

Light”, “Mild” e via dicendo ... Un inganno !

di Paolo Crosignani

La direttiva CE

Sta per essere emanata una direttiva CE che proibirà di chiamare le sigarette con aggettivi che facciano pensare ad una minore pericolosità del prodotto quali “Light” (leggero), “Mild” (debole) ed altro. La stessa direttiva proibirà anche l’uso di altri mezzi che in modo implicito portino lo stesso messaggio al consumatore, quali i colori più tenui del pacchetto. La ragione è semplice: le sigarette “leggere” non sono in realtà più leggere di tanto, anche se le misure condotte secondo gli standard ufficiali farebbero pensare il contrario.

La misura del contenuto di catrame

Il contenuto di nicotina e di catrame viene ancora oggi misurato secondo le norme ISO/FTC (Commissione Federale del Commercio americana). Queste prevedono che le sigarette vengano “fumate” da apposite macchine e che venga poi analizzato il fumo “inalato” dalla macchina. La macchina fa un “tiro” di 35 ml ogni minuto e poi lascia la sigaretta bruciare. Ciò comporta che la maggior parte del fumo venga rilasciato nell’ambiente e non venga misurato. La macchina fumatrice, inoltre, lascia aperti i pori del filtro, attraverso cui l’aria ambiente si mescola con il fumo diluendone il contenuto di catrame e di nicotina.

La etichettatura delle sigarette con questa misura del contenuto di nicotina e di catrame (condensato) era stata introdotta come un elemento di corretta informazione e per spingere il consumatore verso prodotti potenzialmente meno dannosi. Si è visto in realtà che il fumatore tende ad assumere sempre la stessa quantità di nicotina. Se fuma sigarette leggere tende sia a fumarne di più (con soddisfazione dei produttori), sia ad incrementare la profondità e la frequenza delle inalazioni, sia a tappare con le dita i fori di aerazione del filtro (Djordjevic MV, Stellman SD, Zang E. Doses of Nicotine and Lung Carcinogens Delivered to Cigarette Smokers, *Dosi di nicotina e cancerogeni polmonari fornite ai fumatori di sigarette*. JNCI 92,2: 106-110, 2000 e, nello stesso numero del JNCI anche l’editoriale di Wilkenfeld *et al.*). Inoltre la dipendenza indotta dal consumo delle sigarette “leggere” è paragonabile a quella indotta dalle altre.

Non ci sono sigarette leggere

La misura fatta con le macchine fumatrici a norma ISO/FTC trae quindi in inganno, dato che il fumatore adotta comunque comportamenti che lo espongono ad una quantità di sostanze nocive paragonabile a quelle delle altre. Di questo equivoco hanno approfittato le multinazionali del tabacco inducendo i fumatori a ritenere che esistessero sigarette “leggere” di gran lunga meno dannose delle altre. E molti, moltissimi fumatori, invece di cercare di smettere, ci hanno creduto, passando a questo tipo di sigarette.

(Kozlowski LT *et al* Smokers’ misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking *Le percezioni errate dei fumatori a proposito delle sigarette leggere ed ultraleggere impediscono loro di smettere* Am J Prev Med. 15(1) 9-16, 1988

Gli avvertimenti nascosti

La stessa direttiva impone poi che le scritte di avvertimento (ad es. “nuoce alla salute”) poste sui pacchetti di sigarette siano maggiormente visibili. Molti dei pacchetti hanno infatti “mascherato” questi avvertimenti scrivendoli con colori che si confondono con il fondo. Gli avvertimenti dovrebbero anche essere messi “sulla parte più visibile” del pacchetto (anche se questa non è indicata). La stessa direttiva indica frasi più efficaci, cioè meno generiche, da stampare sui pacchetti (ad es. “può provocare il cancro”)

Gli additivi

I fabbricanti dovranno specificare le sostanze che aggiungono al tabacco. Questo permetterà di verificare a quali altre sostanze siano esposti i fumatori e quale ne sia la funzione (ad es. l’aggiunta di alcalinizzanti serve per fornire più nicotina biodisponibile e quindi per indurre più dipendenza).

Salutiamo quindi questa direttiva con profonda soddisfazione. Speriamo che le solite “lobbies” non riescano a bloccare questa iniziativa che è importante sia per la salute, sia per non continuare a perpetrare un inganno nei confronti della comunità.

NEWS

Anche il sigaro è pericoloso!

La vendita di sigari è aumentata negli ultimi anni. Un certo numero di fumatori infatti pensa che sia meno pericoloso delle sigarette e fuma il sigaro come mezzo per assumere la nicotina di cui ha bisogno. Anche fumare il sigaro, tuttavia, comporta rischi rilevanti per la salute. Rischi elevati si trovano infatti per il polmone, per la cavità orale e per l'esofago. Per i fumatori di sigaro che inalano il fumo si ritrovano rischi aumentati anche per la vescica ed il pancreas (Shapiro JA, Jacobs EJ, Thun MJ. Cigar smoking in men and risk of death from tobacco-related cancers *Fumo di sigaro nei maschi e rischio di morte per i tumori legati al tabacco*. JNCI 92 (4): 333-7, 2000)

Fumo e tumore alla vescica

Il primo fattore di rischio per il tumore alla vescica è il fumo di sigaretta. Questo rischio aumenta con il numero di sigarette fumate e con la durata. Ma attenzione: il rischio diminuisce rapidamente per coloro che smettono, anche se non raggiunge mai quello dei non fumatori (Brennan P. *et al*. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. *Fumo di sigaretta e tumore alla vescica: analisi combinata di 11 studi caso controllo* Int. J Cancer 86: 289-294, 2000

Il fumo di sigaretta triplica il rischio di contrarre la sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

La SLA, detta anche malattia del motoneurone, è una malattia neurologica devastante che provoca la morte selettiva dei neuroni motori dei muscoli. Per questa malattia, che colpisce poco più di una persona su 100000 ogni anno, non vi sono terapie e la morte sopravviene a 2-3 anni dalla diagnosi. Un recente studio ha riscontrato un rischio di più di tre volte per i fumatori (Nelson LM. *et al* Population-based case control study on amyotrophic lateral sclerosis in western Washington state: I cigarette smoking and alcohol consumption *Studio casi-controlli di poolazione sulla SLA nell'ovest dello stato di Washington: Fumo di sigaretta e consumo di alcool*. Am J Epidemiol 151:156-65, 2000).

Il fumo di sigaretta favorisce le infezioni da pneumococco

Lo *streptococcus pneumoniae* è la causa più comune della polmonite. L'elevata mortalità per la malattia invasiva ed i problemi di resistenza del microrganismo ne fanno un serio problema di salute. Un recente studio ha riscontrato un rischio quadruplo di polmonite invasiva da pneumococco facendo del fumo di sigaretta il maggior fattore di rischio per l'instaurarsi di una polmonite. Anche l'esposizione a fumo passivo è associata ad un rischio doppio della malattia. Agire sul fumo attivo e passivo è quindi efficace per ridurre l'incidenza di polmonite nella popolazione (Pekka Nuorti J *et al*. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. *Fumo di sigaretta e polmonite invasiva pneumococcica*. N Engl J Med 342: 681-9, 2000).

Muore d'asma: imputato il fumo passivo

Stefania C, 25 anni è stata stroncata da un attacco di asma dopo essere stata esposta al fumo dei colleghi di lavoro. L'esacerbazione degli attacchi di asma è uno degli effetti del fumo passivo, che ricordiamo essere il terzo fattore di mortalità evitabile dopo il fumo attivo e l'alcool. Secondo la legge la responsabilità va ricercata nel comportamento del datore di lavoro e dei colleghi (v. la Guida dell'Osservatorio sul fumo passivo ed il n. 2 del Bollettino). Il caso di Stefania ha potuto

essere riconosciuto per la sua tremenda gravità e la rapidità dell'effetto. Ma moltissimi sono i casi di malattia e di morte dovuti ad esposizioni passate o attuali a fumo passivo che non potranno mai essere riconosciuti. No dunque al fumo passivo in ambiente di lavoro!

SOGNANDO CALIFORNIA...

Di Milena Calati

Questa volta sarebbe davvero opportuno non lasciarsi sfuggire l'occasione di emulare il comportamento dei californiani!

Sì, perché la lotta contro il tabacco intrapresa oltre oceano è risultata davvero fruttuosa.

Un recente studio dimostra come il Programma di Controllo del Tabacco della California (realizzato dalla Proposition 99: normativa che ne prevede i punti fondamentali) abbia provocato, nel lungo termine, una diminuzione del consumo di sigarette che va dal 10 al 13%, con la prospettiva di raggiungere entro quest'anno il 15%. Percentuali queste molto più alte rispetto a quelle ottenute nel resto degli Stati Uniti.

Il Programma ha avuto inizio nel 1989 e ha portato la California a raggiungere quasi immediatamente il livello di consumo di sigarette pro capite più basso che si fosse mai riscontrato in questo stato.

La Proposizione 99 ha aumentato notevolmente i prezzi delle sigarette attraverso una elevata crescita della tassa d'accise sulle sigarette e ha destinato buona parte delle entrate dovute a tale iniziativa a programmi che disincentivassero l'uso di tabacco.

Come dimostra uno studio condotto negli Stati Uniti (7) ad un aumento delle tasse sulle sigarette, pari a un centesimo di Dollaro per pacchetto, corrisponde una riduzione del consumo di sigarette di oltre 1/2 pacchetto pro capite all'anno

Un punto essenziale della Proposizione 99 è stato l'utilizzo di una massiccia campagna di informazione attraverso i mass media con messaggi anti fumo mirati in particolare alle categorie più a rischio come giovani e donne incinte.

Sono stati attuati inoltre interventi a livello locale nelle scuole e attraverso altre istituzioni, aventi lo scopo di porre in essere la prevenzione, ma anche di favorire la cessazione del fumo e di fornire servizi ai soggetti meno abbienti.

E' stata introdotta una linea telefonica di assistenza utilizzata da oltre 100.000 utenti. Questa iniziativa è diventata la principale causa di cessazione del tabagismo attuata dal Programma di Controllo del Tabacco della California.

L'attuazione del Programma non è stata senza problemi, dovuti a difficoltà di coordinamento dei vari interventi, nonché all'influenza indiretta dell'industria del tabacco. Le multinazionali produttrici di sigarette hanno intensificato notevolmente la pubblicità dei propri prodotti e fornito informazioni in contrasto con quelle divulgate dal programma.

Aumentare le tasse sulle sigarette, però non basta: è necessario che le entrate ottenute attraverso l'aumento dei prezzi vengano realmente utilizzate per programmi per disincentivare il fumo.

Negli anni in cui si è verificata una diminuzione dei finanziamenti stanziati per il controllo del tabacco, infatti, il calo del numero di fumatori, fino ad allora sensibile, ha subito un arresto (periodo dal 1990 al 1994).

Anche durante tale periodo la situazione in California è stata più favorevole rispetto a quella degli altri stati. Il tasso di diminuzione del numero di fumatori in tale periodo era 0,39% all'anno. Per il resto degli Stati Uniti invece, si è riscontrato solo lo 0,05% all'anno di diminuzione.

Complessivamente nel periodo che va dal 1978 al 1994, il numero di fumatori adulti in California era approssimativamente inferiore del 2-5% rispetto a quello registrato nel resto degli Stati Uniti. Mentre nel periodo dal 1990 al 1994 negli U.S.A. il numero di fumatori adulti era nel complesso essenzialmente stabile, in California ha continuato a decrescere significativamente.

Il più recente STAKE Act (Stop Tobacco Access to Kids Enforcement), atto normativo realizzato in California nel 1995, ha rinforzato il divieto di vendita di prodotti del tabacco ai giovani, portando la percentuale di sigarette acquistate da minorenni dal 37% (1995) al 13,1% (1998). Questo risultato è stato ottenuto prevedendo sanzioni più severe e intensificando i controlli.

Sull'esempio della California anche il Massachusetts, l'Arizona e recentemente anche l'Oregon e il Maine hanno posto in esse programmi nazionali di controllo del tabacco, attuati tramite l'aumento delle tasse d'accise statali imposte sui tabacchi.

L'importanza del Programma attuato in California risiede anche nel fatto che il modello da esso approntato è tecnicamente e progettualmente attuabile in ogni paese, compreso il nostro, che ne trarrebbe indubbiamente innumerevoli vantaggi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Siegel M., Mowery P.D., Pea
- 2)
- 3) Chacek T.P., Stauss W.J., Schooley M.W., Merritt R.K., Novotny T.E., Giovino G.A., Eriksen M.P.: Trends in Adult Cigarette Smoking in California Compared with the Rest of the United States. *Tendenza del Fumo di Sigaretta tra Adulti in California Comparata col Resto degli Stati Uniti*, 1978-1994. American Journal of Public Health, 90, No.3: 372-379, March 2000
- 4) Bal D.G., Kizer K.W., Felten P.G., Mozar H.N., Niemeyer D.: Reducing Tobacco Consumption in California. Development of a Statewide Anti-Tobacco Use Campaign. *Ridurre il Consumo di Tabacco in California. Sviluppi di una Campagna Nazionale Contro l'Uso del Tabacco*, JAMA, 264, No 12:1570-1574, 26 September 1990
- 5) Wakefield M., Chaloupka F.: Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the U.S.A. *Efficacia di Vasti Programmi di Controllo del Tabacco per la Riduzione del Fumo tra Adolescenti negli Stati Uniti*, Tobacco control, 9, No. 2: 177-186, June 2000
- 6) Landrine H., Klonoff E.A., Reina-Patton A.: Minors' access to tobacco before and after the California STAKE Act. *Accesso dei minori al tabacco prima e dopo il California STAKE Act*, Tobacco Control, 9, No. 2 (Suppl II): ii15-ii17, June 2000
- 7) Pechmann C., Reibling E.T.: Anti-smoking advertising campaigns targeting youth: case studies from U.S.A. and Canada. *Campagne pubblicitarie anti fumo indirizzate ai giovani: studio dei casi dagli U.S.A. al Canada*, Tobacco control, 9, No. 2 (Suppl II): ii18-ii31, June 2000

- 8) Zhu S.H., Anderson C.M., Johnson C.E., Tedeschi G., Roeseler A.: A centralized telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Un servizio telefonico centralizzato per la cessazione dell'uso di tabacco: l'esperienza della California*, Tobacco Control, 9, No. 2 (Suppl II): ii48-ii55, June 2000
- 9) Meier K.J., Licari M.J.: The effect of cigarette taxes on cigarette consumption, 1955 through 1994. *Effetto delle tasse sulle sigarette sul consumo di sigarette*, American Journal of Public Health, 87, No.7: 1126-1130, July 1997

Riportiamo il Disegno di Legge anti-fumo promosso dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi.

Il provvedimento è già stato approvato dal Consiglio dei ministri e ora dovrà passare al vaglio di Camera e Senato.

Nel felicitarsi per il compimento di questo importante passo avanti nella lotta al tabagismo, l'Osservatorio sul Tabacco si impegna a seguire nei prossimi mesi l'iter di approvazione del DDL e invita i suoi lettori a non essere timidi: ricordiamo che in molti luoghi chiusi il divieto di fumo esiste già, occorre chiedere di rispettarlo.

Schema di disegno di legge recante disposizioni organiche sul divieto di fumare

Art. 1

(Divieto di fumare)

1. E' vietato fumare nei seguenti ambienti chiusi, pubblici e privati, quando vi sia accesso al pubblico:
 - a) uffici pubblici e privati;
 - b) strutture sanitarie, ivi compresi gli studi medici;
 - c) scuole di ogni ordine e grado, ivi comprese le università;
 - d) mezzi di trasporto pubblico e relative stazioni, ivi comprese quelle portuali, marittime ed aeroportuali;
 - e) strutture destinate ad attività sportiva, ricreativa, culturale, congressuale, di spettacolo e di ritrovo;
 - f) esercizi commerciali, esercizi di parrucchieri ed estetiste, di ristorazione e qualsiasi altro locale in cui si somministrino alimenti e bevande;
 - g) locali di uso comune di alberghi, pensioni e locande.
2. Il divieto di fumare si applica, altresì, negli ambienti chiusi, non aperti al pubblico in cui si svolge attività lavorativa.
3. Lo stesso divieto si applica nei locali chiusi di soggiorno e di lavoro dell'Amministrazione della difesa, delle finanze e degli stabilimenti di prevenzione e di pena, delle forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, diversi da quelli contemplati ai commi 1 e 2.
4. Con Regolamento ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della sanità, può essere aggiornato o modificato l'elenco degli ambienti e dei locali di cui ai commi 1, 2 e 3 – che per le loro caratteristiche oggettive determinino la possibile

prolungata e diretta esposizione dei non fumatori al fumo passivo – ai quali estendere il divieto di fumare ai sensi del presente articolo, precisando per ciascuno di essi i parametri di afflusso di persone e di ventilazione che comportano l'applicazione del divieto, ferma restando in ogni caso l'applicazione dell'articolo.

5. Nei locali in cui si applica il divieto di fumare è obbligatoria l'apposizione di cartelli con l'indicazione del divieto, delle relative prescrizioni normative, delle sanzioni, del nominativo del soggetto cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e dell'autorità competente ad irrogare la sanzione.

Art. 2

(Aree per fumatori)

1. In deroga al divieto di cui all'articolo 1, possono essere istituite apposite aree riservate ai fumatori, da indicarsi mediante appositi cartelli, che rispondano ai seguenti requisiti:
 - a) rispetto delle norme vigenti in materia di prevenzione degli incendi e di igiene degli ambienti, nonché dei principi contenuti nel decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modifiche ed integrazioni, sul miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro;
 - b) idonea separazione fisica dagli ambienti ove vige il divieto di fumare;
 - c) adeguata ventilazione e depurazione dell'aria mediante idonei impianti.
2. Relativamente ai locali di cui all'articolo 1, comma 2, l'istituzione di aree riservate per fumatori è definita a seguito di contrattazione locale con le organizzazioni sindacali e con gli organismi di rappresentanza del personale. Limitatamente ai locali di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, dell'Amministrazione della Difesa, delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco, nonché per quelli compresi nelle aree di cui all'articolo 23, comma 6, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, si provvede con le modalità stabilite con decreto del Ministro competente di concerto con i Ministri della Sanità, del Lavoro e della Previdenza sociale e della Funzione pubblica, tenendo conto delle particolari esigenze e delle disposizioni del decreto legislativo 25 maggio 1995, n. 195.

Art. 3

(Obblighi dei responsabili)

1. I soggetti preposti alla direzione della struttura pubblica ovvero investiti della responsabilità della struttura privata sono tenuti a:
 - a) curare l'affissione dei cartelli indicatori dei divieti;
 - b) applicare le norme per le aree riservate per fumatori;
 - c) vigilare sul rispetto dei divieti, direttamente o mediante personale a ciò delegato.

Art. 4

(Sanzioni)

1. La violazione del divieto di cui all'articolo 1 è punita con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire 50.000 a lire 300.000. All'accertamento dell'infrazione ed alla verbalizzazione provvedono i competenti organi di polizia, corpi di polizia municipale e in generale i soggetti con qualifica di agente di polizia giudiziaria, l'incaricato della vigilanza limitatamente ai luoghi che rientrano nella disponibilità della Pubblica Amministrazione, e il delegato del datore di lavoro limitatamente ai luoghi di lavoro di cui all'articolo 1, comma 2.

2. La violazione degli obblighi di cui all'articolo 3 è punita con la sanzione amministrativa di una somma da lire 1.000.000 a lire 3.000.000. All'accertamento dell'infrazione e alla verbalizzazione provvedono i competenti organi di polizia, corpi di polizia municipale e in generale i soggetti con qualifica di agente di polizia giudiziaria, e, laddove previsti da specifici ordinamenti, gli organi di vigilanza preposti a ciascun settore di competenza.
3. La competenza per l'irrogazione delle sanzioni in caso di mancato pagamento è attribuita alla Regione quando la proibizione di fumare riguarda luoghi, locali o mezzi di trasporto di pertinenza regionale. In tutti gli altri casi è competente il Prefetto.
4. La disciplina del procedimento relativo alla contestazione ed alla notificazione delle violazioni, al pagamento in misura ridotta, all'obbligo del rapporto e all'emissione dell'ordinanza-ingiunzione è regolata dalle disposizioni contenute negli articoli 14, 16, 17 e 18 della legge 24 novembre 1981, n. 689.
5. I proventi delle sanzioni amministrative, compresi quelli derivanti dal pagamento in misura ridotta previsto dall'art. 16 della Legge 24 novembre 1981, n. 689, sono attribuiti alle Regioni o alle Province autonome territorialmente interessate in base all'accertamento delle infrazioni al divieto di fumare, finalizzati ad attività di prevenzione e lotta al tabagismo.
6. I soli proventi connessi ad infrazioni accertate in locali od ambienti di pertinenza dell'amministrazione dello Stato da parte di suoi dipendenti sono versati presso la sezione di Tesoreria provinciale territorialmente competente – anche a mezzo di conto corrente postale – al bilancio dello Stato, con imputazione al capo VIII, capitolo di entrata 2301, con indicazione della causale del versamento, per essere riassegnati alla corrispondente unità previsionale di base del Ministero della sanità e destinati all'informazione e all'educazione sanitaria, finalizzati ad attività di prevenzione e lotta al tabagismo.

Art. 5

(Entrata in vigore)

1. Le disposizioni della presente legge – che non comporta alcun nuovo onere finanziario a carico del bilancio dello Stato – entrano in vigore il centottantesimo giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana.
2. Dalla stessa data è abrogata la legge 11 novembre 1975, n. 584, concernente il divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico.