



Ministero della salute

SCHEDA PROGETTO n°2

Fumo ed ambiente domestico

Fumo ed ambiente domestico

Descrizione ed analisi del problema

Le famiglie italiane trascorrono normalmente la quasi totalità del proprio tempo (90%) all'interno di edifici (casa, edifici pubblici, centri commerciali). L'attenzione all'inquinamento indoor riveste quindi un'importanza considerevole. Una delle principali fonti di inquinanti indoor è rappresentata dal fumo di sigaretta.

Il fumo di tabacco viene in genere suddiviso in fumo attivo e fumo passivo in base al modo in cui viene prodotto, a piccole differenze di composizione chimicofisica, e per il diverso grado di rischio di malattia che comporta.

Si calcola che i non fumatori esposti a fumo passivo in realtà siano costretti a «fumare» un equivalente di 1-3 sigarette. Ciò comporta pur sempre un rischio di malattia che, anche se minore rispetto al fumo attivo in termini di esposizione cumulativa individuale, interessa un'ampia popolazione (è a rischio infatti il 65% dei non fumatori, circa 20 milioni di persone). Rischio, in questo caso, non voluto e prevenibile, che spesso ricade su persone affette da patologie preesistenti e che ne possono subire conseguenze immediate, come nel caso dei soggetti asmatici, dei bambini e delle donne gravide.

Sebbene generalmente distinti in due categorie separate, dal punto di vista fisico-chimico non ci sono particolari differenze tra fumo attivo e passivo. Nel fumo si ritrovano numerose sostanze cancerogene (idrocarburi policiclici, benzene, nitrosamine), sostanze irritanti e allergeniche come la formaldeide, gas nocivi come il CO o irritanti come gli ossidi di zolfo e di azoto, oltre alla nicotina, che con le sue proprietà di vera e propria droga è responsabile della dipendenza. Come il fumo attivo, anche il fumo passivo è stato di recente classificato come sostanza cancerogena per l'uomo.

Per entrambi i tipi di rischio vale il concetto di dose-risposta: maggiore è l'entità dell'esposizione, maggiore è il rischio di malattia.

Negli ambienti chiusi il fumo di sigaretta può creare concentrazioni di polveri sottili molto elevate, fino a 100 volte superiori ai limiti di legge consentiti per l'ambiente esterno.

Il fumo di tabacco ambientale rappresenta un vero agente d'inquinamento. Secondo l'ISTAT il fumo dei genitori e di altri componenti della famiglia condiziona fortemente il comportamento giovanile.

Obiettivo dell'azione:

Realizzare i seguenti documenti tecnici e linee guida:

1. Revisione dell'analisi di contesto.
2. Definizione di linee guida per migliorare la qualità dell'aria indoor (IAQ) in accordo con la scheda progettuale dedicata alla prevenzione delle allergie nelle scuole.
3. Progettazione di campagne di informazione ed educazione sanitaria rivolte, alle famiglie per favorire l'adozione di comportamenti in grado di contrastare l'abitudine al fumo

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Come per altri interventi sugli stili di vita, la prevenzione del fumo in ambiente domestico trova come criticità la resistenza (culturale, sociale, ecc.) al cambiamento. Nonostante ciò, le misure intese a ridurre la concentrazione di allergeni indoor andrebbero sempre applicate ai fini della prevenzione

Metodologia/fasi del progetto:

1. Ricerca/analisi dei dati epidemiologici. Elaborazione di un documento di sintesi.

2. Revisione della documentazione e ricerca delle buone pratiche in tema di prevenzione fumo in ambiente domestico. Esame di fattibilità delle proposte individuate. Elaborazione di un documento.
3. Individuazione di modelli comunicativi efficaci applicabili al contesto nazionale. Progettazione di campagne di informazione ed educazione sanitaria.

Responsabile:

Dr.ssa Daniela Galeone - Dr. Lorenzo Spizzichino

Dr. Stefano Centanni

Indicatori per il monitoraggio dell'attuazione dell' Azione:

- Realizzazione della seguente documentazione:

1. Documento di sintesi dell'analisi di contesto.
2. Documento di sintesi dell'analisi sulle buone pratiche.
3. Documento di progetto per campagne di informazione ed educazione sanitaria alla popolazione.

Cronoprogramma

1. Ricerca/analisi dei dati epidemiologici: 0-6 mesi. Elaborazione di un documento di sintesi: 7-9 mesi.
2. Ricognizione delle buone pratiche informative. Individuazione di modelli comunicativi efficaci applicabili al contesto nazionale. Progettazione di campagne di informazione ed educazione sanitaria: 0-18 mesi.

Risorse e budget

Isorisorse

Risultato atteso

Bibliografia