



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA – UFFICIO 8

PREVENZIONE E CONTROLLO DEL TABAGISMO

RAPPORTO ANNO 2019

INTRODUZIONE

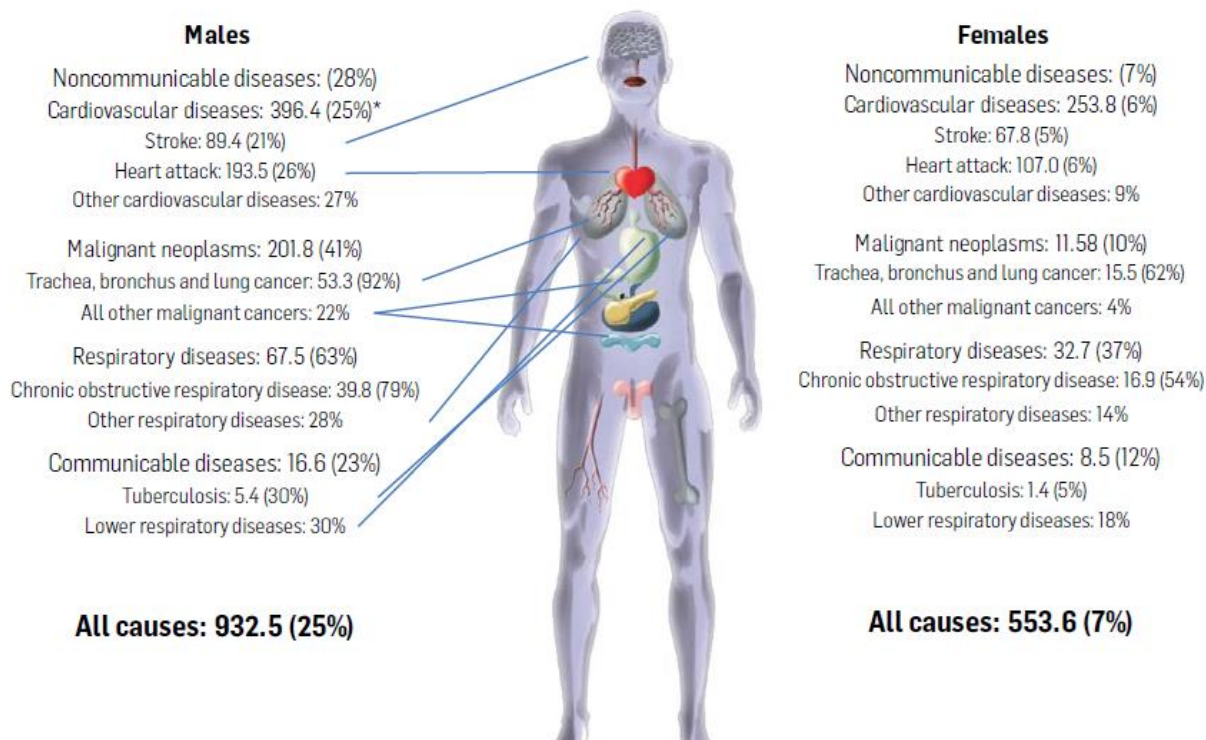
L'uso dei prodotti del tabacco è tuttora nel nostro Paese la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. La prevenzione e la cura del tabagismo, pertanto, sono un obiettivo prioritario da perseguire attraverso misure efficaci (interventi normativi, attività di educazione e promozione della 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 sulla tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, come sancito dall'Articolo 32 della Costituzione della Repubblica. Il Ministero della salute, pertanto, svolge una costante azione di "advocacy" verso le altre Amministrazioni coinvolte, per la promozione di azioni intersettoriali e misure efficaci che seguano le indicazioni della Convenzione Quadro per il controllo del tabacco dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC, OMS 2003). 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.

Fig.1 Organi obiettivo del tabacco, tassi di mortalità e frazione attribuibile al fumo di alcune malattie nei paesi europei.



Secondo i dati dell'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 abbia ucciso nel 2017 otto milioni di persone ed è probabile che il numero di morti possa aumentare anche quando la prevalenza dei fumatori inizia a diminuire poiché le malattie collegate al tabacco impiegano anni prima di apparire. Un impegno globale contro il tabacco è stato preso nel 2003 con la Convenzione Quadro per il Controllo del Tabagismo la quale impegna i Paesi che l'hanno adottata a mettere in campo azioni basate sull'evidenza per ridurre la domanda e l'offerta dei prodotti del tabacco. Tra i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (UN-SDG) previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, approvata nel 2015, è incluso il 3.a "Rafforzare l'implementazione della FCTC in tutti i Paesi", il cui raggiungimento è monitorato dall'indicatore 3.a.1 "prevalenza dei fumatori tra le persone di 15 anni e oltre".

Anche il Piano di Azione Globale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie Non Trasmissibili 2013-2020 include l'obiettivo di riduzione della prevalenza dell'uso di tabacco (da fumo e non da fumo) del 30% nel 2025 rispetto ai valori del 2010. Dai dati stimati ad oggi la riduzione si fermerebbe al -23,4% quindi per poter raggiungere l'obiettivo vanno intensificati gli sforzi.

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. È 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 è inoltre un fattore di rischio per l'induzione 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 con 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%.

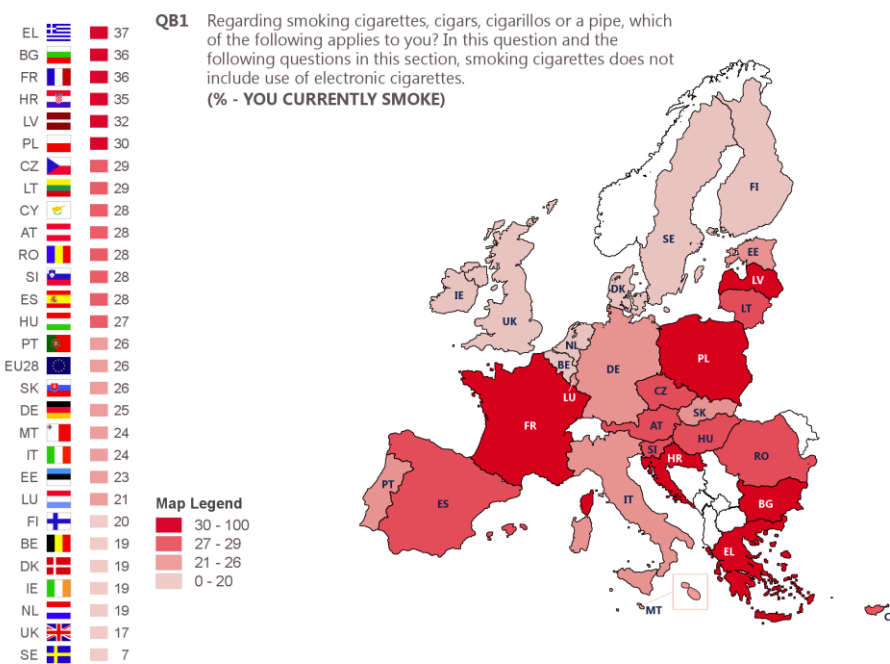
Nell'Unione Europea il tabacco è responsabile di quasi 700.000 morti ogni anno (una cifra pari all'intera popolazione delle città di Bologna e Firenze messe insieme), mentre milioni di cittadini dell'UE soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. 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.

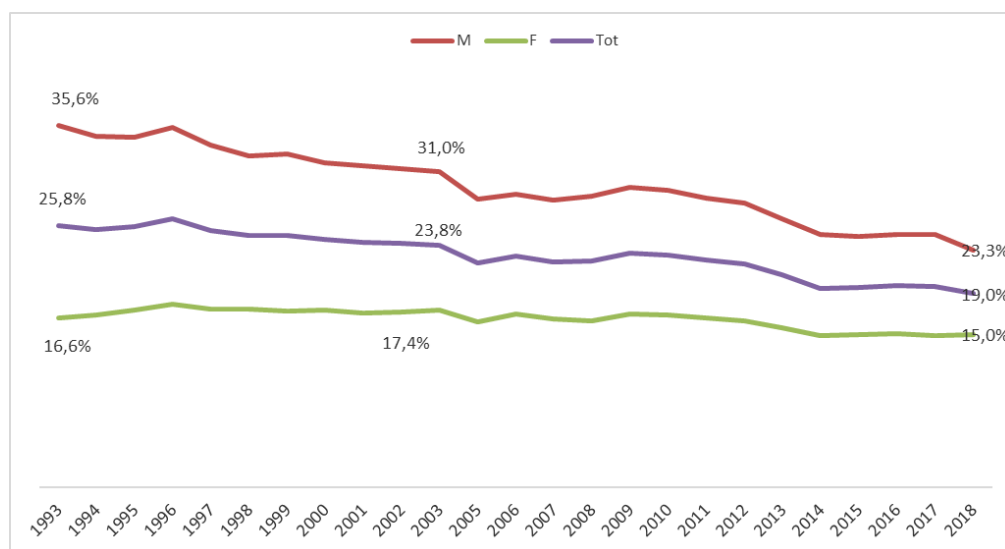
In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Per quanto riguarda il carcinoma

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 2018, secondo i dati ISTAT⁹, la prevalenza dei fumatori di tabacco tra la popolazione di 14 anni e più è pari al 19%. Forti sono le differenze di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 23,3 per cento, tra le donne invece il 15 per cento.

Come si vede dal grafico qui sotto prima dell'entrata in vigore dell'art.51 della Legge 3/2003 (cosiddetta Legge Sirchia) le prevalenze erano pari a 23,8% per tutta la popolazione di 14 anni e più (con una riduzione relativa ad oggi pari a -20,1%), addirittura al 31% per gli uomini (-24,8%) e al 17,4% per le donne (-13,8%). Il calo dei fumatori è quasi raddoppiato passando da una diminuzione di circa lo 0,7% annuo tra il 1993 e il 2003 al 1,3% annuo tra il 2003 e il 2018, soprattutto grazie al fatto che le donne fumatrici nel periodo 1993-2003 addirittura aumentavano dello 0,4% l'anno mentre dopo la legge Sirchia hanno cominciato a decrescere dello 0,9% l'anno. Anche gli uomini fumatori che prima calavano del 1,2% l'anno hanno aumentato la "velocità" diminuendo del 1,6% ogni anno.

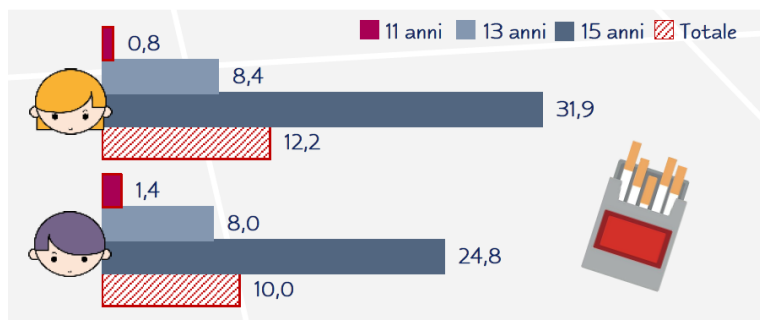
Nel 2018 il fumo di tabacco è più diffuso nelle fasce di età giovanili, in particolare, la quota più elevata si raggiunge tra i 20-24 anni sia per gli uomini (32,4%) che per le donne (22,2%) e per la



popolazione generale (27,7%); nel 2003 la situazione era ben diversa per la popolazione generale: la classe di età con la più alta prevalenza di fumatori era quella degli adulti tra i 35 e i 44 anni con il 31,1% che oggi è pari invece al 24% (-22,8%); tra gli uomini la classe

con la prevalenza maggiore era quella tra i 25 e i 34 anni con 39,2% che oggi è pari al 32% (-18,2%); tra le donne la classe di età con la maggiore prevalenza di fumatrici era quella tra i 35 e i 44 anni con un valore del 25% , oggi è diventato pari al 21,3% (-14,8%)

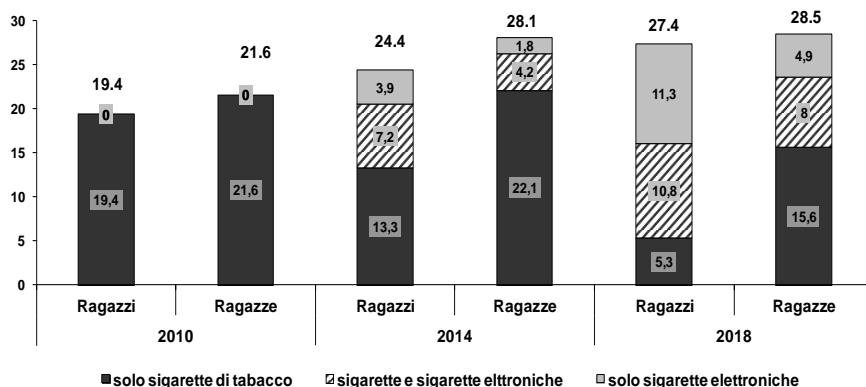
Per quanto riguarda il fumo tra i minori, i dati sono forniti da due rilevazioni: lo studio HBSC¹¹ (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare) promosso dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS che coinvolge dal 2001 gli studenti di 11, 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 2018 la quota di quanti dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno negli ultimi 30 giorni aumenta sensibilmente con il progredire dell'età, sia nei ragazzi che nelle ragazze, con una marcata differenza di genere a 15 anni (24,8% nei ragazzi, 31,9% nelle ragazze). La percentuale di ragazzi che ha fumato almeno una sigaretta nella vita è in leggera diminuzione rispetto al 2014.

L'indagine GYTS¹² 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 nel 2018 circa uno studente su cinque dai 13 ai 15 anni ha fumato più di una sigaretta negli ultimi 30 giorni. Il fumo di sigaretta è più diffuso tra le ragazze (23,6%) rispetto ai coetanei maschi (16,2%): entrambi i dati sono in calo rispetto al 2014.



Per quanto riguarda la sigaretta elettronica sono più che raddoppiati gli studenti che la utilizzano passando dall'8,4% del 2014 al 17,5% del 2018 in particolare sono i ragazzi ad usarla abitualmente di più (21,9%) rispetto alle ragazze (12,8%). Se consideriamo gli studenti che fanno uso sia di sigarette tradizionali che

elettroniche arriviamo ad una prevalenza del 27,9% in aumento rispetto al 2014 (26,3%).

La metà degli studenti ha dichiarato di essere esposto al fumo passivo in casa, la maggior parte dei ragazzi è consapevole che il fumo è dannoso.

Per quello che riguarda l'accessibilità ai prodotti del tabacco, il 42% degli studenti ha dichiarato che esistono rivendite di tabacco vicino la propria scuola e nonostante l'esistenza del divieto di vendita, risulta che il 15% degli studenti fumatori ha acquistato le sigarette al distributore automatico (era l'8% nel 2014) e il 68% 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 quadriennio 2015-2018 indicano, tra gli adulti dai 18 ai 69 anni, una prevalenza d'uso pari a 2,3% più frequente tra gli uomini (3%) rispetto alle donne (1,6%); tra le persone di 25-34 anni (2,7%) rispetto ai più giovani e ai più anziani, pur con differenze non statisticamente significative. Non sono state rilevate differenze tra persone con più o meno difficoltà economiche, mentre l'uso è meno frequente tra le persone meno istruite. 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.

PRODOTTI DEL TABACCO DI NUOVA GENERAZIONE

Prodotti da inalazione senza combustione ("Heat non Burn")

La comparsa sul mercato negli ultimi anni dei prodotti da inalazione senza combustione ("Heat non Burn") come alternativa alle sigarette tradizionali, rappresenta motivo di preoccupazione per la salute pubblica. Le problematiche riguardano essenzialmente i possibili effetti sulla salute legati all'eventuale inalazione di sostanze nocive e pericolose e alla loro presenza o nelle emissioni.

Nel recepire la Direttiva 40/2014/UE, l'articolo 20 "Notifica dei prodotti del tabacco di nuova generazione" del Decreto legislativo 6/2016 affronta anche la problematica dell'acquisizione delle informazioni disponibili su tali prodotti, prevedendo, tra l'altro, che "con decreto del Ministro della salute e dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, siano stabilite le procedure e modalità attraverso le quali il Ministero della salute, sentito l'Istituto superiore di sanità, procede alle valutazioni delle informazioni e degli studi presentati dai fabbricanti e dagli importatori, al fine di riconoscere la riduzione di sostanze tossiche ovvero il potenziale rischio ridotto dei prodotti del tabacco di nuova generazione rispetto ai prodotti da combustione, a parità di condizioni di utilizzo, nonché le relative modalità di etichettatura". Tale Decreto è stato emanato in data 7 agosto 2017.

In base alla normativa, pertanto, nel corso del 2018 è stata espletata la procedura prevista per l'esame della istanza della Philip Morris International s.r.l. (PMI), presentata il 17 aprile 2018, per la valutazione della documentazione relativa al sistema di riscaldamento del tabacco "THS 2.2" (che comprende il device elettronico noto come IQOS e le sigarette di tabacco HEETS), affinché il Ministero potesse:

- 1) riconoscere la riduzione delle sostanze tossiche del prodotto in esame rispetto ai prodotti da combustione, a parità di condizioni di utilizzo.
- 2) riconoscere il potenziale di riduzione del rischio del prodotto in esame rispetto ai prodotti da combustione a parità di condizioni di utilizzo.

Il Dossier fornito da PMI e i relativi Allegati (per un totale di oltre 8.300 pagine) sono stati consegnati dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che per la completezza formale della documentazione ricevuta, ha richiesto e ricevuto ulteriori informazioni, per poter procedere alle opportune valutazioni tecniche.

L'ISS ha nominato una Commissione interna di quindici esperti, aventi competenze differenziate in settori specifici e un'esperienza consolidata in materia di valutazione di studi scientifici, che ha proceduto all'esame della documentazione ricevuta e alla valutazione dei dati resi disponibili secondo criteri armonizzati e internazionalmente riconosciuti che tenessero conto anche della qualità degli stessi, sul prodotto del tabacco di nuova generazione oggetto della citata istanza, nonché alla predisposizione del relativo rapporto di valutazione, trasmesso al Ministero della Salute a dicembre 2018

L'ISS ha valutato le evidenze fornite da PMI su IQOS/THS 2.2 in particolare per quanto riguarda: il Dossier e i relativi studi preclinici, clinici ed epidemiologici con particolare riguardo alle informazioni sui rischi modificati, i rischi per la salute relativi ai singoli utilizzatori e l'impatto sulla popolazione nel suo insieme con l'obiettivo di fornire supporto tecnico scientifico al Ministero della Salute per rispondere ai quesiti contenuti nell'istanza.

Dagli studi di preclinica l'ISS evince che "l'esposizione a fumo da sigaretta tradizionale e ad aerosol da THS2.2 comporta l'induzione di effetti tossici di varia natura e anche se in molti casi l'entità dell'effetto è maggiore per la sigaretta tradizionale, questa conclusione non è generalizzabile. Particolare attenzione dovrebbe essere data al fatto che il livello di nicotina inalata attraverso aerosol da THS2.2 è maggiore a parità di dose esterna."

Relativamente agli studi di non clinica il rapporto evidenzia:

- l'assenza di studi dedicati al potenziale di THS2.2 di indurre dipendenza, richiesti esplicitamente dalla normativa vigente;
- la presenza nelle emissioni di 80 composti che sono maggiormente o, per un numero limitato, unicamente presenti nei prodotti THS2.2 (regular, menthol e high menthol); dodici di queste sostanze sono classificate come cancerogene o per esse non può essere escluso il potenziale genotossico;
- che nella identificazione dei possibili pericoli per la salute, sono stati considerati end-point tossicologici, mentre nel caso di prodotti del tabacco dovrebbero essere considerate anche le caratteristiche di attrattività e dipendenza;

- che la presenza di mentolo nell'aerosol da THS2.2, indica un impatto negativo in termini di salute pubblica (anche rispetto alla sigaretta tradizionale), incidendo sull'età di iniziazione al fumo nei giovani e contribuendo alla decisione di continuare a fumare negli adulti, con conseguenze associate alle patologie legate all'esposizione alla nicotina;
- che i dispositivi in esame possano costituire un rischio maggiore per le persone ipertese o affette da cardiopatie, soprattutto se non consapevoli di un maggior assorbimento di nicotina (in particolare nei dispositivi menthol e high menthol);
- che se il dispositivo viene utilizzato in ambiente indoor, non possono essere esclusi potenziali rischi per gli astanti esposti alla nicotina rilasciata dagli utilizzatori del dispositivo.

Relativamente agli studi clinici il rapporto evidenzia:

- che gli studi presentati sono gravati da due limitazioni importanti: l'uso di una singola somministrazione, che non è aderente al comportamento usuale dei fumatori, e l'elevata variabilità sperimentale;
- una riduzione nel parametro "urge-to smoke" paragonabile tra THS2.2 e sigaretta convenzionale, ma non negli effetti di gratificazione e soddisfazione ottenuti (attribuibili alla novità della procedura di utilizzo);
- che gli studi di ridotta esposizione per valutare l'esposizione sistemica a vari costituenti pericolosi o potenzialmente pericolosi del fumo di sigaretta attraverso la misura di specifici biomarcatori di esposizione (BOE), hanno dimostrato una netta riduzione dei BOE considerati, provenienti tutti da sostanze tossiche prodotte dal fumo di sigaretta tradizionale (che era atteso mancassero nel sistema in esame, data la diversa modalità di funzionamento);
- che l'uso del THS2.2 determina variazioni di alcuni *biomarker* simili a quelle osservate nei soggetti che cessano di fumare. Le modifiche sono di entità modesta (11% -14%), osservate in un periodo di tempo ristretto (3 mesi) e in uno scarso numero di soggetti, rendendo impossibile trarre delle conclusioni circa la validità degli end-point considerati come indicatori di un ridotto rischio di malattia. Lo stesso proponente conclude che è richiesto un periodo più lungo di osservazione e un numero maggiore di soggetti per poter trarre delle informazioni accurate.

Il rapporto di valutazione conclude che le evidenze disponibili non sembrano essere sufficienti a dimostrare che l'uso del prodotto in esame sia associato ad un'effettiva riduzione del rischio.

Valutato il rapporto dell'ISS il Ministero della Salute ha comunicato al richiedente che:

- 1) non sia possibile, allo stato attuale e sulla base della documentazione fornita dal proponente, riconoscere la riduzione delle sostanze tossiche prodotto in esame rispetto ai prodotti da combustione, a parità di condizioni di utilizzo.
- 2) i dati scientifici presentati dal proponente non permettano di stabilire il potenziale di riduzione del rischio del prodotto in esame rispetto ai prodotti da combustione a parità di condizioni di utilizzo sia per quello che riguarda l'impatto nei fumatori relativamente alla riduzione della mortalità e morbilità fumo correlate, sia per quanto riguarda l'impatto nei non fumatori e negli ex-fumatori relativamente alla capacità del prodotto in esame di indurre al consumo di prodotti contenenti nicotina.

LA LEGGE 3/2003: UN BILANCIO

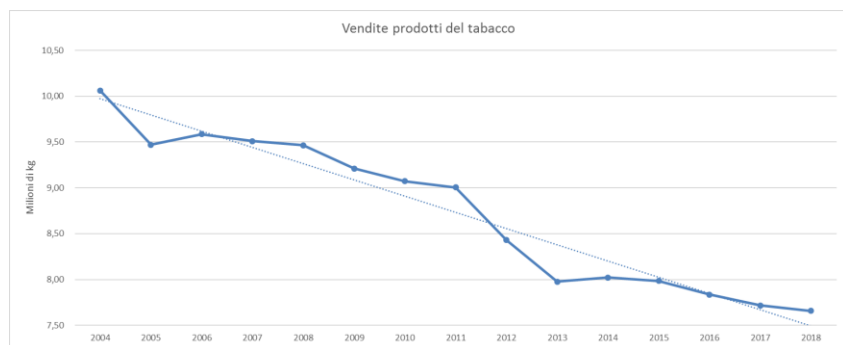
Nel gennaio 2005 l'Italia, con la Legge 3/2003 (art. 51: "tutela della salute dei non fumatori"), è stata il primo grande paese Europeo ad introdurre una normativa per regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati - compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità - che è stata considerata quale esempio di efficace intervento di salute pubblica in tutta l'Europa.

Sull'esempio dell'Italia, negli ultimi anni molti paesi in Europa e nel mondo hanno introdotto legislazioni a tutela dal fumo passivo, in alcuni casi anche più restrittive (non prevedendo, ad esempio, la possibilità di attrezzare sale per fumatori).

A 15 anni dall'entrata in vigore della legge, il bilancio può essere considerato complessivamente positivo, anche se ci sono dei segnali di allerta per quanto riguarda la percentuale dei giovani fumatori ed occorre continuare ad impegnarsi per mantenere e migliorare i risultati conseguiti.

Vendite dei prodotti del tabacco:

Dall'elaborazione dei dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, nel corso del 2018 risulta che le vendite dei prodotti del tabacco sono diminuite dello 0,8%, rispetto al 2017. In particolare le vendite di sigarette sono diminuite del 2,8% accentuando il trend decrescente degli ultimi 15 anni che hanno visto per le sigarette una diminuzione pari al 31,8%.



È 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 +6,1% nel 2018 rispetto al 2017 e comunque dal 2004 le vendite sono più che sestuplicate. Questo tipo di tabacco è arrivato

a rappresentare il 6,5% del mercato (le sigarette il 88%), ha un costo inferiore rispetto alle sigarette ed è, quindi, particolarmente "appetibile" per i giovani consumatori.

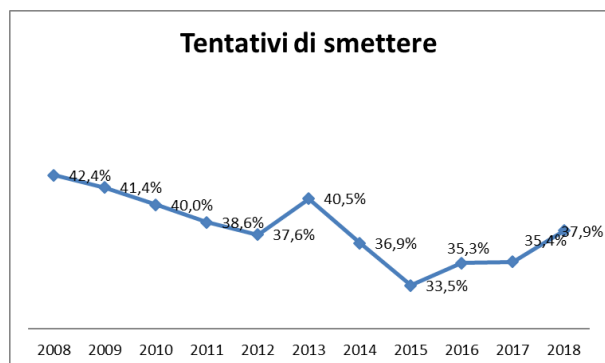
Altro fenomeno da segnalare la rapidissima crescita delle vendite dei prodotti da inalazione senza combustione (HnB) introdotti nel mercato a fine 2014 che in base alle stime delle vendite nel 2019 sono arrivati a rappresentare il 4% del mercato e sono diventati il terzo prodotto più consumato in Italia.

Vendite (tonn.)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	diff 2018/2004
Sigarette	98.846.407	92.822.300	93.807.356	92.821.304	92.106.514	89.148.720	87.031.399	85.467.982	78.485.947	74.027.717	74.377.165	73.815.494	72.035.847	69.311.280	67.402.618	-31,8%
Fiuto	12.219	11.398	11.724	12.065	13.053	13.706	14.731	15.748	16.614	17.907	19.675	21.925	25.368	26.611	29.332	140,0%
Trinciati	658.579	777.203	855.870	1.014.124	1.229.168	1.544.574	2.000.573	2.885.449	4.095.871	4.067.343	4.152.694	4.341.551	4.502.452	4.715.966	5.002.457	659,6%
Sigari	667.716	645.215	694.397	743.284	757.951	768.873	778.617	824.599	865.058	845.476	864.313	872.856	892.754	911.194	911.511	36,5%
Sigarette	424.158	429.856	479.353	512.599	534.223	640.537	910.685	851.441	837.594	807.378	796.262	784.761	806.109	1.693.081	1.717.947	305,0%
Inalazione											1.823	11.514	82.873	518.683	1.522.169	1736,7%
Total	100.609.079,46	94.685.972,04	95.848.699,99	95.103.376,20	94.640.908,37	92.116.410,56	90.736.004,47	90.045.219,00	84.301.082,78	79.765.821,18	80.210.109,55	79.848.101,75	78.345.403,58	77.176.814,49	76.586.033,61	-23,9%

TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

Tentativi di smettere

Dai dati della Sorveglianza PASSI, nel 2018 i tentativi di smettere di fumare sono leggermente aumentati rispetto all'anno precedente (37,9% vs 35,4% del 2017) ma ancora inferiori ai valori del 2008. 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, 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 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.

Sigaretta elettronica e tentativi di smettere di fumare

Da uno studio che utilizza i dati PASSI¹³, risulta che 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 2019, 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 (75,3%) 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 14,5%) o drasticamente (l'5,2%), mentre il 31,2% non ha cambiato l'abitudine tabagica, il 7,3 ha iniziato a fumare e l'14,3% ha ripreso il consumo delle sigarette tradizionali. Soltanto nel 17,7% dei casi l'e-cig ha portato a smettere definitivamente.

Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco

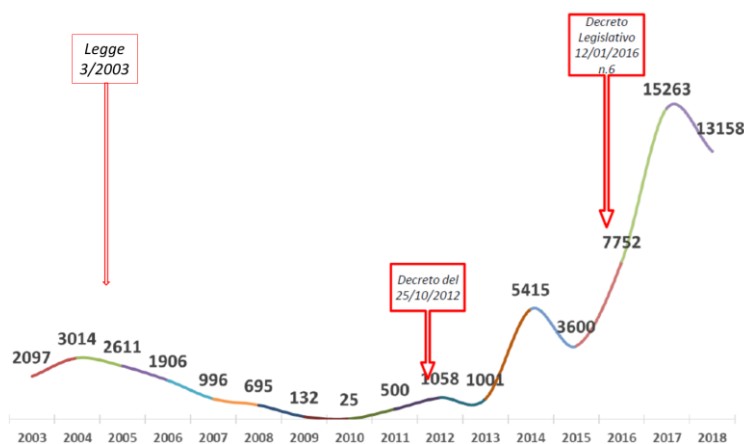
Anche nel 2018 l'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'ISS ha censito **i servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri antifumo, CAF) attivi** sul territorio nazionale. Sono state censite complessivamente 365 strutture, di cui 301 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), 60 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e 4 Centri gestiti dal Privato Sociale. Più della metà delle strutture è collocata nel nord Italia dove sono attivi 214 Centri, nell'Italia centrale sono attivi 65 Centri e nell'Italia meridionale e insulare sono attivi 86 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. Con Decreto del 25 ottobre 2012 del 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

TREND DELLE TELEFONATE

telefonate pervenute



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 (15.263 telefonate) per attestarsi a 13.158 chiamate nel 2018. 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.

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

Dai dati della Sorveglianza PASSI 2018 risulta che nel nostro Paese oltre 90 adulti su 100 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; 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: 16 intervistati su 100 dichiarano che nella propria abitazione è ammesso fumare; un'abitudine meno frequente, ma affatto trascurabile (11,2%), 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. Si è passati da una percentuale di 72.4% di case libere dal fumo nel 2008 all'attuale percentuale dell'84% (fonte: PASSI).

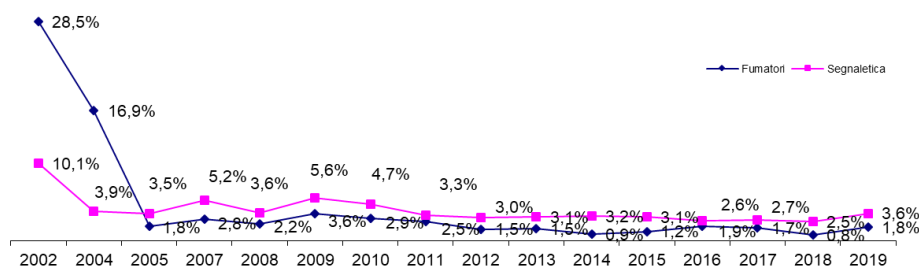
Controlli del Comando dei Carabinieri per la tutela della salute - NAS

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 2019 i NAS hanno compiuto oltre 56.000 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 più o meno uguali a quelle elevate nel 2005. Nel 2019, i Carabinieri per la Sanità hanno eseguito 4.015 ispezioni che hanno compreso 949 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

Percentuale di Sanzioni elevate



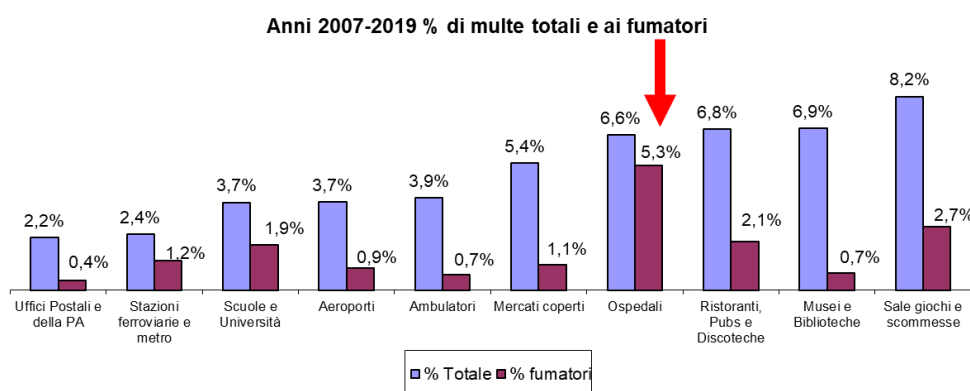
della legge (discoteche, bar, ristoranti e pizzerie, sale scommesse, ospedali e rivendite). Tali verifiche hanno portato a contestare 181 infrazioni (il 4,5%) 58 a persone che fumavano dove

vietato (1,4%) e 123 (3,1%) per tutte le altre cause (cartelli assenti o non a norma, distributori irregolari, vendite a minori, pubblicità vietata, ecc.).

Le 3.066 verifiche nei locali hanno portato a contestare 164 infrazioni (il 5,3% del totale dei controlli): 55 (1,8%) a persone che fumavano dove vietato, 109 (3,5%) per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma. I 949 controlli alle rivendite e distributori automatici hanno portato a contestare 17 infrazioni (il 1,8% del totale dei controlli): 3 (0,3%) a persone che fumavano, 10 (1%) per mancata o errata affissione del cartello di divieto, 3 (0,3%) per vendita prodotti non conformi e 1 (0,1%) per vendita a minori.

Rispetto al 2018 i controlli totali sono diminuiti del 7% (erano 4.330) in particolare sono diminuiti i controlli nei locali (-9,8% erano 3.402) mentre sono leggermente aumentati quelli ai rivenditori e distributori automatici (+2% erano 928). Le infrazioni totali contestate (4,5%) sono molto aumentate (-44,8 erano il 2,9% nel 2018), l'aumento è dovuto sia alle infrazioni per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (da 2,3%

a 4,5%) sia per le infrazioni di persone che fumavano dove vietato (da 0,6% a 1,4%).



Dal grafico accanto si evidenzia come la maggior parte delle infrazioni vengono rilevate nelle sale giochi e sale

scommesse mentre i locali dove vengono multate le persone che fumano dove è vietato sono gli 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 "attraente" 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.

Il sito web con le notifiche dei prodotti del tabacco e le sigarette elettroniche.

Il decreto legislativo 12 gennaio 2016 n. 6, che recepisce la direttiva 2014/40/UE, impone ai fabbricanti e agli importatori di prodotti del tabacco (articolo 6) e ai fabbricanti e agli importatori di sigarette elettroniche e di contenitori di liquido di ricarica (articolo 21) di notificare i loro prodotti corredando tale notifica con una serie di informazioni.

Tali informazioni sono specificate nella Decisione di esecuzione (UE) 2015/2186 della Commissione del 25 novembre 2015 per quello che riguarda i prodotti del tabacco e nella Decisione di esecuzione (UE) 2015/2183 della Commissione del 24 novembre 2015 per quello che riguarda le sigarette elettroniche e dei contenitori di liquido di ricarica.

Al fine di assolvere agli obblighi informativi previsti dagli articoli 6 e 21 del Decreto Legislativo 12 gennaio 2016 n.6 i fabbricanti e gli importatori dei prodotti del tabacco e delle sigarette elettroniche e del liquido di ricarica utilizzano il sistema di accesso elettronico comune europeo (Common Entry Gate – "EU-CEG") predisposto dalla Commissione Europea.

Gli stessi articoli di legge prevedono che il Ministero della Salute e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli rendano disponibili al pubblico sui propri siti istituzionali le informazioni raccolte.

Per questo scopo è stato realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità il sito web www.ingredientiprodottdeltabacco dove è possibile navigare all'interno del database tramite le funzioni di ricerca nonché scaricare la lista in formato excel di tutti i prodotti notificati.

Il sistema di tracciabilità dei prodotti del tabacco.

Il 20 maggio 2019 è entrato in vigore il sistema europeo di tracciabilità e rintracciabilità dei prodotti del tabacco previsto dall'articolo 15 della Direttiva 40/2014/UE (TPD) e dal Regolamento di esecuzione (UE) 2018/574 della Commissione del 15 dicembre 2017 che definisce le norme tecniche per l'istituzione e il funzionamento di tale sistema.

In sintesi, il sistema di tracciabilità e rintracciabilità prevede che tutte le confezioni dei prodotti del tabacco da quelle unitarie (ad esempio pacchetti) alle aggregazioni successive (ad esempio stecche, mastercase o pallet) siano contrassegnate da un Identificativo Univoco (UI). Tale UI deve essere rilasciato da un ente indipendente dalle industrie del tabacco, le quali devono provvedere ad integrarlo con la data di fabbricazione e apporlo sulle confezioni (unitarie ed aggregate); per l'Italia è stata scelta come ente emettitore degli UI l'Agenzia delle dogane e dei Monopoli, con il sostegno del loro partner tecnologico SOGEI SpA. Tale Identificativo deve poter essere letto e seguito in tutto il percorso che la confezione svolge dalla fabbrica fino alla prima rivendita (che in Italia è il deposito fiscale da cui acquistano i tabaccai). I dati dell'UI e dei successivi spostamenti sono poi registrati e archiviati presso un soggetto terzo.

Il sistema è entrato in vigore per le sigarette e il tabacco da arrotolare a decorrere dal 20 maggio 2019, mentre per i prodotti del tabacco diversi dalle sigarette e dal tabacco da arrotolare entrerà in vigore a decorrere dal 20 maggio 2024.

Mirando a contrastare illeciti che indeboliscono le iniziative di salute pubblica per la riduzione del consumo di tabacco, il sistema di tracciabilità e rintracciabilità, costituisce un chiaro esempio di come gli obiettivi di salute pubblica per essere raggiunti richiedano anche interventi in settori diversi, secondo i principi della Health in all policies, sostenuti anche dal programma nazionale "Guadagnare Salute".

È importante sottolineare il fatto che le caratteristiche del sistema di tracciabilità sono coerenti con quelle definite dal Protocollo sul commercio illecito dei prodotti del tabacco, previsto dall'art. 15 della Convenzione Quadro sui Prodotti del Tabacco (WHO – FCTC) e adottato nella 5^a Conferenza delle Parti (CoP5 - Seul, Corea del Sud, 12-17 novembre 2012). Tale protocollo, che all'articolo 8 prevede un sistema di tracciabilità molto simile a quello inserito nella TPD, è entrato in vigore il 25 settembre 2018 in quanto è stato complessivamente ratificato da 56 "Parti", tra queste ci sono la Commissione europea e quindici stati della UE (Austria, Belgio, Cipro, Repubblica Ceca, Francia, Germania, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Portogallo, Slovacchia, Spagna, Svezia e Regno Unito), altri 6 Paesi hanno firmato ma non ancora ratificato (Danimarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Olanda, Slovenia).

L'Italia tramite il Ministero dell'Economia (Agenzia dei Monopoli e delle Dogane), con il supporto del Ministero della salute, ha seguito tutte le fasi del negoziato per la predisposizione e l'adozione del Protocollo e ha recentemente avviato le procedure per la ratifica che non si sono ancora concluse.

VIII Conferenza delle Parti della Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco (COP8 FCTC).

L'Ottava sessione della Conferenza delle Parti (COP8) della Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo (FCTC) si è svolta a Ginevra dal 1-6 ottobre 2018. La Conferenza ha fatto registrare un'altissima partecipazione, con oltre 1.200 delegati da 148 Stati parte, nonché, in qualità di osservatori, rappresentanti delle Agenzie delle Nazioni Unite, di 5 Stati non parte, di 4

Alla cerimonia d'apertura, la Presidente della COP8, Sig.ra Preeti Sudan (India), ha ricordato l'entrata in vigore, lo scorso settembre, del primo Protocollo per eliminare il commercio illecito di prodotti del tabacco.

Tra i risultati più rilevanti della conferenza c'è la decisione quella relativa ai nuovi prodotti del tabacco (decisione FCTC/COP8(22)) in cui si richiede al Segretariato del FCTC di invitare l'OMS e le sue Reti di laboratori sul tabacco (WHO TobLabNet) ad effettuare una relazione completa sull'impatto di questi prodotti sulla salute (anche sui non utilizzatori), sulla dipendenza, sull'attrattività e sul ruolo potenziale nella decisione di iniziare o smettere di fumare. Viene inoltre stabilito che, nel trattare i nuovi prodotti del tabacco, gli Stati membri della convenzione prendano in considerazione una serie di misure in conformità con la FCTC e le legislazioni nazionali, tra cui: prevenire l'iniziazione a questo tipo di prodotti; applicare adeguate politiche pubblicitarie; proteggere dall'esposizione alle emissioni; estendere anche ad essi la legislazione antifumo;

regolamentare i contenuti e anche limitare, o vietare, a seconda dei casi, la fabbricazione, l'importazione, la distribuzione, la presentazione, la vendita e l'uso dei nuovi prodotti del tabacco.

Bibliografia essenziale

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: <https://www.istat.it/it/files//2019/12/Asi-2019.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: <https://www.epicentro.iss.it/gyts/Indagine2018>
13. Preventive Medicine (Volume 102, settembre 2017, pagine 1-5).
14. ISS/OFAD: <https://ofad.iss.it/2019/06/06/le-relazioni-del-xxi-convegno-nazionale-tabagismo-2019/>