

**REGIONE VENETO - CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE EPIDEMIOLOGIA DEL TABAGISMO IN ITALIA, di Elizabeth Tamang, Direttore Centro Regionale di Riferimento per la Prevenzione (CRP) Azienda ULSS12 Veneziana, Rio Tre Ponti, Dorsoduro 3494/A I-30123 Venezia.**

## 1. Epidemiologia

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Quasi 5 milioni di persone vengono uccise ogni anno nel mondo da malattie fumo-correlate. Nel 20esimo secolo si stima che sono morte cento milioni di persone a causa del tabacco. Se non venissero utilizzate misure efficaci per prevenire l'abitudine al fumo nei giovani e per aiutare i fumatori a smettere, il fumo ucciderebbe 1 miliardo di persone nel 21esimo secolo (Rossi et al., 2006).

L'epidemia del tabacco è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea". In media, i fumatori a vita hanno il 50% di probabilità di morire per una malattia correlata al tabacco e metà di questi decessi si verificano durante la mezza età (45-54 anni). Nessuna altra sostanza legale è così pericolosa o così potente come sostanza capace di creare dipendenza. Eppure le morti e le malattie fumo-correlate sono interamente prevedibili e prevenibili, si conosce, infatti, esattamente cosa provoca l'uso di tabacco, come e quanto uccide, cosa danneggia e come fare per evitare tutto ciò.

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie. La principale e la più temuta è data dal carcinoma polmonare: provoca circa 30mila morti l'anno. "Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi. Nel corso degli ultimi vent'anni in Italia si è registrata una diminuzione, sia per incidenza che per mortalità, ma solo per gli uomini. Un trend opposto si osserva infatti per le donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani). Nel dettaglio la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6%, mentre quella femminile è aumentata dell'1%. Infatti, nel 2005 sono morte più donne per tumore alla mammella (8.505 decessi) che per tumore al polmone (5.523 decessi). Ma la mortalità per carcinoma polmonare ha superato abbondantemente quella per tumore allo stomaco (3.070 decessi), divenendo la terza causa di morte nell'ambito delle patologie tumorali, dopo mammella e colon-retto. I dati epidemiologici indicano la necessità di formulare azioni di informazione e sensibilizzazione sui danni da fumo di sigaretta, centrate e mirate in modo specifico sulle donne" (Taranto M., comunicato stampa 11/07, ISS).

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale, anche se i dati del 2008 confermano quanto osservato dall'analisi del trend storico degli anni precedenti, secondo cui negli ultimi 50 anni si assiste ad una costante diminuzione dei fumatori. L'indagine DOXA del 2008 registra una riduzione complessiva di 1,5 punti percentuali rispetto all'anno precedente nella prevalenza passata dal 23,5% al 22% delle persone dai 15 anni in su (pari a 11,2 milioni di persone). La diminuzione è della stessa entità sia per gli uomini che per le donne. Gli uomini fumato-

ri sono passati dal 27,9% del 2007 al 26,4% del 2008 mentre le fumatrici sono scese dal 19,3% del 2007 al 17,9% del 2008 (Doxa, 2008). Le classi di età in cui si registrano percentuali più elevate di fumatori sono quelle dei 25-44 anni e dei 45-64 anni, rispettivamente con una prevalenza del 26,4% e del 25,9%, mentre tra gli ultrasessantacinquenni la quota di fumatori è sensibilmente inferiore: 7,8%.

La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia del sud e nelle isole (25,2%), seguono in ordine decrescente il centro Italia (22,9%), e il nord (19,1%). Le differenze di genere nell'abitudine al fumo risultano molto marcate nell'Italia Meridionale dove, a fronte di una quota elevata di fumatori tra gli uomini (28,9%), si osserva la più bassa percentuale di fumatrici tra le donne (12,7%)<sup>11</sup>.

In Veneto fuma il 19,5% della popolazione, un dato che posiziona la Regione al di sotto della media nazionale (Il Fumo in Italia, Doxa 2008, OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità).

Il numero medio di sigarette fumate al giorno oscilla intorno alle 15 sigarette al giorno, per quasi la metà dei fumatori (48,2%).

L'Indagine multiscopo dell'ISTAT (2007) riporta il dato che riguarda il rapporto dei fumatori e il livello di istruzione, che si differenzia secondo il genere e le fasce d'età: negli uomini la quota dei fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio conseguito (laureati=21,9% e diploma media inferiore=31,7%). Mentre nelle donne più è alto il livello di istruzione più si innalza anche la percentuale delle fumatrici (laureate=14,3% e diploma media inferiore=4,3%).

### Giovani e fumo

La stessa Indagine Multiscopo (ISTAT, 2007), evidenzia che adolescenti e giovani iniziano a fumare più precocemente di cinque anni fa. Infatti, il 7,8% dei giovani di 14-24 anni ha iniziato a fumare prima dei 14 anni. Nel Nord-est raddoppia la quota di giovani che iniziano a fumare prima dei 14 anni (dal 4,1% all'8,9%) mentre, in misura molto più contenuta, nel Nord Ovest e nell'Italia centrale cresce la quota di giovani di 18-24 anni che iniziano a fumare tra i 14 e i 17 anni, rispettivamente del 18,2% passando dal 56,0% al 66,2% e del 18% passando dal 56,7% al 66,9%.

In Veneto sappiamo che la prima sigaretta viene accesa intorno ai 12 anni e mezzo (HBSC - Health Behavior School Children; 2002). Rispetto al 1999-2000 la quota di quanti iniziano a fumare prima dei quattordici anni aumenta solo per i maschi, tra i quali si passa dal 5% all'8%, con un incremento del 60%.

Nella fascia d'età che va dai 14 ai 24 anni i dati ISTAT mettono in evidenza le seguenti percentuali: si dichiarano fumatori il 23,9% degli uomini contro il 15,2% delle donne; fumatori abituali il 20,2% degli uomini contro il 12,4% delle donne; fumatori forti il 24,2% degli uomini contro il 14,4% delle donne.

### Smettere di fumare

Nell'ultima indagine DOXA (2008) gli ex fumatori, cioè le persone che hanno provato a smettere e ci sono riuscite, sono aumentate rispetto all'anno precedente passando dal 17,5% al 18,4%. Nell'ultimo anno hanno smesso di fumare più di 560.000 fumatori.

I motivi principali che hanno convinto i fumatori a smettere sono strettamente legati alla sfera sanitaria, infatti il 38,5% ha smesso per reali problemi di salute ed il 40% per una maggiore consapevolezza dei danni che il fumo provoca. Il messaggio che il fumo reca dei danni alla salute sembra che stia penetrando nella coscienza delle persone e proprio da questo segnale nasce l'input per continuare a contrastare il consumo di tabacco.

Rispetto agli anni precedenti si nota come stia aumentando la consapevolezza dei danni da fumo passando dal 28,2% del 2006 al 30,7% del 2007 e al 40% del 2008.

Questo aspetto sembra di particolare interesse poiché **riflette l'attività di prevenzione e informazione che tutte le Istituzioni interessate svolgono nel contrastare il fenomeno del tabagismo**, cosicché le persone, sempre in maggior misura, smettono prima che insorga un problema di salute.

Le strade seguite dalle persone per riuscire a smettere di fumare sono, per la maggior parte l'autodeterminazione (93,4%); con l'aiuto del medico (2,7%); ricorrendo a terapie non convenzionali (0,9%); con l'assunzione di farmaci (0,8%); partecipando a gruppi di auto-aiuto (0,5%) o con altro metodo (1,9%). Il ricorso al medico è maggiore tra gli ex-fumatori già affetti da malattie dell'apparato respiratorio o cardio-vascolare (5,8% contro il 2,3% tra chi non ha riferito queste patologie). Le donne più spesso smettono di fumare autonomamente quando hanno condizioni patologiche a rischio (92,8% contro 89,8%) (ISTAT, 2007).

Inoltre, dal rapporto ISTAT si riscontra che negli ultimi anni le donne che hanno avuto un figlio sono più sensibili al problema del fumo. Infatti, diminuisce la quota di quante fumano in gravidanza: dal 9,2% nel 1999-2000 si passa al 6,5% nel 2005. Si incrementa quindi la quota di donne fumatrici che sospendono di fumare durante la gravidanza (dal 63,4% al 70,7%) e tra queste ultime quasi un terzo smette definitivamente (ISTAT, 2007).

Sebbene il comportamento delle donne in gravidanza appaia più responsabile, resta comunque un obiettivo prioritario di salute pubblica promuovere la sospensione del fumo durante il percorso della maternità, come evidenziato nell'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e nel Programma ministeriale "Guadagnare Salute".

## 2. La Legge ha funzionato? Sono diminuiti i fumatori?

A partire dal 2005, l'Italia ha adottato una seria politica sanitaria orientata ad abbassare l'incidenza e la prevalenza dei fumatori e delle patologie correlate al fumo, anche grazie all'applicazione della Legge 3/2003 di protezione dei non fumatori dal fumo passivo.

Per monitorare la promozione dell'applicazione della Legge 3/2003, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha affidato alla Regione del Veneto due progetti, a carattere nazionale, il "Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003" concluso a gennaio 2008, e il "Programma di prevenzione del tabagismo e di sostegno alla legge 3/2003 nelle regioni Italiane" attualmente in corso. Il primo Programma ha visto il personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Regioni italiane, che hanno ad esso aderito, impegnato nel monitoraggio della legge sia in uffici comunali che in ambienti di lavoro privati tra la fine del 2006 e l'inizio del 2007. Per il monitoraggio negli uffici comunali sono state coinvolte 9 Regioni per un totale di 13 Dipartimenti di Prevenzione e ispezionati 2.431 uffici, mentre allo studio nelle ditte private hanno partecipato 10 tra Regioni e Province Autonome con il coinvolgimento di 33 Dipartimenti di Prevenzione e 863 aziende e imprese produttive visionate. Nello specifico, i risultati emersi sono: nel 70% degli **uffici comunali** sono stati trovati affissi i cartelli regolamentari di divieto di fumo, nel 98% non sono state trovate persone fumare e nel 95% degli uffici monitorati non vi era odore di fumo. Mentre nelle **ditte private**, il quadro che emerge è il seguente: solo nel 50% dei locali visitati sono affissi i cartelli regolamentari di divieto di fumo, nel 95% non sono state trovate persone fumare e nell'89% dei locali monitorati non è stato rilevato odore di fumo.

Oltre a questi monitoraggi, nel 2006 nell'ambito del "Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003" e grazie alla collaborazione con il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - CSPO (Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica) della Regione Toscana, è stato condotto un progetto di ricerca "Italy before and after study -1" con lo scopo di confrontare la situazione prima e dopo due anni l'entrata in vigore della legge 3/2003, attraverso la misurazione della concentrazione di nicotina in ambienti di ristorazione in Italia (paese di intervento) e in Austria (paese di controllo). I risultati hanno confermato che il livello di concentrazione di nicotina è diminuito notevolmente in Italia dopo due anni dall'entrata in vigore della legge, rispetto a quello misurato nei locali di ristoro austriaci, che rimaneva pressoché costante.

Dai dati provvisori del 2007 ottenuti, inoltre, grazie al Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), per quanto riguarda il rispetto della legge anti-fumo, emerge che circa il 90% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare venga rispettato sempre o quasi sempre, sia sul lavoro che nei locali pubblici. Il dato sembra confermato dai risultati delle oltre 2800 ispezioni effettuate dai Nas, su mandato del Ministero della Salute in luoghi di lavoro, scuole, università, treni e locali pubblici, che hanno riscontrato soltanto 189 infrazioni al divieto di fumo (6,7% dei controlli).

Possiamo concludere, quindi, che la legge di protezione dal fumo passivo funziona e che, come dicevamo sopra, i dati DOXA confermano una **costante diminuzione dei fumatori**. Oltre alla riduzione della prevalenza dei fumatori, un altro risultato importante è stato il calo medio annuale dell'1,6% delle vendite di prodotti del tabacco.

Nel settembre 2007 l'Italia ha ottenuto anche il riconoscimento della Global Smoke-free partnership per "l'ottimo lavoro di preparazione, applicazione e monitoraggio della normativa sul divieto di fumo quale politica efficace per la tutela dei non fumatori e la promozione della salute pubblica".

### **3. Cosa si dovrebbe fare di più per sradicare questa forma di dipendenza o quanto meno per ridurre la prevalenza e l'incidenza di fumatori in particolare giovani?**

Trattandosi di un fenomeno globale, il tabagismo va affrontato con risposte complesse e plurisetoriali che si sviluppano sinergicamente su più fronti.

L'OMS ha pubblicato il rapporto 2008 sugli sforzi per il controllo del tabacco a livello globale. Il rapporto raccomanda ai governi un approccio per prevenire milioni di morti che potrebbero essere causati entro la metà del secolo da quella che l'Oms stessa ha definito "epidemia di tabacco". L'approccio proposto, che consiste in un pacchetto di sei misure, porta il nome di MPOWER, dall'acronimo inglese delle sei strategie di azione: **M**onitor tobacco use and prevention policies (monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione), **P**rotect people from tobacco smoke (protezione della popolazione dal fumo), **O**ffer help to quit tobacco use (aiuti per smettere di fumare), **W**arn about the dangers of tobacco (avvertenze sui pericoli del tabacco), **E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco), **R**aise taxes on tobacco (aumento delle tasse sul tabacco). L'OMS definisce tali strategie alla portata di tutti i Paesi, ricchi e poveri, facilmente attuabili e che nel loro insieme offrono la migliore opportunità contro l'epidemia di tabacco.

Nell'ottica di una politica di contrasto al fumo di tabacco e di prevenzione del tabagismo, l'Italia ha ratificato da qualche mese la Convenzione Quadro per il controllo del tabacco

(OMS) che fornisce linee guida globali ai Paesi che vi aderiscono per poter affrontare le questioni inerenti il tabacco. Gli Stati che hanno ratificato la Convenzione devono adottare provvedimenti in diversi ambiti: dalla lotta al fumo passivo al contrabbando, dalle restrizioni a pubblicità e sponsorizzazioni alla presenza sui pacchetti di avvertenze sui rischi per la salute. L'obiettivo della Convenzione è proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo, fissando un quadro di misure per la lotta contro il tabagismo applicabili dalle parti interessate a livello regionale, nazionale e internazionale".

Le linee direttive della Convenzione prevedono:

- l'informazione sulle conseguenze per la salute derivanti dall'esposizione attiva e passiva al fumo di tabacco
- un impegno politico per elaborare e sostenere misure plurisetoriali di contrasto all'uso del tabacco e di tutela all'esposizione passiva
- favorire la riconversione economica dei coltivatori di tabacco e dei lavoratori coinvolti nella produzione di prodotti derivati
- la partecipazione della società civile

L'Italia, inoltre, continuando concretamente sul fronte del contrasto al tabagismo, ha adottato il Programma interministeriale "Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari" che punta al coordinamento fra diversi livelli istituzionali e alla programmazione condivisa per agire sui principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) responsabili del maggior numero di morti e malattie croniche.

Tra le varie iniziative, la lotta contro il fumo prevede delle strategie specifiche di intervento, in particolare per proteggere dal fumo passivo, prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, aiutare i fumatori a smettere. Il Piano punta sull'intersectorialità, ossia sul coinvolgimento attivo di Amministrazioni centrali, regionali, locali (oltre che del settore sanitario, della scuola, del privato sociale e delle diverse filiere produttive) per modificare gli stili di vita, non solo con interventi sugli individui, ma con politiche coordinate tra responsabilità diverse che favoriscano nelle persone le scelte di vita salutari. Al riguardo, è di interesse rispetto al coinvolgimento del mondo giovanile, il Protocollo d'Intesa siglato nel 2007 tra il Ministero della Pubblica Istruzione e l'allora Ministero della Salute con il quale si sono impegnati a realizzare un programma di interventi, che impegna il sistema scolastico ed il sistema sanitario, nella promozione di stili di vita sani.

A sostegno del programma Guadagnare Salute, il CCM promuove la "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo". Nell'ambito di tale strategia è nato il "Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003" affidato alla Regione del Veneto. Tale Programma oltre all'obiettivo di monitorare l'applicazione della legge, come abbiamo detto sopra, ha voluto affiancare, agli aspetti applicativi della norma, iniziative di prevenzione al tabagismo e promozione della salute ed implementare programmi di prevenzione efficaci o basati su evidenze di buona pratica rivolti alle nuove generazioni in ambito scolastico. Sono stati raccolti 221 progetti provenienti da 9 regioni e di questi, dopo opportuna analisi e valutazione sulla base di specifici criteri, ne sono stati individuati quattro quali buone pratiche facilmente riproducibili sul territorio nazionale, rivolti a scuole di ogni ordine e grado, che sono:

- "Alla conquista del pass per la città del sole, una città senza fumo" rivolto alla scuola dell'infanzia (Regione Lombardia - Associazione Brianza per il cuore Onlus);
- "Club dei vincenti. Un piano speciale contro il fumo" per la scuola primaria (Regione Lombardia);

- "Liberi di scegliere" per la scuola secondaria di I grado (Istituto Oncologico Romagnolo-  
IOR, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Reggio Emilia, Regione Emilia-Romagna);
- "Smoke Free Class Competition" per gli ultimi anni della scuola secondaria di I grado  
ed il biennio della scuola secondaria di II grado (Fondazione Zancan Onlus - Regione del  
Veneto). Attualmente si sta provvedendo alla disseminazione dei suddetti progetti attraverso  
il "Programma di prevenzione del tabagismo e di sostegno alla legge 3/2003 nelle Regioni  
italiane" che prevede, inoltre, il monitoraggio della legge in esercizi pubblici e servizi sani-  
tari e una verifica quantitativa attraverso la misurazione del particolato sottile. Nello svilup-  
po di tale linea di intervento è importante l'integrazione con i Programmi di formazione e di  
sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo affidati dal CCM alla Regione Emilia-  
Romagna per una migliore sinergia e coordinamento.

Riguardo l'importanza di agire su più fronti, di nuovo nell'ottica di proteggere i figli dal fumo passivo e, nel contempo, sostenere i genitori nella disassuefazione, ricordiamo i programmi:

- "Mamme libere dal fumo", Programma nazionale di counselling ostetrico antitabagico coordinato a livello nazionale dalla Regione del Veneto e con la collaborazione di FNCO - Federazione Nazionale Ostetriche e la LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, opportunamente formato per il sostegno motivazionale alla disassuefazione, ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

- La campagna di comunicazione sociale "Genitori più", promossa dal Ministero della Salute, coordinato a livello nazionale dalla Regione del Veneto con il contributo della Federazione Italiana dei Medici Pediatri e l'Unicef. Il messaggio che si vuole promuovere è quello di essere genitori, veri protagonisti della salute dei propri figli, iniziando dal mettere in pratica "sette semplici azioni" che aiutano a prevenire malattie, malformazioni, traumi, incidenti, obesità, infezioni, difficoltà cognitive e relazionali. Tra queste azioni, la seconda enunciata è: "Astensione dal fumo".

Infine, ci sembra interessante qui riportare anche le opinioni dei fumatori su quali siano secondo loro le misure preventive che lo Stato potrebbe attuare per ridurre il fenomeno del fumo, aiutando così i fumatori a smettere (Indagine Doxa, 2008). Tra le possibili misure anti-fumo, l'80,6% del campione ritiene che l'accesso gratuito ai centri di disassuefazione sia la migliore, il 77,3% desidererebbe rendere gratuiti i farmaci per smettere di fumare, il 78,8% degli italiani pensa che una misura preventiva efficace sia non permettere la vendita delle sigarette ai minorenni, il 74,3% pensa che sia utile estendere i divieti di fumo ed il 68,6% ritiene efficace l'aumento dei prezzi delle sigarette.

#### **4. Quali strutture ad oggi sono esistenti in Italia cui rivolgersi per chiedere aiuto per smettere di fumare?**

In ogni Regione italiana esistono dei Centri/Ambulatori Antifumo presso i quali possono rivolgersi i fumatori che desiderano smettere di fumare.

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, sin dal 2000 porta avanti un lavoro periodico di censimento delle strutture, in collaborazione con il Ministero della Salute e il Gruppo tecnico sul tabagismo delle Regioni e Province autonome, e mette a disposizione le informazioni raccolte attraverso la costituzione di un elenco di Servizi per la Cessazione dal Fumo di Tabacco attivi presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale

(SSN) e della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Tale lista è consultabile online sul sito dell'OssFAD ([www.iss.it/ofad](http://www.iss.it/ofad)) e del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)). Lo scopo è quello di facilitare l'accesso alle strutture da parte degli utenti, agevolando e riducendo i tempi d'incontro tra domanda e offerta.

Nel 2007 i centri censiti sono stati 362 di cui 267 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e 95 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Più della metà dei Centri Antifumo è collocata nel nord Italia 55,7% mentre la restante parte è equamente distribuita tra Italia centrale per il 22,3% e meridionale per il 22%.

Se si confrontano i dati del 2007 con quelli del 2001 si osserva come sia notevolmente cambiata la situazione rispetto a sei anni fa. Infatti, in totale si è avuto un incremento nel numero dei centri antifumo pari al 56,1% a conferma che in questi anni tutte le Regioni e in generale le Istituzioni hanno collaborato e lavorato affinché si sviluppasse ulteriormente sul proprio territorio una rete di supporto e di aiuto per coloro che vogliono intraprendere un percorso per smettere di fumare.

È attivo, inoltre, il numero verde 800554088, offerto dal Ministero della Salute per chi vuole informazioni per smettere di fumare.

## **5. Esiste una rete organizzativa centralizzata o tali strutture ove esistenti dipendono dai Governi Regionali?**

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM per sua natura operativamente è un network di competenze, strutture e capacità già esistenti nel nostro Paese e ha tra i propri compiti quello di promuovere la riduzione dei danni da fumo. Esso dà sviluppo alla "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo" che sottolinea costantemente la necessità di un approccio globale al problema e di cooperazione e coordinamento tra tutte le istituzioni, amministrazioni ed enti coinvolti.

Il CCM, per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla "Strategia sul fumo", si avvale della collaborazione delle Regioni.

La Regione Emilia-Romagna, in particolare, ha portato a termine un "Piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto a pianificatori regionali ed operatori pubblici e del privato sociale", con l'obiettivo di fornire ai formatori locali di ciascuna Regione o Provincia autonoma conoscenze e competenze operative utili per la programmazione, attuazione e valutazione di interventi specifici nell'ambito della lotta al tabagismo. Uno dei risultati più importanti di tale Programma è stato proprio la costruzione di una vera e propria rete di operatori, pianificatori e formatori per ogni Regione, per individuare insieme le pratiche e gli strumenti di lavoro più efficaci.

Attualmente l'Emilia-Romagna sta proseguendo con:

- il Programma "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale" che intende sostenere la rete di pianificatori regionali nello sviluppo a livello locale delle strategie di azione atte a prevenire l'iniziazione al fumo, a proteggere i non fumatori dal fumo passivo ed a sostenere la disassuefazione;
- il "Piano nazionale di formazione sul Tabagismo rivolto a pianificatori regionali e operatori della scuola" che ha l'importante finalità di creare una integrazione e programmazione condivisa tra il sistema sanitario e quello scolastico sul fronte della prevenzione del tabagismo.

In Italia, inoltre, esiste la Consulta Italiana sul Tabagismo che nasce da una duplice esigenza: mettere a confronto, in un'ottica multidisciplinare, le esperienze di una pluralità di

Enti e Istituzioni impegnate in vario modo sul fronte del contrasto al tabagismo e costruire alleanze operative per intervenire con maggior peso ed efficacia sul versante della sensibilizzazione della società civile e nei confronti dei Decisori ed Amministratori della Sanità pubblica.

La Consulta intende essere uno strumento nazionale di coordinamento e di raccordo culturale - operativo tra Enti e Soggetti Pubblici o Privati, interessati a realizzare, interventi comuni e di provata efficacia per la prevenzione ed il controllo del tabagismo. La Regione Emilia-Romagna offre supporto tecnico e organizzativo alla Consulta.

Altro organo importante di coordinamento a livello nazionale in materia di tabagismo è il Tavolo interregionale Tabagismo, con capofila l'Emilia-Romagna, che fa capo alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.