



FATTI E CIFRE SUL FUMO DI
TABACCO
PIEMONTE - 2005

prevalenza di fumatori e effetti
sulla salute

anno 2005

a cura di Fabrizio Faggiano per la Commissione del
Piano Regionale Anti-Tabacco

FATTI E CIFRE SUL FUMO DI TABACCO è elaborato dalla Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco nell'ambito delle sue attività di sorveglianza e valutazione.

La Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco è così formata:

- Fabio Beatrice, ASL 4 – Torino
- Mario Carzana, Regione Piemonte
- Elena Coffano, Dors – Piemonte
- Luigi Corbetta – Medico di Medicina Generale
- Fabrizio Faggiano, OED - Piemonte e Università del Piemonte Orientale
- Livia Giordano, CPO Piemonte
- Luciana Lazzarino, rete HPH
- Lucia Occhionero, rete HPH
- Nereo Segnan, CPO - Piemonte
- Carlo Senore, CPO Piemonte
- Silvia Venutti, Regione Piemonte
- Elisabetta Versino, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Torino

Per contatti, richieste, commenti, rivolgersi alla segreteria della commissione :

- Elena Barbera
- tel 011/40188502
- fax 011/40188501
- e-mail: elena.barbera@dors.it

Centro Stampa Regione Piemonte – Maggio 2005

Si ringraziano Alessandro Migliardi per la collaborazione nell'elaborazione dei dati, Samuela Bighiani e Daniele Bonvini per la collaborazione nella progettazione e nell'impostazione grafica, Alessandra Casano per la copertina, il Gruppo Tecnico Antitabacco del CPO per i dati relativi agli interventi.

Premessa.....	V
Materiali, metodi e glossario	VII
1. Prevalenza di fumatori	1
1.1 Tendenze temporali della prevalenza di fumatori.....	2
1.2 Tendenze temporali della prevalenza di fumatori per classe di età.....	5
1.3 Prevalenza di fumatori per provincia	8
2. Ricoveri per cause correlate al fumo di tabacco	9
2.1 Ricoveri attribuibili al fumo di tabacco.....	11
2.2 Ricoveri attribuibili per cause fumo correlate	12
3. Decessi per cause correlate al fumo di tabacco	15
3.1 Decessi attribuibili al fumo	17
3.2 Decessi attribuibili alle cause fumo-correlate.....	18
3.3 Decessi attribuibili alle cause fumo-correlate	20
4. Interventi di contrasto al fumo di tabacco.....	23
4.1 Le attività di contrasto del fumo di tabacco in Piemonte	25
4.2 Le attività di prevenzione del fumo organizzate dalle Asl nelle scuole piemontesi	25
4.3 I Centri Anti-Fumo pubblici.....	27

Premessa

L'attenzione che da tempo la Regione riserva alla lotta contro il tabagismo compie un ulteriore passo avanti con la pubblicazione del bollettino annuale "Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte. 2005".

Gli interventi regionali di contrasto al fumo, previsti nell'ambito del programma pluriennale della Giunta Regionale denominato *Promozione Salute Piemonte*, si sono negli anni sviluppati, anche in collegamento con le attività di prevenzione, in più campi, utilizzando differenti strategie di azione: dalla comunicazione sociale per la salute, agli interventi di formazione per operatori sanitari, Medici di Medicina Generale in particolare, fino agli interventi finalizzati a sollecitare l'attenzione di destinatari specifici che hanno trovato, nella scuola e nella comunità, ambiti efficaci di svolgimento.

Una particolare attenzione è stata dedicata a costituire alcune condizioni di minima, anche economiche, per il funzionamento dei Centri Antifumo pubblici gestiti dalle Aziende Sanitarie.

Dall'ottobre 2004 è poi operativo in Regione Piemonte il *Piano Regionale Antitabacco* (PRAT) redatto dalla Commissione Regionale incaricata di proporre alla Giunta i programmi e le azioni ritenute più efficaci per la lotta contro il fumo. Anche in tal caso, infatti, l'esplicito impegno regionale verso la promozione della salute si accompagna ad una visione strategica, che considera prioritaria un'attenta allocazione delle risorse verso obiettivi di salute, identificati con precisione e perseguiti mediante metodi e azioni di provata efficacia scientifica.

Il caso della lotta al fumo non sfugge a questo approccio "basato sulle prove di efficacia": il Piano Regionale Antitabacco anche in considerazione delle decisive novità legislative introdotte nel nostro paese e delle tendenze, relative al fenomeno, osservate negli anni, suggerisce una serie di azioni valutate come prioritarie. Peraltro, al rigore scientifico della proposta si accompagna, nel PRAT, anche la consapevolezza di dover creare nella comunità regionale la premessa politica e di lavoro in rete per la condivisione della strategia antitabacco.

L'istituzione della Consulta Regionale "Piemonte Libero dal fumo", insediata nella nostra regione in occasione degli eventi previsti per la Giornata Mondiale contro il tabacco, costituisce in questo senso, anche per il collegamento con il volontariato che gli organismi che ne faranno parte hanno nel passato assicurato, l'ambito privilegiato di discussione, proposta e verifica, anche a livello del territorio, delle politiche contro il fumo.

Il futuro prossimo della lotta contro il tabagismo vedrà impegnata la nostra regione su versanti decisivi per il successo dell'azione: tra questi vale la pena di citare la proposta di linee guida per la trasformazione degli ambienti di lavoro, pubblici e privati, in "organizzazioni libere dal fumo" e la redazione di raccomandazioni per la qualità dell'azione dei Centri Antifumo pubblici e privati.

Alla luce di tutto ciò risulta evidente il valore di iniziative che, come questo bollettino, hanno lo scopo di mettere in condizione i decisori politici e gli amministratori tutti di agire correttamente per la salute dei cittadini. A tutti coloro che hanno partecipato alla stesura di questo documento va perciò il mio ringraziamento.

Mario VALPREDÀ

Assessore alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte

Materiali, metodi e glossario

Prevalenza di fumatori

Per stimare le prevalenze di fumatori, sono state utilizzate le indagini campionarie *Condizioni di salute ricorso ai servizi sanitari* che l'ISTAT ha svolto durante gli anni 1980, 1983, 1987, 1990, 1994 e 2000. Inoltre, limitatamente al Piemonte, con l'obiettivo di presentare una misura di prevalenza più recente, è stata utilizzata l'indagine *Multiscopo* ISTAT 2002. Tutte queste indagini hanno caratteristiche di disegno e di raccolta dati comuni: si tratta di studi con un campionamento stratificato su base territoriale, hanno come unità campionaria la famiglia, all'interno della quale vengono effettuate misure a livello individuale, e sono omogenee per quanto riguarda le domande sul fumo di tabacco. Per dettagli cfr www.istat.it.

Il modello del campionamento stratificato utilizzato dall'ISTAT comporta che i singoli soggetti inclusi nella ricerca abbiano un peso campionario diverso. Per calcolare la frequenza di fumatori, sono state quindi calcolate delle prevalenze aggiustate per il peso campionario (Faggiano 2001). Per permettere un confronto valido attraverso gli anni, le prevalenze sono state poi standardizzate sulla popolazione europea (Waterhouse 1976)

Sono stati calcolati intervalli di confidenza al 95% utilizzando il numero di soggetti realmente incluso nella ricerca (n campionario non pesato).

I dati relativi al 2000 (Indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* 2000), sono gli unici in cui la numerosità campionaria ha consentito di scendere sotto il livello regionale.

Mortalità attribuibile al fumo di tabacco

La mortalità attribuibile è un stima della proporzione di decessi dovuta al fumo di tabacco, cioè che non sarebbero avvenuti in assenza di esposizione a questo fattore. Per la sua stima sono necessari i rischi relativi di decesso per le cause interessate, le prevalenze di fumatori e i dati di mortalità per causa della popolazione in studio. I dati ISTAT di mortalità 1995-2001 costituiscono la base per queste elaborazioni.

Per calcolare questa misura si è fatto riferimento ad una metanalisi degli studi sul rischio del fumo di tabacco elaborata da Single (Single 2000). Da questa si sono ricavati i rischi relativi sintetici riportati nella tabella 1. Si è poi fatto uso delle prevalenze di consumo di tabacco delle indagini ISTAT utilizzate in questa pubblicazione, assegnando però un ritardo di 15 anni per considerare la latenza nell'effetto del fumo (Doll 2004). In particolare per gli anni 1995 e 1996 si è proiettata l'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* 1980, per il 1997, 1998, 1999 quella del 1983, per il 2000 e 2001 quella del 1987.

Sono stati quindi calcolati i morti attribuibili al fumo e le percentuali attribuibili per gruppi di cause fumo correlate per gli anni dal 1995 al 2001 per soggetti di età compresa tra i 35 e i 74 anni. La scelta di questa fascia di età è motivata dall'obiettivo di studiare la mortalità precoce, cioè quella che avviene prima della età media di morte della popolazione in studio. Per la fascia di età 75 e oltre sono state calcolate soltanto le misure totali.

Tabella 1- Rischi relativi di decesso causa-specifici per il fumo di tabacco utilizzati per il calcolo della mortalità attribuibile.

Causa (ICD IX)	RR utilizzati				Limiti di età
	Ex fumatori		Fumatori		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Tumore maligno trachea, bronchi, polmoni (162, 231.2)	6.75	5.07	13.0	11.4	>=15
BPCO (490-492, 496)	6.70	6.70	9.80	9.80	>=15
Infarto (410-414)					
< 65 anni	1.59	1.59	2.58	2.58	15-64
>=65 anni	1.12	1.12	1.54	1.54	>=65
Ictus (430-438)					
< 65 anni	1.30	1.30	3.12	3.12	15-64
>=65 anni	1.15	1.15	1.65	1.65	>=65
Patologie arteriose (440-487)	1.82	1.82	2.54	2.54	>=15
Polmonite ed influenza (480-487)	1.29	1.29	1.47	1.47	>=15
Tumore dell'esofago (150, 230.1)	1.79	1.79	4.01	4.01	>=15
Tumore del pancreas (157, 230.9)	1.15	1.15	1.86	1.86	>=15
Aritmie cardiache (427)					
< 65 anni	1.59	1.59	2.58	2.58	15-64
>=65 anni	1.12	1.12	1.54	1.54	>=65
Tumore del cavo orale e dell'oro-faringe (140, 141, 143-146, 148, 149, 230.0)	1.76	1.76	4.55	4.55	>=15

Ricoveri attribuibili al fumo di tabacco

I ricoveri attribuibili al fumo di tabacco sono stati calcolati con gli stessi metodi utilizzati per la mortalità, selezionando le di cause di ricovero per le patologie fumo correlate. E' stato utilizzato l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) piemontesi per il periodo 1996-2003.

I ricoveri per BPCO (ICD IX CM 491-492, 496) sono utilizzati come tracciante sensibile dell'effetto a breve termine del fumo trattandosi usualmente di riacutizzazioni di malattie croniche.

Sono riportati il numero di osservati di età >= di 15 anni e i tassi standardizzati per età sulla popolazione europea con intervalli di confidenza al 95%.

Interventi di contrasto

Per quanto riguarda la prevenzione del fumo di tabacco sono riportati i risultati di una rilevazione della attività condotte dalle ASL in ambito scolastico nel biennio 2002-2003, effettuata dal gruppo tecnico anti-fumo del CPO Piemonte. L'indagine è stata condotta mediante l'uso di un questionario approvato dall'ISS e rielaborato dal gruppo di ricerca. Delle 22 ASL piemontesi che hanno ricevuto il questionario solo 17 lo hanno restituito compilato: i risultati si basano su tale denominatore.

I dati relativi ai Centri Anti-Tabacco derivano da un'indagine svolta dallo stesso gruppo tramite un questionario appositamente preparato inviato a tutti i 17 centri anti-fumo pubblici attivi in Piemonte nel 2004. I dati sono relativi all'attività 2003, anno in cui però solo 16 centri erano attivi.

Glossario

Prevalenza: proporzione di soggetti con una determinata caratteristica (per esempio fumatori) presenti in un determinato momento in una popolazione. Nelle tabelle presentate nel lavoro viene espressa in percentuale.

Prevalenza pesata: la misura di prevalenza calcolata utilizzando il riporto all'universo della numerosità campionaria. Permette di correggere le distorsioni introdotte dal disegno della ricerca e ottenere stime più vicine al dato reale.

Prevalenza standardizzata: la misura di prevalenza calcolata tenendo conto delle differenze della popolazione per struttura di età, . permette di confrontare le prevalenze nei diversi anni, nelle diverse aree geografiche e nei due sessi al netto delle differenze della popolazione per età.

Mortalità attribuibile al fumo di tabacco: si tratta del numero di decessi che sono dovuti al fumo di tabacco, che sarebbero cioè evitati se il fumo venisse eliminato. Sono relativi ad una serie di cause di morte più o meno correlate al fumo di tabacco, sulla base delle più recenti e rigorose ricerche sull'associazione fra fumo di tabacco e malattie. Vengono presentati come numeri assoluti e proporzioni percentuali rispetto al totale dei decessi. Vengono inoltre presentati stratificati per singola causa e per tutte le cause insieme.

Ricoveri attribuibili al fumo di tabacco: si tratta del numero di ricoveri ospedalieri dovuti al fumo di tabacco, che sarebbero cioè evitabili se il fumo venisse eliminato. Vengono presentati come numeri assoluti e proporzioni percentuali rispetto al totale dei ricoveri. Vengono inoltre presentati stratificati per singola causa e per tutte le cause insieme.

Intervallo di confidenza al 95%: è l'intervallo di valori entro il quale cadrebbero per 95 volte i risultati di 100 ripetizioni della misura presentata. Dipende soprattutto dalla numerosità della popolazione in studio e degli eventi osservati.

Bibliografia

Single E. et al. 'The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. CMAJ, June 12, 2000; 162 (12)

Doll R, Peto P, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519-27

Faggiano F, Versino E, Lemma P. Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. Cancer Causes and Control 2001; 12:665-671.

Waterhouse J., Muir C., Correa P. & Powell J. (eds.) Cancer incidence in five continents, Vol. III. International Agency for Research on Cancer, Lyon 1976, (Scientific Publications, n. 15).



1. Prevalenza di fumatori

1.1 Tendenze temporali della prevalenza di fumatori

Osservati e prevalenze di uomini e donne di 15 anni e oltre, per anno e area geografica. Anni 1980-2002.
Fonte: ISTAT

Piemonte

Sesso		Anni						
		1980	1983	1987	1990	1994	2000	2002
Uomini	n.	989	851	902	933	743	1032	508
	%	55.1	48.1	43.7	40.2	34.9	33.5	31.6
	ic 95%	52.8-57.4	45.8-50.5	41.6-45.8	38.2-42.2	32.9-36.8	31.9-35.1	29.4-33.9
Donne	n.	325	381	422	470	418	607	316
	%	18.2	21.3	19.9	18.0	18.1	19.9	19.1
	ic 95%	16.5-19.9	19.5-23.2	18.2-21.5	16.5-19.4	16.5-19.6	18.6-21.3	17.3-20.9
Totale	n.	1314	1232	1324	1403	1161	1639	824
	%	36.0	34.3	31.4	28.7	26.3	26.7	25.2
	ic 95%	34.4-37.5	32.8-35.8	30-32.8	27.5-30	25.1-27.6	25.6-27.8	23.7-26.7

(n = numero di osservati in studio; % = prevalenza pesata e standardizzata per età di fumatori;
ic 95% = intervalli di confidenza al 95%)

Italia

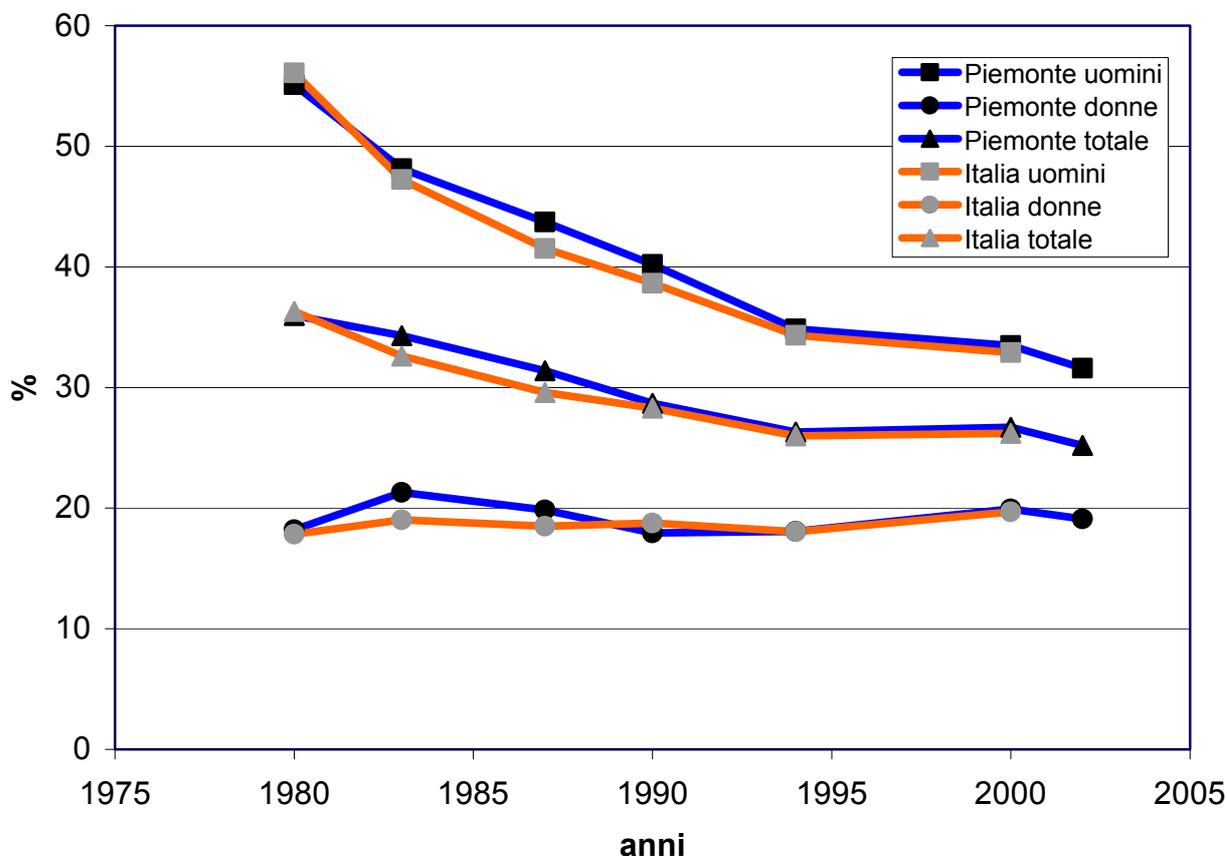
Sesso		Anni						
		1980	1983	1987	1990	1994	2000	
Uomini	n.	15714	15828	12290	10067	8400	18264	
	%	56.1	47.3	41.5	38.6	34.3	32.9	
	ic 95%	55.5-56.7	46.7-47.8	41.0-42.1	38.1-39.2	33.8-34.9	32.5-33.3	
Donne	n.	5120	6797	5575	5022	4441	10670	
	%	17.9	19.0	18.5	18.8	18.1	19.7	
	ic 95%	17.4-18.3	18.6-19.5	18.1-18.9	18.3-19.2	17.6-18.5	19.4-20.0	
Totale	n.	20834	22625	17865	15089	12841	28934	
	%	36.3	32.6	29.6	28.3	26	26.2	
	ic 95%	35.9-36.6	32.3-33	29.3-30	28.0-28.7	25.6-26.4	26.0-26.5	

(n = numero di osservati in studio; % = prevalenza pesata e standardizzata per età di fumatori;
ic 95% = intervalli di confidenza al 95%)

Nel 2002 la prevalenza di fumatori in Piemonte era del 25.2%, mentre in Italia era del 26.2%. Questo dato è il risultato di una diminuzione del numero di fumatori iniziata durante gli anni '70: nel 1980 il 36% della popolazione fumava sia in Italia che in Piemonte.

La proporzione di uomini che fumava, in Piemonte nel 2002, era del 31.6 %, mentre la prevalenza tra le donne era del 19.1%. Al contrario degli uomini, le donne hanno mostrato una tendenza all'aumento del consumo durante gli scorsi anni.

Tendenze temporali della prevalenza di fumatori



Considerando il totale dei fumatori in Piemonte e in Italia si registra un decremento della prevalenza dei fumatori nel tempo. Appare evidente un maggior decremento della prevalenza nazionale rispetto a quella piemontese. Questo andamento è il risultato di due diverse tendenze negli uomini e nelle donne.

È possibile osservare un trend discendente nel tempo (dal 55.1% al 31.6%) nella prevalenza dei fumatori uomini piemontesi a partire dal 1980. Tale andamento rispecchia il dato nazionale maschile che evidenzia il passaggio della prevalenza dal 56.1% al 32.9%.

Per quanto riguarda le donne piemontesi fumatrici, la prevalenza appare fluttuante, evidenziando un lieve aumento nel tempo (dal 18.2% del 1980 al 19.1% del 2002). L'andamento della prevalenza delle donne piemontesi rispecchia il dato italiano dal 17.9% del 1980 per arrivare al 19.7% del 2000.

1.2 Tendenze temporali della prevalenza di fumatori per classe di età

Osservati e prevalenze di uomini e donne per età, anno e area geografica. Anni 1980-2002. Fonte: ISTAT

Piemonte

Classe di età	Anno							
	1980	1983	1987	1990	1994	2000	2002	
Uomini								
15-29	%	46.3	42.0	37.0	36.6	33.8	36.6	33.9
	n.	196	195	206	213	155	231	117
30-44	%	59.9	56.8	51.9	48.2	40.5	39.6	37.5
	n.	305	238	268	305	235	350	165
45-59	%	60.5	53.2	47.3	43.1	36.8	35.2	33.5
	n.	288	262	265	257	218	287	143
60 e più	%	48.4	38.9	35.8	30.0	27.7	19.8	20.3
	n.	200	156	163	158	135	164	83
Totale	%	54.5	47.9	43.2	40.0	34.8	32.8	27.0
	n.	989	851	902	935	743	1035	508
Donne								
15-29	%	22.4	30.0	23.1	19.2	15.2	21.1	19.6
	n.	119	140	121	121	84	121	66
30-44	%	24.6	25.6	27.2	25.8	27.3	25.2	26.7
	n.	117	120	148	185	151	231	115
45-59	%	14.8	18.5	18.4	16.9	18.8	23.0	20.4
	n.	63	93	109	113	117	178	92
60 e più	%	5.6	5.6	6.5	6.0	8.7	6.5	7.9
	n.	26	28	44	51	66	77	43
Totale	%	16.8	19.4	18.1	16.6	17.0	17.8	15.6
	n.	325	381	422	473	418	608	316

(n = numero di osservati in studio; % = prevalenza pesata di fumatori)

La fascia di età in cui è maggiore la prevalenza di fumatori in Piemonte è quella fra 30 e 44 anni, in ambedue i sessi. In questa età, fra gli uomini, nonostante la prevalenza sia scesa del 37% dal 1980, i fumatori sono ancora, nel 2002, il 37.5% della popolazione. La fascia di età in cui la prevalenza è scesa di meno (-27%) è quella più giovane, che, per quanto fosse quella con minori prevalenze nel 1980, sembra avviarsi ad essere quella che consuma più tabacco.

Fra le donne, anche a causa della maggiore instabilità statistica dei dati, il quadro appare più incerto. Tutte le fasce di età mostrano una notevole fluttuazione nel tempo, e l'età adulta (30-44 anni) rimane nel tempo quella con maggiori frequenze di abitudine al fumo.

Italia

Classe di età	Anno						
	1980	1983	1987	1990	1994	2000	
Uomini							
15-29	%	48.1	41.1	34.0	34.8	29.7	33.7
	n.	3850	3853	2896	2575	2034	4551
30-44	%	63.8	56.4	52.1	47.1	43.8	40.3
	n.	4715	4942	4102	3299	2833	6139
45-59	%	61.9	51.6	45.2	42.4	38.0	35.5
	n.	4475	4308	3180	2600	2221	4676
60 e più	%	46.8	36.1	32.5	27.8	23.7	19.9
	n.	2674	2725	2112	1593	1312	2898
Totale	%	55.5	46.6	40.8	38.5	34.0	32.6
	n.	15721	15860	12291	10114	8403	18279
Donne							
15-29	%	24.2	24.2	19.9	20.4	15.9	19.0
	n.	1927	2407	1727	1559	1059	2410
30-44	%	23.9	25.9	27.6	27.6	27.2	26.9
	n.	1795	2397	2197	1992	1821	4158
45-59	%	13.7	15.3	16.4	17.4	18.8	21.9
	n.	1035	1389	1139	1046	1091	2846
60 e più	%	5.1	6.6	6.5	6.2	7.8	7.8
	n.	363	604	512	425	470	1256
Totale	%	17.0	18.1	17.4	18.0	17.2	18.4
	n.	5122	6821	5577	5078	4442	10688

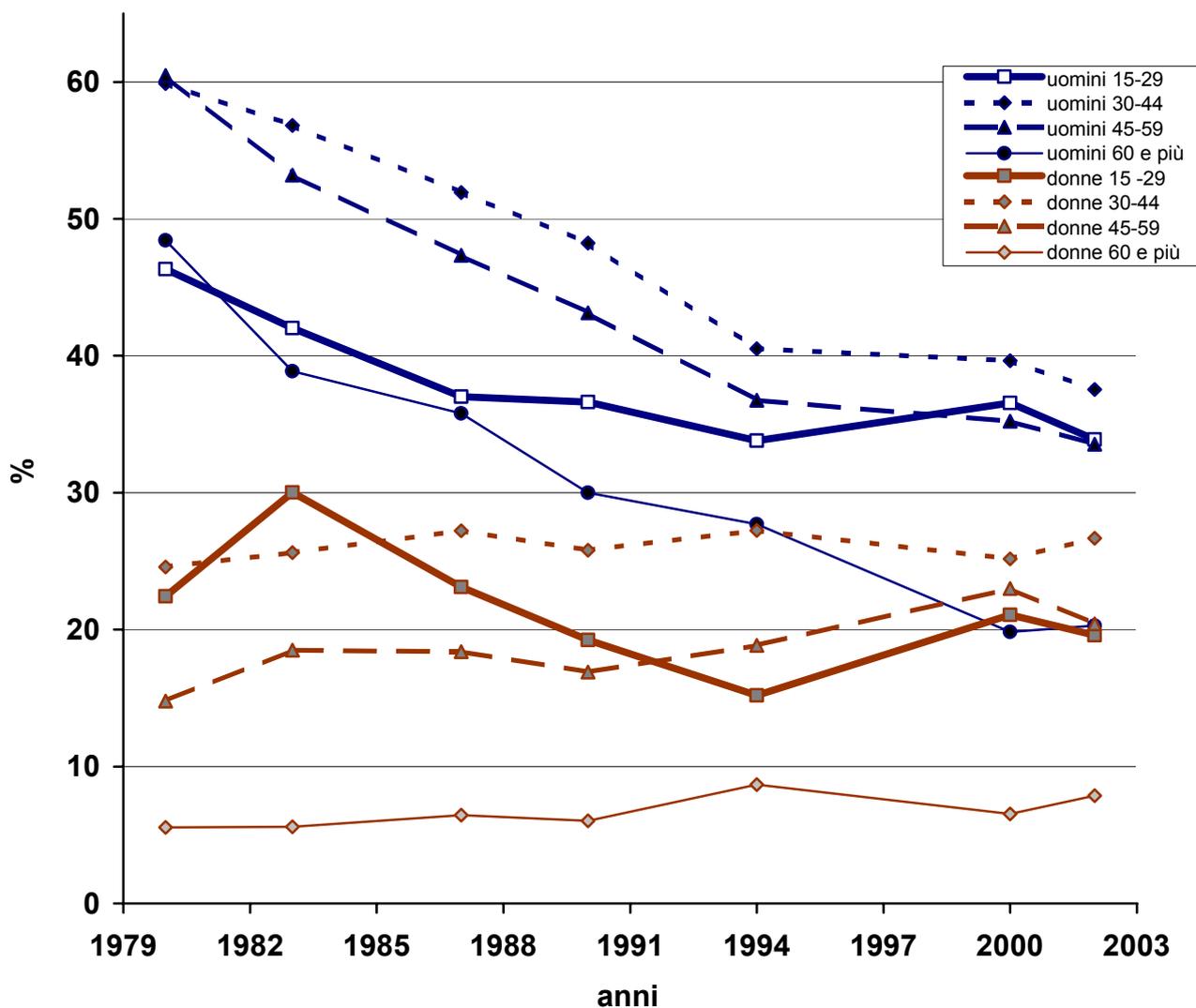
(n = numero di osservati in studio; % = prevalenza pesata di fumatori)

Anche a livello nazionale la fascia di età con maggiore prevalenza è quella fra 30 e 44 anni, sia per gli uomini che per le donne.

Fra gli uomini la tendenza a ridurre il fumo di sigaretta sembra essere più forte fra i giovani italiani, in confronto ai dati piemontesi.

Fra le donne a livello italiano il quadro appare più chiaro rispetto al livello piemontese: fra le più giovani vi è stato una riduzione delle consumatrici di sigarette, seppure limitata a qualche punto percentuale (24.2% nel 1980 vs 19.0% nel 2000). In tutte le altre fasce di età vi è stata invece una tendenza all'aumento del consumo fra il 1980 e il 2000.

Tendenze temporali della prevalenza di fumatori per classe di età - Piemonte



Complessivamente gli uomini della fascia di età 30-44 anni sono la categoria con la maggiore prevalenza di abitudine al fumo, mentre le donne anziane sono quelle a minore prevalenza.

1.3 Prevalenza di fumatori per provincia

Osservati e prevalenze di uomini e donne per provincia. Anno 2000. Fonte: ISTAT

Uomini

Provincia	%	n.	Ic 95%
Torino	34.8	419	32.2-37.4
Vercelli	44.2	45	35.1-53.3
Novara	32.2	121	27.5-36.8
Cuneo	31.5	222	28.1-34.9
Asti	36.1	64	29.7-42.6
Alessandria	30.1	114	25.6-34.7
Biella	33.3	22	21.4-45.2
Verbania	30.2	25	21.2-39.3
Piemonte	33.5	1032	31.9-35.1

Donne

Provincia	%	n.	Ic 95%
Torino	19.8	236	17.7-22.0
Vercelli	20.8	16	13.2-28.5
Novara	23.3	93	19.2-27.4
Cuneo	17.6	113	14.8-20.4
Asti	21.8	43	16.7-27.0
Alessandria	21.8	82	17.8-25.8
Biella	9.7	6	2.8-16.6
Verbania	19.7	18	11.8-27.6
Piemonte	19.9	607	18.6-21.3

(n = numero di osservati in studio; % = prevalenza pesata e standardizzata per età di fumatori; ic 95% = intervalli di confidenza al 95%)

La quota di fumatori fra i maschi è maggiore nella provincia di Vercelli, seguita da quella di Asti e Torino, seppure le differenze non siano statisticamente significative.

Fra le donne è la provincia di Novara ad avere la percentuale di fumatrici più elevata: 23.3%. La numerosità del campione rende però poco stabili tutti i dati relativi al sesso femminile.

2. Ricoveri per cause correlate al fumo di tabacco



2.1 Ricoveri attribuibili al fumo di tabacco

Numeri e percentuali per classe di età, uomini e donne di 35 anni e oltre. Anno 2003. Fonte: SDO

		Classe di età					
		35-74		75 e oltre		35 e oltre	
		%	n.	%	n.	%	n.
	<i>uomini</i>	7.4	15755	8.9	5903	7.8	21658
Piemonte	<i>donne</i>	1.6	3272	1.9	1621	1.7	4897
	Totale	4.5	19027	5.0	7528	4.6	26555

(n = numero di ricoveri attribuibili al fumo; % = percentuale di ricoveri attribuibili al fumo sul totale dei ricoveri)

Nel 2003 in Piemonte 26555 ricoveri erano attribuibili al fumo di tabacco. Questa proporzione rappresenta il 4.6% di tutti i ricoveri effettuati in Piemonte, e diviene del 7.8% se consideriamo solo gli uomini

La maggior parte di questi ricoveri (n=19027) si concentra fra la popolazione al di sotto dei 75 anni di età.

2.2 Ricoveri attribuibili per cause fumo correlate

Numeri e percentuali per causa di ricovero, uomini e donne tra 35 e 74 anni. Anni 1996-2003. Fonte: SDO

Uomini

Causa di ricovero		Anno							
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tumore oro-faringe	%	68.8	66.9	66.8	66.8	65.2	65.0	63.6	63.4
	n.	712	580	607	465	393	448	415	353
Tumore esofago	%	65.4	63.3	63.6	63.6	61.0	61.3	60.4	60.2
	n.	356	374	294	219	170	188	191	138
Tumore gastrico	%	20.5	19.2	19.3	19.2	17.5	17.6	17.2	17.1
	n.	302	239	211	155	119	120	113	101
Tumore pancreas	%	34.9	32.7	32.6	32.7	30.6	30.7	29.4	29.4
	n.	217	218	199	180	142	139	128	126
Tumore laringe	%	80.3	79.1	79.1	79.0	77.5	77.3	76.7	76.7
	n.	851	728	728	560	453	456	438	415
Tumore polmone	%	88.7	88.0	88.0	88.0	86.9	86.9	87.0	87.0
	n.	6420	5851	5282	4328	3078	2846	2555	2227
Tumore vescica	%	52.6	50.8	50.8	50.9	47.7	47.7	47.9	47.8
	n.	2479	2064	2098	2044	1766	1533	1496	1374
Tumore renale	%	65.2	63.4	63.4	63.3	61.0	60.9	60.3	60.4
	n.	808	670	623	508	394	355	354	356
Ischemia cardiaca	%	85.4	81.4	81.4	81.4	77.1	77.0	74.7	74.7
	n.	6541	6768	6430	6287	5820	5920	5527	5492
Ictus	%	85.9	81.5	81.5	81.5	77.0	76.9	74.1	74.2
	n.	2908	2709	2596	2548	2174	2148	2050	1971
Aterosclerosi	%	50.4	49.0	49.0	49.0	46.0	46.0	46.8	46.8
	n.	2485	2522	2452	2312	1909	1850	1770	1644
BPCO	%	85.5	85.0	85.0	85.0	83.3	83.2	84.1	84.1
	n.	3410	3627	3434	2913	2498	2095	1812	1556
Tutte le cause	%	11.5	10.5	10.3	9.6	8.5	8.2	7.8	7.4
	n.	27487	26351	24954	22521	18916	18099	16849	15755

BPCO=bronco-pneumopatie cronico ostruttive (comprendono la bronchite cronica e l'enfisema polmonare)

(n = numero di ricoveri attribuibili al fumo; % = percentuale di ricoveri attribuibili al fumo sul totale dei ricoveri causa specifico. La percentuale per "tutte le cause" è calcolata utilizzando come denominatore anche i ricoveri per cause non correlate al fumo).

Nel 2003 complessivamente 15755 ricoveri fra gli uomini erano attribuibili al fumo di tabacco (il 7.4% del totale), cioè avrebbero potuto essere evitati in assenza del fumo di tabacco. Sia il numero assoluto che la percentuale di ricoveri attribuibili al fumo sul totale dei ricoveri, sono in decisa diminuzione dal 1996, come conseguenza della riduzione della prevalenza di fumatori.

Guardando le singole cause, si può notare come vi sia stata una forte riduzione dei ricoveri per cause quali l'ischemia cardiaca e l'ictus, mentre altre cause come il tumore del polmone o le Bronco-pneumopatie croniche ostruttive (BPCO) abbiano avuto una riduzione meno rilevante.

Donne

Causa di ricovero		Anno							
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tumore oro-faringe	%	40.0	42.1	43.8	43.9	45.2	45.3	44.1	42.1
	n.	99	91	76	94	104	86	92	76
Tumore esofago	%	35.4	39.0	37.8	38.0	40.2	40.0	37.1	35.8
	n.	35	31	34	27	24	23	34	20
Tumore gastrico	%	7.4	8.7	8.1	8.2	8.4	8.5	7.8	7.9
	n.	61	55	42	34	25	30	25	25
Tumore pancreas	%	13.5	15.1	14.5	14.5	15.5	15.5	14.1	14.3
	n.	55	82	71	60	57	53	50	47
Tumore laringe	%	53.2	55.9	56.6	56.2	58.4	60.1	56.4	58.0
	n.	49	45	37	32	27	35	27	36
Tumore polmone	%	65.6	68.2	67.8	67.9	69.6	69.9	69.4	69.0
	n.	694	844	788	617	520	510	464	450
Tumore vescica	%	23.4	26.0	25.9	25.9	27.5	27.2	26.0	26.2
	n.	181	172	184	189	198	184	169	138
Tumore renale	%	35.4	39.1	39.2	38.1	39.3	39.9	39.5	38.4
	n.	178	153	175	140	108	100	102	100
Ischemia cardiaca	%	39.3	41.7	41.7	41.8	45.1	45.1	42.3	42.5
	n.	784	928	851	822	864	9255	803	817
Ictus	%	39.7	43.1	43.2	43.2	45.7	45.9	42.5	42.5
	n.	763	834	837	788	752	798	705	700
Aterosclerosi	%	21.7	24.7	24.9	25.2	25.6	25.7	25.1	25.2
	n.	321	400	394	354	315	320	312	305
BPCO	%	60.5	64.6	64.3	64.2	66.0	66.0	65.7	65.3
	n.	981	1197	1058	945	875	704	629	558
Tutte le cause	%	1.8	2.0	1.9	1.8	1.8	1.7	1.6	1.6
	n.	4200	4832	4547	4101	3871	3767	3411	3272

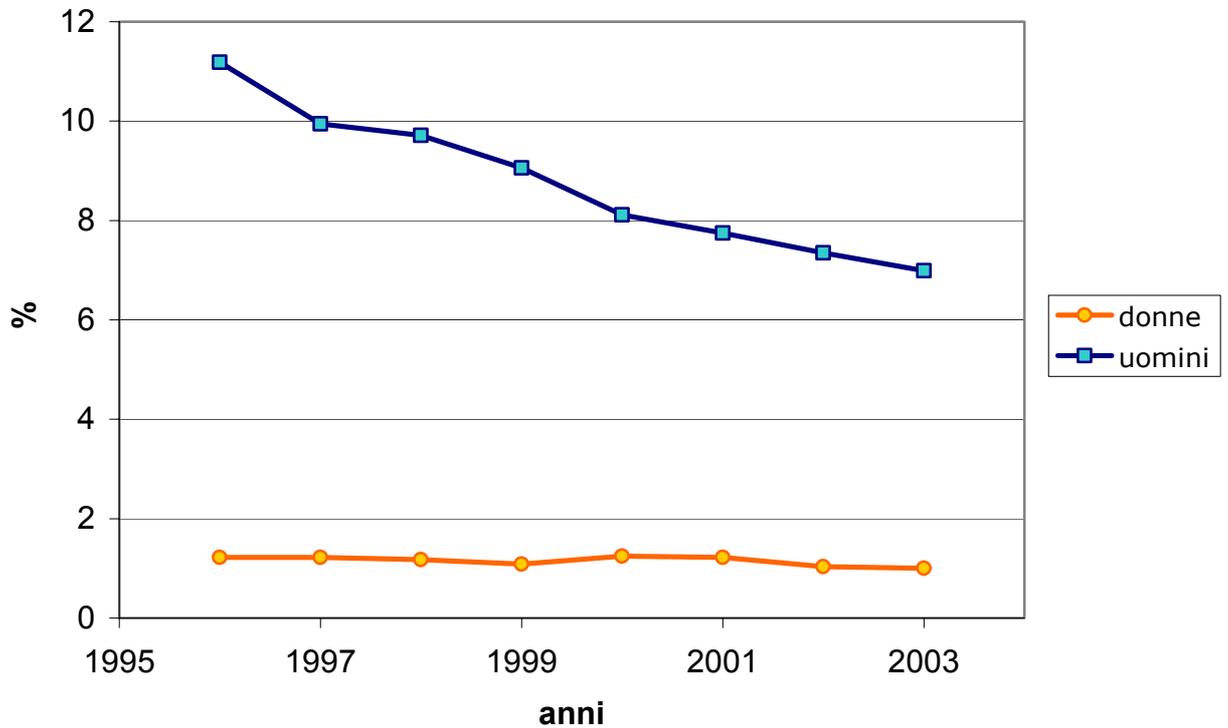
BPCO=bronco-pneumopatie cronico ostruttive (comprendono la bronchite cronica e l'enfisema polmonare)

(n = numero di ricoveri attribuibili al fumo; % = percentuale di ricoveri attribuibili al fumo sul totale dei ricoveri causa specifico. La percentuale per "tutte le cause" è calcolata utilizzando come denominatore anche i ricoveri per cause non correlate al fumo).

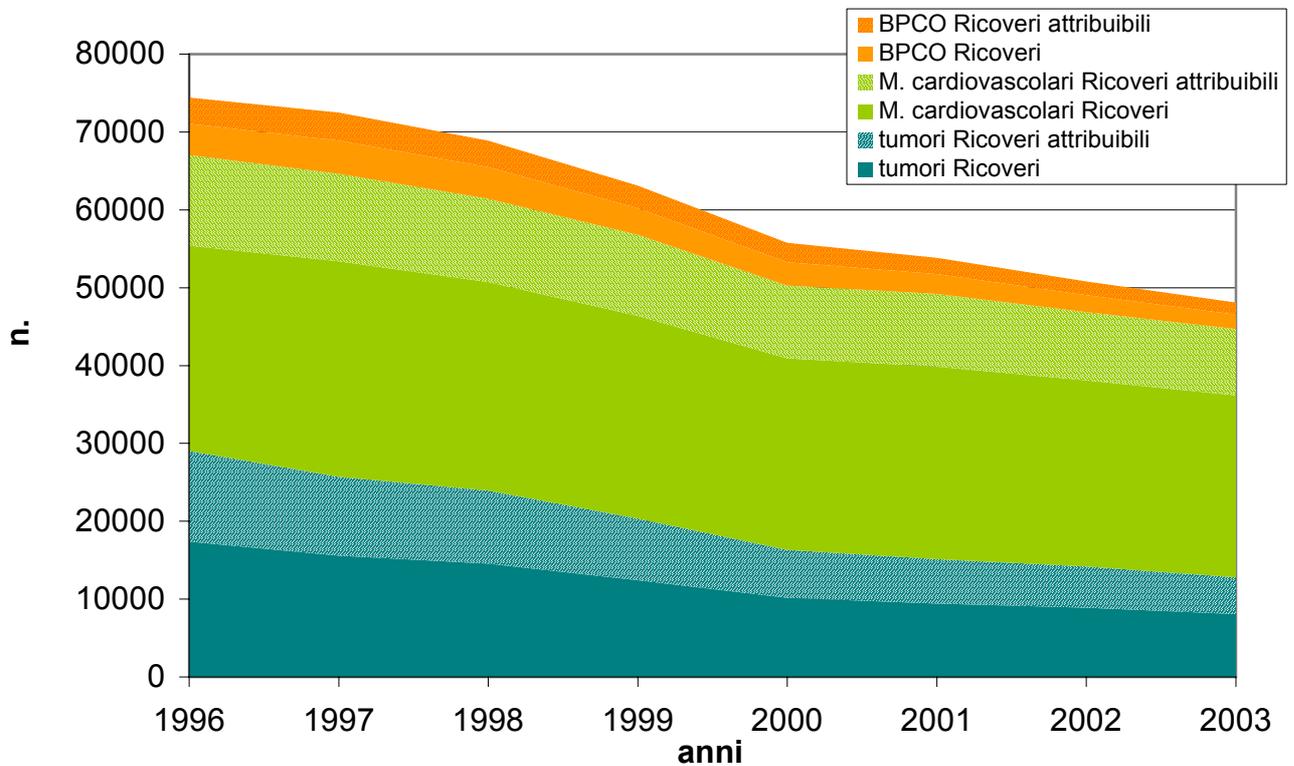
Fra le donne il numero di ricoveri attribuibile al fumo è molto minore rispetto a quello dei maschi, attestandosi a 3272 nel 2003, e la proporzione rispetto al totale dei ricoveri è del 1.6% nel 2003. Dal 1997 sembra esserci una leggera diminuzione di questi ricoveri.

Guardando però alle cause di ricovero specifiche si può notare come queste siano in deciso aumento dal 1996 al 2003, come conseguenza dell'aumento della prevalenza di fumatrici. La leggera riduzione nei ricoveri totale è spiegabile con un aumento nel tempo di osservazione del numero assoluto di ricoveri non attribuibili al fumo.

Tendenze temporali della proporzione attribuibile di ricoveri per cause fumo-correlate in Piemonte



Tendenze temporali del numero di ricoveri attribuibili al fumo in Piemonte



3. Decessi per cause correlate al fumo di tabacco

3.1 Decessi attribuibili al fumo

Numeri e percentuali per classe di età e area geografica, uomini e donne di 35 anni e oltre. Anno 2001.

Fonte: ISTAT

		Classe di età					
		35-74		75 e oltre		35 e oltre	
		%	n.	%	n.	%	n.
Piemonte	<i>uomini</i>	24.6	2427	17.4	2262	20.5	4689
	<i>donne</i>	8.8	498	2.6	475	4.0	973
	<i>totale</i>	18.8	2925	8.7	2737	12.0	5662
Italia	<i>uomini</i>	24.0	28046	17.3	26087	20.2	54133
	<i>donne</i>	7.7	5079	3.0	6101	4.1	11181
	<i>totale</i>	18.1	33125	8.7	32188	12.1	65313

(n = numero di decessi attribuibili al fumo; % = percentuale di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi)

Nel 2001 in Piemonte sono morti 5662 persone a causa del fumo di tabacco, e questi rappresentano il 20.5% di tutti i decessi fra gli uomini e il 4% fra le donne. Sono avvenuti prima dei 75 anni (mortalità precoce), 2925 decessi. In questa fascia di età i decessi dovuti al fumo sono il 25% fra gli uomini e il 9% fra le donne.

La mortalità dovuta al fumo nel 2001 mostra un livello analogo a livello nazionale, dove 65313 decessi (il 12% della mortalità totale) sono dovuti al fumo di tabacco.

La stima dei decessi attribuibili al fumo di tabacco rappresenta la quota di mortalità che potrebbe essere teoricamente evitata attraverso un intervento che eliminasse il fumo di tabacco.

3.2 Decessi attribuibili alle cause fumo-correlate

Numeri e percentuali per causa di decesso, uomini e donne tra 35 e 74 anni. Anni 1995-2001. Fonte: ISTAT

Piemonte

<i>Uomini</i>	Anno						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tumore maligno trachea, % bronchi, polmoni	88.7	88.7	88.1	88.1	88.1	86.8	86.7
n.	1440	1455	1393	1353	1400	1258	1300
BPCO	85.9	85.8	85.3	85.3	85.3	82.8	82.6
n.	269	240	268	293	239	221	154
Infarto	75.5	75.4	72.0	72.0	72.0	67.8	67.6
n.	600	574	494	495	454	416	379
Ictus	85.9	86.1	81.6	81.6	81.6	76.6	76.3
n.	309	277	253	260	256	201	210
Patologie arteriose	50.7	50.7	49.2	49.3	49.5	45.3	45.4
n.	166	138	123	119	118	88	78
Polmonite ed influenza	24.4	24.0	23.4	23.1	23.1	20.5	20.6
n.	20	14	23	33	25	24	20
Tumore esofago	65.5	65.6	63.4	63.6	63.5	60.4	60.9
n.	100	84	89	85	66	54	72
Tumore pancreas	34.8	35.0	32.8	32.7	32.8	30.2	30.1
n.	80	75	70	71	67	59	58
Aritmie cardiache	75.8	75.7	71.9	72.0	72.0	67.4	67.3
n.	69	78	63	67	84	83	77
Tumori cavo orale e orofaringe	68.9	68.8	67.1	67.0	66.9	65.0	64.7
n.	116	105	106	101	90	83	78
Tutte le cause	26.8	26.7	26.3	26.1	26.3	24.8	24.6
n.	3169	3039	2881	2877	2794	2488	2427

BPCO=bronco-pneumopatie cronico ostruttive (comprendono la bronchite cronica e l'enfisema polmonare)

(n = numero di decessi attribuibili al fumo; % = percentuale di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi causa specifico. La percentuale per "tutte le cause" è calcolata utilizzando come denominatore anche i decessi per cause non correlate al fumo).

In totale si può stimare che in Piemonte siano avvenuti 2427 decessi a causa del fumo nel 2001. Questi rappresentano il 24.6% di tutti i decessi fra i maschi, eliminabili con interventi contro il fumo.

Più del 50% sono causati dal tumore della trachea, dei bronchi e del polmone che, da solo, è stimato produrre 1300 decessi per anno fra gli uomini in questa fascia di età.

Piemonte

Donne		Anno						
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tumore maligno trachea, bronchi, polmoni	%	63.8	64.4	67.4	66.8	67.1	69.2	68.7
	n.	176	178	175	180	170	184	221
BPCO	%	58.2	57.3	62.6	62.8	62.6	63.5	64.0
	n.	54	47	60	58	59	55	48
Infarto	%	32.4	32.2	34.0	34.1	34.2	37.5	38.2
	n.	73	62	63	63	58	57	57
Ictus	%	39.1	39.1	42.8	42.0	43.1	45.7	45.9
	n.	85	82	87	84	76	68	79
Patologie arteriose	%	19.2	20.0	23.0	22.7	23.4	24.7	23.9
	n.	16	14	18	19	16	12	14
Polmonite ed influenza	%	6.9	7.1	9.3	9.4	9.2	9.1	9.5
	n.	3	3	4	5	8	6	4
Tumore esofago	%	31.9	32.9	37.7	36.4	36.0	37.5	40.6
	n.	6	7	7	7	9	7	8
Tumore pancreas	%	12.5	12.6	14.6	13.9	14.2	15.0	15.1
	n.	18	19	22	23	21	22	27
Aritmie cardiache	%	32.1	31.7	33.6	37.3	36.9	37.8	38.8
	n.	12	12	16	19	18	20	26
Tumori cavo orale e orofaringe	%	39.7	40.1	40.9	42.4	41.9	43.6	44.5
	n.	11	10	11	11	9	12.3	14
Tutte le cause	%	7.0	7.1	7.6	7.8	7.6	7.9	8.8
	n.	454	436	463	469	444	443	498

*BPCO=bronco-pneumopatie cronico ostruttive (comprendono la bronchite cronica e l'enfisema polmonare)
(n = numero di decessi attribuibili al fumo; % = percentuale di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi causa specifico. La percentuale per "tutte le cause" è calcolata utilizzando come denominatore anche i decessi per cause non correlate al fumo).*

Fra le donne il numero di decessi attribuibili al fumo è molto minore, non superando le 500 unità. Il loro numero è però in aumento negli ultimi anni, a causa dell'aumento della prevalenza di fumatrici verificatesi intorno agli anni '90.

Anche per le donne la causa principale di decesso legato al fumo è il tumore del polmone.

3.3 Decessi attribuibili alle cause fumo-correlate

Numeri e percentuali per causa di decesso, uomini e donne tra 35 e 74 anni. Anni 1995-2001. Fonte: ISTAT

Italia

		Anno						
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Uomini								
Tumore maligno trachea, bronchi, polmoni	%	89.0	89.0	87.8	87.8	87.8	86.9	86.9
	n.	16768	16378	15972	15595	15263	14469	14333
BPCO	%	86.1	86.1	84.7	84.7	84.7	83.7	83.7
	n.	3099	2849	2976	2899	2683	2489	2088
Infarto	%	76.8	76.7	70.8	70.8	70.7	67.3	67.2
	n.	7451	7163	6331	6288	5773	5112	4836
Ictus	%	87.1	87.1	80.3	80.3	80.3	76.4	76.4
	n.	3401	3199	2878	2840	2677	2408	2270
Patologie arteriose	%	51.3	51.3	48.3	48.3	48.3	46.3	46.3
	n.	1326	1257	1107	1130	986	912	869
Polmonite ed influenza	%	24.6	24.5	22.5	22.5	22.5	21.2	21.2
	n.	216	196	214	239	235	234	185
Tumore esofago	%	66.1	66.1	62.9	63.0	62.9	60.8	60.8
	n.	833	797	715	736	748	658	681
Tumore pancreas	%	35.5	35.5	32.1	32.1	32.1	30.0	30.0
	n.	856	862	787	799	804	748	756
Aritmie cardiache	%	76.7	76.7	70.7	70.7	70.7	67.0	67.0
	n.	1037	1096	1003	1036	1123	1056	1150
Tumori cavo orale e orofaringe	%	69.6	69.6	66.5	66.5	66.5	64.5	64.6
	n.	1125	1030	1001	1002	977	871	878
Tutte le cause	%	26.5	26.2	25.3	25.2	25.2	24.2	24.0
	n.	36111	34827	32985	32565	31268	28957	28046

BPCO=bronco-pneumopatie cronico ostruttive (comprendono la bronchite cronica e l'enfisema polmonare)

(n = numero di decessi attribuibili al fumo; % = percentuale di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi causa specifico. La percentuale per "tutte le cause" è calcolata utilizzando come denominatore anche i decessi per cause non correlate al fumo).

Nel 2001 in Italia 28000 uomini muoiono annualmente fra i 35 e i 74 anni a causa del fumo di tabacco. Questi rappresentano il 24% di tutti i decessi. 14300 sono i decessi per tumore del polmone e 4800 quelli per infarto che potrebbero essere prevenuti se venisse eliminato il fumo di tabacco.

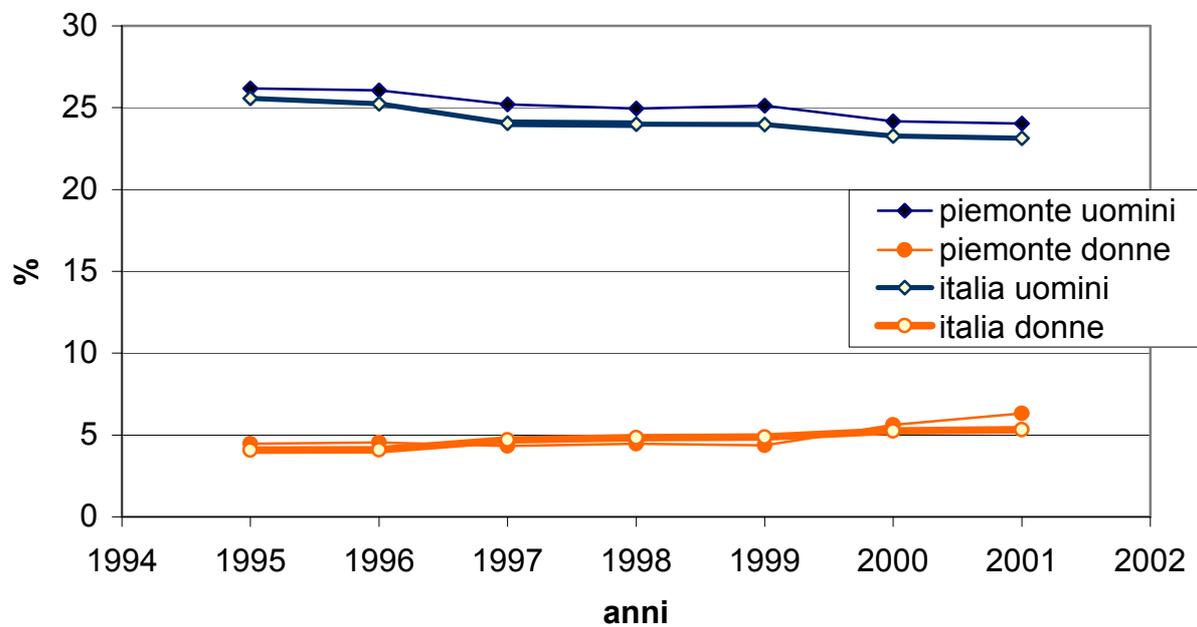
Donne		Anno						
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tumore maligno trachea, bronchi, polmoni	%	62.5	62.5	64.7	64.8	64.7	66.9	66.9
	n.	1941	1977	2018	2079	2034	2181	2251
BPCO	%	56.2	56.3	58.6	58.1	58.6	60.8	60.3
	n.	552	518	592	581	563	551	468
Infarto	%	30.2	30.2	33.3	33.1	33.1	35.9	35.9
	n.	837	777	809	803	734	743	708
Ictus	%	38.1	38.2	41.1	41.1	41.1	43.4	43.5
	n.	929	893	893	886	799	812	765
Patologie arteriose	%	18.9	19.1	20.8	20.5	20.8	22.1	22.1
	n.	135	130	142	151	136	117	129
Polmonite ed influenza	%	7.1	7.2	7.9	7.8	7.9	8.6	8.4
	n.	31	28	39	44	45	52	36
Tumore esofago	%	31.9	33.1	34.9	35.1	35.4	36.2	36.9
	n.	67	69	69	71	76	71	77
Tumore pancreas	%	11.8	11.7	12.9	12.8	12.9	13.7	13.8
	n.	197	198	216	227	217	254	253
Aritmie cardiache	%	31.4	31.7	34.4	34.5	34.3	36.6	37.0
	n.	198	194	216	239	235	252	286
Tumori cavo orale e orofaringe	%	37.6	38.3	40.2	40.4	40.2	42.1	42.0
	n.	95	115	90	105	113	1198	107
Tutte le cause	%	6.5	6.5	7.0	7.1	7.2	7.6	7.7
	n.	4980	4898	5084	5190	4952	5152	5079

BPCO=bronco-pneumopatie cronico ostruttive (comprendono la bronchite cronica e l'enfisema polmonare)

(n = numero di decessi attribuibili al fumo; % = percentuale di decessi attribuibili al fumo sul totale dei decessi causa specifico. La percentuale per "tutte le cause" è calcolata utilizzando come denominatore anche i decessi per cause non correlate al fumo).

Nel 2001 circa 5000 donne muoiono annualmente in Italia fra i 35 e i 74 anni a causa del fumo di tabacco, principalmente per tumore del polmone (n=2250). Rispetto agli uomini, la percentuale di decessi attribuibile è molto minore a causa della più bassa prevalenza di fumatrici.

**Tendenze temporali dei decessi attribuibili al fumo
(soggetti fra i 35 e 74 anni)**



Le morti dovute al fumo mostrano un tendenza a diminuire dal 1995 al 2001 per gli uomini, mentre sembrano aumentare per le donne.

4. Interventi di contrasto al fumo di tabacco

4.1 Le attività di contrasto del fumo di tabacco in Piemonte

Sono numerose le attività di contrasto sviluppate sul territorio piemontese, sia per iniziativa centrale (per esempio a seguito di una legislazione restrittiva nazionale) sia a seguito di iniziative locali. Vi sono in particolare, interventi per la limitazione dell'offerta (come per esempio il divieto di vendita ai minori), interventi di prevenzione dell'inizio dell'uso (come quelli scolastici), la promozione della cessazione (come gli interventi dei Medici di Medicina Generale o l'attività dei Centri Anti-Fumo) o ancora le leggi che mirano alla riduzione dell'esposizione al fumo passivo. In questo capitolo verranno presentate in modo sistematico le iniziative di intervento nella scuola, limitatamente a quelle condotte dalle Aziende Sanitarie Locali, e quelle dei centri anti-fumo pubblici.

4.2 Le attività di prevenzione del fumo organizzate dalle Asl nelle scuole piemontesi

	Tipo di scuola	2002	2003
N° SCUOLE COINVOLTE	Materne	2	-
	Elementari	73	79
	Medie inferiori	48	60
	Medie superiori	39	55
	Totale	162	194
N° ALUNNI RAGGIUNTI	Materne	300	-
	Elementari	1460	1545
	Medie inferiori	3278	6082
	Medie superiori	2858	4125
	Totale	7896	11752

I risultati presentati in tabella si riferiscono alle 17 ASL rispondenti all'inchiesta su 22 ASL contattate. Nel 2003 complessivamente sono state coinvolte 194 scuole di ogni ordine e grado (su un totale di 2754 in tutto il Piemonte), di cui 55 superiori (su un totale di 610). Considerando la non completezza della rilevazione, si può stimare che le ASL conducono interventi di prevenzione del fumo di tabacco in circa il 10% delle scuole piemontesi.

CARATTERISTICHE DEGLI INTERVENTI		2002	2003
		n. (%)	n. (%)
METODOLOGIA UTILIZZATA	Lezioni frontali	4 (23.5)	4 (23.5)
	Interventi strutturati*	12 (70.6)	12 (70.6)
	Missing	1 (5.9)	1 (5.9)
* peer education, lavori di gruppo, laboratori, giochi di ruolo, da soli o associati a lezioni frontali			
DURATA INTERVENTI	< 3 ore	7 (41.2)	8 (47.1)
	4-8 ore	5 (29.4)	5 (29.4)
	Dato mancante	5 (29.4)	4 (23.5)
INTERVENTI RIPETUTI NEL CORSO DELL'ANNO SCOLASTICO	SI'	6 (35.3)	6 (35.3)
INTERVENTI INSERITI NEL PROGRAMMA FORMATIVO	SI'	4 (23.5)	4 (23.5)
SERVIZI COINVOLTI	Dip. Prevenzione	4 (23.5)	4 (23.5)
	Dip. Dipendenze	10 (58.8)	8 (47.0)
	Distretti	2 (11.7)	4 (23.5)
	Pneumologia	1 (5.9)	2 (11.7)
	Cardiologia	-	1 (5.9)
	Ped. Comunità/Med. Scol.	3 (17.6)	4 (23.5)
	Educaz. Salute	11 (64.7)	11 (64.7)
Altro	4 (23.5)	3 (17.6)	

Nelle sezioni "metodologia utilizzata" e "servizi coinvolti" la somma delle percentuali supera il 100 perché sono possibili più risposte.

Gli interventi scolastici nel 2003 sono nel 71% dei casi strutturati come multicomponenti, in quanto includono tecniche educative differenti solo nel 23% dei casi sono costituiti solo da lezioni frontali.

Il 47% degli interventi si conclude entro le 3 ore, mentre il circa il 30% dei casi sono più lunghi. Inoltre nel 35% dei casi vengono ripetuti nel corso dell'anno scolastico.

I servizi della Azienda Sanitaria Locale più frequentemente coinvolti negli interventi scolastici, sono, nel 2003, i Referenti per la Salute (65%), i Servizi per le tossicodipendenze (47%).

4.3 I Centri Anti-Fumo pubblici

CENTRI ANTIFUMO IN PIEMONTE		n. (%)
PROVINCIA	Torino	6 (35.3)
	Cuneo	4 (23.5)
	Asti	1 (5.9)
	Alessandria	2 (11.7)
	Vercelli	1 (5.9)
	Novara	2 (11.7)
	Biella	1 (5.9)
	Verbania	-
	Totale	17
COLLOCAZIONE (n=16)	LILT	3 (18.7)
	Servizio Sanitario Nazionale*	13 (81.3)
	- SerT	5 (30.8)
	- Pneumologia	9 (53.8)
	- Otorinolaringoiatria	1 (7.7)
	- Med.Interna	1 (7.7)

*Sono compresi: ASL, ASO, IRCC

Al 31 dicembre 2003 erano attivi 17 Centri Anti-Fumo distribuiti in tutta la regione. Solo la provincia di Verbania Cusio Ossola ne era sprovvista. La maggior parte (81%) erano gestiti dal SSN, mentre il 18% era gestito dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori.

CARATTERISTICA	n. (%)	
MODALITA' di ACCESSO (n=16)	DIRETTA	13 (81.2)
	IMPEGNATIVA	3 (18.7)
GIORNI APERTURA/ SETTIMANA (n=16)	5	8 (50.0)
	2	10 (6.3)
	1	5 (31.2)
	In occasione dei corsi	2 (12.5)

Il 19% dei centri anti-fumo richiede l'impegnativa del medico per l'accesso, e il 50% osservano un orario di apertura di 5 giorni la settimana.
