



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA – UFFICIO 8

PREVENZIONE E CONTROLLO DEL TABAGISMO

RAPPORTO ANNO 2017

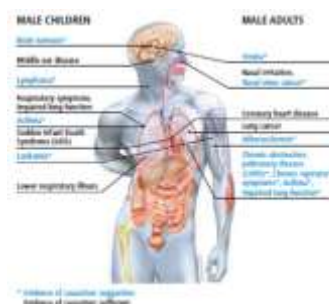
INTRODUZIONE

L'uso dei prodotti del tabacco è tuttora nel nostro Paese la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. La prevenzione e la cura del tabagismo, pertanto, sono 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 diminuzione dei consumi dei prodotti del tabacco, il calo della prevalenza dei fumatori e la conseguente riduzione delle gravissime patologie fumo correlate. Si tratta di un obiettivo che non può essere perseguito dal solo Ministero della Salute, ma dal Governo nel suo complesso, affinché la pluralità di interessi correlati ai prodotti del tabacco non prevalgano sul supremo interesse della tutela della salute. Il Ministero della salute è impegnato nell'arduo compito di "advocacy" verso le altre Amministrazioni coinvolte, per la promozione di azioni intersettoriali e misure efficaci che seguano le indicazioni della Convenzione OMS. La prevenzione del tabagismo è una delle aree del Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", basato su un approccio intersettoriale alla promozione della salute che prevede il coinvolgimento attivo di Amministrazioni centrali, regionali, locali esterne al settore sanitario per agire sui principali fattori di rischio di malattie croniche (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), secondo i principi della "Salute in tutte le politiche". 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 che ha rivoluzionato l'atteggiamento culturale nei confronti del fumo che da regola è diventata 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 la regolazione degli ingredienti, il confezionamento e l'etichettatura dei pacchetti.

I NUMERI DEL TABAGISMO

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.



Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il fumo di tabacco è la più grande minaccia per la salute e il primo fattore di rischio delle malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale, con circa un miliardo di fumatori, di cui circa l'80% vive in paesi a basso e medio reddito, nei quali il carico di malattia e mortalità collegato al tabacco è più pesante. Il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni di età e il 94% prima dei 25 anni.

A livello mondiale, l'OMS stima che il consumo di tabacco uccida attualmente quasi 6 milioni di persone ogni anno. Tale cifra potrebbe raggiungere gli otto milioni entro il 2030 in assenza di

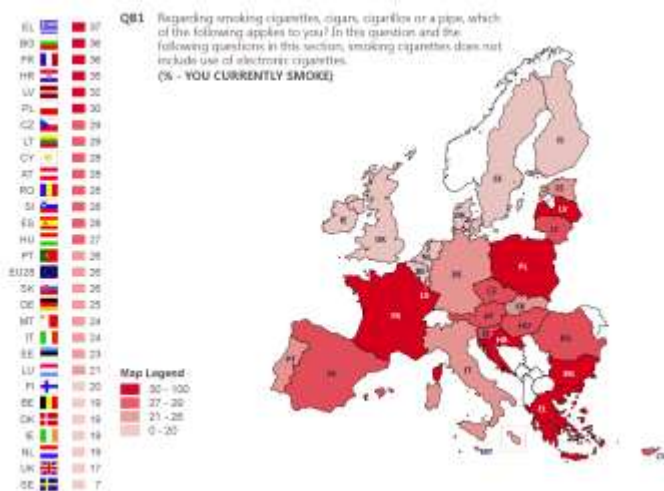
provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza. Nel mondo si stima che il fumo passivo provochi 603.000 morti premature (28% bambini, 26% uomini e 47% donne) e la perdita di 10,9 milioni (61% per i bambini, 16% per gli uomini e 24% per le donne) di anni di vita in buona salute (DALYs).

L'OMS, inoltre, ha analizzato i risultati di oltre 40 studi sull'impatto del fumo dei genitori sulle malattie delle basse vie respiratorie dei bambini. E' stato stimato che i figli di madri fumatrici hanno un eccesso di rischio del 70% di avere malattie delle basse vie respiratorie rispetto ai bambini figli di madri non fumatrici¹. Il fumo materno durante la gravidanza, inoltre, è la principale causa di morte improvvisa del lattante (Sudden infant death syndrome, SIDS) e di altri effetti sulla salute, incluso il basso peso alla nascita e una ridotta funzionalità respiratoria. L'asma, la malattia cronica più comune nei bambini, è più frequente tra i bambini i cui genitori fumano. Il fumo passivo, **inoltre**, è un fattore di rischio per l'insorgenza di nuovi casi di asma e per l'esacerbazione dell'asma in bambini con malattia stabilizzata. L'esposizione a fumo passivo nell'infanzia è anche associata a otite media acuta e cronica²: più di 40 studi che hanno indagato gli effetti del fumo dei genitori sull'otite dei bambini, hanno rivelato un eccesso di rischio che va dal 20% al 40%.

Nell'Unione Europea il tabacco è responsabile di quasi 700.000 morti ogni anno (una cifra pari all'intera popolazione delle città di Bologna e Firenze messe insieme), mentre milioni di cittadini dell'UE soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Anche l'Unione Europea è, pertanto, impegnata per la riduzione del consumo di tabacco, in particolare tra i giovani, tenendo conto che il 94% dei fumatori inizia prima dei 25 anni di età, che circa il 50% dei fumatori muore in media 14 anni prima e che i fumatori sono affetti per più anni da condizioni precarie di salute nel corso della vita.

Secondo i dati dell'indagine Eurobarometro 2017 il 26% degli europei fuma (30% gli uomini e il 22% le donne) lo stesso valore del 2014, ma sono in aumento i fumatori nella classe di età 15-24 anni (da 24% a 29%). L'Italia è al 10 posto con una prevalenza del 24% inferiore alla media europea.

La spesa sanitaria pubblica annuale dell'Unione Europea per il trattamento di sei principali categorie di malattie legate al fumo è stimata intorno a 25,3 miliardi di Euro, mentre è stimata in ulteriori 8.3 miliardi di Euro all'anno la perdita in termini di produttività (inclusi prepensionamenti / morti e assenteismo dal lavoro) legata al fumo: se monetizzati, gli anni di vita persi a causa



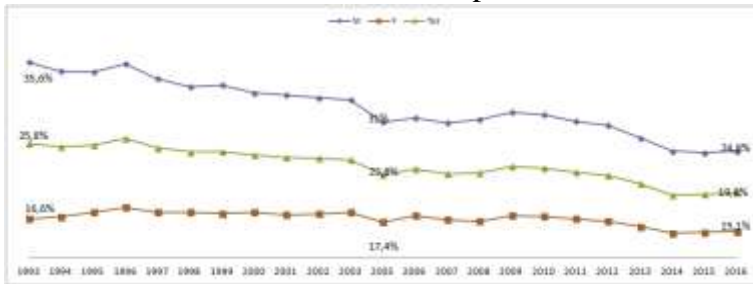
del fumo corrisponderebbero a 517 miliardi di Euro ogni anno.

Diversi studi³⁻⁴ documentano, inoltre, l'effetto negativo del tabacco sull'economia e sul lavoro. L'evidenza mostra che per le aziende i fumatori sono fonte di costi più alti, dovuti, in particolare, alla perdita di produttività associata a malattia e a pause per fumare, alle assicurazioni malattie più alte, ai maggiori incidenti durante l'orario di lavoro, ai maggiori costi dei premi assicurativi contro l'incendio, a effetti negativi sui colleghi non fumatori e a pensionamenti anticipati per disabilità.

Alcuni studi⁵⁻⁸ hanno evidenziato differenze a svantaggio dei fumatori per quanto riguarda il salario e stimato che i fumatori guadagnano il 4-8% in meno dei non fumatori. La relazione tra il fumo e la differenza dei salari è spesso spiegata dalla minore produttività dei fumatori al lavoro: le frequenti pause per fumare, le assenze per malattia e la salute più cagionevole dovuta all'uso del tabacco riduce le prestazioni e porta a salari più bassi.

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. Tale andamento rispecchia quello della prevalenza dei fumatori, con una progressiva riduzione nei maschi ed un costante lieve aumento nelle femmine tra il 1993 ed il 2005.

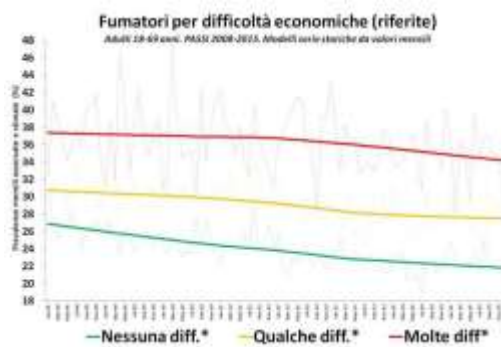
Nel 2016, secondo i dati ISTAT⁹, la prevalenza dei fumatori di tabacco tra la popolazione di 14 anni



e più è pari al 19,8%. Forti sono le differenze di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 24,8 per cento, tra le donne invece il 15,1 per cento.

L'abitudine al fumo di tabacco è più diffusa nelle fasce di età giovanili ed adulte. In particolare, tra i maschi la quota più elevata si raggiunge tra i 25

e i 34 anni e si attesta al 33,5%, mentre tra le femmine si raggiunge tra i 55-59 anni (20,4%).



Dai dati del periodo 2013-2016 del sistema di sorveglianza PASSI¹⁰, relativi alle persone tra i 18 e i 69 anni, emerge che in Italia, la maggioranza degli adulti non fuma (56%) o ha smesso di fumare (18%): ma un italiano su 4 è fumatore attivo (26%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. La variabilità regionale mostra in testa

alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, come Umbria, Abruzzo, Lazio e Campania.

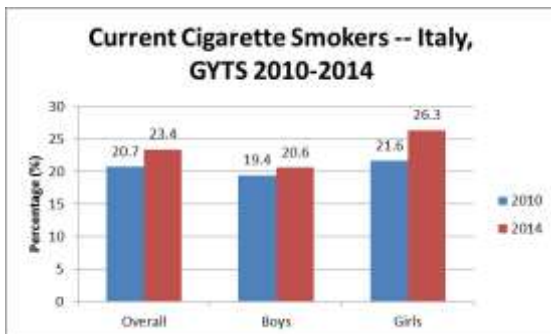
Analizzando il trend dal 2008 si osserva una riduzione significativa della prevalenza dei fumatori in tutto il territorio italiano (dal 30% al 26%), da Nord a Sud, in tutte le classi di età (in particolare fra i più giovani 18-24enni), in tutte le classi sociali, in particolare nelle classi sociali più agiate ma meno fra le persone economicamente più svantaggiate, per cui si amplia la forbice delle disuguaglianze sociali nel fumo.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali. Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: solo la metà 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 a questo fenomeno.

Per quanto riguarda il fumo tra i minori, i dati sono forniti da due rilevazioni: 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 in 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 i dati della rilevazione 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). È importante notare che, a parte tra gli 11enni, le ragazze sperimentano il fumo più dei ragazzi e sono in aumento. Nel 2014 gli studenti 15enni che dichiarano di fumare tutti i giorni sono il 13,8% dei ragazzi e il 13,3% delle ragazze. L'andamento è in crescita rispetto al 2010.



L'indagine GYTS¹² 2014 oltre a fornire dati sulla prevalenza del fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco, esplora cinque determinanti dell'abitudine al fumo: accessibilità/disponibilità e prezzo, esposizione a fumo passivo, cessazione, *media* e pubblicità, *curriculum* scolastico. I risultati più rilevanti evidenziano che il 23,4% degli studenti intervistati fuma sigarette (erano il 20,7% nel 2010) e il 7,6% lo fa ogni giorno; la metà degli studenti vive insieme a

familiari che fumano, il 47% è cosciente che il fumo passivo è dannoso e circa 4 fumatori su 10 vorrebbero smettere immediatamente.

Per quello che riguarda l'accessibilità ai prodotti del tabacco, il 47,4% degli studenti ha dichiarato che esistono rivendite di tabacco vicino la propria scuola e nonostante l'esistenza del divieto di vendita, risulta che il 38,2% degli studenti fumatori ha acquistato le sigarette al distributore automatico (era il 10,7% nel 2010) e il 63,9% di questi ultimi non ha avuto problemi all'acquisto nelle rivendite autorizzate nonostante la minore età (la vendita è vietata ai minori di 18 anni).

Uso delle sigarette elettroniche

I dati PASSI del 2014 (su un campione di 36.372 persone in età dai 18 ai 69 anni), indicano una prevalenza d'uso pari a 1,9% più frequente tra gli uomini (2,5%) rispetto alle donne (1,3%); tra le persone di 35-49 anni (2,4%) rispetto ai più giovani e ai più anziani, pur con differenze non statisticamente significative. Non sono state rilevate differenze tra persone più o meno istruite, mentre l'uso è più frequente tra coloro che hanno dichiarato di avere molte difficoltà economiche. Infine, l'uso della sigaretta elettronica è più diffuso tra i residenti del Centro Italia, rispetto ai residenti del Sud e ancora più rispetto a quelli del Nord, rispecchiando la geografia della distribuzione dei fumatori di tabacco.

L'uso più frequente di sigaretta elettronica si osserva fra i fumatori di sigaretta di tabacco (5,5%) (**uso duale**).

Sigaretta elettronica e tentativi di smettere di fumare

Da uno studio che utilizza i dati PASSI¹³, risulta che in Italia, 1 adulto 10 dieci, tra coloro che provano a smettere di fumare, lo fa usando la sigaretta elettronica. La e-cig viene utilizzata tre volte più degli altri metodi tradizionali per tentare di smettere di fumare (farmaci, centri antifumo e altro). Lo studio mette in evidenza però che la probabilità di smettere di fumare è minore tra chi tenta di farlo usando la e-cig rispetto a chi sceglie metodi tradizionali ed è simile alla probabilità di smettere di coloro che tentano di farlo da soli senza alcuno ausilio.

In occasione della Giornata Mondiale senza tabacco 2017, l'OSSFAD - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga del Centro Nazionale Dipendenza e Doping dell'Istituto superiore di sanità (ISS) ha presentato i dati dell'indagine annuale condotta dalla DOXA nell'anno in corso. Per quanto riguarda la sigaretta elettronica anche i dati DOXA confermano che la maggior parte (83,4%) degli utilizzatori è rappresentata da fumatori, quindi da **consumatori duali** che usano le sigarette tradizionali e contemporaneamente l'e-cig, in particolare quelle contenenti nicotina.

Chi ha usato la sigaretta elettronica dichiara di aver diminuito il consumo di sigarette tradizionali leggermente (il 13,8%) o drasticamente (l'11,9%), mentre il 34,9% non ha cambiato l'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. In totale gli utilizzatori (abituati e occasionali) sono circa 1,3 milioni, in lieve calo rispetto allo scorso anno. Il 64% dei

consumatori di e-cig utilizza quelle contenenti nicotina. Le ricariche sono acquistate nei negozi specializzati (54,7%) o dal tabaccaio (37,3%).

TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

Tentativi di smettere

Dai dati della Sorveglianza PASSI, nel 2016 i tentativi di smettere di fumare sono leggermente aumentati rispetto all'anno precedente (35,3% vs 33,5 del 2015) ma il trend dal 2008 è comunque in calo. Il tentativo fallisce nella stragrande maggioranza dei casi (oltre l'80%): solo una bassa quota (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. Il

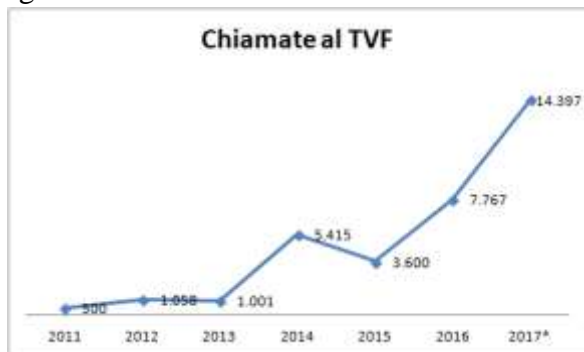


tentativo di smettere di fumare si riduce all'avanzare dell'età, ma va sottolineato che all'avanzare dell'età aumenta la quota di persone che riesce ad abbandonare questa abitudine (ex-fumatori) è leggermente maggiore fra le donne e non differisce per condizione socio-economica ma per titolo di studio, per cui la quota di coloro che tentano di smettere di fumare è maggiore fra quelli con un titolo medio-alto. Le persone che tentano di smettere di fumare si riducono progressivamente nel tempo, ma va sottolineato che nel tempo si va

riducendo anche la quota di fumatori. Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (85%, dato 2016); scarso invece l'utilizzo di farmaci o cerotti e rarissimo il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl. Ancora troppo bassa è l'attenzione degli operatori sanitari al fumo: solo la metà 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.

Come tutti gli anni, anche nel 2017 l'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'ISS ha censito **i servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri antifumo, CAF) attivi** sul territorio nazionale. Sono state censite complessivamente 366 strutture, di cui 307 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), 56 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e 3 Centri gestiti dal Privato Sociale con un incremento di 3 unità rispetto al 2016. Più della metà delle strutture è collocata nel nord Italia dove sono attivi 212 Centri, nell'Italia centrale sono attivi 67 Centri e nell'Italia meridionale e insulare sono attivi 87 Centri.

Dal 2000 è attivo il *Telefono verde contro il fumo (800.554.088)* dell'Istituto Superiore di Sanità, un servizio anonimo e gratuito attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00 a cui possono rivolgersi tutti coloro che desiderano sostegno e aiuto per smettere di fumare, indicazioni rispetto alle attività dei centri antifumo ed ogni tipo di informazione di carattere sanitario e legislativo relativo al fumo di tabacco. Dal 2012 con Decreto del 25 ottobre il Ministero della Salute

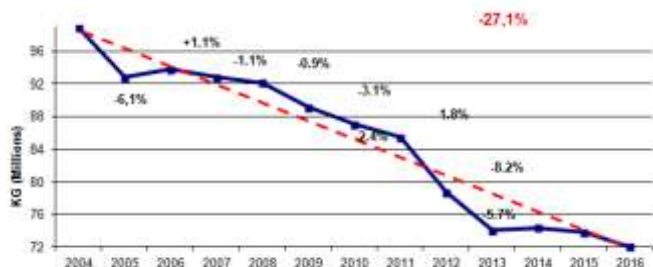


il numero del telefono verde è stato inserito tra le avvertenze supplementari a rotazione sull'etichettatura dei prodotti del tabacco e con il D.L.vo n.6 del 2016 è stato inserito su tutti i pacchetti di sigarette e tabacco da arrotolare. Ciò ha comportato un forte incremento delle telefonate: infatti se nel 2011 il TVF ha ricevuto 500 chiamate, nel 2014 ne ha ricevute 5.415, nel 2015 ne ha ricevute 3.600 che sono più che raddoppiate nel 2016 (7.767 telefonate) e raddoppiate ancora nel

2017 (quando mancano ancora i dati di dicembre). Chiamano più gli uomini rispetto alle donne e le persone di età compresa tra i 46 e i 55 anni, quasi esclusivamente i fumatori ma anche i loro familiari.

Vendite dei prodotti del tabacco:

Dall'elaborazione dei dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, nel corso del 2016 risulta che



le vendite dei prodotti del tabacco sono diminuite dello 2%, rispetto al 2015. In particolare le vendite di sigarette sono diminuite del 2,4% accentuando il trend decrescente degli ultimi 13 anni che hanno visto per le sigarette una diminuzione pari al 27,1%.

La riduzione delle vendite di sigarette, inoltre, è stata del 6% tra ottobre 2016 e settembre 2017.

E' da notare, per altro, che dopo un leggerissimo calo nel 2013, le vendite del tabacco trinciato (per le sigarette "fai da te": RYO – Roll Your Own) sono di nuovo in aumento con un +3,7% nel 2016 rispetto al 2015. Questo tipo di tabacco le cui vendite dal 2004 ad oggi sono più che quintuplicate, è arrivato a rappresentare il 5,7% del mercato (le sigarette il rappresentano il 91,9%), ha un costo inferiore rispetto alle sigarette ed è, quindi, particolarmente "appetibile" per i giovani consumatori.

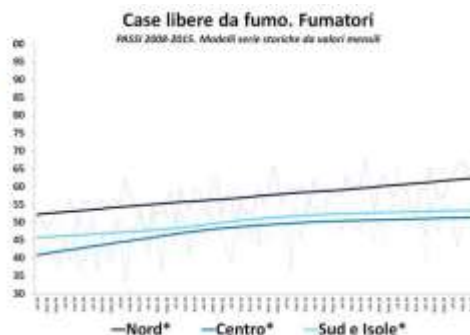
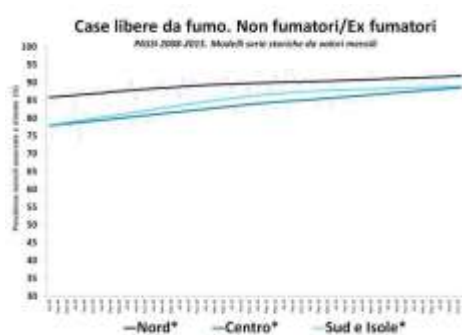
FUMO PASSIVO e il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro

Dai dati della Sorveglianza PASSI risulta che nel nostro Paese circa 90 adulti su 100 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici e sul luogo di lavoro, da loro frequentati nei trenta giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato; tuttavia esistono chiare differenze regionali e un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali, dove il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro è dichiarato da meno persone. Fortunatamente questo gradiente geografico va riducendosi nel tempo grazie all'aumento del rispetto del divieto che investe tutto il Paese e in particolare le Regioni meridionali.

Il fumo in ambiente domestico

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: più di 20 intervistati su 100 dichiarano che nella propria abitazione è ammesso fumare; un'abitudine meno frequente, ma affatto trascurabile (11%), fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni. Le Regioni in cui vi sono meno case "libere da fumo" sono prevalentemente quelle con la 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.

La buona notizia è che il numero di case "libere da fumo" continua ad aumentare significativamente nel tempo, come effetto presumibile di un passaggio culturale che dalla legge del divieto nei luoghi pubblici conduce, attraverso una maggiore consapevolezza dei danni del fumo passivo, all'astensione di fumare negli ambienti di vita privati.



Controlli del Comando dei Carabinieri per la tutela della salute - NAS

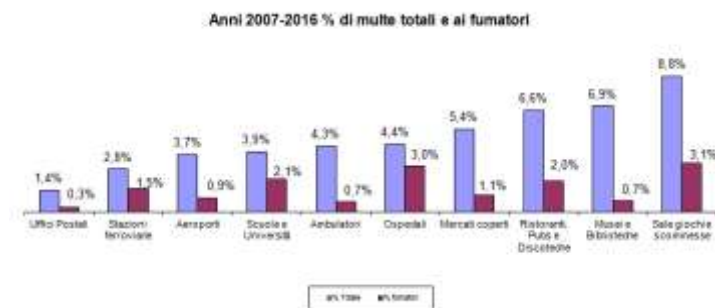
Su mandato del Ministro della salute, dal 2005, i NAS del Comando dei Carabinieri per la tutela della salute - effettuano controlli a campione su tutto il territorio nazionale nei luoghi in cui si applica il divieto di fumo.



Dal 2002 al 2016 i NAS hanno compiuto quasi 47.000 controlli in tutta Italia, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali, sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie, rivendite di tabacchi), che

hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma.

Come mostra il grafico, le infrazioni contestate ai fumatori sono state inferiori a quelle elevate nel 2005. Nel 2016, i Carabinieri per la Sanità hanno eseguito 6.327 ispezioni che hanno compreso 1.742 controlli ai distributori automatici di sigarette e rivendite di tabacchi e sigarette elettroniche e



la ripetizione dei controlli presso i luoghi maggiormente a rischio di mancato rispetto della legge (discoteche, sale scommesse, ospedali e rivendite). Tali verifiche hanno portato a contestare 239 infrazioni (il 3,8%) 91 a persone che fumavano dove vietato (1,4%) e 148 (2,2%) per tutte le altre cause (cartelli assenti o non a norma, distributori irregolari, vendite a minori, pubblicità

vietata, ecc.).

Le 4.585 verifiche nei locali hanno portato a contestare 206 infrazioni (il 4,5% del totale): 88 (1,9%) a persone che fumavano dove vietato, 118 (2,6%) per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma. I controlli alle rivendite e distributori automatici hanno portato a contestare 32 infrazioni (il 1,8% del totale): 3 (0,2%) a persone che fumavano dove vietato, 29 (1,6%) per mancata o errata affissione del cartello di divieto (1%), per distributori automatici irregolari (0,1%), per vendita ai minori (0,1%) o per pubblicità vietata (0,6%).

Rispetto al 2015 i controlli totali sono rimasti pressoché invariati (+0,3%, erano 6.308) sono leggermente diminuiti i controlli nei locali (-7% erano 4.925) mentre sono aumentati quelli ai rivenditori e distributori automatici (+26% erano 1.383). Le infrazioni totali contestate (3,8%) sono essenzialmente stabili, erano il 3,9% nel 2015, ma la composizione è cambiata, sono leggermente calate le infrazioni per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (da 3,1% a 2,6%) mentre sono aumentate (da 1,3% a 1,9%) le infrazioni di persone che fumavano dove vietato, probabilmente a causa dell'entrata in vigore delle nuove norme che estendono il divieto anche ad aree esterne di pertinenza degli ospedali

Il recepimento della Direttiva 40/2014/UE (TPD)

Gli obiettivi di riduzione della prevalenza dei fumatori, protezione dal fumo passivo e aumento dei tentativi di cessazione sono perseguiti anche dal sostegno e dall'aggiornamento della legislazione. Il 2015 è stato caratterizzato dal processo di recepimento della Direttiva 2014/40/UE della Commissione e del Parlamento Europeo sulla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e correlati, conclusosi con l'emanazione del Decreto legislativo 6 del 12 gennaio 2016. Il recepimento della direttiva UE ha introdotto importanti novità quali:

- l'introduzione sulle confezioni di sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua delle "avvertenze combinate" (testo, foto e numero del telefono verde ISS contro il fumo - 800.554.088), sul 65% delle facciate principali delle confezioni e dell'imballaggio
- il divieto di inserire nell'etichettatura riferimenti a benefici per la salute o per lo stile di vita, ad un gusto o un odore, etc.
- il divieto di fornire in etichetta informazioni sui contenuti di catrame, nicotina o monossido di carbonio, ritenute ingannevoli per il consumatore
- il divieto di additivi che rendono più "attraattivo" e "più nocivo" il prodotto del tabacco
- l'eliminazione dei pacchetti da 10 sigarette e delle confezioni di trinciato con meno di 30 g. di tabacco
- il divieto di "aromi caratterizzanti" (odori o gusti chiaramente distinguibili, come: frutta, spezie, erbe, etc.) nelle sigarette e nel tabacco trinciato
- il divieto di vendita on line ai consumatori di prodotti del tabacco e sigarette elettroniche.

Sono state introdotte misure relative alle sigarette elettroniche con nicotina, quali requisiti di sicurezza per i dispositivi e i contenitori di liquido di ricarica, a prova di bambino e di manomissione, corredati da un foglietto illustrativo, con istruzioni d'uso, controindicazioni, informazioni su eventuali effetti nocivi.

L'Italia ha, inoltre, introdotto alcune disposizioni fortemente sostenute dal Ministero della salute per assicurare la maggior protezione possibile per i minori. Tali misure prevedono:

- divieto di vendita ai minori dei prodotti del tabacco di nuova generazione
- divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza
- divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pediatrici, nonché nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia
- inasprimento delle sanzioni per la vendita e somministrazione di prodotti del tabacco, sigarette elettroniche e prodotti di nuova generazione ai minori
- verifica dei distributori automatici, al fine di assicurare il corretto rilevamento dell'età dell'acquirente
- il divieto di vendita ai minori di 18 anni di sigarette elettroniche, già disposto da un'ordinanza ministeriale.

Le nuove disposizioni rappresentano un risultato rilevante, coerente con le finalità della Convenzione Quadro OMS per il Controllo del tabacco, ma va ricordato che la lotta al tabagismo necessita di un sempre maggiore impegno multisettoriale, nonché di un'azione più incisiva e coordinata da parte di tutti gli operatori sanitari. Tutte le azioni messe in campo, contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) della riduzione della prevalenza dei fumatori di almeno il 10% entro il 2018, nonché del consolidamento della tutela dal fumo passivo. Tutte le Regioni, con i propri Piani Regionali della Prevenzione, stanno sviluppando interventi in tal senso, nei setting individuati (scuola, luoghi di lavoro, servizi sanitari e comunità).

L'auspicio è che l'Italia possa così contribuire alla riduzione di un ulteriore 30% della prevalenza dei fumatori mondiali entro il 2025, come previsto dal Piano d'azione globale OMS per la prevenzione delle malattie croniche.

1. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health; 11-14 January 1999. Geneva, Switzerland. Consultation Report. World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases Tobacco Free Initiative. © World Health Organization, 1999).
2. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. studio icona 2003
3. Bunn, W.B. et al. (2006), "Effect of smoking status on productivity loss", *Journal Occupational Environmental Medicine*, Vol. 48, No. 10, pp. 1099 – 1108.
4. Parrott, S., C. Godfrey and M. Raw (2000), "Costs of employee smoking in the workplace in Scotland", *Tobacco Control*, Vol. 9, pp. 187 – 192.
5. Auld, M.C. (2005), "Smoking, Drinking, and Income". *The Journal of Human Resources*, Vol. 40, No. 2, pp. 505 – 518.
6. Lee, Y.L. (1999), "Wage effects of drinking and smoking: an analysis using Australian twins data", University of Western Australia Working Paper 92-22.
7. Van Ours, J.C. (2004), "A pint a day raises a man's pay; but smoking blows that gain away", *Journal of Health Economics*, Vol. 23, pp. 863 – 886.
8. Levine, P.B., T.A. Gustafson and A.D. Velenchik (1997), "More bad news for smokers? The effects of cigarette smoking on wages", *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 50, No. 3, pp. 493 – 509.
9. ISTAT: <http://www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf>
10. PASSI: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
11. HBSC: <http://www.hbsc.unito.it/it/index.php/pubblicazioni/reportnazionali.html>
12. GYTS: [http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsc-gyts/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20\(Ages%2013-15\).pdf](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsc-gyts/pdf/Italy%20GYTS%202010%20Factsheet%20(Ages%2013-15).pdf)
13. Preventive Medicine (Volume 102, settembre 2017, pagine 1-5).
14. ISS/OFAD:
http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/Osservatorio_Fumo_Alcol_e_Droga_presenta_il_Rapporto_Nazionale_sul_Fumo_2017_Roberta_Pacifici.pdf.pdf