

Indice dei Contenuti

Introduzione: obiettivi e metodologia	1
La normativa europea e la legge italiana	3
Overview sul mercato europeo del tabacco	9
Il mercato italiano del tabacco	11
Il fumo in Italia	13
- Impatto clinico e patologie correlate	
- Il costo sanitario del fumo	
Prevalenza del fumo in Italia	15
- La popolazione adulta	
- Quanti giovani fumano	
- Confronto giovani e adulti	
Chi sono i giovani d'oggi	19
- La prevenzione delle dipendenze	22
- Prevenzione ambientale e universale	
- Prevenzione selettiva e indicata	
- Interventi efficaci	
Giovani, fumo e ambiente	25
- Mentoring nella prevenzione del fumo.	27
- Ricerca del Dipartimento di Psicologia dei	
- Processi di sviluppo e Socializzazione - Univ. La Sapienza Roma	
- I risultati della ricerca	
"Togliamoci il fumo dagli occhi". Guida di Cittadinanzattiva	32
Interventi per aiutare i giovani a smettere di fumare	35
- Interventi di prevenzione nel contesto scolastico	
- Life Skills	
Revisioni sistematiche Cochrane sulla efficacia degli	38
Interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco	
L'Europa unita contro il tabagismo	42
- Il Manifesto dei Giovani Europei contro il Tabagismo	
Conclusioni: proposte concrete in un'ottica di riduzione del danno	45
Bibliografia	48

INTRODUZIONE

Obiettivi e metodologia

Il fumo uccide una persona ogni sei secondi ed è a tutti gli effetti un'**epidemia** fra le peggiori mai affrontate a livello globale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) calcola che quasi 6 milioni di persone perdano la vita ogni anno per i danni da tabagismo. Fra le vittime, oltre 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo. Il totale dei decessi entro il 2030 potrebbe raggiungere quota 8 milioni all'anno e se il trend continua come le proiezioni fanno intendere, nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti.

Nonostante la progressiva riduzione nel numero dei fumatori nei Paesi industrializzati resta preoccupante anche in Italia la percentuale di **fumatori giovani**. Anche l'impennata che negli ultimi anni ha interessato nel nostro Paese la vendita di tabacco sfuso, più economico delle sigarette, secondo i sondaggi testimonia un consumo legato ad abitudini e mode di consumatori più giovani.

Obiettivi congiunti di una lotta al tabagismo sono quindi la riduzione del numero di fumatori abituali e la prevenzione dell'avvicinamento dei giovanissimi alle sigarette, ma anche la possibilità di valutare l'opportunità di immettere sul mercato prodotti del tabacco potenzialmente meno rischiosi rispetto alle sigarette.

Il presente studio parte dall'analisi delle principali ricerche che in Italia – e non solo – si sono occupate di fotografare le caratteristiche del consumo di tabacco fra i giovani.

Gli studi precedentemente condotti sul tema da Organizzazioni Non Governative, dall'Università La Sapienza di Roma, dall'Industria, da Cittadinanzattiva, le analisi eseguite dall'Istituto Superiore di Sanità e i dati forniti da indagini demoscopiche sono stati valutati anche alla luce della più recente letteratura scientifica del settore. L'obiettivo è quello di tracciare un quadro ragionato della reale condizione attuale del fumatore giovane in Italia, identificandone le motivazioni, le caratteristiche, le particolari fragilità, ma individuando anche possibilità di intervento.

Attraverso la raccolta, il confronto e l'analisi dei dati più aggiornati, sullo sfondo del quadro normativo nazionale ed europeo, intendiamo giungere a una proposta concreta che renda l'Italia capofila di un'azione efficace di lotta al tabagismo, soprattutto fra le nuove generazioni. Un'azione che unisca mirate campagne di prevenzione, da promuovere fin dalla scuola primaria, a garanzie di assistenza per le terapie di disaffezione al fumo per chi ne è dipendente, a norme che regolino anche i nuovi prodotti immessi sul mercato in un'ottica di riduzione del danno da tabacco.

La normativa europea e la legge italiana

Il controllo del tabacco all'interno dell'Unione Europea, fondamentalmente si basa su due normative:

- la **Direttiva 2001/37/CE**, che regola il mercato della produzione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco. La norma impone di apporre avvisi sui rischi per la salute sui prodotti, vieta l'uso di termini quali "light", "mild" o "a basso contenuto di catrame", costringe i produttori a fornire informazioni complete su tutti gli ingredienti utilizzati nei loro prodotti, stabilisce il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette, pari rispettivamente a 10 mg/sigaretta, 1 mg/sigaretta e 10mg/sigaretta, con i relativi metodi di misurazione;
- la **Direttiva 2003/33/CE**, che vieta la pubblicità transfrontaliera dei prodotti del tabacco sui mass media, la radio e i servizi online. Vieta inoltre la sponsorizzazione di eventi transfrontalieri se essa produce l'effetto di promuovere i prodotti del tabacco. Il divieto di pubblicizzare e sponsorizzare il tabacco in televisione risale al 1989. Ora la direttiva sui servizi di media audiovisivi estende tale divieto a tutte le forme di comunicazione commerciale, compreso il product placement. Tale divieto a tutto campo nell'ambito della pubblicità nei paesi dell'Unione Europea costituisce un elemento centrale nella politica di controllo del tabacco e contribuisce a rendere il tabacco meno visibile e attraente nella società.

Risale al 2003 anche la **Raccomandazione** del Consiglio Europeo sulla prevenzione del fumo e su iniziative per rafforzare la lotta contro il tabagismo (**2003/54/CE**, scaricabile a <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003H0054:IT:HTML>).

Nel 2005 è entrata in vigore la **Convenzione quadro per il controllo del tabacco** (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), il primo trattato internazionale mai adottato nell'ambito della salute. Ad oggi (agosto 2012) esso impegna 175 paesi di tutto il mondo a intervenire per ridurre le malattie e il numero di decessi provocati dai prodotti del tabacco. Sulla base della Convenzione, vengono sviluppati nuovi standard per diffondere ulteriormente le misure di controllo del tabacco.

Circa un terzo dei paesi europei ha adottato una legislazione di vasta portata che vieta il fumo, con effetti positivi immediati sulla salute, per esempio una riduzione media dell'incidenza degli infarti tra l'11 e il 19%. Il 30 giugno 2009, la Commissione ha avanzato una proposta di **raccomandazione al Consiglio**, che invita tutti gli Stati membri ad adottare misure che tutelino i loro cittadini dall'**esposizione al fumo** di tabacco entro il 2012 (scaricabile <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:0014:IT:PDF>).

La proposta per un ambiente libero dal fumo invita gli Stati membri a:

- approvare e attuare leggi che salvaguardino i cittadini dall'esposizione al fumo in luoghi pubblici chiusi, luoghi di lavoro e trasporti pubblici, entro tre anni dall'adozione della raccomandazione;
- rafforzare le leggi antifumo attraverso misure di sostegno, come la tutela dei minori e un sostegno agli sforzi per smettere di fumare, nonché avvertimenti in forma grafica sui pacchetti delle sigarette;

- rafforzare la cooperazione a livello dell'Unione Europea attraverso l'istituzione di punti focali nazionali per il controllo del tabacco.

Nel 2010 il **Comitato scientifico dei rischi sanitari emergenti e identificati recentemente** (SCENIHR) ha adottato un parere per valutare il ruolo che gli additivi del tabacco hanno sull'attrattività e la dipendenza. Il Comitato ha suggerito che numerosi additivi vengono utilizzati per aumentare l'attrattiva e la dipendenza dei prodotti del tabacco, pur evidenziando certe limitazioni dello studio, fra le quali:

- la difficoltà etica di condurre un'analisi in modo adeguato per poter quantificare l'attrattiva negli esseri umani,
- la difficoltà di identificare il ruolo dei singoli additivi nell'incremento dell'attrattiva,
- l'effetto del marketing che è ugualmente fuorviante.

L'articolo 11 della Direttiva 2001/37/CE prevede che la Commissione Europea fornisca regolarmente un report al Parlamento Europeo e al Consiglio sull'applicazione della Direttiva stessa da parte degli Stati Membri. Ad inizio 2011, la Commissione Europea tramite la **DG SANCO** (Direzione Generale della salute e della tutela del consumatore) ha avviato una procedura di Impact Assessment in merito ai possibili sviluppi futuri della regolamentazione del settore. Entro la fine del 2012 la procedura si concluderà con la presentazione di una nuova proposta di Direttiva che verrà presentata contestualmente a Parlamento e Consiglio, per l'inizio dell'iter legislativo ordinario.

Punto di partenza dell'**Impact Assessment** sono anche i risultati della Consultazione Pubblica avviata dalla Commissione il 24 settembre 2010 e conclusasi il 17 dicembre 2010. La **Consultazione Pubblica** ha offerto la possibilità di intervenire nel processo di revisione della Direttiva a cittadini, organizzazioni non governative, istituzioni pubbliche e rappresentanti dell'industria e ha fatto registrare un'alta adesione (oltre 85mila risposte di cui il 96% di singoli cittadini). Fra gli argomenti che hanno destato maggiore dibattito e partecipazione pubblica:

- l'introduzione del pacchetto generico, ossia una confezione standard per tutti i produttori, sulla quale verrà stampato solo il nome del marchio con caratteri e colore uniformi (**generic packaging**);
- l'obbligo di introdurre le avvertenze sanitarie per immagini contestualmente all'aumento della superficie dedicata alle avvertenze stesse fino ad occupare la maggior parte della superficie del pacchetto (**pictorial health warnings**);
- l'introduzione del divieto di esposizione delle sigarette all'interno dei punti vendita (**display ban**);
- il divieto di utilizzo degli ingredienti, utilizzati per riequilibrare il sapore del tabacco e reintegrare gli zuccheri persi durante il trattamento della foglia ma che

in seguito alla combustione sprigionano sostanze altamente nocive, molte delle quali cancerogene (**ingredients ban**).

I risultati della consultazione sono stati resi noti nel settembre 2011. L'85% dei partecipanti si è detto contrario all'introduzione del pacchetto generico (1,76% i favorevoli) e ha espresso la volontà di non cambiare nulla sulla commercializzazione: solo il 2,78% ha proposto l'aumento delle informazioni sul pacchetto. Anche in materia di ingredienti il 78% dei partecipanti alla consultazione lascerebbe la normativa invariata, mentre una piccola percentuale guarda con favore a criteri comuni europei e a una lista comune di ingredienti per tutti i produttori. Per quanto riguarda l'accesso al prodotto, quasi il 50% vorrebbe conservare le regole attuali, mentre il 39% è propenso ad esercitare maggiore controllo; solo l'1,87% vorrebbe vietare la vendita di prodotti di tabacco mentre la maggioranza degli intervistati suggerisce un controllo legato all'età dei fumatori.

Quasi contemporaneamente, il Parlamento europeo ha bocciato a larga maggioranza l'emendamento collegato ad una proposta di risoluzione comune in vista della riunione delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili, che riassumeva il piano europeo sul tabacco: confezionamento generico, avvertenze sanitarie illustrate, divieto di alcuni ingredienti.

Inutile ribadire quanto l'industria del tabacco guardi con preoccupazione alla eventualità che anche solo alcune di queste proposte diventino norma applicata. Essa teme, ad esempio, che nuove regole come quelle del *generic packaging* e dei *pictorial warnings* potrebbero incentivare la contraffazione e il contrabbando dei prodotti a base di tabacco, avendo al tempo stesso un limitato - se non addirittura negativo - impatto sulla salvaguardia della salute dei consumatori. Similmente, l'implementazione dell'*ingredients ban* avrebbe potenziali riflessi negativi socio-economici e giuridico-legali. Quanto alla ipotesi di fondo della Commissione riguardo al *display ban*, ossia che il divieto di esposizione sarebbe efficace soprattutto verso il pubblico dei consumatori più giovani, alcuni rimandano all'esperienza dell'Irlanda, che ha introdotto tale misura nel 2009, con esiti più modesti di quanto auspicato e con una parallela evoluzione del mercato illecito.

Anche un recente studio condotto da The European House-Ambrosetti sulla regolamentazione del settore del tabacco (2012) sembra evidenziare che la potenziale riduzione dei consumi attesa dall'applicazione delle misure proposte dalla Commissione appare incerta, a fronte di significativi impatti negativi attesi tanto sulla filiera - che in Italia occupa oltre 200.000 addetti, quanto sul consumatore e sull'intera collettività.

Sullo sfondo di questo panorama, l'**Italia** può vantare di essersi dotata di leggi per la tutela dei non fumatori con largo anticipo rispetto a molti paesi. La prima norma nazionale in questo senso risale infatti al 1975 (Legge n. 584 dell'11 novembre 1975) e vieta di fumare in alcuni luoghi pubblici. Essa venne rafforzata venti anni più tardi dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995 che allargava il divieto ai locali destinati al ricevimento del pubblico per l'erogazione di servizi pubblici e utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici.

Queste norme avevano tuttavia un impatto assai limitato sui comportamenti dei fumatori, interferendo poco con le loro abitudini.

I limiti sono stati superati con la Legge 3 del 16 gennaio 2003 che ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, palestre, centri sportivi), con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e delle abitazioni civili. La legge non prevede un obbligo, ma concede la possibilità di creare locali per fumatori.

Tra le altre misure volte alla riduzione della domanda di prodotti del tabacco ci sono le norme relative alla regolamentazione della composizione dei prodotti e all'etichettatura. In particolare, il Decreto Lgs. n.184 del 24 giugno 2003 che ha recepito la Direttiva 2001/37/CE.

La normativa vigente in materia di regolamentazione della pubblicità è costituita dalla Legge 52 del 22 febbraio 1983, di conversione in legge del Decreto 4 del 10 gennaio 1983 e dal Decreto ministeriale 425 del 30 novembre 1991, in attuazione della Direttiva 89/552/CEE, oltre che dall'art. 8 del Decreto 581 del 9 dicembre 1993.

Con il Decreto Lgs. n. 300 del 16 dicembre 2004 è stata recepita anche nel nostro Paese la Direttiva 2003/33/CE.

La normativa italiana sul tabagismo regola anche altri aspetti, con l'obiettivo generale di tutelare la salute dei cittadini, in particolare dei **giovani**. Fin dal 1934, il Regio Decreto 2316, "Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia", stabilisce, all'art. 25, il divieto di vendita e somministrazione di tabacco ai minori di 16 anni, a cui è vietato anche di fumare nei luoghi pubblici.

Le leggi volte alla repressione del contrabbando del tabacchi lavorati hanno anche finalità di salute pubblica. In Italia sono puniti sia la vendita che l'acquisto dei prodotti di contrabbando. La normativa di riferimento è costituita dalla Legge 50 del 18 gennaio 1994 e dalla Legge 92 del 19 marzo 2001.

La normativa nazionale s'inserisce, pertanto, a pieno titolo nell'ambito proposto anche dall'Oms attraverso la Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco, di cui l'Italia è stata uno dei primi firmatari.

Infine, è attualmente in fase avanzata di discussione al Senato della Repubblica la proposta di legge bipartisan **S.8, "Disposizioni per la tutela della salute e per la prevenzione dei danni derivanti dal consumo dei prodotti del tabacco"**, a firma dei senatori Ignazio Marino e Antonio Tomassini. La proposta comprende:

- l'introduzione di una normativa per disciplinare i prodotti a base di tabacco, che tenga conto dei più recenti ed avanzati risultati conseguiti in ambito scientifico in materia di studio delle caratteristiche e della dannosità del consumo dei prodotti del tabacco;
- l'innalzamento a 18 anni dell'età anagrafica minima per l'acquisto e il consumo dei prodotti a base di tabacco;
- l'estensione del divieto di fumo alle pertinenze delle scuole;

- maggiori sanzioni a chiunque venda o somministri prodotti a base di tabacco ai minori di diciotto anni;
- l'obbligo per i produttori di riportare nome e possibili effetti delle sostanze contenute in sigarette e prodotti a base di tabacco su un foglietto illustrativo da porre all'interno di pacchetti e confezioni;
- l'istituzione da parte del Ministero della Salute del "Fondo per la prevenzione e riduzione dei danni del tabagismo" per svolgere campagne di informazione, corsi di aggiornamento per i medici, agevolare l'acquisto di farmaci sostitutivi della nicotina, favorire lo sviluppo e la produzione di prodotti a base di tabacco sempre meno nocivi alla salute. Tale Fondo dovrebbe essere finanziato dalle risorse derivanti dall'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie applicate per violazioni alle disposizioni di legge, dalle maggiori entrate derivanti dall'armonizzazione del trattamento dei diversi prodotti a base di tabacco e da contributi di soggetti pubblici e privati.

Overview sul mercato europeo del tabacco

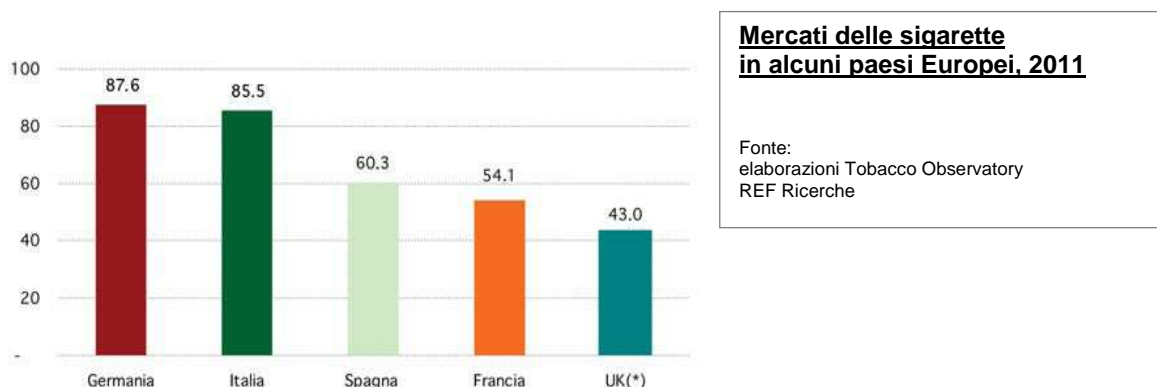
La recente crisi economica che ha coinvolto, seppur in maniera diversa, tutti i Paesi, ha inciso in modo significativo e soprattutto per quanto riguarda il prodotto lavorato, anche sul mercato europeo del tabacco, che chiude il 2011 con una ulteriore diminuzione delle vendite. Da una prima analisi, la flessione del mercato, in coincidenza di una minore disponibilità economica, ma anche di un aumento del prezzo del pacchetto di sigarette, sembra dimostrare quanto il costo da pagare in termini economici abbia una maggiore deterrenza del costo-salute sulla decisione di diminuire o abbandonare l'abitudine al fumo.

Nei principali mercati europei, Italia, Spagna, Regno Unito e Francia, l'anno 2011 si conclude con un calo complessivo delle vendite di ben 13 milioni di chili rispetto al 2010. Fa eccezione la Germania dove, nonostante l'aumento dei prezzi, le vendite legali di sigarette hanno messo a segno un deciso recupero con una **crescita del 4.8% rispetto al 2010**. Il fenomeno può essere attribuito al progressivo aumento dei prezzi delle sigarette nel mercato frontaliero, che ha contribuito a concentrare gli acquisti in patria, ma anche alla robusta ripresa economica e all'assenza di una disciplina federale organica rispetto ai divieti di fumo che prevedono, inoltre, numerose eccezioni.

Germania

Le maggiori perdite interessano il mercato spagnolo, che registra un costante arretramento della domanda fino a raggiungere nei primi sei mesi del 2011, con l'aumento dei prezzi delle sigarette, una **caduta superiore al 20%** rispetto al corrispondente periodo del 2010. Il fenomeno, attribuibile ad un contesto economico provato da una dura recessione e dall'entrata in vigore di normative sempre più restrittive, è difficilmente equiparabile ad un corrispondente calo di consumo, che va ridimensionato alla luce di una crescente penetrazione del commercio illegale proveniente dalle zone extraterritoriali di Gibilterra e Andorra e da merce contraffatta di provenienza cinese.

Spagna



(*) Stima

La crisi dell'economia e la crescita del prezzo delle sigarette ha colpito anche il mercato francese che è al terzo posto, dopo UK e Irlanda, per prezzo di vendita al pubblico del pacchetto di sigarette. Nel 2011 in Francia si registra, rispetto al 2010, un **calo di 690 milioni di chili (-1,3%)** per quanto riguarda le vendite legali di sigarette, mentre cresce la vendita di tabacco sfuso per arrotolare le sigarette (+5% rispetto al 2010). Una crescita non sufficiente a giustificare **l'aumento del numero dei fumatori, dal 28 al 30%**, incrementato dalla popolazione di sesso femminile (*Barometre Santé- Institut national de prévention*

Francia

et d'éducation pour la santé), da attribuirsi più realisticamente ai vantaggi offerti dal **commercio frontaliero e dalla disponibilità di prodotti di contrabbando ad un costo inferiore.**

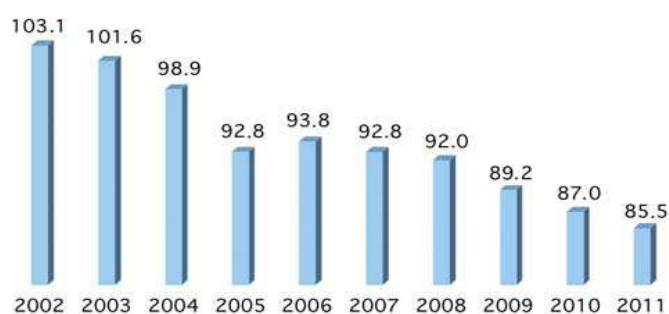
Nel Regno Unito, l'aumento dell'IVA e delle accise ha provocato, nel 2011, un rincaro del 10% sul prezzo delle sigarette. L'inasprimento della tassazione è andato ad aggiungersi ad una normativa particolarmente severa che, dal 1° ottobre 2011, ha aumentato le restrizioni mettendo al bando i distributori automatici di sigarette in Inghilterra e, a partire dal 1° febbraio 2012 nel Galles, in Irlanda del Nord e in Scozia. Al fine di ridurre la differenza del carico fiscale rispetto alle sigarette, è stata aumentata anche la tassazione del tabacco sfuso che ha raggiunto le 151.90 sterline al chilo verso le 154.95 sterline per 1.000 sigarette. I provvedimenti hanno avuto una notevole ripercussione sul mercato che ha registrato un calo nella vendita legale di sigarette del 3-5% con una **perdita di più di 2 milioni di chili** nella vendita di tabacco, scesa a circa 43 milioni di chili, rispetto ai 45.2 dell'anno precedente. È plausibile ipotizzare come si sia assistito ad un trasferimento dal mercato legale a quello illegale.

Regno Unito

Il mercato italiano del tabacco

Nel nostro Paese, dal 2002 al 2011 la perdita complessiva nel mercato del tabacco è stata di 14 milioni di chili. Il decremento delle vendite è stato caratterizzato da una discesa costante che ha riguardato soprattutto le vendite legali di sigarette (da 103 milioni di chili a 85,5 milioni), caratterizzata da due picchi, il primo avvenuto nel 2005, in concomitanza con la legge Sirchia emanata nel dicembre dell'anno precedente, il secondo, dal 2009 al 2011 (anno in cui dai 200 depositi fiscali italiani sono usciti **700 mila chili di tabacco in meno**, rispetto al 2010), influenzato dall'approssimarsi della crisi economica e dal progressivo aumento della tassazione, e dei prezzi.

2011 vs 2010
Mkt tabacco
-700.000 kg



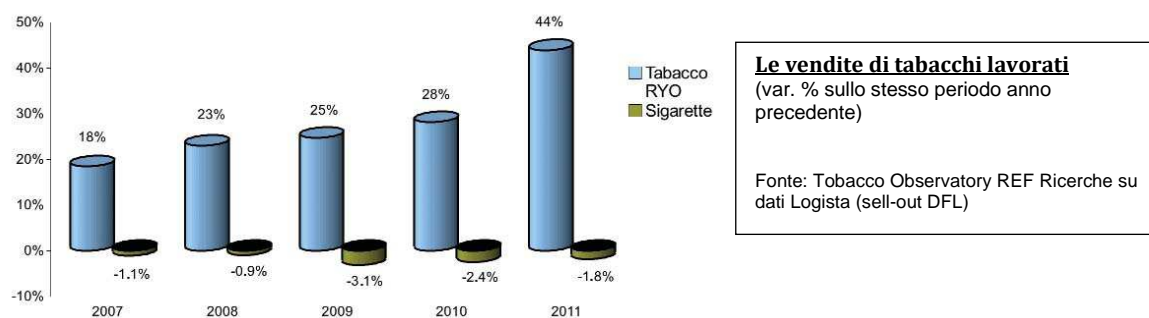
Vendite di sigarette in Italia (milioni di kg)

Fonte:
Tobacco Observatory REF Ricerche su dati
Logista (sell-out DFL)

A partire dal settembre 2011, l'incremento dell'aliquota dell'IVA, portata dal 20 al 21%, e il deterioramento del mercato italiano si ripercuotono immediatamente sul consumo di sigarette che, da questo momento in poi, si avvia verso una costante e repentina discesa: il calo del mercato registrato nell'ultimo trimestre del 2011 è pari a circa il 7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

La curva di caduta si sovrappone alla situazione economica generale e soprattutto all'aumento dei prezzi delle sigarette, con un picco nel mese di luglio in cui si registra un primo rialzo dei prezzi e con un'ulteriore discesa nell'ultimo trimestre

dell'anno, tra ottobre e dicembre 2011, periodo in cui, in congiunzione con un secondo rincaro delle sigarette, le vendite sono scese a ritmi di circa il 7%, trend che si conferma anche nei primi mesi del 2012, con un tasso di contrazione del 7% rispetto allo stesso periodo del 2011 e che si contrappone alla vendita dei trinciati, costantemente in crescita. Tale aumento della vendita del tabacco trinciato ha assorbito solo in parte il calo delle vendite di sigarette: è ipotizzabile, quindi, che la rimanente parte sia rappresentata dal contrabbando.



E' difficile stimare quanto il cedimento del mercato legale coincida con la reale riduzione dei consumi, è ragionevole ipotizzare che solo una parte di fumatori abbia davvero smesso; un certo numero si è probabilmente rivolto al mercato illegale, come emerge dalle statistiche frontaliere di confine, mentre altri hanno ripiegato sul trinciato che è infatti cresciuto, nel 2011, del 40%. E' probabile che questa crescita sia in gran parte da attribuirsi alle Regioni del Sud caratterizzate da un numero superiore di fumatori e da un più elevato consumo giornaliero in un contesto lavorativo ed economico decisamente più critico rispetto alle altre regioni italiane. Nel corso del 2012 sono previsti altri aumenti per i tabacchi lavorati, in funzione degli obiettivi di gettito prospettati dal precedente e dall'attuale Governo.

Anno 2011 – Variazione vendite di sigarette per Provincia, Area e Regione

Fonte: Tobacco Observatory REF Ricerche

Variazione % sull'anno precedente		
AREA	REGIONE	Var. %
	Emilia-Romagna	-1.2%
	Friuli Venezia Giulia	-2.5%
	Trentino Alto Adige	-0.5%
	Veneto	-0.4%
Nord-Est		-1.0%
	Liguria	-0.2%
	Lombardia	-0.6%
	Piemonte	-1.7%
	Valle d'Aosta	-0.9%
Nord-Ovest		-0.9%
	Lazio	-5.5%
	Marche	2.7%
	Toscana	2.5%
	Umbria	-7.6%
Centro		-2.4%
	Abruzzo	-1.7%
	Basilicata	-0.8%
	Calabria	-2.3%
	Campania	-3.1%
	Molise	-1.5%
	Puglia	-1.5%
	Sardegna	-2.6%
	Sicilia	-2.6%
Sud e Isole		-2.4%
ITALIA		-1.8%

Variazione % sull'anno precedente

<u>Aree "Sensibili"</u>	<u>Var. %</u>
Napoli	-3.5%
Salerno	-1.4%
Caserta	-3.8%
Benevento	-2.3%
Avellino	-2.0%
Foggia	-1.0%
Bari	-1.2%
Reggio Calabria	-3.0%
Udine	-5.3%
Gorizia	-4.8%
Trieste	-4.2%
<i>ITALIA</i>	<i>-1,8%</i>

Il fumo in Italia

Impatto clinico e patologie correlate

Il fumo di tabacco è, dopo l'ipertensione arteriosa, la più importante causa di morte nell'ultima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD 10: Z58.7). La mortalità attribuibile al fumo è il 15% dei 560.000 decessi registrati ogni anno in Italia, pari a 70.000 decessi:

- a) 40.000 per neoplasia polmonare e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
- b) 10.000 per altri tumori legati al tabacco
- c) 15-20.000 per malattie cardiovascolari
- d) 5.000 per altre malattie

Secondo quanto riportato nella letteratura, la vita di un fumatore abituale che muore a causa del fumo è di circa 10 anni inferiore rispetto a un non fumatore. Il danno da fumo è tanto più evidente quanto più precocemente si inizia a fumare: **un quindicenne ha una probabilità di morire di cancro tre volte maggiore rispetto a chi inizia dieci anni più tardi.**

Danni fumo
nella
popolazione
giovanile

Nel 2000 il 14% di tutti i decessi erano attribuibili al fumo e oltre il 25% di questi riguardavano persone in età compresa tra i 35 e i 65 anni.

In Italia, l'85-90% dei tumori polmonari è attribuibile al fumo e il 75-90% dei tumori del cavo orale, faringe, laringe ed esofago è dovuto al fumo di tabacco, da solo o in combinazione con consumi elevati di alcol.

Il fumo non è solo correlato alle neoplasie: è il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la BPCO ed è uno dei più importanti fattori di rischio considerati nella Carta del rischio cardiovascolare.

La associazione fra fumo e coronaropatia è ben stabilita, con un aumento della mortalità variabile da 3 a 5 volte.

Va peraltro considerato che è la morbilità cardiovascolare complessiva fumo correlata che spiega l'elevatissimo impatto del tabagismo sui costi sanitari.

Il costo sanitario del fumo

Una valutazione economica (*cost of illness*) condotta secondo la prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale ha stimato l'impatto economico del fumo di tabacco nel 2005 prendendo a riferimento:

- a) ricoveri ordinari e in day hospital attribuibili a patologie correlate al tabacco e valorizzate con le tariffe DRG;
- b) costi di trattamento ambulatoriale;
- c) costi farmaceutici.

Nel 2005
4,217 miliardi di
€

I costi diretti sostenuti dal SSN sono risultati di € 4,217 miliardi, principalmente dovuti ai costi di ospedalizzazione (81%), riferibili alle seguenti patologie fumo-correlate:

- malattie cardiovascolari (51% del costo totale) e, in particolare, le cardiopatie ischemiche che determinano un terzo dell'impatto economico sul SSN;
- neoplasie (30%), soprattutto del polmone (10%);
- BPCO (11%).

Prevalenza del fumo in Italia

La popolazione adulta

A partire dal 1960 , la prevalenza del fumo nel nostro paese ha registrato un costante decremento. Le generazioni di italiani che hanno fumato di più sono i maschi nati tra il 1950 e il 1970, e le donne nate tra il 1960 e il 1980. Secondo il database dell'OMS, nel 2008 il 22.4% della popolazione adulta italiana continuava a fumare regolarmente. Nel 2010 dichiara di essere fumatore **il 20% delle donne e il 24% degli uomini adulti italiani per un totale di 11 milioni di persone.**

In Italia
oggi fumano
11 milioni

Gli *hardcore smoker* sono circa il 30% dei fumatori: fumano molte sigarette al giorno, non hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi e dichiarano di non averne intenzione.

I soggetti con dipendenza da nicotina di grado moderato-grave (con punteggio 6-10 al test di Fagerström) sono circa il 20% dei fumatori: anche quando motivati a smettere di fumare, non ci riescono senza supporto esterno.

Quanti Giovani fumano

In tutto il mondo ogni giorno tra gli 80.000 e i 100.000 giovani iniziano a fumare. Nel 2005 l'introduzione della legge Sirchia ha contribuito alla diminuzione della prevalenza del fumo soprattutto tra le donne e i più giovani, ma l'effetto non è durato a lungo, infatti una indagine del 2009 dimostra che il fenomeno ha lentamente ripreso quota con un significativo aumento del 5,0% della prevalenza in individui giovani e l'imprevisto aumento del tasso di ricaduta. L'indagine HBSC condotta nel 2009-2010 in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS sullo stato di salute e gli stili di vita di 77.000 giovani in età scolare ha evidenziato che la percentuale di adolescenti che fumano almeno una volta alla settimana sale in modo rilevante tra i 13 e i 15 anni.

Percentuale di adolescenti italiani che fumano almeno 1 volta alla settimana (2009-10)

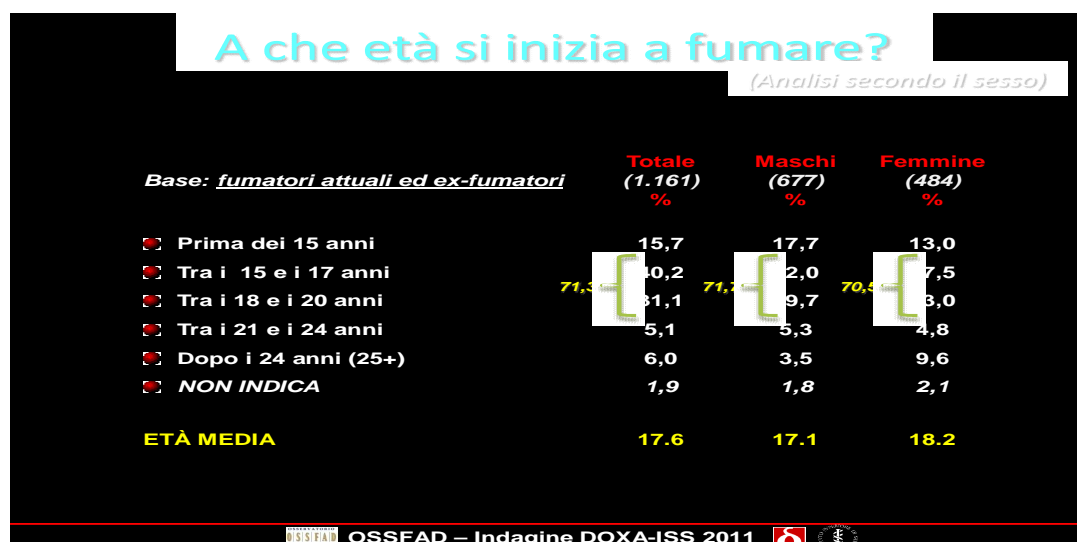
Età (anni)	Maschi	Femmine
11	1%	0.2%
13	4.14%	3.68%
15	19.8%	19.42%

L'indagine DOXA "Il Fumo in Italia, 2011" effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità ha riportato che in Italia nell'anno 2011 ci sono stati circa 11,8 milioni di fumatori, che corrispondono mediamente ad 1 persona su 4, con una prevalenza del genere maschile rispetto a quello femminile.

L'indagine ha messo in evidenza la preoccupante situazione giovanile, infatti è emerso che nella fascia d'età tra i 15 e i 24 anni, fuma il 15,9% dei maschi e addirittura il 21,8% delle femmine.

Fumo giovani
15,9% M
21,8% F

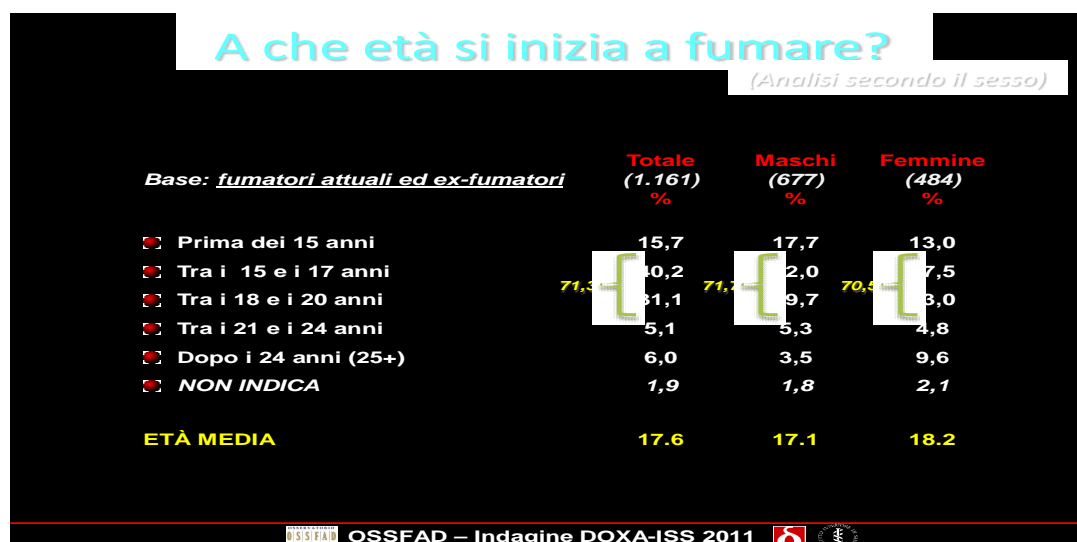
Inoltre, la classe più rappresentativa si trova fra coloro che hanno un'età compresa fra 25 e 44 anni (fuma il 32,9% degli uomini e 23,7% delle donne), una fascia d'età oggi considerata ancora giovanile, mentre l'abitudine al fumo cala con il passare degli anni: nella fascia d'età compresa fra 45 e 64 anni fuma il 27,1% degli uomini e il 25% delle donne; oltre i 65 anni il calo è repentino, fumano il 18,5% degli uomini e il 7,5% delle donne.



Sempre dalla stessa ricerca emerge che il 17,7% dei maschi e il 13% delle femmine inizia a fumare prima dei 15 anni. Le statistiche riportano che circa l'87% dei fumatori inizia entro i 20 anni, dato che sembra essere confermato da quanto evidenziato dai risultati della Doxa 2011 che dimostrano un'impennata in età tra i 15 e i 20 anni. Per quanto riguarda le abitudini, il 76,9% dei giovani fuma in compagnia e il 23,1% da solo (Doxa 2009).

Confronto "Giovani" e "Adulti"

L'indagine Doxa del 2009 ha messo a confronto i "giovani fumatori" con gli "adulti fumatori", su frequenza e tipo di consumo, consumo medio di sigarette al giorno e prodotto acquistato più spesso. I giovani che fumano tutti i giorni sono l'89,7%, scostandosi di poco dagli adulti che raggiungono il 92,1%, un dato significativo se si considera la minor disponibilità economica.



Più frequente nei giovani il fumo occasionale che riguarda l'8,2% di loro e solo il 6,8% degli adulti; fumano solo durante il fine settimana il 2,1% dei giovani e l'1,1% degli adulti.

Il consumo medio è di 10 sigarette al giorno per i giovani e 14 sigarette per gli adulti. Nonostante rimanga ancora bassa la percentuale di utilizzo, la sigaretta "rollata", realizzata con cartina e trinciato, è quella che negli ultimi anni ha avuto il maggior incremento tra la popolazione giovanile.

A favorirne il consumo è la bassa tassazione che contribuisce al dimezzamento del costo rispetto alle sigarette in pacchetto. In entrambi i sessi e in tutt'e due le fasce d'età la preferenza va verso il pacchetto da 20 sigarette, anche se, soprattutto tra le ragazze è significativa la percentuale di chi compra il pacchetto da 10. Le ragazze, infatti acquistano pacchetti da 10 sigarette nel 30,6% e i ragazzi nel 18,6%, mentre il 68,7% e 78,7% rispettivamente acquista pacchetti da 20 sigarette.

A che età si inizia a fumare?

(Analisi secondo il sesso)

<i>Base: fumatori attuali ed ex-fumatori</i>	Totale (1.161) %	Maschi (677) %	Femmine (484) %
Prima dei 15 anni	15,7	17,7	13,0
Tra i 15 e i 17 anni	30,2	32,0	27,5
Tra i 18 e i 20 anni	31,1	29,7	33,0
Tra i 21 e i 24 anni	15,1	15,3	14,8
Dopo i 24 anni (25+)	6,0	3,5	9,6
NON INDICA	1,9	1,8	2,1
ETÀ MEDIA	17.6	17.1	18.2

OSSFAD – Indagine DOXA-ISS 2011

Le donne adulte che acquistano pacchetti da 10 si sovrappongono, in percentuale, alle tendenze maschili: rispettivamente del 12,2% e del 12,8%, mentre i pacchetti da 20 sono acquistati dall'86% delle donne e dall'83% degli uomini. Gli acquisti vengono fatti prevalentemente dal tabaccaio, nell'84,4% dei giovani e nel 90,9% degli adulti. Sostanzialmente quindi, dall'elaborazione dei dati del 2009, emerge una sovrapponibilità di abitudini dei giovani e degli adulti e la differenza di età sembrerebbe non influire su alcune caratteristiche legate al consumo di tabacco.

A che età si inizia a fumare?

(Analisi secondo il sesso)

<i>Base: fumatori attuali ed ex-fumatori</i>	Totale (1.161) %	Maschi (677) %	Femmine (484) %
Prima dei 15 anni	15,7	17,7	13,0
Tra i 15 e i 17 anni	30,2	32,0	27,5
Tra i 18 e i 20 anni	31,1	29,7	33,0
Tra i 21 e i 24 anni	15,1	15,3	14,8
Dopo i 24 anni (25+)	6,0	3,5	9,6
NON INDICA	1,9	1,8	2,1
ETÀ MEDIA	17.6	17.1	18.2

OSSFAD – Indagine DOXA-ISS 2011

Chi sono i giovani d'oggi

Prima di affrontare il tema della prevenzione del fumo nei giovani è opportuno inquadrare il target al quale ci rivolgiamo, infatti il profilo dei giovani d'oggi è profondamente cambiato e difficilmente etichettabile. La caduta dei valori, la perdita di riferimenti collettivi, il ripiegamento sul privato, sono visioni globalizzanti della realtà giovanile riferibili ad un tentativo di semplificazione che banalizza la situazione reale. Il terreno sociale, economico e culturale che gli adulti sono stati capaci di predisporre per farli crescere ha tutte le caratteristiche di precarietà, leggerezza, caducità, disinteresse, che non fanno che acuire la spregiudicatezza e la superficialità che caratterizzano da sempre l'età giovanile. Ma è anche vero che il mondo attuale ha fornito nuovi rivoluzionari strumenti, opportunità che i giovani hanno saputo cogliere e adattare rapidamente alle loro necessità, sono mezzi che hanno rivoluzionato la percezione spazio-temporale della realtà, che annullano le distanze, che favoriscono il confronto e l'appartenenza a gruppi, modificando i modi di rapportarsi agli altri, che abbattano i tempi, dando ragione al presto e subito, giustificando l'impazienza, tipica di quest'età ma ormai caratteristica e pretesa anche dell'età più adulta. Piuttosto che inserire i giovani in tanti contenitori etichettati, è forse meglio riflettere sul fatto che il repentino cambiamento dei quadri di riferimento, tra cui va inserito anche l'assetto familiare (madri che lavorano, famiglie allargate) ha inevitabilmente contribuito a sviluppare in loro nuovi modi di essere e di sentire e quindi nuove sensibilità. E' di questo nuovo sentire che occorre tener conto se vogliamo attuare programmi di prevenzione efficaci. Tra le "nuove tendenze" che possono orientare la scelta delle attività e della comunicazione, indicando le chiavi di successo e quelle di insuccesso per un programma di prevenzione, non solo del fumo, ma di qualunque altro tipo di abuso, possiamo considerare

- **Proiezione nel presente anziché nel futuro.** I giovani d'oggi non guardano avanti, hanno invece un atteggiamento statico rispetto alla loro condizione. Assistiamo all'allungamento dell'età giovanile e dei tempi di dipendenza dalla famiglia, ad una crescente difficoltà ad elaborare progettualità a lunga scadenza e a fissare obiettivi a lungo termine, per ripiegare su scelte che si realizzano in tempi brevi. Questo atteggiamento può essere letto come un sintomo di adeguamento al modello di società liquida descritta da S. Baumann, in cui il tempo e lo spazio coincidono o, più banalmente, può essere la risposta alle esigenze di flessibilità e di capacità di adattamento al continuo divenire richieste dallo sviluppo della tecnologia, dell'economia e del mercato. Certo è che, in questo contesto, una comunicazione in cui gli svantaggi del fumo sono proiettati nel futuro difficilmente potrà essere accolta.
- **Una doppia moralità.** Negli ultimi anni è crollata la credibilità nelle istituzioni e contemporaneamente si sono incrinati le basi tradizionali sulle quali posava la sfera etica socialmente condivisa, portando ad una frammentazione dei sistemi di valore. Questa situazione ha provocato una relativizzazione dei valori, nessun comportamento è più o giusto o sbagliato, crollata la netta divisione tra ciò che è bene e ciò che è male, tutto può apparire lecito. Se da una parte assistiamo ad una maggiore integrazione con la scuola e con la famiglia, con la quale c'è una minore conflittualità rispetto al passato, dall'altra al di fuori di

questo contesto di "regolarità", ci troviamo di fronte a situazioni in cui le norme comportamentali del quotidiano familiare sono totalmente disattese (ad esempio in discoteca, nella vita di gruppo, ecc.) e che tuttavia, soprattutto dal gruppo, ma talvolta anche dalla famiglia, vengono comprese e giustificate. Va però detto che, a differenza di quanto avviene nel personale, resta un senso di giustizialismo collettivo verso un nemico esterno e lontano che va combattuto. Raccoglie quindi maggior consenso da parte dei giovani, nella comunicazione contro l'abitudine al fumo, l'incentivo a lottare contro l'industria del tabacco, piuttosto che contro la propria compulsione a fumare, come dimostrazione di una forza interiore personale che attualmente tende a perdere valore.

- **Il rischio come valore.** La necessità/richiesta di accettare la precarietà e di assumersi il rischio come componente necessaria per affrontare una società sempre più competitiva e sempre meno garantista, ha fatto sì che il rischio assumesse una connotazione eticamente positiva rafforzata dalla diversa percezione e la propensione al rischio tipiche dei giovani. L'insieme di questi fattori ha più che mai spostato il passato orientamento verso traguardi di sicurezza a nuovi obiettivi, dove la chiave del successo è la capacità di mettersi continuamente in gioco e il non accontentarsi. E' d'altra parte abbastanza comune la convinzione che per fare strada nella vita oggi occorre saper rischiare. È forse per questo pensare comune che appartiene ormai anche ai genitori che assistiamo ad una situazione contraddittoria in cui la spregiudicatezza delle scelte dei nostri giovani va di pari passo con la loro difficoltà ad emanciparsi dalla famiglia d'origine. Sta di fatto che la rivalutazione del rischio come valore, trova anche nella vita economico-sociale "normale" una serie di giustificazioni e finisce per favorire nei giovani comportamenti a rischio.

- **La reversibilità delle scelte.** La tecnologia moderna, si pensi solo alla scrittura con il computer e alla fragile linea di demarcazione tra reale e virtuale, tende a far pensare che ogni comportamento possa essere revocabile, che ogni rottura possa essere aggiustata. Dunque si possono anche compiere scelte rischiose nella convinzione che possano essere reversibili. Questa ottica spiega la forte esposizione alle droghe, a compiere azioni dannose per la salute e per l'incolumità fisica e va di pari passo con la rinuncia all'assunzione di responsabilità e con la crescente difficoltà dei giovani nei processi di transizione ai ruoli adulti.

Tenendo conto di queste osservazioni è facile comprendere quanto poco i giovani siano sensibili a una minaccia della salute derivante dall'abitudine al fumo, proiettata in un futuro al di là da venire, in un tempo dove magari ci saranno nuovi strumenti per combattere le malattie. Va poi ricordato che attualmente le istituzioni e le autorità di riferimento hanno perso di credibilità, e non solo agli occhi dei più giovani, pertanto il consiglio o l'intimidazione del medico o dell'insegnante non hanno certo la stessa forza di coinvolgimento di una volta. Il rischio ammantava l'atto del fumare di un alone eroico, è il coraggio di esporsi ad un pericolo che li fa grandi agli occhi dei compagni senza dover pagare un gran prezzo e il costo beneficio sarà tanto più vantaggioso quanto più il danno sarà sottolineato dalle autorità sanitarie e dai mezzi di comunicazione.

La prevenzione delle dipendenze

La prevenzione delle dipendenze è un terreno molto complesso. L'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) individua diversi livelli o strategie che si integrano a vicenda e che vanno da interventi rivolti alla società nel suo complesso e alla popolazione "sana" (prevenzione ambientale e universale) a quelli verso gruppi e individui a rischio (prevenzione selettiva e indicata). Prima di scendere nei particolari è importante riflettere sul fatto che sia i provvedimenti suggeriti, sia le linee guida, fanno riferimento alla dipendenza in senso lato. Se è possibile accomunare gli interventi sulle dipendenze da sostanze illegali, un distinguo diventa essenziale per quanto riguarda la dipendenza da alcol e, nello specifico, quella da nicotina che, oltre a rientrare tra le sostanze legali, ancora più dell'alcol non conferisce alcun stigma di dipendenza al consumatore. Il fumo di tabacco, a lungo collocato tra gli svaghi consentiti e addirittura promossi, utilizzato dal mondo dell'immaginario come elemento identificativo di un certo stile e di certi modelli sia maschili che femminili, invidiabili dai più, costituisce una delle entrate dell'erario, quindi è sotto il controllo dello Stato. Questo suo posizionamento positivo, in parte solo recente e in parte ancora attuale, rende difficile pensare di utilizzare per combatterlo le stesse strategie utilizzate per la lotta alla dipendenza in generale. Dipendenza che da sempre ha avuto connotazioni negative, che modifica in modo evidente e sgradevole l'aspetto fisico e le condizioni mentali dei consumatori, che può condurre rapidamente e inaspettatamente alla morte, che, al contrario del fumo, emargina dal contesto sociale e produttivo e, infine, che è proibita dalla legge del nostro Stato. I provvedimenti suggeriti dalle ricerche e basati sulle evidenze, vanno sempre dunque contestualizzati, ed è per questo che assumono particolare significato quelli che giungono dalla base, dalle esperienze dirette e dalle indagini fatte in modo specifico sul fumo.

Prevenzione ambientale e universale

Le strategie di prevenzione ambientale mirano a modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici immediati in cui le persone operano le loro scelte relativamente al consumo di sostanze come ad esempio i divieti di fumare, determinazione dei prezzi dell'alcol, ecc. La prevenzione universale riguarda popolazioni intere, in misura predominante a livello di scuola e di comunità, e mira a fungere da deterrente o a ritardare l'inizio del consumo di sostanze e l'insorgere di problemi correlati fornendo ai giovani le informazioni e le capacità necessarie per evitarne il consumo. Le prove mostrano che interventi di prevenzione universale ben progettati e strutturati possono essere efficaci.

Prevenzione selettiva e indicata

La prevenzione selettiva interviene con specifici gruppi, famiglie o comunità laddove le persone, a causa delle loro risorse e dei loro legami sociali limitati, possono essere più inclini a fare ricorso all'uso di sostanze o a sviluppare dipendenza. I segmenti della popolazione interessati sono selezionati sulla base di fattori di rischio indicati a diversi livelli (fattori demografici, psicosociali, etc.). L'individuo viene, invece, preso in considerazione come target dell'intervento nella prevenzione indicata che è rivolta a persone riconosciute individualmente come ad alto rischio per lo sviluppo di una dipendenza. Lo scopo della prevenzione indicata

è individuare individui affetti da problemi comportamentali o psicologici che si prevede possano evolvere verso un consumo problematico di sostanze più avanti nella vita e sottoporli singolarmente a interventi mirati.

Interventi efficaci

In linea generale l'obiettivo degli interventi di prevenzione è quello di contrastare l'uso di sostanze nella comunità e tra gli adolescenti, attraverso la riduzione dei fattori di rischio e l'acquisizione di competenze ed abilità personali supportando i fattori di protezione. Tuttavia oggi la comunità scientifica sottolinea anche l'importanza di tradurre dei principi di prevenzione in programmi e azioni che devono essere valutati sulla base delle evidenze scientifiche (Evidence Based - EB).

In questo ambito ci sono varie linee guida, basate sulle evidenze scientifiche e di comprovata efficacia, ed in particolare quelle più accreditate sono quelle del NIDA. Queste Linee Guida si basano su principi derivati dagli studi condotti sull'origine dei comportamenti di consumo e dagli studi di efficacia per la prevenzione dell'abuso e uso di sostanze, con l'obiettivo di fornire un efficace riferimento per la programmazione degli interventi. Questi principi possono essere raggruppati in tre macro aree:

- **i fattori di rischio e i fattori di protezione**, che descrivono le condizioni grazie alle quali è maggiore/minore la probabilità che si sviluppi un comportamento disadattivo, agendo a tutti i livelli della società (individuo, famiglia, scuola, gruppo dei pari, situazione di lavoro, ambiente e la stessa comunità);
- **i principi per la programmazione di interventi** applicati in ambiti differenti: l'ambiente familiare, scolastico, e comunitario;
- **le modalità di attuazione** dei programmi di prevenzione.

I criteri per implementare pratiche per aumentarne l'efficacia sulla prevenzione delle dipendenze tra i giovani individuati dal NIDA sono:

- selezionare e definire chiaramente il target (l'età, il sesso e l'appartenenza etnica);
- essere indirizzato a tutte le forme di abuso di sostanze;
- focalizzarsi sui fattori di protezione e di rischio;
- adattarsi al problema d'abuso specifico della comunità locale;
- programmare interventi congiunti nel contesto familiare, nella scuola e nella comunità;
- essere ripetuti nel tempo e proposti precocemente;
- fare un'azione informativa e fortificare le life skills (competenze personali);
- usare tecniche interattive.

Giovani, fumo e ambiente

L'iniziazione e lo sviluppo dell'abitudine al fumo tra i giovani progredisce secondo una sequenza solitamente composta di 5 fasi, che avviene in 3 anni:

- sviluppo di credenze e attitudini relative al tabacco
- sperimentazione con finalità di prova
- adozione del comportamento a breve termine
- uso regolare
- dipendenza

Uno studio del *Cochrane Tobacco Addiction Group* sottolinea come la valutazione sulle motivazioni che spingono i giovani a fumare dipenda da un processo multifattoriale complesso, come fattori di rischio ambientali, socio-demografici e comportamentali-individuali. I fattori di rischio ambientale associati con il consumo di tabacco includono:

- l'accessibilità sul mercato corrente di prodotti a base di tabacco
- la percezione che gli adolescenti hanno sull'accettazione del tabacco nel contesto sociale di vita, l'uso da parte dei coetanei o di adulti
- il disagio familiare.

L'accettazione da parte dell'ambiente del resto è il risultato di numerose campagne realizzate dall'industria del tabacco, quando tali pratiche erano ancora consentite dalla legge; attraverso messaggi veicolati da testimoni-idoli, ha influenzato le persone legittimando il fumo di sigaretta. I fattori di rischio socio-demografici associati con l'inizio dell'uso e del consumo di tabacco sembrano essere quelli rilevabili più frequentemente in adolescenti appartenenti a famiglie con basso livello socio-economico. I fattori di rischio comportamentali e individuali correlati all'utilizzo del tabacco includono un basso livello di scolarità e di profitto scolastico, la mancanza delle capacità necessarie a resistere all'influenza sociale, un basso livello di autostima, la credenza che l'uso del tabacco possa essere utile e la mancanza di autoefficacia relativa alla propria capacità di rifiutare l'offerta, da parte di altri, di prodotti a base di tabacco.

Ambientali	Socio-demografici	Comportamentali-individuali
<ul style="list-style-type: none">• Genitori fumatori• Atteggiamento dei genitori rispetto al fumo• Fratelli fumatori• Ambiente familiare, attaccamento ai genitori• Coetanei fumatori• Atteggiamenti e norme osservati nei coetanei rispetto al fumo	<ul style="list-style-type: none">• Età• Provenienza etnica• Livello socio-economico dei genitori• Indipendenza economica	<ul style="list-style-type: none">• Rendimento scolastico• Stile di vita• Autostima• Atteggiamento verso il fumo ed i fumatori• Stress• Preoccupazioni per la salute

Nel recente passato, il fumare è stato vissuto come rito di iniziazione, per entrare in un gruppo di grandi e come elemento emancipatorio (in particolare dal sesso femminile) e la gestualità legata al fumare come elemento importante per definire il profilo della persona: dura, raffinata, ammiccante o seducente, a seconda della scelta della marca, degli accessori, del modo con il quale si tiene la sigaretta tra le

dita o tra le labbra. E' innegabile che, nonostante le numerose campagne, il fumo sia fortemente autopromosso dal suo valore simbolico a scapito della consapevolezza del danno, tuttavia l'immaginario e le aspettative rispetto al fumo, sono ancora le stesse nei giovani d'oggi?

Dai dati che emergono dall'indagine DOXA del 2011, nella quale l'adeguamento alle abitudini del gruppo è la motivazione che riscuote più del 50% delle preferenze, mentre il "senso di emancipazione" e "sentirsi più grande" riguarda solo poco più del 2% delle scelte, emerge che il valore simbolico riferito all'immagine di sé che si attribuisce al fumo è scarsamente percepito dai giovani d'oggi. Sembra che il fumare, più che affermarsi come elemento distintivo, sia un atteggiamento uniformante e in un certo senso "normalizzante" rispetto al gruppo. Non va poi sottovalutata la percentuale elevata (27,6%) dei ragazzi che fuma perché sa che dalle sigarette potrà trarre piacere, quindi attribuisce al tabacco una funzione consolatoria.

Nell'ultima indagine Doxa del 2011 i giovani intervistati, con un'età compresa dai 15 ai 24 anni, dichiarano di iniziare a fumare per i seguenti motivi:

- principalmente per l'influenza degli amici, del "gruppo" 62,7%
- per provare piacere 27,6 %
- per curiosità / per provare 3 %
- per "sentirmi più grande"/ senso di emancipazione 2,4%
- influenzato dai familiari / in famiglia fumavano 2,5%
- influenzato dal partner 0,9%

I dati Doxa sono confermati dalla Ricerca del Dipartimento di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma (vedi oltre) e da una ricerca del 2010 di Cittadinanzattiva (vedi oltre) dalla quale emerge sia l'importanza del gruppo dei pari nella scelta di fumare, sia la grossa percentuale di studenti (37% delle scuole Superiori e 12% delle Medie) che fumano perché provano piacere.

Mentoring nella prevenzione del fumo. La Ricerca del Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione dell'Università La Sapienza di Roma

Una prevenzione delle dipendenze orientata a diminuire i fattori di rischio e a sviluppare quelli protettivi non può prescindere dalle convinzioni e dalle idee che i giovani hanno rispetto a tali comportamenti e delle conseguenze che gli stessi possono avere su loro stessi o sugli altri.

Contrariamente a questa constatazione sono scarsissimi gli studi che hanno indagato la relazione tra tali sistemi rappresentazionali, le caratteristiche psicologiche, il contesto socio-relazionale degli individui e l'attuazione di specifici comportamenti. I pochi studi realizzati evidenziano una estrema varietà di atteggiamenti e di giudizi rispetto ai comportamenti rischiosi, atteggiamenti e giudizi che, tra l'altro, sono soggetti a cambiare rapidamente.

Il Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione dell'Università La Sapienza di Roma ha analizzato i programmi di mentoring per la prevenzione del fumo in preadolescenza e adolescenza promossi nel 2010/2011 dall'Associazione Mentoring Italia-Usa Onlus e sostenuti da *British American Tobacco Italia*. Obiettivo di tali programmi è stato quello di promuovere negli studenti coinvolti e attraverso l'azione di mentoring, comportamenti prosociali e proattivi tra cui anche la prevenzione della dipendenza da nicotina.

Il progetto, che ha anche fornito uno spaccato delle abitudini degli studenti e delle immagini mentali che essi associano al fumo, ha coinvolto 472 studenti appartenenti al gruppo sperimentale. In riferimento alla variabile genere il campione è composto da 255 maschi (54%) e 217 femmine (46%) di età compresa tra i 5 e i 17 anni, l'età media dei soggetti è di 11,11 anni (d.s. = 2,93); tale gruppo è stato affiancato al gruppo di controllo che non ha partecipato alle attività di mentoring. Per le attività di mentoring hanno preso parte 472 mentori che hanno seguito individualmente ogni ragazzo appartenente al gruppo sperimentale.

Il documento fornisce nuovi elementi di prova sulle credenze dei bambini e preadolescenti riguardo il comportamento di fumo. Il primo dato interessante riguarda l'incidenza del consumo di nicotina in preadolescenza: il 76% degli studenti non fuma, a differenza del 24% dei fumatori che sono divisi in ugual modo tra fumatori occasionali (da 1 a 2-3 sigarette a settimana) e abituali (coloro che fumano tutti i giorni; media: 12 sigarette). I maschi che fumano rappresentano il 25% dei casi, di cui il 13% occasionali e il 12% abituali, mentre le femmine sono il 21% (10% occasionali vs. 11% abituali). Si noti che mentre tra i maschi fumatori prevalgono quelli occasionali, tra le femmine fumatrici quelle abituali.

Sono state analizzate le immagini mentali associate al consumo di nicotina: i risultati mostrano un numero significativamente maggiore di immagini negative rispetto a quelle positive. In tutte le fasce d'età sono stati espressi giudizi negativi soprattutto riguardo la percezione dei rischi per la salute legati al consumo di sigarette, con una differenza significativa tra i generi nella fascia d'età dei bambini che frequentano la scuola primaria, nella quale le femmine percepiscono il danno con maggiore sensibilità. La stessa ricerca ci mostra tuttavia che anche i giovani fumatori, come i non fumatori, associano al rischio immagini soprattutto negative, anche se in percentuali minori ma non significativamente, dimostrando ancora una volta come l'evidenziazione del rischio per la salute non rappresenti un elemento sufficiente, soprattutto nella popolazione giovanile, per distarre dall'abitudine al fumo.

Per quanto riguarda l'influenza del gruppo emerge chiaramente che i fumatori tendono a frequentare gruppi che hanno lo stesso comportamento e viceversa. Non è significativa l'influenza del comportamento dei compagni di scuola, mentre lo è di più quella degli amici che si frequentano al di fuori dell'ambito scolastico. È invece importante in modo significativo l'influenza sull'abitudine al fumo dell'amico del cuore: nella maggioranza dei giovani non fumatori, non fuma nemmeno l'amico del cuore, mentre la maggioranza dei fumatori ha un rapporto stretto di amicizia con un fumatore. Non sono emerse evidenze significative in relazione alla predisposizione al fumo degli studenti che hanno genitori fumatori, anche se gli studenti che non fumano dichiarano più frequentemente di vivere in una famiglia nella quale non si fuma.

Quindi l'influenza del fumo dei genitori e degli amici in classe non presenta conseguenze sulle condotte a rischio; non sono state riscontrate differenze significative nel comportamento degli studenti fumatori e non fumatori, in relazione all'abitudine di fumo dei genitori mentre grande importanza assume il gruppo dei pari nell'influenzare il comportamento di fumo nei giovani, confermando quanto emerge dalle numerose ricerche internazionali. Sembra dunque vero che avere compagni e fratelli che fumano possono essere fattori predittivi più importanti di apertura verso il fumo (Chassin et al., 1990), perché favoriscono il processo di abitudine, per cui il fumo non viene percepito più come comportamento a rischio, bensì socialmente accettabile a cui poter avere un facile accesso e tramite cui affermare la propria maturità e identità.

Secondo la stessa ricerca, mentre rispetto al fumo esiste un'aspettativa di sedazione dell'ansia, soprattutto da parte dei fumatori, l'immagine corporea e del sé sociale non sembra essere correlata al comportamento, dunque l'abitudine al fumo non è ascrivibile ad una ricerca di maggior sicurezza. Il collegamento tra l'atto del fumare e l'atteggiarsi del fumatore ha perso quella patina di mistero e di seduzione che lo ha caratterizzato nel passato, che forse rimane ancora solo nell'immaginario degli adulti e che potrebbe condizionare in modo negativo il tono e il tipo di comunicazione che si decide di intraprendere per dissuadere i giovani dal fumare (molti dei giovani di oggi non sanno nemmeno chi fossero Audrey Hepburn, Humphrey Bogart e tantomeno Marlene Dietrich). In questo senso è importante accogliere la richiesta dei Giovani Europei che, nel "Manifesto dei Giovani Europei contro il Tabacco" del 2007, sollecitano il coinvolgimento delle organizzazioni giovanili nell'elaborazione di decisioni politiche legate al tema del tabacco e nei processi decisionali relativi alle iniziative e alle campagne, come anello di congiunzione tra i decisori e i giovani.

I risultati della ricerca

Le ricerche dimostrano che l'apprendimento basato sul rapporto informale (attraverso un processo per cui ciascun individuo acquisisce opinioni, valori, abilità, e conoscenza dai media, dall'esperienza quotidiana e soprattutto dai gruppi di propri pari) come quello rappresentato dal mentoring, è una costante e potente fonte di rendimento individuale e costruttivo per entrambe le parti coinvolte. Il mentoring è una relazione volontaria e disinteressata che può essere orientata allo sviluppo di conoscenze o di capacità, nella quale sono coinvolte due persone: il Mentore e il Mentee.

In questo scambio il Mentore fornisce al Mentee una guida informale per aiutarlo a compiere transizioni significative nel proprio grado di conoscenza, nel proprio lavoro e nel modo di pensare o di comportarsi.

In particolare per quanto riguarda il contrasto alla dipendenza da tabacco, nell'anno scolastico 2010-2011 è stato realizzato un progetto di Mentoring Nazionale rivolto a 472 ragazzi delle scuole primarie e secondarie che sono stati seguiti da altrettanti mentori.

La maggior parte dei risultati riscontrati nei mentee attraverso la compilazione dei questionari di ingresso e di uscita si è manifestata a livello comportamentale e relazionale, nel caso specifico si è evidenziata una maggiore consapevolezza sui danni provocati dalla nicotina.

Nel corso del programma il gruppo sperimentale è stato confrontato con il gruppo di controllo per rilevare il cambiamento di comportamento nel consumo di nicotina da prima dell'attività di mentoring al termine del primo anno di attività.

Nella valutazione dei risultati, ogni gruppo è stato a sua volta diviso in 6 sottocategorie in base alla frequenza e alla quantità di consumo di sigarette:

- non fumatori stabili
- fumatori occasionali stabili (sino a un massimo di 3-4 sigarette a settimana)
- fumatori abituali stabili
- ex-fumatori
- fumatori che aumentano il consumo
- fumatori che diminuiscono il consumo

Fra i non fumatori, in entrambi i gruppi, sperimentale e di controllo, non si è registrato alcun cambiamento di condotta.

Fra i fumatori abituali o occasionali, a distanza di un anno, il gruppo sperimentale che raccoglie complessivamente tutti i fumatori, registra una riduzione del 50% mentre il gruppo di controllo rimane praticamente stabile (-9%) .

Nei sottogruppi, per i fumatori occasionali stabili i risultati dimostrano che la percentuale del gruppo di controllo, a distanza di un anno, rimane elevata (93.3%), ossia tutti mantengono lo stesso stile di consumo; i soggetti del gruppo sperimentale, dopo l'attività di Mentoring, mostrano uno stile di consumo diverso: solo il 40% mantiene lo stesso stile; il 60% si descrive come non fumatore.

Fra i fumatori stabili sono statisticamente significative le differenze tra il gruppo sperimentale e di controllo. Per il gruppo sperimentale la percentuale di fumatori abituali stabili si riduce a distanza di un anno: il 60% diminuisce il consumo passando dalla categoria fumatori abituali ad occasionali.

I risultati quindi mostrano una efficacia maggiore dell'attività di Mentoring per i soggetti che hanno uno stile di consumo moderato; per gli adolescenti che sono

consumatori abituali, l'attività fa registrare dei cambiamenti significativi sulla quantità d'uso, ma non sull'eliminazione del comportamento. Questo dato invita a riflettere sull'utilità di pianificare le attività con disegni di ricerca longitudinali, che permettono di lavorare con maggiore efficacia su questa ultima categoria di soggetti.

Le valutazioni positive dei comportamenti degli studenti coinvolti, la validità pedagogica del progetto che ha portato alla luce problemi solitamente non espressi nel contesto scolastico e che ha dimostrato concretamente la capacità di far accrescere l'autostima e la fiducia in se stessi degli studenti, hanno fatto auspicare alle famiglie e ai Dirigenti scolastici il proseguo dell'iniziativa anche per i prossimi anni.

“Togliamoci il fumo dagli occhi”. Guida di Cittadinanzattiva

In occasione della VIII Giornata Nazionale della Sicurezza nelle Scuole del 2010 e nell’ambito della Campagna Imparare Sicuri, Cittadinanzattiva ha inviato agli insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, la guida “Togliamoci il fumo dagli occhi” con lo scopo di avviare un’azione di sensibilizzazione specifica sul tema del fumo. Dal questionario, inserito nella parte finale della guida e al quale hanno risposto 3213 ragazzi di cui 1641 delle scuole secondarie di II grado (Superiori) e 1572 delle scuole secondarie di I grado (Medie), emerge che il 31% dei ragazzi più grandi, verso il 4% dei ragazzi delle scuole Medie, ammette di aver fumato a scuola. Un dato superiore all’indagine del Dipartimento di Psicologia dell’Università La Sapienza di Roma.

Il questionario, pur essendo anonimo, veniva comunque compilato alla presenza dell’insegnante che lo aveva somministrato, quindi è lecito supporre che si tratti di un dato ancora sottodimensionato, tanto più se si confronta con le risposte alla domanda “hai visto fumare i tuoi compagni?” alla quale risponde positivamente l’82% dei ragazzi delle Superiori e il 51% dei ragazzi delle scuole Medie. Per quanto riguarda il luogo dove si fuma, dall’indagine risulta che il 70% dei ragazzi grandi fuma in cortile, mentre il 60% dei più piccoli fuori dalla scuola, probabilmente per sottrarsi al controllo degli insegnanti. Il bagno resta un luogo gettonato da entrambi, riguardando circa il 40% delle scelte. Anche in questa indagine emerge la preferenza per le sigarette, e non solo: l’88% degli studenti delle Superiori ammette di fumare anche spinelli, verso il 28% delle Medie.

Per quanto riguarda il comportamento degli insegnanti, il 77% dei professori delle Superiori e il 49% di quelli delle Medie sono stati visti fumare dai ragazzi nei luoghi più vari: lungo le scale anti-incendio, nei corridoi, all’ingresso della scuola. Le segnalazioni diminuiscono quando l’indagine si sposta sui collaboratori scolastici (47% dei fumatori nelle scuole Superiori verso 25% nelle Medie) e sui Dirigenti Scolastici che sono stati visti fumare raramente: mai visti nel 94% delle scuole Medie verso l’88% delle Superiori. Particolarmente allarmate il fatto che alcuni insegnanti e alcuni Presidi fumino anche nei luoghi in cui il fumo è vietato. Infatti alcuni docenti continuano a fumare in classe (3% dei docenti delle Superiori e 1% di quelli delle Medie); agli studenti delle Superiori è capitato di veder fumare il Dirigente Scolastico anche nel proprio ufficio, cioè in presidenza, luogo dove solitamente si richiamano i ragazzi al rispetto delle norme e, ancor peggio, il 9% dei ragazzi delle Medie dichiara di averlo visto fumare nella propria classe.

77% degli insegnanti delle Superiori e 49% delle Medie è stato visto fumare dagli alunni

3% degli insegnanti delle Superiori fuma in aula

Anche se la percentuale è minima, il fatto in sé è gravissimo in quanto dimostrazione di una totale indifferenza riguardo al rispetto della legge (n.584 del 1975), di una spregiudicatezza e di un atteggiamento di sfida che non solo giustifica lo stesso tipo di comportamento, ma che addirittura lo incoraggia come modello emancipativo.

La percentuale così alta di insegnanti che fumano contribuisce a collocare l’abitudine al fumo, agli occhi dei giovani, come un comportamento che rientra tra le caratteristiche che connotano l’essere adulto. L’insegnante è lo stesso studente diventato grande, perché di fatto non è mai uscito dalla scuola: dai banchi è “salito in cattedra”, ha varcato il confine dell’apprendere per entrare nello spazio dell’insegnare, il maestro è una fonte identificativa estremamente forte e

pertanto è importante che rappresenti modelli positivi. È infatti ampiamente dimostrato quanto i metodi di apprendimento per imitazione siano tra i più efficaci soprattutto quando l'oggetto dell'apprendere è rappresentato da comportamenti piuttosto che da nozioni.

Va poi considerato che la scuola è anche luogo di lavoro e che il Dirigente Scolastico avrebbe l'obbligo di garantire l'osservanza della legge 81/2008 a tutela della salute e della sicurezza di chi a scuola studia e lavora. Sarebbe dunque opportuno estendere i divieti di fumo a tutti gli ambienti della scuola sia per scoraggiare ulteriormente chi fuma e per proteggere dal fumo passivo i non fumatori, sia per prevenire il rischio di incendio.

Dalle indagini che Cittadinanzattiva conduce da ben nove anni nella scuola sul tema della sicurezza, qualità e comfort, emergono, rispetto al fumo, numerose mancanze. Tra queste l'assenza, o la presenza limitata a pochi luoghi, dei cartelli di divieto di fumare, la carenza di vigilanza e la possibilità di fumare in luoghi aperti come appunto il cortile della scuola. Altro aspetto critico è l'applicazione e la tipologia di sanzioni, pecuniarie ai ragazzi delle Superiori e disciplinari a quelli delle Medie; sanzioni che spesso non vengono applicate, "a volte i professori fanno finta di non vedere" o si esauriscono in un rimprovero e che comunque non prevedono nessuna apertura verso la comprensione delle cause o l'indagine delle motivazioni e di conseguenza che hanno una scarsa influenza sulla modifica del comportamento. Vista la percentuale rilevante del corpo insegnante che fuma, viene da chiedersi se la stessa attenzione e le stesse sanzioni previste per gli alunni siano applicate anche sul personale, docente e non, che lavora all'interno della scuola.

A conclusione dell'indagine sul fumo a scuola e di quanto rilevato, Cittadinanzattiva condivide l'intero impianto del Disegno di legge S.8 "Disposizioni per la tutela della salute e per la prevenzione dei danni derivanti dal consumo dei prodotti del tabacco" presentata il 29 aprile 2008 dai senatori Ignazio R. Marino e Antonio Tomassini, sottolineando l'importanza dell'articolo 5 che estende il divieto di fumare a tutti gli spazi e in tutti gli ambienti (interni ed esterni) delle scuole di ogni ordine e grado. Cittadinanzattiva concorda con quanto previsto dall'articolo 6 e in particolare con la disposizione di agevolazioni per l'acquisto di farmaci per ridurre la dipendenza da nicotina e per l'istituzione di un fondo per lo svolgimento di campagne e programmi di formazione e informazione e di corsi per i medici di base, dichiarando la propria disponibilità a fornire i materiali realizzati e il *know how* acquisito nel corso degli ultimi anni, tra cui la Campagna "Togliamoci il fumo dagli occhi". Inoltre, poiché dall'indagine svolta all'interno della Campagna risulta come insegnanti, collaboratori scolastici e dirigenti non solo sottovalutino i danni del fumo, ma anche non esitino a rappresentare modelli educativi poco coerenti e poco credibili nei confronti dei ragazzi, Cittadinanzattiva suggerisce di integrare l'articolo 6 prevedendo corsi di informazione e aggiornamento rivolti al personale scolastico per meglio conoscere e fronteggiare il tabagismo.

Interventi per aiutare i giovani a smettere di fumare

Gli interventi che aiutano a smettere di fumare gli adolescenti che hanno già consolidato tale abitudine sono quei programmi che combinano una varietà di approcci (preparazione del giovane a smettere, sostenere il cambiamento comportamentale e la motivazione a cessare l'abitudine del fumo) risultano promettenti con una certa continuità dell'astinenza (prevalenza dell'astinenza dopo 30 giorni o astinenza continua dopo 6 mesi).

In particolare, sono utili gli interventi che includono elementi sensibili alla fase del cambiamento e che utilizzano il rinforzo motivazionale in combinazione con la terapia cognitivo-comportamentale (Amato, 211).

Interventi di prevenzione nel contesto scolastico

Sostanzialmente gli interventi sulle dipendenze per essere più efficaci devono affiancare alle informazioni corrette quella della formazione degli individui, delle famiglie e della comunità. La letteratura internazionale individua nella scuola uno dei contesti più appropriati alla prevenzione delle dipendenze per diverse ragioni.

La scuola ha un ruolo primario nel mediare conoscenze, capacità e valori sani in relazione alla salute e all'uso di sostanze. La scuola quindi va identificata come luogo privilegiato, per il ruolo importante nei processi di sviluppo, per l'accesso su larga scala a bambini e adolescenti, per la possibilità di utilizzare infrastrutture esistenti, e per l'esperienza degli insegnanti.

Si suggeriscono dunque interventi basati su "la persona", cioè su: ragazzi, insegnanti, genitori, facendo affidamento sulle qualità individuali di tutti coloro che si riconoscono in questo percorso di crescita. Un lavoro, questo, che deve necessariamente integrarsi con la comunità in cui la scuola è inserita, coinvolgendo tutti gli attori sociali significativi.

L'efficacia dell'intervento aumenta, inoltre, se viene coinvolto tutto il contesto scolastico, se prevede momenti formativi per gli insegnanti motivati, se viene sviluppato nell'intero anno scolastico con interventi ripetuti di rinforzo, se coinvolge le famiglie e la comunità, se utilizza tecniche didattiche interattive (brainstorming, del lavoro di gruppo o a coppie, del role-playing, dei giochi, dibattiti, ecc.).

Dati ed esperienze, suffragati anche dalle più recenti revisioni sistematiche della letteratura scientifica effettuate dalla *Cochrane Library*, confermano che le *life skills* e l'educazione tra pari sono i metodi più efficaci ad innescare dinamiche di partecipazione attiva e sostenere i ragazzi nell'assunzione di responsabilità e lo sviluppo di competenze critiche e adattive rispetto al contesto dove agiscono e vivono, anche nei confronti dei coetanei.

Life Skills

È l'OMS negli anni '90 a dichiarare che è importante superare l'ottica puramente informativa sulle dipendenze e lavorare sullo sviluppo delle capacità personali degli individui ossia sulle Life Skills, che sono abilità per un comportamento

adattivo e positivo che pongono l'individuo nelle condizioni di affrontare pressioni negative dei pari e situazioni di rischio e si possono suddividere in:

- skills sociali e interpersonali (comunicazione, assertività ed empatia); skills cognitive (presa di decisione, il pensiero critico, la capacità di problem solving e l'autovalutazione);
- skills di gestione delle emozioni (incluso la gestione dello stress e l'attribuzione di eventuali successi/insuccessi a cause interne).

L'educazione tra pari, in particolare, deve la sua incisività con gli adolescenti all'utilizzo ed al potenziamento di due risorse centrali nel processo di socializzazione dei giovani: il gruppo e l'influenza dei leader.

Il passaggio di conoscenze/esperienze tra soggetti di pari status si è dimostrato infatti funzionale a migliorare le potenzialità personali e favorire capacità di socializzazione e di apprendimento. Con il supporto di adulti competenti permette di creare nei diversi contesti educativi la formazione di soggetti intesi non solo come "destinatari finali", ma come protagonisti di azioni/attività nei confronti dei coetanei.

L'incontro tra i due modelli metodologici, la loro traduzione e adattamento alle diverse realtà di intervento, la formazione strutturata di giovani e adulti ed il coinvolgimento "a cascata" di un numero sempre maggiore di ragazzi rappresentano le premesse per dare continuità ed incisività agli interventi di prevenzione.

Sostanzialmente la finalità di questi interventi ha l'obiettivo di sviluppare la capacità di prendere decisioni, competenze relazionali e chiarificazione dei valori degli individui al fine di orientare l'individuo verso riferimenti positivi per la propria vita e la propria salute affinché si possa scegliere in modo responsabile e critico e possa sviluppare alternative alla risoluzione dei problemi. Uno dei più importanti interventi che ha tenuto conto di questo approccio è lo studio EU-DAP, uno studio multicentrico europeo che coinvolge circa 7.000 studenti di età compresa tra 12 e 14 anni in sette stati membri dell'UE.

Revisioni sistematiche Cochrane sulla efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco*

*Le sintesi delle revisioni sistematiche Cochrane sull'efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco in versione integrale possono essere consultate e stampate dal sito web dell'OSSFAD www.iss.it/ofad oppure richieste all'editore.

A cura del Dipartimento del farmaco dell'ISS e del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio è stata condotta, sulla *Cochrane Library*, una ricerca della letteratura che ha compreso l'analisi di lavori sviluppati nell'arco di tempo che va dal 1990 a all'ottobre del 2010. Attraverso la ricerca bibliografica sono state reperite 54 revisioni sistematiche *Cochrane* che considerano l'efficacia di numerosi interventi per la cessazione o la prevenzione del fumo di tabacco. Gli esiti considerati nell'ambito della ricerca sono stati:

Per gli interventi mirati alla astinenza da fumo: cessazione del fumo, dopo l'intervento e a vari periodi di *follow up*, riduzione del numero di sigarette fumate, prevenzione delle ricadute.

Per gli interventi rivolti alla popolazione generale di contrasto e/o di prevenzione: differenze prima - dopo nella prevalenza di persone fumatrici.

1. Interventi di tipo farmacologico per smettere di fumare, prevenire le ricadute ed evitare l'aumento di peso successivo alla cessazione del fumo

14 revisioni hanno valutato l'efficacia di vari interventi farmacologici la maggior parte dei quali si è dimostrata efficace.

Trattamenti sostitutivi Tutte le forme commerciali disponibili di Nicotine Replacement Therapy (NRT) come gomma da masticare, cerotto, spray nasale, inalatore e compresse, sono efficaci come parte di una strategia per promuovere la cessazione del fumo. Inoltre, la revisione di Parsons, considera l'efficacia della NRT per prevenire l'aumento di peso dopo la cessazione del fumo evidenziandone l'efficacia alla fine del trattamento.

Trattamenti con agonisti parziali della nicotina La vareniclina si è dimostrata efficace per smettere di fumare sia se confrontata col placebo, che con il bupropione. L'effetto collaterale riscontrato è una modesta nausea.

Antagonisti della nicotina La combinazione mecamilamina + nicotina sembra essere migliore della sola nicotina nel promuovere la cessazione del fumo.

Antidepressivi Gli antidepressivi efficaci per la cessazione del fumo sono il bupropione e la nortriptilina. Il bupropione può inoltre ridurre il numero di sigarette fumate.

Clonidina La clonidina è efficace per smettere di fumare, ma i risultati provengono da trial di piccole dimensioni e con alto rischio di bias; inoltre gli effetti collaterali limitano il suo utilizzo.

2. Interventi psicologici associati o meno a trattamenti farmacologici per smettere di fumare e prevenire le ricadute

Nove revisioni hanno valutato questo tipo di interventi, 8 per smettere di fumare ed una per prevenire le ricadute. La maggior parte degli interventi studiati si sono dimostrati efficaci .

Interventi di tipo comportamentale Il counselling comportamentale, ha dimostrato di influire sulla dissuefazione con maggiore efficacia degli interventi minimi, degli interventi di auto-aiuto e nell'associazione alla NRT rispetto alla NRT da sola.

Intervista motivazionale Può aiutare a smettere di fumare se confrontata con interventi brevi o di routine .

Interventi di auto aiuto e counselling telefonico Il materiale di auto aiuto: manuali, videocassette o cassette audio consegnate ai fumatori, risulta leggermente più efficace di nessun intervento. Superiore si è dimostrata l'efficacia di interventi di counselling telefonico evidenziando che il counselling telefonico prolungato aiuta i fumatori interessati a smettere.

3. Interventi brevi basati su raccomandazioni per smettere di fumare

Due revisioni valutano due interventi entrambi dimostratisi utili:

Raccomandazioni fatte dal medico Sono efficaci rispetto a nessun intervento, aumentando dall'1 al 3% le persone che smettono di fumare.

Raccomandazioni fatte dall'infermiere Gli interventi realizzati da personale infermieristico sono efficaci rispetto a nessun intervento. La sfida sarebbe quella di incorporare questo tipo di interventi come pratica standard di routine così che possa essere offerta a tutti i pazienti.

4. Altro tipo di interventi per smettere di fumare

Dieci revisioni valutano l'efficacia di 10 differenti tipi di intervento per smettere di fumare, fra questi pochi si sono dimostrati efficaci.

Messaggi inviati al telefono cellulare I risultati della revisione dimostrano l'efficacia dell'intervento a breve termine, ma non a lungo termine.

Interventi che utilizzano Internet Alcuni interventi via Internet possono aiutare a smettere di fumare, specialmente se l'informazione da dare è specificatamente pensata per gli utilizzatori di Internet e se frequenti contatti in rete possono essere assicurati.

5. Interventi per smettere di fumare svolti in setting particolari o rivolti a particolari tipologie di persone

Nove revisioni valutano l'efficacia di interventi per smettere di fumare svolti in setting specifici o diretti a particolari tipi di popolazione, molti dei quali si sono dimostrati efficaci.

Interventi nei luoghi di lavoro Gli interventi diretti ai singoli individui fumatori aumentano le possibilità che essi smettano di fumare. Gli interventi efficaci includono il counselling individuale e di gruppo e il trattamento sostitutivo con nicotina.

Interventi in setting dentistici Interventi comportamentali effettuati da personale che lavora in ambulatori dentistici associate ad un esame orale e mirati a smettere di fumare aumentano significativamente il numero di astinenti tra i fumatori.

Interventi prima di interventi chirurgici Gli interventi pre-operatori che includono NRT aumentano il numero di coloro che smettono prima dell'intervento e le complicanze post operatorie.

Interventi per persone ospedalizzate Gli interventi intensivi realizzati in ospedale sono efficaci solo se i pazienti sono contattati in seguito per periodi superiori ad 1 mese.

6. Interventi legislativi per smettere di fumare o ridurre la prevalenza dei fumatori

Tre revisioni valutano l'efficacia di interventi legislativi per smettere di fumare, ridurre la prevalenza di fumatori e ridurre la possibilità di vendita di prodotti contenenti tabacco ai giovani, due dei quali si sono dimostrati utili.

Trattamenti gratuiti finanziati dal sistema sanitario per smettere di fumare La possibilità di accedere a trattamenti gratuiti per smettere di fumare ha dimostrato di aumentare il numero di persone che smettono con successo, il numero di persone che provano a smettere ed il numero di persone che utilizzano i farmaci per smettere.

Interventi per ridurre l'esposizione al fumo passivo L'introduzione di leggi anti-fumo porta ad una riduzione dell'esposizione al fumo passivo. L'effetto sul fumo attivo è limitato ma il trend è positivo. Vi sono prove circa l'efficacia sul miglioramento di alcuni parametri fisici, l'effetto più evidente è quello relativo alla diminuzione dei ricoveri per sindrome coronarica acuta. Vi è un aumento del gradimento e della compliance a questo tipo di leggi.

7. Interventi per categorie particolari di assuntori di tabacco

Due revisioni.

Interventi per persone che assumono tabacco non fumandolo

Gli interventi comportamentali risultano efficaci, l'associazione di esami della mucosa orale e di feedback telefonici migliora l'efficacia di questi interventi.

L'Europa unita contro il tabagismo

Il consumo di tabacco è responsabile ogni anno della perdita di circa 650.000 vite umane nell'Unione Europea, un danno evitabile contrastando l'abitudine al fumo che porta con sé anche l'aumento del rischio per la salute dei non fumatori esposti al fumo passivo. Per questo l'UE è impegnata da anni nella realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione, rivolte soprattutto ai giovani, anche attraverso Internet: il sito <http://it.help-eu.com.it> offre in 23 lingue informazioni sul danno da fumo di tabacco, indicazioni e consigli per smettere di fumare o per evitare di iniziare, test per misurare la dipendenza.

A fronte dell'aggressività dell'industria del tabacco che ne promuoveva, fino a quando consentito, il consumo attraverso strategie di marketing e di pubblicità, con una particolare influenza sulla popolazione giovanile, la Commissione Europea ha ritenuto necessaria un'azione comune degli Stati membri per diminuire l'esposizione al fumo della popolazione e aumentare il controllo sulle attività di promozione diretta e indiretta.

A partire dal 2001 e in modo incalzante, è stata promulgata una serie di direttive e di raccomandazioni, coerenti con quelle stabilite dalla convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che andavano dall'imposizione dei limiti di catrame, nicotina e monossido di carbonio per le sigarette immesse, commercializzate o fabbricate negli Stati membri, fino al divieto della pubblicità dei prodotti del tabacco sulla carta stampata, tramite i servizi della società d'informazione e su ogni radiotrasmissione.

La Raccomandazione 2003/54/CE (Lg. 22 del 25.1.2003), finalizzata ad arginare ulteriormente la promozione del tabagismo, poneva particolare attenzione alla tutela dei minori, sia per quanto riguarda il fumo passivo (focalizzando l'attenzione sulle strutture scolastiche, sanitarie e sui luoghi in cui si forniscono servizi ai bambini) sia per la proposta di una serie di iniziative rivolte ad arginare l'accesso ai prodotti del tabacco. In particolare si raccomandava di:

- imporre l'obbligo per i venditori di prodotti del tabacco di accertare che gli acquirenti abbiano raggiunto l'età limite prescritta dalla legislazione nazionale;
- ritirare i prodotti del tabacco dagli espositori self-service;
- limitare l'accesso ai distributori automatici;
- limitare la vendita a distanza, in particolare attraverso Internet;
- vietare la vendita di dolciumi e giocattoli destinati ai bambini e fabbricati con il chiaro intento di conferire al prodotto e/o all'imballaggio l'aspetto di un prodotto del tabacco;
- vietare la vendita di sigarette al pezzo o in pacchetti di meno di 19 pezzi.

Raccomandazioni che sono state recepite in modo disomogeneo dagli stati membri, ma che hanno dato risultati positivi sensibili nei paesi, come il Regno Unito, che hanno dimostrato una maggiore sensibilità.

Il Manifesto dei giovani europei contro il tabagismo

A fronte della difficoltà all'adozione delle raccomandazioni e consapevoli dell'impatto che il fumo e il fumo passivo hanno sull'individuo, soprattutto su chi è meno capace di difendersi, più di 10.000 giovani in tutta l'Unione Europea hanno

partecipato attivamente al Forum dei Giovani d'Europa (YFJ-Youth Forum Jeunesse) del 2006 "I Giovani: Per Una Vita Senza Tabacco?". Questa ampia consultazione di giovani ha prodotto il "Manifesto dei Giovani Europei contro il Tabacco", oltre ad un grande numero di richieste e raccomandazioni per politiche più efficaci a livello locale, nazionale ed europeo.

Il Manifesto ripropone le limitazioni rispetto all'accesso ai prodotti del tabacco contenute nelle raccomandazioni della CE, chiede la promozione e il finanziamento della ricerca sui programmi per smettere di fumare, sottolinea la necessità di un maggior coinvolgimento delle organizzazioni giovanili a livello strategico e decisionale, in quanto esse giocano un ruolo importante nell'aiutare a formare opinioni e comportamenti, aspetto di particolare rilevanza per coloro che iniziano a fumare molto giovani e che spesso sono sottoposti alla pressione dei propri pari.

Le organizzazioni giovanili denunciano una mancanza di agevolazioni per chi è intenzionato a smettere ed esprimono una serie di richieste che coincidono, almeno in parte, con le proposte della legge S.8 Marino - Tomassini e con quelle di Cittadinanzattiva. Si chiede infatti che i centri in cui smettere di fumare ed il supporto psicologico siano facilmente accessibili ai giovani, che il servizio venga fornito gratuitamente e finanziato dalla tassazione sul tabacco. I sostituti della nicotina e gli altri metodi che aiutano a smettere di fumare dovrebbero essere venduti a prezzi inferiori rispetto alle sigarette ed essere resi maggiormente accessibili.

Il Manifesto, facendo più volte riferimento alla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e in particolare agli articoli gli Art. 3 e 25: "ogni persona (specialmente i bambini) non deve essere esposta involontariamente ad ambienti sottoposti al fumo di tabacco", induce a riflettere sugli insegnanti che fumano in classe e su quel 40% di studenti che, secondo l'indagine di Cittadinanzattiva, fuma in bagno costringendo impunemente i propri coetanei a subire gli effetti del fumo passivo. E proprio per combattere gli effetti del fumo passivo, i giovani raccomandano, nel loro manifesto la realizzazione di programmi di sostegno ai genitori, per abbandonare l'abitudine al fumo e di formazione ed educazione per tutto il personale retribuito e non retribuito, coinvolto nell'educazione, nella vita sociale e nella salute dei giovani, mettendolo in condizione di fornire direttamente informazioni precise e recenti e di svolgere un controllo positivo sul fumo e sulla difesa dal fumo passivo.

Conclusioni: proposte concrete in un'ottica di Riduzione del Danno

I dati riassunti nella presente meta-analisi sono particolarmente preoccupanti ma contengono spunti e indicazioni utili per un'azione efficace di contrasto al fumo minorile. È infatti urgente aggiornare e uniformare a livello europeo le normative relative ai prodotti del tabacco, non senza individuare linee di finanziamento ad hoc, ad oggi quasi completamente assenti. Occorre una più decisa spinta a condurre attività di ricerca e a intensificare la cooperazione fra policy maker, scienziati e società civile per fare in modo che politiche davvero efficaci per il controllo del tabacco vengano emanate, adottate, monitorate e migliorate senza indugi.

Su questo sfondo, non sfugge il ruolo fondamentale ma spesso potenzialmente ambiguo dell'industria. Se da un lato la distanza fra chi produce e distribuisce tabacco e chi difende la salute pubblica è naturale ed essenziale, dall'altro è ormai chiaro che le conseguenze negative del tabagismo non possono essere vinte semplicemente alzando ulteriori barricate, utilizzando una fiscalità proporzionata, o arroccandosi su posizioni di mero proibizionismo quali, ad esempio la standardizzazione dei prodotti. Occorre mantenere aperta la comunicazione e la consultazione con tutte le parti coinvolte, industria compresa, a maggior ragione in un momento come quello attuale che vede nuovi prodotti lanciati sul mercato, molto popolari ma poco conosciuti e affatto regolamentati.

Se, per esempio, come abbiamo visto, appare poco realistico proibire l'utilizzazione di *tutti* gli ingredienti che la combustione rende altamente nocivi per la salute dei consumatori dei prodotti del tabacco, è forse ipotizzabile una loro più graduale selezione. Al tempo stesso, anche sulla base della più recente letteratura scientifica e di eclatanti esperienze in alcuni Paesi, è urgente regolamentare nuovi prodotti che non prevedono combustione e, quindi, presentano un rischio ridotto per la salute.

Parliamo delle **sigarette elettroniche**, per esempio: dispositivi dotati di batterie ricaricabili che consentono di inalare il vapore di una soluzione che può includere, ma non necessariamente, anche la nicotina. L'aspetto estetico, la gestualità e la sensazione provata durante l'inalazione sono simili a quelle tipiche delle tradizionali sigarette. Non essendoci combustione, però, scompare il rischio cancerogeno (Levy et al., 2004; Polosa et al., 2011).

È ancora lunga la strada verso un'informazione completa, dettagliata e corretta per il consumatore che troppo spesso non sa esattamente cosa inala fumando. Per non parlare della penuria di notizie scientificamente affidabili avallate dalle agenzie di salute pubblica sui nuovi prodotti che promettono un rischio ridotto rispetto a quello generato dalla combustione. Oltre alle sigarette elettroniche, sempre più popolari e anche per questo fonte di grandi polemiche, va citato lo **Snus**, un tabacco umido in polvere per uso orale, autorizzato in Svezia dove ha quasi soppiantato il consumo di sigarette (Gartner et al., 2007). In Svezia l'utilizzo

dello Snus, consumato massicciamente soprattutto dalla popolazione giovane maschile, ha fatto registrare i seguenti record:

- il più basso tasso di mortalità legata al consumo di tabacco del mondo industrializzato,
- il più basso tasso di fumatori del mondo industrializzato
- il più alto tasso di consumo di tabacco senza fumo.

La ricerca scientifica ha appurato che i rischi legati all'utilizzo delle sigarette elettroniche e dello Snus sono di entità assai inferiore rispetto a quelli derivati dalla combustione della sigaretta, ma c'è ancora una sfiducia diffusa nei confronti dei nuovi prodotti, quindi un freno da parte della maggior parte dei governi a legalizzarne la vendita. Ma soprattutto esiste una ritrosia a utilizzare questi nuovi dispositivi come terapie di sostegno per chi intende smettere di fumare. Anche ai fini della proposta di revisione della Direttiva europea, appare più realistico, rispetto all'opzione di *total ban* ipotizzate inizialmente, procedere con una regolamentazione di tutti i prodotti del tabacco. Questo avrebbe un significativo impatto sulle politiche di riduzione del danno.

Sono due, infatti, le strategie di lotta al consumo di tabacco. Da un lato il cosiddetto **quit-or-die** che si concentra esclusivamente sulla cessazione e sull'astinenza; dall'altro l'approccio che contempla anche l'utilizzo di **prodotti a rischio modificato**, mirati soprattutto a quei fumatori che non riescono ad interrompere la dipendenza dalla nicotina.

Fermo restando che l'impegno principale debba essere in ogni caso l'informazione mirata a scoraggiare l'iniziazione al fumo, fin dalla scuola primaria, ci chiediamo se abbia davvero senso un atteggiamento intransigente che non vuole offrire alternative di provato danno ridotto. È ormai assodato - anche se non accettato da tutti i policy maker - che tali strategie comportano benefici sanitari concreti per i fumatori che vengono incoraggiati ad utilizzare prodotti meno nocivi. Fra i prodotti a più alto potenziale per tale finalità ci sono quelli che non contengono necessariamente nicotina e quelli che non utilizzano la combustione. La riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari nei consumatori di questi prodotti è stata calcolata da tempo (SCENHIR 2008).

Altro argomento fondamentale: i Governi continuano a destinare risorse troppo limitate alle attività di controllo sul consumo del tabacco. Con le accise, globalmente, si raccolgono circa 133 miliardi di dollari ma ne vengono investiti meno di uno nelle misure che possono determinare una riduzione del tabagismo. La rendita derivata dalle tasse sul tabacco è quindi in media 154 volte superiore alla spesa investita per le politiche di controllo. In Italia nel 2006 sono state consumate 95.829 tonnellate di tabacco con entrate fiscali pari a 10,7 miliardi di euro. Va anche ricordato che la tassazione resta un eccezionale dissuasore al consumo di tabacco, specialmente fra i giovani e gli anziani. Si calcola che un aumento del 10% sul prezzo del tabacco ne diminuisce il consumo di circa il 4% nei paesi ad alto reddito e dell'8% nei paesi a basso-medio reddito.

Sono quindi i numeri e i dati ricavati da studi scientifici e dalle esperienze di altri Paesi a indicarci la giusta strada da imboccare, sintetizzabile nelle seguenti misure prioritarie:

- stanziamento di fondi dedicati alla lotta al tabagismo

- adozione di campagne di prevenzione dell'iniziazione al fumo mirate, da adottare fin dai primi anni di età scolare,
- formazione ad hoc per adulti di riferimento impegnati in attività di formazione, informazione e prevenzione (insegnanti, genitori, pediatri, ecc.)
- terapie di sostegno garantite dal Servizio sanitario nazionale per i fumatori che intendono smettere di fumare
- informazioni più dettagliate e trasparenti sui prodotti in commercio,
- regolamentazione di nuovi prodotti a base di tabacco ma a rischio ridotto (es. Snus), in un'ottica di ampliamento dell'offerta delle *nicotine replacement therapies* (NRT)
- aumento bilanciato della tassazione su tutti i prodotti a base di tabacco.

Solo un programma articolato di interventi congiunti, sostenuto con concreta e sincera convinzione dal Governo e da tutti gli stakeholder coinvolti, potrà far ottenere risultati tangibili nella lotta al tabagismo, con particolare impatto sulla popolazione dei minori e dei giovani.

Bibliografia

1. Amato L, Mitrova Z, Davoli M, et al.. *Sintesi delle revisioni sistematiche Cochrane sulla efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco*. Roma: Osservatorio OssFAD; 2011.
2. Bertuccio P, La Vecchia C, Silverman DT, et al.. [Cigar and pipe smoking, smokeless tobacco use and pancreatic cancer: an analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium \(PanC4\)](#). *Ann Oncol*. 2011 Jan 18. [Epub ahead of print].
3. Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: empirical findings and future directions. *The Journal of primary Prevention* 2004; (25(2): 211-32.
4. Cicchetti A. Impatto economico delle patologie fumo-correlate "Intervento ad evento Fumo Salute e Sanita", Novembre 2008.
5. Camí J, Farré M. *Drug Addiction N Engl J Med* 2003; 349:975-86.
6. [Chapman S](#), [MacKenzie R](#). The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Med*. 2010 Feb 9;7(2):e1000216.
7. Cochrane Tobacco Addiction Group, Centro Cochrane Italiano, *Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani*, Effective Health Care, edizione italiana, Zadig ed., vol.4 n.3 maggio-giugno 2000.
8. Doll R, Peto R, Wheatley K, et al.. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309:901-911.
9. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1191-1308.
10. ECDDA. *Evoluzione del fenomeno della droga in Europa - Relazione annuale 2010*.
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. EMCDDA scientific monograph No. 10. Lisbon: April 2010. Available from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN_EMCDAMonograph10-harm%20reduction_final.pdf
12. Frost-Pineda K, Appleton S, Fisher M, et al.. [Does dual use jeopardize the potential role of smokeless tobacco in harm reduction?](#) *Nicotine Tob Res*. 2010 Nov;12(11):1055-67.
13. Furberg H, Bulik CM, Lerman C., et al. 'Is Swedish snus associated with smoking initiation or smoking cessation?' *Tob Control* 14, pp. 422-4, 2005.
14. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, et al.. School-based prevention for illicit drugs' use. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020.pub2.
15. Ferketish AK, Gallus S, Colombo P, et al.. Hardcore smoking among Italian men and women. *Eur J Cancer Prev* 2009; 18:100-105.
16. Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. «School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies», *Journal of Adolescent Health* 42, 209-220, 2008.
17. Galanti MR, Rosendahl I, Wickholm S. The development of tobacco use in adolescence among "snus starters" and "cigarette starters": An analysis of the Swedish "BROMS" cohort. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 315 – 23.

18. Gallus S, Muttarak R, Martinez Sanchez JM, et al.. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med*. Epub ahead of print, 21/3/2011.
19. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, et al. Smoking in Italy 2005-2006: effects of a comprehensive National Tobacco Regulation *Prev Med*. 2007;454(2-3):198-201.
20. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol*. 2006;17(2):346-7.
21. Gallus S, Pacifici R, Colombo P, et al. Tobacco dependence in the general population in Italy. *Ann Oncol*. 2005; 16:703-6.
22. Gartner CE, Hall WH, Vos TH, et al.. Assessment of Swedish snus for tobacco harm reduction: an epidemiological modelling study. *The Lancet* 2007; 369: 2010–4.
23. Jousilahti P, Vartiainen E, Korhonen HJ, et al.. Is the effect of smoking on the risk for coronary heart disease even stronger than was previously thought? *J Cardiovasc Risk*. 1999;6:293-298.
24. Kannel WB, McGee DL, Catelli WP. Latest perspective on cigarette smoking and cardiovascular disease: the Framingham experience. *J Cardiac Rehab*. 2000;4:267-277.
25. Koning IM, Volleberg WAM, Smit F, et al.. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously, *Addiction* 104, 1669-1678, 2009.
26. Kotlyar M, Hertsgaard LA, Lindgren BR, et al.. [Effect of oral snus and medicinal nicotine in smokers on toxicant exposure and withdrawal symptoms: a feasibility study](#). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011 Jan;20(1):91-100.
27. Iannucci L, Sebastiani G, Gargiulo L. La prevalenza dei fumatori in Italia. Disuguaglianze sociali e differenze di genere. Verso una società libera dal fumo – ISTAT Roma, 24 gennaio 2008.
28. Istituto Superiore di Sanità. Fumo e patologie respiratorie. Le carte del rischio per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Tumore al polmone. ottobre 2004
http://www.iss.it/binary/fumo/cont/carte_del_rischio_BPCO_e_TaP.pdf
29. Istituto Superiore di sanità OSSFAD. Rapporto Nazionale sul Fumo 2009 consultabile su
<http://iss.it/fumo/index.php?lang=1>
30. Istituto Superiore di Sanità. Il progetto cuore. Carta del rischio cardiovascolare.
<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>
31. Le Houezec J, McNeill A, Britton J. [Tobacco, nicotine and harm reduction](#).
32. *Drug Alcohol Rev*. 2011 Mar;30(2):119-23.
33. Levy, DT, Mumford EA, Cummings KM, et al.. The relative risks of a low-nitrosamine smokeless tobacco product compared with smoking cigarettes: estimates of a panel of experts, *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 13, pp. 2035–42, 2004.
34. Lund KE, McNeill A, Scheffels J. The use of snus for quitting smoking compared with medicinal products. *Nicotine Tob Res* 2010; 12: 817–22.
35. Lund K, Scheffels J, McNeill A. The association between use of snus and quit rates for smoking: results from seven Norwegian cross-sectional studies. *Addiction* 2011; 106: 162–7.
36. Luo J, Ye W, Zendejdel K, et al.. [Oral use of Swedish moist snuff \(snus\) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study](#). *Lancet*. 2007 Jun 16;369(9578):2015-20.
37. Ministero della Salute, Italia. Comunicazione personale di Daniela Galeone. Dirigente medico, Dipartimento generale della Prevenzione, febbraio 2011.

38. Ministry of Health, Italy. Department of Prevention and Communication. Activities for the prevention of smoking, 2009.
39. NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders.
40. [O'Connor RJ](#), [Kozlowski LT](#), [Flaherty BP](#), [Edwards BQ](#). Most smokeless tobacco use does not cause cigarette smoking: results from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse. *Addict Behav.* 2005 Feb;30(2):325-36.
41. Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2011
<http://www.iss.it/fumo/rann/cont.php?id=246&lang=1&tipo=3>
42. Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2009
43. <http://www.iss.it/fumo/rann/cont.php?id=134&lang=1&tipo=3>
44. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 Italy. Revisione del giugno 2006- consultabile a <http://www.ctsu.ox.ac.uk/tobacco/C4180.pdf>. Dati rivisti nel giugno 2006, accesso del dicembre 2010.
45. Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. Imperial Cancer Research Fund and World Health Organisation. Mortality from smoking in developing countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
46. Polosa R, Caponnetto P, Morjaria JB, Papale G, Campagna D, Russo C.
47. [Effect of an electronic nicotine delivery device \(e-Cigarette\) on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study](#). *BMC Public Health.* 2011 Oct 11;11:786.
48. Ramstrom L., Foulds J. Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tob Control*; 15:210-4, 2006.
49. Ramström L., Wikmans T. [Revisiting Harm Reduction - An Update of Pros and Cons](#). Poster presented at the ECToH conference Tobacco or Health in Amsterdam 28-30 March 2011.
<http://www.forskningsgruppen.com/vakt.htm>
50. Royal College of Physicians. *Harm Reduction in Nicotine Addiction. Helping People Who Can't Quit*. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, October 2007. London: RCP. Available from
<http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/pub234-aafdfc2b-5c23-4ee3-8f1d-ea18f017edce.pdf>
51. Royal College of Physicians. *Ending tobacco smoking in Britain Radical strategies for prevention and harm reduction in nicotine addiction*. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, September 2008.
<http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/a7b2d652-288a-4c13-bc7b-25bf06597623.pdf>
52. SCENIHR. *Health effects of smokeless tobacco products*, Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, European Commission, Brussels.
http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf
53. Stenbeck M, Hagquist C, Rosén M. [The association of snus and smoking behaviour: a cohort analysis of Swedish males in the 1990s](#). *Addiction.* 2009 Sep;104(9):1579-85.
54. The European House-Ambrosetti. La regolamentazione del settore del tabacco: quale futuro per la filiera? Roma, 13 giugno 2012.

55. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.
56. Timberlake, D. S., Huh, J. and Lakon, C. M. (2009), Use of propensity score matching in evaluating smokeless tobacco as a gateway to smoking. *Nicotine Tob Res.* 11, pp. 455–62.
57. Università La Sapienza. Roma, Laghi F, Baiocco R, Monitoraggio dei programmi di mentoring per la prevenzione del fumo in preadolescenze e adolescenza. 2011.
58. U.S. Department of Health and Human Services "Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction" MMWR, 1994 43: RR-2.
59. U.S. Department of Health and Human Services, Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General, 1994.
60. World Health Organization study group on tobacco product regulation. *Report on The Scientific Basis Of Tobacco Product Regulation: third report of a WHO study group.* WHO technical report series; no. 955. WHO, Geneva, 2009.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241209557_eng.pdf
61. World Health Organization. European Health For All Database (HFA-DB) – consultabile su <http://data.euro.who.int/hfad/> accesso del dicembre 2010.
62. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version for 2007
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
63. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.