

DOSSIER FUMO

GUADAGNARE SALUTE

1. **Quanto è importante il problema dell'abitudine al fumo per la sanità pubblica italiana?..... 2**
 - ① Prevalenza dei fumatori in Europa
 - ① Prevalenza dei fumatori in Italia
 - ① Fattori che influenzano la prevalenza
 - ① Categorie più vulnerabili all'esposizione
 - ① La prevalenza e gli esiti dei tentativi di cessazione

2. **Quali sono i rischi per la salute legati al fumo? 6**
 - ① Il fumo come sostanza di abuso
 - ① Il tabagismo come malattia cronica
 - ① Morbilità e mortalità associata al fumo
 - ① Fumo passivo
 - ① I benefici della cessazione
 - ① Costi sanitari e costi sociali

3. **Quali programmi contro il tabagismo sono in atto in Europa e in Italia? 12**
 - ① Le azioni internazionali per la lotta al tabagismo
 - ① La strategia dell'Unione europea
 - ① Le azioni italiane per la lotta al tabagismo
 - ① Il programma Guadagnare Salute
 - ① Il Piano nazionale della prevenzione

4. **Quali interventi di popolazione sono appropriati? 19**
 - ① L'approccio complessivo al processo di cessazione del fumo
 - ① La strategia degli interventi di popolazione
 - ① Campagne di mass media e programmi antifumo
 - ① Supporto telefonico
 - ① Formazione e motivazione degli operatori
 - ① Interventi sul prezzo dei prodotti
 - ① Divieto di vendita ai minori
 - ① Norme restrittive
 - ① Riduzione dei costi dei trattamenti di disassuefazione



1. QUANTO È IMPORTANTE IL PROBLEMA DELL'ABITUDINE AL FUMO PER LA SANITÀ PUBBLICA ITALIANA?

PUNTI CHIAVE

- ① Prevalenza dei fumatori in Europa
- ① Prevalenza dei fumatori in Italia
- ① Fattori che influenzano la prevalenza
- ① Categorie più vulnerabili all'esposizione
- ① La prevalenza dei tentativi di cessazione

IN SINTESI

In Italia, circa un quarto della popolazione adulta fuma. L'andamento della prevalenza mostra un declino complessivo fino agli anni Ottanta e Novanta. Questo calo si arresta (per poi riprendere), mostrando una riduzione dell'abitudine al fumo tra gli uomini e un parallelo incremento tra le donne. Nel tempo aumenta anche la percentuale dei fumatori di età compresa tra i 15 e i 24 anni. Oltre al sesso e all'età, fattori che influenzano in maniera significativa la frequenza di tabagismo sono la classe sociale e il livello di istruzione. All'interno della popolazione generale dei fumatori si possono individuare alcune categorie di soggetti che richiedono un'attenzione particolare: gli adolescenti, le donne in età fertile e i soggetti esposti al fumo passivo. Sono pochi i fumatori che tentano con successo di smettere.

Prevalenza dei fumatori in Europa

Secondo dati ufficiali della Comunità europea, pubblicati nel 2009 su [Eurobarometro](#) (il servizio della Commissione europea, che dal 1973 misura e analizza le tendenze dell'opinione pubblica in tutti gli Stati membri e nei Paesi candidati e ogni anno le diffonde tramite rapporti mirati), tre cittadini europei su dieci, sopra i 15 anni di età, fumano: il 26% quotidianamente, il 5% occasionalmente, il 22% ha smesso di fumare e la metà circa dichiara di non avere mai fumato. I Paesi europei con più fumatori sono Grecia (42%), Bulgaria (39%), Lettonia (37%). Quelli con meno: Slovenia (17%) Svezia (18%) e Finlandia (19%). L'Italia, dove si conferma una prevalenza del 29%, si colloca in una posizione intermedia.¹

Prevalenza dei fumatori in Italia

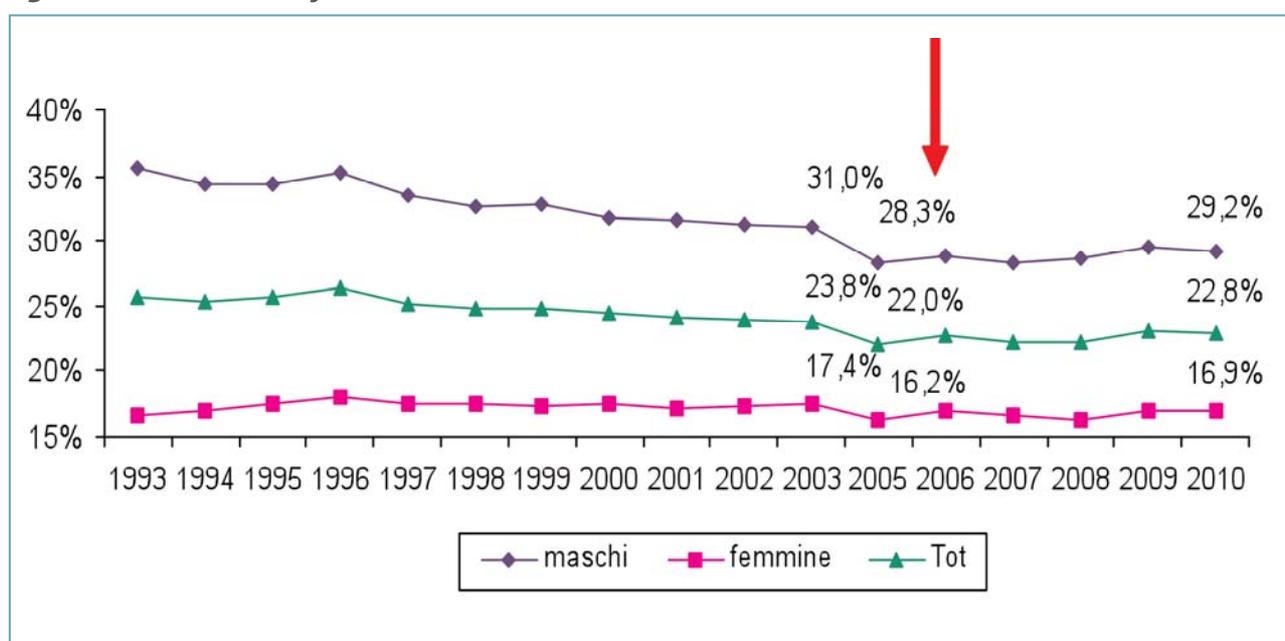
Nel nostro Paese, l'andamento temporale della prevalenza, caratterizzato tra gli anni Sessanta e Ottanta da un forte declino fra gli uomini ma da un altrettanto netto aumento fra le donne, mostra in seguito una riduzione progressiva.

Nel 2009, secondo i dati [Istat](#) (che fanno riferimento a oltre 60 mila interviste faccia a faccia con persone di età superiore ai 15 anni) la percentuale dei fumatori era del 22,39% (maschi 28,6% - femmine 16,6%).²

Secondo i [dati 2009](#) del sistema di sorveglianza di popolazione [Passi](#) (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia, iniziato nel 2007 con l'obiettivo di monitorare lo stato di salute della popolazione italiana adulta di 18-69 anni, attraverso la rilevazione sistematica delle abitudini di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento in atto per modificare i comportamenti a rischio), su

un campione di 39.212 adulti di età compresa tra 18 e 69 anni, il 29% degli intervistati si dichiara fumatore, il 20% ex fumatore e il 51% non fumatore.³ Passi adotta le definizioni condivise dalla comunità internazionale di fumatore (“persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita”), ex fumatore, fumatore in astensione (“persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, ha smesso e non fuma da meno di 6 mesi”).⁴ Fornisce inoltre informazioni aggiuntive su base regionale da cui emergono differenze significative nella prevalenza dei fumatori: in Abruzzo si registra il valore più alto (32%), in Veneto quello più basso (25%). Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 13. Il 7% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno (“forti fumatori”). Tra le donne: la prevalenza è più bassa (24% vs 33%), anche se il dato non è omogeneo sul territorio, sono minori il consumo medio di sigarette (11 vs 15 al giorno) e il forte consumo (solo il 4% consuma più di 20 sigarette al giorno rispetto al 10% degli uomini).³

Figura 1. Prevalenza dei fumatori in Italia⁵



Dati Istat

Secondo i risultati dell'[indagine Doxa](#), condotta nella primavera 2010 per conto dell'Istituto superiore di sanità (Iss), con 3.020 interviste in 149 Comuni di tutte le Regioni italiane, sono 11,1 milioni i fumatori adulti al di sopra dei 15 anni di età, di cui 5,9 milioni sono uomini e 5,2 milioni sono donne. Tra questi, circa la metà fuma più di 14 sigarette al giorno.⁶ A differenza di quanto segnalato nei dati Iss-Doxa, il sistema di sorveglianza Passi rileva un graduale decremento senza inversioni di tendenza, anche transitorie.

Fattori che influenzano la prevalenza

La prevalenza varia anche in base allo stato socioculturale: l'abitudine al fumo è più diffusa tra le persone con diploma di scuola media inferiore e con difficoltà economiche. Anzi, a fronte della riduzione complessiva verificatasi a partire dagli anni Ottanta, nel tempo si è ampliato il divario tra classi sociali, con una prevalenza più elevata nelle categorie più svantaggiate, dovuta probabilmente all'effetto combinato di una maggiore propensione a iniziare a fumare e una minore a smettere.^{1,7,8}



Categorie più vulnerabili all'esposizione

Tutte le indagini epidemiologiche si soffermano con speciale interesse su categorie particolarmente a rischio o la cui esposizione ai danni da fumo andrebbe contrastata con misure mirate: le fasce giovanili, il sesso femminile, i soggetti esposti al fumo passivo. Secondo i risultati dell'indagine Iss-Doxa 2010, è sempre più precoce l'età di inizio: più della metà degli attuali fumatori italiani ha iniziato prima del diciottesimo anno di età (il 17,8% prima dei 15 anni, il 37,7% tra i 15 e i 17 anni). In questa fase della vita è determinante (60% dei casi) l'influenza di amici e compagni di scuola per iniziare all'abitudine.⁶

Lo studio multicentrico Health Behaviour in School-aged Children (Hbsc), promosso dall'Oms e condotto nel 2010, in collaborazione tra l'Istituto superiore di sanità (Iss), le Università di Torino, Padova e Siena, con il coinvolgimento in tutte le Regioni, su circa 77 mila ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, ha rilevato che dichiara di fumare almeno una volta a settimana l'1% dei maschi e lo 0,2% delle femmine di 11 anni, il 4,14% dei maschi e il 3,68% delle femmine di 13 anni e, soprattutto, il 19,08% dei maschi e il 19,42% delle femmine di 15 anni.⁹

Le donne giovani, pur fumando meno in senso relativo rispetto agli uomini, rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile, anche in quanto prese di mira dalla pubblicità dell'industria del tabacco, dove consentita. L'edizione 2010 della Giornata mondiale contro il fumo (*World no tobacco day*) è stata infatti dedicata agli effetti nocivi delle strategie di marketing su donne e ragazze. Spesso le donne giovani o quelle che si sono avvicinate al fumo da poco, sono attratte dalla proposta di "fumo leggero" con l'utilizzo delle sigarette *light*, convinte erroneamente del minor danno potenziale di tale scelta. È questa, però, un'idea sbagliata, tanto che l'Unione europea ha vietato la denominazione *light*, dal momento che non esiste alcuna riduzione del rischio per chi fuma adottando sigarette a minor contenuto di catrame e nicotina. Un altro aspetto cruciale per il sesso femminile sono i danni legati alla vita fertile e in particolare alla gravidanza (vedi capitolo 2).

La prevalenza dei tentativi di cessazione

I dati del sistema di sorveglianza Passi indicano che, nel corso del 2009, una quota significativa di fumatori, il 36%, ha tentato di smettere. In linea con le ricerche sull'argomento, che concordano sul fatto che pochi riescono a raggiungere un'astinenza duratura,² soltanto l'8% dei fumatori, tra quelli che hanno tentato di smettere, ha raggiunto un'astensione per un periodo superiore ai 6 mesi.³ Il 60% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, ma nella pressoché totalità dei casi ha effettuato il tentativo senza aiuto.³ Tra le donne fumatrici in età fertile circa il 62% smette spontaneamente di fumare una volta iniziata la gravidanza, il 30% riduce il consumo mentre un 8% continua a fumare. Circa il 25% delle donne che ha smesso spontaneamente di fumare all'inizio della gravidanza ricomincia prima del parto.¹⁰⁻¹²

Il 27,1% dei fumatori intervistati per l'indagine Iss-Doxa 2010 ha riferito di aver fatto almeno un tentativo di smettere senza nessun tipo di supporto (85% dei casi) e con risultati per lo più negativi. La grande maggioranza non ha fumato solo per qualche giorno (25%), qualche settimana (11,9%) o qualche mese (32,9%). Le motivazioni prevalenti al tentativo di cessazione sono generici motivi di salute (39,8%) e la consapevolezza dei danni provocati (32,5%).⁶

Per quanto riguarda il fumo passivo, anche se il 95,4% degli italiani lo ritiene pericoloso per la salute,⁶ nel 28% delle case italiane (nel 20% di quelle in cui vive un minore di 14 anni) si può fumare, anche se frequentemente con alcune limitazioni relative a stanze, orari o situazioni.³



RIFERIMENTI

1. Commissione europea. Eurobarometro 2009. Survey on Tobacco Analytical report. Marzo 2009.
http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf
2. Istat, Health for all – Italia.
<http://www.istat.it/sanita/Health/>
3. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto nazionale Passi 2009.
<http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
<http://www.epicentro.iss.it/passi/IndiceRapporto09.asp>
4. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
Chronic Disease Indicators (Cdc). Indicator Definition.
<http://apps.nccd.cdc.gov/cdi/IndDefinition.aspx?IndicatorDefinitionID=17>
5. Ministero, della Salute, Dipartimento della Prevenzione della Comunicazione
Attività per la prevenzione del tabagismo, rapporto 2009
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1161_allegato.pdf
6. Osservatorio fumo alcol e droga. Ossfad. Il fumo in Italia - Indagine Iss-Doxa 2010.
www.iss.it/ofad
http://www.iss.it/binary/fumo/cont/fumo_2010_long.pdf
7. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto nazionale Passi 2009.
<http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
<http://www.epicentro.iss.it/passi/IndiceRapporto09.asp>
8. Vigna-Taglianti F et al, “Fatti e cifre sul fumo di tabacco. Piemonte - 2008. Prevalenza di fumatori e effetti sulla salute”. Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 4. Regione Piemonte, 2008.
www.oed.piemonte.it
9. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC):
Indagine 2009-2010, presentazione dei risultati
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1286_listaFile_itemName_4_file.pdf
Report nazionale 2006 http://www.hbsc.unito.it/it/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=51&Itemid=75
10. Faggiano F et al, “Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte”. Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007.
www.oed.piemonte.it
11. Cohen S et al, “Debunking myths about self-quitting: evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves”. In: *Am Psychol* 1989;44:1355-65.
12. Fang WL et al, “Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies”. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:264-75.



2. QUALI SONO I RISCHI PER LA SALUTE LEGATI AL FUMO?

PUNTI CHIAVE

- ① Il fumo come sostanza di abuso
- ① Il tabagismo come malattia cronica
- ① Morbilità e mortalità associata al fumo
- ① Fumo passivo
- ① I benefici della cessazione
- ① Costi sanitari e costi sociali

IN SINTESI

Tra i numerosi costituenti del fumo di tabacco, la nicotina è da considerare una sostanza di abuso: il fumo induce un quadro di dipendenza riconosciuto come condizione patologica dalla Classificazione internazionale delle malattie ICD-10 e dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV, con manifestazioni che tipicamente includono un forte desiderio di fumare, una difficoltà a controllare l'uso di sigarette nonostante le conseguenze dannose e i sintomi di astinenza. Il tabagismo va quindi considerato un disturbo cronico recidivante.

Come in tutto il mondo occidentale, nel nostro Paese il fumo attivo rappresenta la prima causa prevenibile di morbilità e mortalità. Più difficili da valutare, ma sicuramente dimostrati, sono gli effetti dannosi del fumo passivo. Sono invece ben noti i benefici organici e funzionali, che si instaurano progressivamente dopo la cessazione.

Il fumo come sostanza di abuso

Il fumo produce dipendenza. Degli oltre 4.000 costituenti chimici del fumo di tabacco, che comprendono più di 50 sostanze tossiche e cancerogene, la nicotina è il principio attivo responsabile del quadro di dipendenza mediato dagli effetti che la sua assunzione prolungata provoca a livello cerebrale sul sistema mesolimbico della gratificazione. La dipendenza da fumo di tabacco è riconosciuta come disturbo patologico sia nella Classificazione internazionale delle malattie ([ICD-10](#)) dell'Organizzazione mondiale della sanità¹ sia nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV) dell'American Psychiatric Association.² Come per altre sostanze d'abuso, la dipendenza si manifesta con l'uso continuo della sostanza, la tolleranza (cioè l'aumento della dose per raggiungere l'effetto desiderato) e la sindrome d'astinenza in seguito alla mancata assunzione. Nel caso del tabacco l'aspetto più rilevante è il *craving*: il desiderio impellente e compulsivo che induce una perdita di controllo nella ricerca e nel consumo della sostanza che ha indotto la dipendenza (anche se presente la consapevolezza delle conseguenze negative per la salute). Rispetto a sostanze come alcol o eroina sono invece meno eclatanti i sintomi d'astinenza, che insorgono in grado variabile a 4-12 ore dalla cessazione del fumo e includono nervosismo, difficoltà di concentrazione, senso di frustrazione e rabbia, sintomi depressivi, insonnia, aumento dell'appetito, stitichezza. I sintomi raggiungono in genere il loro picco durante la prima settimana, per poi attenuarsi nell'arco di settimane o mesi. La dipendenza indotta dal fumo si configura come un disturbo cronico e recidivante. Ai tentativi di cessazione solo raramente fa seguito un'astensione di lungo periodo, mentre sono frequenti le ricadute causate dal persistere o dal ripresentarsi del *craving*.³⁻⁶

Il tabagismo come malattia cronica

Il fumo di tabacco è uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) le persone che muoiono ogni anno per malattie correlate al fumo sono 5,4 milioni (1,6 milioni solo nella Regione Europea dell'Oms), ma in assenza di drastiche misure di controllo (vedi capitolo 4) le cifre sono destinate a salire ulteriormente, con più di 8 milioni di morti previsti per il 2030, di cui l'80% nei Paesi economicamente avanzati. In altri termini, il fumo è implicato in uno ogni dieci decessi in età adulta, manifestando i suoi danni in un lungo intervallo di tempo, data la latenza tra l'inizio dell'abitudine e l'insorgenza della malattia provocata.⁷⁻⁹

Si stima una riduzione dell'aspettativa di vita di circa 10 anni¹⁰ e un aumento del rischio di malattie pneumologiche, cardiovascolari e oncologiche tanto maggiore quanto più è anticipata l'età di inizio. Per esempio, una persona che inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto a un individuo che inizia a fumare all'età di 20 anni.⁴ Per il cancro del polmone il rapporto dei rischi relativi tra fumatori e non fumatori è di circa 15 nella media e di 25 in presenza di forti fumatori¹⁰ ma bisogna anche considerare che il numero degli anni di abitudine al fumo influisce sul rischio di tumore più del numero di sigarette consumate quotidianamente.¹¹ I risultati di uno studio pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2009 indicano comunque che tutti i fumatori, indipendentemente dalla loro classe sociale, hanno un tasso di sopravvivenza più basso rispetto ai non fumatori.¹²

Morbilità e mortalità associata al fumo

Ogni anno, in Italia, circa 80 mila decessi si possono imputare al fumo attivo (attorno al 14% del totale), di cui più di un terzo fra persone di età compresa tra i 35 e i 69 anni. I decessi ascrivibili al fumo sono causati, approssimativamente, per il 17% da patologie respiratorie (broncopneumopatia cronica ostruttiva, infezioni broncopolmonari), per il 25% da patologie cardiovascolari (principalmente infarto, ictus, aritmie cardiache) e per il 48% da patologie oncologiche. Il fumo è implicato in circa l'87% delle morti per cancro della trachea, dei bronchi e del polmone, ma è associato anche a neoplasie di altri organi e sistemi (come tumori del cavo orale, della faringe, dell'esofago, del pancreas).^{3-5,13} Questi dati fanno del fumo di tabacco la principale causa prevenibile di morbilità e mortalità anche nel nostro Paese, come nel resto del mondo occidentale.

Il fumo è un potente fattore sinergico della determinazione del rischio globale e viene considerato come uno dei fattori determinanti nelle [tabelle del rischio cardiovascolare](#) e nella [tabella del rischio per la broncopneumopatia cronica ostruttiva](#).^{4,14,15} Le condizioni morbose associate all'abitudine al fumo sono innumerevoli, raggruppate per [aree tematiche](#) sul sito dell'Oms.¹⁶

La gravidanza è un momento in cui l'esposizione al fumo, anche passivo, è particolarmente critica.^{4,5,17,18} Già nel periodo preconcezionale, il fumo di tabacco incide negativamente sulla fecondità maschile e femminile. Le donne fumatrici che assumono contraccettivi orali presentano un rischio 20 volte maggiore di sviluppo di una malattia tromboembolica.^{5,19} Il fumo durante la gravidanza è associato a un aumento del rischio di complicanze come gravidanza extrauterina, rottura di placenta, placenta previa, aborto spontaneo, parto prematuro. Inoltre, nei Paesi sviluppati è la principale causa di basso peso alla nascita, che è a sua volta causa di morbilità e mortalità perinatale. Le sostanze contenute nel fumo di sigaretta, assorbite dalla madre, passano direttamente al nascituro attraverso il cordone ombelicale e la placenta. Nel sangue del feto giunge poi monossido di carbonio che impedisce un'assunzione adeguata di sostanze nutrienti, con conseguenze negative sullo sviluppo generale e dunque sulla salute del bambino.^{7,8}

Fumo passivo

Il fumo passivo è la più importante fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. Le informazioni sui danni provocati dal fumo ambientale sono aumentate nel corso degli ultimi decenni e il



suo ruolo nello sviluppo di una serie di condizioni patologiche è ora ben documentato.^{7,8,20,21} Nei non fumatori l'esposizione al fumo passivo, classificato come agente cancerogeno dall'Agenzia internazionale di ricerca sul cancro nel 2002, accresce in particolare il rischio di cancro del polmone (del 20-30%) e di malattia coronarica (del 25-30%).²² Tra i non fumatori italiani si stima che a causa del fumo indiretto ogni anno si verifichino più di 500 decessi per tumore del polmone e oltre 2.000 morti per cardiopatia ischemica.²¹ L'esposizione al fumo passivo è inoltre associata a un aumento del rischio di malattie respiratorie, soprattutto nei bambini, mentre le conseguenze nocive del fumo durante la gravidanza includono un aumento del rischio di parto prematuro, basso peso alla nascita e mortalità perinatale.^{4,5,23}

Per quanto riguarda l'esposizione al fumo passivo in gravidanza, il problema dovrebbe essere inquadrato in ambito familiare, tenendo in particolare considerazione i rischi per la donna e anche per i giovani. Nel nostro Paese si stima che più del 50% dei bambini sia esposto al fumo passivo all'interno delle mura domestiche da parte degli stessi genitori, specialmente nelle famiglie dei ceti sociali più disagiati.⁴ L'esposizione al fumo nel corso dell'infanzia si associa a un aumento del rischio di Sids (*Sudden Infant Death Syndrome*), di malattie respiratorie (bronchiti acute, broncopolmoniti, esacerbazioni di asma bronchiale) e di otite media.^{4,5}

I benefici della cessazione

I benefici derivanti dalla cessazione del fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale. Alcuni di questi sono ottenibili a brevissimo termine dall'“ultima sigaretta”, altri impiegano mesi o anni per consolidarsi. Tutti rappresentano elementi da fornire al fumatore per favorire un processo di cambiamento e una motivazione alla decisione di cessazione (vedi capitolo 5).

Tabella 1. Tempistica dei benefici post cessazione⁵

Dopo	
8 ore	l'ossigeno contenuto nel sangue torna a livelli normali
12 ore	quasi tutta la nicotina è stata metabolizzata
24 ore	i livelli ematici del monossido di carbonio sono fortemente ridotti
2-5 giorni	i sensi del gusto e dell'olfatto migliorano
3 giorni	con il rilassamento dell'albero bronchiale è più facile la respirazione e aumenta la capacità polmonare
1 settimana	ci si accorge di avere più fiato, più forza, più energia, più voglia di fare
3 settimane	ci si sente più attivi: il lavoro o le attività che si svolgono risultano più facili
4 settimane	l'attività sessuale migliora: la circolazione sanguigna si potenzia, aumentando la possibilità di avere una normale erezione
6 settimane	il rischio di infezioni delle ferite post operatorie è fortemente ridotto
3 mesi	lo stato delle ciglia polmonari inizia a migliorare; la funzionalità polmonare migliora; la tosse cronica inizia a ridursi
3-6 mesi	1/3 della popolazione che è aumentata di peso ritorna al peso normale
3-9 mesi	la respirazione migliora e la funzione polmonare aumenta del 20-30%
1 anno	l'eccesso di rischio di infarto dovuto al fumo di tabacco risulta ridotto del 50%
5 anni	il rischio di eventi coronarici maggiori torna ai livelli dei non fumatori
5-15 anni	il rischio di ictus cerebrale torna al valore del rischio di chi non ha mai fumato
10 anni	il rischio di sviluppare un cancro al polmone si è ridotto al 30-50% rispetto a quello di coloro che continuano a fumare, e continua a diminuire
10-15 anni	il rischio di morte per tutte le cause è nuovamente simile a quello di chi non ha mai fumato
15 anni	il rischio di coronaropatia è nuovamente simile a quello di chi non ha mai fumato

Modificata da: Faggiano F et al, “Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte”. Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007.

Costi sanitari e costi sociali

Il fumo incide pesantemente anche sulla spesa sanitaria.^{24,25} La sola assistenza ospedaliera per i fumatori supera del 40% quella per i non fumatori con circa 5 miliardi di euro l'anno, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale del 1999 e allo 0,4% del Pil. Queste stime non considerano i costi sociali dovuti al precoce pensionamento o alla morte prematura che, secondo stime statunitensi ammontano a circa il doppio dei costi sanitari. I costi totali annuali del fumo di tabacco ammonterebbero quindi a circa 15 miliardi di euro, di gran lunga superiori ai circa 10 miliardi di euro ricavati dalla vendita di tabacco in Italia.²⁶



RIFERIMENTI

1. World Health Organization, International Classification of Diseases, 10th Edn. Ginevra 1992.
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>
2. American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR). Tr. it. Masson, Milano 2001.
3. Zuccaro P et al, Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio fumo, alcol e droga. Istituto superiore di sanità, 2002.
www.iss.it/ofad
4. Zuccaro P et al, Guida rapida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008. Osservatorio fumo, alcol e droga. Istituto superiore di sanità, 2008.
www.iss.it/ofad
5. Faggiano F et al, "Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte". Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007.
www.oed.piemonte.it
6. Fiore MC et al, Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Maggio 2008.
7. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. 2008.
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>
8. World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. 2009
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>
9. World Health Organization, Tobacco. Fact sheet n. 339. Maggio 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
10. Doll R et al, "Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors". In: *BMJ* 2004;328:1519-28.
11. Flanders WD et al, "Lung cancer mortality in relation to age, duration of smoking, and daily cigarette consumption: results from Cancer Prevention Study II". In: *Cancer Res* 2003;63:6556-62.
12. Gruer L et al, "Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study". In: *BMJ* 2009;338:b480.
13. Vigna-Taglianti F et al, "Fatti e cifre sul fumo di tabacco. Piemonte - 2008. Prevalenza di fumatori e effetti sulla salute". Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 4. Regione Piemonte, 2008
www.oed.piemonte.it
14. Il progetto Cuore, Carta del rischio cardiovascolare.
<http://www.cuore.iss.it/default.asp>
<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>
15. Ministero della Salute – Istituto superiore di sanità, Linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_832_allegato.pdf
16. WHO. Tobacco free initiative – Health warning database
<http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/index.html>
17. Lumley J et al, "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 3.
18. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. National Institute for Clinical Excellence, 2008.
www.nice.org.uk/PH010
19. Sbrogliò L, Rossato Villanova MT, Mamme libere dal fumo – Guida al counselling ostetrico. 2002.
20. Sistema di sorveglianza Passi
<http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>



21. Ministero della Salute, Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. 2004
www.ministerosalute.it/ccm/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf
22. U.S. Department of Health and Human Services, The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. 2006.
www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/index.html
23. Forastiere et al, "Valutazione quantitativa dell'impatto sanitario dell'esposizione a fumo passivo in Italia". Maggio 2001.
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/pdf/Forastiere%20-%20costi.pdf>
<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/0007.1105443058.pdf>
24. Russo R, Scafato E. "Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari". Osservatorio fumo, alcol e droga. Istituto superiore di sanità, 2002.
25. Sgambato A et al. "Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia". Roma, Centro di Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII", Istituto di Patologia Generale, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore; 2001.
26. Garattini S, La Vecchia C, *Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.

3. QUALI PROGRAMMI CONTRO IL TABAGISMO SONO IN ATTO IN EUROPA E IN ITALIA?

PUNTI CHIAVE

- ① Le azioni internazionali per la lotta al tabagismo
- ① La strategia dell'Unione europea
- ① Le azioni italiane per la lotta al tabagismo
- ① Il programma Guadagnare Salute
- ① Il Piano nazionale della prevenzione

IN SINTESI

In Italia, come in Europa, circa il 60% del carico di malattia si può ricondurre a sette fattori di rischio modificabili. Tra questi c'è il fumo. Negli ultimi anni, sia a livello internazionale che nazionale, è aumentata l'attenzione verso strategie globali volte a modificare gli stili di vita e in grado di controllare questi fattori di rischio. Per il fumo il coordinamento è a carico dell'Oms e prevede l'impegno dei governi nazionali su azioni comuni. In Italia sono da tempo attive iniziative integrate, nazionali e locali.

Le azioni internazionali per la lotta al tabagismo

La Convenzione quadro dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sul controllo del tabacco, approvata dall'Assemblea mondiale della salute del 2003 ([WHO Framework Convention on Tobacco Control](#), FCTC) è il primo trattato delle Nazioni Unite sulla salute. La Convenzione, sviluppata come risposta alla globalizzazione del fenomeno del tabagismo, ribadisce il diritto di tutte le persone al più alto livello di salute e impegna gli Stati membri ad adottare una strategia *evidence based* di regolamentazione, per ridurre la domanda e l'offerta (vedi capitolo 4). Tra le misure di intervento sulla domanda vengono individuati: provvedimenti sul prezzo delle sigarette; azioni legislative per proteggere dall'esposizione al fumo di tabacco; interventi su contenuto, imballaggio ed etichettatura dei prodotti del tabacco; attività di divulgazione, educazione, comunicazione, formazione dei cittadini e degli operatori; limitazioni sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco; interventi sul tabagismo e sulla dipendenza da tabacco. Tra le misure sull'offerta: interventi sul contrabbando e sulla vendita ai minori.¹ La Convenzione è entrata in vigore nel febbraio 2005 e da subito ratificata da 40 nazioni. Ad oggi il numero degli Stati membri firmatari è salito a circa 170. L'Italia, uno dei primi Paesi firmatari, ha ratificato la convenzione con la legge n.75 del 18 marzo 2008. Secondo un'[indagine Oms](#) sui progressi dell'implementazione della Convenzione, pubblicata a dicembre 2009, l'85% dei Paesi membri ha messo a punto una squadra di coordinamento interministeriale per il controllo del tabacco o nominato un Centro di riferimento, quasi l'80% ha proibito la vendita dei prodotti del tabacco ai minorenni e il 70% ha introdotto avvertenze per la salute, chiare e visibili, sulle confezioni.²

L'Oms, attraverso il suo dipartimento [Tobacco Free Initiative](#), supporta e coordina gli Stati membri sul contrasto al tabagismo avvalendosi di una rete internazionale di esperti e fornendo assistenza tecnica e di consulenza. A partire dal 2005 ha inoltre lanciato il *World no tobacco day*, un'iniziativa con cadenza annuale mirata di volta in volta a specifiche problematiche. Per esempio: il ruolo che gli operatori



sanitari possono giocare nella lotta contro il tabagismo (nel 2005), il fumo passivo (nel 2007), le problematiche giovanili (nel 2008), le strategie di marketing rivolte alle fumatrici (nel 2010).³

Tra il 2008 e il 2009, l'Oms ha pubblicato due rapporti (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, [edizione 2008](#) ed [edizione 2009](#)) che forniscono un quadro sulla situazione globale del contrasto al fumo. Entrambi evidenziano che i progressi compiuti non sono ancora sufficienti e forniscono di conseguenza strategie alla portata di tutti i Paesi.⁴ In particolare, nel primo è stato introdotto il pacchetto "Mpower" di 6 misure per il controllo del tabagismo (vedi capitolo 4):^{4,5}

- ▶ monitoraggio della prevalenza del tabagismo e degli interventi di popolazione
- ▶ protezione della popolazione dal tabagismo
- ▶ interventi di supporto alla cessazione
- ▶ informazione sui danni del tabagismo
- ▶ divieti e normativa sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco
- ▶ provvedimenti sul costo e sulla tassazione dei prodotti del tabacco.

Il contrasto all'abitudine al fumo rientra nelle strategie volte a modificare i 7 fattori di rischio associati allo stile di vita che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità sono responsabili, da soli, del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Oltre al tabagismo, essi comprendono: ipertensione arteriosa, abuso di alcol, dislipidemia, sovrappeso e obesità, dieta non corretta, attività fisica insufficiente. Sono inoltre alla base di condizioni invalidanti come malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici.⁶ Queste malattie sono causa dell'86% delle cause di decessi, del 77% della perdita di anni di vita in buona salute, del 75% delle spese sanitarie in Europa. La loro distribuzione tra la popolazione italiana è disomogenea: sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse (dove si registrano tassi di mortalità e morbosità maggiori), mostrando, comunque, un significativo gradiente tra Nord e Sud.^{7,8}

Nel 2006 l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito, pertanto, la strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche "[Gaining health](#)", (la [traduzione in italiano](#) è disponibile sul sito EpiCentro).⁹⁻¹¹ Nel 2009 l'Oms ha pubblicato anche il rapporto [Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases](#)¹², una guida per decisori che, attraverso una serie di studi di caso, fornisce un quadro dettagliato dello sviluppo delle politiche per combattere le malattie croniche in otto Paesi e ne esamina i principali aspetti, al fine di ampliare la comprensione del processo decisionale e le condizioni che lo influenzano.

Un altro documento di riferimento fondamentale, prodotto dall'Oms lavorando a stretto contatto con i singoli Stati, è l'[Action Plan Oms 2008-2013](#) sulle malattie non trasmissibili ([traduzione in italiano e approfondimento](#) a cura della redazione del sito Ccm).¹³ Il Piano, approvato in occasione della 61° Assemblea per la salute mondiale (maggio 2008), definisce una strategia globale di prevenzione e controllo della durata di sei anni (2008-2013) fissando delle linee guida per i singoli Stati, per l'Oms e per la comunità internazionale. Le linee guida precisano obiettivi e azioni da sostenere a livello globale, nazionale e regionale con una particolare attenzione verso i Paesi più vulnerabili a basso e medio reddito. Tra i 6 obiettivi prioritari del Piano figurano anche la promozione degli interventi per ridurre i fattori di rischio (primi tra tutti il fumo, le diete poco equilibrate, l'inattività fisica e l'eccessivo consumo di alcol) nonché il monitoraggio e la sorveglianza delle malattie non trasmissibili e dei fattori che le determinano. Il Piano prevede anche una valutazione dei progressi a livello nazionale, regionale e globale (in Italia è già attivo il sistema di sorveglianza [Passi](#), che permette un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta - 18-69 anni).⁷



La strategia dell'Unione europea

L'attenzione al problema fumo all'interno dell'Unione europea ha dato luogo a diverse iniziative e atti normativi. Di particolare rilievo è la direttiva 2001/37/CE, recepita in Italia con il [Decreto legislativo n.184 del 24 giugno 2004](#), che ha stabilito, tra l'altro, il livello massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette. Il Decreto ha inoltre introdotto nuove norme per l'etichettatura dei prodotti del tabacco, disciplinando sia le caratteristiche sia il testo delle avvertenze generali e supplementari stampate sulle confezioni e nello stesso tempo vietando (per una più corretta informazione dei consumatori) l'uso di tutte le diciture o elementi figurativi che possano dare la falsa impressione che alcuni prodotti siano meno nocivi di altri. La direttiva 2003/33/CE, motivata dalla preoccupazione sul possibile collegamento tra il consumo di tabacco e la sua promozione, ha regolamentato la pubblicità e la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco.

Nel 2007 la Commissione europea ha presentato il [Green Paper – Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level](#) (in italiano: [Libro verde “Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea”](#)). Il documento ricapitola le prove scientifiche sui danni del fumo passivo, analizza le leggi introdotte da alcuni Paesi e prospetta due alternative: delegare a livello nazionale le politiche sul fumo passivo ai singoli Stati, come succede al momento, oppure adottare una legislazione comune e vincolante.¹⁴

La [Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea del 30 novembre 2009](#) relativa agli ambienti senza fumo, invita ancora una volta tutti gli Stati membri ad assicurare un'efficace protezione dall'esposizione al fumo di tabacco, tenendo conto anche delle Linee guida adottate dalla seconda Conferenza delle Parti della Convenzione Oms (Fctc), rafforzando in particolare le misure atte a ridurre l'esposizione al fumo passivo dei bambini e degli adolescenti.

Le azioni italiane per la lotta al tabagismo

Da molti anni l'Italia è impegnata nella prevenzione e nella cura del tabagismo, essenziali per migliorare la salute pubblica. Per favorire l'adozione di uno stile di vita libero dal fumo è necessario un approccio che tenga conto delle implicazioni sociali, culturali, ambientali del problema e che richieda cooperazione e coordinamento con numerosi soggetti e diverse istituzioni e amministrazioni.

Sin dal 2001 è attivo un Gruppo Tecnico interregionale sul tabagismo con l'obiettivo di condividere le strategie attuate su tutto il territorio nazionale, attraverso il confronto delle iniziative e delle linee guida messe a punto a livello regionale e locale. Nel 2005 le Regioni e le Province italiane hanno condiviso una “strategia nazionale per la lotta al tabagismo”, elaborata dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute, un [documento programmatico](#) sul tabagismo in materia di prevenzione, sostegno alla disassuefazione, controllo del fumo passivo e azioni di comunicazione e informazione.¹⁵

Il programma Guadagnare Salute

La prevenzione del tabagismo rappresenta, inoltre, una delle aree di azione del programma [“Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari”](#), promosso dal ministero della Salute e approvato con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del [4 maggio 2007](#).¹⁰

Per promuovere azioni efficaci contro i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica), Guadagnare Salute pone l'accento sull'importanza di un approccio trasversale a essi e, soprattutto, sulla necessità di un'azione intersettoriale, con forte coinvolgimento delle amministrazioni centrali, attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport, al fine di migliorare la salute dei cittadini.



La costituzione, con [Decreto ministeriale 5 marzo 2010](#) presso il ministero della Salute, della “Piattaforma nazionale sull’alimentazione, l’attività fisica e il tabagismo” (composta da rappresentanti delle amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, delle associazioni di categoria della filiera alimentare, delle associazioni dei consumatori e delle organizzazioni sindacali che hanno sottoscritto con il Ministero della Salute protocolli d’intesa) rappresenta un elemento importante per il conseguimento degli obiettivi di Guadagnare Salute.

Il programma si è avvalso del forte sostegno del Ministero della Salute, ma ha avuto bisogno del supporto e della condivisione di altre amministrazioni e di altri enti, sia per l’attuazione di interventi in ambiti diversi da quello sanitario, secondo il principio della “salute in tutte le politiche” (scuola, ambiente, trasporti, agricoltura, produzione industriale, ecc.), sia per l’implementazione di azioni più prettamente finalizzate alla prevenzione e alla promozione della salute. Per il raggiungimento di molti degli obiettivi del programma è necessaria la previsione di interventi normativi, la definizione di accordi volontari, la collaborazione interistituzionale, la comunicazione, la diffusione dell’approccio metodologico intersettoriale a livello regionale e locale.

Per sostenere le attività di prevenzione del tabagismo e dare attuazione agli obiettivi previsti per il fumo dal programma Guadagnare Salute, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie ([Ccm](#)) del ministero della Salute ha promosso, fin dalla sua costituzione nel 2004, l’attuazione di numerosi progetti, in gran parte affidati al coordinamento delle Regioni e dell’Istituto superiore di sanità (Iss). La missione del Ccm è, infatti, potenziare le capacità del Paese di rilevare, prevenire e controllare i principali problemi e le principali minacce per la salute pubblica, nell’ambito del Sistema sanitario governato dalle Regioni.¹⁵⁻¹⁷

In particolare, attraverso alcuni progetti Ccm e in alleanza con il mondo della scuola, elemento centrale di tutto il programma Guadagnare Salute, si sta sperimentando, partendo dalla prevenzione del tabagismo, un approccio trasversale alla promozione di stili di vita sani.

Perché educare a non fumare? La maggioranza dei fumatori diventa tale in un’epoca di vita compresa tra i 14 e i 20. Occorre, pertanto, concentrarsi sull’aspetto educativo, sul coinvolgimento di scuola e famiglia, che per la loro funzione formativa, culturale, sociale, sono luoghi privilegiati e più competenti per iniziare a educare alla salute e, nello specifico, a prevenire l’abitudine al fumo. Esiste, infatti, sufficiente evidenza che l’efficacia degli interventi educativi è proporzionale all’intensità e alla durata degli stessi e che i programmi di prevenzione sono più efficaci se sviluppati all’interno di interventi “curricolari” multicomprendivi di educazione alla salute con un approccio positivo e un coinvolgimento attivo degli alunni.

I progetti di prevenzione del tabagismo promossi dal ministero della Salute e dal Ccm, tengono conto delle raccomandazioni del Center for Disease Control and Prevention (Cdc) di Atlanta che consigliano di iniziare l’educazione alla prevenzione del tabagismo nella scuola dell’infanzia, di intensificare gli interventi nella scuola primaria e secondaria di primo grado e di continuare fino alla scuola secondaria di secondo grado. Inoltre suggeriscono di: realizzare programmi di formazione specifici per gli insegnanti; coinvolgere genitori e familiari nel sostegno dei programmi di prevenzione del tabagismo a scuola; fornire conoscenze circa gli effetti a breve termine dell’uso di tabacco, riguardo alle pressioni sociali e dei coetanei; far acquisire capacità specifiche per rifiutare la sigaretta; sostenere i tentativi di disassuefazione tra gli studenti e il personale della scuola; valutare l’efficacia dei programmi a intervalli regolari; applicare i regolamenti circa i divieti antifumo.¹⁸

Un altro obiettivo di Guadagnare Salute è la diffusione di interventi di disassuefazione (terapia del tabagismo, come è oggi più esatto definire) che coinvolgano la famiglia (perché il fumare o meno dei genitori è un fattore condizionante sull’abitudine al fumo dei ragazzi) e la promozione di iniziative rivolte in particolare alle mamme e alle donne in età fertile e in gravidanza. Il programma nazionale

“[Mamme libere dal fumo](#)”, promosso dal Ccm, per esempio, è finalizzato alla formazione al counseling antitabagico delle ostetriche (figure professionali fondamentali per il contatto con le donne in tutte le età della vita), ma soprattutto nel periodo della gravidanza e del puerperio. A livello regionale, inoltre, si stanno sviluppando attività di formazione altrettanto importanti per diffondere il “counseling motivazionale breve” tra i medici di medicina generale e altri operatori sanitari.

La comunicazione è un altro strumento di Guadagnare Salute, per trasformare il singolo cittadino in un alleato, responsabilizzandolo nei confronti della propria salute e di quella degli altri (soprattutto dei bambini). La comunicazione sugli stili di vita deve, quindi, “motivare” al cambiamento, puntando su messaggi che offrano alternative da contrapporre ai comportamenti scorretti, mettendo in evidenza benefici, superando l’alibi del “non mi riguarda”. Anche le campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e mirate per età, per genere e contesti (come famiglia, luoghi di lavoro, strutture sanitarie, eccetera) circa i danni del fumo e i benefici della cessazione, secondo Guadagnare Salute devono vedere la partecipazione attiva, nel ruolo di educatori, di adulti significativi: medici di medicina generale e operatori sanitari, ma anche operatori sociali, insegnanti, genitori e altri.

Il programma nazionale Guadagnare Salute ha, pertanto, individuato nelle strategie intersettoriali, il quadro di riferimento entro il quale agire. Accanto alla prevenzione primaria e alla cura del tabagismo e delle patologie correlate, infatti, è necessario sviluppare e sostenere la legislazione nazionale sugli ambienti senza fumo, sull’etichettatura e la pubblicità dei prodotti, nonché definire le politiche fiscali e dei prezzi, contrastare il contrabbando e la contraffazione dei prodotti, promuovere campagne di prevenzione su vasta scala.

Il Piano nazionale della prevenzione

Il nuovo Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (Pnp), concordato e approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 29 aprile 2010, mira, tra l’altro, a facilitare le politiche multi-settoriali e i processi attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano essere effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche. La strategia proposta non si limita soltanto a promuovere azioni in ambiti specificamente sanitari, ma a intervenire anche in altri settori della salute: ambientali, sociali ed economici, in particolare su quelli che maggiormente influenzano i comportamenti individuali e la qualità degli ambienti di vita e di lavoro.²²

Il Pnp prevede, in continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, diverse linee di intervento da attuarsi a livello regionale, nell’ottica di un approccio integrato al contrasto dei diversi fattori di rischio correlati alle malattie croniche (tra cui la prevenzione del tabagismo). All’interno delle singole Regioni, invece, i [Piani regionali di prevenzione](#) (Prp) sviluppano linee di intervento generali per la prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate, con particolare riferimento a tabagismo, alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol e di sostanze.^{19,20}



RIFERIMENTI

1. World Health Organization, WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), 2005.
http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
2. World Health Organization, Summary Report on global progress in implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2009.
<http://www.who.int/fctc/FCTC-2009-1-en.pdf>
3. World Health Organization, Tobacco free initiative.
<http://www.who.int/tobacco/en/>
4. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. 2008.
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>
5. World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. 2009
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>
6. WHO Regional Office for Europe, The European health report 2009 Health and health systems. 2009.
<http://www.euro.who.int/Document/E93103.pdf>
7. Sistema di sorveglianza Passi.
<http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
8. Istat. Health for All, Italia
<http://www.istat.it/sanita/Health/>
9. WHO Regional Office for Europe, Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2006.
http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf
in italiano:
http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/pdf/Strategia_europea_italiano.pdf
10. Ministero della salute, Guadagnare Salute – Stili di vita
<http://www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp>
11. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm. Guadagnare Salute
http://www.ccm-network.it/GS_intro
12. WHO Regional Office for Europe, Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases. 2009.
<http://www.euro.who.int/Document/E92828.pdf>
13. World Health Organization, Action Plan 2008-2013. 2008.
<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>
in italiano:
http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf
http://www.ccm-network.it/GS_Action-Plan_2008-2013
14. EC Health Commission. Green Paper – Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. 2007
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/health_forum/docs/ev_20071128_rd03_en.pdf
in italiano:
Commissione Salute della Comunità europea. Libro verde – Verso un’Europa senza fumo: opzioni per un’iniziativa dell’Unione europea. 2007.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_it.pdf
15. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm. Guadagnare Salute – fumo
http://www.ccm-network.it/prg_area7_fumo
16. Ministero, della Salute, Dipartimento della Prevenzione della Comunicazione. Attività per la prevenzione del tabagismo, rapporto 2009.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1161_allegato.pdf



17. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm. Il rapporto Ccm 2007-2010.
<http://www.ccm-network.it/node/1173>
18. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Tobacco Cessation: A Guide for Making Informed Decisions, 2004.
http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/youth_tobacco_cessation/index.htm
19. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm. Piano nazionale della prevenzione
http://www.ccm-network.it/Pnp_intro
anche:
Piano nazionale della prevenzione 2010-2012
http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf
20. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm. I Piani regionali di prevenzione 2010-2012
http://www.ccm-network.it/Pnp_2010-2012_piani-regionali

4. QUALI INTERVENTI DI POPOLAZIONE SONO APPROPRIATI?

PUNTI CHIAVE

- ① L'approccio complessivo al processo di cessazione del fumo
- ① La strategia degli interventi di popolazione
- ① Campagne di mass media e programmi antifumo
- ① Supporto telefonico
- ① Formazione e motivazione degli operatori
- ① Interventi sul prezzo dei prodotti
- ① Divieto di vendita ai minori
- ① Norme restrittive
- ① Riduzione dei costi dei trattamenti di disassuefazione

IN SINTESI

Gli interventi di contrasto al tabagismo si articolano su due livelli, quello di popolazione e quello individuale. Quelli di popolazione comprendono sia programmi di natura informativa e formativa, mirati a prevenire l'iniziazione al fumo e a promuoverne la cessazione, sia misure di politica pubblica per limitare il consumo di sigarette e l'esposizione al fumo passivo. Questi interventi, che sono complementari a quelli più strettamente clinici, risultano tanto più efficaci quanto più integrati in approcci complessivi che ne prevedano un utilizzo coordinato e sinergico.

In Italia il divieto del fumo nei luoghi pubblici in applicazione alla legge n.3 del 16 gennaio 2003 ha indotto un netto calo del consumo di sigarette, che si è rapidamente tradotto in una riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio.

L'approccio complessivo al processo di cessazione del fumo

Gli interventi di contrasto al fumo rientrano nel contesto della prevenzione delle malattie croniche e multifattoriali attraverso la promozione di percorsi intersettoriali e partecipati fra i singoli e la comunità. Si inseriscono quindi all'interno di strategie più ampie che hanno come obiettivo una riduzione della prevalenza dei fumatori e prevedono l'impiego integrato e sinergico di un insieme di interventi di popolazione diretti sia a prevenire l'iniziazione al fumo sia a incoraggiare e facilitare la cessazione dell'abitudine. L'impegno non è esclusivo degli operatori sanitari e dei decisori politici, bensì richiede il coinvolgimento di altre figure come insegnanti, genitori, datori di lavoro. In questo percorso hanno un ruolo fondamentale sia la cooperazione tra le diverse figure professionali sia la comunicazione come valorizzazione della relazione tra operatori e utenti.

L'approccio, oltre a essere intersettoriale e multidisciplinare, deve tenere conto delle caratteristiche specifiche della popolazione beneficiaria dell'intervento, in particolare la presenza di categorie svantaggiate e sottogruppi a maggior rischio (vedi capitolo 1). Da qui l'importanza di definire bene gli obiettivi da veicolare con messaggi chiari e comprensibili ai destinatari.

Un altro aspetto da tener conto nel problema del tabagismo è che oltre alla persona del fumatore è coinvolta anche quella del non fumatore. Il primo, più o meno consapevole dei rischi cui va incontro, ha facoltà di assumere una sostanza legalmente in commercio per quanto tossica, appartenente ormai ad abitudini quotidiane consolidate. Fumare è attualmente una scelta consentita, che può essere proi-



bita solo ai minori. La comunità dei non fumatori, invece, va difesa nel suo insieme dai pericoli alla salute derivanti dall'esposizione passiva al fumo e in particolare è necessario prevedere interventi specifici a favore dei meno tutelati come nascituri e minori.¹³

Un altro ragionamento fondamentale riguarda la riduzione del rischio in quanto guadagno di salute. Sempre con riferimento alla tipologia delle condizioni su cui si intende intervenire, la riduzione del rischio per la popolazione nel suo insieme passa sempre attraverso la correzione nel singolo individuo. Un elevato numero di persone esposte a un piccolo rischio può dare origine a molti più casi di malattia o di morte di un piccolo numero di persone esposte a un rischio elevato. Gli interventi di prevenzione di popolazione sono rivolti alle persone ad alto rischio così come a quelle a rischio minore, ma è necessario considerare le difficoltà individuali e sociali. Per altro una difficoltà peculiare è legata alla scarsa percezione del rischio multifattoriale, legato a stili di vita non corretti, perché la fase clinica o sintomatica è preceduta da un lungo periodo di assenza di malattia.

Per quanto riguarda il tabagismo, si possono individuare due livelli di intervento:

- ▶ il livello di popolazione, per il quale si possono distinguere misure di politica pubblica (*policy*) e interventi di popolazione propriamente detti
- ▶ il livello individuale, per il quale è prevista una serie articolata di opzioni, tra le quali il counselling rappresenta l'intervento di prima scelta.

Per entrambi i livelli le informazioni e le prove di efficacia disponibili sono ormai così numerose che l'analisi di questo dossier si limita al contesto europeo e italiano.

La strategia degli interventi di popolazione

I programmi di popolazione contro il tabagismo possono essere distinti in interventi informativi e formativi (interventi di popolazione propriamente detti) e misure di politica pubblica (*policy*) attuate attraverso provvedimenti normativi emanati da enti locali o nazionali. Entrambi i tipi di intervento, rivolti all'intera popolazione o a gruppi specifici, costituiscono approcci integrati agli interventi individuali e contribuiscono a prevenire l'iniziazione e la transizione verso la dipendenza. Favoriscono inoltre la motivazione a smettere di fumare e l'incremento dei tassi di cessazione, contribuiscono ad aiutare gli ex fumatori a mantenere l'astinenza e, più in generale, a ridurre l'accettazione sociale del fumo, promuovendo il "non fumo" come norma. Sono poi fondamentali come veicoli di informazione sulle risorse disponibili relative alla cessazione.²⁻⁵

In questo senso esistono programmi coordinati, spesso multidimensionali, mirati a cambiare i comportamenti dei fumatori di una determinata area geografica o popolazione (o di categorie di popolazione).⁶ Nel caso in cui si abbiano obiettivi più ampi quali la definizione normativa, cioè la de-normalizzazione del fumo di tabacco, può essere interessante considerare interventi mirati ai cittadini non fumatori per incentivare il loro supporto agli sforzi di cessazione di persone vicine.

Si stima che, mentre gli interventi clinici possono produrre tassi di cessazione fra il 5% e il 10%, la combinazione di interventi clinico-farmacologici e interventi di popolazione, possa produrre tassi di cessazione superiori al 20% l'anno.³

È indubbio il ruolo del contesto sociale nel determinare la dipendenza dal fumo, l'eventuale decisione di smettere e le probabilità di successo della cessazione. Ci sono, inoltre, prove che i programmi basati sulla solidarietà sociale siano più efficaci di quelli basati sulla semplice conoscenza.^{6,7} Ciò è particolarmente rilevante per gli interventi di cessazione nei ceti sociali a maggior rischio. Le prove di efficacia degli interventi contro il fumo nelle fasce socialmente disagiate risultano scarse e resta difficile capire il perché di tassi di cessazione più bassi, solo parzialmente spiegati dalla presenza di dipendenze più gravi.^{7,8}

È poi ampiamente riconosciuta una differenza di genere nell'efficacia delle politiche di controllo del tabacco. Uomini e donne necessitano di informazioni esaustive ma differenziate dal momento che sono sensibili in modo diverso al messaggio pubblicitario e alle strategie di marketing da cui vanno protetti con misure differenti.⁹⁻¹¹

Campagne di mass media e programmi antifumo

Tra gli interventi di popolazione propriamente detti svolgono un ruolo importante, come azioni integrate con altre misure di controllo del tabagismo, le campagne mediatiche di sanità pubblica che si basano sull'uso di mezzi di comunicazione di massa come televisione, radio, stampa, internet.^{1,12,13} Negli anni Settanta le campagne presupponevano che l'informazione fosse in grado da sola di modificare la percezione della norma e di conseguenza i comportamenti. Successivamente il modello del *social learning theory approach* ha valorizzato l'importanza dei modelli di ruolo e della pressione dei pari e ha suggerito di associare agli interventi informativi quelli che promuovono nei fumatori lo sviluppo di abilità personali e competenze psicosociali (*skill*), per fronteggiare pressioni sociali e messaggi dell'industria del tabacco.^{7,14} Questo modello risulta particolarmente indicato per determinate categorie come le donne in gravidanza e gli adolescenti ed è stato felicemente applicato a interventi scolastici (vedi anche la sezione pubblicazioni sul sito del [progetto Eudap](#)).^{15,16} Nel caso degli adolescenti questi programmi, che hanno come obiettivo primario la prevenzione dell'iniziazione al fumo e del consolidamento dell'abitudine, devono prevedere il coinvolgimento, oltre che dei genitori, anche della scuola e degli insegnanti.¹⁵

Secondo una revisione sistematica pubblicata nel 2001 sull'*American Journal of Preventive Medicine*, le campagne mediatiche, coordinate con altri interventi di popolazione, inducono un incremento dei tassi di cessazione fino al 35% e una riduzione del numero di sigarette fumate del 10-18% in follow up lunghi da 2 a 9 anni.³

L'impegno economico non è trascurabile: i Cdc americani raccomandano che vengano spesi annualmente da 1 a 3 dollari Usa pro-capite in campagne mediatiche.¹⁷ In questo contesto è sempre da tenere presente il rapporto tra costi e benefici in termini sociali e sanitari, come sottolineato dai documenti della campagna europea anti-tabacco [Help](#).¹

Un recente orientamento delle campagne mediatiche tende a presentare, specialmente sulle confezioni dei prodotti del tabacco ma più genericamente anche tramite i vari mezzi di comunicazione, immagini e messaggi ad alto impatto per il fumatore.¹⁸ La stessa immagine scelta per il [The smoker's body poster](#) dell'Oms segue questa linea di comunicazione.^{19,20} Per quanto molto discusse, ci sono prove che campagne mediatiche di questo genere sono efficaci sulla cessazione dei fumatori e sulla non iniziazione delle generazioni più giovani e, secondo indagini Ossfad, vengono ritenute utili dagli stessi fumatori.^{18,21}

La Giornata mondiale senza tabacco 2010 ha richiamato l'attenzione sugli effetti nocivi del marketing del tabacco rivolto alle donne, in particolare alle più giovani, sottolineando anche la necessità per gli oltre 170 Paesi aderenti alla Convenzione quadro internazionale per il controllo del tabacco dell'Oms di vietare la pubblicità, la promozione e la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco, in conformità con le proprie costituzioni o principi costituzionali. Ad oggi, tuttavia solo 26 nazioni, che raccolgono l'8,8% della popolazione mondiale, sono dotate di una normativa di divieto assoluto. D'altra parte il 27% circa della popolazione vive in nazioni in cui non vige alcuna normativa.¹⁸ La posizione italiana è in linea con quella della Comunità europea, che a partire dal maggio 2003 vieta di fatto ogni forma di pubblicità dei prodotti del tabacco.²²

I concorsi "Smetti e vinci" (*Quit & Win*) sono oggetto di una campagna promossa dall'Oms che si è sviluppata in più edizioni annuali.²³ Destinatari sono i fumatori di età superiore a 18 anni. Per l'Italia, nel

2006, ha coordinato l'[iniziativa](#) la Regione Veneto. Questi concorsi hanno avuto un effetto limitato (1 su 500 fumatori smettono di fumare) e sono risultati a rischio di numerosi tentativi di frode e inganno in grado di compromettere la validità dell'intervento stesso.^{2,24}

Supporto telefonico

Il supporto telefonico (*quit lines*) consiste in un servizio telefonico gratuito di informazione sui percorsi di cessazione, sui professionisti e sui centri più vicini a cui rivolgersi, ma può includere anche varie forme di raccomandazione a smettere rilasciate da operatori formati o da messaggi registrati. Questo approccio ha il vantaggio di superare numerose barriere di accesso in quanto gratuito, disponibile al bisogno senza necessità di spostamenti (quindi particolarmente utile nelle aree rurali o con difficile accesso a strutture e servizi dedicati) e adattabile a pazienti e percorsi particolari come donne in gravidanza, adolescenti, persone con difficoltà linguistiche.²

In Italia sono attivi due telefoni verdi a copertura nazionale: il numero 800 554 088 è gestito dall'[Ossfad](#) (Osservatorio fumo, alcol e droga) dell'Istituto superiore di sanità mentre il numero 800 998 877 è gestito dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori ([Lilt](#)).^{25,26} Secondo una revisione sistematica Cochrane del 2006, le *quit lines* sono in grado di aumentare i tassi di cessazione.²⁷

Formazione e motivazione degli operatori

È provato che gli interventi multicomponente per la formazione e la motivazione degli operatori coinvolti nei programmi di cessazione del tabagismo sono efficaci nell'aumentare sia la proporzione di operatori che applicano gli interventi raccomandati sia il tasso di cessazione fra i propri assistiti.² Particolare attenzione dovrebbe essere posta ai lavoratori fumatori che si occupano di educazione e formazione dei giovani (insegnanti, educatori, personale della scuola) per le ricadute che il loro comportamento può avere sulle nuove generazioni. Questo rapporto è particolarmente sentito dalla popolazione generale che, secondo l'indagine 2010 Iss-Doxa, individua nell'educazione a livello scolastico la prima strategia (45,2% degli intervistati) che le istituzioni dovrebbero mettere in atto.²⁸ In Italia la formazione universitaria dei medici e degli operatori include raramente lezioni sul tabagismo.²⁹

Interventi sul prezzo dei prodotti

La tassazione dei prodotti del tabacco (con proventi che possono essere almeno parzialmente utilizzati per il finanziamento di programmi contro il fumo) è indicata dall'Organizzazione mondiale della sanità come un intervento chiave.^{9,30} Le analisi dell'Oms evidenziano che a un aumento del prezzo delle sigarette del 10% corrisponde una riduzione della prevalenza di fumatori del 4% nelle nazioni ad alto reddito e dell'8% nei Paesi a basso reddito, suggerendo dunque l'adozione di livelli di tassazione superiori all'80% del costo del prodotto, con destinazione dei maggiori introiti al finanziamento di programmi di controllo.^{31,32} In Europa si stima una riduzione del 5-7% della prevalenza a ogni 10% di aumento del prezzo.³³ La conferma della bontà di questa strategia proviene anche dall'esperienza statunitense.^{3,34,35} Le categorie sociali a basso reddito sarebbero le più sensibili agli aumenti di costo.³⁵

Il Consiglio d'Europa ha aggiornato la tassazione dei prodotti del tabacco in ragione della sua valenza sulla salute pubblica e della provata efficacia di misure di natura economico-fiscale.³⁶

In Italia, il processo di decentramento iniziato negli anni Novanta è proseguito con la Riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 e ha comportato l'assegnazione agli enti locali di una maggiore autonomia tributaria, finalizzata ad aumentare l'autonomia impositiva delle Regioni. Le addizionali sui tabacchi lavorati restano però di competenza esclusiva dello Stato centrale. Un incremento dell'addizionale contribuirebbe sensibilmente alla riduzione del consumo di tabacco. La sua destinazione ai programmi di prevenzione potrebbe configurare la misura fiscale non come fonte di maggior gettito ma come strumento di *policy*.

A supporto degli interventi di tassazione dei prodotti del tabacco si possono citare i dati emersi dall'indagine 2010 Iss-Doxa. Il 35% circa dei fumatori italiani, che spendono in media 16 euro alla settimana per le sigarette, cambierebbe le proprie abitudini se il prezzo minimo di un pacchetto di sigarette aumentasse a 5 euro: il 28,7% fumerebbe di meno, il 6,4% smetterebbe di fumare. Il 75% della popolazione generale è favorevole all'introduzione di una tassa di 10 centesimi al pacchetto per finanziare supporti e programmi di contrasto al fumo, i fumatori si dividono alla pari tra favorevoli e sfavorevoli.²⁸

Divieto di vendita ai minori

In Italia vige il divieto della vendita di tabacco ai minori di 16 anni stabilito dal Regio Decreto n.25 del 1934. Tuttavia gli interventi legislativi per prevenire la vendita di sigarette agli adolescenti, ovvero l'imposizione e gli interventi attivi presso i tabaccai attraverso formazione e materiali, non sembrano avere un impatto rilevante sulla prevalenza di tabagismo in questa fascia di età.²⁷ Sempre dall'indagine 2010 Iss-Doxa emerge che l'83% degli intervistati dichiara di non aver mai assistito al rifiuto di un tabaccaio di vendere sigarette a un minore o alla richiesta di un documento di identità per verificare l'età dell'acquirente. L'81,2%, invece, auspica che la soglia di età per il divieto venga innalzata ai 18 anni.²⁸

Norme restrittive

Le leggi di divieto e le norme di restrizione dell'uso di sigarette sono azioni politiche e importanti strumenti per la tutela della salute che possono essere decise e implementate sia a livello nazionale che regionale e locale. Dopo le prime esperienze statunitensi (la California nel 1998, seguita da altri 7 Stati) di una rigida regolamentazione che proibiva il fumo in tutti i luoghi di lavoro nonché in bar e ristoranti, l'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato che negli Usa non solo si è ridotto il consumo medio di tabacco del 4-10%, ma anche che sono diminuiti del 21,6% i ricoveri per infarto cardiaco.^{6,37,38}

In Europa sono stati adottati da Irlanda e Norvegia nel 2004 e dall'Italia nel gennaio 2005 (in applicazione alla legge n.3 del 16 gennaio 2003) analoghi provvedimenti che hanno regolamentato il fumo nei locali pubblici, compresi i luoghi di lavoro. La Comunità europea si è impegnata nel 2009³⁹ a raggiungere gli obiettivi già individuati dalla Convenzione quadro dell'Oms⁹ per bandire il fumo dai locali pubblici. L'indagine Eurobarometro 2009 indica che la maggior parte dei cittadini europei approva il divieto di fumo nei luoghi pubblici (uffici, bar, ristoranti), il 19% degli intervistati è esposto a fumo passivo sul luogo di lavoro e il 55% degli intervistati è convinto che l'aggiunta di immagini a colori sui pacchetti di sigarette accanto agli avvertimenti scritti dissuaderebbe dal fumare più delle sole parole.⁴⁰

Con la [legge n.3 del 16 gennaio 2003](#), entrata in vigore nel gennaio 2005, l'Italia è stato uno dei primi Paesi europei a regolamentare il fumo nei locali pubblici, compresi i luoghi di lavoro. Sull'esempio dell'Italia, negli ultimi anni molti Paesi in Europa e nel mondo hanno introdotto legislazioni a tutela dal fumo passivo, in alcuni casi anche più restrittive (non prevedendo, per esempio, la possibilità di attrezzare sale per fumatori).

Dopo i primi cinque anni dall'entrata in vigore della legge, è stato stilato un primo bilancio, che si può considerare complessivamente positivo e che ha richiamato all'impegno per mantenere e migliorare i risultati conseguiti.

Una prima serie di dati è stata fornita dallo [studio Enfasi](#), condotto dal gruppo Profea del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità, per valutare gli effetti della legge e gli ostacoli potenziali all'osservanza.⁴¹ L'attività di monitoraggio dell'applicazione della legge è tuttora in corso e si articola su cinque livelli:



1. vendite dei prodotti di tabacco
2. effetti sulla salute
3. controllo del rispetto della legge
4. tentativi di smettere e terapia del tabagismo
5. altre attività di prevenzione e comunicazione.

Sul sito del ministero della Salute sono disponibili un [rapporto annuale](#)⁴² sul controllo del tabagismo e una serie di [pagine informative](#) per il pubblico e per gli operatori interessati a seguire l'applicazione delle legge n.3 del 2003.⁴³

In Italia, nel periodo immediatamente successivo all'applicazione della legge, si è riscontrata una riduzione dei fumatori, del consumo e delle vendite di sigarette nella popolazione generale e quasi un raddoppio delle vendite di farmaci per la cessazione. In particolare, vi è stato un calo di fumatori e di quantità di sigarette consumate: il 15% ha smesso e il 27% ha ridotto il consumo di sigarette.^{33,44,45} Più precisamente, lo studio Enfasi dimostra che prima dell'entrata in vigore della legge, il 66% dei gestori dichiarava che almeno la metà dei clienti era fumatore, mentre il 73% sosteneva che i non fumatori sembravano infastiditi dalla presenza di fumatori. Il 24% temeva perdite finanziarie per effetto della legge.⁴¹ Il Cnesps ha anche messo a punto un [depliant](#) per i gestori dei locali pubblici ricco di riflessioni, consigli e istruzioni pratiche su come comportarsi con la clientela, a seguito dell'entrata in vigore della legge contro il fumo.⁴⁶ Dopo l'applicazione del divieto, il 92% dei gestori ha dichiarato che la legge è rispettata, il 73% ha riferito un atteggiamento favorevole da parte dei clienti e il 57% non ha registrato diminuzioni nelle entrate. Il 95% dei locali espone cartelli regolamentari indicanti il divieto. Nella quasi totalità dei locali, infine, non è visibile fumo nell'aria e solo nello 0,5% si osserva la presenza di almeno un fumatore.⁴⁷

Nei primi anni di applicazione della legge, la popolazione si è dimostrata generalmente favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. Questa reazione positiva di accettazione si è manifestata sin dall'entrata in vigore del Decreto e sembra persistere. Dopo lo studio Enfasi, sono state infatti effettuate diverse indagini per conoscere le opinioni dei cittadini. Tra queste, l'indagine annuale Iss-Doxa,²⁸ i dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi⁴⁸ e un progetto Ccm portato avanti dalla Regione Veneto.⁴⁹ Quest'ultimo ha tra gli obiettivi primari quello di garantire una sorveglianza nel tempo del rispetto della normativa in Italia, definendo un sistema standardizzato per il monitoraggio della legge.

Nel complesso, dal 2005 in poi sono stati rilevati valori compresi tra il 69% (indagine Iss-Doxa e Passi nel 2005) e il 92% (progetto Ccm/Regione Veneto nel 2007) per le opinioni sul rispetto del divieto nei luoghi di lavoro (somma delle risposte "molto" + "abbastanza favorevole") e valori compresi tra l'81,5% (indagine Iss-Doxa nel 2005) e il 92% (progetto Ccm/Regione Veneto nel 2007) per il rispetto del divieto nei locali pubblici (somma delle risposte "molto" + "abbastanza favorevole").⁴³ Anche le opinioni dei gestori dei locali pubblici sull'utilità della legge sono sempre state molto positive con valori compresi tra il 76% (studio Enfasi, nel 2005) e il 95,2% (indagine Iss-Doxa nel 2008).

L'[indagine 2010 Iss-Doxa](#) quantifica inoltre l'accoglienza da parte della popolazione generale di un'eventuale estensione del divieto di fumo nei cortili delle scuole (84,9%), nelle aree aperte degli ospedali (78,6%), negli stadi (70,7%) e in parchi e giardini pubblici (67,8%). Più tiepida sarebbe l'accoglienza da parte dei fumatori che gradirebbero la disposizione di legge rispettivamente nel 66,9%, 54,7%, 38,6% e 33,8%.²⁸

Dai [dati 2009 del sistema di sorveglianza Passi](#) emerge un'elevata adesione ai divieti di fumo nei locali e nei luoghi di lavoro (86,6% e 88,3% rispettivamente), ma una disomogenea distribuzione con un gradiente Nord-Sud: la massima adesione si registra in Friuli Venezia Giulia e in Valle d'Aosta (96%), la minima in Calabria (64%). La percentuale di intervistati che ritiene che sia rispettato "sempre o quasi



sempre” il divieto nei luoghi di lavoro è massima nelle Province autonome di Bolzano e Trento (95%) e minima in Calabria (74%).⁴⁸

Per quanto riguarda gli effetti sulla salute, diversi studi scientifici stanno ormai consolidando l'evidenza dell'efficacia dei divieti di fumo sull'andamento dei ricoveri ospedalieri per infarto acuto del miocardio. In Italia sono stati condotti cinque studi (uno promosso dal ministero della Salute in collaborazione con Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania, due condotti dall'Università di Torino, uno promosso dalla Asl Roma E, e uno relativo alla Regione Toscana). I primi quattro lavori mostrano una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e il 2005 (prima e dopo l'applicazione della legge) con valori che vanno da una riduzione del 5% tra le persone sotto i 70 anni nello studio dell'Università di Torino su tutta Italia, a un decremento del 13% tra la popolazione di 40-64 anni dello studio promosso dal ministero della Salute in quattro Regioni. L'ultimo studio (nella Regione Toscana) ha mostrato che non c'è nessuna differenza nei ricoveri per infarto prima e dopo la legge quando non si usa un modello lineare per interpolare i dati. Questi dati sono stati nuovamente confermati da un'indagine, frutto di una collaborazione tra ministero della Salute e Università di Torino che ha analizzato circa un milione di ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti avvenuti nella popolazione italiana tra il 2002 e il 2006; nei due anni successivi all'introduzione della legge che vieta il fumo in tutti i locali aperti al pubblico, è stata riscontrata una diminuzione del 4% nei ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti tra le persone con età inferiore a 70 anni. L'effetto appare stabile nel corso del tempo e uniformemente presente nelle diverse aree geografiche del Paese. Una parte consistente di questa riduzione è attribuibile alla diminuzione dell'esposizione a fumo passivo nei locali pubblici. Il fatto che la riduzione dei ricoveri sia evidente solo tra gli individui più giovani, che hanno più opportunità di frequentare locali pubblici e per i quali l'esposizione a fumo incide di più sul rischio cardiovascolare, è coerente con l'ipotesi che questo effetto sia dovuto all'introduzione della legge. In termini assoluti, la riduzione del 4% osservata si traduce in circa 3.700 ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti in meno all'anno. Questi risultati sono coerenti anche con quanto rilevato in altre parti del mondo (per esempio riduzione del 14% in Irlanda e dell'8% a New York).⁴³

I Giochi olimpici invernali di Torino 2006 si sono svolti in un contesto *smoke free*, con l'estensione della normativa italiana contro il fumo nei locali chiusi anche agli spazi aperti non coperti.

Dal 27 settembre 2007 un [protocollo di intesa tra ministero della Salute e ferrovie dello Stato](#) estende il divieto di fumo alle stazioni italiane e consente di fumare solamente sulle banchine dei binari. L'iniziativa rientra nella campagna Guadagnare Salute.⁵⁰

Sempre nel 2007, la comunità scientifica internazionale ha riconosciuto all'Italia un ruolo di capofila nella promozione di politiche *smoke free* in un contesto europeo non ancora completamente allineato su questa posizione.⁵¹

Nel corso del 2009 le vendite di sigarette si sono abbassate del 2,2%, un valore corrispondente a 140 milioni di pacchetti in meno (oltre un pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Da segnalare, per contro, l'aumento delle vendite del tabacco trinciato (+139% rispetto al 2004). Incoraggianti sono le evidenze degli effetti della legge sulla salute: studi condotti in Piemonte, Friuli, Lazio e Campania mostrano una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e il 2005 (prima e dopo l'applicazione della legge), con valori più o meno marcati a seconda dello studio considerato.⁴³

Le regolamentazioni e il divieto di fumare nei luoghi di lavoro associati a un supporto per la disassuefazione sono in grado di ridurre il consumo di sigarette dei fumatori durante l'orario di lavoro e l'esposizione dei non fumatori al fumo ambientale, ma anche di incrementare il tasso di cessazioni.⁵² Le diverse tipologie di intervento, quali il counselling individuale o di gruppo, le terapie farmacologiche, e anche gli interventi brevi, mostrano la stessa efficacia e gli interventi più intensivi ottengono effetti superiori.⁵²⁻⁵⁵ È segnalato che la legislazione di divieto del fumo nei luoghi di lavoro può aumentare il

numero di dipendenti che si affollano presso le entrate e le uscite dei locali per fumare, esponendo i passanti al fumo passivo.⁵³ Per il successo di queste iniziative sul luogo di lavoro è cruciale l'atteggiamento rispetto al fumo del datore di lavoro e la sua disponibilità a investire nella salute dei propri dipendenti. Un forte incentivo potrebbe derivare dalla detraibilità fiscale degli interventi sul luogo di lavoro.^{53,55-57}

Riduzione dei costi dei trattamenti di disassuefazione

Dal momento che il costo diretto del trattamento (per esempio di farmaci, terapie comportamentali o visite mediche) viene considerato una barriera di accesso al trattamento stesso, la riduzione o l'eliminazione dei costi diretti di accesso alla cessazione potrebbero aumentare il numero di fumatori che decidono di intraprendere un tentativo di smettere. Questa ipotesi è stata confermata in varie esperienze: la riduzione o l'eliminazione dei costi è associata a un aumento dei tentativi di cessazione, a un incremento del numero di pazienti che richiede al medico un trattamento per la disassuefazione, ma soprattutto a un miglioramento degli esiti ^{2,3,58} L'esigenza di favorire economicamente il fumatore intenzionato a smettere è molto sentita dalla popolazione italiana²⁸ e suggerisce la necessità di mettere in atto soluzioni attuabili dai Servizi sanitari regionali italiani, per esempio tramite l'inclusione degli interventi per la disassuefazione nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) o la distribuzione diretta dei farmaci.



RIFERIMENTI

1. Commissione europea, HELP 2005-2008. The European Union anti-tobacco campaign in 27 Member States. Executive Summary.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/help/docs/help_sum_en.pdf
http://ec.europa.eu/health/tobacco/events/help_events_en.htm
2. Faggiano F et al, "Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte". Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007.
www.oed.piemonte.it
3. Hopkins DP et al, "Task Force on Community Preventive Services. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke". In: *Am J Prev Med* 2001;20(2S):16-66.
4. Wellings K, Macdowall W, "Evaluating mass media approaches to health promotion: a review of methods". In: *Health Education* 2000;100:23-32.
5. Ogilvie D, Petticrew M, "Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study". In: *Tob. Control* 2004;13(2);129-131.
6. Secker-Walker RH et al, "Community interventions for reducing smoking among adults". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 2.
7. Bandura A, "Social Learning Theory". Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
8. Bauld L et al, "Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study". In: *Tob Control* 2007;16:400-404.
9. World Health Organization, WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), 2005.
http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
10. World Health Organization, Gender and tobacco control – a policy brief, 2007.
http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf
11. World Health Organization, 10 facts on gender and tobacco, 2010. http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/en/index.html
12. Bala M et al, "Mass media interventions for smoking cessation in adults". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1.
13. Borland R, Balmford J, "Understanding how mass media campaigns impact on smokers". In: *Tob. Control* 2003;12;45-52.
14. Logan RA, Longo DR, "Rethinking anti-smoking media campaigns: two generations of research and issues for the next". In: *Journal of Health Care Finance* 1999;25(4):77-90.
15. Thomas R, Perera R, "School-based programmes for preventing smoking". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 3.
16. Faggiano F et al for the EU-Dap Study Group. "The effectiveness of a schoolbased substance abuse prevention program: EU-Dap Cluster Randomised Controlled Trial". In: *Preventive Medicine* 2008;47: 537-43.
inoltre:
European drug addiction prevention trila (Eudap), sezione "Pubblicazioni"
http://www.eudap.net/Research_Publications.aspx
17. Centers for Disease Control and Prevention, Best practices for comprehensive tobacco control programs. In: *Am J Prev Med* 2001;20(2S)71.
18. World Health Organization. Tobacco. Fact sheet n. 339. Maggio 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
19. World Health Organization, No tobacco day 2010.
<http://www.who.int/tobacco/en/>
20. World Health Organization, Smoker body poster.
http://www.who.int/tobacco/research/smokers_body/en/index.html
21. Osservatorio fumo alcol e droga. Ossfad. Il fumo in Italia - Indagine Iss-Doxa 2006.
www.iss.it/ofad



22. Consiglio d'Europa. Direttiva 2003/33/CE del Parlamento europeo e del consiglio del 26 maggio 2003 sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri in materia di pubblicità e di sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:152:0016:0019:IT:PDF>
23. Concorso "Smetti e Vinci"
<http://www.smettievinci.it/>
24. Hey K, Perera R, "Quit and Win contests for smoking cessation". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 2
25. Osservatorio fumo, alcol e droga – Iss. <http://www.iss.it/ofad/>
26. Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt). <http://www.legatumori.it/>
27. Stead LF, Lancaster T, "Interventions for preventing tobacco sales to minors". In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
28. Osservatorio fumo alcol e droga. Ossfad. Il fumo in Italia - Indagine Iss-Doxa 2010.
www.iss.it/ofad
http://www.iss.it/binary/fumo/cont/fumo_2010_long.pdf
29. Mangiaracina G, "Tabagismo e promozione della salute nei contesti universitari". XI Convegno Tabagismo e Sistema sanitario nazionale. Iss-Ossfad Roma, 29 maggio 2009.
<http://www.iss.it/binary/fumo/cont/MANGIARACINA.pdf>
30. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. 2008.
<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>
31. World Health Organization, Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Ginevra 1998.
32. World Health Organization, Prices, taxes and revenues.
http://www.who.int/tobacco/research/economics/prices_taxes_revenues/en/index.html
33. Gallus S et al, "Effects of new smoking regulations in Italy". In: *Annals of Oncology*, 2006;17:346-47.
34. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. USDHHS: 1990. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
35. US Department of Health and Human Services. Clinical Practice Guideline No.1: acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research; 1993. AHCPR Publication No. 92-0023.
36. Remler DK. "Poor smokers, poor quitters and cigarette tax regressivity", In: *Am J Public Health*. 2004;94(2):225-9.
37. Sargent RP et al, "Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study". In: *BMJ* 2004;328;977-80.
38. Polednak AP, "Trends in death rates from tobacco-related cardiovascular diseases in selected US States differing in tobacco-control efforts". In: *Epidemiology* 2009;20:542-6.
39. Commissione della Comunità europea. Proposta di raccomandazione del consiglio relativa agli ambienti senza fumo, 2009.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_prec2009_it.pdf
40. Eurobarometro 2009. Survey on Tobacco Analytical report. Marzo 2009
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf
41. EpiCentro. Studio sugli effetti della nuova legge che vieta il fumo nei locali pubblici
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/indagine%20profea.asp>
42. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm
Il progetto della Regione Veneto
http://www.ccm-network.it/prg_area2_fumo_monitoraggio_legge_Veneto
43. Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione della Comunicazione
Attività per la prevenzione del tabagismo, rapporto 2009
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1161_allegato.pdf



44. Ministero della Salute – Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Il rapporto sull'impatto della legge 16 gennaio 2003, n.3 art. 51 “tutela della salute dei non fumatori”. Roma 2006.
<http://www.ccm.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/255/conferenzaFumo.pdf>
45. Ministero della Salute – D.G. Prevenzione Sanitaria. Tutela della salute dei non fumatori: un bilancio dopo un anno di applicazione della Legge 3/2003 art. 51. Il consumo di tabacco, i farmaci antifumo, gli effetti sulla salute. Roma 2006.
46. EpiCentro. Depliant Cnesps-Iss: “Riflessioni a uso dei gestori di locali pubblici”
<http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/Fumo.pdf>
47. Rossini R et al, Studio sugli effetti della legge che vieta il fumo nei locali pubblici, 2006.
http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/rapporto_Senigallia.pdf
48. Sistema di sorveglianza Passi.
<http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
<http://www.epicentro.iss.it/passi/IndiceRapporto09.asp>
49. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm
Il progetto della Regione Veneto
http://www.ccm-network.it/prg_area2_fumo_monitoraggio_legge_Veneto
50. Ministero della Salute – Guadagnare Salute. Protocollo d'intesa con le Ferrovie dello Stato.
<http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=846&menu=protocolli>
51. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm
Divieto di fumo nei locali pubblici
http://www.ccm-network.it/bellavista_fumo
52. Moher M et al, “Workplace interventions for smoking cessation”. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 2.
53. Bell K et al, “Workplace interventions to promote smoking cessation – Evidence review. British Columbia centre of excellence for women’s health”. NICE review 2006.
54. Waranch HR et al, “The effects of a hospital smoking ban on employee smoking behaviour and participation in different types of smoking cessation programmes”. In: *Tobacco Control* 1993;2:120-26.
55. Sorensen G et al, “Worksite characteristics and changes in worksite tobacco control initiatives: Results from the COMMIT study”. In: *Journal of Environmental Medicine* 1997;39:520-26.
56. Emmons KM et al, “The relationship between organizational characteristics and the adoption of workplace smoking policies”. In: *Health Education and Behavior* 2000;27:483-501.
57. Docherty G et al, “Health promotion in the Scottish workplace: A case for moving the goalposts”. In: *Health Education Research* 1999;14:565-573.
58. Reda AA et al, “Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment”. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.