

2.1.7 Endocrinologia e metabolismo

Il diabete

Il diabete, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le razze, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate (vedi BOX 1). Nel 2003, fra le persone di età compresa tra 20 e 79 anni, si stimava una prevalenza mondiale del 5,1%, che si prevede aumenterà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo, con un incremento pari al 24%.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel 2005 il 2% del totale delle morti nel mondo vada attribuito al diabete (circa 1.125.000) e sottolinea, inoltre, che tale contributo alla mortalità generale è probabilmente sottostimato, dal momento che il decesso è di solito attribuito ad una delle complicanze (cardiopatia, malattia renale, ecc.). Le malattie cardiovascolari, infatti, nei Paesi sviluppati causano fino al 65% di tutte le morti delle persone con diabete.

La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. La mortalità prematura causata dal diabete si stima in circa 12-14 anni di vita perduta. L'impatto complessivo di una malattia sulla salute si esprime, generalmente, in DALY (disability-adjusted life years), un indicatore che tiene conto sia degli anni di vita perduti per morte prematura sia degli anni vissuti in malattia. L'OMS, nel 2001, stimava che, in tutto il mondo, il diabete fosse responsabile di circa 20 milioni di anni di vita "sana" perduti.

I dati

In Italia, nel 2005, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 4,2% (4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini). In base a questi dati si può stimare che in Italia ci siano circa 2,5 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (4,1%) e al Sud Italia (4,6%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,5% nella classe d'età 45-54 anni al 16,3% nelle persone con età superiore a 75 anni.

Incidenza delle complicanze macrovascolari.

Le persone affette da diabete di tipo 2 presentano un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica. Per stimare l'incidenza di queste complicanze è stato condotto uno studio multicentrico di coorte (lo studio DAI, *Diainf AMD ISS*) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Lo studio si è posto come obiettivo principale quello di stimare il rischio di incorrere in complicanze macrovascolari quali: infarto del miocardio, cardiopatia ischemica, ictus, by-pass aorto-coronarico, angioplastica, amputazioni, nei pazienti con diabete di tipo 2 afferenti ai servizi di diabetologia italiani. Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo dei pazienti visitati nel periodo settembre 1998–giugno 1999 presso i 201 servizi partecipanti allo studio. Per lo studio d'incidenza è stata considerata la coorte di 11.644 persone (5612 uomini e 6032 donne) di età compresa tra 40 e 97 anni privi di complicanze macrovascolari all'inizio dello studio. La coorte è stata seguita con follow-up annuali.

Durante i quattro anni di indagine, sono stati osservati 881 eventi coronarici e 188 ictus (Tabella 1) con un tasso di incidenza (standardizzato per età) di 3,6 (IC95% 3,2-3,9) per 100 anni-persona negli uomini e di 3,0 (IC95% 2,6-3,3) nelle donne. L'incidenza di eventi coronarici è sempre significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne; in entrambi i sessi l'incidenza aumenta con l'età e negli uomini raggiunge il massimo di 5,0 per 100 anni-persona nella classe d'età 80-84 anni, mentre nelle donne il valore più alto, pari a 3,8 per 100 anni-persona, si rileva nella classe d'età 70-74 anni (Figura 1). L'incidenza di ictus è uguale nei due sessi (0,6 per 100 anni-persona) e aumenta all'aumentare dell'età, con un valore massimo di 32 eventi per 100 anni-persona negli uomini di età compresa tra 80 e 84 anni e di 36 nelle donne di età superiore a 85 anni (Figura 2).

Tabella 1 Incidenza di complicanze macrovascolari nello studio DAI

	Uomini		Donne	
	IR*	IC 95%	IR*	IC 95%
Tutti gli eventi	3,6	3,2-3,9	3,0	2,6-3,3
Coronarici	2,9	2,5-3,2	2,3	2,0-2,6
Coronarici maggiori	1,3	1,1-1,5	0,6	0,4-0,7
IMA	1,0	0,8-1,2	0,5	0,3-0,6
Ictus	0,6	0,4-0,7	0,6	0,4-0,8

IR* tasso di incidenza per 100 anni-persona

Figura 1 – Incidenza di eventi coronarici

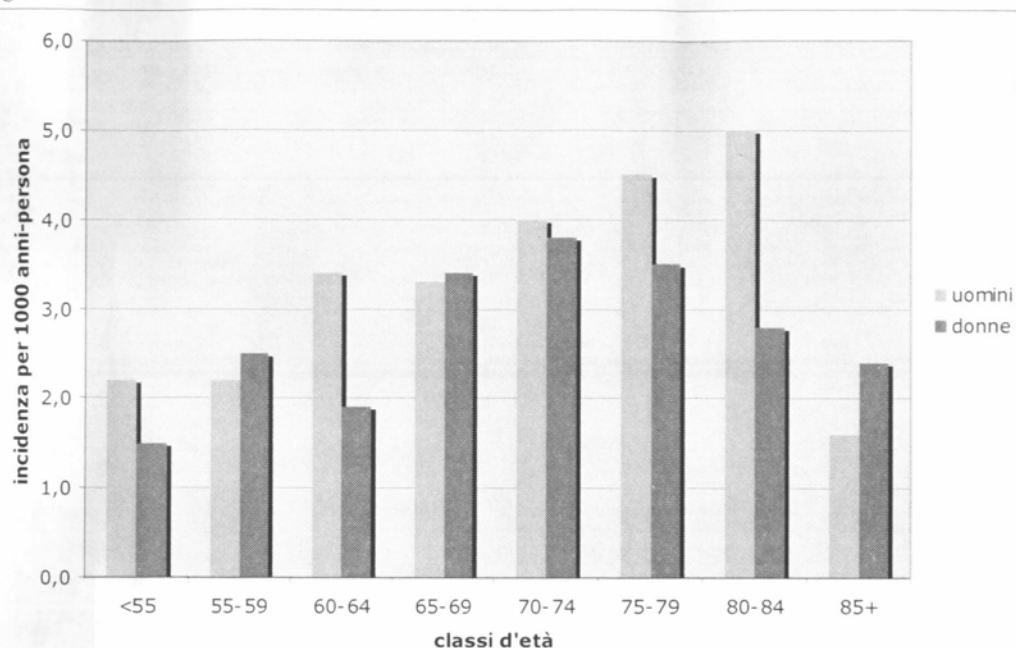
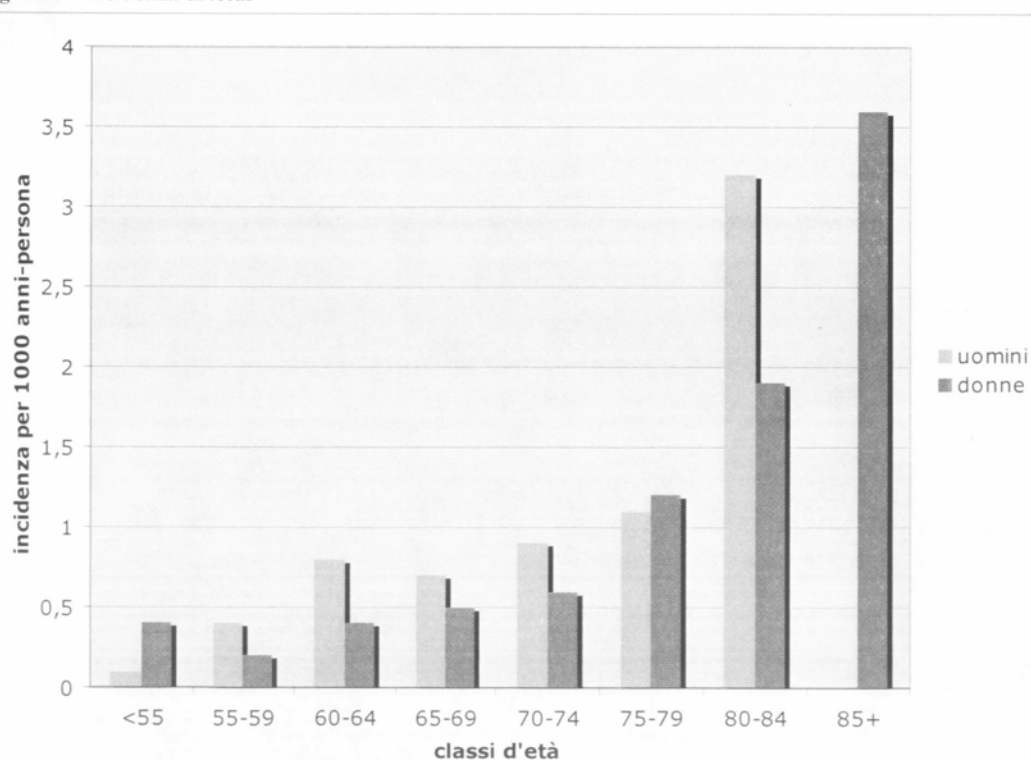


Figura 2 – Incidenza di ictus



L'uso di farmaci ipoglicemizzanti in Italia

I dati relativi al consumo di farmaci in Italia si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale e all'acquisto privato da parte dei cittadini. I consumi sono analizzati per spesa in euro e quantità in DDD (dose giornaliera di mantenimento per l'indicazione principale del farmaco nell'adulto). Il numero totale di DDD è espresso come "DDD/1000 abitanti die" e cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1000 abitanti (Tabella 2). Nel 2005 sono state utilizzate giornalmente 43 DDD ogni 1000 abitanti, pari a circa 900 milioni di giornate di terapia, con una spesa complessiva di 407 milioni di euro. In base ai dati di prevalenza del diabete stimati dall'ISTAT, si può calcolare una spesa media di circa 163 euro per persona con diabete. Fra gli ipoglicemizzanti orali, la metformina, da sola o in associazione, si conferma come il trattamento più impiegato, con un incremento del 23% rispetto al 2004 ed un parallelo aumento di spesa del 18%. Gli altri ipoglicemizzanti orali si sono caratterizzati per un aumento di spesa del 2,8% (a fronte di una lieve diminuzione di uso) quasi totalmente imputabile ad un consistente aumento della prescrizione territoriale dei farmaci più costosi, quali i glitazoni e la repaglinide. L'incremento nell'uso della repaglinide (+31%) testimonia la crescente preferenza verso trattamenti più facilmente gestibili da parte dei pazienti.

Tabella 2 Uso dei farmaci ipoglicemizzanti in Italia nel 2005

Categorie e sostanze	Spesa lorda*	??%	DDD/1000 ab. die	??%
		05-04		05-04
insuline e analoghi	208	9,9	9,7	3,0
altri ipoglicemizzanti orali	124	2,8	23,5	-0,3
metformina	48	18,2	8,4	22,8
repaglinide	23	29,5	1,6	30,6
glitazoni	4	>100	0,1	>100

Fonte OSMED

* in milioni di Euro

L'analisi del campione ARNO Diabete conferma inoltre che il paziente con diabete consuma mediamente una quantità superiore di molteplici farmaci (cardiovascolari, ipolipemizzanti, antiaggreganti, ecc.), ma soprattutto l'uso di questi farmaci è sistematicamente più comune, contribuendo ad accrescere ulteriormente la spesa per unità di popolazione. La spesa farmaceutica è maggiore mediamente dell'80% nei soggetti con diabete, ma per effetto della maggior frequenza di trattamento, per ogni soggetto che si muove dalla categoria di non-diabete a quella di diabete l'incremento della spesa pro-capite è enorme. Tutto ciò ha evidenti implicazioni in termini di strategie di prevenzione.

BOX 1 – Diabete e disuguaglianze sociali: dati e prospettive di contrasto

Il Centro Nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) si propone, tra i compiti del proprio programma, la promozione di azioni mirate a contrastare le disuguaglianze nella prevenzione. In tale contesto, si è attivato un programma di attività trasversali, coordinato dal Servizio Regionale di Epidemiologia dell'ASL 5 Piemonte, finalizzato a monitorare l'orientamento dei programmi finanziati dal CCM verso obiettivi di prevenzione equa e alla promozione e sperimentazione di interventi utili al contrasto delle disuguaglianze.

Si sta registrando, infatti, una rinascita di interesse verso la relazione tra salute e classe sociale: in un contesto di progressivo miglioramento dello stato di salute e di aumento dell'aspettativa di vita, si osserva, infatti, la persistenza e l'accentuazione di differenze di mortalità e morbosità tra distinte classi socioeconomiche. Le differenze sociali negli stili di vita rappresentano uno dei più importanti meccanismi con cui si generano disuguaglianze sociali di salute.

Il diabete è un esempio paradigmatico di malattia cronica più diffusa tra i gruppi socialmente sfavoriti. I meccanismi di genesi di disuguaglianze hanno origine già nell'età infantile, con un progressivo e cumulativo squilibrio tra fattori di protezione e fattori di danno per la salute (per esempio l'adozione di abitudini negative, come l'inattività fisica e la cattiva alimentazione). L'Alameda County Study mostra prevalenze di diabete di tipo 2 del 4,5%, 2,5% e 1,6% tra chi ha, rispettivamente, bassa, media, e alta istruzione. Il Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) riporta un maggior rischio di diabete nei gruppi a basso reddito e un'associazione più forte fra le donne; anche il rischio di morte per diabete sembra maggiore tra gli individui con minori risorse economiche.

Uno studio che ha analizzato i dati provenienti da survey nazionali svolte in otto Paesi europei ha stimato un rischio di diabete nelle persone meno istruite mediamente superiore del 60%, con eccessi varianti dal 16% della Danimarca al 99% della Spagna. Anche in Italia le persone meno istruite (nessun titolo o licenza elementare) hanno maggiore probabilità di essere affette da diabete, rispetto a chi possiede un'istruzione più elevata, con un eccesso di rischio stimato pari a circa il 60%.

Disuguaglianze sono riscontrabili anche nella gestione della patologia diabetica e nell'accesso ai servizi sanitari. I risultati di un recente studio condotto dalla Commissione regionale per l'assistenza diabetologica del Piemonte mostrano come i diabetici con al più la licenza elementare riportino un rischio di subire un ricovero in emergenza o non programmato superiore del 90% rispetto ai laureati (al netto di alcuni fattori di rischio diversamente distribuiti tra i due gruppi). Il diabete complicato incide sull'aspettativa di vita dei soggetti che ne sono affetti. Di conseguenza, ci si aspetta che i soggetti di basso stato socio-economico abbiano un maggior rischio di morire per diabete e/o per complicanze ad esso correlate. I dati ISTAT del 1991-92 mostrano, infatti, tassi annuali di mortalità per diabete che variano tra il 6,4 x 100.000, tra i soggetti che non possiedono titolo di studio, e l'1,6 x 100.000, tra i laureati, con un gradiente crescente passando da un livello di istruzione a quello successivo. Un regolare follow-up clinico ed una corretta educazione sanitaria rivolti al paziente diabetico, da parte dei centri diabetologici regionali, possono giocare un ruolo importante, oltre che nella gestione e nella prevenzione delle complicanze associate al diabete, anche nella riduzione delle disuguaglianze sociali di salute. Lo suggeriscono i risultati di uno studio, svolto sui residenti a Torino, che ha confrontato la mortalità associata al livello sociale in una coorte di diabetici (gli iscritti al registro tra il 1991 e il 1999) e nella popolazione generale: mentre nella popolazione generale gli uomini e le donne con licenza elementare hanno presentato una mortalità per tutte le cause superiore rispetto agli individui con diploma superiore o laurea (eccessi del 70% e 44% rispettivamente), nella coorte di diabetici queste differenze sono risultate inferiori (35% e 17% rispettivamente) e non significative per le donne.

2.1.8 Neurologia e Psichiatria**Le demenze**

Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewy, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini di sanità pubblica sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Esse rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale, ed in particolare nella popolazione anziana, dal momento che il principale fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. Sulla base delle conoscenze derivate da un insieme vasto di studi epidemiologici condotti a livello internazionale, si calcola che nel mondo vi siano circa 24,3 milioni di persone affette demenza, con un numero casi incidenti all'anno di 4,6 milioni (un nuovo caso di demenza ogni 7 secondi). Nel 2020 il numero di casi raddoppierà e raggiungerà nel 2040 il numero di 81,1 milioni di persone, il 75% delle quali sarà concentrato nei paesi in via di sviluppo. La demenza di Alzheimer (DA) rappresenta, secondo stime attendibili, il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia,

In Italia, a partire dal 1987, sono stati condotti alcuni studi di popolazione per stimare la prevalenza e l'incidenza della DA. Le stime ricavate da tali studi, applicate alla popolazione italiana, indicano una prevalenza il cui range è compreso tra valori molto distanti, che arrivano a spaziare tra 184.000 e 627.000. Anche il numero di casi di demenza incidenti per anno varia notevolmente, passando da circa 150.000 a 400.000. Tale variabilità impone una attenta riflessione metodologica sulla conduzione e la confrontabilità degli studi, anche se non mette in discussione la serietà del problema clinico ed assistenziale che si deve affrontare.

Negli ultimi anni si è andata sempre più delineando la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze che sia in grado, attraverso un processo di trasferibilità, di utilizzare nella pratica clinica le migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di migliorare la qualità della cura attraverso la definizione di standard nazionali che consentano anche di superare le disuguaglianze. Appare necessario definire, soprattutto per le patologie cronico-degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificare la storia naturale delle stesse patologie, un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

I percorsi assistenziali possono essere definiti come piani multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito con la finalità di:

- assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza
- migliorare gli esiti
- ridurre al minimo i rischi per i pazienti
- contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti
- eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi

In Italia esistono, nonostante la variabilità dei modelli organizzativi regionali, le condizioni iniziali che possono favorire questi processi. Si pensi, ad esempio, alla rete di 503 Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) istituita sull'intero territorio nazionale nell'ambito del progetto CRONOS, con lo specifico scopo di diagnosticare e trattare pazienti con demenza di Alzheimer. Da questa realtà si può ripartire favorendo il coordinamento delle attività dei diversi servizi (UVA, centri diurni, assistenza domiciliare integrata, RSA, degenze ordinarie e DH, assistenza sanitaria di primo livello, strutture di riabilitazione) ed il forte coinvolgimento dei diversi operatori socio-sanitari in una logica lavorativa multidisciplinare ed interprofessionale. La consapevolezza del peso e dell'importanza del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, dovrebbe richiedere un impegno straordinario da parte delle istituzioni pubbliche e private, di ricerca e non, così come da parte delle società scientifiche dei diversi operatori socio-sanitari in collaborazione con le associazioni dei familiari dei pazienti.

Proprio in questa logica il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) hanno avviato congiuntamente, nel 2005, un lavoro di ricognizione della situazione normativa ed organizzativa del settore, al fine di riaprire il confronto fra le Amministrazioni centrali e regionali, tra attori istituzionali e non, per giungere alla condivisione di strategie di intervento che pongano una problematica così delicata al centro degli impegni programmatori.

2.1.9 Le malattie rare

A livello europeo è definita rara una malattia la cui prevalenza non supera i 5 casi su 10.000 abitanti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato la numerosità delle malattie rare intorno alle 6.000 diverse entità nosologiche, che nel complesso rappresentano il 10% delle patologie umane conosciute.

Si tratta di forme morbose molto diverse, che possono colpire diversi organi e sistemi e tutte le fasce di età e che, tuttavia, sono spesso contraddistinte da comuni caratteristiche e problematiche assistenziali: gravità clinica, decorso cronico, esiti invalidanti e onerosità di trattamento.

La frequenza delle malattie rare nella popolazione e l'evidenza che queste patologie sono spesso gravi, ad andamento cronico ed esito invalidante, indicano il loro enorme peso individuale, familiare e sociale. Oltre tutto, la rarità delle singole malattie e la conseguente scarsità di conoscenze impongono lo scambio di informazioni, la collaborazione tra gli esperti ad un livello multidisciplinare ed il lavoro in rete delle strutture.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 raccomanda il potenziamento di tutti i sistemi integrati di reti sia al livello nazionale o sovregionale, sia a livello interistituzionale, con particolare riferimento all'integrazione sociosanitaria, allo scopo di superare le difficoltà del Sistema Sanitario Nazionale a soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Occorre, infatti, rispondere alle aspettative che riguardano l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari (diagnosi, trattamento, riabilitazione), ma anche ai bisogni percepiti riferiti ad ambiti non prettamente sanitari, quali la scuola ed il lavoro, non meno consistenti rispetto a quelli tipicamente sanitari.

Dal punto di vista normativo, le malattie rare sono state identificate per la prima volta nel nostro Paese come area di priorità in Sanità Pubblica con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, che ha accolto la normativa europea, mentre il riferimento principale delle azioni indirizzate alle malattie rare in Italia è rappresentato dal Decreto Ministeriale n. 279 maggio 2001 "Regolamento di istituzione della Rete Nazionale delle Malattie Rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" (Gazzetta Ufficiale n. 160, del 12.07. 2001 Suppl. Ord. n. 180/L). Questo regolamento prevede la realizzazione di una rete clinico-epidemiologica costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni, istituisce il registro Nazionale delle Malattie Rare e stabilisce il diritto all'esenzione per le malattie rare contenute in un elenco allegato.

In Europa, nell'aprile del 1999, con la Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, viene adottato un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione della Sanità Pubblica per il quadriennio 1999-2003.

A questo programma di azione segue, sempre in ambito comunitario, il Regolamento n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente i medicinali orfani, che istituisce una "procedura comunitaria aperta e trasparente"

per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano allo scopo di incentivare la ricerca, lo sviluppo e l'immissione in commercio di farmaci così qualificati.

Per svolgere questa attività di valutazione è stato istituito, nell'ambito della European Medicines Agency (EMA), il Committee for Orphan Medicinal Products (COMP). Al Regolamento 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio segue il Regolamento n. 847/2000 della Commissione, che stabilisce le modalità di applicazione dei criteri previsti per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano e la definizione dei concetti di medicinale "simile" e "cl clinicamente superiore".

Presentazione e discussione dei dati

La raccolta dei dati epidemiologici sulle malattie rare è estremamente importante per le attività di programmazione, realizzazione e valutazione degli interventi di Sanità Pubblica.

Il flusso di dati epidemiologici, la cui fonte è costituita dai Presidi individuati da Deliberazioni regionali nell'ambito della Rete Nazionale Malattie Rare, prevede un livello Regionale e il livello Nazionale rappresentato dal Registro Nazionale Malattie Rare istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (D.M. 279/2001).

Ad oggi, alcune Regioni (es. Veneto, Piemonte, Lombardia, Toscana, Marche) hanno istituito propri archivi informatici specifici, talvolta associando l'attività di rilevazione dei casi trattati con la funzione di coordinamento generale, svolta o presso un presidio tra quelli individuati o presso un organismo, specificamente istituito, a valenza mista tecnico-scientifica-amministrativa. Altre Regioni (es. Provincia Autonoma di Trento) hanno stabilito degli accordi per la conduzione del flusso presso Regioni limitrofe a gestione più avanzata, mentre altre hanno in corso l'organizzazione di proprie modalità di raccolta.

Attualmente le Regioni, nell'ambito del Coordinamento interregionale, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, stanno mettendo a punto strumenti e modalità di raccolta e trasmissione dei dati che consentano di rendere operativi i registri regionali facendoli confluire nel Registro Nazionale all'ISS. Infatti, ancora oggi, pur essendo disponibili dati epidemiologici su specifiche malattie rare, è possibile soltanto stimare l'entità del fenomeno nel suo complesso, calcolando che nel nostro Paese i soggetti affetti da malattie rare sono più di un milione.

Per quanto riguarda lo stato di applicazione del D.M. n. 279/2001 con riferimento all'attuazione del comma 1 dell'articolo 2 del decreto che riguarda l'individuazione dei presidi della rete nazionale per le malattie rare, una ricognizione svolta dal Gruppo Tecnico Interregionale Permanente presso la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha messo in luce modelli organizzativi e operativi molto diversificati tra loro, anche riguardo alle categorie di malattie rare per le quali sono state riconosciute ai presidi specifiche competenze. La maggior parte delle regioni ha individuato presidi di riferimento per ogni singola malattia o per ogni gruppo di malattie; altre regioni, invece, hanno individuato una o più strutture nel proprio territorio, accentrando tutte le competenze o per la generalità delle malattie rare, o per grandi categorie (es. malattie rare dell'età adulta e malattie rare di competenza pediatrica). Tuttavia, una sostanziale condivisione sulle funzioni fondamentali dei Presidi per le MR ha caratterizzato le Delibere di Giunta Regionale: garantire al paziente un approccio complessivo multidisciplinare clinico diagnostico terapeutico e valutare le implicazioni psicologiche della malattia per il paziente e per la sua famiglia; mantenere aggiornata la situazione clinica di ogni paziente anche mediante flussi informativi con altre strutture territoriali presso le quali sono eseguite le prestazioni; raccordarsi con il MMG e il PLS; collaborare con le Associazioni dei malati e con le strutture socio assistenziali.

I presidi della rete sono oggi individuati con atto formale da tutte le Regioni ad eccezione dell'Abruzzo e della P.A. di Trento ed appartengono a tutte le tipologie di strutture ospedaliere operanti nel SSN.

2.2 I DETERMINANTI DELLA SALUTE: FUMO, ALCOL E ALIMENTAZIONE

2.2.1 Fumo

Il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte del mondo ed ogni anno 5 milioni di persone muoiono a causa del tabacco. L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede un aumento fino a circa 10 milioni di morti nel 2030. Nell'Unione Europea i morti a causa del fumo sono 650.000 ogni anno. In Italia sono oltre 85.000 l'anno le morti correlabili al fumo. E' ormai nota da tempo la correlazione diretta tra il fumo attivo e diverse patologie neoplastiche, respiratorie e cardiovascolari, ma anche l'esposizione passiva rappresenta un rischio considerevole per la salute. L'evidenza epidemiologica ha correlato l'esposizione involontaria al fumo di sigaretta a diverse patologie tra cui il cancro del polmone, l'infarto del miocardio, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'asma e l'ictus cerebrale.

Il Ministero della Salute conduce da anni una politica sanitaria volta alla tutela della salute dai gravi danni alla salute prodotti dall'esposizione attiva e passiva al fumo. In particolare per la protezione dei non fumatori negli ultimi anni il Ministero ha attivato campagne informative nazionali e ha fortemente sostenuto l'approvazione di una nuova legge sul divieto di fumo che, approvata nel 2003 ed entrata in vigore il 10 gennaio 2005, si sta rivelando un importante strumento di tutela della salute pubblica.

Il primo intervento normativo italiano a tutela della salute dei non fumatori risale al 1975 con la Legge 11 novembre 1975 n. 584, solo dopo venti anni il divieto è stato esteso anche agli uffici aperti al pubblico delle amministrazioni e delle aziende statali, ma continuavano ad essere esclusi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico e gli esercizi commerciali e di ristorazione.

La nuova "Legge 3/2003 articolo 51", entrata in vigore il 10 gennaio 2005, ha finalmente superato i limiti della precedente norma estendendo il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (civili abitazioni). La legge non prevede un obbligo, ma concede la possibilità di creare locali per fumatori, per i quali sono stati definiti con uno specifico provvedimento le caratteristiche strutturali e i parametri di ventilazione. Inoltre sono state definite le misure da adottare in merito alla vigilanza ed al sanzionamento delle infrazioni.

La legge italiana è stata presa a modello da altri paesi europei che intendono adottare misure a tutela dal fumo passivo. Anche se prima di noi l'Irlanda e Malta hanno proibito il fumo in molti luoghi, l'Italia è il primo grande Paese d'Europa ad aver esteso il divieto di fumare a tutti i locali chiusi.

COMPORTAMENTI, ATTEGGIAMENTI ED OPINIONI

L'INDAGINE MULTISCOPO DELL'ISTAT

Dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT sul fumo in Italia è emerso che nel periodo dicembre 2004-marzo 2005 i fumatori in Italia sono 11 milioni e 221 mila, pari al 22,3% della popolazione di 14 anni e più. I dati ISTAT del 2003 riferivano una prevalenza di fumatori pari al 23,9% della popolazione adulta ultraquattordicenne.

I fumatori attuali sono il 28,5% dei maschi e il 16,6% delle femmine; la percentuale più alta di fumatori si localizza nell'Italia centrale (24,3%), la più bassa al Sud (20,9%). L'età media in cui gli uomini cominciano a fumare è più bassa rispetto a quella delle donne (17,6 contro 19,5).

I fumatori abituali (coloro che fumano tutti i giorni) sono l'89,7% del totale dei fumatori e il 20,3% della popolazione e consumano mediamente 14,8 sigarette al giorno. La quota dei "forti fumatori" (20 e più sigarette al giorno) è pari al 37,1% dei fumatori abituali.

Con riferimento alle classi d'età, per gli uomini la quota più elevata è tra i 25 e i 29 anni (39,3%); per le donne è tra i 45 e i 49 anni (25,8%).

Il 21,9% dei fumatori ha dichiarato di aver tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista.

A fronte della diminuzione nel tempo della percentuale di fumatori, si registra un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco, soprattutto a causa di una maggiore propensione a fumare delle persone in condizioni socio-economiche meno favorevoli. Fra le donne l'aumento della forbice riguarda anche le disuguaglianze nello smettere di fumare; cercano di smettere, infatti, più frequentemente le donne con un titolo di studio più elevato.

Riguardo all'impatto della legge, dal confronto tra i dati della rilevazione di dicembre 2004 e marzo 2005, cioè immediatamente prima e tre mesi dopo l'introduzione del divieto, emergono alcuni segnali di cambiamento, cioè: un calo significativo della percentuale di fumatrici (da 17,5% a 15,8%) e un aumento del numero di persone che hanno tentato di smettere di fumare (dal 20,9% al 23%), che risulta più marcato nella popolazione maschile di 30-59 anni (da 19,9% a 24,3%), al Sud (da 16,9% a 21,7%) e tra le persone con titolo di studio più elevato (da 14,9% a 23,1% per i laureati).

LE INDAGINI DOXA/ISS

Dalle indagini Doxa/Iss-Ossfad sul fumo in Italia è emerso che negli ultimi quindici anni il numero dei fumatori in Italia è costantemente diminuito. Nel 2005 (dati dell'indagine DOXA condotta a marzo-aprile su un campione di 3114 persone di 15 anni e oltre) la flessione riguarda entrambi i sessi.

Per quanto riguarda i divieti è emerso che nove italiani su 10 sono d'accordo con la creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici e col divieto assoluto di fumare al di fuori di essi e per l'87,3% degli intervistati il divieto viene rispettato in modo più o meno rigoroso. Il 9,6% degli italiani si reca più spesso di prima nei locali pubblici, mentre per la maggioranza (l'83% del campione) l'abitudine a frequentare i locali non è cambiata con l'entrata in vigore della legge n. 3/2003. L'86,8% è favorevole ai divieti di fumo nei posti di lavoro (erano l'85,8% nel 2004), dove però solo il 69% degli italiani ritiene che vengono rispettati.

ATTEGGIAMENTI DEGLI ADULTI SUL DIVIETO DI FUMO. LO STUDIO PASSI

Una sezione del questionario utilizzato per lo studio PASSI (un sistema di indagini promosso da CCM, Istituto Superiore di Sanità e Regioni), nell'indagine è finalizzata ad indagare l'abitudine al fumo, con domande specifiche sull'impatto dell'introduzione del divieto.

Dai dati, ancora incompleti, dello studio condotto nel 2005 tramite interviste telefoniche su un campione di popolazione di età 18-69 anni, è emerso che, fra le Aziende Sanitarie Locali partecipanti, il 17% del campione ha dichiarato che il divieto di fumo non è sempre rispettato nel luogo di lavoro, mentre il 26% ha dichiarato di non sapere se tale divieto viene rispettato. Inoltre, il 39% circa dei fumatori ha detto di aver diminuito il numero di sigarette fumate dall'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici. Nella scelta di smettere di fumare la normativa in oggetto è stata il fattore decisivo per il 7% circa di chi ha smesso di fumare dopo la sua entrata in vigore.

APPLICAZIONE DELLA LEGGE**Ispezioni**

A partire dal 10 gennaio 2005, il Comando dei Carabinieri per la Sanità (NAS) effettua periodicamente un monitoraggio in ambito nazionale sul rispetto del divieto di fumo in numerosi luoghi in cui si applica il divieto (ospedali, case di cura, banche, uffici pubblici, scuole, ristoranti, musei, ecc.). I controlli vengono eseguiti di iniziativa o su disposizione del Ministro della Salute, senza alcuna pianificazione preventiva. I risultati dell'attività dei NAS (n° ispezioni effettuate, n° infrazioni accertate per motivo dell'infrazione e soggetto sanzionato) vengono, su richiesta, comunicati al Ministero della Salute.

I dati disponibili si riferiscono al periodo gennaio-marzo 2005 durante il quale sono state complessivamente effettuate 5597 ispezioni. Le infrazioni accertate sono state 276 (4,9% del totale delle ispezioni) delle quali 89 (1,6% del totale delle ispezioni) per aver fumato nei luoghi non consentiti dalla legge. 183 (3,3%) per omissione, in qualità di responsabile dei locali, di curare l'osservanza del divieto esponendo in posizione visibile i cartelli e 4 (0,1%) per presenza di impianti di condizionamento non funzionanti o non condotti in maniera idonea o non perfettamente efficiente.

Oltre il 60% dei soggetti sanzionati è rappresentato da titolari di ristoranti/pizzerie e locali notturni (43%) e avventori (20%).

Nel periodo aprile-novembre 2005, sulla base delle segnalazioni pervenute al Ministero della Salute e trasmesse ai NAS, sono state effettuati nuovi controlli in uffici pubblici, uffici privati, ospedali, supermercati, navi da crociera, ecc.

Complessivamente sono state effettuate 479 ispezioni con 55 segnalazioni di infrazione (11%) di cui 23 a persone che fumavano dove vietato e 22 per mancata affissione del cartello di divieto o presenza di locali per fumatori non a norma

LO STUDIO ENFASI

Nel dicembre 2004 il Gruppo PROFEA (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità ha intrapreso uno studio per monitorare gli effetti dell'applicazione dell'art. 51 della Legge n. 3 del 16/01/2003 negli esercizi di ristorazione. Lo studio (denominato ENFASI) ha l'obiettivo di verificare le diverse fasi dell'applicazione della legge sul territorio nazionale, andando a rilevare la situazione in alcune tipologie di locali pubblici prima e dopo l'entrata in vigore del divieto. Si tratta quindi di uno studio descrittivo e osservazionale con i seguenti obiettivi:

descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti in relazione alla legge dei proprietari/gestori di locali pubblici, quali bar, pizzerie, pub, ristoranti;

stimare l'adesione alle disposizioni di legge nei locali pubblici.

PRIMA DELLA LEGGE

I dati relativi alla rilevazione antecedente all'entrata in vigore della legge mostrano una conoscenza diffusamente buona, da parte dei gestori dei locali, delle disposizioni previste dalla legge e degli effetti nocivi del fumo passivo. Il 66% dei gestori dichiarava che almeno la metà dei clienti era fumatore e il 73% che i non fumatori sembravano infastiditi dalla presenza dei fumatori nel locale. Oltre l'80% era convinto che se il divieto venisse correttamente applicato, sicuramente o probabilmente si ridurrebbe il rischio di insorgenza di malattie correlate al fumo, quali asma e bronchiti, e che sicuramente o probabilmente la nuova legge farà fumare meno le persone o addirittura le farà smettere di fumare.

Alla domanda su quale fosse l'opinione generale dei clienti in merito alla legge, il 75% degli intervistati ha riferito l'esistenza di un atteggiamento favorevole o molto favorevole, solo per il 6% i clienti si mostravano molto contrari.

Una delle principali preoccupazioni dei gestori riguardava l'eventualità di perdite economiche dovute ad un minor afflusso di clienti nei locali, a causa del divieto: il 24% era convinto che avrebbe subito una perdita significativa e il 12% una perdita lieve dei profitti. Infine il 40% dei gestori si dichiara fumatore.

DOPO LA LEGGE

Dopo l'entrata in vigore del divieto si osservano effetti significativi sia sulle opinioni e sui comportamenti di gestori e clienti, sia sull'adeguamento dei locali alle nuove disposizioni. Infatti:

nella quasi totalità dei locali con almeno un cliente presente non era visibile al momento della rilevazione fumo nell'aria e non si percepiva odore di fumo e solo nello 0,5% dei casi si è riscontrata la presenza di almeno un fumatore. Nel 95% dei locali erano presenti, al momento della rilevazione, cartelli regolamentari indicanti il divieto di fumo;

circa il 20% dei gestori intervistati ha dichiarato che il locale è stato ispezionato dalle forze dell'ordine per verificare la presenza di fumatori. Oltre il 90% dei gestori ha riferito che a partire dalla data di introduzione del divieto tutti i clienti rispettavano la legge; solo il 13% circa sosteneva di aver dovuto chiedere a qualche cliente di smettere di fumare e una percentuale nettamente minore si è vista opporre un rifiuto da parte dei clienti sollecitati a spegnere la sigaretta.

il 73% dei gestori ha riferito un atteggiamento favorevole alla legge da parte dei clienti;

circa il 10% riferisce una perdita significativa degli introiti e tale percentuale è in diminuzione rispetto alla rilevazione pre-legge;

infine, per oltre il 70% dei gestori l'introduzione del divieto ha impattato sulla propria abitudine al fumo inducendo una diminuzione del numero di sigarette fumate o una cessazione dell'abitudine.