

Consumo, rischio e danno da fumo di tabacco

Use, risk and damage from tobacco smoking

Michela Caricato, Andrea Franzoni

Scuola di specializzazione di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: fumo, tabagismo, esposizione, oncogenesi, prevenzione

RIASSUNTO

Introduzione: il consumo di tabacco è in forte aumento nella popolazione mondiale, soprattutto per l'incremento registrato nei Paesi di recente industrializzazione.

In Italia si stima che ogni anno al fumo di tabacco siano da attribuire dalle 70.000 alle 83.000 morti. L'assunzione costante e prolungata di tabacco incide sulla durata della vita media, oltre che sulla qualità della stessa e, inoltre, alti sono i costi pubblici legati al consumo di tabacco.

Obiettivi: descrivere numeri e costi dell'abitudine tabagica e le sue ripercussioni sulla salute dell'individuo, alla luce delle ultime analisi effettuate dalla comunità scientifica.

Metodi: sono stati definiti tre campi d'interesse che possono portare a raccomandazioni di sanità pubblica per l'attivazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria dell'abitudine al consumo di tabacco: caratterizzazione epidemiologica, danni per la salute e strategie di intervento in ambito preventivo sul territorio. A supporto sono state utilizzate tre linee di ricerca bibliografica sugli argomenti sopracitati.

Risultati: in Italia si rileva una sostanziale stabilità nel numero dei fumatori dal 2014, con una preponderanza nel sesso maschile e nelle classi sociali più svantaggiate, a fronte di un invecchiamento generale della popolazione dei fumatori, distribuita in modo disomogeneo a livello regionale. L'assunzione di fumo di tabacco danneggia la salute sotto diversi punti di vista: aumentano il rischio cardiovascolare, il rischio di insorgenza di patologie respiratorie croniche, la possibilità di sviluppare neoplasie maligne e l'infertilità. E' importante considerare come tali rischi siano presenti sia tra i fumatori che negli esposti al fumo, i cosiddetti fumatori passivi. L'interruzione dell'abitudine tabagica diminuisce, ma non azzerà, se non a 10 anni di distanza, la riduzione dell'aspettativa di vita rispetto ad un individuo che non abbia mai fumato.

Conclusioni: appare evidente la correlazione tra l'abitudine al fumo e l'aumento del rischio per numerose patologie, con conseguente diminuzione della qualità e dell'aspettativa di vita e, dunque, risulta cruciale incentivare sia l'interruzione di tale abitudine che prevenire l'instaurarsi della stessa. E' plausibile che la

Autore per corrispondenza: michela.caricato@gmail.com

riduzione della pubblicità sui media e in particolare il divieto di fumare nei luoghi pubblici abbiano portato alla stabilizzazione nel numero dei fumatori in Italia. Occorre, però, riflettere sull'aumento del fenomeno nella popolazione giovanile e ipotizzare un intervento mirato sulle categorie sociali più svantaggiate, in cui tale abitudine appare più marcata.

Keywords: smoke, smoking habit, exposure, oncogenesis

SUMMARY

Introduction: tobacco use is strongly growing in world population, thanks to the increase we see in developing countries mainly. Tobacco smoking is responsible for a number in deaths that spans from 70.000 to 83.000 per year. Costant and prolonged tobacco assumption affects the mean lifespan and its quality, increasing public expenses at the same time.

Objectives: the aim is to describe numbers and costs about the tobacco's habit and its consequences on people's health, in the light of new scientific information available.

Methods: three areas of interest have been outlined to develop public health recommendations in order to create primary and secondary prevention's interventions against tobacco consumption: epidemiological characterisation, damages on health, and preventive interventions strategies on the territory. Three lines of bibliographic research on the abovementioned arguments have been carried out to support the study.

Results: we observed a substantial steadiness in smokers number till 2014, with a predominance in men and deprived social classes, in a more general aging picture and noticing a patchy distribution among the regions. Tobacco smoking harms people's health in many ways: both cardiovascular, respiratory and oncologic risks increase and so does the infertility. This happens both in smokers and in the exposed to smoking, the so called passive smokers. Smoking habit's interruption decreases the lifespan shortening in front of a non-smoker, nullifying it in 10 years.

Conclusions: correlations between smoking habit and risk increase have been established for various diseases; they bring to a diminishing in lifespan and its quality, so it is crucial to prevent the habit and encourage its dismissal. Advertisements reduction and public smoking prohibition are likely to have stabilized the number of smokers in Italy. Nevertheless, we have to think very carefully about the increase of the habit in young and develop a targeted action on the most disadvantaged social groups, in which the phenomenon is quite spread.

Introduzione

C'è stato un tempo in cui le marche di sigarette erano sponsorizzate durante gli eventi sportivi, testimonial autorevoli ed attori affermati si gustavano soddisfacenti boccate di fumo negli spot e nei film e persino i medici consigliavano il tabacco e i suoi derivati come possibile panacea per numerosi disturbi, tutto ciò accadeva non più tardi di 50 anni fa. Se guardassimo indietro e ripensassimo a tale epoca storica, non potremmo che essere soddisfatti dei progressi effettuati; nel tempo vi è stata una presa di coscienza da parte dell'opinione pubblica sui rischi legati al fumo, è stata dimostrata la correlazione tra l'insorgenza di numerose neoplasie e il consumo di tabacco, è stato imposto in molti Paesi il divieto di fumo nei locali pubblici e, in virtù di tutto ciò, oggi stiamo assistendo

ad una diminuzione costante del numero dei fumatori nei Paesi industrializzati.

Come tutti i processi storici, anch'esso ha conosciuto battute di arresto ed ostacoli, sia per le resistenze incontrate a causa degli interessi economici, che per la non sempre omogenea ed efficace forza di azione degli interventi. A riprova di ciò, negli ultimi anni il decremento nel numero di fumatori ha subito un rallentamento e, al contrario, stiamo assistendo ad un'impennata del consumo di tabacco nei Paesi di recente industrializzazione. L'articolo si pone l'obiettivo di analizzare la situazione italiana a livello epidemiologico, concentrandosi inoltre sulle categorie che al momento appaiono più a rischio, in quanto in passato meno coinvolte: i minori e le donne. La trattazione riserva in seguito spazio ai danni, spesso misconosciuti, del fumo passivo e ai nuovi devices per il consumo del tabacco, che negli ultimi anni stanno prendendo piede anche in risposta alla nuova sensibilità del pubblico, sensibilità a cui le aziende produttrici non potevano rimanere indifferenti. Si evidenziano i costi dell'abitudine tabagica per il singolo con l'acquisto del prodotto, e per il pubblico, analizzando la quota di spesa sanitaria e i macro-costi per lo Stato. Grande attenzione meritano le patologie legate al fumo e si riserva lo stesso interesse per gli interventi volti alla cessazione e prevenzione dell'abitudine al fumo. Diverse e numerose sono le attuali strategie promotrici della cessazione del consumo di tabacco introdotte in Europa e merita un approfondimento la realtà italiana, corredato dei dati sull'efficacia dei suoi programmi sanitari.

Materiali e metodi

Lo studio si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

1. Sono stati in primo luogo definiti tre campi d'interesse che possono portare a raccomandazioni di sanità pubblica per l'attivazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria dell'abitudine al fumo: il primo centrato sulla caratterizzazione epidemiologica dell'abitudine al fumo in Italia, a livello regionale e nelle varie classi demografiche e sociali; il secondo sui danni per la salute dei fumatori e degli esposti a breve e lungo termine al fine di riassumere, confermare e ricordare le acquisizioni scientifiche ormai assodate nel dibattito internazionale; il terzo inerente le strategie di intervento in ambito preventivo già messe in atto sul territorio per desumere da esse, ove e per quanto possibile, ulteriori proposte di intervento.
2. Acquisizione di evidenze tramite la consultazione dei principali report scientifici legati all'abitudine al consumo di tabacco, in particolare il "Rapporto sulla prevenzione e il controllo del tabagismo" e il dossier "Guadagnare salute", redatti dal Ministero della Salute nel 2018, nonché il "Rapporto nazionale sul fumo" dell'Osservatorio fumo alcol e droga dell'Istituto Superiore di Sanità e la correlata indagine DOXA del 2018.
3. Analisi delle cause del decremento nella riduzione dell'abitudine al consumo di tabacco e produzione di proposte di modifica o implementazione delle attuali strategie preventive.

Sono state dunque utilizzate tre linee di ricerca bibliografica: la prima inerente l'epidemiologia dell'abitudine al fumo di tabacco in Italia, nella sua caratterizzazione geografica e sociale; la seconda focalizzata sui danni per la salute dei fumatori e degli esposti al fumo a breve e lungo termine e, infine, la terza riguardante le azioni di prevenzione messe in atto sul territorio al fine di disincentivare fino ad eliminare l'abitudine tabagica.

Risultati

Il fumo di tabacco rappresenta senza dubbio uno dei principali problemi di sanità pubblica. A conferma di ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella regione europea". Nel mondo i fumatori sono circa un miliardo, di cui circa l'80% vive in Paesi a basso e medio reddito, in cui i costi sociali correlati alla malattia e alla mortalità derivanti dal fumo di tabacco sono ancora più pesanti.

Il fumo di tabacco è responsabile di circa 6 milioni di morti ogni anno e, tra queste, 600.000 di non fumatori esposti al fumo passivo. Si stima che nel 2030 il numero delle morti causate dal fumo possa aumentare a 8,3 milioni se non verranno attuati provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza. Attualmente le percentuali più elevate di fumatori si riscontrano nei Paesi asiatici, nel continente africano e nell'Europa dell'est. Nei Paesi sviluppati l'abitudine tabagica ha seguito un andamento caratterizzato da un picco intorno agli anni '60, un successivo dimezzamento intorno agli anni '90, stabilizzandosi al momento a circa un terzo del valore iniziale.

L'andamento della distribuzione dell'abitudine al fumo nel tempo segue un modello secondo il quale la prevalenza dei fumatori, inizialmente predominante soprattutto tra gli strati sociali più agiati, aumenta rapidamente in tutta la popolazione raggiungendo un'acme. Successivamente, segue un periodo di relativa stabilità e quindi una graduale riduzione, a causa del crescente numero di ex-fumatori (che inizia anch'esso sempre a partire dalle classi culturalmente più avanzate) e della riduzione del numero di nuovi fumatori. Il dato infine si stabilizza, mantenendosi tuttavia su valori non trascurabili(1). A livello globale, il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini.

Secondo i dati dell'indagine Eurobarometro 2017 il 26% degli europei fuma (30% tra gli uomini e 22% tra le donne), valore riscontrato già nel 2014; sono in aumento, però, i fumatori nella classe di età 15-24 anni (da 24% a 29%). Tale indagine mostra nel 2017 l'Italia al decimo posto in Europa con una prevalenza del 24%, inferiore alla media europea.

Nel periodo 2015-2018, dai dati del sistema di sorveglianza PASSI, relativi alle persone con un'età compresa tra i 18 e i 69 anni, emerge che in Italia la maggioranza degli adulti non fuma (57%) o ha smesso di fumare (17%), ma un italiano su 4 è fumatore

attivo (25%), si riconferma una maggiore prevalenza tra le classi socioeconomiche più svantaggiate e negli uomini(2).

Nel 2019 nel nostro Paese, secondo l'indagine DOXA-ISS dell'Istituto Superiore di Sanità del 2019, ci sono 11,6 milioni di fumatori attivi, pari al 22,0% della popolazione residente (considerata a partire dai 15 anni): di questi 7,1 milioni sono uomini e 4,5 milioni donne.

Esaminando il dato per classi di età, si evince inoltre come la netta maggioranza di fumatori si concentri nelle età mediane (25-64 anni): in particolare, tra gli uomini la prevalenza maggiore si rileva nella fascia di età 25-44 anni (36,3%), mentre tra le donne si riscontra un picco nella classe d'età 45-64 (22,9%). Negli anziani, l'abitudine al fumo è più marcata nel sesso maschile (21,0% U contro 5,2% D), mentre nei giovani vi è un sostanziale equilibrio di genere (21,8% U e 19,6% D)(3).

La classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori ne vede prevalere alcune del Centro-Sud, come Umbria, Abruzzo, Lazio e Sicilia, ma anche in Emilia Romagna la prevalenza resta elevata.

Nel dettaglio, la prevalenza per macroarea geografica (Nord, Centro, Sud) mostra una predominanza globale del fumo negli uomini rispetto alle donne (Nord 28% U rispetto al 14% D, Centro 23,9% U rispetto 12,1% D, Sud 30,2 U rispetto 22,4% D)(4). A livello territoriale, il sistema di sorveglianza, con riferimento al periodo 2015-2018, colloca al primo posto per prevalenza l'Umbria (29,4% della popolazione di 14 anni ed oltre), seguita dal Lazio (28,4%), Sicilia (28,0%) ed Emilia Romagna (27,5%)(2).

In termini dimensionali si evidenzia una percentuale superiore di fumatori nei Comuni grandi, sia del centro che della periferia dell'area metropolitana (rispettivamente, 21,0% e 20,8%)(1).

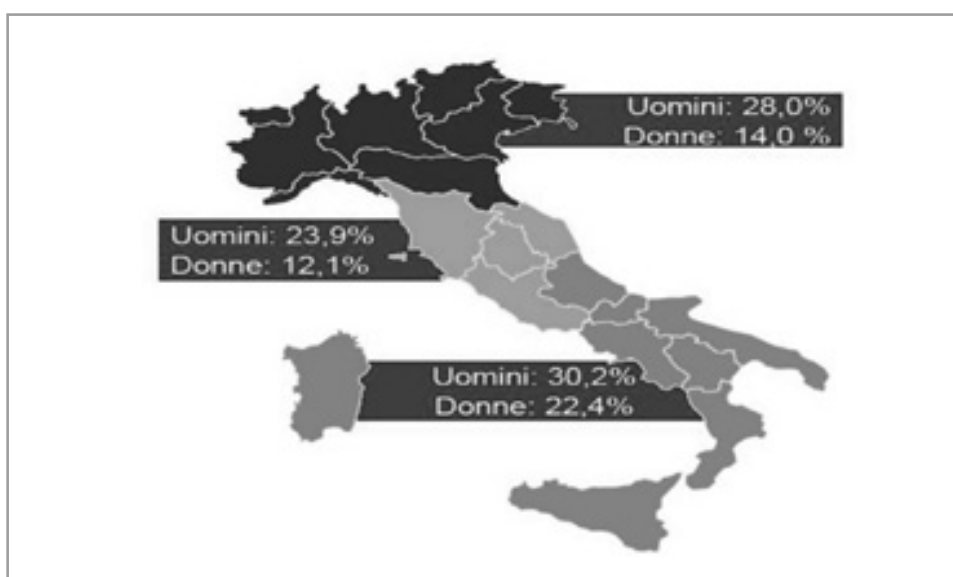


Fig.1 - Distribuzione geografica della prevalenza dell'abitudine al fumo. DOXA-ISS 2019

Analizzando invece la serie storica a partire dal 1957, la percentuale assoluta di fumatori è scesa dal 35,4% al 22,0%, con un importante distinguo: gli uomini sono passati dal rappresentare il 65% del campione a fronte di un 6,2% femminile, ai valori precedentemente espressi (28,0% contro 16,5%); si evince dunque una sostanziale disparità nelle variabili di genere nell'abitudine tabagista.

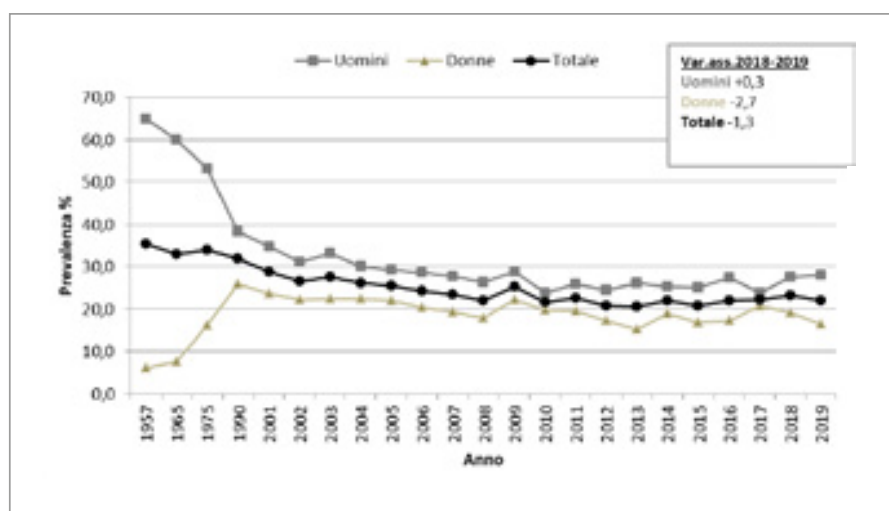


Fig.2 - Trend di prevalenza dell'abitudine al fumo in Italia nel periodo 1957-2019. DOXA-ISS 2019

Si stima che in Italia nel 2019 tra i fumatori il 34,6% abbia un consumo giornaliero medio di sigarette ≤ 9 sigarette/die (fumatori leggeri), i fumatori medi (10-19 sigarette/die) siano il 42,8%, infine i fumatori pesanti (≥ 20 sigarette/die) rappresentino il 21.2%. In particolare, il 28.5% dei fumatori ha un consumo giornaliero medio di sigarette compreso tra le 10 e le 14 sigarette/die.

	≤ 9 sigarette/die (%)	10-19 sigarette/die (%)	≥ 20 sigarette/die (%)
Uomini (7.1 milioni)	31.0	42.2	25.6
Donne (4.5 milioni)	40.3	45.2	14.1
Totale fumatori in Italia (11.6 milioni)	34.6	42.8	21.2

Tab.1 - Consumo giornaliero medio di sigarette secondo il sesso

Consumo giornaliero medio di sigarette/die	Tot fumatori in Italia	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	≥ 65 anni
≤ 9 sigarette/die	34.6	35.5	36.2	31.6	37.9
10-19 sigarette/die	43.4	53.1	45.7	39.2	40.9
≥ 20 sigarette/die	21.2	10.5	16.6	28.6	21.3

Tab.2 - Consumo giornaliero medio di sigarette secondo la classe d'età di appartenenza

Il numero di coloro che fumano è rimasto pressoché costante a partire dal 2014. Il numero medio di sigarette fumate al giorno continua a diminuire in un trend continuo dal 2004; nello specifico si è passati da una media di 14,8 sigarette nel 2004 a una media di 11,6 sigarette nel 2019. Considerando gli ultimi 3 anni, l'indagine DOXA-ISS rivela una riduzione del consumo giornaliero medio: 13,6 nel 2017, 12,3 nel 2018 fino al 11,6 del 2019(3).

Nel triennio 2015-2018 coloro che smettono di fumare, gli ex-fumatori, in Italia sono il 17,5%, evidenziando una forte stabilità in linea con quanto rilevato negli ultimi anni. La prevalenza maggiore di ex-fumatori, nel triennio in esame, si ha in Sardegna, capofila tra le regioni con il 28% della popolazione di 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore, mentre quella con la quota più bassa di ex-fumatori è la Basilicata (7,6%). In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque, sono le regioni del Nord quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud quelle in cui la prevalenza è più bassa(2).

Nel 2019 gli ex-fumatori nel nostro Paese sono 6,3 milioni (12,1 % degli Italiani), tra i quali la prevalenza maschile risulta preponderante (3,8 milioni), rispetto alla femminile (2,5 milioni)(3).

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo nei minorenni, due indagini si sono concentrate su tale aspetto nel tempo: la HBSC11 (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare) promossa dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, che coinvolge dal 2001 gli studenti di 11, 13 e 15 anni di tutte le Regioni italiane e la GYTS (Global Youth Tobacco Survey –Indagine globale sul tabacco e i giovani), promossa dall'OMS e dal Centro di controllo delle malattie di Atlanta/USA (CDC), che coinvolge dal 2010 gli studenti del terzo anno della scuola secondaria di primo grado e del primo e secondo anno della scuola secondaria di secondo grado (13, 14 e 15 anni).

Secondo quanto riporta l'indagine HBSC del 2014, la percentuale degli studenti 15enni che dichiarano di aver fumato almeno una volta nella vita è il 42,1% tra i ragazzi e sfiora il 50% tra le ragazze. Valori più bassi si rilevano tra i 13enni (19,7% le ragazze e 18,5% i ragazzi) e tra gli 11enni (3,7% i ragazzi e 2,5% le ragazze). Si può notare dai dati riportati che, a parte tra gli 11enni, le ragazze sperimentano il fumo più dei ragazzi e sono in aumento. Nel 2014 gli studenti 15enni che dichiaravano di fumare tutti i giorni erano il 13,8% tra i ragazzi e il 13,3% tra le ragazze.

L'indagine GYTS12 2018 esplora, insieme ai dati sulla prevalenza del fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco, cinque determinanti dell'abitudine al fumo: accessibilità/disponibilità e prezzo, esposizione a fumo passivo, cessazione, media e pubblicità, curriculum scolastico. Da tale valutazione si evidenzia che più di uno studente su cinque dai 13 ai 15 anni fuma tabacco, anche qui il fumo di sigaretta è più diffuso tra

le ragazze (23,6%) rispetto ai coetanei maschi (16,2%), mentre per quanto riguarda la sigaretta elettronica (e-cig) sono i ragazzi ad usarla abitualmente di più (21,9%) rispetto alle ragazze (12,8%). La metà del campione ha respirato fumo passivo in casa e buona parte di esso rivela di essere consapevole che il fumo sia dannoso. Rilevanti sono i dati relativi all'accessibilità ai prodotti del tabacco: il 42% degli indagati ha dichiarato che esistono rivendite di tabacco nei pressi della propria scuola; inoltre si evince come il 15% degli studenti fumatori abbia acquistato le sigarette al distributore automatico (era l'8% nel 2014) e il 68% di questi ultimi non abbia avuto problemi all'acquisto nelle rivendite autorizzate nonostante la minore età e l'esistenza del divieto di vendita verso tale categoria, in contrasto con la legge italiana(4-6).

Secondo DOXA-ISS, nel 2019 i soggetti che dichiarano di aver iniziato a fumare prima dei 15 anni sono il 10,1%, con un trend in decremento nel tempo, il 72% dichiara di aver iniziato tra i 15 e i 20 anni di età, con un'età media di inizio registrata pari a 18,5%(3). Grande considerazione e attenzione nella nostra analisi meriterebbe la categoria composta dalle giovani donne; queste, infatti, pur fumando meno in senso relativo rispetto agli uomini, rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile, spesso attratte dalla proposta di "fumo leggero" con l'utilizzo delle sigarette light, convinte erroneamente del minor danno potenziale di tale scelta, veicolate da pubblicità e messaggi dei media. L'Unione Europea ha vietato la denominazione light, dal momento che non esiste alcuna riduzione del rischio per chi fuma sigarette a minor contenuto di catrame e nicotina. Un altro aspetto cruciale per il sesso femminile sono i danni legati all'infertilità(7).

Fumo passivo

La legge 3/2003 "Tutela della salute dei non fumatori" definisce le misure che servono ad eliminare l'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro e locali pubblici chiusi. La legge ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, pubblici e privati, quindi anche a studi professionali, uffici privati, bar, ristoranti ed altri esercizi commerciali, stabilendo il principio che non fumare, nei locali chiusi, sia la regola. Nel nostro Paese circa 9 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici (91,9%) e sul luogo di lavoro (93,9%), da loro frequentati nei trenta giorni precedenti l'intervista, è "sempre" o "quasi sempre" rispettato; in dettaglio, tuttavia, nei posti di lavoro il rispetto del divieto è percepito come totale (ovvero "sempre" rispettato) da 8 intervistati su 10 e nei locali pubblici da 7 intervistati su 10.

Significative sono le differenze regionali e chiaro il gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali, dove il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro viene riferito da meno persone. Tale divario geografico si è nel tempo affievolito grazie all'aumento del rispetto del divieto che ha investito tutto il Paese, e in particolare le Regioni meridionali, permettendo così di ridurre gli effetti sulla salute

legati all'esposizione al fumo passivo(2). Molti sono, infatti, gli effetti e i rischi per la salute dei cosiddetti fumatori passivi: tra questi si ricorda un aumentato rischio di morte improvvisa del neonato, infezioni respiratorie, asma più grave e crescita rallentata nei bambini, mentre l'esposizione degli adulti al fumo passivo ha effetti nocivi immediati neoplastici e sul sistema cardiovascolare; l'evidenza scientifica indica che non ci sono livelli di esposizione al fumo passivo privi di rischio.

Malgrado ciò, in Italia il 40% dei bambini, il 33% dei non fumatori e il 35% delle non fumatrici dichiara di essere esposto al fumo passivo(1).

Nel mondo si stima che il fumo passivo provochi 603.000 morti premature (28% bambini, 26% uomini e 47% donne) e la perdita di 10,9 milioni (61% per i bambini, 16% per gli uomini e 24% per le donne) di anni di vita in buona salute (DALYs).

L'esposizione al fumo passivo è invece ancora rilevante in ambito domestico: 17 intervistati su 100 dichiarano che nella propria abitazione è ammesso fumare; un'abitudine meno frequente, ma non trascurabile (11%), fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni. Le Regioni in cui si rilevano meno case "libere da fumo" sono prevalentemente quelle con una quota più alta di fumatori e, generalmente, in quelle stesse Regioni è anche minore il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro. Anche la presenza di case "libere da fumo" sta continuando ad aumentare significativamente nel tempo, presumibilmente come effetto di un cambiamento culturale che, a partire dalla legge del 2003, sta conducendo, attraverso una maggiore consapevolezza dei danni del fumo passivo, all'astensione dal fumo negli ambienti di vita privati(3).

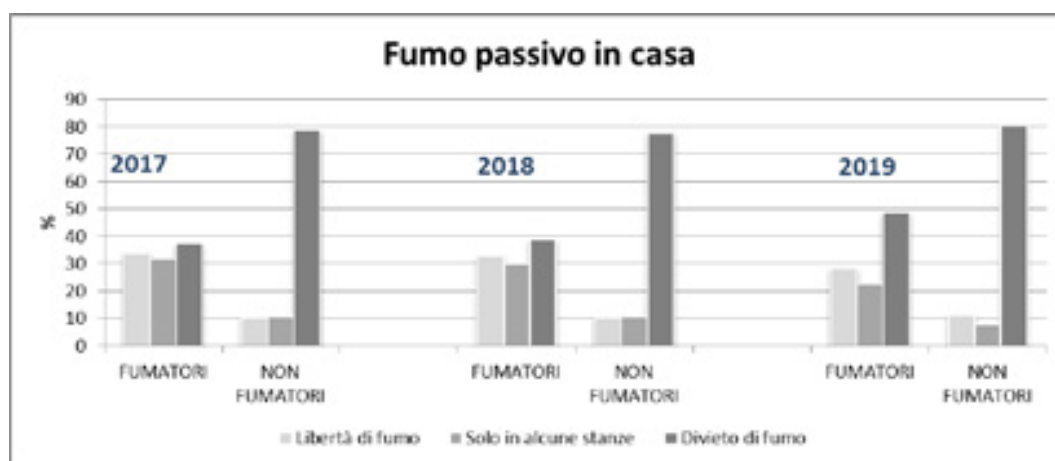


Fig. 3 - OSSFAD – Indagine ISS-DOXA 2019

Nuovi devices

A questi fumatori si aggiungono, inoltre, i consumatori di nuovi devices, tra cui il fumo riscaldato di tabacco e le sigarette elettroniche (e-cig). I dati PASSI del 2014 sull'uso delle e-cig (su un campione di 36.372 persone in età dai 18 ai 69 anni), indicano una prevalenza d'uso pari al 1,9%, più frequente tra gli uomini (2,5%) rispetto alle donne (1,3%); un uso più frequente si riscontra nella fascia d'età 35-49 anni, pur con differenze non statisticamente significative rispetto alle altre fasce. Non sono state rilevate differenze legate al grado d'istruzione, mentre l'uso è indubbiamente più frequente in coloro che appartengono a classi socio-economiche più svantaggiate. Infine, l'uso dell'e-cig è più diffuso nelle Regioni del Centro Italia, rispetto a quelle meridionali e ancora più rispetto a quelle settentrionali, rispecchiando in larga misura la geografia della distribuzione dei fumatori di tabacco. L'uso più frequente di e-cig si osserva fra i fumatori di sigaretta di tabacco (5,5%). Gli utilizzatori di e-cig dichiarano di aver diminuito il consumo di sigarette tradizionali leggermente nel 13,8% dei casi o drasticamente nell'11,9%, mentre il 34,9% non ha cambiato la propria abitudine tabagica, il 10,4% ha iniziato a fumare e l'11,7% ha ripreso il consumo delle sigarette tradizionali. Soltanto nel 14,4% dei casi l'e-cig ha portato a smettere definitivamente(2). Con riferimento ai dati aggiornati al 2019, l'uso dell'e-cig, anche solo occasionalmente, è ora diffuso nel 4,6% della popolazione adulta. In Italia nel 2019 gli utilizzatori occasionali e abituali di e-cig si attestano sulle 900.000 unità circa. Gli utilizzatori esclusivi di e-cig sono il 16,9%, mentre i duali sono l'80,1%(3).

Dalle analisi si evince che la e-cig più utilizzata è quella contenente nicotina (60,8%). Infine, va sottolineato come spesso i consumatori di e-cig spesso la utilizzino per smettere, ma altrettanto spesso diventino consumatori di entrambi i prodotti o addirittura inizino a fumare proprio provando l'e-cig.

Un dato particolarmente preoccupante da considerare è che l'utilizzatore dei nuovi prodotti (e-cig e tabacco riscaldato) si sente sovente autorizzato ad usarli nei luoghi dove vige il divieto di fumo, minando il valore educativo di una legge che, in vigore da oltre 15 anni, ha contribuito ad educare la popolazione fumatrice al rispetto della salute della popolazione non fumatrice.

Nel rapporto 2019 sul fumo l'OMS sottolinea il rischio legato all'uso di e-cig contenenti nicotina, rivelando che, nonostante non siano ancora stimati con chiarezza i rischi associati al loro consumo, queste sono dannose per la salute di chi ne fa uso e per questo debbano essere sottoposte a regolamentazione. Infine, l'OMS rimarca, attraverso il supporto di numerose evidenze scientifiche, che al momento non sia chiaro e certo il ruolo delle e-cig come incentivo nella cessazione tabagica, nonostante spesso dai media vengano pubblicizzate con tale fine, evidenziando la preoccupazione che queste possano determinare un concreto rischio di dipendenza per i loro fruitori; da qui nasce, secondo l'OMS, la necessità di tassarne le vendite e l'importanza di vietarne la pubblicità(8).

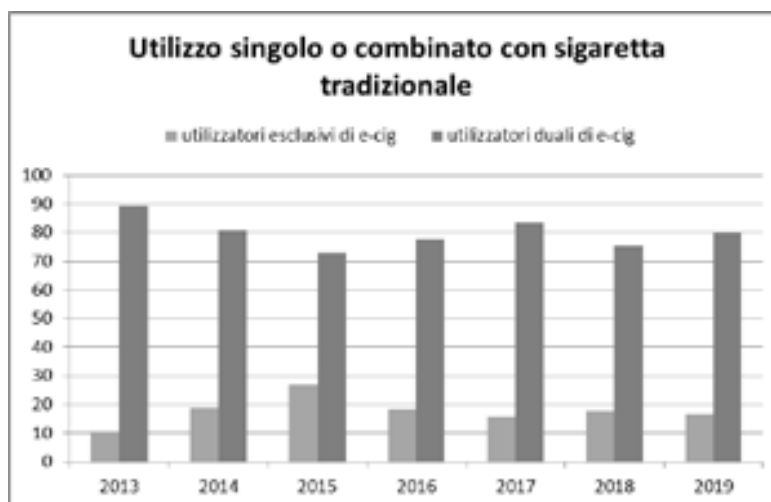


Fig.4 - Indagine DOXA-ISS sul consumo dell'e-cig singolo o combinato con la sigaretta tradizionale

Quanto ci costa fumare?

L'Europa si classifica al quinto posto nel mondo tra i produttori di tabacco: in particolare, la produzione di tabacco è di circa 50.000 tonnellate in foglie, coltivato su un'estensione di 16.000 ettari (0,14% dei terreni agricoli destinati alla sua coltivazione). Nel 2016 in Italia sono stati prodotti 5,91 bilioni di sigarette e tuttavia sul mercato le sigarette importate superano quelle esportate, danneggiando l'equilibrio commerciale (9).

I costi legati al fumo di tabacco non sono evidenziabili solo sul mercato mondiale e nazionale: nel tempo è anche emerso quanto l'abitudine tabagica possa influire e frenare l'economia del singolo fumatore. Si stima, infatti, che un fumatore italiano in media consumi 5000 sigarette l'anno, pari a 250 pacchetti di sigarette; calcolando il costo medio di un pacchetto da 20 sigarette, che nel 2019 è pari a 4,95 €, ci accorgiamo che la spesa media annua di un fumatore si aggira sui 1.238 €; questa somma è ingente, soprattutto se in relazione al reddito medio di una famiglia di tre persone (36.045 €)(1-10), rappresentando il 3,43% della spesa annua rispetto al reddito. Risulta, perciò, che in trent'anni di tabagismo un fumatore spende oltre 37.000 € e ciò non può che incidere fortemente sull'equilibrio finanziario individuale.

Preoccupante è inoltre il ruolo economico rivestito dalle patologie correlate al fumo sulla spesa sanitaria globale. Nell'Unione Europea la spesa sanitaria pubblica annuale per il trattamento delle principali malattie legate al fumo è stimata intorno a 25,3 miliardi €, mentre è stimata in ulteriori 8,3 miliardi € all'anno la perdita in termini di produttività (inclusi prepensionamenti/morti e assenteismo dal lavoro): se monetizzati, gli anni di vita persi a causa del fumo corrisponderebbero a 517 miliardi di € ogni anno (4).

Patologie correlate al fumo

Il fumo di tabacco rappresenta attualmente la principale causa di morte prematura e prevenibile nel nostro paese. Priorità deve rimanere, perciò, la cura e prevenzione del tabagismo, dal momento che l'impatto epidemiologico ed economico delle patologie fumo-correlate è uno dei principali problemi sanitari mondiali. Negli ultimi anni la conoscenza dei rischi legati al fumo è aumentata, grazie alla diffusione di numerose campagne di prevenzione e anche i benefici derivanti dalla sua sospensione sono ormai ampiamente conosciuti. Nonostante quanto detto, ancora oggi si riscontra una forte indifferenza e superficialità sul tema nella pratica clinica di molti operatori sanitari(1).

Come precedentemente espresso, secondo i dati dell'OMS il fumo di tabacco è la più grande minaccia per la salute e il primo fattore di rischio di malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale (11), uccidendo attualmente quasi 6 milioni di persone ogni anno. Tale cifra potrebbe raggiungere gli otto milioni entro il 2030 in assenza di provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza (4).

Secondo l'OMS il 90-95% dei tumori polmonari, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare ed il 20-25% degli incidenti cardiovascolari, sono dovuti al fumo di tabacco (3).

Nell'Unione Europea il tabacco è responsabile di quasi 700.000 morti ogni anno, mentre milioni di cittadini dell'UE soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie.

In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Per quanto riguarda il carcinoma polmonare, una delle principali patologie fumo correlate, nel nostro Paese la mortalità e l'incidenza sono in calo tra gli uomini, ma in aumento tra le donne, per le quali questa patologia ha superato il tumore allo stomaco, divenendo la terza causa di morte per neoplasia, dopo il tumore al seno e al colon-retto (4).

L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa, infatti 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni; per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita. Il tabacco provoca più decessi di alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme: si stima che di 1.000 maschi adulti che fumano uno morirà di morte violenta, sei moriranno per incidente stradale, 250 saranno uccisi a causa di patologie tabacco-correlate.

I bersagli del fumo di tabacco sono molteplici e tra questi i più colpiti risultano l'apparato broncopolmonare e quello cardiovascolare. Il Center for Disease Control and Prevention - CDC degli USA ha identificato 27 malattie fumo-correlate, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre neoplasie, così come cardiopatie e vasculopatie.

Ogni malattia ha un particolare rischio correlato al fumo. La gravità dei danni fisici dovuti all'esposizione (anche passiva) al fumo di tabacco, è direttamente proporzionale all'entità complessiva del suo abuso. Più precisamente sono determinanti: età di inizio; numero di sigarette giornaliere; numero di anni di fumo; inalazione più o meno profonda del fumo. Il fumo è una delle principali cause di numerose e varie patologie:

Infezioni broncopolmonari e tumori

- bronchite acuta e, alla lunga, bronchite cronica, enfisema, episodi asmatici ed infezioni respiratorie ricorrenti aumentano per incidenza e gravità. Gli idrocarburi policiclici aromatici contenuti nel "catrame" e il Polonio 210 sono invece i principali responsabili dello sviluppo di tumori, polmonari e non solo
- carcinoma polmonare - si stima che il fumo sia responsabile in Italia del 91% di tutte le morti per neoplasia polmonare negli uomini e del 55% nelle donne, per un totale di circa 30.000 morti l'anno. Nel corso degli ultimi 20 anni, in Italia i dati su incidenza e mortalità per carcinoma polmonare mostrano una diminuzione negli uomini ed un aumento nelle donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani). Nel dettaglio la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6% mentre quella femminile è aumentata dell'1%; il quadro epidemiologico del tumore del polmone in Italia è dunque fortemente caratterizzato per genere. Nelle donne i livelli di mortalità e incidenza per tumore del polmone sono ancora di molto inferiori rispetto a quelli riscontrati negli uomini, ma tendenzialmente in aumento costante negli ultimi 30 anni. Questi andamenti sono in linea con gli altri Paesi europei e rispecchiano la complessiva riduzione della prevalenza di fumatori tra gli uomini (da 55% a 28% tra il 1970 e il 2011) e il corrispondente incremento tra la popolazione femminile (da 12% a circa 17%)(9).

Infarto e cardiopatie ischemiche

Il fumo è la principale causa di malattie coronariche e di infarto in uomini e donne, associandosi al 30% delle morti causate da malattie coronariche, ad un aumentato rischio di morte improvvisa e ad una aumentata mortalità perioperatoria in pazienti con by pass coronarico.

- infarto miocardico - Colpisce più di duecentomila italiani all'anno e in un caso su tre conduce alla morte. Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di aterosclerosi e di infarto miocardico perché danneggia le cellule che rivestono internamente i vasi arteriosi, favorendo la formazione di placche ostruttive e di trombi.
- cardiopatia ischemica - I fumatori corrono un rischio di ammalarsi che è più del doppio di quello dei non fumatori. Si stima che il 20-25% degli incidenti cardiovascolari siano legati al consumo di sigarette. Il fumo, stimolando una parte del nostro sistema nervoso (adrenergico), può inoltre favorire la vasocostrizione o gli spasmi arteriosi (soprattutto delle coronarie).

Il fumo di sigaretta facilita non solo l'ostruzione delle coronarie, ma di tutte le arterie. Questo provoca, specialmente nei fumatori, numerose malattie riportate di seguito:

- ictus - L'ictus è al terzo posto fra le cause di morte negli U.S.A. ed anche in Italia è molto frequente. Il rischio di incidenti di questo tipo aumenta del doppio o del quadruplo tra i fumatori.
- aneurisma aortico - E' una patologia pericolosa, tale dilatazione può andare incontro a rottura, provocando la morte immediata dell'individuo. Chi soffre di aneurisma aortico non dovrebbe fumare, dal momento che i decessi per rottura sono 6 volte più frequenti tra i fumatori che tra i non fumatori.
- danni sulla sessualità maschile - Il fumo di sigaretta è un importante fattore di rischio nello sviluppo sia dell'aterosclerosi che della disfunzione erettile del pene. In un importante Studio condotto in Massachusetts (Massachusetts Male Aging Study - MMAS) si è evidenziato come il fumo di sigaretta amplifichi notevolmente il rischio di impotenza, specie quando associato a patologie cardiovascolari e relative terapie farmacologiche. Nei soggetti tra i 40 e i 70 anni l'incidenza di impotenza variava tra il 5% e il 15%. Nei pazienti trattati per una patologia cardiaca la probabilità di impotenza completa era del 56% tra i fumatori e del 21% tra i non fumatori. Tra i pazienti ipertesi in terapia medica, quelli che fumavano avevano un'incidenza di impotenza completa del 20%, mentre i non-fumatori avevano un rischio di impotenza dell'8,5%, comparabile con quello della popolazione generale (9,6%). Il tabacco non ha solo un effetto dannoso a livello vascolare, favorendo la formazione di ateromi in tutte le arterie, esso ha anche un ruolo diretto sul tessuto erettile del pene. L'elasticità del tessuto erettile e quindi la sua capacità di dilatarsi diminuisce nei forti fumatori, che spesso hanno un'erezione molto meno duratura. Numerosi studi sperimentali hanno evidenziato tale effetto negativo, dimostrando come il fumo di una sola sigaretta possa essere in grado di danneggiare la qualità dell'erezione. L'eliminazione del fumo di sigaretta (presente nel 75% dei soggetti giunti alla nostra osservazione per Disfunzione Erettile) in questa patologia deve quindi essere considerata la terapia di prima linea ("first-line therapy") della disfunzione erettile, oltre che una delle misure più importanti nella prevenzione dell'aterosclerosi. La disfunzione erettile si dimostra essere, in molti casi, l'argomentazione più importante adottata dal medico per indurre un paziente a smettere di fumare. La prospettiva di migliorare le prestazioni sessuali costituisce una motivazione fortissima per far abbandonare al fumatore la sua tossicodipendenza. Il fumo inoltre può ridurre la fertilità mediante riduzione della densità dello sperma, del numero e della mobilità degli spermatozoi.

Invecchiamento della pelle

Il fumo accelera l'invecchiamento della pelle e provoca un aumento dell'irsutismo del volto e della raucedine, con un rischio relativo per le forti fumatrici (+ di 10 sigg./die) di

5,6 per l'irsutismo del volto e di 14,2 per la raucedine.

Relazione tra fumo e demenza

Recenti studi hanno evidenziato l'associazione tra il tabagismo e il rischio di patologie neurologiche.

Secondo un gruppo di ricercatori dell'Università di Londra, il vizio del fumo, se protratto per lungo tempo, aumenta notevolmente il rischio di un declino mentale. I risultati della ricerca, infatti, hanno evidenziato come i soggetti fumatori siano maggiormente soggetti ad un danno dei vasi sanguigni, compresi quelli cerebrali. Il fumo, una volta introdotto, causa un restringimento ed un indurimento delle arterie, compromettendo l'apporto di ossigeno al cervello. Il "vizio della sigaretta", pertanto, con il passare degli anni, non danneggia solo bronchi e polmoni; al contrario sembra colpire e deteriorare anche le funzioni cerebrali.

Effetti sul cavo orale e sull'estetica

Il fumo diminuisce le difese immunitarie nei confronti della placca batterica, determina un ingiallimento della dentina, aumenta il rischio di gengiviti e promuove l'insorgenza del cancro della bocca.

Danni del fumo in gravidanza

Il fumo influisce negativamente sull'apparato riproduttivo femminile:

- menopause più precoci di circa 2 anni rispetto alle non fumatrici, in quanto il fumo altera la normale produzione di ormoni sessuali femminili;
- aumentato rischio di aborti di bambini nati morti, e di avere neonati sottopeso (- 200 g. in media);
- durante la gravidanza può causare un ritardo di crescita e di sviluppo mentale oltre che polmonare (capacità respiratoria inferiore del 10%) del bambino.

Effetti su altri organi

Il fumo aumenta il rischio di cancro della vescica, del fegato, della laringe, dell'esofago e del pancreas.

Il fumo è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo e la progressione di un precoce danno renale diabetico (causando albuminuria) e per il peggioramento della retinopatia nei giovani soggetti diabetici.

Effetti del fumo passivo sulla salute

Numerosi e rigorosi studi scientifici hanno dimostrato che l'inquinamento atmosferico è responsabile di circa 1/4 delle malattie respiratorie. E' ormai ampiamente dimostrato che l'esposizione al fumo di tabacco ambientale (FTA) costituisce, secondo la Environmental Protecting Agency (EPA), "uno dei più diffusi e pericolosi fattori inquinanti dell'aria degli ambienti confinati"(3) e un rischio sanitario significativo per i non fumatori. Il Surgeon General del USA e la National Academy of Sciences sono giunti alla conclusione che

anche il fumo passivo è in grado di indurre il cancro polmonare nei fumatori e che i figli di genitori fumatori hanno una maggiore incidenza di polmoniti, di bronchiti e crisi asmatiche rispetto ai figli di genitori non fumatori.

Secondo questi rapporti, il fumo passivo provoca ogni anno negli USA quasi 5.000 decessi per cancro del polmone nei non fumatori. In Italia il fumo passivo sarebbe responsabile di un migliaio di morti l'anno. Anche gli studi epidemiologici più ottimisti valutano che il rischio cumulativo di morte per tumore polmonare sia di un morto ogni 1.000 persone esposte al fumo passivo. Questo rischio, pur essendo enormemente inferiore a quello dei fumatori attivi (in cui è dell'ordine di 380 morti ogni 1.000 persone fumatrici), non è affatto irrilevante. Alcuni studi recentemente hanno evidenziato una stretta correlazione tra fumo passivo e rinofaringiti con otiti purulenti dei bambini, a cui i figli dei fumatori vanno incontro molto più frequentemente degli altri (38% in più).

Il fumo passivo si correla anche ad un aumentato rischio di malattie coronariche e infarti (20% in più)(12).

Cause di morte per patologia	Maschi	Femmine	Totale
Neoplasie maligne			
Labbra, Bocca, Faringe	1.714	237	1.951
Esofago	1.242	206	1.448
Pancreas	1.010	546	1.556
Laringe	1.492	82	1.574
Trachea, Bronchi, Polmone	23.120	3.213	26.333
Cervice Uterina	0	32	32
Vescica	1.965	157	2.122
Rene	822	31	853
Totale neoplasie maligne	31.365	4.504	35.869
Patologie cardiovascolari			
Iipertensione	1.403	732	2.135
Malattie ischemiche cardiache	8.504	2.336	10.840
Altre malattie cardiache	5.667	1.734	7.401
Malattie cerebrovascolari	3.837	1.774	5.611
Aterosclerosi	648	171	819
Aneurisma aortico	1.711	322	2.033
Altre malattie delle arterie	258	118	376
Totale patologie cardiovascolari	22.028	7.187	29.215
Patologie respiratorie			
Polmonite, influenza	1.159	433	1.592
Bronchite, enfisema	9.424	3.511	12.935
Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	1.637	607	2.244
Totale patologie respiratorie	12.220	4.551	16.771
Totale generale	65.613	16.242	81.855

Tab.3 - Decessi per patologie tabacco-correlate in Italia. Ministero della Salute 2018

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

Tab.4 - Benefici post cessazione dell'abitudine al fumo(7)

Cessazione e prevenzione dell'abitudine tabagica

Secondo i dati del Sistema di Sorveglianza PASSI, nel 2018 i tentativi di smettere di fumare sono leggermente in aumento rispetto all'anno precedente (37,9% vs 35,4% del 2017) ma ancora inferiori ai valori del 2008(2). Il tentativo fallisce nella maggioranza dei casi (oltre l'80%) e solo una bassa quota (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. Il tentativo di smettere di fumare si riduce all'avanzare dell'età, ma va sottolineato che all'avanzare dell'età aumenta la quota di persone che riesce ad abbandonare questa abitudine (ex-fumatori). Tale quota è inoltre leggermente maggiore fra le donne e non differisce per condizione socio-economica ma per titolo di studio, per cui i tentativi di interruzione sono maggiori fra le persone con un titolo medio-alto. Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio, scarso invece l'utilizzo di farmaci o cerotti e rarissimo il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl.

Ancora troppo bassa è in particolare l'attenzione degli operatori sanitari al fumo: solo

il 51,4% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. I dati non mostrano un chiaro gradiente geografico nell'attenzione degli operatori sanitari(4).

Gli interventi di contrasto al tabagismo si articolano su due livelli, di popolazione e individuale. Quelli di popolazione comprendono sia programmi di natura informativa e formativa, mirati a prevenire l'iniziazione al fumo e a promuoverne la cessazione, sia misure di politica pubblica per limitare il consumo di sigarette e l'esposizione al fumo passivo. Questi interventi, che sono complementari a quelli più strettamente clinici, risultano tanto più efficaci quanto più integrati in approcci complessivi che ne prevedano un utilizzo coordinato e sinergico (13).

Per attuare un'efficace attività di controllo, l'OMS propone un pacchetto di 5 strategie di azione:

- ambienti "smoke-free" in cui il fumo sia interdetto;
- programmi di sostegno per chiunque intenda smettere di fumare;
- avvertenze grafiche sui pericoli del tabacco per la salute dei fumatori;
- divieto di pubblicità, promozione e sponsorizzazione;
- aumento delle tasse sul tabacco.

L'OMS rivela che, nel 2018 su 192 Paesi, 146 sono quelli coinvolti nel processo di monitoraggio delle abitudini tabagiche, tra questi solo 109 monitorano l'uso di tutti i tipi di tabacco. Tra il 2015 e il 2016, 98 Paesi hanno rafforzato le misure volte al controllo dell'abitudine al fumo e solo 92 inseriscono le avvertenze sui rischi per la salute sui pacchetti di sigarette; dunque, si evidenzia un quadro poco incoraggiante, in cui solo una piccola fetta della popolazione mondiale usufruisce delle iniziative e strategie proposte dall'OMS nella lotta contro il fumo di sigarette (14).

La strategia italiana si sviluppa su tre direttive:

1. Proteggere la salute dei non fumatori, attraverso il sostegno, il monitoraggio e l'ampliamento della legislazione di controllo del tabagismo, la quale ha rivoluzionato l'atteggiamento culturale nei confronti del fumo che da regola è diventato un'eccezione;
2. Ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, attraverso programmi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e campagne di informazione e comunicazione multimediali;
3. Sostenere la cessazione degli attuali fumatori, attraverso la formazione dei professionisti sanitari e non, i programmi di comunità, il sostegno ai Centri Anti Fumo e le aziende libere dal fumo, gli interventi per Aziende libere dal fumo, l'attuazione delle norme comunitarie sulla regolazione degli ingredienti, il confezionamento e l'etichettatura dei pacchetti (4).

L'indagine ISS-DOXA 2018 ha evidenziato come i divieti legislativi, a partire dalla legge antifumo 3/2003 (Legge Sirchia) fino ai più recenti divieti, abbiano avuto un impatto significativo sui modelli culturali degli italiani: soltanto il 2,2% dei non fumatori ha

infatti dichiarato di aver viaggiato in auto nell'ultimo mese con un fumatore che ha fumato nell'abitacolo in presenza di bambini o donne in gravidanza. Le immagini forti e le avvertenze sui rischi per la salute riportate sui prodotti del tabacco non sono risultate indifferenti ai tabagisti. L'indagine rileva che sono state notate dal 91,1% dei fumatori, nel 77,7% dei casi hanno portato a riflettere sui rischi per la salute, nel 56,4% dei casi hanno fatto aumentare il desiderio di smettere di fumare e nel 37,7% dei casi hanno spinto a rinunciare ad accendere una sigaretta nell'ultimo mese. Tra coloro che hanno notato le immagini shock riportate sulle confezioni dei prodotti del tabacco il 32,8% dei non fumatori ha dichiarato di essersi ulteriormente convinto di aver fatto la giusta scelta a non fumare, dichiarazione condivisa dal 42,1% degli ex fumatori che riferiscono di essere sempre più convinti della strada intrapresa (15).

Una menzione va fatta per i Centri anti-fumo, realtà poco conosciuta e per questo spesso dimenticata dai tabagisti che intendono smettere di fumare. Tali centri sono dei servizi dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati presenti su tutto il territorio nazionale, attivi presso strutture del Sistema sanitario nazionale, sedi provinciali della LILT (Lega italiana per la lotta contro i tumori), strutture del privato sociale. Sul territorio nazionale al momento sono attivi 292 centri antifumo, con prevalenza maggiore al Nord (58%), seguiti dal Sud (24%) e dal Centro (18%), gestiti da 794 professionisti, divisi principalmente tra medici, infermieri, psicologi; sono frequentati su invio da parte del medico di medicina generale (MMG), su consiglio di amici, farmacie, altri specialisti, dopo consultazione del numero verde, ma soprattutto per accesso volontario (91%); le attività maggiormente praticate sono il counselling individuale, la terapia farmacologica e la psicoterapia di gruppo(3). Tali centri, in futuro, meriterebbero maggiore pubblicità da parte dei media con l'obiettivo di ridurre la quota allarmante di tabagisti presenti nel nostro Paese. A tal proposito è intervenuto l'OMS, che con il suo ultimo rapporto sul fumo rivela come solo il 30% della popolazione mondiale ha la possibilità di accedere e usufruire di servizi volti all'ausilio dei fumatori (8).

La prevenzione e la cura del tabagismo, pertanto, rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso misure efficaci (interventi normativi, attività di educazione e promozione della salute, sviluppo di metodologie e farmaci per favorire la cessazione) per ottenere una progressiva riduzione dei consumi dei prodotti del tabacco, il calo della prevalenza dei tabagisti e la conseguente riduzione delle gravissime patologie tabacco-correlate(4).

Conclusioni

Appare evidente la correlazione tra l'abitudine al fumo e l'aumento del rischio per numerose patologie, con conseguente diminuzione della qualità e dell'aspettativa di vita: risulta dunque cruciale sia incentivare l'interruzione di tale abitudine che prevenire

l'instaurarsi della stessa.

Considerando l'aumento del fenomeno nella popolazione giovanile e femminile negli ultimi anni, occorre riflettere sulle politiche di prevenzione poste in atto.

La crescita dell'abitudine al fumo nelle fasce di popolazione giovanile si iscrive nel diminuito ruolo della promozione della salute nei servizi pubblici e ci invita ad agire con politiche fattive ed operanti, che riportino al centro dell'attenzione pubblica il danno derivante dalle succitate abitudini, agendo proprio nei luoghi dove l'opinione dell'individuo dovrebbe formarsi in primis. Concentrando invece la visuale sul problema dei mezzi di comunicazione, è ragionevole tornare a considerare impellente una ancor maggiore riduzione della pubblicità diretta ed indiretta delle sostanze d'abuso all'interno delle produzioni visive: le recenti restrizioni si sono focalizzate prevalentemente sul medium televisivo e cinematografico, ma con la crescita nelle quote di mercato di vettori alternativi nel mondo digitale si impone un ampliamento dell'azione preventiva per intercettare maggiori quote di popolazione a rischio. Non è inoltre da sottovalutare l'orientamento di genere mantenuto fino ad ora nell'impostazione delle campagne contro l'abitudine tabagica. L'accento sui danni sofferti prevalentemente dalla componente maschile (come la disfunzione erettile e la sterilità per riduzione della motilità degli spermatozoi) risultano indubbiamente più deboli nei confronti di un target diverso come quello femminile: occorre dunque ipotizzare un intervento mirato che tenga conto di tale aspetto. Bisogna infine tornare a stigmatizzare come e più del passato il fumatore, portandolo a volgersi verso un'assunzione di senso di colpa nei confronti della sua salute, ma soprattutto di responsabilità nei confronti del prossimo e dell'ambiente, mai come negli ultimi anni al centro del dibattito mondiale. Solo così, con un'azione organizzata, collettiva ed incisiva che investa i principali aspetti della nostra vita, potremo sperare di estirpare veramente questo dannoso vizio dalle nostre esistenze e dal nostro futuro.

BIBLIOGRAFIA

1. Conti B, Puppo G, Pistelli F, Carrozzi L, Brogi S. Epidemiologia ed effetti sulla salute del fumo di tabacco. *Riv Ital di Fisioterapia e Riabil Respir.* 2013; (3): 19-25.
2. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto nazionale 2018: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>.
3. Pacifici R. L'Osservatorio fumo, alcol e droga presenta il Rapporto nazionale sul fumo 2019 in XXI Convegno Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale; Roma, 31 Maggio 2019.
4. Ministero della Salute. Prevenzione e controllo del tabagismo - Rapporto anno 2018. Roma; 2018;(2):1-135.
5. Cavallo F, Lemma P, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G. Report nazionale dati Health Behaviour in school-aged children (HBSC) Italia 2014. 2014.
6. Istituto Superiore di Sanità. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) - Italy 2014. Roma: ISS; 2015.
7. Valetto MR. Dossier Fumo. Guadagnare salute. Istituto Superiore di Sanità.
8. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Offer help to quit tobacco use. Geneva: WHO; 2019.

9. <https://tobaccoatlas.org/country/italy/>.
10. Istituto Nazionale di Statistica. Annuario statistico italiano (ISTAT) 2016. Roma: ISTAT; 2016.
11. WHO WHOGLOBAL report mortality attributable to tobacco. Geneva: WHO; 2012.
12. Ministero della Salute. Danni derivati dall'uso del tabacco. 2018; 1-3.
13. Galeone D. Le strategie internazionali della lotta al tabagismo in XXI Convegno Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale; Roma, 31 Maggio 2019.
14. WHO World Health Statistics 2018. Geneva: WHO; 2018. 430-439 p.
15. Pacifici R. L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga presenta il Rapporto Nazionale sul Fumo 2017 in XIX Convegno Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale; Roma, 31 Maggio 2017.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno