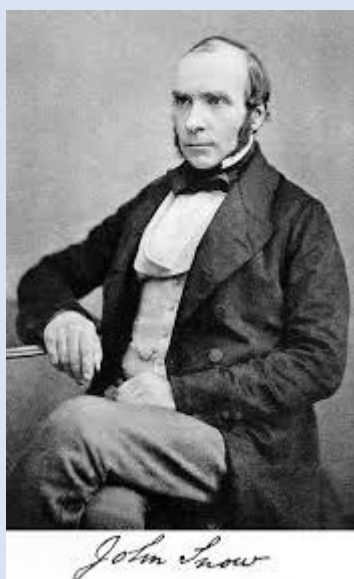


Bollettino Aziendale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute



L'Abitudine al fumo nella AUSL Umbria 2 I dati delle sorveglianze per confronti e considerazioni

Numero 2 a cura di:

U.O. Sorveglianza e Promozione della Salute

U.O. Epidemiologia e Calcolo Biostatistico

L'Abitudine al fumo nella AUSL Umbria 2

I dati delle sorveglianze per confronti e considerazioni

Premessa

L'abitudine al fumo (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica ed è il maggiore fattore di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Il fumo di tabacco, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile.

A livello mondiale l'OMS calcola che quasi 6 milioni di persone perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo, fra le vittime oltre 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo.

Il fumo uccide una persona ogni sei secondi ed è a tutti gli effetti un'epidemia fra le peggiori mai affrontate a livello globale.

Secondo le stime dell'OMS, il totale dei decessi entro il 2030 potrebbe raggiungere quota 8 milioni all'anno e si stima che nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti.

In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni.

Il fumo, oltre ad essere responsabile di tumori, rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare: un fumatore ha un rischio di mortalità, a causa di una coronaropatia, superiore da 3 a 5 volte rispetto a un non fumatore. Un individuo che fuma per tutta la vita ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo e la sua vita potrebbe non superare un'età compresa tra i 45 e i 54 anni.

La qualità di vita del fumatore è seriamente compromessa, a causa della maggiore frequenza di patologie respiratorie (tosse, catarro, bronchiti ricorrenti, asma ecc.) e cardiache (ipertensione, ictus, infarto ecc.) che possono limitare le attività della vita quotidiana.

In questi anni a livello sia nazionale che internazionale si stanno sempre più sviluppando interventi di prevenzione e di cura per affrontare "questa epidemia" in modo complessivo.



ABITUDINE AL FUMO DI SIGARETTA (DEGLI ITALIANI) Dati PASSI (popolazione 18 – 69 anni)

La maggioranza degli adulti italiani non fuma (55%)

Ha smesso di fumare il 18%.

Attualmente fuma il 27% degli italiani

L'abitudine al fumo è più diffusa fra i giovani, in particolare fra i 25-34enni e si riduce con l'età, è più frequente fra gli uomini (31%) rispetto alle donne (23%),

Le persone più svantaggiate economicamente fumano di più (36%)

Le persone più istruite (20%) fumano di meno.

Il consumo medio giornaliero di sigarette è circa 12 sigarette

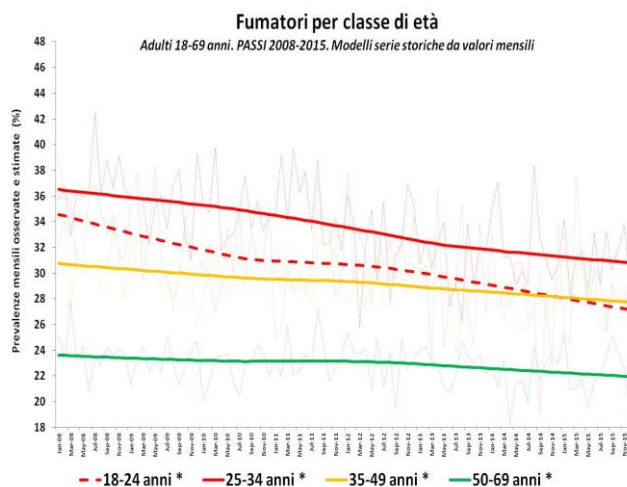
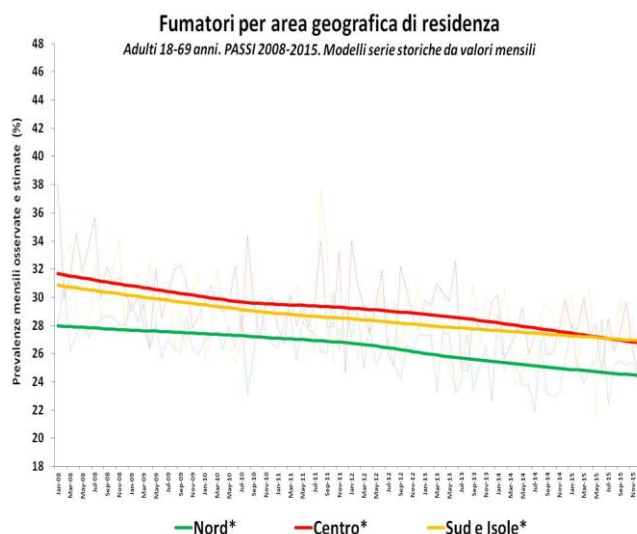
Il 7% dei fumatori ne consuma più di un pacchetto al giorno

La prevalenza di fumatori si riduce in tutta ITALIA da Nord a Sud, in tutte le CLASSI di ETA' e in tutte le CLASSI SOCIALI, ma non in egual misura, per cui si amplia la forbice delle DISUGUAGLIANZE SOCIALI



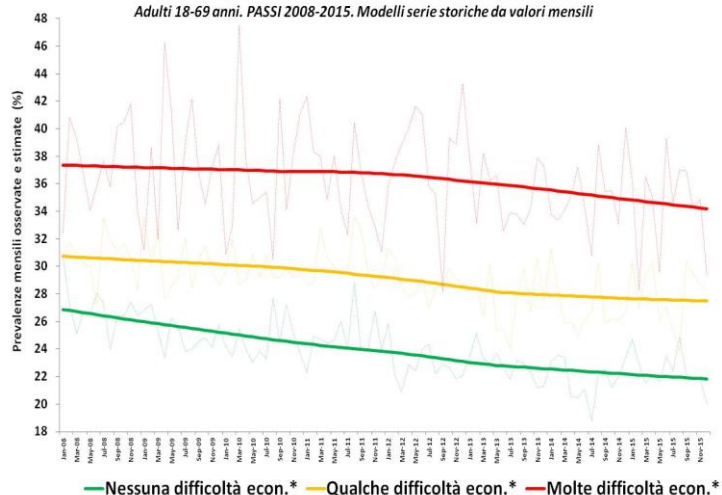
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Esito del tentativo di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista Regione Umbria - Pool ASL 2012-15



Fumatori per condizioni economiche (riferite)

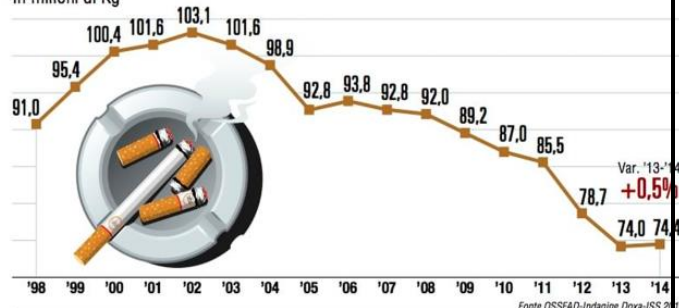
Adulti 18-69 anni. PASSI 2008-2015. Modelli serie storiche da valori mensili



A livello nazionale si è avuto un decremento forte del n. di sigarette fumate con un piccolo rialzo fra il 2013 e il 2014.

IL CONSUMO DI SIGARETTE IN ITALIA

In milioni di Kg



La sigaretta elettronica in Italia Dati PASSI naz.li 2014 – 2015

(Istituto Superiore di Sanità)

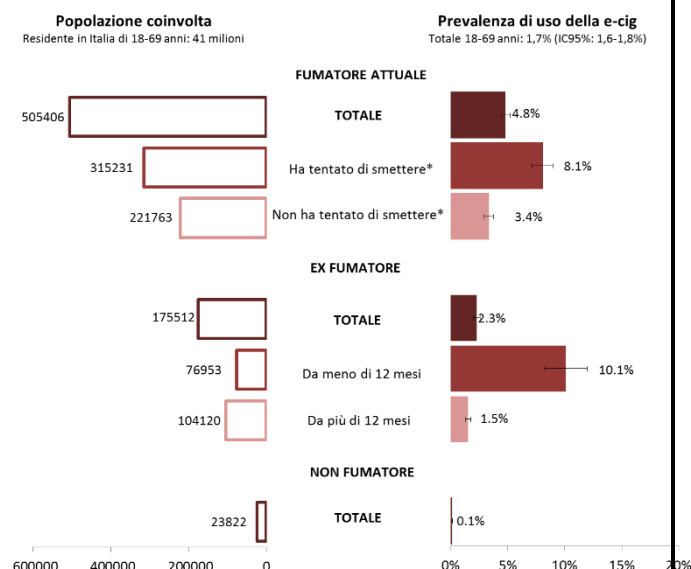


In Italia circa due adulti su 100, con un'età compresa fra i 18 e 69 anni, dichiara di fare uso di sigarette elettroniche: è quanto emerge dai dati

PASSI 2014 -2015.

La maggior parte di utilizzatori di e-cig (oltre il 70%) è anche fumatore di tabacco, che alterna la sigaretta di tabacco alla sigaretta elettronica, facendone un uso combinato.

La quota di utilizzatori di e-cig tra i **fumatori** sale al 5%, quota più alta rispetto al resto della popolazione. E' verosimile che il consumo combinato sia alimentato da **tentativi di smettere** non riusciti, a seguito dei quali i fumatori trovano nella sigaretta elettronica un dispositivo utile per fini diversi dalla disassuefazione: questo sembrano suggerire i dati sul sottogruppo di



fumatori di tabacco che ha tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti all'intervista, fra i quali l'uso della e-cig sale all' 8%.

Tra gli ex-fumatori di tabacco una piccola quota (2%) dichiara di far uso della sigaretta elettronica, presumibilmente per supportare l'astinenza dal momento che il suo utilizzo è più frequente fra gli ex-fumatori recenti (meno di 12 mesi).

L'utilizzo della e-cig fra i **non fumatori** (coloro che non hanno mai fumato tabacco) è contenuto (0,1%), ma non trascurabile, poiché uno dei rischi potenziali a cui espone è l'induzione della dipendenza da nicotina, soprattutto fra le giovani generazioni.

Tuttavia i **trend temporali** rilevano che diminuisce significativamente l'uso della sigaretta elettronica fra i fumatori, anche fra coloro che tentano di smettere.

ABITUDINE AL FUMO DI SIGARETTA (DEGLI UMBRI)

Secondo i dati 2012-15 del sistema di sorveglianza PASSI, in Umbria il 30% degli adulti di 18-69 anni fuma sigarette.

Il 21% è invece ex fumatore e il 49% non ha mai fumato.

Per il quadriennio considerato, il confronto con il Pool di Asl partecipanti al sistema di sorveglianza evidenzia per l'Umbria percentuali significativamente superiori di fumatori: in particolare, la percentuale di fumatori è la più alta tra le regioni.

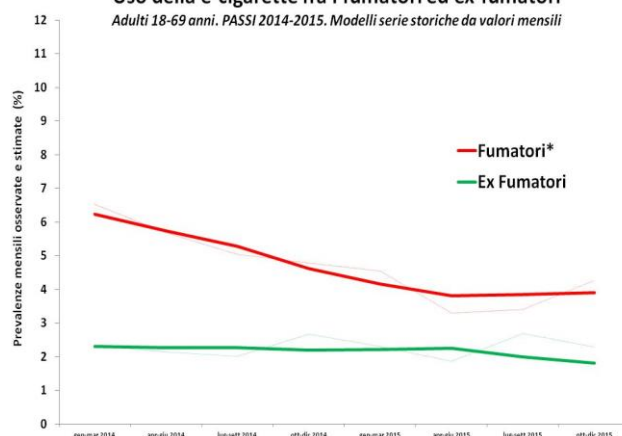
Tra le ASL regionali non emergono differenze significative tra le percentuali di fumatori.

Per il quadriennio considerato, il confronto con il Pool di Asl partecipanti al sistema di sorveglianza evidenzia per l'Umbria percentuali significativamente superiori di fumatori: in particolare, la percentuale di fumatori è la più alta tra le regioni.

Tra le ASL regionali non emergono differenze significative tra le percentuali di fumatori.

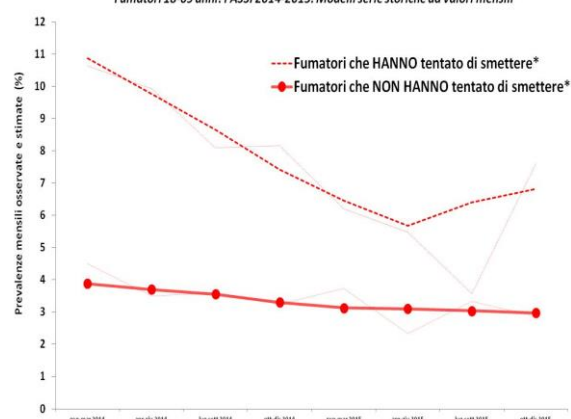
Uso della e-cigarette fra i fumatori ed ex-fumatori

Adulti 18-69 anni. PASSI 2014-2015. Modelli serie storiche da valori mensili



Uso della e-cigarette fra i fumatori e il tentativo di smettere

Fumatori 18-69 anni. PASSI 2014-2015. Modelli serie storiche da valori mensili



Prevalenza di fumatori

Regione Umbria 2012-2015

nei due sessi	Uomini	34%
	Donne	26%
nelle classi di età	18-24 anni	33%
	25-34 anni	36%
	35-49 anni	32%
	50-69 anni	25%
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	22%
	Media inferiore	35%
	Media superiore	31%
	Laurea	23%
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	42%
	Qualche difficoltà	31%
	Nessuna difficoltà	26%
cittadinanza	Italiana	30%
	Straniera	29%

Quanto si fuma

Regione Umbria 2012-2015

Sigarette fumate in media al giorno	12
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno	25%

Il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro

L'84% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge). Nel Pool di ASL 2012-15, questa percentuale è del 90%.

Tra i lavoratori intervistati, l'89% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre. Nel Pool di ASL 2012-15, tale valore è del 92%.

Fumo in casa

Il 29% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 23% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 6% ovunque).

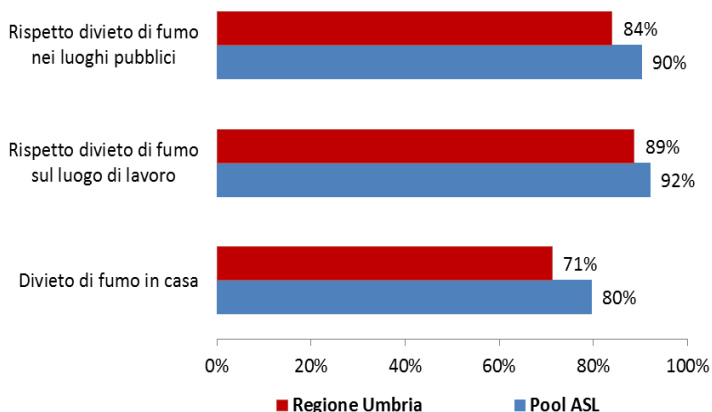
Il divieto assoluto di fumare in casa è maggiore in presenza di minori di 15 anni (82%): l'astensione dal fumo infatti è più alta nelle case in cui vive un bambino fino a 14 anni compresi; tuttavia in circa un quinto di queste case il fumo non è ancora stato completamente bandito

Smettere di fumare

Tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 41% ha tentato di smettere e di questi, l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), il 11% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre il 6% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

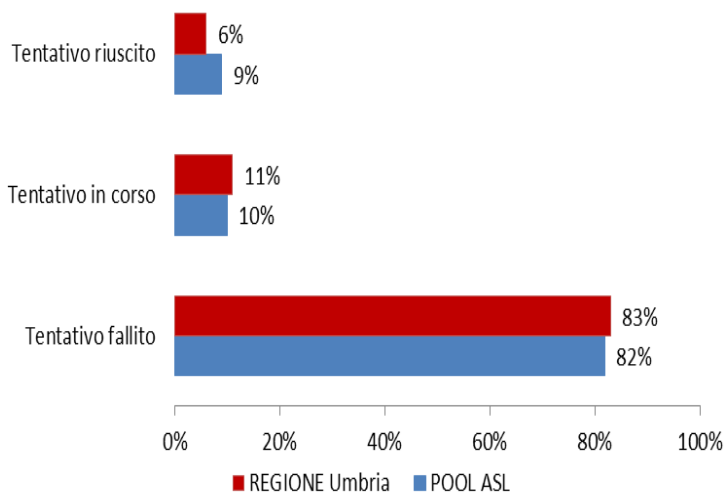
Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 96% l'ha fatto da solo, il 2% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici, nei luoghi di lavoro e divieto di fumo in casa
Regione Umbria – Pool ASL PASSI 2012-15

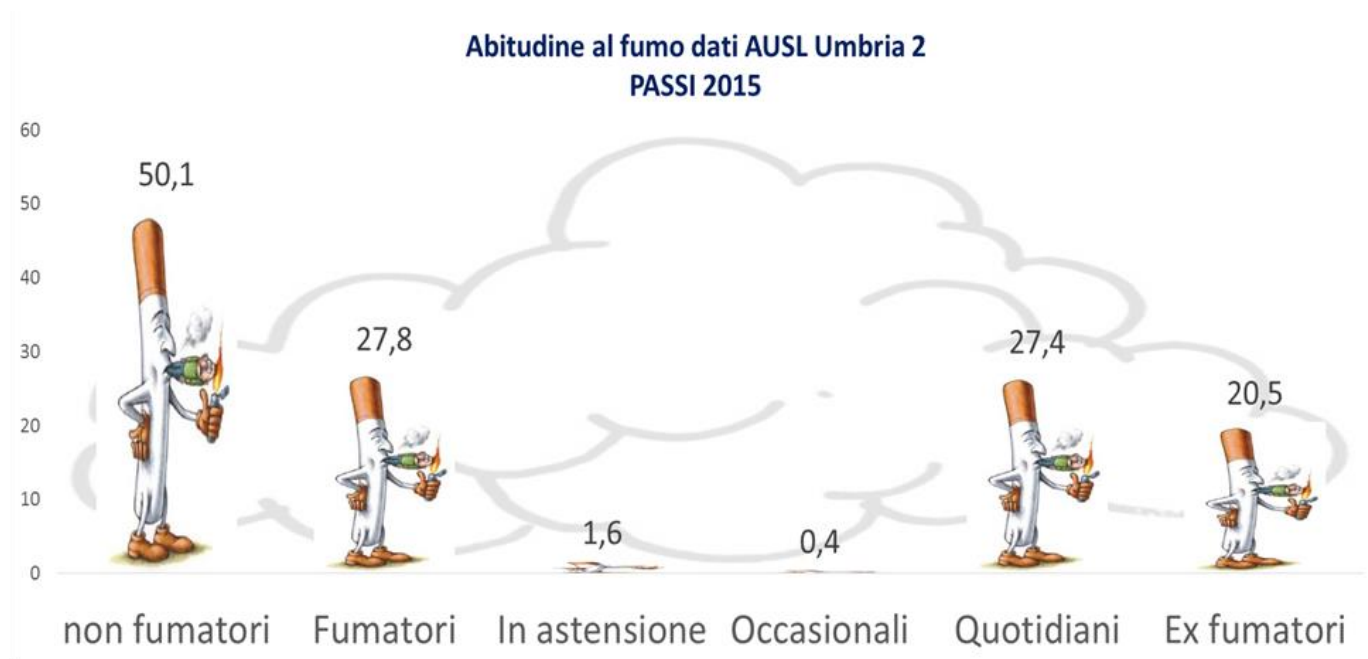


Esito del tentativo di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista

Regione Umbria - Pool ASL 2012-15



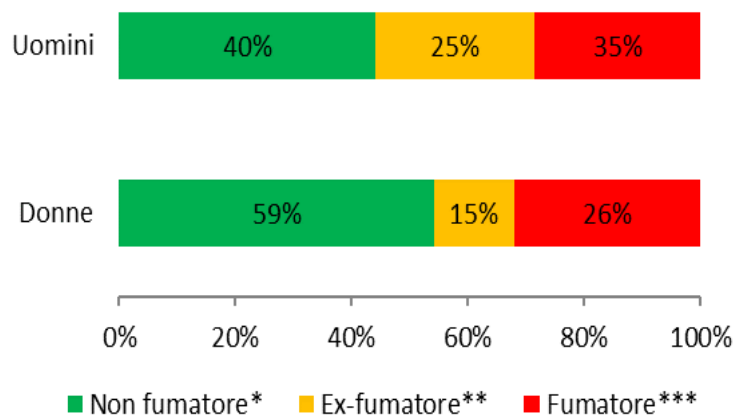
La situazione epidemiologica nella AUSL Umbria 2



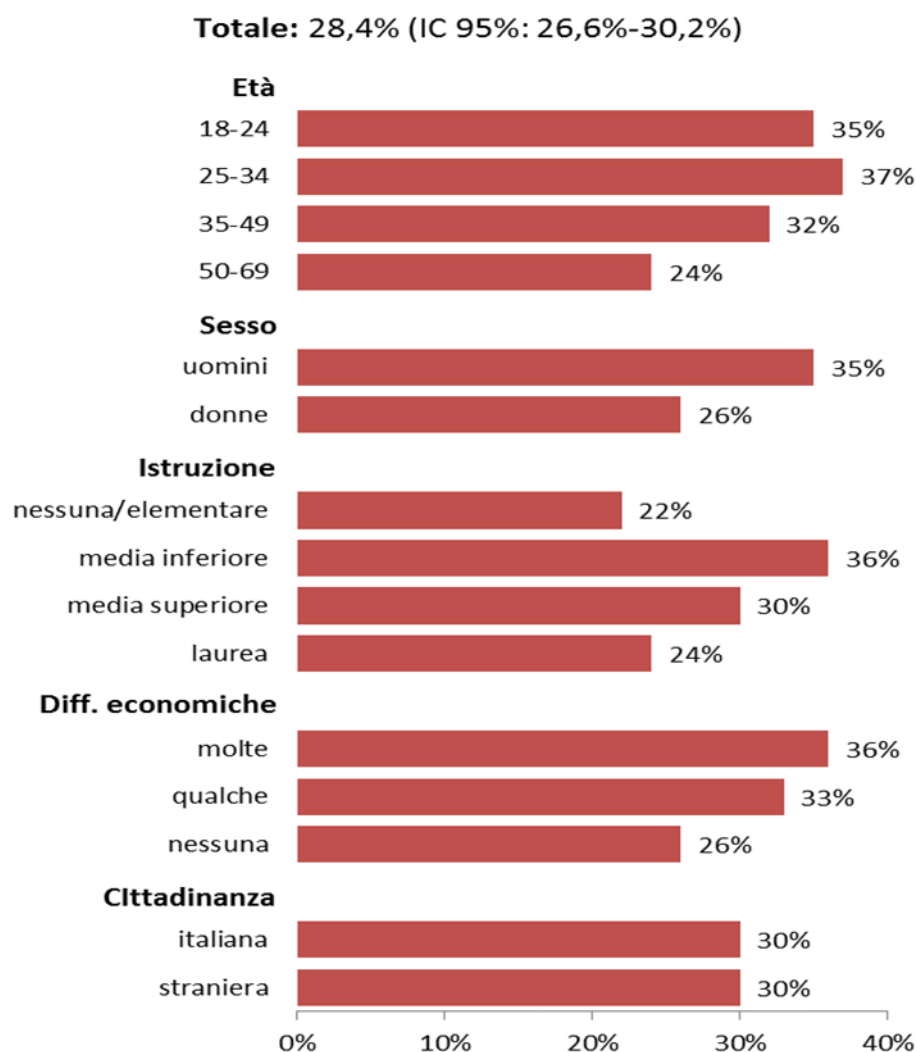
Il fumo nei due generi

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (35% versus 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (59% versus 40%).

Tuttavia il fenomeno è in aumento nel genere femminile.



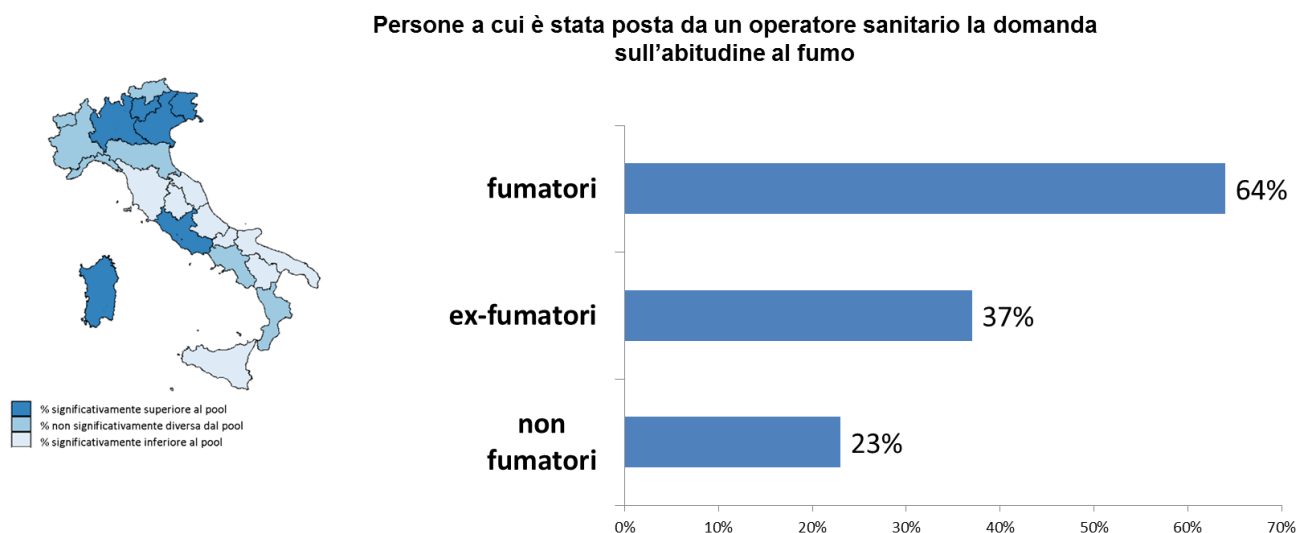
ANCORA MARCATE LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI



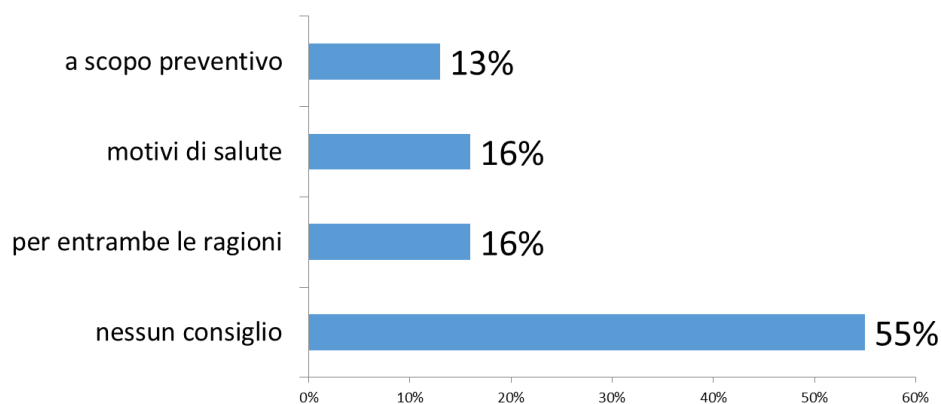
L'abitudine la fumo aumenta al diminuire del livello di istruzione (escluso quello elementare che rappresenta ormai la popolazione ultrasessantacinquenne), con il diminuire delle capacità economiche ed è più diffusa tra i giovani.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 22% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?



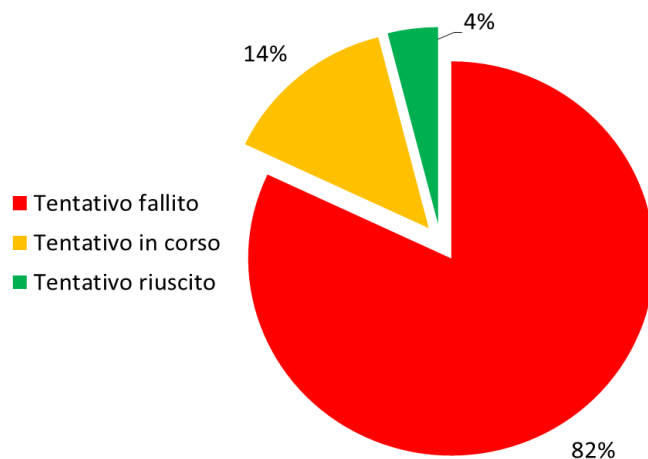
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare e perché?



In Italia il 57% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare



Tra i fumatori, il 45% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.



Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (43%) indipendentemente dall'esito del tentativo, il 96% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL

E rispetto al fumo passivo?

Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
nei locali pubblici	85 (83,6 – 86,5)
sul luogo di lavoro	87,9 (85,9 – 89,5)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	72,5 (70,7 -74,2)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	82,2 (78,8 – 85,2)

Abitudine al fumo degli adolescenti umbri e italiani (Dati del sistema di sorveglianza HBSC 2014)

Il fumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo. L'abitudine inizia molto presto. Ai ragazzi coinvolti in HBSC è stato chiesto di indicare "se fumano, e se sì con quale frequenza". Come c'era da aspettarsi il fumo aumenta con l'età.

A 11 anni fuma il 2%; a 13 anni fumano il 9% ; a 15 anni fumano quasi il 30%. La percentuale nazionale ha visto nella rilevazione del 2014 il sorpasso delle quindicenni femmine nei confronti dei quindicenni maschi, infatti fuma il 22% delle ragazze rispetto al 21% dei ragazzi.

Nella nostra regione le cose vanno precisamente come vanno nel resto d'Italia, infatti le nostre ragazze quindicenni non solo fumano più dei loro coetanei maschi 25% vs 20% ma fumano di più della media delle ragazze italiane 25% vs 22%.

UMBRIA

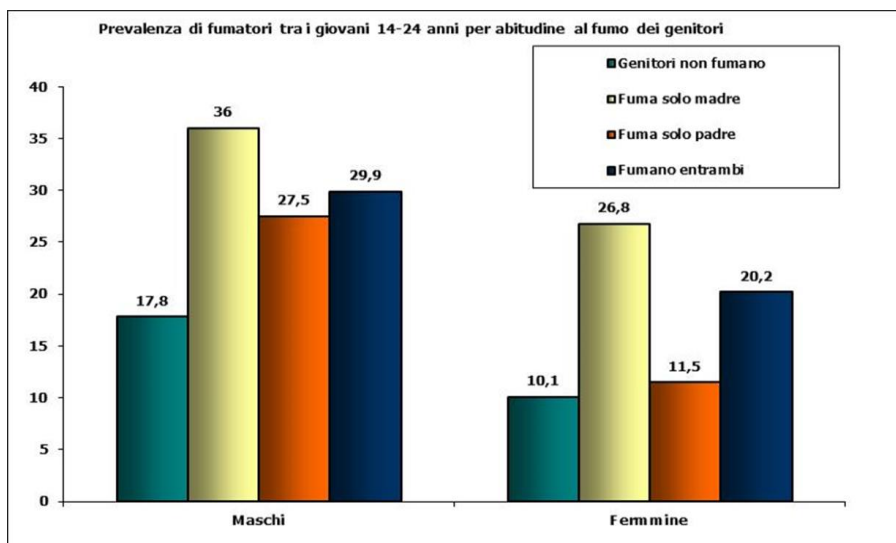
2014 - FUMO: RAGAZZI CHE FUMANO ALMENO 1 VOLTA ALLA SETTIMANA

	11 anni	13 anni	15 anni	Tot
Maschi	1,2	3,1	20,2	7,9
Femmine	0,4	4,4	24,9	8,6
M. e F.	0,8	3,8	22,4	8,2

C'è da dire che le ragazze quindicenni umbre sono in buona compagnia infatti non solo loro fumano più dei maschi ma anche quelle di Liguria, Basilicata, Lazio, Abruzzo e *Sardegna*; queste battono il record italiano con il 31% delle ragazze che fumano almeno una volta alla settimana, una su tre.

Anche in questo campo quelle che sono le evidenze scientifiche dimostrano che la tendenza delle quindicenni femmine che saranno le mamme di domani potrebbe mettere a rischio la salute dei futuri nascituri in quanto il basso peso alla nascita, allergie varie e purtroppo la morte improvvisa del neonato sono anche da imputare all'esposizione al fumo materno come principale fattore di rischio.

Da una indagine della multiscope si evidenzia come il comportamento dei genitori sia fondamentale per l'abitudine al fumo o meno dei propri figli, soprattutto quello della madre.





Fumare durante la gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale

Premesso che l'abitudine al fumo di sigaretta si sta notevolmente avvicinando tra i due sessi, è stata rilevata una prevalenza di fumatrici donne prima della gravidanza intorno al **15%**

I dati raccolti, dalla sperimentazione **"Zero Due"** (sistema di sorveglianza sulla gravidanza e i primi due anni di vita del bambino) hanno evidenziato che:

(Nella zona territoriale **Centro Nord**)

In gravidanza il 7% delle future mamme fuma

In Allattamento il 6% delle mamme fuma

Cosa dicono le evidenze scientifiche in merito soprattutto al fumo in gravidanza che espone maggiormente il feto ai danni del fumo

Uno degli ultimi studi è stato pubblicato in aprile sulla rivista 'Pediatrics' ed è stato condotto dai ricercatori delle Università dell'Arkansas, dell'Iowa e dell'Utha, in collaborazione con il National Centre on Birth Defects and Developmental Disabilities di Atlanta.

Gli studiosi hanno confrontato un gruppo di 3.067 lattanti con difetti cardiaci congeniti con un gruppo di 3.947 lattanti che non presentavano questa patologia, chiedendo alle madri di ambedue i gruppi se avevano fumato nel periodo che andava da un mese prima della gravidanza fino alla fine del primo trimestre. I risultati della ricerca mostravano che i bambini con difetti cardiaci congeniti erano anche quelli che, più frequentemente, erano nati prematuri e avevano basso peso alla nascita. D'altra parte, ancora secondo lo studio, le donne che avevano fumato da un mese prima alla fine del primo trimestre di gravidanza avevano una maggiore probabilità di avere un figlio con difetti del setto cardiaco e difetti ostruttivi del lato destro, tanto maggiore quanto più avevano fumato in quel periodo.

Una donna incinta dovrebbe smettere di fumare il più presto possibile, non soltanto per il bambino, ma anche per se stessa. Già poche ore dopo lo stop al fumo il corpo materno si "riorganizza": dopo circa 20 minuti si ha una riduzione del battito cardiaco e della pressione sanguigna, dopo otto ore circa il contenuto di monossido di carbonio nel sangue diminuisce e dopo 24 ore anche il rischio di infarto cardiaco della madre risulta minore. Il feto beneficia immediatamente della nuova condizione, in quanto riceve una quantità adeguata di ossigeno e nutrimento e il suo sviluppo non viene più ostacolato da nicotina e sostanze chimiche.

Durante l'allattamento la nicotina passa sicuramente nel latte, ma il suo effetto non è così pericoloso come in gravidanza. Il danno principale del fumo durante l'allattamento non è dovuto alla nicotina che passa nel latte, ma alle sostanze che si sprigionano nell'ambiente in cui soggiorna il piccolo, pertanto se la mamma (e non solo lei!) fuma in sua presenza, certe sostanze possono effettivamente aumentare il rischio della Sids (la sindrome della morte in culla) o di patologie respiratorie.

L'abitudine al fumo nelle persone anziane (65 o più anni) i dati di Passi d'Argento Nazionali (Epicentro)



Dopo i 65 anni una persona su 10 fuma, circa 3 anziani su 10 sono ex-fumatori e i restanti 6 sono non fumatori. Più della metà dei fumatori consuma più di 10 sigarette al giorno. Si rileva una generale diminuzione del consumo di sigarette con l'avanzare dell'età, con differenze fra uomini e donne che rimangono importanti: in media 5 punti percentuali di differenza. Il 72% di coloro che fumano ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore.

I dati sul fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori ultra sessantaquattrenni

- La prevalenza di fumatori è più alta fra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (13%), è maggiore fra gli uomini (13%) rispetto alle donne (8%) e tra gli anziani nella fascia di età 65-74 anni (14%) rispetto agli over-75enni (75-84: 8%; 85 e più: 3%).

Le differenze regionali e i cambiamenti temporali nella prevalenza dei fumatori

- Non emerge una forte variabilità geografica e non si osserva un chiaro gradiente nelle 3 macroaree Nord, Centro e Sud. Lazio, Liguria, Lombardia e Sicilia sono le Regioni in cui si riscontra un'alta percentuale di fumatori. È elevato anche il valore rilevato nel Friuli Venezia Giulia che ha partecipato all'indagine PdA solo con la Asl Triestina che risulta avere una percentuale di fumatori (14%) significativamente superiore al valore medio di pool (10%). Trento (6%) e Puglia (7%) sono le Regioni in cui si rilevano prevalenze significativamente più basse del pool.

L'attenzione degli operatori sanitari all'abitudine al fumo

- Complessivamente circa il 72% delle persone che fumano ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista.
- L'attenzione degli operatori sanitari a questa abitudine risulta maggiore in Lombardia (84%), Valle d'Aosta (84%) e Puglia (79%). Le percentuali più basse di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere risultano invece a Trento (55%), nelle Marche (56%) e in Veneto (59%). Non emerge una forte variabilità geografica e non si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud.

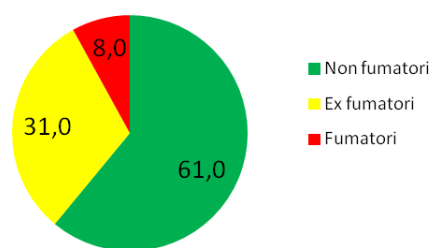
L'abitudine al fumo nelle persone anziane (65 o più anni) i dati di Passi d'Argento Umbri

Il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY - disability-adjusted life year). Il fumo fa male a tutte le età, ma le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

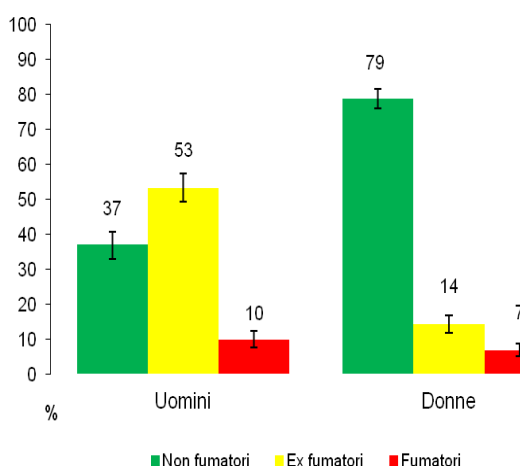
- Le persone con 65 anni e più che fumano sono l'8%. Di questi circa il 58% sono considerati forti fumatori ovvero fumano più di 10 sigarette al giorno
- Il 31% ha fumato almeno cento sigarette, ma al momento ha smesso.
- Le persone con 65 anni e più che non hanno mai fumato sono il 61%.

Abitudine al fumo* (%)
Indagine PASSI d'Argento
Umbria
popolazione 65 anni e oltre



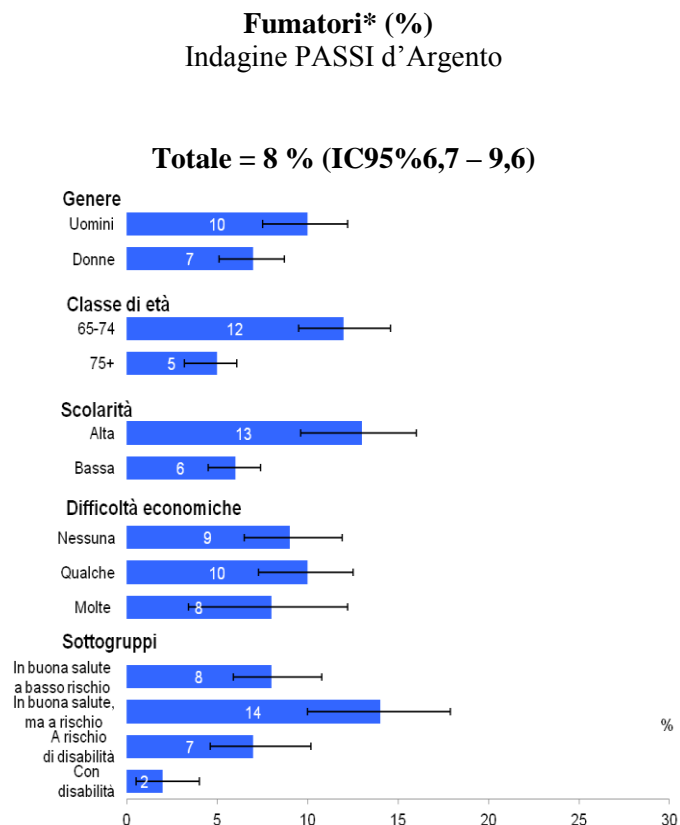
- Tre le donne i fumatori sono il 7% vs il 10% tra gli uomini.
- Gli ex Fumatori prevalgono fra gli uomini 53% vs il 14% delle donne
- Invece sono molte di più le donne che non hanno mai fumato 79% vs il 37% degli uomini.

Abitudine al fumo* (%)
Per Sesso e classi di età



Quante persone con 65 anni e più sono fumatori? E quali sono le loro caratteristiche?

- L'8% delle persone con 65 anni e più è un fumatore.
- Si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (10% vs 7%) e tra le persone con 65-74 anni (12% vs 5%).
- Essere fumatori è più frequente tra:
 - le persone con livello di istruzione alto
 - le persone in buone condizioni, e a rischio

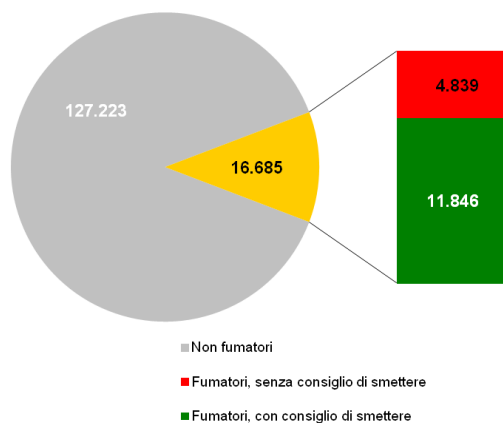


* Fumatore : soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento.

Quanti fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario?

- Riferendo la nostra osservazione alla popolazione dell'Umbria si rileva che:
- Il totale delle persone con 65 anni e più che fumano è di 16.685 persone (8% degli intervistati).
- Tra i 16.685 fumatori 11.846 (71%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario
- Tra i 16.685 fumatori 4.839 (29%), invece, non hanno ricevuto consiglio di smettere di fumare.
- Tra le 11 persone che hanno smesso da meno di 12 mesi, solo 5 persone (46%) dichiarano di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico.

Fumatori* con e senza consiglio di smettere di fumare (proiezione in numeri assoluti)
Indagine PASSI d'Argento

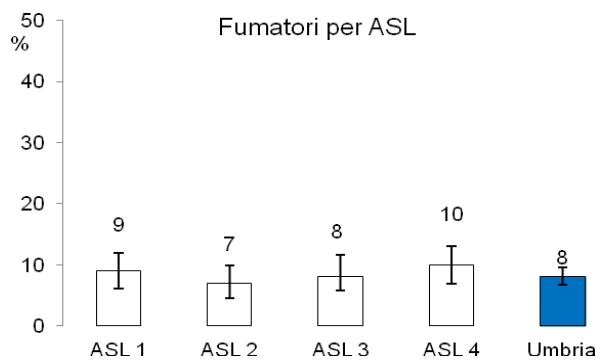


* Fumatore : soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento.

Differenze nelle 4 ex AUSL

La percentuale di fumatori in Umbria è più o meno simile fra le 4 ex ASL, senza differenze significative.

Il consiglio di smettere di fumare è significativamente più alto nella ex ASL 3 (78%) rispetto al 64% della ASL 1.



Un riflessione importante dal Gruppo Tecnico Nazionale PASSI – Passi d'Argento

Breve report sull'uso di sigarette rollate a mano in Italia (dati Passi 2015)

Negli ultimi anni le vendite di tabacchi trinciati come proporzione del consumo totale di tabacchi è andata aumentando nell'Unione Europea (1,2). In Italia, le vendite di tabacchi trinciati, per sigarette rollate a mano, sono quadruplicate nel giro di pochi anni in Italia (2, 3). La stima dei fumatori, basata sulle vendite di tabacchi trinciati in Italia, che ammontava all'1% dei fumatori nel 2010, è arrivata al 5-6% dei fumatori nel 2013 (2), una tendenza è coerente con le stime disponibili in Italia basate su indagini di popolazione (2, 4, 5).

Contrariamente a quanto sembrano credere molti fumatori di sigarette rollate, cioè che queste impiegano un tabacco più naturale, con meno additivi, e più salubre rispetto a quello delle sigarette confezionate industrialmente, i danni alla salute causati dai due tipi di consumo non differiscono (6). C'è una minore quantità di tabacco nelle sigarette rollate ma, siccome sono più sottili, il fumatore inala più profondamente per aspirare la stessa quantità di nicotina (7). Tra le cause della diffusione delle sigarette rollate a mano, a parte i preconetti come quelli sopra citati, c'è la convenienza economica, perché in tutta Europa il costo unitario delle sigarette rollate a mano è inferiore a quello delle sigarette confezionate (1, 2). Proprio la maggiore convenienza può spiegare il fatto che il consumo di sigarette rollate a mano è più frequente tra i giovani e le persone svantaggiate economicamente, con il possibile aumento delle disuguaglianze nel fumo di tabacco (9).

Grande è la preoccupazione che il ricorso alle più economiche sigarette rollate a mano possa rendere inefficace una delle misure previste dalla Convenzione quadro (10), cioè quelle che determinano l'aumento dei prezzi delle sigarette per renderle meno accessibili (1). Ancora più grave è la possibilità che in virtù del loro passaggio al consumo di tabacco trinciato, la prevalenza di fumo nei giovani e nelle persone meno abbienti diventi insensibile all'aumento dei prezzi, contribuendo all'incremento delle disuguaglianze sociali nel fumo.

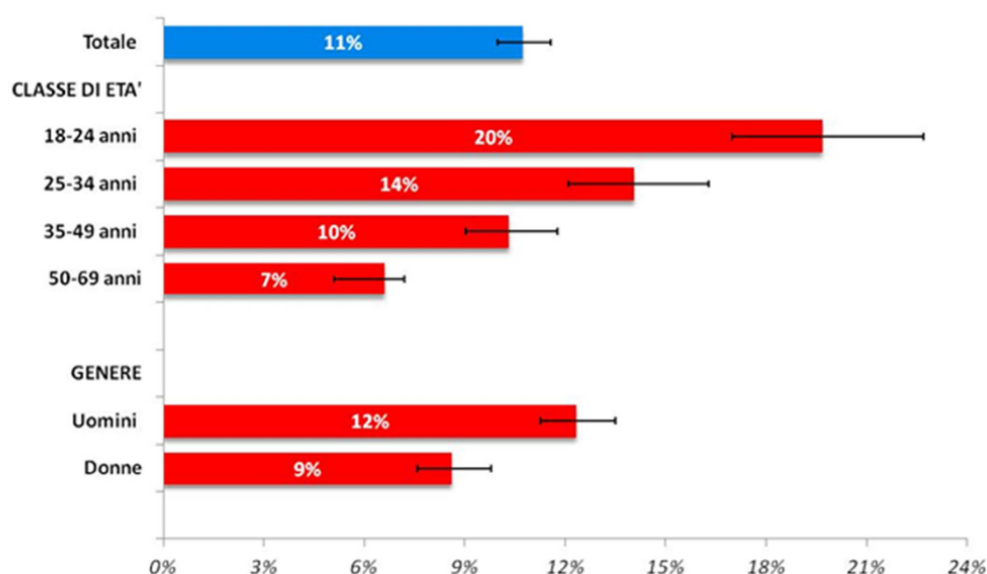
Per mettere sotto sorveglianza l'uso delle sigarette rollate a mano, descrivere il profilo dei fumatori di tabacco trinciato e monitorare l'eventuale passaggio di segmenti di fumatori alle sigarette rollate a mano, è stata modificata nel 2015 la sessione dedicata al fumo del questionario PASSI, in modo da distinguere, tra i fumatori, coloro che consumano, in maggioranza o tutte, sigarette confezionate industrialmente da quelli che consumano, in maggioranza o tutte, sigarette rollate a mano.

Nel 2015, su un campione di 31.694 intervistati in età 18-69 anni, i fumatori sono stati 8.399 (26,5%). Tra tutti i fumatori, l'10,8% (10,0-11,6) ha dichiarato di fumare la maggior parte o tutte sigarette fatte a mano, l'89,3% (88,4-90,0) fuma la maggior parte o tutte sigarette confezionate.

Dalla figura sottostante si evince che l'uso delle sigarette rollate a mano è più frequente tra i giovani, si riduce con l'età ed è più frequente tra gli uomini.

Sarà necessario, con questi dati, descrivere il profilo sociale e sanitario dei fumatori di sigarette rollate in Italia, per sapere se e quanto i trinciati contribuiscano alle disuguaglianze sociali nel fumo.

Fig. 1 Percetuale di fumatori che consumano in maggior parte o solo sigarette rollate a mano per classe di età e sesso (Dati Passi, 2015)



Riferimenti

1. International Agency for Cancer Research. Pricing policy and control of tobacco in Europe. Policy recommendations for tobacco taxation in the European Union. Integrated Research Findings from PPACTE project. 2014.
2. Gallus S, Lugo A, Colombo P, Ghislandi S, La Vecchia C, Gilmore AB. Roll-your-own cigarettes in Europe: use, weight and implications for fiscal policies. *Eur J Cancer Prev* 2014;23(3):186-92.
3. Gallus S, Spizzichino L, Lugo A, Gorini G, La Vecchia C. Sales of different tobacco products in Italy, 2004-2012. *Prev Med* 2013;56(6):422-3.
4. Lugo A, Ascitto R, Pacifici R, Colombo P, La Vecchia C, Gallus S. Smoking in Italy 2013-2014, with a focus on the young. *Tumori* 2015; 101(5):529-534
5. Gallus S, Lugo A, Colombo P, Pacifici R, La Vecchia C. Smoking prevalence in Italy 2011 and 2012, with a focus on hand-rolled cigarettes. *Prev Med* 2013;56(5):314-8.
6. Edwards R. Roll your own cigarettes are less natural and at least as harmful as factory rolled tobacco. *BMJ*. 2014 Feb 11;348:f7616. doi: 10.1136/bmj.f7616.
7. Young D, Yong HH, Borland R, et al. Trends in roll-your-own smoking: finding from the ITC four country survey (2002-2008). *J Environ Public Health* 2012: 2012:406283
8. D'Argenio P, Gallus S, Ghislandi S, Gorini G, Masocco M, Minardi V, Spizzichino L, Gruppo Tecnico PASSI. La prevalenza di fumatori e le vendite di sigarette confezionate si riducono, ma aumentano le disuguaglianze sociali e l'uso di tabacchi trinciati *Epidemiol Prev* 2014; 38 (3-4): 273-273
9. Brown AK, Nagelhout GE, van den Putte B, Willemsen MC, Mons U, Guignard R, Thompson ME. Trends and socioeconomic differences in roll-your-own tobacco use: findings from the ITC Europe Surveys. *Tob Control* 2015;24:iii11-iii16 doi:10.1136
10. Legge n.75 del 18.03.2008. *Ratifica della Convenzione quadro dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la lotta al tabagismo fatta a Ginevra il 21 Maggio 2003*. GU della Repubblica italiana, SO serie generale n.91 del 17.04.2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1397_allegato.pdf (ultimo accesso: 03.05.2014)

Il nuovo Decreto Legislativo Tabacchi

(sintesi di Paolo d'Argenio gruppo tecnico nazionale PASSI - Passi d'Argento)



Alla fine del 2015 in Italia, è stato emanato un Decreto Legislativo che, tra l'altro, stabilisce l'adozione delle avvertenze combinate a partire da Maggio 2016.

Il Decreto Legislativo tabacchi stabilisce nuove norme che mirano a contrastare la disinformazione e la manipolazione che sostengono il diffondersi della dipendenza da tabacco.

Il Decreto è di interesse per tutti coloro che lavorano per la promozione della salute, anche nelle parti che riguardano aspetti tipicamente merceologici, per cui converrebbe leggerlo tutto, a partire ad esempio dalle definizioni o dagli obblighi di segnalazione e notifica a carico dei produttori fino alle sigarette elettroniche, ai prodotti innovativi ed ai compiti del Ministero della Salute. Tuttavia, alcune misure che possono avere un impatto diretto sulla diffusione del fumo di tabacco nella popolazione:

- Sui pacchetti di sigarette, oltre ai messaggi di testo presenti attualmente, saranno inserite anche immagini (vedi in particolare l'articolo 11). Le immagini, già impiegate in paesi come l'Australia, attirano l'attenzione dei fumatori più del solo testo, inducono pensieri relativi ai rischi per la salute, spingono a desistere dall'intenzione di fumare la sigaretta e fanno aumentare la frequenza di tentativi di smettere.
- Le industrie sono obbligate a segnalare gli additivi utilizzati nei prodotti del tabacco e non possono più impiegare: (i) vitamine o altri additivi che creano l'impressione che un prodotto del tabacco produca benefici per la salute o comporti minori rischi per la salute; (ii) caffeina, taurina o altri stimolanti che hanno una connotazione di energia e di vitalità; (iii) additivi con proprietà coloranti delle emissioni; (iv) additivi che facilitano l'inalazione o l'assorbimento di nicotina; (v) additivi che hanno proprietà cancerogene, mutagene o tossiche per la riproduzione sotto forma incombusta.
- Viene potenziato il divieto di vendita ai minori di prodotti del tabacco, anche tramite distributori automatici. Questi divieti che, in linea di principio, sono considerati necessari anche dai produttori di tabacco e dall'associazione dei tabaccai, sono spesso disattesi in Italia, ma dal 20 maggio 2016, le sanzioni per i rivenditori saranno inasprite (art. 24). La sanzione per il tabaccaio, che vende sigarette di tabacco o elettroniche a un minore, andrà da 500 a 3000 euro più la sospensione della licenza per 15 giorni. La ripetizione dell'infrazione comporterà ulteriori inasprimenti fino al ritiro della licenza di vendita.
- Vengono eliminati i pacchetti da 10 e le confezioni di tabacco per sigarette rollate a mano di peso inferiore ai 30 grammi, che rendono più accessibili le sigarette ai minori non ancora dipendenti dal tabacco. Questa norma assieme alla precedente possono ridurre l'accessibilità al fumo da parte dei minori.
- Viene stabilito il divieto di fumo negli autoveicoli che trasportano minori o donne in gravidanza e nelle pertinenze esterne di strutture ospedaliere pediatriche e ostetrico-ginecologiche (art. 24). Anche se tali misure proibiscono comportamenti difficilmente rilevabili e sanzionabili, esse possono contribuire a ridurre l'accettabilità sociale del fumo passivo e del fumo in generale.




Dopo più di 10 anni dalla Legge Sirchia che ha ridotto l'esposizione al fumo passivo, l'Italia può fare un nuovo passo in avanti verso l'eliminazione del fumo, ma è indispensabile che le norme siano attuate bene in modo da poter raggiungere gli effetti voluti. Per questo è necessario il monitoraggio dell'applicazione e la valutazione dell'impatto sui comportamenti e la salute della popolazione italiana.






























Il Monitoraggio dell'applicazione del Decreto Legislativo Tabacchi

Il Ministero della salute effettuerà il monitoraggio dell'applicazione e la valutazione dell'impatto del decreto sulla popolazione, dal punto di vista della salute pubblica.

Grazie all'impegno del Ministero della salute, delle Regioni e delle Asl e dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ultimo decennio la disponibilità di dati sul fumo in Italia si è significativamente ampliata, ed oggi abbiamo diverse indagini e sistemi di sorveglianza che concorrono a fornire le informazioni necessarie a descrivere i mutamenti che si verificano a seguito di variazioni del quadro regolatorio e della situazione sociale.

Le evidenze per una prevenzione efficace

Legend for Task Force Findings:  Recommended  Insufficient Evidence  Recommended Against (See reverse for detailed descriptions.)

Intervention	Task Force Finding
Reducing Tobacco Use Initiation	
Increasing the unit price of tobacco products	
Mass media campaigns when combined with other interventions	
Smoke-free policies	
Increasing Tobacco Use Cessation	
Increasing the unit price of tobacco products	
Mass media campaigns when combined with other interventions	
Mass-reach health communication interventions	
Mobile phone-based interventions	
Multicomponent interventions that include client telephone support	
Smoke-free policies	
Provider reminders when used alone	
Provider reminders with provider education	
Reducing client out-of-pocket costs for cessation therapies	
Internet-based interventions	
Mass media – cessation contests	
Mass media – cessation series	
Provider assessment and feedback	
Provider education when used alone	
Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke	
Smoke-free policies	
Community education to reduce exposure in the home	
Restricting Minors' Access to Tobacco Products	
Community mobilization with additional interventions	
Sales laws directed at retailers when used alone	
Active enforcement of sales laws directed at retailers when used alone	
Community education about youth's access to tobacco products when used alone	
Retailer education with reinforcement and information on health consequences when used alone	
Retailer education without reinforcement when used alone	
Laws directed at minors' purchase, possession, or use of tobacco products when used alone	
Decreasing Tobacco Use Among Workers	
Smoke-free policies	
Incentives and competitions to increase smoking cessation combined with additional interventions	
Incentives and competitions to increase smoking cessation when used alone	

Visit the "Tobacco Use" page of The Community Guide website at www.thecommunityguide.org/tobacco to find summaries of Task Force findings and recommendations on tobacco use. Click on each topic area to find results from the systematic reviews, included studies, evidence gaps, and journal publications.

The Centers for Disease Control and Prevention provides administrative, research, and technical support for the Community Preventive Services Task Force.

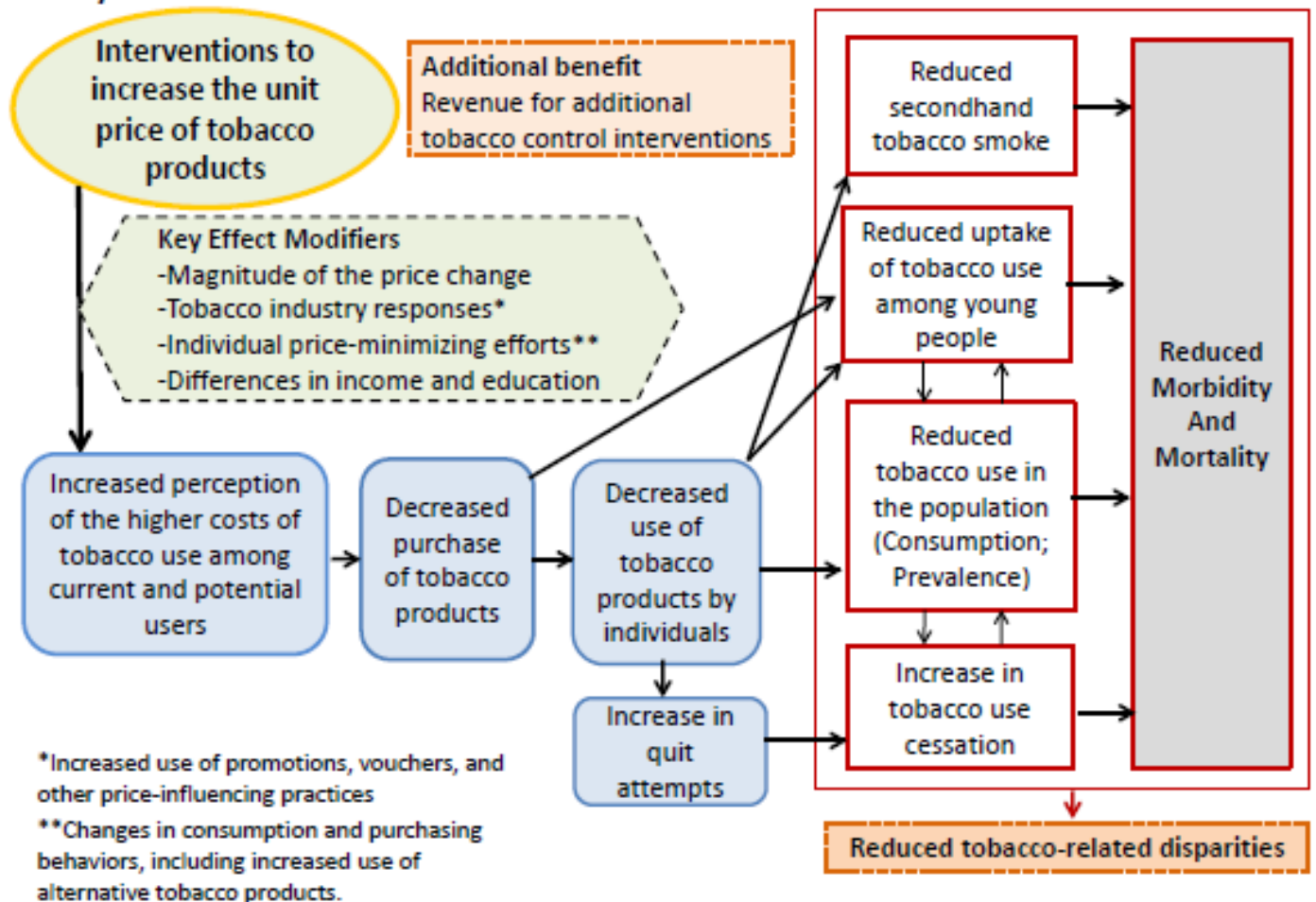
Nel documento del CDC di Atlanta sopra riportato si evidenziano in sintesi le attività più efficaci per la riduzione dell'abitudine al fumo. (Inizializzazione, Cessazione, Riduzione dell'esposizione, riduzione del numero dei minori che accedono ai prodotti del tabacco, diminuzione dell'abitudine al fumo durante il lavoro). In realtà si evidenzia in modo forte come le politiche di aumento del prezzo delle sigarette accompagnate da politiche "Tobacco free" siano le più efficaci in quasi tutte le situazioni. E' importante comunque un aumento della cultura e una sensibilizzazione costante della popolazione sulle problematiche legate al fumo.

Si porta sotto un esempio delle dinamiche di un intervento di aumento del prezzo delle sigarette:

Un aumento del prezzo delle sigarette del 20% ha prodotto (CDC review):

- Riduzione della domanda totale dell' 8% negli adulti e del 15% nei giovani
- Cessazione dell'abitudine nel 7% degli adulti e del 19% nei giovani
- Non iniziano a fumare il 9% in più dei giovani

Analytic Framework: Interventions to Increase the Unit Price for Tobacco Products



I vantaggi dello smettere di fumare sono una “garanzia” per il futuro



Dopo 30 minuti i battiti cardiaci e la temperatura dei piedi si normalizzano



Dopo 8 ore aumenta la concentrazione di ossigeno nel sangue



Dopo 12 ore migliora il respiro



Dopo 1 giorno il monossido di carbonio nei polmoni cala drasticamente e migliora la circolazione



Dopo 1 settimana migliora gusto, olfatto e alito, capelli e denti sono più puliti



Dopo 1 mese il polmone recupera il 30% della funzione respiratoria



Dopo 3 – 6 mesi diminuisce la tosse cronica, il peso tende a normalizzarsi



Dopo 1 anno il rischio di infarto è dimezzato e diminuisce anche il rischio di sviluppare un tumore

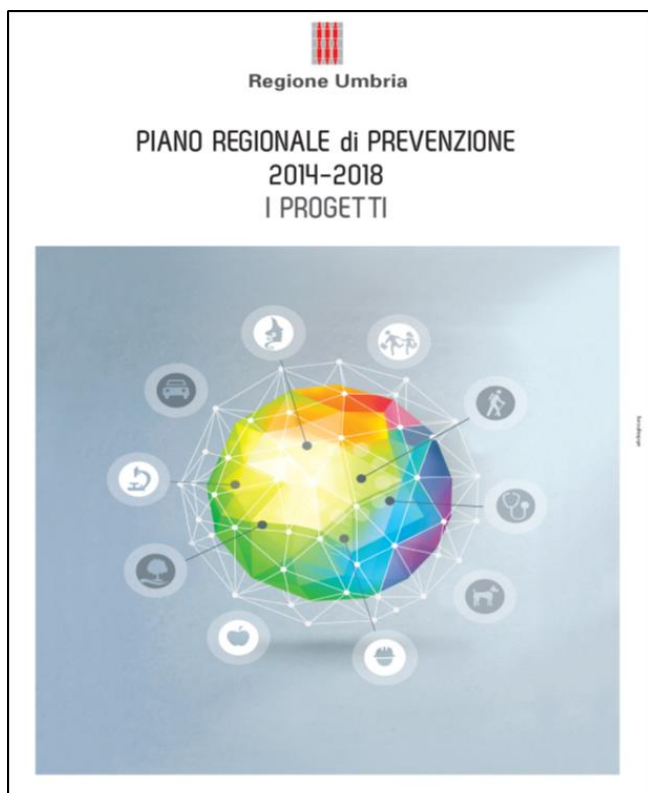


Dopo 5 anni il rischio di tumore al polmone si riduce del 50% e quello di ictus diventa uguale a quello di un non fumatore



Dopo 10 anni Il rischio di tumore si riduce ai minimi di probabilità

Cosa prevede il Piano Regionale della Prevenzione in Umbria rispetto alle dipendenze?



Il Piano si articola su 10 macro obiettivi

76 Obiettivi centrali

10 Programmi

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili come elemento trasversale

Le schede dei progetti

Impariamo a resistere pensiamo positivo

Progetto per i bambini in età scolare basato su:

- Formazione degli insegnanti sulla metodologia delle life skills (competenze di vita)
- Informazione agli insegnanti e ai genitori sul rischio da dipendenze legali e illegali
- Applicazione dell'educazione socio affettiva nelle scuole primarie in progetti di promozione della salute
- Evidenze per il progetto: messaggi semplici di tipo emozionale veicolati dagli insegnanti con metodologia socio affettiva, no esperti in classe

Impariamo a resistere

Unplugged Umbria

Progetto per bambini di scuola media primaria sul modello dell'influenza sociale, che lavora:

- Sulle componenti personali (studio delle capacità di resistenza personali e sociali, identificazione delle pressioni interne ed esterne)
 - Sull'educazione normativa contro convinzioni errate sull'accettazione e uso di sostanze
 - Sulle abilità trasferibili nella vita quotidiana (capacità strutturate quali gestione dello stress, definizione di obiettivi, capacità di comunicazione ecc.)
- Evidenze per il progetto: pacchetto validato a livello internazionale fruibile da psicologi e poi insegnanti che saranno formati

Impariamo a resistere

YAPS – Young And Peer School

Progetto per i ragazzi delle scuole superiori 14 – 18 anni basato sull'empowered peer education

- Formazione degli operatori sanitari alla peer education come supporto agli insegnanti e ai gruppi dei ragazzi
 - Formazione degli insegnanti e degli educatori
 - Formazione dei ragazzi (gruppo dei peer)
 - Attivazione di attività per la promozione della salute e del benessere
- Evidenze del progetto: OMS – Peer education una delle metodologie più efficaci per acquisizione di competenze, sviluppo del pensiero critico e partecipazione.

Vita da sani

Verso l'ospedale senza fumo

Progetto legato al programma dell'OMS HPH (Health Promotion Hospital)

- Definizione di una politica aziendale contro il fumo di tabacco
- Sensibilizzare e informare dipendenti e utenti rispetto ai rischi per la salute da fumo attivo e passivo, il ruolo degli operatori sanitari come esempio positivo
- Favorire il rispetto del divieto di fumo all'interno delle strutture sanitarie eliminando l'esposizione al fumo passivo di pazienti e operatori

Evidenze per il progetto: Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari

Vita da sani

La sfida della promozione della salute nei lavoratori: i Medici competenti impegnati contro l'abitudine al fumo

Progetto basato sul «minimal advise» effettuato dal Medico competente

- Fornire ai Medici competenti conoscenze e strumenti rispetto alla promozione della dissuefazione da fumo
 - Realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria
 - Valutare l'adesione dei medici competenti
- Evidenze per il progetto: Il «Minimal advise» ha livello di evidenza 1 e forza della raccomandazione A (fortemente raccomandato)

Il Centro Anti Fumo

- Nella AUSL Umbria 2 sono attivi i Centri antifumo nei distretti di:

- Terni
- Narni Amelia
- Orvieto
- Foligno

I centri antifumo hanno una evidenza di efficacia provata dall'OMS se:

Sono facilmente accessibili

Utilizzano metodologie di gruppo e poi personalizzate

Sono gratuiti

Per informazioni sui centri antifumo andare al sito della AUSL Umbria 2

Il ruolo del Medico di Medicina Generale

- Informarsi sulle abitudini del paziente (fumo, alcol, alimentazione ecc)
- «Minimal advise» i MMG della AUSL Umbria 2 sono formati su questa metodologia (Corso prof. Scafato su alcol e altre sostanze)
- Informare e indirizzare i fumatori sull'esistenza del centro
- Mantenere contatti e rapporti continui con il centro antifumo

Evidenze: Il «Minimal advise» ha livello di evidenza 1 e forza della raccomandazione A (fortemente raccomandato)

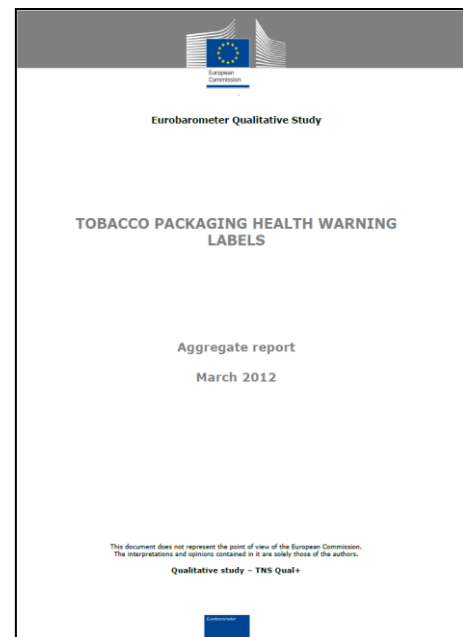
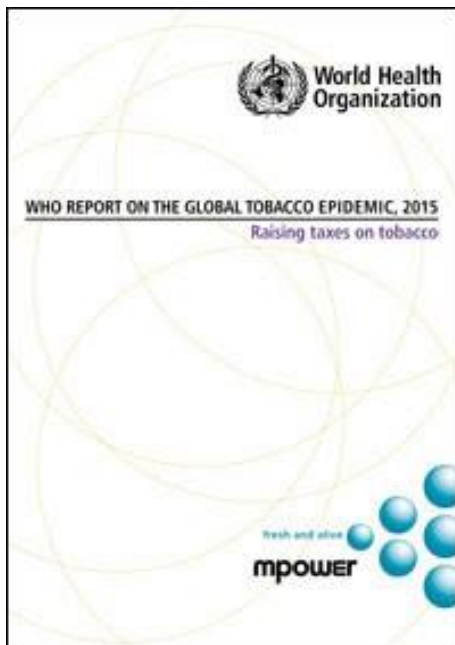
La Convenzione Quadro per il controllo del tabacco 30 maggio 2013

Per mettere in atto politiche efficaci, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha messo a punto, grazie a un lavoro negoziale durato quattro anni, la Convenzione Quadro per il controllo del tabacco (The Framework Convention for Tobacco Control – FCTC). Sotto il profilo giuridico, la FCTC è il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica che, riconoscendo i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano, stabilisce principi e obiettivi giuridicamente vincolanti che i firmatari sono tenuti a rispettare. È stata siglata da 192 Stati membri dell'Oms nel 2004. Ufficialmente in vigore nel febbraio del 2005, è stata ratificata dal nostro Paese nel 2008 (Legge 18 marzo 2008, n.75 GU Serie Generale 91/2008). L'obiettivo della Convenzione è quello di tutelare le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo di tabacco, riconosciute devastanti a livello sanitario, sociale, ambientale ed economico. Le disposizioni chiave sono poche, semplici e chiare:

- Industria del tabacco – Non deve interferire nella definizione delle politiche per la salute.
- Fumo passivo – Le parti attuano misure per tutelare i non fumatori dal fumo passivo nei luoghi pubblici, di lavoro e sui mezzi di trasporto.
- Etichettatura – La superficie del pacchetto deve essere coperta per almeno il 30% da avvertenze per la salute. Sono vietate designazioni come light e mild.
- Pubblicità – Orientamento verso il divieto generale di pubblicità, promozione e sponsorizzazione.
- Responsabilità – Le aziende che adottano comportamenti repressibili devono essere perseguite con richieste di risarcimento dei danni.
- Traffico illecito – Necessità di negoziati per un protocollo contro il traffico illecito, basato sulla marcatura degli imballaggi, al fine di tracciare l'origine e la destinazione finale.
 - Regolamentazione dei prodotti del tabacco – I produttori devono rendere noto ai governi il contenuto dei propri prodotti.
- Tassazione – Attuazione di misure fiscali e di prezzo per ridurre il consumo di tabacco.

L'Unione europea ha ratificato la Convenzione e ha adottato una serie di direttive su pubblicità, telepromozioni, sponsorizzazioni, lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco, distributori automatici, pubblicità indiretta. Un organismo della Convenzione, la Conferenza delle Parti, ha predisposto linee guida per l'applicazione degli articoli della Convenzione, dalla protezione della salute pubblica dagli interessi commerciali dell'industria alla protezione dall'esposizione al fumo passivo, dalla regolazione dei contenuti dei prodotti del tabacco ai pacchetti e all'etichettatura, dalla comunicazione alla pubblicità, promozione e sponsorship, fino alle misure di riduzione della domanda relativa alla dipendenza dal tabacco e alla cessazione. Con la Convenzione, si è configurato un percorso che consente di attuare gli interventi di provata efficacia

Documenti importanti:



WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015





AUSLUmbria2
UNITA' OPERATIVE DI:

SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Via Postierla 38 - 05018 Orvieto

Tel.: 0763 307420/610

E-mail: marco.cristofori@uslumbria2.it
vincenzo.casaccia@uslumbria2.it
sonia.bacci@uslumbria2.it

EPIDEMIOLOGIA E CALCOLO BIOSTATISTICO

Via del Campanile 12 - 06034 Foligno

Tel.: 0742339588- 0742339523

E-mail: ubaldo.bicchielli@uslumbria2.it
violetairina.consolini@uslumbria2.it
laura.meschini@uslumbria2.it
luca.cittadoni@uslumbria2.it