



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
7^a legislatura

Presidente
V. Presidente
Assessori

Giancarlo Galan
Fabio Gava
Renato Chisso
Giancarlo Conta
Marialuisa Coppola
Antonio De Poli
Marino Finozzi
Massimo Giorgetti
Raffaele Grazia
Antonio Padoin
Floriano Pra
Ermanno Serrajotto
Raffaele Zanon

Segretario

Antonio Menetto

Deliberazione della Giunta

n. **2488** del **6 AGO. 2004**

OGGETTO: Programma di prevenzione delle malattie fumo correlate.
IMPEGNO DI SPESA ai sensi dell'art. 42, L.R 39/2001

Il Vice Presidente – Assessore alle Politiche Sanitarie – Avv. Fabio Gava, riferisce quanto segue.

Analizzando le più importanti cause di malattia nel Veneto, il consumo di tabacco costituisce, di gran lunga, il più importante fattore di rischio per la salute, in particolare le malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie.

Il fumo, infatti, è causa molto rilevante delle maggiori malattie cardiovascolari, cioè coronaropatie e ictus (20-25%), aneurisma dell'aorta (50%), arteriosclerosi dei vasi degli arti inferiori (25%) e cuore polmonare cronico (80-90%).

Il consumo di tabacco ha un peso ancora maggiore sull'origine dei tumori causandone circa un terzo, in particolare quelli del polmone (quasi 90%), vescica (28%), pancreas (25%), esofago (66%), rene (25%) e leucemie (19%).

Il fumo, inoltre, costituisce il principale fattore di rischio per bronchite cronica ed enfisema e costituisce un'importante concausa di polmonite (20%).

Il fumo è un fattore di rischio anche per malattie non mortali, quali l'osteoporosi e quindi per la frattura del femore.

Gli effetti del fumo sono gravi anche sugli individui esposti a fumo passivo, in particolare sul feto, essendo tra le più importanti cause di basso peso alla nascita, e sul neonato, potendone indurre la morte improvvisa. Negli adulti il fumo passivo provoca cancro del polmone e broncopatia cronica e aggrava malattie preesistenti (ad esempio l'asma).

A qualsiasi età smettere di fumare migliora lo stato di salute sia dei fumatori sani sia di quelli sofferenti per malattie.

La riduzione della prevalenza di fumatori nella comunità, ottenuta attraverso la disassuefazione dei fumatori e la dissuasione dall'iniziare nei giovani non fumatori, migliora sostanzialmente la salute della comunità.

La Giunta regionale ha approvato negli anni 2001-2002-2003, con deliberazioni n.1521/2001, n. 3231/2002, n. 4076/2003, tre programmi annuali di prevenzione delle patologie fumo-correlate.

Mod. B copia

Le strategie elaborate per l'attuazione dei Programmi prevedevano quattro linee di azioni:

1. limitare o impedire l'iniziazione al fumo di sigaretta degli adolescenti;
2. aiutare i fumatori attivi a smettere di fumare;
3. proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo;
4. attività di sorveglianza, monitoraggio, ricerca e valutazione.

L'approvazione della legge statale 16 gennaio 2003, n. 3, articolo 51 "Tutela della salute dei non fumatori" e il D P C M 23 dicembre 2003 di attuazione dell'articolo stesso, costituiscono un forte mezzo di dissuasione dei fumatori in quanto dettano rigide disposizioni allo scopo di limitare i danni da fumo passivo e possono stimolare i fumatori attivi a cercare di smettere definitivamente.

Rimane tuttavia insoluta la richiesta dei fumatori di ausilio alla disassuefazione.

Alla luce di tale premesse epidemiologiche, cliniche, etiche, sociali e normative, è evidente la necessità di intervenire sia sul piano della disassuefazione (richiesta dei fumatori di essere aiutati a smettere) sia sul piano della prevenzione primaria (controllo dei fattori di rischio comportamentali e socio-ambientali, promozione dei fattori di protezione personali e sociali).

Tali strategie devono essere contenute all'interno di un programma triennale che si articola secondo due linee di intervento: la prevenzione della iniziazione al fumo e il trattamento per la disassuefazione.

Per l'elaborazione di tale programma che si svilupperà nel periodo 2005-2007 sono state predisposte delle linee di sviluppo che si allegano al presente provvedimento.

Per l'anno in corso, si dà mandato al dr. Stefano Nardini, Primario U.O. Pneumo-tisiologia presso l'ospedale di Vittorio Veneto (Azienda ULSS n.7), il quale ha partecipato attivamente ai precedenti Programmi regionali di prevenzione delle patologie fumo-correlate posti in essere dal 2001, di coordinare la continuazione delle azioni già in corso e la predisposizione del programma triennale 2005-2007 secondo le linee di sviluppo allegate al presente provvedimento.

All'interno del programma triennale, al dr. Nardini, è inoltre affidata la conduzione tecnico-scientifica delle linee d'azione sulla disassuefazione, mentre al dr. Sandro Cinguetti, Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS n. 7, il quale è responsabile del Piano triennale "Servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto" che, tra l'altro, ha elaborato il progetto "Tabagismo", è affidata la conduzione tecnico-scientifica delle linee di azione relative alla prevenzione.

Il Servizio Sanità Pubblica della Direzione regionale per la Prevenzione è incaricato di curare la gestione istituzionale della attività.

Per l'elaborazione del suddetto programma triennale 2005-2007 e per la continuazione e implementazione per l'anno 2004 delle attività programmate per la prevenzione delle patologie fumo correlate, è prevista una spesa di € 280.000,00 per l'anno 2004.

Si affida la gestione contabile amministrativa e si assegna l'importo di € 280.000,00 all'Azienda ULSS n. 7 in quanto il coordinamento delle attività 2004 e la conduzione tecnico-scientifica della due linee di azione in cui si articola lo stesso sono affidate a medici che operano in quella Azienda.

E' istituito un comitato guida che affianca il coordinatore del programma, con i seguenti compiti:

1. elaborare sulla base delle linee di sviluppo allegate, il programma triennale 2005-2007;
2. esprimere parere tecnico scientifico sull'attività del 2004;
3. individuare i metodi di riparto per il finanziamento 2004

Il Comitato Guida è nominato con decreto della Dirigente regionale della Direzione per la Prevenzione ed è composto da:

- la Dirigente regionale della Direzione per la Prevenzione (Presidente) o suo delegato;
- il Coordinatore del Programma e responsabile tecnico-scientifico della linea d'azione sulla disassuefazione;
- il Responsabile tecnico-scientifico della linea di azione sulla Prevenzione;
- il Direttore scientifico del SER - Area prevenzione;
- il Dirigente del Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie, Avv. Fabio Gava, conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore Vice Presidente – Assessore alle Politiche Sanitarie – Avv. Fabio Gava, incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione ai sensi dell'articolo 33, secondo comma dello Statuto il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTA la legge 16 gennaio 2003, n. 3, articolo 51 "Tutela della salute dei non fumatori" e il D P C M 23 dicembre 2003 di attuazione dell'articolo 51;

VISTE le delibere di Giunta regionale: n. 1521/2001, n. 3231/2002, n. 4076/2003 di approvazione dei programmi regionali di Prevenzione delle patologie fumo-correlate: piani di attività rispettivamente per gli anni 2001, 2002, 2003;

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, le linee di sviluppo dell'attività di prevenzione delle malattie fumo correlate, allegate al presente provvedimento (allegato 1);
2. di affidare, per le motivazioni espresse in premessa:
 - il coordinamento delle linee di sviluppo di cui al precedente punto 1) e la conduzione tecnico-scientifica della linea di azione sulla disassuefazione al dottor Stefano Nardini;
 - la conduzione tecnico-scientifica della linea di azione sulla prevenzione al dottor Sandro Cinquetti;
 - la gestione contabile-amministrativa all'Azienda Ulss n.7;
3. di incaricare il Servizio Sanità Pubblica della Direzione regionale per la Prevenzione di curare la gestione istituzionale della attività;
4. di istituire un Comitato guida, avente i compiti descritti in premessa, da nominare con Decreto della Dirigente regionale per la Prevenzione, nella composizione di seguito indicata:

- la Dirigente regionale della Direzione per la Prevenzione (Presidente) o suo delegato;
- il Coordinatore del Programma e responsabile tecnico-scientifico della linea d'azione sulla disassuefazione;
- il Responsabile tecnico-scientifico della linea di azione sulla Prevenzione;
- il Direttore scientifico del SER - Area Prevenzione;
- il Dirigente del Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione.

5. di assegnare all'Azienda ULSS n.7, responsabile della gestione contabile- amministrativa, un finanziamento di € 280.000,00 per l'anno 2004;

6. di impegnare l'importo di € 280.000,00 con imputazione al capitolo 60047 del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004;

7. di liquidare la somma di € 280.000,00 all'Azienda ULSS n. 7 secondo le modalità di seguito indicate:

- 60% all'approvazione del presente provvedimento;
- 40% a saldo, alla presentazione alla Direzione regionale per la Prevenzione, entro e non oltre il 30 giugno 2005, della relazione sull'attività svolta e della rendicontazione delle spese sostenute;

8. di incaricare la Dirigente regionale della Direzione per la Prevenzione dell'adozione di tutti gli atti necessari all'esecuzione del presente provvedimento.

Sottoposto a votazione il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. dott. Giancarlo Galan

DIREZIONE REGIONALE PER I.C. RAGIONERIA E
TRIBUTI

Ai sensi dell'art. 43 LR 30/2001 si espone il visto e si registra in
contabilità l'impegno di spesa n. 4816 cap. 60047
del bilancio 2004 di € 280.000,00

li. 5.08.2004

IL DIRIGENTE REGIONALE
rag. Paolo ARTICO



LINEE DI SVILUPPO DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE FUMO-CORRELATE

PREMESSA

Fin dagli anni 60 è noto che il fumo danneggia la salute del fumatore. Più recente è la nozione che anche il fumo passivo, cioè il fumo inalato dai non fumatori per la convivenza con fumatori attivi, causa cancro del polmone e malattie respiratorie nei bambini e negli adulti. Per chi già soffre di malattie respiratorie, l'inalazione di fumo passivo ne peggiora i sintomi.

I servizi socio-sanitari hanno il dovere di proteggere e promuovere la salute sia degli operatori che dei pazienti, evitando di esporli a ambienti dannosi.

I datori di lavoro, in forza delle leggi esistenti, in particolare la legge 626/94 e la più recente legge 3/2003, articolo 51, con il successivo D.P.C.M. 23 Dicembre 2003, attuativo della legge stessa, hanno l'obbligo di proteggere la salute dei lavoratori, evitando quindi anche l'esposizione al fumo passivo che è da tempo classificato come agente carcinogeno di classe A.

La maggioranza della popolazione è composta da non fumatori e vi è una aumentata sensibilità nella opinione comune verso le problematiche della protezione dell'ambiente di vita.

Tutte questi argomenti rendono necessaria una politica del governo regionale verso il fumo che sia comprensiva dei vari aspetti citati.

IL PESO EPIDEMIOLOGICO DELLA MALATTIA FUMO

Se si analizzano le primarie cause di malattia nel Veneto, il consumo di tabacco appare essere di gran lunga la più importante, in particolare per malattie respiratorie, cardio-vascolari e tumorali. Il fumo è la principale causa di malattie respiratorie non infettive (in particolare il cancro dei polmoni (dei quali più del 90% sono causati dal fumo), la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (80%) e il cuore polmonare cronico (80-90%)). Anche l'insorgenza di malattie respiratorie infettive, ad esempio la tubercolosi e la polmonite, è facilitata dal fumo di tabacco (Doll, 1999).

Le malattie respiratorie sono la seconda causa di morte nella nostra comunità, dopo le malattie cardiovascolari (European Respiratory Society, 2003).



Tra queste ultime, il fumo causa circa un quarto delle coronaropatie e ictus (20-25%), ma causa anche aneurisma dell'aorta (50%), e arteriosclerosi dei vasi degli arti inferiori (25%).

Ancora, oltre al già citato cancro del polmone, il fumo è all'origine di altri tumori: vescica (28%), pancreas (25%), esofago (66%), rene (25%) e leucemie (19%).

Oltre a quelle citate, che sono le più "pesanti" dal punto di vista epidemiologico, ma anche le più note, altre numerose meno note malattie vedono il fumo come fattore di rischio: ad esempio l'osteoporosi, e quindi la frattura del collo del femore o l'artrite reumatoide (*Uhling et al. 1999*)

Il fumo infine aumenta il rischio di complicanze di malattie già in atto, come da esempio le complicanze micro-e macro-vascolopatiche nei diabetici (*Haire-Joshu et al. 1999*)

Come accennato, anche il fumo passivo è pericoloso per la salute: in esso sono contenute quattro sostanze certamente carcinogene tra le quali il benzene e dieci probabilmente carcinogene. L'esposizione al fumo passivo in ambienti domestici o occupazionali aumenta il rischio di neoplasia polmonare del 30-50% e spiega un quarto dei tumori del polmone tra non fumatori (*EPA, 1990*). Il numero di neoplasie polmonari attribuibile al fumo passivo nel Veneto è pari a circa 60 decessi all'anno. Molto più numerosi sono i casi di infarto acuto del miocardio (*Forastiere, 2001*).

Inoltre il fumo passivo (inteso sia come fumo attivo della madre che come sua esposizione al fumo passivo) è dannoso al prodotto del concepimento, essendo tra le più importanti cause di basso peso alla nascita, e potendo indurre nel neonato la morte improvvisa.

Per l'insieme delle malattie citate, che tra l'altro insorgono prevalentemente nelle classi di età dai 35 ai 69 anni, il fumatore perde mediamente più di 22 anni di vita rispetto al non fumatore (*Boyle, 1998*).

Per questa prematura mortalità e per il fatto che una parte dei fumatori attivi smette una volta raggiunta l'età di mezzo (in Italia l'età media di cessazione del fumo è di 41 anni circa, con variazioni a seconda delle condizioni economico-sociali) si osserva che la prevalenza della abitudine al fumo è ridotta nelle classi d'età più avanzate, mentre la prevalenza maggiore (37,8% tra i maschi e 27,8% tra le femmine, in base ai dati DOXA 2002) è osservata tra i 25 e i 44 anni.

Per quanto detto, il fumo di tabacco è da considerarsi un fattore di rischio maggiore. Poiché però l'abitudine al fumo è caratterizzata da una più o meno marcata dipendenza



fisica alla sostanza farmacologica contenuta nel tabacco, la nicotina, il fumo può essere considerato come una malattia. Oltre che per il fatto che smettere di fumare è molto difficile anche in presenza di adeguata motivazione (i tassi di astinenza a un anno dalla cessazione nei pazienti non assistiti sono intorno al 2-4%) la dipendenza dalla nicotina è facilmente visibile (e spesso vista) in coloro che, nono stante la presenza di malattie fumo-correlate, continuano a fumare.

LA PREVENZIONE DELLA MALATTIE FUMO-CORRELATE

La disassuefazione dal fumo apporta sostanziali e rapidi benefici alla salute sia dell'individuo fumatore sia della comunità nel suo insieme. In conseguenza della cessazione del fumo, ad esempio, i difetti connessi con la circolazione del sangue nei polmoni migliorano dopo 24 ore, consentendo maggiore attività fisica. Il rischio di infarto acuto del miocardio e di tumore polmonare (due tra le maggiori cause di morte nella popolazione veneta) si dimezzano dopo uno e cinque anni dalla cessazione, rispettivamente.

La cura della malattia-fumo attraverso la disassuefazione realizza concretamente la prevenzione delle malattie fumo correlate, allo stesso modo che la terapia dell'ipertensione previene le complicanze di questa, quali l'ictus o l'infarto miocardio. Con la disassuefazione si ottengono una sostanziale e rapida riduzione delle malattie, morti precoci, disabilità ed ospedalizzazioni causate dal fumo.

Persino l'intervento di disassuefazione su soggetti già malati di malattie fumo-correlate apporta vantaggi in termini di sopravvivenza e di miglioramento della qualità di vita.

La disassuefazione definitiva dal fumo è realizzabile anche autonomamente dal fumatore, tuttavia se il trattamento è assistito in ambito sanitario i risultati vengono sostanzialmente migliorati, ottenendo, nel lungo periodo, percentuali di successo superiori al doppio dei tentativi non assistiti (*British Thoracic Society, 1998-2001*).

In generale, la prevenzione delle malattie fumo-correlate è basata sulla riduzione della prevalenza di fumatori e questa può essere ottenuta oltre che attraverso la riduzione del numero di fumatori attuali, anche attraverso la riduzione del numero di non fumatori che iniziano a fumare.

Nella prevenzione della malattie fumo-correlate, tuttavia, solo la prima di queste strategie determina un risultato immediato, con un impatto rapido e misurabile sulla salute



di una comunità, in termini sia di morbosità che di mortalità, dato che i benefici sulla salute dello smettere di fumare si manifestano prontamente (*Peto, Lopez; World Bank,*).

Invece la seconda strategia (la prevenzione della iniziazione al fumo dei giovani- in altre parole la prevenzione del fumo) produce risultati più distanti nel tempo. Ciò avviene perché i fumatori muoiono di malattie correlate al fumo nella mezza età (definita dagli epidemiologi come compresa fra i 35 e i 69 anni) come risultato dell'intervallo (compreso fra i 25 e i 30 anni) che intercorre fra l'inizio del fumo e lo sviluppo di una malattia grave. Così, misure che tendono a persuadere i giovani a non iniziare a fumare non avranno effetto fin quando costoro non saranno arrivati alla mezza età- dai 30 a 50 anni dopo l'intervento.

Le due strategie possono pertanto essere integrate, ma ottengono risultati tanto maggiori in quanto vengono inserite in una politica omnicomprensiva di controllo del fumo (*The Community Preventive*).

Questa comprende, oltre alle misure citate, interventi di educazione alla- e promozione della- salute coinvolgendo anche aziende che si occupano della salute, amministrazioni locali, organizzazioni non governative sociali e di volontariato; iniziative di contro marketing sui mezzi di comunicazione di massa, iniziative di legge e regolamentative, iniziative sui prezzi dei prodotti del tabacco.

Anche la sorveglianza e la valutazione dell'impatto economico del fumo fa parte della politica omnicomprensiva. Lo scopo è quello di giungere a definire quali sono le migliori strategie di prevenzione in termini di efficacia rapportata al costo.

Tutte queste azioni dovrebbero poi essere considerate alla luce delle politiche nazionali e globali di controllo del fumo, quali ad esempio, la recente Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), che si propone tra l'altro di controllare il contrabbando dei prodotti derivati dal tabacco.

IL PIANO REGIONALE E LE AZIONI NAZIONALI E GLOBALI DI CONTROLLO DEL FUMO

La Regione, già con il precedente piano per la prevenzione delle malattie fumo correlate (DRGR N° 3231 del Novembre 2002) ha individuato le tre linee di azione fondamentali (protezione dalla iniziazione dal fumo dei giovani, aiuto ai fumatori per smettere, protezione dei non fumatori dal fumo passivo) e ha sottolineato la necessità di affiancare il piano ad attività di ricerca e di misurazione e controllo del suo impatto e della sua efficacia.



Nei due anni appena trascorsi, l'atteggiamento sociale e culturale nei confronti del fumo è cambiato. Vi è maggior sensibilità della popolazione alle problematiche del fumo passivo. Vi è una maggiore consapevolezza dei danni del fumo attivo. A livello globale, nel 2003 la OMS ha prodotto (e l'Italia ha firmato) la Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) documento che contiene tutte le azioni necessarie per il controllo del fumo e che raccomanda agli stati firmatari una serie di misure (legislative, sociali, sanitarie) in grado di combattere efficacemente la diffusione del fumo. Tra l'altro essa stabilisce obblighi generali per sviluppare e disseminare linee guida basate sulle evidenze scientifiche e sulla migliore pratica clinica e per implementare programmi efficaci e servizi efficaci per trattare la dipendenza da fumo (OMS, 2003).

Sulla strategia di riduzione del numero di giovani non fumatori che potrebbero iniziare sono in corso nel Veneto forti iniziative da parte di associazioni non governative. In Italia, a livello nazionale, è in corso una grande campagna del governo, che continuerà nel corso del 2004-2005 con campagne sulle televisioni locali (D'Ari, 2004). E sempre da parte del governo nazionale è stata varata una normativa che restringe gli spazi per i fumatori, al fine di proteggere i non fumatori dal fumo passivo, che dispiegherà tutti i suoi effetti a partire dall'inizio del 2005.

Inoltre, dati recenti (Gnesotto, 2003) hanno dimostrato che più della metà dei fumatori veneti (più del 60% tra i maschi e più del 50% tra le femmine) vorrebbe smettere.

Nel contesto descritto, la strategia regionale complessiva di prevenzione delle malattie fumo-correlate si concentrerà per il periodo 2004-2006 su due fondamentali aree di lavoro:

- riduzione del numero di fumatori attuali, ottenuta con la disassuefazione attraverso azioni di prevenzione e cura;
- sostegno alle politiche internazionali e nazionali finalizzate a ridurre il numero dei giovani non fumatori che iniziano l'abitudine tabagica e a ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Nella strategia di promozione della disassuefazione dal fumo pur occupando i medici di medicina generale un ruolo centrale, non verranno trascurate le altre categorie di operatori sanitari, in particolare quelli inquadrati nel servizio sanitario pubblico.

Poiché è stato dimostrato che la percentuale di fumatori che cercano assistenza sanitaria per smettere di fumare (e quindi, in ultima analisi, la riduzione della prevalenza di fumatori) dipende anche dall'atteggiamento socio-culturale della comunità di appartenenza nei confronti del fumo, l'efficacia della disassuefazione dal fumo dipende da una miscela di



interventi da parte di operatori di medicina preventiva e di medicina clinica. I primi agiscono attraverso la educazione sanitaria, la vigilanza e il controllo sulla applicazione delle normative esistenti per la protezione dal fumo, e tutti gli interventi sulla comunità che aiutano a convertire i fumatori che non sono interessati a smettere in fumatori che sono interessati a un tentativo. I secondi agiscono attraverso il trattamento di disassuefazione del fumatore. Un trattamento è necessario in quanto il fumatore deve vincere una dipendenza. Infatti il fumo è sostanzialmente un modo di auto-somministrarsi nicotina, sostanza che provoca dipendenza, cioè una malattia cronicamente recidivante. Questa è la ragione principale per cui solo una piccola percentuale di fumatori ogni anno (0,5-5%) riesce a raggiungere l'astinenza duratura senza l'aiuto di un supporto, anche in paesi come il Veneto nei quali le politiche di controllo del fumo sono avanzate e dove le conseguenze sulla salute del l'uso dei prodotti derivati dal tabacco sono ampiamente conosciute.

Ambedue le tipologie di operatori, poi, agiscono sulla formazione del personale sanitario e del volontariato.

PRIORITA' DEL PIANO

In conclusione, considerato che:

- esiste un'elevata domanda, sostanzialmente insoddisfatta, per servizi di cessazione del fumo;
- le strategie di dissuasione al fumo dirette ai giovani trovano efficaci riferimenti nazionali che comunque richiedono applicazione locale;
- la legislazione relativa all'esposizione al fumo passivo entrata recentemente in vigore e la norma sociale corrispondente richiedono interventi applicativi che ne garantiscono l'efficacia regionale,

le priorità di intervento in tema di prevenzione delle malattie fumo-correlate sono così definite:

- a) disassuefazione dei fumatori: le azioni di disassuefazione nel Veneto dovranno essere basate sulle prove di efficacia esistenti e inquadrare nella strategia europea citata. La Regione adotterà linee guida cliniche per la cessazione del fumo per i differenti livelli di intervento individuati e realizzerà le relative iniziative di formazione. Contestualmente, se è vero che oltre ad essere aumentato il numero dei giovani fumatori abituali, l'età di inizio del fumo si è abbassata, appare necessario implementare la disassuefazione dal fumo fin dalla giovane età;



- b) iniziative di prevenzione sui non fumatori perché non inizino, allo scopo di affiancare e potenziare le iniziative in corso del governo nazionale.

In questo ambito di prevenzione "primaria", appare prioritariamente necessario fare il punto della situazione, per conoscere le caratteristiche dei fumatori tra i giovani veneti, le loro motivazioni al fumo e individuare punti di forza e di debolezza del programma regionale già messo in atto negli scorsi anni e per prendere le opportune contromisure;

- c) iniziative di sostegno e di applicazione della normativa statale interna di protezione dall'esposizione al fumo passivo

Attualmente nella regione Veneto numerose figure professionali, in particolare dei Dipartimenti della Prevenzione e dei Servizi per le Tossicodipendenze, svolgono attività di controllo del fumo, sia di carattere preventivo (formazione e educazione sanitaria, promozione della salute) che di carattere clinico (svolgimento di corsi per smettere di fumare). Conseguentemente, un'altra priorità del programma- partendo dal censimento di quanto attualmente in corso- sarà quella di concordare uno standard di intervento e di controllare che qualsiasi iniziativa venga presa relativamente al controllo del fumo da personale sanitario regionale sia conforme a tali standard.

Anche Associazioni non governative e di volontariato sono attive nel controllo del fumo. Anche in questo caso una priorità del piano triennale sarà- dopo il censimento dell'esistente- la condivisione di uno standard e il controllo della coerenza delle attività.

Un'altra priorità delle azioni del piano regionale di prevenzione della malattie fumo-correlate sarà quella di ridurre l'impatto delle diseguaglianze culturali nell'accesso alla educazione sanitaria e ai servizi per smettere di fumare.

