

La legge anti-fumo in Italia

The Italian smoking ban

Giuseppe Gorini, Giulia Carreras

Riassunto

Dal 2004 sono entrate in vigore in Europa leggi nazionali di divieto del fumo. In Italia il fumo è stato bandito dagli spazi indoor nei luoghi di lavoro e nei locali pubblici il 10 gennaio 2005. Circa l'83% degli italiani era favorevole al divieto e tale proporzione è aumentata in seguito all'introduzione della legge.

Numerosi studi sono stati condotti per valutare l'impatto del divieto del fumo. Tramite misurazioni di marcatori di fumo passivo, è stato mostrato che l'esposizione a fumo passivo è diminuita del 70-97% in seguito all'introduzione della legge in Italia. La legge ha mostrato un impatto anche sulle vendite di sigarette che hanno subito un calo annuo del 6.2% nel 2005, di cui il 3.5% è risultato attribuibile all'introduzione del bando. Molti studi sono stati condotti per valutare l'effetto della legge sulla salute, in particolare sull'infarto miocardico acuto. Lo studio più recente ha mostrato una riduzione del 4% di ricoveri per infarto dopo l'introduzione del bando tra le persone con meno di 70 anni di età. L'introduzione del bando è stato dunque un importante traguardo, in particolare nella prevenzione cardiovascolare i cui benefici sono stati quasi immediati e con sforzi limitati da parte della collettività. ■

Parole chiave: Legge antifumo, impatto, fumo passivo, infarto miocardico acuto.

Introduzione

A partire dal 2004 in Europa sono entrate in vigore leggi nazionali di divieto del fumo. L'introduzione delle leggi in Europa ha fatto seguito alla classificazione, fatta dall'Agenzia per la ricerca sul cancro (IARC) nel 2002, del fumo passivo (FP) come cancerogeno certo per l'uomo [1], e all'adozione da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) della Convenzione quadro per il controllo del tabacco (FCTC), il primo trattato mondiale di sanità pubblica per lo sviluppo di una strategia normativa globale per ridurre il tabagismo (maggio 2003) [2].

L'Irlanda è stato il primo paese europeo in cui è entrata in vigore una legge nazionale di divieto del fumo (29 marzo 2004). Successivamente,

nel 2004, la legge è stata istituita da Malta e Norvegia, quindi da Italia (10 gennaio 2005), Svezia (1 giugno 2005), Spagna (1 gennaio 2006) e Scozia (26 marzo 2006). Nel 2007 anche in Lituania, Estonia, Belgio, tutto il Regno Unito, Finlandia, Islanda, Slovenia e Danimarca sono stati introdotti bandi nazionali, nel 2008 in Francia, Germania e Olanda, nel 2009 in Romania, Grecia e Turchia, e infine nel 2010 in Bulgaria e Lettonia [3].

Italia

In Italia la Legge 3/2003, articolo 51, bandisce dal 10 gennaio 2005 il fumo dagli spazi indoor nei luoghi di lavoro e nei locali pubblici [4]. La legge antifumo italiana prevede la possibilità di predisporre stanze riservate ai fuma-

Summary

National smoking bans have come in force in Europe since 2004. In Italy, the smoking ban in enclosed public places came into force on 10th January 2005. About 83% of Italians were in favour of the smoking ban and such proportion was even higher after the law's introduction.

Several studies were carried out with the aim of evaluating the ban's impact. By measuring second-hand smoke markers, a 70-97% decrease in exposure to second-hand smoke was estimated after the introduction of the ban in Italy. The impact of the law was also observed in cigarette sales, resulting in an annual decrease of 6.2% in 2005, 3.5% of which was attributable to the ban's introduction. Several studies were carried out to evaluate the effect of the law on health, especially on acute myocardial infarction. The latest study showed a 4% reduction in hospitalisations for acute myocardial infarction in persons aged less than 70 years after the smoking ban introduction. The smoking ban reached, therefore, important results, especially in cardiovascular prevention, the benefits of which were almost immediate, and with limited efforts from the community. ■

Keywords: Smoking ban, impact, second-hand smoke, acute myocardial infarction.

tori purché di superficie inferiore alla metà della superficie complessiva del locale, provviste di ventilazione forzata, mantenuti in depressione non inferiore a 5 Pascal rispetto alle zone circostanti e dotate di ingresso con porta a chiusura automatica. Da uno studio condotto nel periodo gennaio-aprile 2005 dal Ministero della Salute è risultato che meno del 1% dei bar, ristoranti, pizzerie e pub ha predisposto aree fumatori a causa dei costi elevati necessari per ottemperare ai requisiti tecnici indicati dalla legge [5,6].

Gli italiani sono risultati favorevoli al divieto di fumo nei locali pubblici e, in seguito all'introduzione della legge, la proporzione di favorevoli al divieto è aumentata. Infatti, secondo un'indagine condotta in aprile 2001 da DOXA,

Giuseppe Gorini, Giulia Carreras

ISPO - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze

membro italiano di Gallup International, l'83% degli italiani era a favore di un bando del fumo nei locali pubblici [7]. Due studi analoghi condotti sempre da DOXA dopo l'introduzione della legge (marzo-aprile 2005, 2006) hanno mostrato un aumento dei favorevoli al divieto fino al 94% [8,9].

Valutazione di impatto

L'impatto del divieto del fumo può essere valutato in vari termini quali la diminuzione dell'esposizione a FP, della prevalenza di fumo, la stima degli effetti sulla salute e sulle vendite di sigarette. L'esposizione a FP è notevolmente diminuita in seguito all'introduzione della legge in Italia. Infatti, misurazioni di marcatori di FP, quali la concentrazione di nicotina ambientale e di particolato atmosferico, effettuate in locali di diverse città italiane prima e dopo l'introduzione della legge hanno registrato una diminuzione di FP tra il 70% ed il 97% [10-14]. Anche l'esposizione a FP in casa è diminuita [15]. La prevalenza di fumo nel 2004-2008 è calata dell'1.5-3.0% annuo nei maschi

e dell'1.3-5.0% nelle donne. Questo calo è in parte attribuibile al bando del fumo. È stato stimato, ad esempio, che il 15% dei proprietari di locali che erano fumatori hanno smesso di fumare dopo il divieto ed il 61% ha diminuito il numero di sigarette fumate [3]. L'introduzione della legge ha avuto un impatto anche sulle vendite delle sigarette: dal 2004 al 2009, è stato osservato un calo nelle vendite di sigarette intorno al 2% annuo (da 98.9 a 89.1 milioni di chili). Nel solo 2005 il calo annuo è stato del 6.2% e il 3.5% di questo calo è attribuibile all'introduzione della legge [16]. Uno dei principali contributi italiani allo studio dell'impatto del divieto è stato la valutazione degli effetti a breve termine sulla salute, in particolare valutando l'incidenza dell'infarto miocardico acuto (IMA) prima e dopo l'introduzione del bando [17-22]. Lo studio più recente, analizzando i ricoveri per IMA in Italia da gennaio 2002 a novembre 2006, ha evidenziato una riduzione del 4% dopo l'introduzione del bando tra le persone con meno di 70 anni di età [22]. Infine sono stati

sviluppati modelli per predire la riduzione di IMA in seguito all'introduzione di un bando, data la prevalenza dei fumatori e le ore di esposizione a FP prima e dopo la legge: ad esempio, una riduzione del 5% di IMA è prevedibile per una riduzione di esposizione a FP del 50% [23].

Conclusioni

L'introduzione del bando del fumo si è mostrato essere un importante traguardo nella prevenzione cardiovascolare, dato l'effetto di riduzione di IMA. Tale effetto può essere paragonato a quello di altri interventi di prevenzione cardiovascolare, quali l'introduzione delle statine e della terapia anti-ipertensiva che hanno prodotto in Italia una riduzione della mortalità coronarica acuta rispettivamente del 3% e del 2% [24]. In più, i benefici derivanti dall'introduzione della legge sono stati quasi immediati e con sforzi limitati da parte della collettività. ■

Disclosure: L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization - International Agency For Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, Lyon, 2004.
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>)
3. Smokefree Partnership (<http://www.smokefreepartnership.eu/Smokefree-legislation-in-the-EU>)
4. Legge n.3/2003, articolo 51 (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/tabagismo/legge_3_2003.pdf)
5. Gorini G, Chellini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of the studies conducted in Italy to evaluate the impact of the Smoking Ban. *Ann Oncol* 2007; 18: 1620-22.
6. Ministry of Health, Center for Disease Control. Il rapporto sull'impatto della legge 16 gennaio 2003, n.3 art.51 'Tutela della salute dei non fumatori'. <http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/255/conferenza-Fumo.pdf> (31 Maggio, 2011, ultimo accesso)
7. La Vecchia C, Garattini S, Colombo P et al. Attitudes towards smoking regulation in Italy. *Lancet* 2001; 358: 245.
8. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol* 2006; 17(2): 346-347.
9. Rossi S, Mortali C, Mazzola M et al. Il fumo in Italia. Proceedings of the 8th National Congress on Tobacco and National Health System. Rome: National

Institute of Health 2006. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/1l%20fumo%20in%20Italia.1153394871.pdf> (1 March, 2007, date last accessed).

10. Gorini G, Gasparrini A, Fondelli MC et al. Environmental tobacco smoke (ETS) exposure in Florence hospitality venues before and after the smoking ban in Italy. *J Occup Environ Med* 2005; 47: 1208-10.
11. Ruprecht A, Boffi R, Mazza R, Rossetti E, De Marco C, Invernizzi G. A comparison between indoor air quality before and after the implementation of the smoking ban in public places in Italy. *Epidemiol Prev* 2006; 30: 334-37.
12. Tominz R, Murolo G, Montana G et al. Exposure to passive smoking in local health units of northern Italy before and after the enforcement of the smoking ban. *Epidemiol Prev* 2006; 30: 338-42.
13. Valente P, Forastiere F, Bacosi A et al. Exposure to fine and ultrafine particles from second-hand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005.
14. Gorini G, Moshammer H, Sbrigiò L et al.; Italy & Austria Before and After Study Working Group. Italy and Austria before and after study: second-hand smoke exposure in hospitality premises before and after 2 years from the introduction of the Italian smoking ban. *Indoor Air* 2008; 18(4): 328-34.
15. Eurobarometer. Survey on Tobacco, Analytical Report, 2008 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf)
16. Gorini G. Decrease in cigarette sales in Italy after the introduction of the smoking ban in 2005. *Epidemiol Prev* 2008; 32: 58-60.
17. Gorini G, Lòpez MJ, Barone-Adesi F, Fernandez E. The epidemics of smoking bans in Europe: contributions of Italy and Spain. *Epidemiol Prev* 2010; 34:47-51.
18. Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F et al. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006; 27: 2468-72.
19. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N et al. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008; 117: 1183-88.
20. Vasselli S, Papini P, Galone D et al. Reduction incidence of myocardial infarction associated with a national legislative ban on smoking. *Minerva Cardioangiol* 2008; 56: 197-203.
21. Gasparrini A, Gorini G, Barchielli A. On the relationship between smoking bans and incidence of acute myocardial infarction. *Eur J Epidemiol* 2009; 24: 597-602.
22. Barone-Adesi F, Gasparrini A, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute coronary events: a country-wide study. *PLoS One* 2011; 6:e17419.
23. Richiardi L, Vizzini L, Merletti F et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: the effect of decreased exposure to passive smoking. *Prev Med* 2009; 48: 167-72.
24. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health* 2010; 100: 684-92.