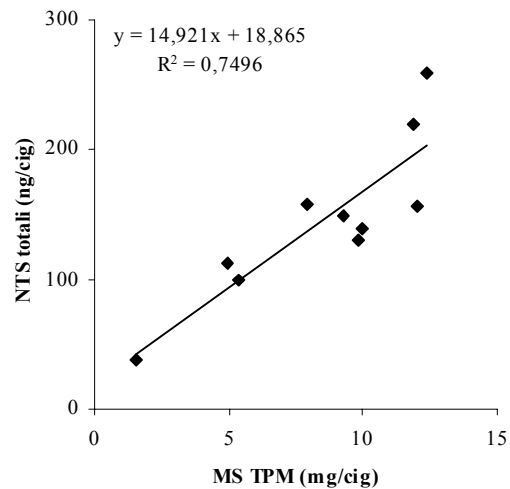
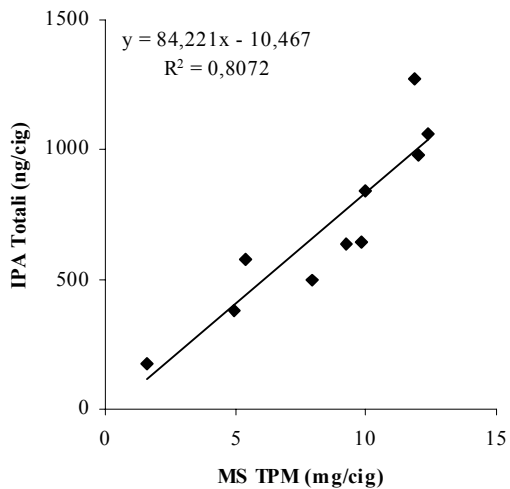
Classi e sostanze chimiche analizzate

Classi	Componente chimico analizzato
Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA)	Naftalene Fluorene Fenantrene Antracene Fluorantene Pirene Benzo(a)antracene Crisene Benzo(e)pirene Benzo(a)pirene Indeno(1,2,3-cd)pirene
Nitrosammine tabacco specifiche (NTS)	N-nitrosoanabasina (NAB) N-nitrosoanatabina (NAT) 4-(metilnitrosammino)-1-(3-piridil)-1-butanone (NNK) N-nitrosornicotina (NNN)
Ammine Aromatiche	1-Naftilamina 2-Naftilamina 3-Aminobifenile 4-Aminobifenile
Metalli	Cromo Selenio Arsenico Nichel Piombo Cadmio
Volatili	Benzene

PER LE ANALISI SONO STATE UTILIZZATE LE 10 MARCHE DI SIGARETTE PIU' VENDUTE IN ITALIA

Marche di sigaretta	Catrame	Nicotina	Monossido di Carbonio (CO)	Codice pacchetto
MS	10	1	9	08 XI 41G1
Malboro Red	10	0.8	10	36363NB
Diana Rossa	10	0.8	10	32070NB
Malboro Silver	8	0.6	9	335511NB
Camel	8	0.7	9	KKD23C96
Diana blu	8	0.7	9	32755NB
Merit	7	0.5	9	30656NB
MSL	4	0.4	7	01 IX 44G2
Philip Morris	4	0.4	4	31022NB
Philps Morris One	1	0.1	2	23328NB

Correlazioni tra il contenuto totale degli analiti e il contenuto del particolato totale (MS TPM) delle marche in analisi



**LA PRESENZA NEL FUMO DI COMPOSTI INSERITI NELLA LISTA DI
HOFFMANN, RAPPRESENTA UNO DEI RISCHI MAGGIORI PER LA
SALUTE DEL FUMATORE E DELLE PERSONE ESPOSTE AL FUMO
PASSIVO.**

**ANCORA MOLTO SI DEVE FARE PER VALUTARE E MISURARE I RISCHI
CONNESSI ALLA SALUTE.**

**LA RIDUZIONE DI UNA O PERSINO DI TUTTI I COMPONENTI NON
NECESSARIAMENTE PORTA A UNA RIDUZIONE DEL RISCHIO.**

- **E' impensabile lo sviluppo di una sigaretta "sicura" in quanto la combustione genera sempre prodotti potenzialmente dannosi**
- **È invece possibile, cercare di ridurre o eliminare eventuali composti tossici.**

È importante però che tale strategia non dia una falsa impressione al pubblico e cioè che fumare sta diventando sicuro

Ospedali senza fumo: la politica per il controllo del tabagismo nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale

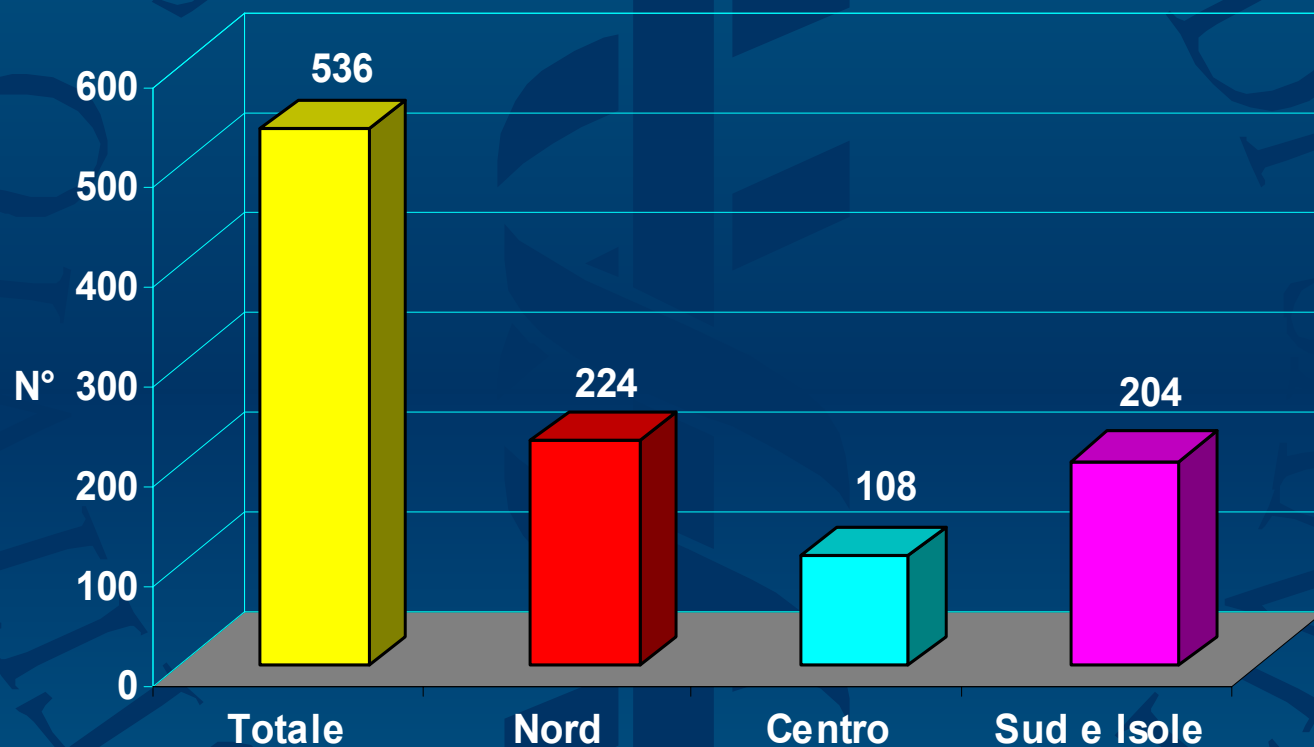
L'Osservatorio Fumo, alcol e droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato a tal riguardo una ricerca.

L'indagine è stata effettuata attraverso la distribuzione alle Strutture Sanitarie di un questionario ad auto-somministrazione elaborato dall'OssFAD stesso.

Le aree indagate attraverso il questionario riguardano sostanzialmente:

- La politica di controllo del fumo (il rispetto della normativa, l'individuazione dei vigilanti e la rilevazione delle infrazioni prima e dopo l'entrata in vigore della legge del 10 gennaio 2005)
- La politica di intervento (interventi di prevenzione e promozione della salute)

Strutture che hanno aderito alla ricerca



Elaborazione OssFAD - ISS

Tematiche di particolare rilievo emerse dall'elaborazione dei questionari:

1. Solo il 71.5% degli ospedali aveva completamente bandito il fumo prima dell'entrata in vigore della nuova normativa;
2. Il grado di rispetto del divieto di fumo che è derivato dall'introduzione della nuova legge è considerato "buono" dal 62.1% degli intervistati;
3. Nei primi mesi del 2005 sembrano aumentare le segnalazioni di infrazioni rispetto al 2004;
4. Iniziative efficaci per combattere il fenomeno del tabagismo risultano essere i corsi per smettere di fumare e la distribuzione di materiale informativo, più che aumentare controlli e repressione;

RICHIESTE:

1. Maggior chiarezza sulle figure e le procedure sanzionatorie (chiarimenti in merito ai verbali di contestazione e all'iter di comunicazione agli enti preposti);
2. Campagne di promozione/educazione sanitaria (corsi antifumo a carico del SSN per chi vuole smettere di fumare, informazione capillare nelle scuole);
3. Realizzazione di spazi adeguatamente attrezzati riservati ai fumatori

PROBLEMATICHE:

- Applicazione del divieto di fumo nei reparti di psichiatria
- Conflittualità che si vengono a creare quando chi infrange il divieto di fumo ed il vigilante sono colleghi
- Problemi al momento di comminare la sanzione al visitatore-trasgressore (rilascio del documento di identità, verbalizzazione del mancato pagamento)

LA NUOVA LEGGE SEMBRA AVER TROVATO BUONA APPLICAZIONE NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, RACCOGLIENDO ELEVATO CONSENSO TRA IL PERSONALE SANITARIO-AMMINISTRATIVO OLTRE CHE TRA I PAZIENTI E VISITATORI.

Tuttavia:

PERMANGONO DIFFICOLTA' LEGATE A:

- reperimento di risorse economiche per organizzare politiche di controllo e di intervento più articolate;

NOTA:

Solo il 32% degli intervistati dichiara che esiste un centro antifumo all'interno dell'ospedale in grado di assistere i cittadini che vogliono smettere di fumare

Telefono Verde contro il Fumo

800 554088

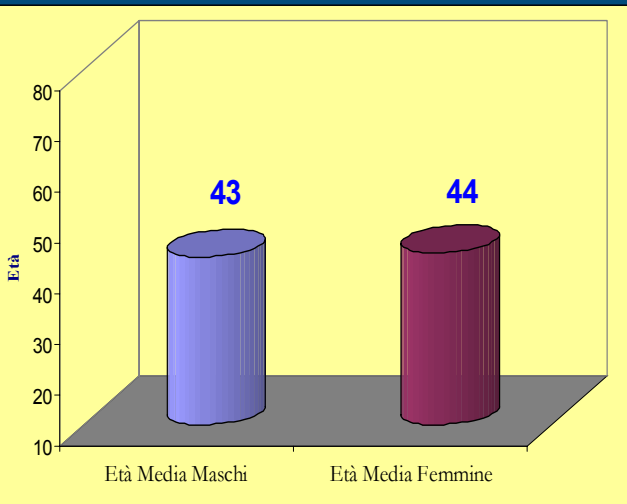


Lunedì – Venerdì 10.00–16.00

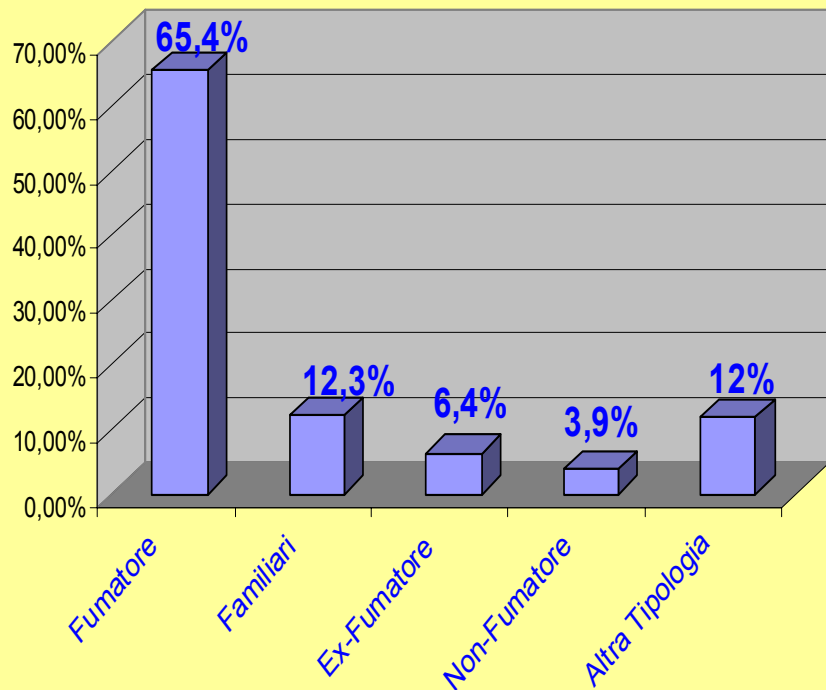
Anonimo e Gratuito

Caratteristiche Utenza Telefono Verde contro il Fumo

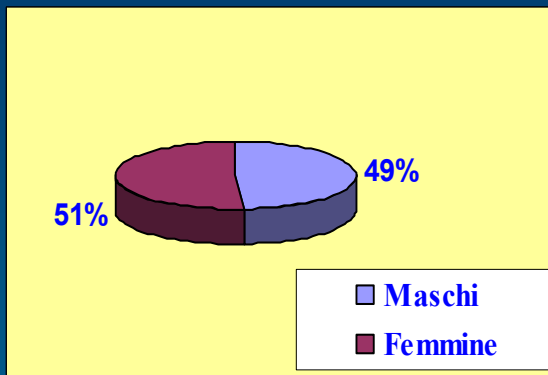
Età Media per Sesso



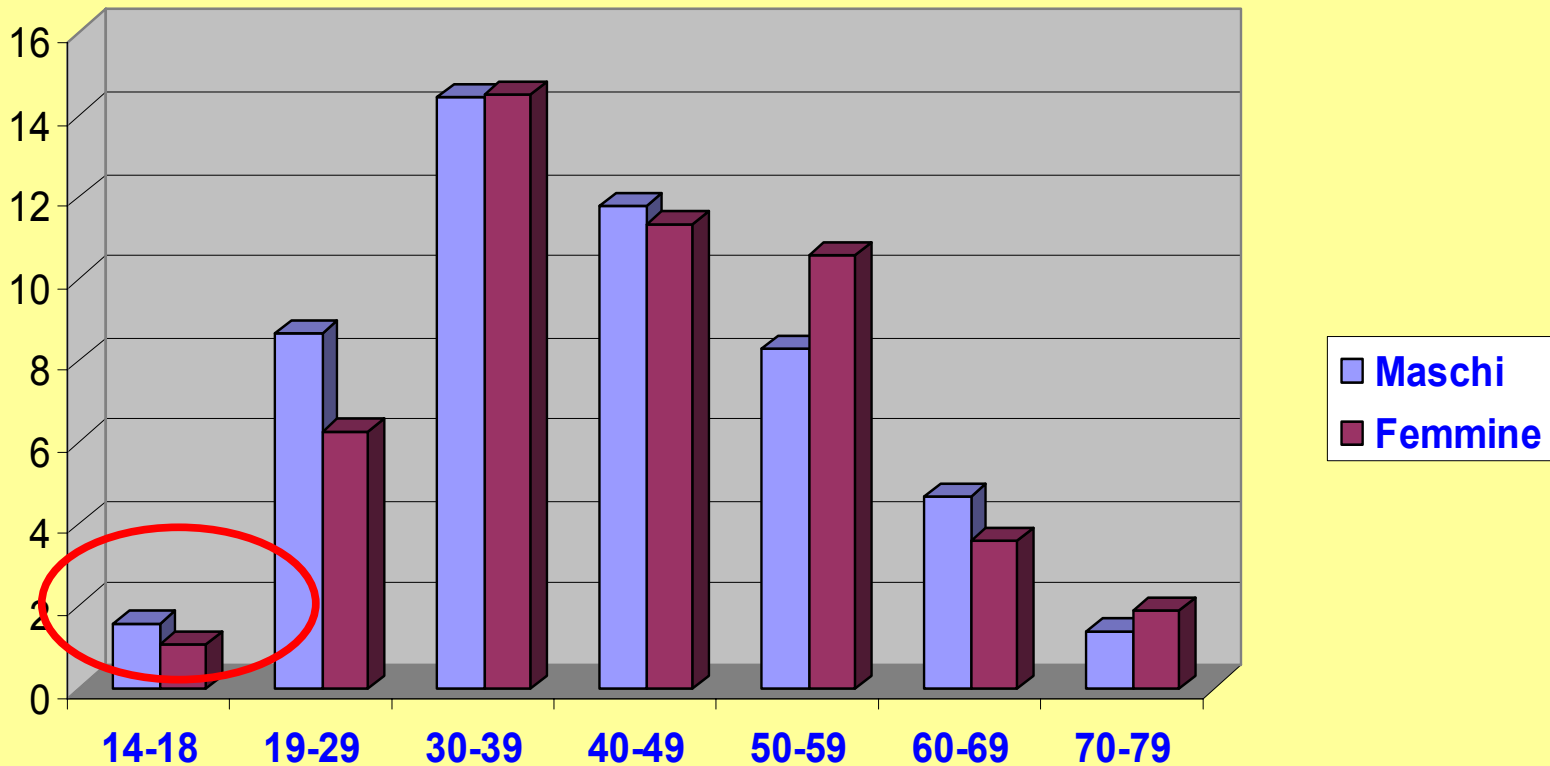
Classe Utenza



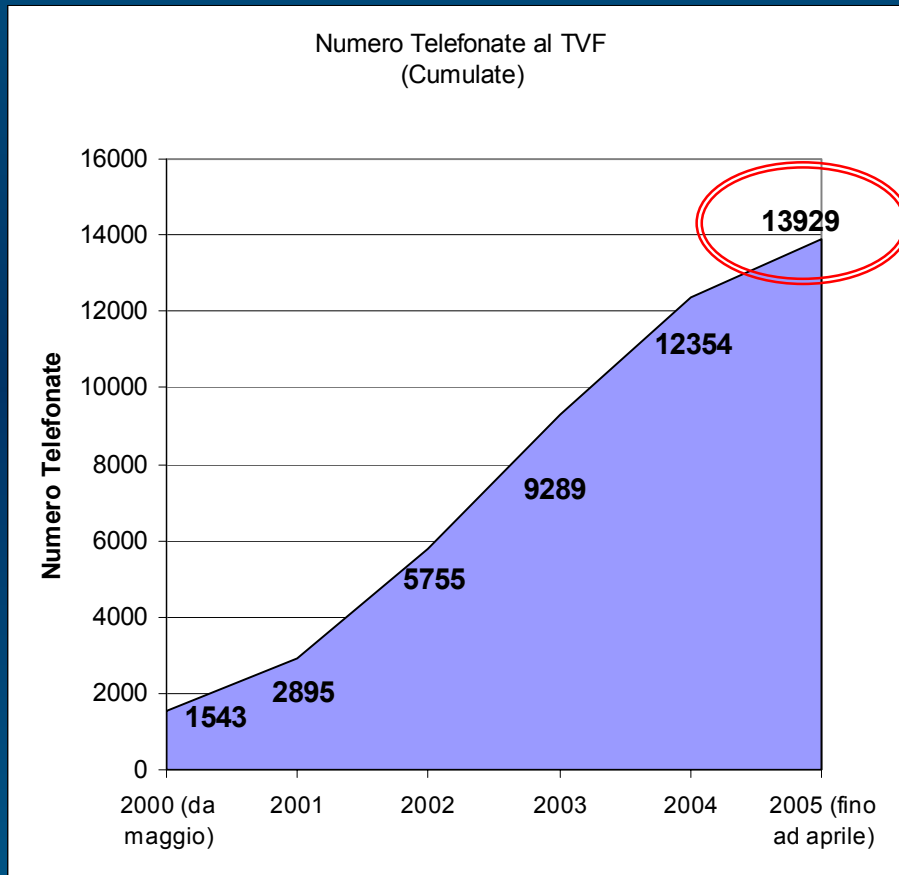
Distribuzione telefonate per sesso



CLASSE ETÀ

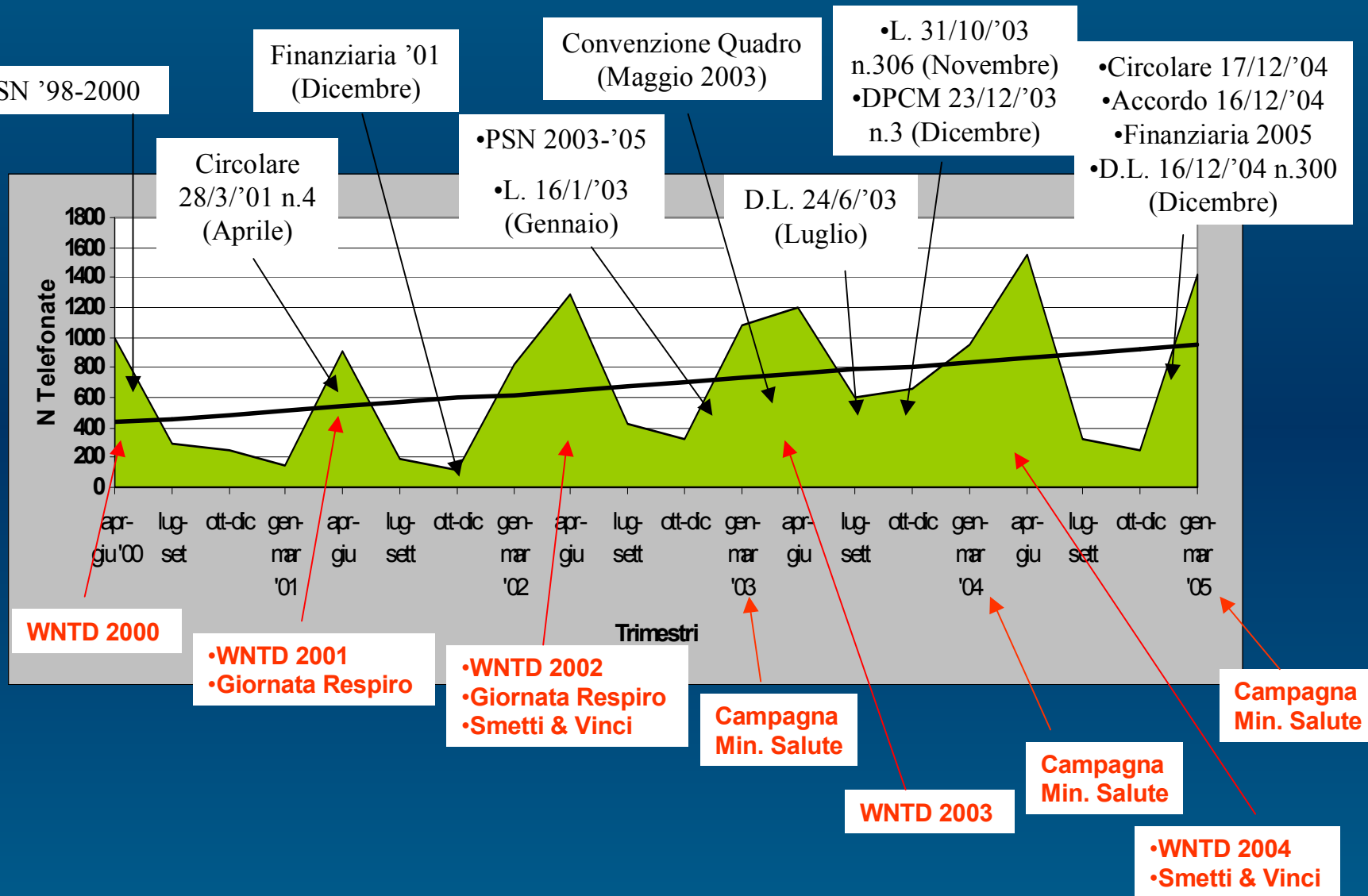


Telefonate al Telefono Verde contro il Fumo 800 554088 (Maggio 2000 - Aprile 2005)



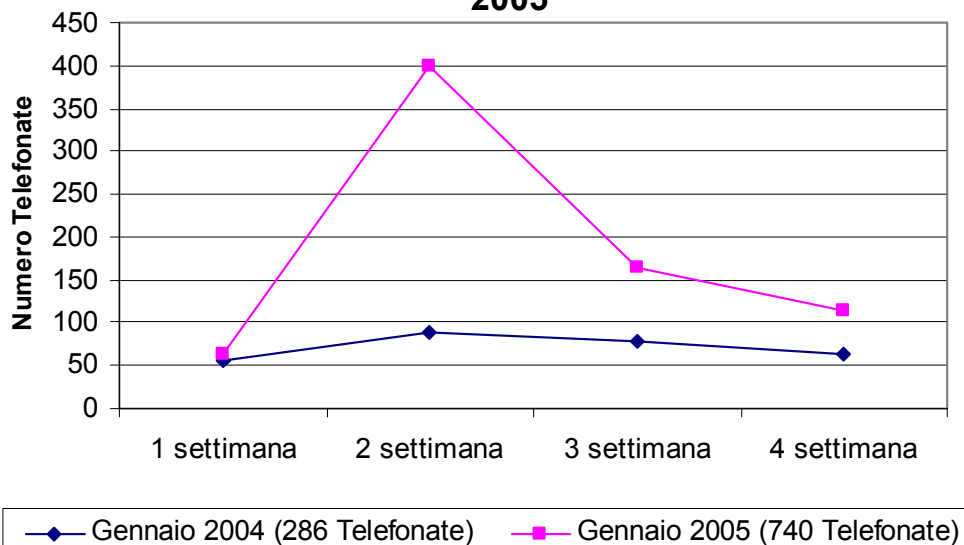
- Aumento negli anni delle telefonate
- Media di 238 telefonate mensili, con forte variabilità mensile nel numero di telefonate ricevute
- Si evidenziano periodi di maggiore contatto da parte dell'utenza: trimestri gennaio-marzo e aprile-giugno

Andamento trimestrale delle Telefonate – Principali interventi legislativi sul fumo – Campagne di Prevenzione e Promozione della Salute nazionali (maggio 2000 - marzo 2005)



Influenza delle campagne di prevenzione e promozione della salute (implementate attraverso i media) e ricaduta sul numero di persone che contattano il TVF:
il caso dell'entrata in vigore della legge a tutela della salute dei non fumatori

Confronto tra il numero settimanale delle telefonate nei mesi di gennaio 2004 e gennaio 2005



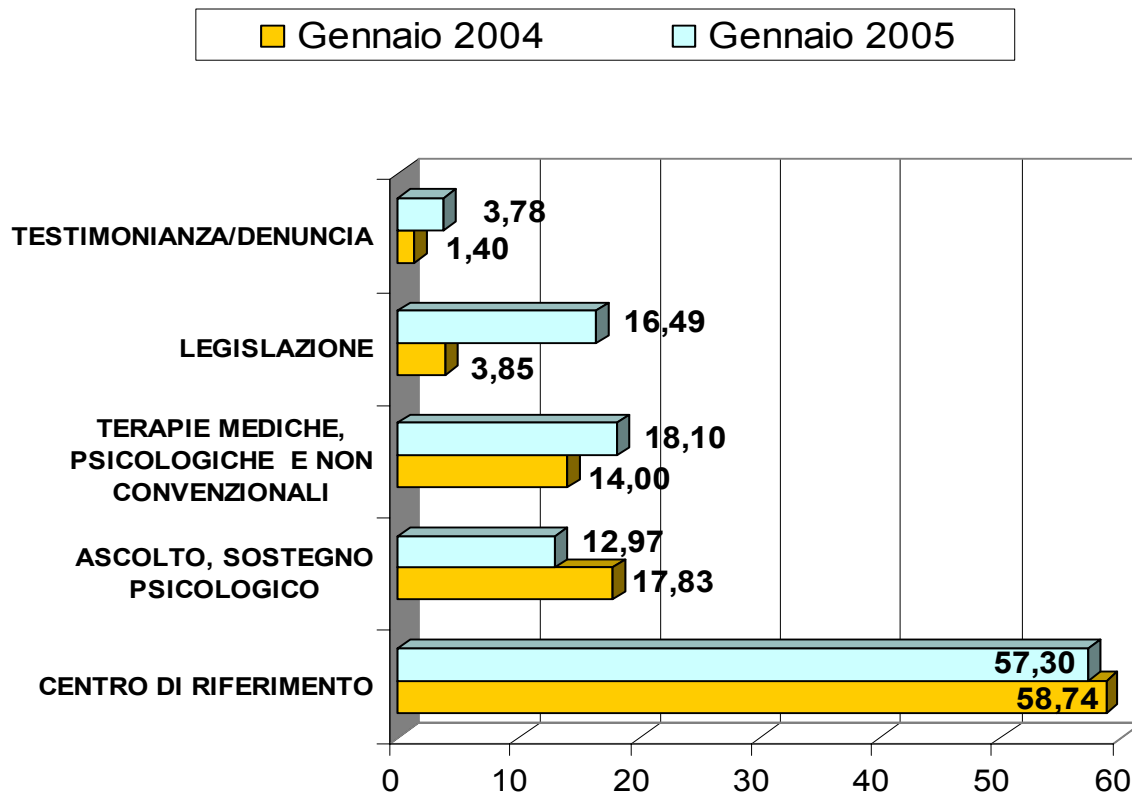
✓ **Complessivamente a gennaio 2005 (10 gennaio Introduzione Legge) sono state ricevute più del doppio delle telefonate** ricevute nello stesso periodo del 2004 (740 / 286).

✓ Nel corso della **seconda settimana** del mese, in coincidenza con la legge, il numero di **telefonate è quadruplicato**

Segue

Il caso dell'entrata in vigore della legge a tutela della salute dei non fumatori

**Principali Motivi della telefonata:
confronto fra Gennaio 2004 e Gennaio 2005 su dati %**



SERVIZI TERRITORIALI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO: AGGIORNAMENTI NEGLI ANNI

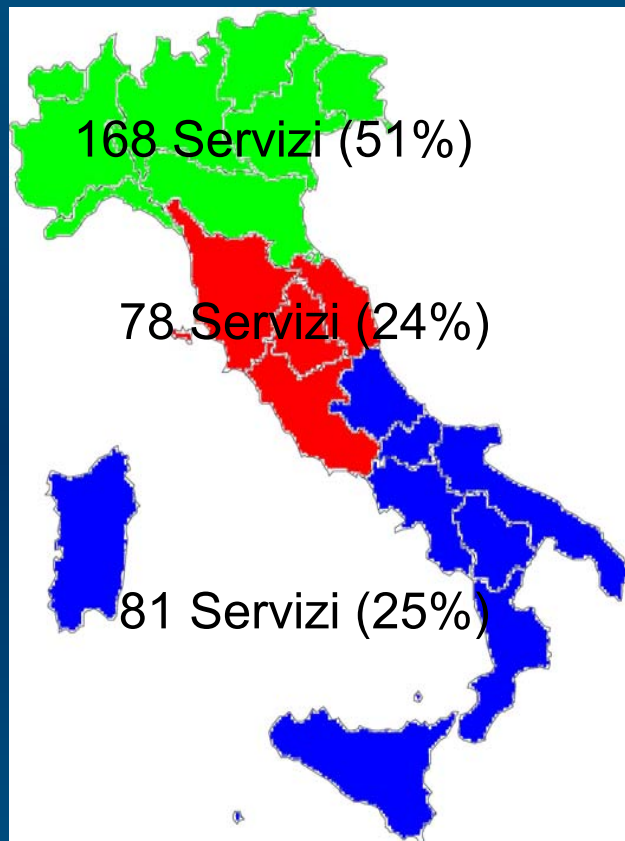
Anni	Numero Centri Antifumo di Ospedali/ASL	Numero Centri Antifumo della LILT	TOT
2005*	248	79	327
2004*	254	80	334
2003	251	79	330
2002	195	79	274
2001	171	-	171
2000	61	-	61

OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità

**In collaborazione con il Ministero della Salute e il Coordinamento Tecnico delle Regioni sul Tabagismo
Aggiornamento 2005 OssFAD*

SERVIZI TERRITORIALI PER LA CESSAZIONE DAL FUMO DI TABACCO

Aggiornamento Maggio 2005



REGIONI	CENTRI SSN*	CENTRI LILT**	TOTALE CENTRI 2005	%
EMILIA ROMAGNA	30	6	36	11
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	2	8	2,45
VENETO	29	7	36	11
TRENTINO ALTO ADIGE	10	2	12	3,67
LIGURIA	8	4	12	3,67
LOMBARDIA	36	7	43	13,15
PIEMONTE	14	5	19	5,83
VALLE D'AOSTA	1	1	2	0,61
TOTALE NORD	134	34	168	51,38
LAZIO	16	5	21	6,42
TOSCANA	25	8	33	10,09
MARCHE	9	4	13	3,98
UMBRIA	9	2	11	3,36
TOTALE CENTRO	59	19	78	23,85
ABRUZZO	9	1	10	3,06
BASILICATA	1	1	2	0,61
CALABRIA	3	3	6	1,83
CAMPANIA	13	4	17	5,20
MOLISE	2	2	4	1,22
PUGLIA	15	5	20	6,12
SARDEGNA	4	4	8	2,45
SICILIA	8	6	14	4,28
TOTALE SUD e ISOLE	55	26	81	24,77
TOT. CENTRI	248	79	327	100

* Centri di Ospedali, ASL

** Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT)

Bacino di utenza: 1 centro per 43.000 fumatori

In collaborazione Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità - Coordinamento Tecnico delle Regioni
sul Tabagismo Aggiornamento 2005 OssFAD

Caratteristiche e modalità operative dei Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco: i risultati di una ricerca nazionale

Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Fumo, Alcol e Droga:

Roberta Pacifici, Enrica Pizzi, Alessandra Di Pucchio, Piergiorgio Zuccaro

Ministero della Salute: Daniela Galeone

Coordinamento Interregionale Area Sanitaria e Socio-Sanitaria – Regione Veneto: Teresa Maglione

Gruppo tecnico delle Regioni e Province Autonome sul tabagismo:

Laezza	Maurizio	Regione Emilia-Romagna (Regione capofila)
Pierdomenico	Franca	Regione Abruzzo
Cauzillo	Gabriella	Regione Basilicata
Romano	Francesco	Regione Calabria
D'Orsi	Maurizio	Regione Campania
Peris	Anna	Regione Friuli-Venezia Giulia
Poropat	Claudio	Regione Friuli-Venezia Giulia
Bonifazi	Adalberto	Regione Lazio
Schiaffino	Sergio	Regione Liguria
Bonfanti	Marina	Regione Lombardia
Tinghino	Biagio	Regione Lombardia
Nocchi	Marco	Regione Marche
Fantetti	Gilda	Regione Molise
Carzana	Mario	Regione Piemonte
Martinelli	Giuseppe	Regione Puglia
Sabato	Eugenio	Regione Puglia
Alfano	Arcangelo	Regione Toscana
Ameglio	Mateo	Regione Toscana
Carta	Ilario	Regione Sardegna
D'Arpa	Maurizio	Regione Sicilia
Andino	Rosa	Regione Umbria
Furfaro	Gabriella	Regione Valle D'Aosta
Michieletto	Federica	Regione Veneto
Bramezza	Paolo	Provincia Autonoma di Bolzano
Moretti	Anna Maria	Provincia Autonoma di Trento

In press

**BOLLETTINO PER LE
FARMACODIPENDENZE
E L'ALCOOLISMO**



Responsabile OssFAD

Piergiorgio Zuccaro

Responsabile Settore Fumo

Roberta Pacifici

Gruppo di lavoro

*Antonella Bacosi, Giordano Carosi, Filomena Ciliberti,
Simonetta Di Carlo, Alessandra Di Pucchio, Emilia Marchei,
Laura Martucci, Donatella Mattioli, Monica Mazzola,
Gabriele Modigliani, Claudia Mortali, Ilaria Palmi,
Manuela Pellegrini, Simona Pichini, Enrica Pizzi,
Silvia Rossi, Rosaria Russo*

www.iss.it/ofad