

Sistema nazionale
per le linee guida



Prevenzione primaria del fumo di tabacco

LINEA GUIDA PREVENZIONE



Prevenzione primaria del fumo di tabacco

LINEA GUIDA PREVENZIONE

Data di pubblicazione: ottobre 2013

Redazione

Giulia Candiani, Lisa Triscioglio, Zadig, Milano

Impaginazione

Giovanna Smiriglia

Questa linea guida è stata prodotta nell'ambito del progetto del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute «Costituzione di un network per la ricerca dell'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di sanità pubblica» (iscritto al capitolo 4393 - anno 2007), affidato all'Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS), Osservatorio di Epidemiologia (Responsabile scientifico: E. Buiatti; dal gennaio 2009: F. Cipriani), con la collaborazione della Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale «Avogadro» con sede in Novara (Responsabile scientifico: F. Faggiano) e dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con sede in Roma (Responsabile scientifico: G. Ricciardi). Il manuale è stato elaborato anche grazie a un accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Reparto Epidemiologia clinica e linee guida - Direttore: A. Mele).

Il lavoro è stato inoltre reso possibile grazie a un contributo offerto dal Fondo Edo Tempia di Biella per l'istituzione di una borsa di dottorato (anno 2008-2010).

Finito di stampare nel mese di ottobre 2013 presso Geca, San Giuliano Milanese - Milano

Gruppo di lavoro

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Fabrizio Faggiano

Università degli Studi del Piemonte Orientale «Amedeo Avogadro», Novara e Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, OED Piemonte, ASL TO3, Grugliasco (TO)

Elena Gelormino

Servizio di Epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO)

Patrizia Brigoni

Centro Regionale di Documentazione per la Salute, Grugliasco (TO)

Serena Vadrucchi

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, OED Piemonte, Grugliasco (TO)

Alessandro Coppo

Centro di Prevenzione Oncologica, CPO Piemonte, AO Città della Salute, Torino e Università degli Studi del Piemonte Orientale «Amedeo Avogadro», Novara

Elias Allara

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Torino, Torino

GRUPPO PANEL

Laura Amato

Cochrane Drugs and Alcohol Review Group e Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma

Patrizia Beltrami

Regione Emilia-Romagna

Silvano Gallus

Dipartimento di Epidemiologia, Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri», Milano

Giuseppe Gorini

UO Epidemiologia occupazionale ambientale, ISPO, Firenze

Paola Gremigni

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, Bologna

Annarosa Pettenò

Regione del Veneto, Direzione Prevenzione, Venezia

Angela Villani

Ufficio Scolastico Regionale Campania, Napoli

GRUPPO DI CONSULTAZIONE ALLARGATO

Sandra Bosi

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), Reggio Emilia, Progetto fumo Ccm

Angela Bravi

Direzione Sanità e Servizi Sociali, Regione Umbria

Gregor Burkhart

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbona (Portogallo)

Silvia Ciairano († 2012)

Università degli Studi di Torino, Torino

Elena Coffano

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS), ASL TO3, Grugliasco (TO)

Maria Grazia Corradini

Ministero dell'Istruzione, Roma

Giuseppe Costa

Associazione Italiana di Epidemiologia

Paolo D'Argenio

Medico libero professionista, Consulente in sanità pubblica

Anna Maria Ferrari

AUSL Reggio Emilia

Rosaria Galanti

Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia

Daniela Galeone

Ministero della Salute, Roma

Livia Giordano

Centro di Prevenzione Oncologica, CPO Piemonte, AO Città della Salute, Torino

Maurizio Laezza

Regione Emilia-Romagna

Carlo La Vecchia

Istituto «Mario Negri», Milano

Patrizia Lemma

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino

Icro Maremmani

Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)

Alfonso Mele

Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG), Istituto Superiore di Sanità, Roma

Maria Rita Munizzi

Movimento Italiano Genitori (Moige)

Eugenio Sabato

Regione Puglia

Giuseppe Salamina

Dipartimento Integrato della Prevenzione, ASL T01, Torino

Stefania Salmasso

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma

Roberto Satoli

Zadig, Milano

Salvo Scodotto

Osservatorio Epidemiologico Regione Sicilia

Lorenzo Spizzichino

Ministero della Salute

Elisabeth Tamang

Direzione medica, Azienda ULSS 15 Alta Padovana, Regione del Veneto

Biagio Tinghino

Società Italiana di Tabaccologia

Stefania Vasselli

Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), Ministero della Salute, Roma

Paolo Villari

Società Italiana di Igiene

Pier Giorgio Zuccaro

OssFAD, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Indice

Elenco delle raccomandazioni	7
La <i>evidence-based prevention</i> in Italia	13
Introduzione	16
Razionale di questa linea guida	17
Obiettivi e destinatari	18
Struttura del testo	18
Metodi	20
Gruppi di lavoro	20
Definizione degli obiettivi e identificazione dei quesiti	20
Selezione degli studi	21
Linee guida <i>evidence-based</i>	21
Revisioni sistematiche	22
Studi primari	22
Altre fonti	23
Risultati della ricerca	23
Sintesi delle evidenze ed elaborazione delle raccomandazioni	23
Definizione della qualità dell'evidenza	24
Rilevanza delle raccomandazioni	25
Forza delle raccomandazioni	26
Epidemiologia del tabagismo nella popolazione generale	27
Fumo negli adolescenti italiani	27
Fumo nei giovani italiani	29
Fumo e disuguaglianze	30
Fonti di dati sulla prevalenza di fumo di tabacco in Italia	30
Mortalità attribuibile al fumo in Italia	30
Dipendenza da nicotina e storia naturale del tabagismo	33
Teorie e modelli dell'iniziazione	36
Perché si fuma in adolescenza	39
Fattori di rischio e di protezione psicosociali	41
Pressione sociale	43
Politiche di controllo del tabagismo	45
Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'OMS	45
Quadro normativo italiano ed europeo in ottemperanza alla FCTC	47
Strategia europea «Guadagnare salute» e i progetti del Ccm	49

Interventi	51
Interventi di popolazione	51
Politiche di prezzo e tassazione	52
Composizione dei prodotti del tabacco	55
Formato dei pacchetti ed etichettatura	58
Campagne mediatiche di prevenzione	61
Regolamentazione della pubblicità	65
Vendita a minori	72
Divieti e restrizioni d'uso	74
Interventi familiari	76
Interventi in ambito scolastico	80
I regolamenti scolastici	81
I programmi di prevenzione scolastica	84
I programmi di <i>media literacy</i>	88
Interventi complessi	89
Ruolo dei servizi sanitari	90
Implementazione di questa linee guida	91
Piani regionali di prevenzione (PRP)	91
Materiali di supporto	91
Diffusione via internet	91
Formazione	92
Ruolo di Ccm e ISS	92
Ruolo del coordinamento delle regioni	92
Aggiornamento di questa LG	92
Indicatori e metodi per la valutazione di impatto della linea guida	93
Indicatori per la valutazione	93
Valutazione di impatto	93
Valutazione di processo	94
Bibliografia	96

Elenco delle raccomandazioni

Il documento completo è scaricabile dal sito www.snlg-iss.it/lgp

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione	Destinatari
		Livello di rilevanza		

Politiche di prezzo e tassazione

1	Il prezzo dei prodotti del tabacco deve essere sottoposto a un aumento progressivo e costante mediante tassazione	++++	A	Legislatore nazionale
		2		
2	L'aumento dei prezzi deve essere accompagnato dalla persistenza delle azioni di contrasto del contrabbando di tabacco	+	C	Legislatore nazionale e forze dell'ordine
		2		
3	Le autonomie locali (regioni, province autonome e comuni) dovrebbero poter utilizzare tasse aggiuntive sui prodotti del tabacco come strumento di politica di prevenzione	+	C	Legislatore nazionale e regionale
		1		
4	Una quota significativa delle accise sul tabacco dovrebbe essere destinata a interventi di contrasto del tabagismo	++	C	Legislatore nazionale e regionale
		1		
5	L'aumento dei prezzi deve essere accompagnato da una campagna informativa che ne evidenzii lo scopo preventivo	+	C	Legislatore nazionale e Ministero della salute

Composizione dei prodotti del tabacco

6	La presenza di additivi deve essere monitorata, regolamentata in senso restrittivo e resa di pubblico dominio	+	C	Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato
		3		
7	La notifica della composizione al momento dell'immissione sul mercato di nuovi prodotti deve essere subordinata all'analisi chimica dei componenti	+	C	Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato
		3		





	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione	Destinatari
		Livello di rilevanza		

Formato dei pacchetti ed etichettatura

8	L'Italia dovrebbe sostituire o integrare i messaggi sulle confezioni di sigarette e tabacchi con immagini ad alto impatto emotivo	+++	B	Legislatore nazionale
		1		

Campagne mediatiche di prevenzione

9	Le campagne di prevenzione del tabagismo devono rispettare criteri di qualità validati dall'esperienza internazionale	+	B	Ministero della salute Assessorati della sanità regionali
		3		
10	Le campagne di prevenzione del tabagismo devono essere attivate in accordo con le Regioni, in sintonia con altre iniziative di prevenzione ed essere caratterizzate da un'adeguata intensità e durata	+	C	Ministero della salute Assessorati della sanità regionali
		1		
11	Il finanziamento delle campagne di mass-media deve comprendere un fondo per la valutazione scientifica dei suoi effetti, da affidare a un'agenzia esterna	+	B	Ministero della salute Assessorati della sanità regionali
		2		

Regolamentazione della pubblicità

12	L'Italia dovrebbe regolamentare tutte le forme di pubblicità indiretta ai prodotti del tabacco (scene di fumo nei film, esposizione dei pacchetti con marchio nei punti vendita, personaggi che fumano in pubblicità per altri prodotti, marchi visibili in prodotti diversi come per esempio l'abbigliamento)	+	C	Legislatore nazionale Ministero per i beni e le attività culturali
		2		
13	La visione di film che contengono scene di fumo dovrebbe essere proibita ai soggetti con età inferiore a 18 anni	+++	B	Legislatore nazionale Ministero per i beni e le attività culturali
		1		





	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione	Destinatari
		Livello di rilevanza		

Regolamentazione della pubblicità

14	I film che contengono scene di tabagismo dovrebbero essere preceduti, nelle sale e in televisione, da messaggi preventivi	+++	B	Legislatore nazionale Ministero per i beni e le attività culturali
		1		
15	La presenza di scene di fumo nei copioni deve diventare un criterio di valutazione per l'assegnazione di finanziamenti pubblici	+	C	Legislatore nazionale Ministero per i beni e le attività culturali
		2		
16	I film dovrebbero contenere esplicite dichiarazioni riguardo eventuali finanziamenti – diretti e indiretti – dell'industria del tabacco	+	B	Legislatore nazionale Ministero per i beni e le attività culturali
		3		
17	Dovrebbe essere promossa la supervisione da parte dei genitori dei film contenenti scene di fumo	+	C	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		1		

Vendita a minori

18	Controlli periodici del rispetto del divieto di vendita ai minori devono essere implementati con sanzioni severe e su aree vaste	+++	A	Legislatore nazionale Nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS) dei Carabinieri
		2		

Divieti e restrizioni di uso

19	Il divieto di fumo nei locali chiusi aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro deve essere consolidato e rafforzato da controlli periodici	++	A	Nuclei antisofisticazioni e sanità (NAS) dei Carabinieri
		3		
20	Il divieto di fumo deve essere ampliato alle zone esterne di ospedali, edifici a funzione sanitaria ed edifici scolastici, e alle loro vie di ingresso	+	C	Legislatore nazionale e regionale
		2		





	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione	Destinatari
		Livello di rilevanza		

Interventi familiari

21	Programmi che mirino a creare ambienti domestici liberi dal fumo dovrebbero essere promossi estensivamente, in particolare per le famiglie con bambini	++++	A	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		2		

Interventi nell'ambito scolastico

22	Le scuole di ogni ordine e grado dovrebbero dotarsi di regolamenti antifumo, scritti, condivisi tra insegnanti e studenti, estesi a tutte le aree interne ed esterne di pertinenza della scuola, rivolti sia agli studenti sia al personale, e comprendenti meccanismi di controllo e di sanzionamento	+	B	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		3		

I programmi di prevenzione scolastica

23	Fino alla fascia di età che corrisponde all'inizio della curva epidemica della sperimentazione del tabacco (in Italia, 12-13 anni), gli interventi scolastici devono limitarsi a modifiche ambientali sia a livello scolastico (regolamenti) sia familiare	++++	A	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		3		
24	Gli interventi scolastici devono possedere le caratteristiche riconosciute come efficaci dalla letteratura internazionale: presenza di interattività, contenuti normativi, lunghezza adeguata, presenza di attività di rinforzo (<i>booster</i>)	+++	A	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		3		
25	Per evitare possibili effetti avversi, le scuole dovrebbero implementare soltanto programmi antitabacco dotati di rigorose prove di efficacia	++++	A	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		2		
26	I programmi di prevenzione scolastica dovrebbero essere accompagnati da altri interventi componenti (per esempio regolamenti scolastici e interventi familiari) al fine di rinforzarne l'efficacia	+++	A	Aziende sanitarie Uffici scolastici
		3		

LEGENDA

Qualità dell'evidenza (si veda box 2 a pag. 25 per maggiori dettagli)

- ++++ la maggior parte dei criteri di qualità è soddisfatta
- +++ molti criteri soddisfatti
- ++ alcuni criteri soddisfatti
- + pochi o nessun criterio soddisfatto

Livello di rilevanza

Giudizio del gruppo di consultazione allargato su livello medio di rilevanza trasformato in terzi:

- 1 terzile più basso
- 2 terzile medio
- 3 terzile più alto

Forza della raccomandazione

- A L'esecuzione di quella particolare procedura o intervento è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, con un'adeguata rilevanza
- B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento possa sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento

La *evidence-based prevention* in Italia

In Italia fino alla fine degli anni '90 dello scorso secolo nulla era emerso circa la necessità di basare su prove scientifiche gli interventi di prevenzione primaria. Fu nel settembre del 1999 che per la prima volta un gruppo di operatori si incontrò a Bologna per ragionare sugli sviluppi di una tale prospettiva. Il modello di riferimento non poteva che essere quello della *evidence-based medicine* (EBM), ossia della medicina basata sulle prove di efficacia, sviluppato durante gli anni '90 nell'ambito della Collaborazione Cochrane. Nel ricalcare anche nell'acronimo l'EBM, l'iniziativa per la *evidence-based prevention* (EBP) voleva marcare una sorta di filiazione ideale, molto apprezzata in Europa. Di lì a poco fu però chiaro che era più complicato di quanto immaginato nell'entusiasmo iniziale. L'analisi delle iniziative Nord-americane, sostanziate nella Community Guide, aveva messo in evidenza un approccio diverso rispetto a quanto la Cochrane Collaboration aveva sviluppato fino ad allora. In sintesi, si contrapponevano due tesi: quella della "prova scientifica", rivendicata come compito essenziale dalla Cochrane Collaboration nella costruzione delle sue revisioni sistematiche (che enfatizza il rigore scientifico), e quella della "decisione per fare scelte" (*best available evidence*) tipico del pragmatismo della sanità pubblica Nord-americana. Nel corso degli anni successivi sono stati fatti molti passi avanti verso una sintesi di queste due non inconciliabili posizioni, consapevoli che, in conclusione, c'è un comune interesse, quello della salute delle popolazioni umane.

L'esperienza compiuta nel corso di questi anni dall'iniziativa EBP – sia attraverso realizzazioni empiriche di revisioni sistematiche, dossier di valutazione di prove, fino ai primi tentativi di linee guida (LG)¹, sia attraverso elaborazioni teoriche e adattamenti concettuali degli strumenti disponibili – ha sottolineato che esistono caratteristiche peculiari proprie del campo della sanità pubblica per l'adozione di un approccio *evidence-based* nella pratica della prevenzione. Innanzitutto, le condizioni di contesto, che pure influenzano l'applicazione di interventi nel campo clinico-terapeutico, diventano decisive in quello della sanità pubblica. Gli interventi preventivi per i quali si disponga di prove scientifiche di efficacia generalizzabili a ogni contesto sono pochi, e sta nascendo un ampio dibattito sui fattori che determinano la loro generalizzazione e sui relativi metodi per valutarli. Proprio su questo tema cruciale è addirittura nata in Europa una società scientifica, la European Society for Prevention Research.²

Un altro aspetto che viene fortemente sottolineato è quello inerente al "peso" rela-

¹ Tutti i materiali prodotti nel corso del decennio dalla EBP e da iniziative a essa correlate o affini possono essere reperite nel sito di Epicentro nell'apposita sezione dedicata (<http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp.asp>)

² www.euspr.org

tivo, in termini di costi economici e di salute guadagnata, da attribuire a differenti tipi d'intervento. L'analisi economica degli interventi, tema attuale in qualsiasi campo della sanità, acquista un'importanza decisiva negli interventi di comunità, laddove un costo economico a carico di ogni componente della comunità si tradurrà in un beneficio solo per alcuni dei suoi componenti.³

Il progetto EBP si è quindi sviluppato nello scorso decennio proprio per affrontare questi temi anche nel nostro Paese, volendo rinnovare gli ambiti della sanità pubblica, ancora troppo legati a pratiche obsolete e a visioni tramontate della salute pubblica. In questo senso l'iniziativa per la EBP, di cui il progetto EBP è frutto, si ricollega idealmente al documento approvato dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 luglio 2002⁴ relativo alle nuove funzioni del Dipartimento di prevenzione nelle rinnovate aziende sanitarie locali (ASL). Sulla base di queste istanze di rinnovamento il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della salute promosse un primo progetto nel corso del 2005 che poi fu ritenuto meritevole di ampliamento. È proprio nell'ambito di tale ampliamento che si collocano le iniziative di cui questa LG rappresenta una concreta attuazione. Al nucleo iniziale di operatori situati nella Agenzia regionale sanitaria (ARS) Toscana, sotto la diretta responsabilità di Eva Buiatti († 1944-2009), si sono in seguito affiancati due altri nuclei di intervento, quello della Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale «Amedeo Avogadro» di Novara e quello dell'Università Cattolica di Roma. Il progetto mira alla messa a punto degli strumenti per la realizzazione di revisioni sistematiche, LG e ulteriori strumenti di sintesi delle conoscenze scientifiche e di raccolta del consenso a fini operativi nel campo della sanità pubblica, nonché alla realizzazione di tre LG di prevenzione.

L'orizzonte temporale del progetto è limitato al 2011, ma la tematica su cui si muove l'iniziativa più generale della EBP non può che rappresentare motivo di fondo costante, d'ora in avanti, nel campo delle attività di supporto e sviluppo al Servizio sanitario nazionale (SSN) per la sua componente di sanità pubblica. In tal senso è auspicabile che, nelle forme e nei modi previsti per questo genere d'iniziativa, il progetto possa attingere nuove risorse e stabilizzare nuclei di operatori dedicati a questi obiettivi nella prospettiva di una vera e propria "rete" stesa sul territorio nazionale.

Nel corso del decennale impegno sul fronte delle prove di efficacia e della loro applicazione, abbiamo spesso incontrato resistenze, obiezioni, vere e proprie barrie-

³ È questo uno dei paradossi della prevenzione primaria dei rischi: a fronte di un costo certo per l'individuo, si staglia un guadagno incerto e che mai potrà essere "incassato" consapevolmente da quell'individuo. Questo fa sì che gli interventi di prevenzione primaria siano difficili da comunicare e condividere e che il bilancio economico vada fatto con grande attenzione

⁴ Conferenza Stato-Regioni: Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali. Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002

re al cambiamento. Tuttavia, soprattutto negli operatori più giovani, quelli che si apprestano a un faticoso e difficile ricambio generazionale dei ranghi della sanità pubblica del nostro Paese, l'idea stessa di basare su evidenze scientifiche, oltre che su consenso e tradizione, il proprio operare professionale ha preso sempre più piede, dando conforto a chi, in questi anni, ha speso molte energie nel tentativo di diffondere idee e pratiche di rinnovamento in questo campo.

Alberto Baldasseroni, Fabrizio Faggiano, Giulio de Belvis

Introduzione

Il fumo di tabacco è responsabile di circa 71.500 morti all'anno in Italia, pari al 12,5% della mortalità totale (Gallus 2011). Il fumo è dannoso a ogni età, e il rischio di contrarre una patologia a esso correlata (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio: un ragazzo che comincia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto a un individuo che inizia a fumare a 20 anni (Simonato 2001, McCarron 2001). Inoltre, è stato dimostrato che l'uso precoce di tabacco è in grado di modificare lo sviluppo polmonare nell'adolescenza con un'induzione precoce della crescita neoplastica (Wiencke 2002).

Il tabagismo è considerato una dipendenza patologica in quanto l'uso di tabacco determina una modificazione definitiva del cervello che rende molto difficile l'astinenza e, nel caso di cessazioni, esiste un'elevata probabilità di recidive (Leshner 1997). Questa considerazione fisiopatologica ha due conseguenze: la prima è che la prevenzione dell'uso deve essere considerata una strategia prioritaria di contrasto rispetto alla cessazione, la seconda è che essa deve essere realizzata il più precocemente possibile, prima cioè che siano avvenute le prime sperimentazioni.

Anche dal punto di vista economico è conveniente prevenire il tabagismo. Alcuni studi italiani (Russo 2002, Sgambato 2001) hanno quantificato i costi economici del tabagismo: le spese derivanti dall'assistenza ospedaliera per i fumatori eccedono del 40% quelle dei non fumatori, il che equivale a una spesa di circa 5 miliardi di euro all'anno, pari all'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale del 1999 e allo 0,4% del prodotto interno lordo (PIL). Queste stime non considerano il costo derivante dal precoce pensionamento o dalla morte prematura. In base ad analoghe ricerche americane i costi totali del fumo di tabacco ammonterebbero annualmente a circa 15 miliardi di euro, superiori ai circa 10 miliardi di euro ricavati dalla vendita di tabacco in Italia negli anni passati (Garattini 2002), mentre sono allineati ai ricavi dalla manovra economica del 2012.

Queste sono le basi razionali di «Guadagnare salute», la principale strategia europea di prevenzione a cui il Ministero della salute ha collaborato e aderito, che considera il tabacco uno dei principali fattori di rischio da contrastare (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf), anche alla luce della Framework Convention on Tobacco Control dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (vedi capitolo «Politiche di controllo del tabagismo», pag. 45). «Guadagnare salute» è stata l'occasione per riorientare le strategie di prevenzione, locali e nazionali, in coerenza con gli scopi e con le prove di efficacia della letteratura scientifica, seppure ancora in modo incompleto. Gli interventi non basati su prove scientifiche che ancora persistono in Italia sono un aspetto particolarmente critico, poiché numerosi programmi di prevenzione, sebbene basati su approcci teorici ampiamente accreditati nel-

la comunità scientifica internazionale, una volta sottoposti a valutazione, hanno dimostrato effetti opposti rispetto all'atteso (per esempio Hornik 2006, Sloboda 2009).

Razionale di questa linea guida

Il tabagismo è dunque un problema prioritario, la cui natura psico-patologica e il carattere sociale richiede interventi di prevenzione primaria multidisciplinari, multisettoriali e politiche sanitarie specifiche. Da queste osservazioni deriva la considerazione che una LG possa essere uno strumento utile per orientare i servizi e i professionisti verso pratiche efficaci: da qui il progetto di elaborazione di una LG sulla prevenzione primaria del tabagismo.

Lo schema logico che segue tenta di descrivere gli elementi che influenzano la scelta di fumare e le possibili azioni di contrasto a esse collegate (figura 1).

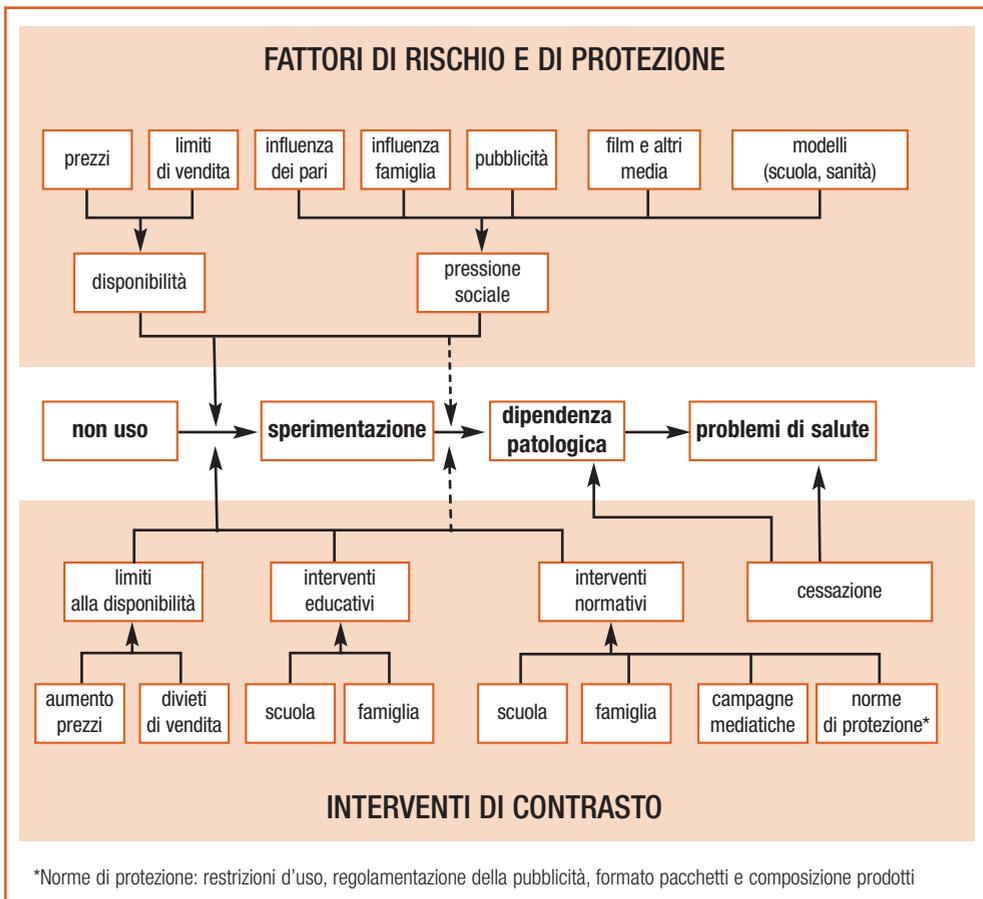


Figura 1. Framework logico delle strategie di intervento per la prevenzione del fumo di tabacco

Questo schema è un tentativo di collocare lungo la storia naturale del tabagismo sia i fattori di rischio e di protezione, nella metà superiore della figura, sia i possibili interventi, nella sezione inferiore. Infatti, la storia naturale del tabagismo (vedi capitolo «Dipendenza da nicotina e storia naturale del tabagismo», pag. 33) presenta alcune tappe ben definite: il primo uso di tabacco, di per sé, comporta un rischio elevato di dipendenza (vicina al 30%) (Anthony 1994). I fattori che hanno maggiore peso nel determinare la sperimentazione sono la disponibilità di prodotti del tabacco (costi, leggi di limitazione delle vendite e del consumo, ecc) e l'insieme di pressione sociale (Bandura 1977), influenza e norme sociali (Perkins, 2003). Gli stessi fattori che determinano l'iniziazione, probabilmente, hanno un ruolo anche nel determinare il passaggio tra sperimentazione e dipendenza. Gli interventi di prevenzione primaria possono agire sulla disponibilità, sull'influenza sociale (interventi normativi) e sulle capacità individuali di gestire la pressione sociale (interventi educativi).

Questo *framework* logico ha guidato la ricerca delle prove di efficacia degli interventi di prevenzione e la costruzione stessa della LG.

Obiettivi e destinatari

Questo documento ha l'obiettivo di fornire al SSN, e agli altri enti nazionali e regionali interessati al problema, un insieme di raccomandazioni per l'organizzazione e l'implementazione degli interventi volti a prevenire l'uso di tabacco, agendo a tutti i livelli suggeriti dalla letteratura scientifica e dalle esperienze di altri Paesi: interventi sui prezzi, sulla disponibilità, divieti e regolamenti, interventi scolastici, familiari e comunitari.

Questa LG è dunque rivolta a tutti gli operatori, sanitari e non, che hanno un ruolo nella prevenzione. Inoltre, la sezione sugli interventi di popolazione è indirizzata specificamente alle amministrazioni nazionali e regionali, mentre quelle sugli interventi familiari e scolastici sono rivolte alle aziende sanitarie e alle direzioni scolastiche, oltre che a tutto il terzo settore che opera nel campo della prevenzione.

Struttura del testo

Il testo è centrato intorno a una lista di raccomandazioni di comportamento vere e proprie, raccolte nei diversi ambiti d'intervento; queste sono sempre accompagnate da una sintesi degli aspetti epidemiologici e delle teorie psicologiche e pedagogiche raccolte a livello internazionale che permettono di avere una panoramica completa degli elementi in gioco in un tema così complesso. Il capitolo «Metodi» (pag. 20) descrive come i principi dell'EBP sono applicati a un tema di sanità pubblica tanto rilevante.

Nella sezione dedicata agli ambiti di intervento ogni singolo capitolo della LG è esaminato secondo la traccia che segue:

- razionale;
- interventi internazionali (norme, protocolli, regolamenti di altri Paesi o di entità sopranazionali come l'Unione europea o l'OMS) o scelte nazionali oppure, se disponibili, norme regionali o locali particolari;
- revisione delle prove di efficacia di scelte già operate e valutate mediante un protocollo di ricerca valutativa (nella maggior parte dei casi si tratta di studi pubblicati);
- sintesi delle evidenze alla base delle raccomandazioni;
- raccomandazioni di comportamento pesate per la forza delle prove di efficacia disponibili e il parere degli esperti consultati.

Gli ultimi due capitoli propongono strumenti operativi utili per l'implementazione e la valutazione di effetto degli interventi.

Metodi

Questa LG è stata sviluppata usando come riferimento metodologico il Manuale «Come produrre, diffondere e aggiornare linee guida per la salute pubblica» (NIEbP 2011). Alcuni materiali prodotti dal Gruppo di coordinamento e utilizzati a supporto della presente LG sono accessibili al sito <http://www3.med.unipmn.it/NIEBP/lgfumo/>.

Gruppi di lavoro

Il **Gruppo di coordinamento** ha definito in primo luogo gli obiettivi che la LG intende perseguire, i relativi quesiti e, in coerenza con questi, i criteri di inclusione e di esclusione degli studi. Ha inoltre identificato le fonti informative, le basi dati da consultare e le parole chiave per costruire la strategia di ricerca. Il gruppo ha redatto la LG nelle diverse versioni progressive.

Il **Gruppo panel** è un gruppo multidisciplinare e rappresentativo delle realtà nelle quali le LG dovranno essere implementate. I componenti del panel hanno competenze sanitarie, economiche, politologiche ed etiche, e sono rappresentanti delle istituzioni sanitarie e scolastiche. Secondo il Piano nazionale delle linee guida 2004 (PNLG 2002), «la multidisciplinarietà è necessaria per garantire la valutazione dei benefici e degli effetti avversi degli interventi da parte di professionalità e punti di osservazione e valutazione diversi, l'integrazione della dimensione organizzativa, gestionale, etica ed economica con quella dell'efficacia; l'integrazione del punto di vista e dei valori degli utenti con quello degli erogatori e degli amministratori».

Gli esperti hanno espresso le loro opinioni sia individualmente, sia in occasione di incontri collegiali: il panel si è incontrato nel dicembre 2009 e nel gennaio 2011. Molte delle consultazioni necessarie per monitorare lo svolgimento dei lavori e per predisporre la stesura della LG sono avvenute via e-mail o tramite contatti telefonici. Successive integrazioni fra evidenze scientifiche disponibili e consenso di esperti hanno portato ad approfondimenti del testo preliminare da presentare e discutere con il Gruppo di consultazione allargato.

Il **Gruppo di consultazione allargato** rappresenta gli interessi e i punti di vista degli operatori e della popolazione.

Definizione degli obiettivi e identificazione dei quesiti

A partire dal framework logico riportato in figura 1 (pag. 17) sono stati elabora-

ti i quesiti che sono alla base della strutturazione dei capitoli delle LG (vedi materiali sul sito <http://www3.med.unipmn.it/NIEBP/lgfumo/>).

Selezione degli studi

Il processo di ricerca delle prove di efficacia ha inizialmente selezionato LG e revisioni di letteratura. I documenti di sintesi utilizzati includevano evidenze derivanti da studi sottoposti a valutazione di qualità metodologica.

Ulteriori prove di efficacia sono state ricercate in mancanza di LG o revisioni di letteratura, o per gli studi che richiedevano un aggiornamento. Sia per quanto riguarda la letteratura primaria sia per la letteratura derivata, la ricerca sulle basi dati e l'estrazione dei documenti è stata effettuata da un documentalista biomedico.

Linee guida *evidence-based*

L'adozione di una LG esistente può essere sia alternativa alla produzione *ex novo* di una LG, sia un processo sistematico di adeguamento delle raccomandazioni della LG originaria al contesto locale.

Nella tabella 1 sono elencate le fonti su cui sono state realizzate le ricerche preliminari per la produzione della LG.

Base dati	Ente	Indirizzo web
National Library of Guidelines	NICE-NHS	guidance.nice.org.uk/CG
US National Guidelines Clearing House	US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	www.guideline.gov
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	NHS Scotland	www.sign.ac.uk
National Guidelines Clearinghouse	US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	www.guideline.gov
WHO	World Health Organization (WHO)	www.who.org
CDC	US Center for Disease Control and Prevention (CDC)	www.cdc.gov
Guidelines Library	The New Zealand Guidelines Group	www.nzgg.org.nz
Clinical Practice Guidelines	The Australian National Health and Medical Research Council	www.nhmrc.gov.au
CMA Infobase	Canadian Medical Association (CMA)	www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/laid/1.htm

Tabella 1. Basi dati per la ricerca di LG

Base dati	Ente	Indirizzo web	Note
Cochrane Database of Systematic Reviews	The Cochrane Collaboration	www.cochrane.org/reviews	A pagamento
PubMed/Medline	US National Library of Medicine	www.pubmed.org	Gratuita
Public Health Research Consortium	Public Health Research Consortium	www.york.ac.uk/phrc	Gratuita
Database of Abstract of Reviews of Effects (DARE)	Center for Review and Dissemination University of York - NHS	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Gratuita
NHS Economic Evaluation Database	Center for Review and Dissemination University of York - NHS	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Gratuita
The Campbell Library	The Campbell Collaboration	www.campbellcollaboration.org	Gratuita
Database of promoting health effectiveness reviews (DoPHER)	EPPI-Center	www.eppi.ioe.ac.uk/cms	Gratuita
Health Evidence	Public Health Agency of Canada	health-evidence.ca	Gratuita

Tabella 2. Basi dati per la ricerca delle revisioni sistematiche

Revisioni sistematiche

Nella tabella 2 sono elencate le principali basi dati consultate per la ricerca di revisioni sistematiche di interesse.

Studi primari

L'elaborazione della LG ha richiesto per tutti i quesiti una ricerca di studi primari, data la carenza di revisioni sistematiche e LG dedicate alla prevenzione dell'iniziazione al fumo. Le basi dati utilizzate per la ricerca di studi primari sono state Medline/PubMed, Embase, PsycINFO. È stato elaborato un filtro di ricerca principale (vedi materiali sul sito <http://www3.med.unipmn.it/NIEBP/lgfumo/>) che consentisse di concentrare la ricerca solo sugli studi che si sono occupati dell'iniziazione al fumo di tabacco. Successivamente tale filtro è stato opportunamente combinato con altri termini specifici per ciascun quesito da affrontare e la ricerca è stata poi ripetuta su ogni base dati stabilita in origine, ciascuna con il proprio linguaggio o interfaccia di consultazione.

Il Gruppo di coordinamento ha stabilito i criteri di inclusione e di esclusione per la selezione degli studi definendo i seguenti aspetti:

- **disegno dello studio:** lo studio randomizzato controllato è stato identificato come

standard di riferimento per l'inclusione in questa LG. Tuttavia, nei casi in cui la natura degli interventi da valutare non permettesse la randomizzazione (campagne di mass media, misure di policy quali l'aumento del prezzo dei prodotti del tabacco), sono stati considerati per l'inclusione anche studi non randomizzati (studi di coorte, caso-controllo, serie temporali interrotte e pre-post). La gerarchia delle evidenze che viene normalmente adottata nel giudizio sulla validità scientifica delle prove è meno applicabile agli studi di valutazione degli interventi di popolazione, nell'ambito dei quali possono essere considerati di elevata qualità anche studi che hanno una posizione più bassa nella scala della validità (Faggiano 2006);

- **outcome primario:** prevalenza e incidenza del fumo di tabacco;
- **outcome secondari:** percezione di prevalenza del fumo di tabacco, conoscenze, intenzione di fumare;
- **limiti:** sono stati considerati eleggibili studi di lingua italiana e inglese. Non sono stati posti limiti temporali alla ricerca.

Altre fonti

Sono stati consultati siti web di organizzazioni nazionali e internazionali attraverso una ricerca libera in internet e in particolare su Google Scholar, al fine di ricercare materiale non pubblicato quali rapporti di ricerca, normative, documenti programmatici.

Risultati della ricerca

L'esecuzione delle procedure di ricerca è iniziata nel gennaio 2009 e interrotta nel dicembre 2010. Sono stati inclusi 161 documenti, fra cui 6 revisioni sistematiche Cochrane (Brinn 2010, Lovato 2003, Sowden 2003, Stead 2005, Thomas 2006, Thomas 2007) e 28 revisioni narrative. Delle 3 LG identificate nella ricerca, solo quella del NICE (NICE 2010) è stata utilizzata nel documento.

Sintesi delle evidenze ed elaborazione delle raccomandazioni

Il Manuale metodologico «Come produrre, diffondere e aggiornare linee guida per la salute pubblica» (NIEbP 2011) suggerisce l'uso delle regole GRADE (Guyatt 2008) per la definizione della forza delle raccomandazioni. Secondo il GRADE, la qualità dell'evidenza scientifica è il grado di confidenza che si può ottenere sull'effetto dell'intervento in esame (box 1 a pagina seguente). Tale confidenza dipende dall'assenza di bias negli studi e dalla qualità del disegno dello studio.

- **Qualità alta:** è molto improbabile che nuove ricerche cambino la nostra confidenza nella stima dell'effetto
- **Qualità moderata:** è probabile che nuove ricerche abbiano un impatto rilevante sulla nostra confidenza nella stima dell'effetto e possano modificare tale stima
- **Qualità bassa:** è molto probabile che nuove ricerche abbiano un impatto rilevante sulla nostra confidenza nella stima dell'effetto ed è probabile che modifichino tale stima
- **Qualità molto bassa:** qualsiasi stima dell'effetto è molto incerta

Box 1. Qualità dell'evidenza e sue definizioni (Guyatt 2008)

Secondo il metodo GRADE gli studi osservazionali producono risultati di bassa qualità, due gradini sotto il livello degli studi randomizzati (Guyatt 2008). Caratteristiche particolari dello studio possono però alzare o abbassare lo score iniziale.

Il metodo GRADE dunque ha il vantaggio di esplicitare i fattori che hanno contribuito alla graduazione (grading) delle raccomandazioni e di includere nella definizione della forza delle raccomandazioni i fattori che possono elevarla pur in presenza di una scarsa qualità dell'evidenza.

Definizione della qualità dell'evidenza

Per ogni intervento è stata elaborata una tabella riassuntiva di tutti gli studi selezionati (vedi materiali supplementari sul sito <http://www3.med.unipmn.it/NIEBP/lgfumo/>). Ogni colonna della tabella riporta:

- il disegno di studio;
- la numerosità campionaria;
- una descrizione sintetica dei risultati;
- il rischio di bias;
- eventuali note aggiuntive.

A partire dalla natura osservazionale o sperimentale dello studio, è stato assegnato un punteggio alla qualità dell'evidenza tenendo conto degli elementi che possono abbassare (per esempio presenza di bias, inconsistenza dello studio) o alzare (per esempio dimensione dell'effetto, gradiente dose-risposta) la qualità dell'evidenza (box 2 a pagina seguente).

Elena Gelormino ed Elias Allara, con l'aiuto degli altri membri del Gruppo di coordinamento, hanno riassunto le evidenze elaborando delle sintesi specifiche. Il Gruppo di coordinamento ha quindi formulato una valutazione complessiva della qualità

Disegno dello studio

- 4: RCT di buona qualità o una revisione di RCT
- 3: RCT di qualità sub-ottimale
- 2: studio osservazionale di buona qualità (coorte, ITS) o revisione di studi osservazionali
- 1: studio di qualità sub-ottimale (B&A, trasversale)

Qualità dello studio

- -1 o -2: bias
- -1 o -2: inconsistenza
- -1 o -2: outcome indiretti
- -1 o -2: imprecisione
- +1 o +2: dimensione dell'effetto
- +1: gradiente dose-risposta
- +1: aggiustamento per tutti i confondenti plausibili

Qualità dell'evidenza

- ++++: la maggior parte dei criteri di qualità è soddisfatta
- +++: molti criteri soddisfatti
- ++: alcuni criteri soddisfatti
- +: pochi o nessun criterio soddisfatto

Box 2. Calcolo del punteggio di qualità dell'evidenza

delle prove di efficacia associate alle raccomandazioni, che sono state così sottoposte al Gruppo panel, il quale a sua volta ha contribuito a un'ulteriore ridefinizione delle sintesi delle evidenze mediante uno scambio di documenti via e-mail.

Rilevanza delle raccomandazioni

Al Gruppo di consultazione allargato è stato chiesto di esprimersi a partire dai quesiti e dalle evidenze raccolte circa il livello di rilevanza delle raccomandazioni, utilizzando un punteggio compreso tra 1 (basso) e 5 (alto). La rilevanza è stata definita analizzando per il contesto italiano il livello di criticità, la fattibilità e l'accettabilità di ogni raccomandazione, per ognuna delle quali i punteggi sono stati infine trasformati in terzili con uno score da 1 (basso) a 3 (alto).

Forza della raccomandazione

- A** L'esecuzione di quella particolare procedura o intervento è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, con un'adeguata rilevanza
- B** Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento possa sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento

Box 3. Sistema di grading utilizzato per le raccomandazioni di questa LG

Forza delle raccomandazioni

La forza della raccomandazione è stata assegnata dal Gruppo di coordinamento sulla base della qualità dell'evidenza e del livello di rilevanza, usando la scala del Manuale del Network italiano per l'*evidence-based prevention* (NIEbP 2011) (box 3).

Epidemiologia del tabagismo nella popolazione generale

Secondo i dati PASSI 2011 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che si rivolge a una popolazione di età compresa tra i 18 e i 69 anni, i fumatori (inclusi gli attuali fumatori, chi fuma meno di una sigaretta al giorno e chi ha smesso da meno di sei mesi) in Italia nel periodo 2008-2011 sono il 27,7% della popolazione, mentre gli ex fumatori (chi ha smesso da più di 6 mesi) si attestano intorno al 18,9% (tabella 3). L'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana» 2011, che coinvolge la popolazione di età superiore ai 14 anni, riferisce che l'abitudine al fumo coinvolge il 22,3% della popolazione, in particolare il 28,4% dei maschi e il 16,6% delle femmine. La fascia di età a più alta prevalenza è quella dei giovani adulti di 25-34 anni.

La prevalenza di fumatori in Italia ha cominciato a diminuire nei maschi già a partire dagli anni '50. Secondo le indagini DOXA nel 1957 2 uomini su 3 erano fumatori, mentre all'inizio degli anni 2000 lo era circa uno su 3. Al contrario, nelle donne la prevalenza del fumo è salita dal 6% circa negli anni '50 al 25,9% nel 1990, per poi diminuire fino al 15,3% nel 2013 (tabella 4 a pagina seguente).

L'accelerazione nella diminuzione della prevalenza di fumo coincide con le nuove politiche anti-fumo adottate in Italia: l'aumento dei prezzi dei prodotti del tabacco, le etichette sulle confezioni e la legge che vieta il consumo di tabacco nei luoghi pubblici e sul posto di lavoro.

Fumo negli adolescenti italiani

La indagini di popolazione come PASSI non coinvolgono i minorenni. Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) descrive invece l'entità del consumo di sigarette nella fascia di età tra gli 11 e i 15 anni, ovvero quella in cui è più frequente l'iniziazione. Nel 2010 in Italia i ragazzi che riportavano di fumare almeno una sigaretta alla setti-

Classi di età	Fumatori
18-24 anni	31,6%
25-34 anni	35,3%
35-49 anni	30,2%
50-69 anni	23,3%

Tabella 3. Prevalenza di fumatori per classe di età, pool 2008-2011 (PASSI 2011)

Anno	Popolazione Totale	Uomini	Donne
1957	35,4	65,0	6,2
1965	32,9	60,0	7,7
1975	34,0	53,2	16,3
1990	32,0	38,3	25,9
2001	28,9	34,8	23,6
2002	26,6	31,1	22,3
2003	27,6	33,2	22,5
2004	26,2	30,0	22,5
2005	25,6	29,3	22,2
2006	24,3	28,6	20,3
2007	23,5	28,0	19,3
2008	22,0	26,4	17,9
2009	25,4	28,9	22,3
2010	21,7	23,9	19,7
2011	22,7	26,0	19,6
2012	20,8	24,6	17,2
2013	20,6	26,2	15,3

Tabella 4. Prevalenza (%) di fumatori in Italia tra il 1957 e il 2013 secondo il genere (Gallus 2011)

mana erano l'1% a 11 anni, il 6% a 13 anni e quasi il 20% a 15 anni di età, rispecchiando la media dei 40 Paesi considerati dall'indagine (tabella 5).

Tra i quindicenni intervistati, il 23% dei maschi e il 20% delle femmine riferiva di avere fumato la prima sigaretta prima dei 13 anni di età, mentre la media dei 40 Paesi considerati era rispettivamente del 31% e 28%. L'Italia risulta quindi uno tra i Paesi europei con la più ritardata età di inizio del fumo, mentre la prevalenza di fumatori fra gli adolescenti è in linea con la media europea.

L'ultima indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) del 2011, relativa ai giovani nati nel 1995, con un'età media di 15,8

Frequenza	11 anni (n)	13 anni (n)	15 anni (n)
Ogni giorno	0,32% (4)	2,25% (30)	13,89% (185)
Almeno una volta a settimana	0,48% (6)	3,52% (47)	5,93% (79)
Meno di una volta a settimana	1,77% (22)	4,19% (56)	8,76% (90)
Non fumo	97,42% (1.208)	90,04% (1.203)	73,42% (978)
Totale	100% (1.240)	100% (1.336)	100% (1.332)

Tabella 5. Frequenza d'uso di sigarette tra gli adolescenti (Attualmente quanto spesso fumi sigarette?) (HBSC Italia, 2009-2010)

anni, ha messo in evidenza come il 36% degli studenti intervistati avesse consumato almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni dalla rilevazione; questo dato è risultato al di sopra della media europea (28%), ma stabile rispetto alle indagini precedenti.

La Global Youth Tobacco Survey (GYTS), un sistema di sorveglianza promosso dall'OMS che coinvolge i ragazzi di età compresa fra i 13 e i 15 anni, ha rilevato che nel 2010 tra i fumatori (il 20,7% del campione italiano) il 48,8% acquistava sigarette direttamente dai tabaccai, e che al 91,7% di questi non è mai stato negato l'acquisto a causa della giovane età. Inoltre, il 46% degli intervistati aveva uno o entrambi i genitori fumatori e il 48,5% viveva in abitazioni dove almeno un altro componente fumava in loro presenza.

Fumo nei giovani italiani

Superata l'adolescenza, la prevalenza dei fumatori aumenta con l'età così come il numero di sigarette fumate (tabella 6). Il 26,9% dei ragazzi di età compresa tra i 20 e 24 anni si dichiara fumatore (31,6% degli uomini e 21,9% delle donne).

La prevalenza fra i giovani di 15-24 anni è scesa regolarmente dal 1980 al 2006, mentre negli anni successivi sembra risalire (tabella 7).

	Classe d'età (anni)	Fumatori (%)	Ex fumatori (%)	Non fumatori (%)	Numero di sigarette fumate al giorno			
					<5	6-10	11-20	>20
Uomini	14-17	13,3	1,9	81,7	41,5	37,4	17,1	0,7
	18-19	26,9	4,0	66,2	34,3	41,5	21,7	1,3
	20-24	31,6	10,5	54,2	23,6	40,6	32,5	1,7
Donne	14-17	7,7	3,7	85,2	41,1	5,0	13,9	-
	18-19	16,6	6,7	74,3	33,1	42,6	21,4	-
	20-24	21,9	9,5	65,4	32,2	39,9	25,5	0,3
Totale	14-17	10,5	2,8	83,5	41,4	40,1	15,9	0,4
	18-19	21,9	5,3	83,5	33,8	41,9	21,6	0,8
	20-24	26,9	10,0	59,7	27,0	40,3	29,7	1,1

Tabella 6. Prevalenza (%) di fumatori nei giovani (ISTAT 2009)

	Anno					
	1980	2000	2005	2006	2007	2008
Uomini	48,1	33,7	30,4	30,0	30,3	31,3
Donne	24,2	19,0	18,6	18,9	18,9	18
Totale	36,2	34,5	24,7	24,6	24,6	24,8

Tabella 7. Prevalenza (%) di fumatori nei giovani (15-24 anni) dal 1980 al 2008, DOXA (<http://www.iss.it/fumo>)

Fumo e diseguaglianze

Nel nostro Paese, fra gli uomini, la prevalenza di fumatori diminuisce all'aumentare del livello d'istruzione: fra i soggetti che avevano raggiunto il titolo di studio elementare il consumo di tabacco nel 2009 era più alto del 53% rispetto a quello dei laureati, con una differenza che mostra un aumento costante dal 1980 (tabella 8). Fra le donne il quadro è diverso: fino al 2000 le donne con titoli di studio più bassi erano protette dal fumo rispetto alle laureate, ma in seguito si è assistito a un'inversione di tendenza, che ha portato il profilo sociale del consumo di tabacco fra le donne ad assomigliare di più a quello degli uomini (Gorini 2013).

Fonti di dati sulla prevalenza di fumo di tabacco in Italia

Le indagini di prevalenza sul tabagismo in Italia sono numerose. La tabella 9 (pag. 31) riporta le principali caratteristiche di quelle dotate di un periodicità stabile.

Mortalità attribuibile al fumo in Italia

Il fumo rappresenta il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie neo-

Titolo di studio	Uomini			
	1980	1990	2000	2009
Università	1	1	1	1
Scuola superiore	1,13 (1,06-1,21)	1,14 (1,06-1,24)	1,10 (1,02-1,20)	1,29 (1,18-1,40)
Scuola media	1,22 (1,15-1,30)	1,26 (1,17-1,36)	1,31 (1,21-1,42)	1,59 (1,46-1,74)
Scuola elementare	1,26 (1,19-1,35)	1,43 (1,32-1,54)	1,46 (1,34-1,58)	1,53 (1,40-1,67)
p per il trend	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Donne			
Università	1	1	1	1
Scuola superiore	0,92 (0,82-1,04)	0,80 (0,72-0,89)	1,03 (0,93-1,14)	1,29 (1,16-1,43)
Scuola media	0,78 (0,69-0,88)	0,79 (0,72-0,88)	1,04 (0,94-1,15)	1,27 (1,15-1,41)
Scuola elementare	0,40 (0,36-0,45)	0,67 (0,61-0,74)	0,91 (0,82-1,01)	1,15 (1,04-1,28)
p per il trend	<0,001	<0,001	<0,001	0,670

Tabella 8. Rapporti di prevalenza di fumo di tabacco (e intervalli di confidenza al 95%) per genere e titolo di studio in Italia dal 1980 al 2009 (ISTAT)

	Tipo di indagine	Età	Periodo di riferimento	Numerosità	Committente	Fonte
Aspetti della vita quotidiana Indagini multiscopo	Indagine campionaria	>14	2009	24.000 famiglie (54.000 individui con età >14 anni)	Istituto nazionale di statistica	ISTAT 2009
PASSI - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia	Sistema di sorveglianza della popolazione adulta	18-69	2011	39.231 (individui di età compresa tra 18 e 69 anni)	Centro nazionale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) ISS	PASSI 2011
ISS/DOXA - Il fumo in Italia	Indagine campionaria	>15	2010	3.020 individui con età >15 anni	ISS	Gallus 2011
HBSC - Health Behaviour in School-aged Children	Studio multicentrico internazionale	11-13-15	2009-2010	3.920 studenti (in Italia)	OMS Ufficio regionale europeo	HBSC 2010
GYTS - Global Youth Tobacco Smoke	Sistema di sorveglianza globale	13-15	2010	1.587 studenti (in Italia)	OMS Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	GYTS 2010
ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs	Survey rivolta a popolazione studentesca sull'uso di sostanze in 36 Paesi europei	15-16	2011	88 scuole - 88 classi (in Italia)	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)	EMCDDA 2011

Tabella 9. Indagini sul fumo di tabacco in Italia

plastiche e non neoplastiche. Se nessun italiano fumasse, il tumore del polmone e le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) sarebbero malattie rare.

Nonostante la riduzione di prevalenza di fumatori a cui assistiamo da molti decenni, le morti attribuibili al fumo in Italia nel 2010 risultano circa 71.500, corrispondenti

al 12,5% della mortalità totale (tabella 10). Questi decessi sono dovuti al tumore del polmone (circa 26.000 morti), ad altri tumori maligni (10.000 morti), a malattie cardiovascolari (quasi 20.000 morti) e a malattie respiratorie non neoplastiche (circa 16.000) (Gallus 2011).

Patologia	Uomini			Donne			Totale		
	Totale deceduti	Attribuiti al fumo	(%)	Totale deceduti	Attribuiti al fumo	(%)	Totale deceduti	Attribuiti al fumo	(%)
Tumore del polmone	25.401	21.374	84,1	7.487	4.613	61,6	32.888	25.987	79,0
Tumori alto apparato resp/dig	4.875	3.447	70,7	1.339	575	42,9	6.214	4.022	64,7
Altri tumori*	18.192	4.677	25,7	12.939	1.422	11,0	31.131	6.099	19,6
Malattie respiratorie	16.340	10.469	64,1	11.717	5.256	44,9	28.057	15.725	56,0
Malattie vascolari	87.776	12.740	14,5	109.347	6.872	6,3	197.123	19.612	9,9
Tutte le cause	278.502	52.707	18,9	290.897	18.738	6,4	569.399	71.445	12,5

* Rene, vescica, leucemie, cervice uterina

Tabella 10. Decessi attribuibili al fumo in Italia nell'anno 2010 (Gallus 2011)

Dipendenza da nicotina e storia naturale del tabagismo

Il tabacco è una sostanza che produce dipendenza e, come tutte le sostanze con caratteristiche analoghe, agisce sul sistema mesolimbico della gratificazione (Leshner 1997), che si estende dalla parte ventrale del tegumento al nucleo *acumbens*. L'uso prolungato di nicotina, il principio attivo del tabacco, produce delle modificazioni irreversibili in questo sistema a carico dell'attività metabolica, della disponibilità recettoriale, dell'espressione genica e della risposta a stimoli ambientali (Leshner 1997).

L'effetto diretto di ricompensa della nicotina si attua in particolare dopo un periodo di astinenza temporanea (per esempio il sonno), tramite stimolazione diretta dei recettori colinergici, che a loro volta stimolano con dopamina i neuroni del nucleo *acumbens*. Il fumatore continua, quindi, a fumare per mantenere il livello di nicotina nel sangue a concentrazioni sufficienti a prevenire i sintomi dell'astinenza, ma anche per un effetto di ricompensa dovuto alla stimolazione sensoriale della bocca e della faringe, determinata dall'inalazione del fumo, dalla gestualità del portarsi la sigaretta alla bocca e dalla ritualità dell'atto del fumare in alcuni momenti di socializzazione. La dipendenza da tabacco riflette infatti interazioni complesse tra la nicotina, gli stimoli sensoriali associati all'inalazione del fumo e fattori comportamentali e sociali associati all'atto del fumare. Il fumare tabacco può essere visto come un sistema di ricompensa a due livelli, nel quale il sistema di ricompensa solo raramente è attivato dall'effetto diretto della nicotina (Royal College of Physicians 2007).

Il tabagismo è una malattia dell'encefalo con un apparato sintomatologico ben definito dal DSM IV, il manuale diagnostico e statistico dell'Associazione Americana di Psichiatria (APA 2007): assunzione continua della sostanza, tolleranza (cioè aumento della dose per raggiungere l'effetto desiderato), sindrome di astinenza che segue la mancata assunzione. Il DSM IV sottolinea che il ruolo della nicotina è sufficiente per definirla una droga. La discussione intorno alle sostanze che producono dipendenza si è focalizzata negli anni sulla questione se esse siano fisicamente o psicologicamente "addittive". Da un punto di vista clinico e di sanità pubblica l'aspetto che viene oggi considerato l'essenza della dipendenza è invece quello del *craving*, definito come il desiderio compulsivo che comporta perdita di controllo nella ricerca e nell'uso della sostanza, anche in presenza della consapevolezza delle conseguenze sociali e sulla salute.

La dipendenza è quindi un disordine cronico e recidivante, l'astinenza prolungata dal consumo è rara, e le ricadute, causate dal persistere o dal ripresentarsi del *craving*, sono la norma.

Nella decima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD

10) dell'OMS (WHO 2007), è stata utilizzata la dizione «dipendenza da tabacco», a riconoscimento del fatto che, nonostante la nicotina sia il “principio attivo” delle sigarette, la sindrome di astinenza da nicotina è generalmente debole e la dipendenza da nicotina, come quella che potrebbe insorgere per esempio nell'uso cronico del cerotto alla nicotina, non risulta essere un problema di sanità pubblica. Per l'ICD 10 la dipendenza da tabacco si avvera quando si osservino almeno 3 dei 6 seguenti sintomi:

- desiderio o compulsione verso il tabacco;
- difficoltà nel controllare l'uso di tabacco in termini di inizio, cessazione, modalità d'utilizzo;
- sindrome di astinenza quando si interrompe l'uso del tabacco, caratterizzata da desiderio incontrollabile (*craving*) di fumare, irritabilità, sintomi depressivi, difficoltà a concentrarsi, senso di frustrazione, spossatezza, insonnia, mal di testa, aumento del ritmo cardiaco;
- tolleranza, ovvero quantità sempre maggiori di droga necessarie per soddisfare il bisogno e stabilizzazione nella quantità da assumere per avere effetti di ricompensa;
- progressivo disinteresse verso altre forme di soddisfacimento di bisogni e aumento del tempo dedicato al fumare;
- uso persistente del tabacco nonostante l'evidenza degli effetti negativi sulla salute.

Il processo che dall'uso porta alla dipendenza è, per il tabacco, abbastanza rapido (figura 2). Mentre altre sostanze psicotrope riconoscono un lungo periodo di sperimentazione, il periodo di sperimentazione dell'uso del tabacco è mediamente breve.



Figura 2. Storia naturale della dipendenza patologica: dal non uso alla dipendenza

Lo studio DANDY-1 (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth) mostra infatti come alcuni sintomi di dipendenza e di astinenza si sviluppano presto dopo la prima sigaretta tra i non consumatori abituali (DiFranza 2002a). Bastano mediamente 4 giorni al mese di consumo e 8 sigarette al mese per determinare la comparsa del primo sintomo di dipendenza.

Per misurare la perdita di autonomia dal tabacco in giovani bassi consumatori, che non significa ancora dipendenza come definita dall'ICD 10, viene usata la checklist HONC; la comparsa di uno dei 10 sintomi elencati nel box indica la perdita di autonomia dal tabacco (box 4 a pagina seguente).

Nello studio DANDY-2 1.246 studenti di 11-12 anni sono stati intervistati 3 vol-

1. Hai mai provato a smettere senza riuscirci?
2. Fumi perché ti è difficile smettere?
3. Ti sei mai sentito dipendente da tabacco?
4. Hai un desiderio irresistibile di fumare ?
5. Hai mai sentito che veramente avevi bisogno di una sigaretta?
6. Ti è difficile non fumare in luoghi dove non puoi, come a scuola?
7. Trovi difficile concentrarti quando non puoi fumare?
8. Ti senti più irritabile quando non puoi fumare?
9. Senti un bisogno forte o urgenza a fumare?
10. Ti senti nervoso, stanco o ansioso quando non puoi fumare?

Box 4. La checklist HONC (Hooked On Nicotine Checklist)

te l'anno dal 2002 al 2006: dei 217 ragazzi che avevano inalato il fumo almeno una volta, 127 (59%) svilupparono uno dei sintomi di perdita di autonomia definiti dal test HONC (metà di questi fumava 7 sigarette al mese). Inoltre, 83 ragazzi (38% dei 217 inalatori) svilupparono dipendenza secondo i criteri dell'ICD 10 e, al momento dell'insorgere della dipendenza, un quarto di questi fumava al massimo 8 sigarette al mese, mentre la metà circa fumava al massimo 1-2 sigarette al giorno. Anche la cotinina salivare al momento dell'insorgenza della dipendenza ha confermato che il consumo di tabacco era ancora molto basso: infatti, questa risultava pari a 5,35 ng/ml, ben al di sotto del valore soglia indicato per distinguere i fumatori attivi da coloro che inalano il fumo passivamente (15 ng/ml). Quindi, per sviluppare dipendenza non c'è bisogno di una concentrazione apprezzabile di nicotina (determinata da almeno 4-5 sigarette al giorno) (DiFranza 2007).

Lo studio NDIT (Nicotine Dependence in Teens) ha dimostrato che i sintomi di astinenza si instaurano prima dell'inizio del consumo giornaliero di sigarette (O'Loughlin 2003, Karp 2005). Il 25% dei ragazzi che hanno provato a fare almeno un tiro è passato a inalare il fumo nell'arco di un mese e mezzo, ha iniziato a fumare un'intera sigaretta entro 2 mesi e mezzo, ha iniziato a provare desiderio irresistibile (*craving*) nei confronti del fumare nell'arco di 4 mesi e mezzo, è passato a fumare almeno una sigaretta al mese nell'arco di quasi 9 mesi, e ha sviluppato altri sintomi di astinenza oltre il *craving* nell'arco di 11 mesi. Questi ragazzi hanno inoltre iniziato a fumare almeno una volta alla settimana entro un anno e 7 mesi dal primo tiro, hanno iniziato a fumare ogni giorno entro quasi 2 anni, e hanno infine sviluppato dipendenza al tabacco secondo i criteri ICD 10 (almeno 3 sintomi dei 6 descritti nell'ICD 10) entro 3 anni e 5 mesi dal primo tiro. Bastano dunque pochissime sigarette per indurre *craving*.

Non è riconosciuta per il tabacco invece l'esistenza di un uso problematico, sia

per la bassa rilevanza della sintomatologia sia acuta sia cronica, sia per la legalità della sostanza che evita le conseguenze sociali. La caratteristica principale del tabacco è però la frequenza con cui si instaura la dipendenza: si stima che il 32% di coloro che sperimentano il tabacco una volta nella vita ne diventino dipendenti (Antony 1994). Da questo punto di vista il tabacco è la sostanza che presenta di gran lunga il maggior potere nell'indurre dipendenza, seguita dall'eroina (23% di sperimentatori che diventa dipendente), dalla cocaina e dall'alcool (rispettivamente con il 17% e 15% di probabilità di dipendenza).

Esiste una forte correlazione tra l'età d'inizio dell'abitudine al fumo e la probabilità di diventare un forte fumatore regolare (Conrad 1992), tanto che iniziare dopo l'adolescenza comporta una bassa probabilità di diventare fumatori regolari in età adulta.

Ancora da segnalare, nell'ambito della storia naturale, la correlazione positiva tra il fumo e la sperimentazione di altre sostanze psicoattive (Lewinshon 1999, Jessor 1991): questi comportamenti non si presentano in forma isolata, ma come costellazioni o sindromi di comportamenti che possono svolgere funzioni simili. Quest'associazione non indica di per sé che un comportamento implichi necessariamente anche gli altri, ma che esistono fattori di rischio comuni. Infatti, la letteratura concorda sul fatto che i fattori di rischio siano sostanzialmente gli stessi nel caso di tabacco, alcool e hashish. Ecco perciò che tra gli adolescenti che fumano e consumano alcool è più facile rilevare la presenza del consumo anche di altre sostanze psicotrope o dell'adozione di comportamenti sessualmente promiscui (Pellai 2001). Recentemente trova credito anche il Common Liability Model (Sloboda 2012), secondo cui la probabilità che un individuo transiti da una sostanza a un'altra è causata non tanto dal precedente uso di una determinata sostanza, ma dalla predisposizione genetica individuale e da influenze ambientali quali per esempio la disponibilità di specifiche sostanze.

Teorie e modelli dell'iniziazione

Iniziare a fumare è un processo complesso e progressivo, nel quale intervengono e interagiscono fattori sociali, ambientali, psicologici e biologici (Haire-Joshu 1991), tutti necessari ma nessuno sufficiente per la stabilizzazione del comportamento. Si inizia a fumare in una fase estremamente delicata della vita, la preadolescenza e l'adolescenza, in cui i ragazzi devono affrontare nuovi compiti evolutivi. L'adolescenza costituisce per tutti una transizione di fondamentale importanza in quanto si tratta di un'età di passaggio, ma anche di sospensione (Caprara 2002), in cui i ragazzi sono impegnati a individuare un nuovo equilibrio. È un tempo di sperimentazione, compito che fa parte del più generale sforzo di costruire un'identità autonoma e stabile (Erickson 1950). Questa situazione può offrire opportunità di cre-

scita così come occasioni per sperimentare comportamenti a rischio e, nello specifico, iniziare a fumare.

Sono state proposte numerose teorie per spiegare il processo di iniziazione al tabagismo, così come di altri comportamenti umani, ma un modello adeguato per la comprensione dell'iniziazione al fumo può nascere solo da un'integrazione tra le principali teorizzazioni in ambito psicologico. Di seguito verranno presentate quelle che sono oggi ritenute più utili per la prevenzione.

- **Teorie comportamentali:** enfatizzano il ruolo giocato dall'apprendimento e dal condizionamento. La più importante è la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura 1977), che sottolinea l'importanza dell'imitazione sociale come meccanismo per acquisire e sviluppare nuovi comportamenti. In un'ottica di reciproco influenzamento tra soggetto e ambiente, l'adolescente apprende osservando gli altri e impara dall'esperienza di chi lo circonda. Da questa prospettiva il tabagismo sarebbe un comportamento appreso sul quale agiscono i processi dell'imitazione, per cui gli adolescenti riproducono le condotte che osservano negli adulti di riferimento, e del rinforzo sociale, per cui il contesto sociale interviene a sostenerlo e a favorirlo. La teoria dell'apprendimento sociale spiega perché la probabilità di iniziare a fumare aumenti se i genitori o i fratelli dell'adolescente fumano o manifestano un atteggiamento favorevole verso il fumo.
- **Teorie cognitive:** si focalizzano sui processi mentali implicati nelle decisioni. Una delle principali teorie di riferimento è quella dell'azione ragionata, proposta nel 1980 (Ajzen 1980) e modificata 5 anni dopo (Aizen 1985), che pone l'intenzione al centro del modello come determinante del comportamento. L'intenzione è funzione dell'atteggiamento nei confronti del comportamento stesso, della percezione soggettiva delle norme sociali rispetto al comportamento e infine della fiducia nella capacità di poter esercitare un controllo sul comportamento. L'adolescente dunque inizierà a fumare se ha sviluppato un atteggiamento positivo verso il fumo, se nel suo ambiente socio-familiare il fumo è accettato e se il ragazzo si percepisce competente rispetto alla possibilità di controllare il comportamento. Recentemente il ruolo giocato dal contesto nell'influenzare il comportamento è stato studiato nell'ambito dell'approccio delle norme sociali (Perkins 2003). Secondo questa prospettiva gli individui normalmente assumono che i comportamenti più salienti, spesso estremi, siano esercitati dalla maggioranza. Ciò può portare a modificare il proprio comportamento per aderire a ciò che si considera pratica normale e diffusa. La percezione esagerata riguardo alla diffusione del comportamento continuerà a influenzare le abitudini fino a diventare comportamento effettivamente praticato dalla maggioranza se non vengono realizzati opportuni interventi. Secondo questa prospettiva gli individui hanno più probabilità di mettere in pratica i comportamenti più visibili, spesso problematici, e abbandonare le pratiche di salute, contribuendo a rendere i comportamenti salutari ancora meno visibili.

- **Teorie della personalità:** in letteratura si registra anche un'importante associazione tra specifici tratti di personalità e l'adozione di comportamenti a rischio per la salute, tra i quali il fumo di sigarette (Gremigni 2005). È dunque possibile individuare caratteristiche stabili nel soggetto associate al consumo di tabacco.
 - La ricerca di sensazioni nuove: nello specifico un tratto di personalità messo in relazione con l'iniziazione al fumo è quello della ricerca di novità (*novelty seeking - sensation seeking*). La personalità del "ricercatore di sensazioni" è caratterizzata dal desiderio di sperimentare sensazioni, di compiere esperienze sempre nuove e di intraprendere attività con un alto grado di rischio, evitando compiti monotoni e di routine (Zuckerman 1980). Uno studio (Etter 2003) rileva che i fumatori presentano un livello di *novelty seeking* molto più alto dei non fumatori e degli ex fumatori.
 - Nevroticismo, estroversione e psicoticismo: in riferimento alla teoria della personalità di Eysenck (Eysenck 1990), è possibile ipotizzare che tra i fumatori ci sia una maggiore presenza di soggetti caratterizzati da nevroticismo, estroversione e psicoticismo. Studi successivi (Malouff 2006, Munafò 2007) confermano che, rispetto ai non fumatori, i fumatori appaiono maggiormente impulsivi, socievoli e disinibiti (estroversione), emotivamente instabili ed eccessivamente reattivi (nevroticismo) e infine più imprudenti e meno coscientosi (psicoticismo). Complessivamente i soggetti estroversi, impulsivi, antisociali, ribelli, anti-conformisti, con un'immagine negativa di sé e con la tendenza a cercare sensazioni nuove, hanno maggiori probabilità di iniziare a fumare e di mantenere questo comportamento.
 - Depressione: diversi studi sostengono l'ipotesi di un'associazione fra tratti di personalità depressa e comportamento tabagico (Chaiton 2009). Alcuni aspetti specifici della depressione potrebbero in particolare predire l'iniziazione al fumo: gli adolescenti con una maggiore probabilità d'iniziare a fumare appaiono meno capaci di chiedere aiuto se in difficoltà, sono più vulnerabili e desiderosi dell'accettazione degli altri, e quindi più isolati socialmente.
 - Autoefficacia: l'autoefficacia si riferisce alla percezione che il soggetto ha delle proprie capacità di gestire una situazione e risolvere un problema con esito positivo (Bandura 1977). Si ipotizza che l'autoefficacia sia associata alla motivazione a fumare: i fumatori con bassa autoefficacia fumano in maniera più abituudinaria di quelli con alta autoefficacia.
- **Teorie sugli stadi del cambiamento:** secondo alcune teorie e modelli l'instaurarsi dell'abitudine tabagica segue una progressione di fasi o di stadi temporali, che vanno dalla preparazione all'abituazione. Numerosi studi cercano di proporre distinzioni sofisticate specialmente degli stadi iniziali, per offrire indicazioni precise a chi programma interventi di prevenzione. Uno dei modelli più usati in letteratura è quello transteorico del cambiamento (Prochaska 1992), originariamente

creato per individuare gli stadi della cessazione del fumo, e in seguito adattato da altri autori per spiegare anche gli stadi di avvicinamento a questo comportamento (Pallonen 1998, Mowery 2004). Secondo questo modello i primi stadi, che definiscono la progressione verso l'acquisizione dell'abitudine tabagica, possono essere suddivisi in:

- pre-contemplazione, in cui non vi è alcuna intenzione di fumare in futuro;
- contemplazione, in cui vi è una certa apertura verso il fumo, definita anche suscettibilità;
- iniziazione.

In un altro studio (Sun 2005) si tenta di differenziare l'acquisizione dell'abitudine al fumo attraverso 5 categorie:

- non fumatori non suscettibili;
- sperimentatori non suscettibili (chi ha provato, ma non è più intenzionato a farlo in futuro);
- sperimentatori suscettibili (chi ha provato ed è intenzionato a rifarlo);
- blandi fumatori (chi ha consumato non più di 100 sigarette e con un'intenzione moderata a continuare);
- fumatori fortemente impegnati (chi ha fumato più di 100 sigarette ed è seriamente intenzionato a continuare a farlo).

Poiché il processo per diventare fumatori abituali è graduale, il grado di suscettibilità raggiunto dai pre-adolescenti e adolescenti sarebbe in grado di predire il successo o l'insuccesso di un intervento di prevenzione.

Perché si fuma in adolescenza

Sulla base delle teorie sopra riassunte è possibile affermare che in questa fase dello sviluppo il fumo di tabacco, così come altri comportamenti a rischio, può assumere diversi significati. Il processo di avvicinamento al fumo non è privo di ambivalenze in quanto la sigaretta, per un ragazzo che la sperimenta per la prima volta, può soddisfare un bisogno immediato, ma allo stesso tempo trasmette il timore di trasgredire la norma sociale che considera il tabacco dannoso per la salute. Nonostante tale paura, i comportamenti a rischio sono attraenti per l'adolescente, perché forniscono una via di uscita alle insicurezze e alle incertezze sperimentate in questa fase della vita. Essi potrebbero dunque venire ricercati perché permettono di raggiungere velocemente, anche se in modo solo apparente, alcuni obiettivi che sono molto importanti per gli adolescenti, quali:

- **il bisogno di costruire un'immagine di sé:** uno dei compiti di sviluppo dell'adolescente è di definire la propria identità in maniera positiva per essere rispettati e considerati dagli adulti e dai pari. Gli adolescenti affrontano questo compito

attraverso comportamenti ritenuti maturi, quali sostenere le proprie idee in pubblico o impegnarsi in progetti di vita, oppure attraverso l'assunzione di comportamenti rischiosi per dimostrare la propria capacità di autocontrollarsi e di gestire situazioni di potenziale pericolo. In tal modo vi è la possibilità che il ragazzo possa identificare il fumare, l'assumere alcolici o droghe illecite come un modo per migliorare l'immagine che ha di sé. Fumare significa, secondo questa prospettiva, proporre una certa immagine agli altri, fornire una serie di informazioni su di sé che consentono di farsi identificare e trattare secondo determinate aspettative (Ravenna 1993);

- **il bisogno di cercare sensazioni nuove:** Zuckerman sostiene che l'assunzione del rischio sia una caratteristica intrinseca in adolescenza (Zuckerman 1980). L'impulsività e la ricerca di sensazioni nuove sono considerate normali e formative, piuttosto che devianti e pericolose, in quanto contribuiscono alla realizzazione di un sano ed equilibrato sviluppo adolescenziale (Chassin 1989). La ricerca di nuove attività è considerata caratteristica intrinseca in questa fase di maturazione. La sperimentazione del fumo implica l'attivazione della capacità di padroneggiare un evento trasgressivo e dannoso, anche se l'adolescente non è consapevole della forte dipendenza che si instaurerà con tale sostanza. In questa direzione vanno i risultati di uno studio (Audrain-McGovern 2006) che descrive il percorso di un migliaio di ragazzi dal primo al quarto anno di scuola superiore, fra i quali coloro che riferiscono una maggiore tensione verso le novità della vita mostrano una ricettività agli spot pubblicitari promozionali del fumo superiore ai compagni (per ogni punto di tensione verso la novità aumenta la ricettività del 12%) e un conseguente aumentato rischio di progressione verso l'abitudine (11%);
- **il bisogno di autonomia:** una delle capacità più evidenti in adolescenza è quella di riuscire a prendere decisioni in completa autonomia. Per un adolescente fumare può essere vissuto come un modo per dimostrare di essere più adulti e indipendenti, in grado di gestire la propria vita. La sensazione di indipendenza aumenta l'autostima e il sentimento di autoefficacia, requisiti indispensabili per consolidare la fiducia in sé stessi;
- **il bisogno di appartenenza:** l'appartenenza a un gruppo, di qualunque tipologia esso sia, nasce dal bisogno di affiliazione a sua volta generato dall'esigenza di trovare supporto, condivisione e approvazione. Il bisogno di appartenenza porta alla scelta selettiva del gruppo da frequentare, in base ai valori che meglio si combinano con i propri e con l'immagine di sé che l'adolescente sta costruendo (Tonolo 1999). Il gruppo assolve un'importante funzione: è lo specchio delle proprie immagini, la conferma del sé. Diventa perciò di primaria importanza l'essere accettati e apprezzati dalla propria compagnia, e per questo il ragazzo tende ad adottare gli stessi atteggiamenti e comportamenti dei coetanei del proprio gruppo di riferimento. Il fumo assume dunque il significato di "rito di legame" poiché rappresenta una

modalità ritualizzata di entrare in relazione, di unire i partecipanti e di accomunarli emotivamente. Il fumo può diventare un rituale che svolge la funzione di aggregare, comunicando e rinsaldando la propria integrazione e appartenenza al gruppo (Bonino 2005). È il gruppo che definisce se un comportamento possa essere desiderabile o ammissibile e, nel caso del fumo di sigarette, la modalità e la frequenza di consumo accettabili;

- **il bisogno di alleviare gli stati di disagio:** fumare può essere utilizzato come un mezzo per regolare le emozioni, soprattutto in un periodo dello sviluppo come l'adolescenza, dove ci si trova ad affrontare grandi cambiamenti psicofisici e nuovi compiti evolutivi. Il fumo di tabacco, per le persone con bassa autostima, scarsa capacità di padroneggiare gli eventi e mancanza di sostegno sociale, può essere uno strumento per contrastare l'ansia, la tensione e la depressione (Wills, 1986). Nelle giovani adolescenti il fumo può avere a che fare anche con l'adozione di strategie per controllare il proprio peso (Carroll 2006) e per affrontare così la preoccupazione per la propria immagine corporea.

Fattori di rischio e di protezione psicosociali

Gli studi affermano che i comportamenti a rischio non si presentano isolati, ma sotto forma di costellazioni (Jessor 1991): per esempio esiste un'associazione positiva tra il fumo e la sperimentazione di altre sostanze psicoattive (Lewinshon 1999), così come tra il consumo di sostanze e l'adozione di comportamenti sessualmente promiscui (Pellai 2001). Inoltre, nei ragazzi che fumano si può osservare la presenza di altri comportamenti a rischio, quali guidare in modo imprudente, compiere azioni pericolose solo per il gusto di farlo, o atti di vandalismo, di furto e di violazione frequente delle norme (Bonino 1998). I dati riportati in letteratura non indicano che un comportamento implichi necessariamente anche gli altri, ma che si tratta di un'associazione piuttosto frequente. Questi comportamenti sono accomunati dalla necessità di soddisfare i medesimi bisogni psicologici illustrati nel paragrafo precedente. Si comprende pertanto come gli interventi di prevenzione debbano agire su più fattori di rischio e più comportamenti contemporaneamente.

Come abbiamo già anticipato, in letteratura si ribadisce che l'iniziazione è determinata da un processo complesso, non riconducibile a un unico fattore, ma all'interazione dinamica tra l'individuo e il suo contesto di vita. Una rassegna (Cochrane Tobacco Addiction Group 2000) riassume gli specifici fattori che influenzano l'iniziazione al fumo (tabella 11 a pagina seguente). Inoltre, uno studio italiano (Bonino 1998), condotto su studenti tra i 14 e i 19 anni, identifica le caratteristiche più frequentemente associate al fumo tra i giovani (tabella 12 a pagina seguente).

Nel determinare un comportamento rischioso per la salute, come il fumo, sono da

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

Tabella 11. Fattori di rischio e di protezione dell'iniziazione al fumo di tabacco (Cochrane Tabacco Addiction Group 2000)

considerare non solo i fattori di rischio, ma anche i fattori di protezione, quelli cioè che favoriscono l'adozione di comportamenti che, pur rispondendo ai medesimi bisogni di quelli rischiosi, risultano alternativi e quindi non pericolosi. I fattori di protezione interagiscono in maniera dinamica con i fattori di rischio; essi non vanno pertanto considerati come qualità statiche, ma come risorse a cui gli individui possono ricorrere nei momenti di necessità. I fattori di protezione sono stati a lungo trascurati da un approccio più attento a individuare i fattori di rischio; solo recentemente sono stati presi in considerazione per meglio comprendere i diversi percorsi d'implicazione in vari comportamenti e per sviluppare strategie efficaci di prevenzione. Le evidenze sembrano confermare l'importanza che i fattori di protezione si sviluppino prima del passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza, e quindi anche la necessità di promuovere già nei bam-

Valori	Maggiore importanza all'autonomia piuttosto che alla scuola e alla salute
Scuola	Insuccesso scolastico Desiderio di abbandonarla, considerandola inutile Scarse aspettative rispetto alla propria realizzazione
Amici	Orientamento verso i pari anche nelle scelte e nello stile di vita Ricerca di sostegno nei coetanei Frequenza di pub, discoteche e sale giochi Molto tempo trascorso con gli amici e con il partner
Famiglia	Stile educativo permissivo Scarso sostegno emotivo Assenza di regole e limiti Numero significativamente più alto di familiari fumatori
Percezione di sé	Scarsa autoefficacia Elevato interesse per il sesso opposto Aspettative relazionali alte
Percezione del futuro	Scarsa prospettiva temporale Preoccupazione manifesta per la vita

Tabella 12. Caratteristiche più frequentemente associate con il fumo di tabacco (Bonino 1998)

bini della scuola primaria lo sviluppo di quelle abilità socio-comportamentali che costituiscono fattori protettivi nei confronti di qualsiasi comportamento a rischio, compreso quello del fumo di tabacco. I fattori di protezione secondo Jessor sono riportati nella tabella 13 (Jessor 1995).

I fattori di rischio e quelli di protezione sono connessi sia alle caratteristiche personali, sia ai diversi contesti di vita degli adolescenti, primi fra tutti la famiglia, la scuola e il gruppo di amici.

Pressione sociale

Una modalità recente di interpretare la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura 1977) è quella di porre particolare attenzione alla pressione sociale; gli adolescenti iniziano a fumare osservando e imitando il comportamento degli amici, dei familiari e di altre persone significative del proprio ambiente sociale. Il contesto contribuisce a formare le credenze sulle norme sociali che a loro volta, regolando ciò che è accettato o disapprovato dal gruppo di appartenenza, incoraggiano o meno l'individuo a fumare. Tra i pari spesso il fumo svolge la funzione di mantenere l'identità del gruppo, e in alcuni casi il non fumare può addirittura condurre a forme di isolamento e di esclusione. L'intensità dell'attaccamento al gruppo appare il meccanismo principale che spiega l'influenza esercitata dai pari sul comportamento dell'individuo, così i migliori amici hanno un'influenza maggiore rispetto al gruppo più allargato (Andrews 2002). Se la persona è circondata da fumatori nel proprio gruppo di appartenenza è probabile che ne imiti il comportamento senza deciderlo attivamente. Lo stesso ruolo di rafforzamento è dato dal partner che fuma (Etcheverry 2008). Inoltre, gli adolescenti che hanno amici e almeno un genitore che fuma tendono a sovrastimare la prevalenza di fumatori tra i coetanei e ciò li porta a intraprendere comportamenti che giudicano normativi, quando in realtà non lo sono (Otten 2009).

Oltre all'influenza dei pari uno dei principali fattori legati alla decisione di iniziare a fumare è rappresentato dai modelli familiari (O'Byrne 2002). Il rischio di diventare fumatori aumenta se entrambi i genitori sono fumatori. Inoltre, ciò si traduce in un'iniziazione in età più precoce rispetto a coetanei i cui genitori non fumano

Ambientali	Comportamentali-individuali
<ul style="list-style-type: none"> • Amici che non fumano • Relazioni positive con gli adulti • Coinvolgimento in comportamenti pro-sociali (per esempio attività di volontariato o di collaborazione in famiglia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento positivo verso la scuola • Orientamento positivo verso la salute e gli aspetti estetici • Atteggiamento contrario alla devianza • Forte senso di controllo sulle proprie azioni • Atteggiamento contrario allo spendere soldi per le sigarette

Tabella 13. Fattori di protezione secondo Jessor (Jessor 1995)

(Tinghino 2011). Nel processo è implicato anche lo stile educativo: se i genitori hanno uno stile autorevole che disapprova apertamente il fumo e promuove un dialogo orientato al sostegno affettivo ciò si traduce in una maggiore protezione del figlio dal fumo e da altri comportamenti a rischio (Bonino 2003). Come per il gruppo dei pari, i figli imitano maggiormente il comportamento tabagico dei genitori con cui hanno il più forte legame di attaccamento.

La pressione sociale può derivare anche dall'ambiente sociale, oltre che dai soggetti prossimi all'adolescente. Tra gli adulti significativi che possono influenzare il comportamento dei ragazzi vanno citati anche gli insegnanti: secondo una ricerca danese (Poulsen 2002) l'esposizione degli adolescenti al fumo di sigarette degli insegnanti è un'esperienza comune, così come appare comune vedere o conoscere insegnanti che fumano all'interno dell'edificio scolastico. Il rispetto dei divieti e il sostegno alla norma antifumo da parte degli insegnanti influenza in modo determinante la percezione che gli studenti hanno della regolamentazione stessa: gli studenti che vedono gli insegnanti fumare negli ambienti scolastici sono infatti meno favorevoli al rispetto del divieto di fumo a scuola (Trinidad 2005). L'ambiente scolastico in sé è quindi un potente fattore in grado di influenzare l'iniziazione al fumo (Murray 1990). Quando la norma sociale percepita è di tolleranza verso il fumo, e questo è avvertito come un comportamento diffuso, aumentano le probabilità che l'adolescente inizi a fumare al fine di ricercare appartenenza e prestigio tra i propri pari (Alexander 2001).

Un altro potente determinante della pressione sociale sono i media: molti dei messaggi veicolati per esempio dal cinema associano infatti il fumo a valori fortemente attraenti per i giovani, quali la ribellione, l'autonomia, la sensualità e il benessere. L'uso delle celebrità e delle immagini dei film è stata per l'industria del tabacco una strategia di marketing ancora più potente dei normali canali di promozione commerciale (Charlesworth 2005). È ormai abbondante la letteratura che conferma quanto le scene di fumo nei film determinino negli spettatori la percezione che fumare sia un comportamento normale e ampiamente diffuso, e di conseguenza contribuiscano ad aumentare il rischio di iniziare a fumare (Titus-Ernstoff 2008, Hanewinkel 2007, Hanewinkel 2008, Hanewinkel 2012, Morgenstern 2011a, Morgenstern 2011b).

Infine, pur se in Italia la pubblicità dei prodotti del tabacco e le sponsorizzazioni sono bandite, va sottolineata la forte influenza indiretta delle strategie di promozione commerciale sull'iniziazione al fumo (Lovato 2003). In questo caso, anche eventi culturali che riportano la sponsorizzazione da parte dell'industria del tabacco, promuovono un'immagine del fumo come attraente e socialmente accettato.

Politiche di controllo del tabagismo

Le politiche di contrasto del fumo hanno una lunga storia, a livello sia nazionale sia internazionale. Per presentare il quadro normativo attuale, entro cui le azioni raccomandate in questa LG dovranno svilupparsi, inizieremo con la Convenzione quadro sviluppata dall'OMS e sottoposta a tutti i Paesi membri.

Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'OMS

I successi ottenuti nel corso degli anni '90 dai programmi di controllo del tabagismo della California e le strategie normative sviluppate in altri Paesi del Nord America, Europa e Australia, hanno portato l'OMS a formulare, nella Risoluzione 48.11 dell'Assemblea del 1995, la richiesta al Direttore generale di verificare la fattibilità dello sviluppo di uno strumento internazionale, come un trattato o una convenzione, per il controllo del tabagismo. All'assemblea del 1996 fu deciso di procedere allo sviluppo della Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC, Convenzione quadro per il controllo del tabacco) (WHO 2003). La 56^a assemblea dell'OMS del 21 maggio 2003 ha adottato all'unanimità la Convenzione.

La FCTC è il primo trattato mondiale di sanità pubblica ed è una strategia normativa sviluppata in risposta all'epidemia da tabacco. È entrata in vigore nel febbraio 2005 e, a settembre 2012, è stata firmata da 168 Paesi. L'Italia l'ha firmata nel giugno 2003 e l'ha ratificata a marzo 2008.

La Convenzione prevede lo sviluppo di misure di prevenzione individuale inquadrate in una più ampia cornice di prevenzione collettiva, quali:

- misure per il rialzo del prezzo dei prodotti del tabacco (articolo 6);
- normative per ambienti di lavoro e locali pubblici liberi da fumo (articolo 8);
- regolamentazione del contenuto delle sigarette e delle sostanze emesse nel corso della combustione (articolo 9);
- divulgazione della lista di additivi aggiunti al tabacco nella produzione delle sigarette (articolo 10);
- aggiunta sui pacchetti di scritte e immagini che informino sui rischi per la salute e l'eliminazione di scritte ingannevoli per il consumatore come *light* o *mild* (articolo 11);
- promozione dell'informazione della popolazione sui danni del fumo, sui benefici della cessazione e sulle strategie manipolatorie delle industrie del tabacco. In questo gruppo sono compresi, per esempio, interventi nelle scuole e campagne mediatiche anti-fumo, atte a disincentivare l'iniziazione nei giovani (articolo 12);
- bando o limitazione alla pubblicità delle sigarette (articolo 13);
- misure per promuovere la cessazione, come per esempio la creazione di centri an-

tifumo, lo sviluppo di linee telefoniche gratuite per aiutare a smettere di fumare e l'accesso gratuito alle terapie per smettere di fumare (articolo 14);

- controllo del contrabbando delle sigarette, che mina l'efficacia delle misure di rialzo del prezzo (articolo 15);
- sviluppo di misure efficaci per ridurre le vendite ai minori (articolo 16).

Le Conferenze delle parti (COP) della WHO-FCTC si sono tenute a Ginevra (2006), Bangkok (2007), Durban (2008), Punta del Este (2010) e Seoul (2012). Aggiornamenti sullo stato di avanzamento del COP sono reperibili sul sito www.who.int/fctc.

Per capire quali politiche della FCTC sono già state sviluppate in Italia ed Europa, è utile consultare la graduatoria europea per il controllo del tabagismo (Joossens 2010), che si basa su sei parametri:

- livello del prezzo delle sigarette;
- implementazione di leggi per ambienti liberi da fumo;
- livello degli investimenti statali per campagne mediatiche anti-fumo;
- grado di limitazione alla pubblicità delle sigarette;
- presenza di scritte e/o immagini sul pacchetto che informino sui rischi per la salute;
- sviluppo di aiuti per la cessazione (rete di centri antifumo, linea telefonica gratuita per fumatori, rimborso dei farmaci per smettere di fumare).

Nella classifica generale (tabella 14 a pagina seguente) risulta prima la Gran Bretagna con 77 punti su 100; l'Italia dodicesima con 47 punti e ultime a pari merito la Grecia e l'Austria con 32 punti ciascuna. A parte i Paesi dell'Est, totalizza punteggi bassi anche la Germania, mentre, prima dell'Italia si classificano, oltre alla Gran Bretagna, Irlanda, Paesi scandinavi, Turchia, Islanda, Francia, Malta, Belgio e Svizzera.

L'Italia può essere considerata in buona posizione, grazie alla recente ratifica della Convenzione, davanti a Paesi come Germania e Danimarca. Riceve solo punteggi parziali per la legge Sirchia, per il bando alla pubblicità delle sigarette, per lo sviluppo di aiuti per la cessazione, per le politiche di prezzo delle sigarette e le scritte sui pacchetti. La bassa valutazione della legge 3/2003 tiene conto del fatto che è prevista la possibilità di allestire locali per fumatori e che è possibile fumare all'aperto, mentre è valutato positivamente il bando pressoché totale della pubblicità delle sigarette.

La graduatoria indica però anche gli aspetti da migliorare: il pacchetto di sigarette di riferimento nel 2009 costava 4 euro, mentre in Gran Bretagna 7,89 euro; il trattamento farmacologico e psicologico per la disassuefazione non è rimborsabile, i centri antifumo e le linee telefoniche gratuite per aiutare a smettere non sono promosse adeguatamente. Inoltre, in Italia sui pacchetti non sono presenti immagini o foto sui danni legati al fumo, presenti già in Belgio, Svizzera, Islanda, Turchia e Gran Bretagna, e la spesa per le misure per il controllo e la prevenzione del tabagismo nel 2009 si attestavano a 0,06 euro pro capite all'anno, contro i 2 euro raccomandati.

Graduatoria 2010	Paese	Graduatoria 2007	Variazione graduatoria	Prezzo (30)	Divieto di fumo nei luoghi pubblici (22)	Spesa per campagne informative (15)	Divieto di pubblicità (13)	Messaggi di salute (10)	Trattamento (10)	Totale (100)
1	Gran Bretagna	1	-	26	21	8	9	4	9	77
2	Irlanda	2=	-	27	21	1	12	2	6	69
3	Norvegia	4	▲1	25	17	2	12	1	5	62
4=	Turchia	-	-	25	21	-	7	5	3	61
4=	Islanda	2=	▼2	20	17	9	12	1	2	61
6	Francia	7	▲1	21	17	1	9	1	6	55
7=	Finlandia	8=	▲1	17	17	2	10	2	4	52
7=	Malta	5	▼2	19	17	-	9	1	6	52
9	Svezia	6	▼3	17	15	2	10	1	6	51
10	Belgio	8=	▼2	17	13	2	8	4	6	50
11	Svizzera	18	▲7	15	11	9	2	5	6	48
12	Italia	10	▼2	16	17	-	8	1	5	47
13=	Spagna	12	▼1	14	17	1	9	1	4	46
13=	Danimarca	20	▲7	16	11	3	8	1	7	46
13=	Paesi Bassi	14=	▲1	16	13	1	9	1	6	46
16=	Romania	14=	▼2	21	7	-	7	3	7	45
17=	Slovenia	25=	▲8	13	15	-	9	1	6	44
17=	Lettonia	24	▲7	18	14	-	9	3	0	44
19=	Portogallo	23	▲4	18	11	-	8	1	5	43
19=	Estonia	11	▼8	14	12	-	10	1	6	43
19=	Polonia	14=	▼5	15	11	-	9	1	7	43
22=	Slovacchia	17	▼5	15	10	-	9	1	6	41
22=	Lituania	21	▼1	17	12	-	8	1	3	41
24=	Cipro	19	▼5	14	11	-	10	1	4	40
24=	Bulgaria	13	▼11	21	6	-	10	1	2	40
26	Germania	27	▲1	17	11	-	4	1	4	37
27=	Ungheria	22	▼5	15	6	-	7	1	5	34
27=	Repubblica Ceca	25=	▼2	14	7	-	8	1	4	34
29	Lussemburgo	28=	▼1	5	11	-	9	1	7	33
30=	Austria	30	-	13	7	-	7	1	4	32
30=	Grecia	28=	▼2	15	7	-	6	1	3	32

Tabella 14. Graduatoria europea per il controllo del tabagismo (modificata da Joossens 2010)

Quadro normativo italiano ed europeo in ottemperanza alla FCTC

L'Italia è stato il terzo Paese in Europa, dopo Irlanda e Norvegia, e uno dei primi al mondo, a introdurre la normativa che bandisce il fumo in tutti i luoghi chiusi

(di lavoro e di intrattenimento): la legge 3/2003, nota come “legge Sirchia”. Anche per il bando alla pubblicità, per le politiche di rialzo del prezzo delle sigarette, per la promozione della cessazione con lo sviluppo dei centri antifumo, l'Italia ha in parte già realizzato alcuni punti della FCTC.

Con il decreto legislativo 184/2003 è stata recepita in Italia la direttiva europea 2001/37/CE, che mira a:

- informare correttamente i consumatori sui rischi legati all'uso del tabacco;
- stabilire il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette, pari rispettivamente a 10 mg/sigaretta, 1 mg/sigaretta e 10mg/sigaretta, con i relativi metodi di misurazione;
- aumentare gli spazi destinati alle scritte sui rischi per la salute sui pacchetti di sigarette, dal 6% al 30% del davanti e il 40% del retro oltre a 3-4 mm del bordo laterale.

Il decreto preannuncia un provvedimento per i requisiti strutturali, tecnologici e funzionali dei laboratori di analisi autorizzati, le procedure per il rilascio delle autorizzazioni ai laboratori e le possibili ulteriori analisi richiedibili ai fabbricanti per determinare il tenore e gli effetti sulla salute di altre sostanze contenute o derivate dai prodotti del tabacco. Inoltre, il decreto vieta l'uso di diciture, quali per esempio *mild* e *light*, o elementi figurativi, che diano l'impressione che alcuni prodotti siano meno nocivi di altri e obbliga i fabbricanti e gli importatori a presentare annualmente alle autorità competenti un elenco completo di tutti gli ingredienti utilizzati nella produzione sotto forma combusta e incombusta, corredato dei dati tossicologici.

L'Italia, prima in Europa con la legge 165/1962, ha bandito ogni tipo di pubblicità diretta, ma rimaneva non regolata la pubblicità via internet e alcune forme di pubblicità indiretta (per esempio, marchi di capi di vestiario che ricordano sigarette). La successiva legge 52/1983 ha disciplinato la pubblicità sul tabacco e ha vietato la propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto del tabacco, senza fare distinzioni tra pubblicità diretta e indiretta. Con il decreto ministeriale 425 del 1991, in attuazione della direttiva europea 89/552, è stata inoltre vietata la pubblicità televisiva di ogni prodotto del tabacco, anche in forma indiretta, mediante utilizzazione di nomi, marchi, simboli o altri elementi caratteristici di prodotti del tabacco. Il decreto legislativo 581/1993 ha vietato inoltre la sponsorizzazione di programmi da parte di persone fisiche o giuridiche la cui attività principale consista nella fabbricazione o vendita di sigarette o altri prodotti del tabacco. Con il decreto legislativo 300/2004 è stata recepita la direttiva europea 2003/33/CE, che regolamentava la pubblicità e la sponsorizzazione dei prodotti del tabacco aventi carattere transfrontaliero e la distribuzione gratuita dei prodotti del tabacco a scopo promozionale. È stato così possibile completare il quadro normativo nazionale relativo alla pubblicità, che ha consentito, a partire dal 2005, di impedire l'uso del marchio di prodotti del tabacco durante il Gran premio di formula uno e di motociclismo d'Italia e di San Marino.

Fin dal regio decreto 2316 del 1934 è vietata la vendita di sigarette ai minori di 16 anni, mentre il 13 settembre 2012 è entrato in vigore il decreto legge n.158 che all'articolo 6 estende il limite di età a 18 anni.

La normativa italiana di riferimento sul contrabbando è costituita dalle leggi 50/1994 e 92/2001 che dispongono pene severe per il contrabbando, e prevedono la distruzione del tabacco sequestrato. Queste, al fine di contrastare le organizzazioni criminali collegate alle attività di contrabbando, stabiliscono che l'amministrazione finanziaria e i produttori di tabacchi vigilino sull'effettiva immissione al consumo della merce nel Paese dichiarato come destinatario finale. I produttori devono adottare un sistema d'identificazione dei prodotti che ne consenta la tracciabilità.

La strategia europea «Guadagnare salute» e i progetti del Ccm

Nel 2006 l'OMS ha definito una strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, mirata alla regione europea (WHO 2006), resa operativa in Italia dal programma «Guadagnare salute» con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007. In questo quadro, il Ccm del Ministero della salute ha promosso l'attuazione di numerosi progetti coordinati a livello regionale da Emilia-Romagna e Veneto. Di seguito è presentato un sintetico resoconto delle attività avviate:

- il progetto «Piano nazionale di formazione sul tabagismo» del 2006-2007 (coordinato dalla Regione Emilia-Romagna) ha visto la formazione di oltre 100 operatori in rappresentanza di 20 regioni in 5 aree (coordinamento rete regionale tabagismo, interventi sui giovani, servizi per la cessazione, medici di medicina generale, interventi nei luoghi di lavoro);
- il progetto «Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale» del 2007-2010 (coordinato dalla Regione Emilia-Romagna) ha promosso lo sviluppo di direttive regionali sul tabagismo (nel 2009 tutte le regioni avevano inserito la lotta al tabagismo nei propri atti d'indirizzo). Sono stati inoltre sviluppati progetti pilota aziendali nelle 5 aree sopradescritte, con l'obiettivo di facilitare il passaggio "da progetto a processo";
- il progetto «Programma di prevenzione del tabagismo e di sostegno alla Legge 3/2003 nelle Regioni italiane» (coordinato dalla Regione Veneto) ha selezionato 6 programmi scolastici di prevenzione come "buone pratiche". Questi programmi sono stati diffusi nelle scuole dalle ASL individuate in ciascuna regione, e insieme al programma Unplugged sono stati proposti come "buone pratiche" alle scuole italiane durante il percorso nazionale di formazione «Scuola e Salute» realizzato nel 2010 in applicazione del protocollo di intesa 25/1/2007 fra il Ministero della salute e il Ministero dell'istruzione;

- il progetto «Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa in Italia» (coordinato dalla Regione Veneto) aveva l'obiettivo di mantenere nel tempo l'osservanza della legge 3/2003, attraverso la valutazione del rispetto della normativa nei luoghi di lavoro pubblici e privati, comprese le strutture sanitarie, e il coinvolgimento del personale dei Dipartimenti di prevenzione in un ruolo attivo di vigilanza sul rispetto del divieto, per l'appropriata applicazione della normativa e il suo uso per promuovere ambienti liberi dal fumo;
- il progetto «Mamme libere dal fumo» (coordinato dalla Regione Veneto) ha come obiettivo favorire l'intervento di *counseling* da parte del personale ostetrico per il sostegno motivazionale alla disassuefazione e il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale;
- la campagna «Genitori più: sette azioni per la salute del bambino» è stata diffusa nel 2007 su tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di sensibilizzare e orientare i genitori verso scelte di salute consapevoli e praticabili, tra cui l'astensione dal fumo in gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;
- nell'ambito del progetto Ccm «Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni» (coordinato dall'Istituto superiore di sanità, ISS) l'Italia partecipa all'indagine «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC), che consente di raccogliere dati sui comportamenti relativi alla salute in età pre-adolescenziale (11-15 anni). A partire dal 2009 l'Italia ha poi aderito alla GYTS, un'indagine coordinata dall'OMS e dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta in più di 100 Paesi, che ha l'obiettivo di monitorare l'abitudine al fumo nei giovani.

Interventi

Questa sezione prende in considerazione gli interventi e le strategie di prevenzione dell'iniziazione all'uso di tabacco, le evidenze di efficacia desunte dalla letteratura scientifica e presenta le raccomandazioni elaborate dai gruppi di lavoro che hanno contribuito a questa LG. Il testo è organizzato in 5 capitoli:

- **interventi di popolazione**, che sono rivolti alla popolazione generale, indipendentemente dal contesto nel quale vivono o operano prevalentemente i singoli individui;
- **interventi familiari**;
- **interventi in ambito scolastico**;
- **interventi complessi**;
- **ruolo dei servizi sanitari**.

INTERVENTI DI POPOLAZIONE

Gli interventi di popolazione contro il tabagismo possono avere sia obiettivi di prevenzione (riduzione del rischio d'iniziazione e della transizione verso la dipendenza), sia di promozione della disassuefazione. Alcuni interventi agiscono su ambedue gli obiettivi, altri solo su uno dei due; alcuni studi di valutazione non distinguono però i due obiettivi, misurando soltanto la capacità di un intervento di ridurre la prevalenza di fumatori.

Gli interventi di popolazione che riducono l'iniziazione sono generalmente disegnati per cambiare i fattori descritti nel capitolo «Dipendenza da nicotina e storia naturale del tabagismo» (pag. 33), e in particolare le conoscenze, le intenzioni, i comportamenti d'uso, le norme sociali e la percezione di prevalenza negli adolescenti e giovani adulti (Hopkins 2001). A causa della precoce capacità del tabacco di produrre dipendenza, la prevenzione della prima sperimentazione, o il suo ritardo, è il principale obiettivo di questi interventi, anche se alcuni mirano alla riduzione della transizione fra la sperimentazione e la dipendenza; i principali fattori di rischio su cui essi agiscono sono la percezione del fumo di tabacco come un comportamento normale per i pari e per gli adulti e l'accessibilità dei prodotti del tabacco (Tyas 1998).

I singoli interventi presi in esame in questa sezione, sono:

- politiche di prezzo e tassazione;
- composizione dei prodotti del tabacco;
- formato dei pacchetti ed etichettatura;
- campagne mediatiche di prevenzione;
- regolamentazione della pubblicità;

- vendita a minori;
- divieti e restrizioni d'uso.

Molti di questi interventi sono implementati in Italia, seppure con intensità variabile (vedi tabella 14, pag. 47). I capitoli che seguono mirano a proporre un quadro della realizzazione delle diverse azioni e, secondo la procedura di analisi descritta nel capitolo «Metodi» (pag. 20), a raccomandare le azioni più utili.

Politiche di prezzo e tassazione

Razionale

La risposta dei consumatori alle variazioni di prezzo di un prodotto è nota con il termine economico di «elasticità della domanda rispetto al prezzo». Nel campo del tabagismo, l'elasticità ha un valore negativo, poiché l'aumento di prezzo produce una riduzione della domanda, e viceversa.

Si parla di domanda elastica quando la domanda segue le variazioni di prezzo, diminuendo in occasione degli aumenti (valori >-1) e anelastica quando all'aumentare del prezzo la domanda si mantiene inalterata o discende in modo non proporzionale (valori <-1).

Interventi/policy nazionali e livello di implementazione

Il prezzo delle sigarette è modificabile con l'imposizione di accise alla vendita al dettaglio; queste modifiche dipendono direttamente dal Ministero dell'economia. In Europa le accise (*excise tax*) coprono in media almeno il 57% del prezzo al consumatore (Sole 24 ore, luglio 2008). In Italia, nel 2012, all'accisa del 58,5% si aggiunge un ulteriore costo al consumatore pari al 17,4% rappresentato dall'IVA, per un totale di poco superiore al 75%, più alto della media dei Paesi europei. In alcuni stati, come per esempio Svizzera, California e Thailandia, ma non in Italia, una parte delle accise è destinata al contrasto del tabagismo.

Revisione delle evidenze di efficacia

Per la valutazione dell'impatto dell'aumento di prezzo dei prodotti del tabacco sulle nuove iniziazioni sono state incluse 3 revisioni sistematiche (Hopkins 2001, Chaloupka 2011, IARC 2011), di cui la prima è servita da base per la Guide to Community Preventive Services (Task Force on Community Preventive Services 2005), una revisione narrativa (Chaloupka 2000), 4 studi osservazionali prospettici (DeCicca 2008, Tauras 2001, West 2007, Sen 2010) e 10 studi diversi (studi di coorte, survey trasversali, studi di correlazione).

Le conclusioni della International Agency for Research on Cancer (IARC), condivise da Chaloupka, sono che gli aumenti dei prezzi riducono la prevalenza di uso

tra i giovani e anche l'iniziazione, anche se hanno maggiore impatto sulla transizione all'uso regolare (IARC 2011, Chaloupka 2011). Le stime della Guide to Community Preventive Services sono che ogni 10% di aumento del prezzo comporta una riduzione media della prevalenza di uso del 3,7% (8 studi) e una riduzione media del consumo del 2,3% (6 studi), Il documento giudica come forte l'evidenza alla base della raccomandazione (Hopkins 2001).

Una revisione degli studi che hanno misurato la risposta dei fumatori alle variazioni del prezzo dei prodotti del tabacco conclude che l'elasticità al prezzo del prodotto è diversa fra gruppi sociali diversi, fra generi e nelle diverse fasi della storia naturale del tabagismo (Chaloupka 2000).

DeCicca analizza una coorte di giovani statunitensi, il National Education Longitudinal Study, in 3 ondate successive, a 13, 17 e 25 anni (circa 20.000 all'inizio e 12.000 nell'ultima intervista), e misura l'elasticità dell'iniziazione al prezzo (DeCicca 2008): i risultati dimostrano la responsività al prezzo del tabacco da parte dei giovani (mediata dalla modifica della percezione sociale del tabagismo, che si comporta come un mediatore) e una bassa efficacia o sostanziale inefficacia della tassazione sull'iniziazione dei giovanissimi.

Tauras indaga gli stadi dell'iniziazione al consumo di tabacco e verifica come l'elasticità nei giovanissimi sia variabile in base al grado di dipendenza già instaurato: essa è molto bassa nelle fasi di sperimentazione e di fumo saltuario (-0,27), aumenta nell'abitudine instaurata (1-5 sigarette al giorno: -0,81) e nella dipendenza vera e propria (>1/2 pacchetti di sigarette al giorno: -0,96) (Tauras 2001).

L'indagine di West mostra un'elasticità al prezzo da parte dei ragazzi di 11-13 anni, in relazione alla loro disponibilità di denaro settimanale, più elevata in coloro che appartengono alle classi benestanti della società scozzese. Gli autori spiegano questo fenomeno con il verosimile maggiore accesso a fonti di approvvigionamento gratuito (familiari, amici) dei ragazzi dei livelli sociali più svantaggiati (West 2007).

La valutazione dell'effetto della riduzione drastica delle tasse avvenuta nel 1994 in Canada per ridurre il contrabbando dagli Stati Uniti (pre-post con controllo dato dai differenti tempi di riduzione dei prezzi fra province canadesi), mostra una riduzione modesta della prevalenza fra giovanissimi, senza però alcun dettaglio sulla fase di iniziazione (Sen 2010).

Studi di correlazione mostrano come l'elasticità al prezzo del prodotto sia diversa fra gruppi sociali diversi, fra generi e nelle diverse fasi della storia naturale del tabagismo (Gallus 2006). Anche in Italia, uno studio condotto analizzando dati per il periodo 1970-2001 mostra che un aumento dell'1% del prezzo porta a una diminuzione della prevalenza di fumo dello 0,30% e a una diminuzione del consumo di sigarette dello 0,43% (Gallus 2003). Sembra, dunque, che l'aumento di prezzo possa ridurre la prevalenza nella popolazione generale, mentre è più limitata la conoscenza dell'effetto sull'iniziazione al fumo dei giovani e giovanissimi.

L'elasticità della domanda sembra essere maggiore per i giovani rispetto agli adulti per due ragioni: i giovani danno minore importanza alla propria salute futura rispetto ai costi attuali (Chaloupka 1997), e sono maggiormente influenzati dalla percezione di prevalenza del tabagismo fra pari e in famiglia; l'effetto delle politiche su altri gruppi di fumatori (più anziani, anche di pochi anni) può riversarsi quindi, indirettamente, anche sui giovanissimi per un processo di de-normalizzazione del tabacco.

Emery, utilizzando i dati empirici della National Health Interview Survey (NHIS), dimostra però un'indifferenza al prezzo del tabacco nella fase di iniziazione dei giovanissimi, soprattutto perché nella maggioranza dei casi l'acquisto delle prime sigarette non è a carico degli stessi (Emery 2001). Essi diventano acquirenti solo quando l'abitudine si è già instaurata. Secondo Cawley, infatti, l'elasticità al prezzo aumenta con l'aumentare del numero di sigarette fumate. La domanda è poi decisamente elastica nei maschi (-1,20), mentre le ragazze presentano una domanda costantemente anelastica, anche per il timore di aumento ponderale in caso di riduzione del fumo (Cawley 2004).

Secondo Peretti-Watel l'efficacia dell'aumento dei prezzi sarebbe limitata in periodi di forte pressione sociale e pubblicitaria a favore del fumo (Peretti-Watel 2004).

Biener fornisce un esempio completo degli effetti delle politiche di tassazione: nel 1993 lo stato del Massachusetts ha approvato un'iniziativa che aumentava il prezzo del pacchetto di sigarette di 0,25 dollari, destinandoli a un programma di controllo del tabagismo. Dal 1993 al 2000, grazie a questa legge, sono stati investiti annualmente 6,50 dollari pro-capite in questa iniziativa. Uno studio pre-post con gruppo di controllo ha documentato un declino annuale della prevalenza dello 0,43%, confrontato con un incremento dello 0,03% negli Stati di controllo (Biener 2000).

I dati disponibili non facilitano l'esame della relazione fra prezzi e livelli socioeconomici di appartenenza, perché raramente distinguono l'iniziazione dalla cessazione. I consumatori di tabacco appartenenti ai bassi livelli socioeconomici sembrano avere una minore elasticità al prezzo, e tendono a cessare con minore facilità per il maggiore effetto dell'influenza sociale. Dovrebbero però avere maggiore elasticità al momento dell'iniziazione, in quanto le accise rappresentano un'imposizione fiscale regressiva, che ha maggiore peso fra i redditi più bassi (Martire 2010, Remler 2004).

Oltre una certa soglia però l'aumento del prezzo potrebbe stimolare il contrabbando di prodotti del tabacco. Si tratta di un argomento molto sostenuto dall'industria del tabacco. Berardi, nella rivista della British American Tobacco, sostiene che l'incentivo al contrabbando organizzato è tanto maggiore quanto più elevato è il livello dei prezzi di vendita nel Paese di destinazione (Berardi 2004).

In realtà, altri studi mettono in dubbio questo assunto: secondo Merriman si tratta di un fenomeno che ha costi di transazione troppo elevati sia per il fornitore sia per l'acquirente per poter incidere realmente sulla salute complessiva della popolazione generale (Merriman 2002). È però un fenomeno da non sottovalutare, anche se in Italia la percentuale di tabacco illegale consumato è stimata allo 0,3% (Joossens 2012).

Sintesi delle evidenze

Le evidenze scientifiche confermano che l'aumento del prezzo dei prodotti del tabacco sia un intervento di sanità pubblica molto efficace, con alcune incertezze sull'efficacia diretta sull'iniziazione, dato che questa avverrebbe attraverso prodotti non acquistati. L'elasticità della domanda dei più giovani aumenta con l'istaurarsi della dipendenza e al costo che devono effettivamente sostenere. D'altra parte le politiche di aumento dei prezzi dei prodotti del tabacco contribuiscono a denormalizzare il tabagismo e incidono sulla prevalenza di fumatori (Hopkins 2001) e quindi indirettamente sul rischio di iniziazione.

In Italia però questo intervento è gestito dal Ministero dell'economia che lo utilizza a fini puramente fiscali, determinando una perdita parziale della sua efficacia sanitaria. Altri Paesi, quali la Svizzera o la California, utilizzano esplicitamente parte del ricavato dell'accise a fini di prevenzione: l'aumento del prezzo, correttamente pubblicizzato, diviene allora direttamente portatore del messaggio preventivo.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
1	Il prezzo dei prodotti del tabacco deve essere sottoposto a un aumento progressivo e costante mediante tassazione	++++ 2	A
2	L'aumento dei prezzi deve essere accompagnato dalla persistenza delle azioni di contrasto del contrabbando di tabacco	+ 2	C
3	Le autonomie locali (regioni, province autonome e comuni) dovrebbero poter utilizzare tasse aggiuntive sui prodotti del tabacco come strumento di politica di prevenzione	+ 1	C
4	Una quota significativa delle accise sul tabacco dovrebbe essere destinata a interventi di contrasto del tabagismo	++ 1	C
5	L'aumento dei prezzi deve essere accompagnato da una campagna informativa che ne evidenzi lo scopo preventivo	+ *	C

*Raccomandazione aggiunta dopo il coinvolgimento del Gruppo di consultazione allargato, che non si è espresso sul livello di rilevanza

Composizione dei prodotti del tabacco

Razionale

La nicotina è la sostanza responsabile dello sviluppo della dipendenza da tabacco nell'uomo. Le sigarette ottimizzano il rilascio di nicotina; la velocità di assorbimento

mento e il meccanismo attraverso cui la nicotina genera dipendenza sono manipolati e ottimizzati dalle tecniche di manifattura della sigaretta e dall'aggiunta di additivi. I documenti dell'industria del tabacco indicano che già negli anni '70 si aggiungevano additivi al fine di aumentare il rilascio di nicotina, di diminuire l'effetto irritante del fumo sulle vie respiratorie e di migliorare il meccanismo di ricompensa sensoriale dell'atto del fumare. Queste sostanze potenziano e agiscono sinergicamente con la nicotina nello sviluppare e mantenere la dipendenza (NCI 2001).

Sono quindi importanti ai fini del monitoraggio non solo il contenuto di nicotina, in modo che non superi i limiti previsti per legge, ma anche l'acidità, la presenza di additivi, i residui agricoli (per esempio pesticidi), la presenza di prodotti tossici nel fumo e la forma della sigaretta e del filtro in funzione del loro ruolo nel rilascio di nicotina libera (WHO 2008).

Policy nazionali

Con il decreto legislativo 184/2003 è stata recepita in Italia la direttiva europea 2001/37/CE, che stabilisce il tenore massimo di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette e i relativi metodi di misurazione. Il decreto inoltre obbliga fabbricanti e importatori a presentare annualmente alle autorità competenti un elenco completo di tutti gli ingredienti utilizzati nella produzione sotto forma combusta e incombusta, corredato dei dati tossicologici.

Le LG per l'implementazione degli articoli 9 e 10 della Framework Convention pubblicate nel 2011 prevedono che i Paesi che hanno ratificato la Convenzione Quadro nei prossimi anni proibiscano o rendano più restrittivo l'uso di additivi per migliorare il gusto del tabacco (per esempio, mentolo, vaniglia, miele, sorbitolo, glucosio, benzaldeide, zenzero, menta), per creare l'impressione che il tabacco determini benefici a livello di salute (vitamine) o che siano associati a energia e vitalità (caffèina, taurina) e richiedano le caratteristiche del prodotto (tabacco utilizzato, dimensioni del prodotto, caratteristiche del filtro e della carta utilizzata) e la lista di ingredienti aggiunti. Le LG suggeriscono anche i mezzi per finanziare la regolamentazione dei prodotti del tabacco, come una tassa specifica sul tabacco o una tariffa per la registrazione di ogni prodotto del tabacco o per l'autorizzazione alla distribuzione o alla vendita di tabacco (WHO 2011).

Revisione delle evidenze di efficacia

Non vi sono evidenze dirette relative all'efficacia della regolamentazione della composizione dei prodotti del tabacco nel limitare l'iniziazione, e neppure è noto se ridurre o eliminare le sostanze tossiche presenti nel fumo determini una riduzione reale dell'esposizione, della dose assorbita e del rischio di sviluppare patologie fumo-correlate o dipendenza (WHO 2008). Siccome però le iniziazioni dipendono almeno in parte dagli additivi presenti, questo paragrafo è basato su evidenze indirette

relative ad alcuni additivi. Per questa valutazione, sono state incluse 3 revisioni non sistematiche (Werley 2007, Keithly 2005, WHO 2008) e uno studio osservazionale trasversale (Muscat 2009).

Il mentolo sembra non avere effetti dannosi per la salute secondo una revisione di Werley, che però è portatore di un forte conflitto di interesse; in particolare non avrebbe effetti cancerogeni aggiuntivi, almeno stando ai 4 studi caso-controllo e allo studio di coorte presentati in questa revisione (Werley 2007). Più recentemente, però, sono stati pubblicati indagini trasversali su volontari che evidenziano come il mentolo, pur non modificando l'esposizione biologica ai costituenti del tabacco, potrebbe ridurre la detossificazione e quindi l'eliminazione di un potente cancerogeno polmonare (4-N-nitrometilamino-1-3-piridil-1-butanolo) (Muscat 2009). L'acido levulinico invece, preso in esame nella revisione narrativa degli studi condotti dalle case produttrici (Keithly 2005), sembra avere un duplice effetto: riduce la sensibilità al fumo nelle alte vie respiratorie inducendo boccate più profonde (così da raggiungere dosaggi inalati superiori) e migliora la capacità della nicotina di legarsi a recettori di neuroni normalmente poco ricettivi a essa.

Sintesi delle evidenze

Le lavorazioni e gli additivi per rendere più piacevole il fumo e aumentare il potere di dipendenza sono mirati soprattutto ai giovani sperimentatori.

Il monitoraggio continuo della composizione dei prodotti del tabacco ha il ruolo di contrastare i tentativi dell'industria di realizzare prodotti che creino maggiore dipendenza, attraverso l'aggiunta di componenti chimici. La trasparenza circa le pratiche di lavorazione e la composizione finale delle sostanze commerciate può aumentare la consapevolezza e la capacità di scelte informate da parte del consumatore.

La WHO-FCTC chiede ai membri di impegnarsi affinché produttori e importatori forniscano informazioni alle autorità competenti circa la composizione e le emissioni dei prodotti posti in commercio.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
6	La presenza di additivi deve essere monitorata, regolamentata in senso restrittivo e resa di pubblico dominio	+ 3	C
7	La notifica della composizione al momento dell'immissione sul mercato di nuovi prodotti deve essere subordinata all'analisi chimica dei componenti	+ 3	C

Formato dei pacchetti ed etichettatura

Razionale

La confezione dei prodotti del tabacco influenza il rischio di fumare. Le industrie del tabacco prestano molta attenzione a ciò; la confezione infatti non è solo portatrice dell'immagine legata al marchio, ma contribuisce a definire la personalità del fumatore, dandogli un accento classico, sportivo o di identità di genere (DiFranza 2002b). I pacchetti piccoli, per esempio, trasmettono un'immagine di minore pericolosità, le sigarette *slim*, lunghe e sottili, rimandano alla femminilità.

Per neutralizzare l'effetto della confezione, la WHO-FCTC prevede l'etichettatura, cioè l'aggiunta di scritte o immagini per informare sulla pericolosità del prodotto, e l'imposizione della confezione generica, cioè senza nessun richiamo a loghi o identità di marca, se non la marca riportata con caratteri standard.

Interventi/policy nazionali

Il succedersi delle direttive europee in materia di etichettatura dei prodotti del tabacco adottate in Italia hanno imposto che un'avvertenza sanitaria generale («il fumo uccide», «il fumo danneggia gravemente te e chi ti sta intorno», ecc.) occupi almeno il 30% della faccia principale del pacchetto di sigarette e un'avvertenza complementare almeno il 40% dell'altra, con indicazioni precise sui caratteri da utilizzare: nero su bianco con bordo nero, con la possibilità di utilizzare immagini nelle avvertenze, oltre che l'interdizione dell'utilizzo degli appellativi *light*, *ultralight*, *mild*.

Non sembrerebbe necessario attuare verifiche sull'applicazione della legge, seppure in Nuova Zelanda un'indagine condotta sul campo da Wilson abbia dimostrato che le case produttrici tendono ad aggirare le norme sull'etichettatura, proponendo immagini a basso, anziché ad alto, impatto emotivo, come previsto dalle legge (Wilson 2009).

Le LG pubblicate nel 2011 per l'implementazione dell'articolo 11 della FCTC (formato dei pacchetti ed etichettatura) raccomandano l'utilizzo di etichette che coprano almeno il 50% della facciata principale del pacchetto, e l'aggiunta di pittogrammi. Inoltre, raccomandano l'eliminazione dal pacchetto della scritta con la concentrazione di CO, catrame e nicotina, perché potrebbe indurre fumatori poco informati a considerare meno dannose le sigarette a minore concentrazione, come è già successo per le sigarette *light*. Inoltre, viene suggerita l'adozione di una confezione generica, con colori standard e con riportata solo la marca in formato standard (WHO 2011).

Il suggerimento di adottare confezioni generiche per i pacchetti di sigarette emerge a partire dagli anni '90 (CCS 1994). L'idea è stata messa in pratica per la prima volta in Australia nel 2012 (Kirby 2011), dopo che furono fatte non poche resistenze da parte delle compagnie del tabacco (Sweet 2011). Il box 5 (pagina seguente) descrive le caratteristiche di una confezione generica, come originariamente ideate dalla Canadian Cancer Society (CCS).

- Le confezioni saranno di colore poco attraente sia all'esterno sia all'interno e senza scritte o simboli diversi dal nome della marca, dalle avvertenze previste dalla legge, dalla marca da bollo e dai codici a barre
- Il nome della marca potrà trovarsi solo nella parte inferiore della confezione
- Il nome della marca dovrà essere stampato in inchiostro nero con carattere e dimensioni standardizzate
- I marchi registrati dovranno essere proibiti
- Tutte le confezioni dovranno essere standardizzate in termini di dimensioni, materiali di confezionamento, modalità di apertura, goffatura e trama di sfondo
- Sarà legale il numero minimo di 20 sigarette per confezione
- Gli stessi requisiti sopra elencati varranno per le stecche di sigarette
- Ogni altro intervento con funzione decorativa sulla confezione sarà proibito
- Le confezioni prive di marca saranno obbligatorie per tutti i tipi di tabacco
- Le confezioni di tutte le marche di tabacco avranno lo stesso aspetto e si distingueranno unicamente per il nome della marca stampato in carattere standardizzato

Box 5. Confezione generica di tabacco: definizione della Canadian Cancer Society (CCS 1994)

L'ipotesi della confezione generica è supportata dall'analisi di DiFranza sulle modalità di progettazione delle confezioni di sigarette (DiFranza 2002b). I produttori di sigarette dedicano grande attenzione e finanziamenti alla progettazione delle confezioni perché la reputano un elemento essenziale per la propria immagine di marca. La promozione del consumo di sigarette avviene anche mediante la confezione, al fine di soddisfare le "necessità psicologiche" del consumatore target. Le stesse tecniche di marketing dovrebbero essere usate per progettare avvertenze preventive più efficaci.

Hammond riassume i principali vantaggi di una confezione generica: maggiore efficacia delle avvertenze sanitarie, riduzione delle false convinzioni su sigarette e salute, e riduzione della preferenza per alcune marche, specialmente tra giovani e giovani adulti. L'autore ritiene che l'introduzione di una confezione generica sia una misura efficace per il controllo del tabacco (Hammond 2010).

Revisione delle evidenze di efficacia

Per la valutazione dell'impatto delle diverse forme di confezionamento ed etichettatura sull'iniziazione sono stati inclusi uno studio prospettico di coorte (Hammond 2007) e 2 studi trasversali (White 2008, Vardavas 2009).

Nello studio International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project), un campione di circa 3.000 fumatori del Canada, Stati Uniti, Australia e Gran Bretagna è stato intervistato una volta all'anno dal 2002 in poi (Hammond 2007). In questo modo è stato possibile valutare l'entrata in vigore nel 2003 in Gran Bretagna del nuovo formato di scritte sui rischi per la salute secondo la direttiva europea 37 del 2001, avvenuta anche in Italia. In questo confronto la coorte britannica è risultata il grup-

po di intervento, mentre le coorti statunitense, canadese e australiana il gruppo di controllo. Dopo l'entrata in vigore della normativa europea, i soggetti della coorte inglese hanno notato le scritte, rispetto agli altri tre Paesi. Questa tendenza si osserva anche nelle percentuali di fumatori che ha preso in considerazione la cessazione, che ha rinunciato ad accendere almeno una sigaretta, così come nella proporzione di fumatori che ha cercato di evitare le scritte (coprendole, usando un astuccio per sigarette, evitando deliberatamente di guardarle).

In Canada nel 2000 è entrata in vigore una legge che obbliga a riportare sui pacchetti immagini riguardanti patologie fumo-correlate alternate a scritte sul 50% della superficie disponibile del pacchetto, producendo anche in questo caso effetti significativi. Se paragoniamo l'effetto registrato sulla coorte canadese nel 2002 rispetto a quello sulla coorte inglese nel 2005, l'impatto delle immagini canadesi è stato più forte di quello delle scritte inglesi. Infatti, la proporzione di canadesi che nel 2002 ha notato le nuove avvertenze sulle confezioni (84,6% *vs* 62,6%; OR=3,28, IC 95%: 2,76-3,90), ha rinunciato di fumare almeno una sigaretta a causa delle avvertenze (14,7% *vs* 10,2%; OR=1,35, IC 95%: 1,09-1,67), e ha pensato di smettere di fumare (45,1% *vs* 37,1%; OR=1,16, IC 95%:1,00-1,34), è significativamente più elevata di quella registrata in Inghilterra nel 2005. Dal confronto emerge come le immagini risultino più efficaci rispetto alle scritte, in particolare nel portare il fumatore a considerare e a fare qualche passo verso la cessazione. Questi risultati sono in linea con le raccomandazioni contenute nella WHO-FCTC (WHO 2003).

Evidenze a supporto dei messaggi sui pacchetti giungono anche dallo studio pre-post di White, condotto in due ondate (2.432 studenti di scuola secondaria per la prima ondata, 2.050 per la seconda). L'etichettatura dei pacchetti di sigarette rinforzata da spot televisivi concentrati sulle stesse immagini e messaggi aumenta l'intenzione di smettere di fumare e diminuisce l'interesse a iniziare in coloro che non fumano (White 2008).

Vardavas ha stimato poi, in uno studio trasversale basato su interviste, l'effetto emotivo suscitato in giovani greci dalle nuove etichette prescritte dall'Unione europea confrontandole con i messaggi scritti precedenti: i risultati dello studio sono significativi e mostrano una maggiore capacità di dissuasione delle immagini rispetto ai messaggi scritti (Vardavas 2009).

Sintesi delle evidenze

La confezione è portatrice di un'immagine che contribuisce all'*appeal* del tabacco. È noto però che l'aggiunta di avvertenze sulla sua pericolosità, già previste nella regolamentazione nazionale, contribuisca alla diminuzione del rischio di iniziare a fumare: vi sono evidenze che suggeriscono che le immagini sono più efficaci delle scritte.

Sebbene non si conoscano gli effetti dell'introduzione della confezione generi-

ca, non essendo ancora stata valutata in alcun Paese, le evidenze teoriche suggeriscono che questa possa essere un intervento efficace nel ridurre il rischio di iniziazione.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
8	L'Italia dovrebbe sostituire o integrare i messaggi sulle confezioni di sigarette e tabacchi con immagini ad alto impatto emotivo	+++ 1	B

Campagne mediatiche di prevenzione

Razionale

Le campagne mediatiche di prevenzione rivolte alla popolazione generale usano mezzi di comunicazione di massa (radio, TV, cartellonistica, annunci sui giornali ecc.) per disseminare brevi e ricorrenti messaggi al fine di motivare le persone, specialmente i giovani, ad assumere comportamenti salutari (nel nostro caso, a non cominciare a fumare) (Task Force on Community Preventive Services 2005).

Le campagne per disincentivare l'iniziazione al fumo si sono sviluppate soprattutto negli Stati Uniti: in questo Paese hanno una valenza statale o federale e sono state oggetto di interessi contrastanti (Tsoukalas 2003). Nonostante il contesto sociale ed educativo americano sia profondamente diverso da quello europeo, i dati provenienti da quel Paese possono essere utili anche per l'Europa.

La valutazione di efficacia delle campagne promosse attraverso i mezzi di comunicazione di massa è però complessa perché deve tener conto di molte variabili che ne possono modificare l'effetto: dalle caratteristiche della campagna stessa (qualità, intensità, durata), al livello di esposizione, a fattori esterni che interferiscono con la campagna stessa.

Revisione delle evidenze di efficacia

Per la valutazione dell'impatto delle campagne d'informazione sull'incidenza di iniziazione sono stati incluse una revisione sistematica elaborata per una LG del NICE (Richardson 2008), 3 revisioni sistematiche (Hopkins 2001, Brinn 2010, Walters 2006), 2 revisioni non sistematiche (Wakefield 2003, Noar 2006), 3 trial randomizzati controllati (Niederdeppe 2008, Strasser 2009, Sutfin 2008) e 20 studi diversi.

Tra le revisioni sistematiche, quella di Hopkins è la più datata: essa include interventi condotti dagli anni '70 agli anni '90 e ha identificato 12 valutazioni di campagne che miravano a ridurre la prevalenza di tabacco (Hopkins 2001). Seppure non sia pos-

sibile separare l'effetto generico di riduzione di prevalenza (che include sia la riduzione dell'iniziazione, sia l'aumento della cessazione), 9 di questi studi hanno valutato campagne indirizzate specificamente ad adolescenti, suggerendo che fossero mirate a ridurre l'iniziazione al fumo, più che a promuoverne la cessazione. In 5 studi con follow-up da 2 a 5 anni viene riportata una differenza percentuale nella prevalenza di fumo da +0,02% a -9,5% tra gruppo di intervento e di controllo (mediana= -2,4%); in 4 studi con follow-up da 2 a 4 anni vengono riportati odds ratio (OR) simili in direzione e dimensione (range 0,49-0,74; mediana= 0,60). Inoltre, uno studio con follow-up a 15 anni riporta una differenza percentuale di -11% tra gruppo di intervento e di controllo, mentre 2 studi non riscontrano alcun effetto per quanto riguarda l'uso di tabacco. Dei 12 studi inclusi solo uno presenta una valutazione separata per la campagna mediatica, mentre gli altri 11 mostrano i risultati complessivi di una campagna mediatica associata ad altri interventi (scolastici, di comunità). Gli autori concludono pertanto che esistono forti evidenze che le campagne mediatiche anti-tabacco siano efficaci nel ridurre l'uso, ma che purtroppo nella maggioranza degli studi non è possibile distinguere il contributo della campagna mediatica all'interno di un programma più vasto. La Community Guide to preventive services basa su questa revisione sistematica la conclusione che le campagne sono efficaci, ma che devono essere accompagnate da altri interventi (Task Force on Community Preventive Services 2005).

La revisione di Brinn invece documenta una certa efficacia delle campagne, pur denunciando la difficoltà di pronunciarsi definitivamente sul tema a causa delle differenti metodologie utilizzate negli studi condotti finora (Brinn 2010). Brinn include 7 trial controllati e *time series study*, di cui 3 sono associati a una riduzione del consumo di sigarette. L'unico studio europeo tra questi riporta una riduzione significativa del consumo di sigarette nelle femmine (8,6% nella contea di intervento *vs* 12,4% nella contea di controllo) e un trend non significativo nei maschi durante i 3 anni di follow-up (da 6,8% a 10,5%) (Hafstad 1997).

La diffusione di messaggi di promozione della salute e contrasto del tabagismo via internet non presentano invece effetti significativi secondo una revisione che prende in considerazione 19 studi pubblicati tra il 1995 e il 2004 (Walters 2006). Solo 2 dei 4 studi rivolti agli adolescenti riportano una riduzione significativa di incidenza di fumo tramite e-mail mirate rispetto a un intervento scolastico isolato, a un intervento scolastico associato alle e-mail e a nessun intervento (10,4% *vs* 14,9% *vs* 15,2% *vs* 18,1 nel primo studio; 25,0% *vs* 28,0% *vs* 29,4% *vs* 40,9% nel secondo studio).

La revisione di Richardson, elaborata per la LG del NICE (NICE 2008), ha incluso 41 studi di valutazione di campagne mediatiche per la prevenzione dell'iniziazione all'uso del tabacco (Richardson 2008). Viene documentato che le campagne antifumo di iniziativa dell'industria del tabacco o del farmaco, a differenza di quelle pubbliche, non modificano le attitudini verso il tabacco, ma migliorano quelle verso l'industria; al contrario, le campagne finanziate dagli enti pubblici sono in grado di ridurre

l'intenzione di fumare e l'incidenza di iniziazioni. Inoltre, la televisione viene indicata come mezzo più efficace, anche se i nuovi media possono essere utili e meritano di essere oggetto di ricerca. Dal punto di vista del contenuto del messaggio sembrano efficaci quelli in grado di suscitare forti emozioni negative e quelli che hanno la presenza di personaggi pubblici. Per i più giovani si sono dimostrati appropriati anche i messaggi che mirano a ridurre la percezione della frequenza del tabagismo. Al contrario, i messaggi che mostrano giovani che fumano aumentano l'intenzione di fumare. Infine, è stato riscontrato come la durata e l'intensità delle campagne siano associate direttamente alla loro efficacia.

Una revisione sistematica analizza la variazione di efficacia fra gruppi sociali diversi: non sono stati trovati studi sui giovani che ancora non fumano, ma Niederdeppe, pur trattando di campagne per la cessazione, offre alcuni spunti interessanti per la prevenzione dell'iniziazione (Niederdeppe 2008): in 9 campagne su 18 i soggetti a basso reddito e con ridotto patrimonio culturale mostrano minore rispondenza alle campagne, in particolare per le difficoltà a comprendere i messaggi di promozione della salute, per la minore motivazione ad aderire alle proposte di cambiamento e minori opportunità di accedere alle risorse presenti sul territorio.

Alcune revisioni non sistematiche di letteratura possono integrare le informazioni disponibili: secondo Wakefield i ragazzi più giovani (preadolescenti e adolescenti fino ai 13 anni) sono più propensi ad accogliere positivamente i messaggi di promozione della salute e contrasto del tabagismo (Wakefield 2003). Noar ha riveduto le prove di efficacia disponibili dal 1995 al 2005: le campagne mirate, ben condotte e con approccio composito, dimostrano una certa efficacia non solo nel modificare le credenze delle persone, ma anche nel cambiare i comportamenti (Noar 2006). Le caratteristiche che sembrano determinare l'efficacia di una campagna sono riportate nel box 6 a pagina seguente.

Uno studio longitudinale ha valutato la campagna condotta negli Stati Uniti denominata «Truth», effettuando una rilevazione dell'esposizione e dell'uso di tabacco prima e dopo la campagna stessa (Farrelly 2005). È stata documentata una riduzione statisticamente significativa del 36% del consumo di tabacco tra i ragazzi di 13-16 anni, maggiormente accentuata fra i più giovani, e un effetto dose-risposta con OR pari a 0,78 (IC95%: 0,63-0,97). Si tratta di una campagna essenzialmente basata sul contro-marketing, cioè su attacchi diretti all'industria del tabacco accusata di manipolare l'informazione ai fini commerciali.

Alcuni recenti studi randomizzati e controllati presentano risultati utili: Strasser ha valutato l'influenza del contenuto emotivo di diversi messaggi antifumo su un campione di 200 fumatori. I soggetti che rifuggono le emozioni forti sono più influenzati da messaggi pacati e non troppo coinvolgenti ($p=0,036$); al contrario, soggetti trasgressivi, amanti delle emozioni e del rischio, rimangono maggiormente colpiti da messaggi con forti contenuti emotivi ($p=0,063$) (Strasser 2009). Sutfin ha in-

- Usare messaggi mirati a gruppi sensibili, con immagini e contenuti innovativi, che stimolino la discussione fra i soggetti target e possano convincere i leader di un gruppo
- Porre a fondamento della campagna una teoria ben definita: essa suggerirà i determinanti attorno ai quali sviluppare i messaggi
- Dividere i destinatari della campagna in sottogruppi in base a variabili demografiche, categorie a rischio, caratteristiche della personalità, ecc.
- Condurre un'indagine sulle caratteristiche dei destinatari dei messaggi per comprenderne pienamente i problemi e i comportamenti specifici
- Trasmettere i messaggi della campagna attraverso canali fruiti dai destinatari e in spazi/tempi idonei
- Condurre una valutazione che includa un monitoraggio costante e raccolga informazioni sulla qualità delle azioni messe in campo
- Assicurare un'esposizione elevata dei destinatari al messaggio
- Utilizzare un disegno di studio per la valutazione di risultato che massimizzi la validità interna dello studio e permetta inferenze causali solide

Box 6. Caratteristiche principali di una buona campagna informativa (Noar 2006)

vece rilevato da un campione di 488 studenti come la maggior parte dei ragazzi sia colpita da messaggi che insistono sui possibili eventi negativi che il fumo può causare nella vita (Sutfin 2008).

Sintesi delle evidenze

I risultati delle revisioni e degli studi esaminati sembrano indicare che le campagne mediatiche siano in grado di ridurre il rischio di iniziazione all'uso del tabacco. Gli elementi più importanti derivano dalle revisioni di Brinn (Brinn 2010) e dalle conclusioni della Community Guide (Task Force on Community Preventive Services 2005), in particolare se visti alla luce delle premesse teoriche presentate nei paragrafi introduttivi:

- le campagne più efficaci generalmente mirano alla fascia di età che precede immediatamente il principio della curva epidemica di inizio della sperimentazione del fumo (per l'Italia si tratta dei giovani di 12-14 anni);
- le campagne più efficaci sono basate su solide teorie e sull'esperienza delle valutazioni delle campagne intraprese in precedenza;
- le campagne sostenute nel tempo, più intense, sono più efficaci;
- quando accompagnate da altri interventi, quali aumenti dei prezzi e interventi scolastici, le campagne mediatiche sono in grado di rinforzarne l'efficacia;
- quando includono elementi di contro-marketing e mirano a denormalizzare il tabacco sortiscono maggiori effetti;
- la valutazione di efficacia delle campagne è utile per misurarne l'impatto e per imparare dall'esperienza.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
9	Le campagne di prevenzione del tabagismo devono rispettare criteri di qualità validati dall'esperienza internazionale	+	B
		3	
10	Le campagne di prevenzione del tabagismo devono essere attivate in accordo con le Regioni, in sintonia con altre iniziative di prevenzione ed essere caratterizzate da un'adeguata intensità e durata	+	C
		1	
11	Il finanziamento delle campagne di mass-media deve comprendere un fondo per la valutazione scientifica dei suoi effetti, da affidare a un'agenzia esterna	+	B
		2	

Regolamentazione della pubblicità

Razionale

La pubblicità può essere diretta, mediante spot televisivi o cinematografici, cartellonistica o offerta di materiale sponsorizzato, oppure indiretta, come la presenza di scene di fumo nei film o in altri media. I bambini sono in grado di capire quale sia il prodotto pubblicizzato mediante un'azione diretta, anche se, secondo Freeman, riconoscono la marca solo dall'età di 7 anni (Freeman 2009). Inoltre, i bambini che hanno migliore comprensione dei messaggi, che individuano anche la marca di quanto è pubblicizzato, hanno un maggior rischio di iniziazione negli anni successivi.

La pubblicità diretta (o esplicita) dei prodotti del tabacco ha l'obiettivo di creare un'immagine positiva dell'uso del tabacco, soprattutto nei giovanissimi, così da aumentare le vendite dei prodotti finiti.

Fra i primi a studiare l'effetto della pubblicità diretta sull'iniziazione dei ragazzi, Arnett ha valutato come alcune marche abbiano un effetto più forte sulla predisposizione al fumo dei giovani (Arnett 1998). La recettività alla pubblicità dei prodotti del tabacco è poi significativamente associata all'iniziazione al fumo: il 48,7% degli studenti recettivi si muove progressivamente nello *smoking index*, utilizzato da Sargent nel 2001, verso l'abitudine consolidata. Coloro che, crescendo, aumentano la propria recettività, aumentano anche il rischio di progressione verso il tabagismo, mentre, secondo questo stesso studio, vale anche il contrario: quanti riducono la propria recettività riducono anche la propensione al fumo (Sargent 2001).

La revisione sistematica di Lovato mostra un chiaro effetto di promozione dell'iniziazione fra i giovani più esposti e più recettivi (Lovato 2003). Nella stessa direzione vanno i risultati ottenuti dalla revisione di DiFranza: negli Stati Uniti, dove i bambini sono a contatto con la pubblicità diretta del tabacco, l'esposizione aumenta il rischio di iniziazione con una relazione diretta dose-risposta; inoltre, l'associazione è robusta, consistente fra studi diversi, fra popolazioni differenti e permane anche controllando per gli altri fattori di rischio (DiFranza 2006). Paynters passa invece sistematicamente in rassegna gli studi che hanno valutato anche l'impatto della pubblicità nei punti vendita sui bambini e ragazzini, e anche in questo caso sono sempre segnalate associazioni statisticamente significative fra l'esposizione, la suscettibilità al fumo e l'iniziazione (Paynters 2009). In uno studio norvegese incluso nella revisione si osserva un aumento del 38% del rischio di fumo con esposizione alla pubblicità dei punti vendita (OR=1,38, $p=0,0001$), anche dopo l'aggiustamento per possibili fattori confondenti, come il fumo in famiglia e tra gli amici e l'esposizione ad altre forme di pubblicità.

La pubblicità indiretta (o occulta) dei prodotti del tabacco mira a promuovere i consumi migliorando l'immagine e la percezione sociale del tabagismo attraverso numerosi strumenti non espliciti: scene di film, testi di canzoni, spettacoli televisivi e radiofonici, marche di abbigliamento. La collaborazione fra industria del tabacco e quella dello spettacolo ha origini lontane nella storia del cinema (Lum 2008) e appare particolarmente proficua. Durante gli anni a cavallo del 1990 le scene di fumo nei film si erano ridotte notevolmente, ma si è poi documentato un nuovo aumento dalla fine degli anni '90 (Mekemson 2002), e fino al 1998, anno dell'accordo con le case produttrici che regola la presenza di fumo nei film, impedendo in particolare il pagamento degli attori e l'esposizione dei marchi (Glantz 2010). Dopo il 2005 si è invertita la curva, almeno fino al 2010, anno in cui comunque più di un terzo delle pellicole americane vietate ai minori di 14 anni contenevano scene di fumo. Anche fra le 50 pellicole più viste nel 2009 in 6 Paesi europei il trend è risultato simile (Morgenstern 2011a): la proporzione di film con scene di fumo è stata in media del 32% (del 47% in Italia). Da questa indagine risulta anche che le pellicole di produzione europea nel 2009 avevano una probabilità superiore del 50% di mostrare scene di fumo rispetto a quelle di produzione americana.

La revisione di Charlesworth dimostra come le scene di fumo nella cinematografia internazionale abbiano un forte influsso sull'iniziazione al consumo di tabacco degli adolescenti: in una delle survey incluse nella revisione si osserva che gli adolescenti fumatori prediligono gli attori che fumano più spesso ($p<0,01$), e che gli adolescenti non fumatori che prediligono attori fumatori sono più suscettibili al fumo degli altri adolescenti (OR=1,35; IC 95%: 1,12-1,62; $p<0,01$) (Charlesworth 2005).

Sargent mette in luce il legame fra immagini filmiche e il comportamento ado-

lescenziale: i ragazzi più esposti hanno un rischio superiore (OR=2,7; IC95%: 2,0-3,8) rispetto ai ragazzi con esposizione minore (Sargent 2001). Lo studio di Dalton, che ha seguito circa 1.700 preadolescenti e adolescenti, ha mostrato un effetto indipendente della variabile «esposizione al tabagismo attraverso film» sull'abitudine al fumo: oltre il 34% delle iniziazioni sarebbe legato a tale esposizione (Dalton 2009). Nella stessa direzione il lavoro di Song, anch'esso concentrato su giovani statunitensi (Song 2007), e quello di Laugesen, che ha studiato giovani neozelandesi di diverse etnie (Laugesen 2007). Titus-Ernstoff riporta un rischio per l'iniziazione attribuibile all'esposizione a film pari al 35% (Titus-Ernstoff 2008). La metanalisi di Wellman raccoglie gli studi pubblicati fino al 2005: pur tenendo conto che la maggior parte delle evidenze deriva da Paesi anglosassoni, appare consolidato che la visione di scene di fumo nei film aumenti l'attitudine positiva verso il tabacco (OR=1,51; IC 95%: 1,08-2,13) dei ragazzi e il rischio di iniziazione (OR=2,23; IC 95%: 1,79-2,77) (Wellman 2006).

Un recente studio randomizzato svolto in Germania (Hanewinkel 2009) ha sottoposto 1.051 adolescenti di scuole secondarie alla visione di un breve trailer durante il quale un'attrice fuma per circa 3 secondi (nel gruppo di intervento) o non fuma (nel gruppo di controllo): i risultati mostrano che sia i soggetti fumatori ($z=3,81$; $p<0,001$), sia i non fumatori del gruppo di intervento ($z=2,21$; $p=0,03$) percepiscono l'attrice come più attraente rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Fra i ragazzi tedeschi è evidente l'effetto promozionale al netto dalle caratteristiche demografiche, sociali e psicologiche dei soggetti: aver provato a fumare avviene con un OR pari a 2,2 (IC95%: 1,8-2,8) per il quartile di esposizione massima a scene di fumo nei film rispetto a quello più basso (Hanewinkel 2007).

Uno studio multicentrico europeo, che ha coinvolto 6 Paesi, ha stimato un rischio relativo medio di 1,7 (IC95%: 1,4-2,0) di iniziare a fumare se esposti al quartile superiore rispetto a quello inferiore, dopo un aggiustamento per numerose covariate, fra le quali la propensione ad assumersi rischi (Morgenstern 2011b); la coorte italiana coinvolta nello studio ha mostrato un rischio relativo leggermente minore (1,3; IC95%: 0,8-2,1).

L'efficacia del messaggio promozionale occulto sembra valere per tutte le tipologie di personaggio interpretato (Tanski 2009), anche se l'effetto appare proporzionale al fascino esercitato dal personaggio fumatore (Hanewinkel 2009, Shadel 2009), al pari dell'aumento delle aspettative positive rispetto al fumo e del senso di affiliazione verso i pari (Wills 2008).

Alcune indagini trasversali hanno riportato risultati diversi; uno studio scozzese (Hunt 2009) ha concluso che l'esposizione a film che promuovono il tabagismo non sembra avere effetti significativi sull'iniziazione, sebbene questa mancanza di effetto possa essere spiegata dall'età del campione stesso (19 anni) in cui la maggior parte dei fumatori ha già stabilizzato la propria dipendenza, mentre un altro

campione della stessa popolazione inserito nello studio di Morgenstern ha mostrato effetti elevati e significativi (Morgenstern 2011b). Primack, che ha studiato in modo trasversale negli Stati Uniti l'effetto di diversi fattori di promozione del tabagismo, conclude che il rischio legato dall'esposizione a film non è statisticamente significativo, mentre lo è quello legato all'esposizione a canzoni che citano il tabacco (Primack 2008).

Alcuni autori suggeriscono che le stime di rischio attribuibile all'esposizione alle scene di fumo del cinema siano distorte per la presenza di un confondimento: questo studio suggerisce cioè che i ragazzi a rischio di iniziazione, per esempio con tratti di carattere specifici, siano anche quelli che prediligono i film che trasmettono forti emozioni e che hanno a loro volta una maggiore probabilità di contenere scene di fumo (Chapman 2011). Queste argomentazioni non sembrano però convincenti in quanto nella maggior parte degli studi questo fattore è tenuto in conto in modo adeguato, e le evidenze appaiono comunque sempre consistenti fra studi e coerenti con gli altri elementi teorici.

La permissività dei genitori rispetto alla visione di film consigliati per un pubblico adulto (in cui le scene di fumo sono più frequenti) è associata a una maggiore propensione a iniziare a fumare da parte degli adolescenti (Hazard Ratio=0,64; IC95%: 0,53-0,77) (De Leeuw 2011).

Policy nazionali e internazionali

In Italia la pubblicità dei prodotti del tabacco è regolamentata da diversi decenni: la legge 165/62 e l'articolo 8 della legge 52/83 vietano esplicitamente la propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto da fumo. La Corte di cassazione, con una sentenza del 1995, ha precisato inoltre che per propaganda pubblicitaria deve intendersi «ogni comportamento rivolto al pubblico e inteso, o semplicemente idoneo, a sollecitarlo all'acquisto di prodotti da fumo», rilevando così l'effetto oggettivo della pubblicità e ricomprendendo nel divieto anche tutte le forme di merchandising messe in atto dalle multinazionali.

Nel Regno Unito, il Tobacco Advertising and Promotion Act (TAPA) ha proibito nel 2003 ogni forma di pubblicità diretta: secondo Brown quest'intervento ha migliorato le capacità critiche dei giovani verso la pubblicità e ridotto l'influenza del tabagismo fra pari, riducendo l'accettabilità sociale dell'abitudine (Brown 2006).

In Europa, la pubblicità è oggetto della direttiva 2003/33/CE del Parlamento europeo e del Consiglio che vieta ogni forma di pubblicità dei prodotti del tabacco (a mezzo stampa, radiofonia, tramite organizzazione di eventi): tutti gli stati membri, già nel 2006, risultavano aver recepito la direttiva.

L'OMS ha raccolto le raccomandazioni utili a contrastare questo fenomeno in un rapporto del 2009 (Smoke-free movies: from evidence to action); in esso sono riprese le proposte di Glantz (Glantz 2010), raccomandando le seguenti azioni:

- i produttori di film dovrebbero certificare che non sono stati percepiti fondi dalle industrie del tabacco;
- dovrebbe essere proibita l'esposizione di marche di sigarette identificabili;
- le pellicole con presenza di scene di fumo dovrebbero essere precedute e seguite da pubblicità anti-tabacco;
- il fumo dovrebbe essere incluso fra i criteri di censura dei film, insieme a quelli già in vigore come le scene esplicite di sesso, di violenza e di uso di droghe.

Nel 2007 alcune major americane (Disney, Time-Warner, Weinstein) hanno cominciato a includere spot antifumo all'inizio dei film venduti in DVD, ma solo per il mercato statunitense e canadese (Glantz 2010). Non sono ancora disponibili in letteratura scientifiche valutazioni di questa iniziativa.

Le LG pubblicate nel 2011 per l'implementazione dell'articolo 13 (pubblicità, promozione e sponsorizzazione) della FCTC (WHO 2011) raccomandano di proibire l'esposizione alla vista dei prodotti del tabacco nelle rivendite di tabacco, perché la semplice esibizione dei prodotti è considerata di per sé pubblicità e promozione dell'uso di tabacco. Viene consigliato di esporre solo la lista di prodotti del tabacco con i relativi prezzi. Inoltre, viene raccomandato il bando dei distributori automatici di sigarette e della vendita di sigarette tramite internet.

Gli stati che hanno ratificato la FCTC si sono impegnati poi a bandire l'assegnazione di fondi di "responsabilità sociale" ad altri enti da parte delle industrie del tabacco, perché considerati una forma di sponsorizzazione.

In Italia il disegno di legge del 20 luglio 2007 (art.3 comma 2) specifica quali siano i criteri per definire il divieto dei film ai minori di 14 o 18 anni: sono citate sostanze psicotrope (non il fumo), oltre a violenza, uso di droghe e pornografia. D'altra parte nel nostro Paese molti progetti di film ricevono finanziamenti statali (in media 35 all'anno nel periodo 2004-2009) e tramite le *film commission* locali (come per esempio www.fctp.it/info_fctp.php), e normalmente la selezione ha criteri espliciti, che non includono però le possibili influenze sulla salute.

Revisione delle evidenze di efficacia

La ricerca di documentazione alla base di questa LG non ha identificato nessuna esperienza di censura dei film che contengono scene di fumo. È in corso però un'iniziativa a livello locale a Liverpool (Gran Bretagna), dove un gruppo d'interesse sull'argomento, costituito da agenzie sanitarie e organizzazioni non governative, ha guidato un processo di sensibilizzazione e mobilitazione dell'opinione pubblica, richiedendo all'autorità locale di applicare il divieto ai minori per i film con scene di fumo. Esperienze nazionali o locali sono esplicitamente promosse dall'OMS, anche al fine di influenzare i distributori di film di Hollywood, che coprono il 60-70% del mercato cinematografico europeo (WHO 2009).

Per quanto riguarda gli spot antifumo da proiettare prima e durante la visione dei

film, Hanewinkel ha condotto uno studio quasi-sperimentale esponendo gli spettatori di 13 film a spot antifumo a settimane alterne in un cinema multiplex di Kiel: i soggetti esposti hanno dimostrato di avere una maggiore coscienza del fumo nei film (OR=1,22; IC95%: 1,02-1,47), una minore approvazione delle scene di fumo nei film ($p=0,021$) e una minore intenzione di fumare in futuro ($p=0,083$), in particolare fra i soggetti di 10-17 anni ($p<0,00$), sebbene l'iniziativa non sembra aver ridotto l'urgenza di fumare nei fumatori (Hanewinkel 2010). Anche Edwards ha dimostrato l'efficacia di questo tipo di intervento: lo studio era condotto solo su ragazze, dimostrando una differenza significativa fra il gruppo di intervento e quello di controllo nel condannare l'abitudine al fumo da parte di non fumatrici (Edwards 2004). Lo stesso autore ha condotto un analogo studio alcuni anni dopo, esponendo o meno il pubblico, a settimane alterne nelle stesse sale, a spot antifumo prima della proiezione (Edwards 2007): il gruppo esposto agli spot ha dimostrato di accettare di meno il fumo nel film ($p=0,04$), ma una maggiore proporzione di fumatori del gruppo di intervento ha dichiarato di prevedere di fumare ancora a un anno di distanza ($p<0,05$), facendo sospettare un effetto avverso.

Il controllo sulla visione dei film da parte dei genitori riduce l'esposizione a film contenenti scene di fumo e riduce anche l'iniziazione al fumo; una coorte di ragazzi e ragazze tedeschi studiata per un anno ha mostrato un effetto delle restrizioni genitoriali alla visione di film con una relazione dose-risposta: il rischio relativo di iniziare a fumare va da 1 per i figli di genitori che non permettono mai ai figli di vedere film vietati, a 3,29 (IC95%: 2,33-4,64) per i figli di genitori che lo permettono sempre (Hanewinkel 2008). Anche i risultati riportati da Thompson sembrano dimostrare l'efficacia del divieto genitoriale alla visione dei film vietati per i propri figli; i figli di genitori che non controllano hanno una probabilità di fumare 2,5 volte (IC95%: 1,7-3,7) maggiore rispetto a quelli che pongono restrizioni (Thompson 2007). Anche Dalton ha dimostrato l'efficacia dei divieti familiari alla visione di film con alta esposizione di immagini a rischio sull'iniziazione al fumo dei figli, indipendentemente dall'abitudine al fumo dei genitori (Dalton 2006).

Sintesi delle evidenze

In Italia la pubblicità diretta è vietata in ogni forma e il divieto è applicato rigorosamente, per cui le raccomandazioni di questa LG si limitano alla pubblicità indiretta.

Non sono ancora disponibili evidenze di efficacia di interventi di riduzione dell'esposizione a forme indirette di promozione dei prodotti del tabacco, derivanti cioè da sperimentazioni o da valutazioni di cambiamenti normativi. Ma le prove relative all'effetto delle diverse forme di pubblicità indiretta sono molto solide: l'esposizione a immagini di fumo nei film è considerato un fattore di rischio importante per l'ini-

ziazione. Tali evidenze sono limitate alle immagini cinematografiche perché la ricerca in altri campi non è stata ancora sviluppata, ma è verosimile ritenere che esse possano essere estese ad altre forme di esposizione, quali la televisione o la pubblicità di prodotti diversi.

A partire da queste evidenze, l'OMS ha inserito articoli specifici sulla pubblicità nella FCTC e ha pubblicato un documento specifico che contiene indicazioni (WHO 2009). Le raccomandazioni che seguono sono principalmente basate su questi documenti di indirizzo, oltre che sulle evidenze riassunte nella sezione precedente.

Il Gruppo panel ha inoltre inserito una raccomandazione relativa al finanziamento pubblico dello spettacolo: sembra infatti incoerente che il denaro pubblico finanzi la produzione di pellicole cinematografiche che possono avere un effetto importante nella promozione dell'iniziazione al fumo.

Anche sul ruolo che può avere la famiglia nel regolamentare la visione di materiali cinematografici con scene di fumo esistono evidenze indirette, e anche queste sembrano essere sufficientemente robuste da suggerire una raccomandazione specifica.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
12	L'Italia dovrebbe regolamentare tutte le forme di pubblicità indiretta ai prodotti del tabacco (scene di fumo nei film, esposizione dei pacchetti con marchio nei punti vendita, personaggi che fumano in pubblicità per altri prodotti, marchi visibili in prodotti diversi come per esempio abbigliamento)	+	C
		2	
13	La visione di film che contengono scene di fumo dovrebbe essere proibita ai soggetti con età inferiore a 18 anni	+++	B
		1	
14	I film che contengono scene di tabagismo dovrebbero essere preceduti, nelle sale e in televisione, da messaggi preventivi	+++	B
		1	
15	La presenza di scene di fumo nei copioni deve diventare un criterio di valutazione per l'assegnazione di finanziamenti pubblici	+	C
		2	
16	I film dovrebbero contenere esplicite dichiarazioni riguardo eventuali finanziamenti – diretti e indiretti – dell'industria del tabacco	+	B
		3	
17	Dovrebbero essere promossa la supervisione da parte dei genitori dei film contenenti scene di fumo	+	C
		1	

Vendita a minori

Razionale

I divieti di vendita dei prodotti del tabacco ai soggetti minorenni sono parte della strategia di prevenzione ambientale che mira a ridurre la disponibilità di prodotti del tabacco; la regolamentazione delle vendite al dettaglio rende necessario intervenire anche sul mercato via internet.

Interventi/policy nazionali e livello di implementazione

In Italia, dal 1 gennaio 2013, la vendita di prodotti del tabacco è vietata ai soggetti minori di 18 anni. Secondo il campione di italiani studiato da Gallus, l'applicazione della normativa in Italia (all'epoca dello studio il divieto era fissato a 16 anni) non è verificata in modo sistematico (Gallus 2009). La mancata verifica si può tradurre in una insufficiente applicazione della normativa. Negli Stati Uniti il problema è anche oggetto di norma nella vendita di tabacco via internet (Chriqui 2008).

Revisione delle evidenze di efficacia

Per la valutazione dell'impatto della regolamentazione delle vendite ai minori sulle nuove iniziazioni, sono state incluse 2 revisioni sistematiche della letteratura (Stead 2005, Richardson 2008), uno studio prospettico (DiFranza 2009), 5 studi trasversali (Henriksen 2008, Lovato 2007, Hublet 2009, Schnohr 2008, Rimpelä 2004) e 2 qualitativi (Borland 2009, Robinson 2010).

La revisione sistematica di Stead conclude che, senza sforzi di implementazione per promuoverne il sostegno, tali normative non vengono rispettate, e indaga l'efficacia di alcuni interventi volti a migliorare l'adesione dei rivenditori di sigarette alle norme di restrizione di vendita. I risultati, che includono disegni di studio differenti, dallo studio randomizzato e controllato al pre-post senza controllo, non sono dirimenti, anche se sembra che interventi compositi siano più efficaci. In particolare, i rinforzi ai divieti di vendita funzionano se congiuntamente vi è un supporto comunitario alla denormalizzazione del fumo fra gli adolescenti (Stead 2005).

Gli interventi diretti più efficaci sembrano essere quelli di controllo sui rivenditori (acquisto fittizio da parte di giovani per conto della polizia) ripetuti con regolarità (da 4 a 6 volte all'anno), più che quelli informativi e formativi. La minaccia di sospensione della licenza di vendita è un maggior deterrente rispetto alla sanzione pecuniaria e detti interventi si mostrano efficaci solo se condotti su un'ampia area geografica, per evitare che gli acquisti si spostino nelle zone più permissive. In tutti questi studi l'outcome considerato è l'adesione del commerciante alla norma. Anche se il divieto è considerato una misura necessaria, permangono delle perplessità circa la sua efficacia soprattutto nella fase di iniziazione al fumo, quando la fornitura di sigarette avviene più attraverso le reti sociali che attraverso l'acquisto diretto.

Una revisione sistematica (Richardson 2008) – che costituisce la base della LG del NICE sulle misure nei punti vendita per la prevenzione dell'iniziazione al fumo (NICE 2008) – riporta alcune considerazioni aggiuntive; anche questa revisione include tipi di studi diversi, dal trial randomizzato allo studio trasversale. Difetto sostanziale di tutti gli studi inclusi è il breve periodo di follow-up; per tale ragione non è chiaro se gli interventi per la riduzione della vendita illegale di tabacco prevengano l'iniziazione al fumo oppure la ritardino solamente. La revisione NICE ribadisce inoltre l'importanza di misure coercitive per ridurre la vendita a minori rispetto a interventi educativi dei venditori citando uno studio cross-sectional australiano in cui 6 su 7 venditori (86%) partecipanti al programma «It's the Law» e 131 su 149 venditori non partecipanti (88%) alla baseline avevano manifestato l'intenzione di vendere prodotti del tabacco a soggetti minorenni. Dopo aver introdotto e reso di pubblico dominio i procedimenti giudiziari per chi vende sigarette ai minori e dopo la diffusione di una campagna mirante ad aumentarne la consapevolezza, la trasgressione alla nuova norma è diminuita progressivamente nel tempo (non *compliance* del 30,8% dei venditori nel 1994, dell'8,1% nel 1996 e 0% nel 1998) (Tutt 2000).

La revisione NICE presenta altre evidenze utili alla costruzione di politiche:

- i venditori maschi con meno di 30 anni sono più propensi a vendere tabacco ai minori;
- i minori apparentemente più vecchi della loro età hanno maggiore probabilità di riuscire ad acquistare sigarette;
- la probabilità di vendita illegale è più alta durante la settimana che nel fine settimana;
- le ragazze hanno maggiore successo nell'acquisto di tabacco, anche dopo l'aggiustamento per l'età apparente;
- gli interventi rivolti ai consumatori hanno maggiore efficacia sulle persone che fumano meno di 5 sigarette al giorno e sui fumatori più giovani.

DiFranza, in uno studio osservazionale prospettico, rileva come l'irrigidimento delle norme e dei controlli sul divieto di vendita ai minori negli Stati Uniti, controllando l'effetto di campagne e divieti di fumo, abbia determinato tra il 1997 e il 2003 una riduzione del 20,8% della probabilità di fumare fra i ragazzi di 14-15 anni attribuibile al mutato comportamento dei rivenditori (DiFranza 2009).

L'acquisto di sigarette da parte dei ragazzi parrebbe influenzato dalla prossimità dei punti vendita ai loro luoghi di ritrovo: mettendo in relazione l'assetto urbanistico delle strutture commerciali con i dati della California Student Tobacco Survey 2005-2006 si evidenzia come la prossimità delle rivendite alle scuole si correli positivamente con il numero di ragazzi fumatori (nelle scuole con oltre 5 rivendite nelle vicinanze la percentuale di studenti che fumano è più elevata del 3,2%, in modo statisticamente significativo) (Henriksen 2008). Le attività promozionali che hanno luogo in questi punti vendita sembrano esercitare un effetto sugli studenti determinando un aumento della prevalenza di uso di tabacco (Lovato 2007).

Alcuni autori si sono concentrati in modo specifico sui cambiamenti delle modalità di acquisto delle sigarette in seguito all'innalzamento del divieto di acquisto da 16 a 18 anni: in Finlandia, con l'estensione del divieto, si è registrato nelle tabaccherie un calo netto delle vendite ai ragazzi più giovani, mentre la riduzione è stata minore per i ragazzi prossimi alla maggiore età. D'altra parte sono aumentate le vendite in altri punti commerciali e la fornitura attraverso le reti sociali di appartenenza (Rimpelä 2004). Gli stessi esiti sono stati rilevati anche in Gran Bretagna (Borland 2009), dove è stato rilevato come i minorenni aggirino facilmente la legge rivolgendosi ad adulti per acquistare al posto loro le sigarette presso i rivenditori (Robinson 2010).

Sintesi delle evidenze

La riduzione dell'accessibilità ai prodotti del tabacco sembra una modalità efficace di prevenzione primaria. La regolamentazione delle vendite però non sembra capace di garantire da sola un effetto diretto sulla riduzione del rischio di iniziazione; questa dovrebbe essere accompagnata da azioni di controllo del rispetto della norma, e associata ad azioni dirette alla comunità, affinché l'accesso ai giovani sia realmente ostacolato.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
18	Controlli periodici del rispetto del divieto di vendita ai minori devono essere implementati con sanzioni severe e su aree vaste	+++ 2	A

Divieti e restrizioni d'uso

Un altro strumento importante e utilizzato da molti Paesi sono le restrizioni o divieti di fumo. Questi hanno un effetto diretto sull'iniziazione, ma anche un effetto indiretto, mediato dalla riduzione della percezione di prevalenza del fumo che, come ricordato nel paragrafo «Teorie e modelli dell'iniziazione» (pag. 36), è un fattore di rischio rilevante in adolescenza.

Policy nazionali

In Italia dal 2005 vige il divieto di fumo in tutti i luoghi pubblici chiusi, oltre che in quelli privati accessibili al pubblico (articolo 51 della legge 3/2003 sulla tute-

la della salute dei non fumatori e la relativa circolare 17 dicembre 2004 «Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore della legge»). Gorini descrive il successo di questa norma: il calo della prevalenza del fumo è stato pari al 7,3% nel periodo a cavallo dell'implementazione della legge (Gorini 2007). Non è noto se essa abbia sortito qualche effetto specifico sull'iniziazione; esistono, tuttavia, ancora elementi di debolezza di questa policy: una survey svolta dalla Regione Veneto, nell'ambito del «Programma di prevenzione delle Aziende sanitarie locali a sostegno della legge 3/2003», finanziato dal Ccm nel 2004, ha evidenziato come i controlli nelle aziende private siano ancora insufficienti. Nelle aziende pubbliche, soprattutto sanitarie, i controlli sono affidati solo ai Carabinieri del reparto NAS (Nuclei antisofisticazioni e sanità) anziché ai tecnici della prevenzione con compiti di polizia giudiziaria. È auspicabile che le raccomandazioni prodotte da questo programma vengano rapidamente applicate a livello nazionale. Uno studio ha evidenziato fra il personale sanitario di alcuni stabilimenti ospedalieri italiani una prevalenza di fumo del 44%, molto superiore rispetto a quella della popolazione generale, e una frequente osservazione (90,5% dei partecipanti) di fumatori all'interno dell'ospedale (Ficarra 2011).

Revisione delle evidenze di efficacia

Le leggi di restrizione dell'uso di tabacco istituite in molti Paesi europei hanno prodotto effetti incontestabili: in Italia la legge del 2003 è stata ed è sostanzialmente rispettata, e sono molto rare le violazioni (Pacifci 2010). Gli studi effettuati suggeriscono che vi sia stato anche un effetto sulla prevalenza, con una riduzione dei fumatori e del consumo medio di sigarette fra i fumatori (Gallus 2007). Un effetto importante e inatteso è stata la riduzione dei ricoveri per le patologie acute più sensibili al fumo, in particolare per infarto cardiaco: tutti i Paesi in cui sono stati valutati gli effetti di leggi di limitazione del fumo hanno mostrato riduzioni consistenti dei ricoveri per infarto (Callinan 2010), che in Italia sono stimabili all'11% sotto i 60 anni (Barone-Adesi 2006).

L'efficacia delle politiche restrittive dei luoghi di consumo modifica le norme sociali: se confrontati con giovani che risiedono in aree con una regolamentazione più morbida, i giovani che vivono in aree con controlli più rigorosi percepiscono una prevalenza del tabagismo fra gli adulti inferiore e una minore accettazione sociale del fumo (Albers 2004). Secondo Siegel i ragazzi che vivono in città con forte regolamentazione hanno un rischio minore del 40% di progredire verso l'assuefazione rispetto a coetanei che vivono in città con una minore attenzione; l'effetto si concentra in quei soggetti che passano dallo stadio di sperimentazione a quello di assuefazione (Siegel 2006). L'indagine trasversale HBSC del 2001-2002 ha dimostrato un rischio maggiore di iniziazione nei soggetti che risiedono in aree con divieti meno stringenti (quasi il 50% in più) sia nei maschi sia nelle femmine (Schnohr 2008).

Sintesi delle evidenze

I divieti di fumo funzionano: vengono rispettati, producono riduzioni misurabili nel consumo di tabacco ed effetti significativi sulla salute. Le evidenze suggeriscono che questo avvenga anche attraverso un cambiamento delle norme sociali e della percezione di prevalenza.

La vigilanza del rispetto del divieto deve rimanere elevata, in particolare in sedi a rilevanza educativa e sanitaria.

Pur non essendo disponibili studi che provino l'efficacia dell'ampliamento del divieto di fumo all'esterno dei locali pubblici (ingresso e immediate adiacenze), è plausibile ritenere che tali divieti, soprattutto in edifici a valenza sanitaria ed educativa, possano fungere da deterrente all'iniziazione e stimolo alla cessazione, denormalizzando ulteriormente il tabagismo.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
19	Il divieto di fumo nei locali chiusi aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro deve essere consolidato e rafforzato da controlli periodici	++ 3	A
20	Il divieto di fumo deve essere ampliato alle zone esterne di ospedali, edifici a funzione sanitaria ed edifici scolastici, e alle loro vie di ingresso	+ 2	C

INTERVENTI FAMILIARI

La famiglia come luogo dell'iniziazione

L'esempio dei genitori gioca un ruolo fondamentale nell'iniziazione dei figli. Più il figlio è abituato sin dalla tenera età ad avere accanto fumatori, maggiore è il rischio di divenire a sua volta fumatore. Secondo Keyes si tratta soprattutto di un'influenza ambientale, quando per altri comportamenti trasgressivi sembra esserci anche una componente genetica (Keyes 2008).

Il tabagismo dei genitori triplica la probabilità dei figli maschi di divenire fumatori (OR=3,06; IC95%: 2,28-4,11) e quadruplica quella delle figlie femmine (OR=4,20; IC95%: 2,66-6,63) (Baška 2010). Secondo Wilkinson la presenza di un genitore fumatore aumenta di un terzo il rischio di avere un figlio che fuma rispetto ai genitori non fumatori (OR=1,31; IC95%: 1,03-1,68), mentre la presenza di entrambi i geni-

tori fumatori aumenta questo rischio a più del doppio (OR=2,16; IC95%: 1,51-3,10) (Wilkinson 2008). Anche lo studio di Chassin arriva a conclusioni analoghe: il rischio d'iniziazione del ragazzo è maggiore se fumano entrambi i genitori rispetto alle famiglie in cui i genitori non fumano (OR=4,19; $p < 0,001$), e rimane comunque più elevato rispetto alle famiglie dove è presente un padre ex fumatore e una madre non fumatrice (OR=3,33; $p < 0,01$) (Chassin 2002). Sembra che il comportamento materno abbia un peso considerevole sulle scelte dell'adolescente: secondo Leatherdale la presenza di una madre fumatrice aumenta il rischio che il figlio inizi a fumare (OR=1,63; IC95%: 1,17-2,29) rispetto alla presenza di una madre non fumatrice (Leatherdale 2006).

L'abitudine al fumo di uno o più membri della famiglia probabilmente influenza il rischio di iniziazione dell'adolescente, producendo una percezione irrealistica della diffusione e quindi della "normalità" di questo comportamento. Il figlio/fratello di fumatori tende a sovrastimare la presenza di fumatori negli ambienti frequentati e a ritenere il fumo un comportamento socialmente accettato. Il tabagismo familiare partecipa dunque a un circolo vizioso nel quale le errate percezioni aumentano la probabilità di iniziazione dei figli, i quali a loro volta aumentano la percezione distorta di diffusione tra i coetanei (Reid 2008).

La famiglia come luogo di possibile contrasto del tabagismo

Secondo DiNapoli il ruolo protettivo della famiglia nei confronti del tabagismo si esprime sia attraverso la relazione genitore-figlio, sia attraverso le opinioni manifestate dai genitori. Per esempio, le ragazze che pensano di avere dei genitori con i quali è possibile parlare in caso di problemi hanno una maggiore protezione nei confronti del fumo (OR=1,09; IC95%: 1,02-1,17), così come i figli i cui genitori pensano che fumare sia sbagliato (OR=2,09; IC95%: 1,77-2,48). L'attenzione posta dai genitori al controllo del comportamento dei figli preadolescenti e al mantenimento di un buon dialogo con loro riduce il rischio d'iniziazione indipendentemente da tutte le altre caratteristiche familiari (DiNapoli 2009). L'indagine di Tobler dimostra come un minore controllo e comunicazione fra genitore e figli di 11-13 anni può aumentare il rischio d'iniziazione di quasi 5 volte (OR=4,77; $p=0,002$) (Tobler 2010). Gli atteggiamenti poco permissivi sono apprezzati dalla maggioranza dei figli (fumatori e non fumatori) e sono ritenuti un buon motivo per non iniziare a fumare (Nilsson 2009), seppure molti genitori non ne siano consapevoli. L'indagine trasversale di Harakeh, condotta su famiglie olandesi, mette in luce una protezione dall'iniziazione degli adolescenti che giudicano di avere una buona comunicazione sui temi del fumo sia con la madre (OR=0,52; IC95%: 0,39-0,68) sia con il padre (OR=0,60; IC95%: 0,46-0,78), indipendente dalle abitudini in merito dei genitori (Harakeh 2005). Peraltro, lo studio di Huver, un'indagine trasversale condotta anch'essa su ragazzi olandesi, sembra indicare che l'efficacia di azioni specifiche contro il tabagismo dei genitori (come il

divieto di fumare in casa, l'assenza di sigarette in casa, una comunicazione specifica contro il fumo) sia indipendente dallo stile genitoriale (Huver 2007).

Revisione delle evidenze di efficacia

Per la valutazione degli interventi di prevenzione che vedono la famiglia come luogo di contrasto al tabagismo sono stati considerati una revisione Cochrane (Thomas 2007), una revisione di un ente internazionale (IARC 2009), 3 studi randomizzati controllati (Connell 2007, Beatty 2008, Jackson 2003), uno studio di coorte (Albers 2008) e uno studio trasversale (Andersen 2004).

La revisione sistematica di Thomas conclude che non è possibile affermare che gli interventi di prevenzione rivolti alle famiglie contribuiscano a prevenire il fumo tra gli adolescenti. La revisione ha identificato 6 RCT con basso rischio di bias che hanno studiato gli effetti di interventi, sia informativi sia di addestramento sul comportamento da adottare rispetto al fumo, rivolti ai genitori e basati su colloqui con specialisti, materiale di consultazione cartaceo, multimediale o via web. Gli interventi minimi, come per esempio la spedizione per posta di libretti informativi, non hanno prodotto risultati positivi. Anche il numero di incontri di formazione non si è rivelato correlato a un miglioramento dei risultati, mentre lo è stata l'intensità degli incontri di formazione e l'aderenza ai programmi di intervento (Thomas 2007).

La revisione della IARC conclude che gli studi randomizzati e controllati che hanno valutato l'efficacia degli interventi a livello familiare per diminuire l'esposizione dei figli al fumo passivo hanno dato risultati significativi solo in pochi casi, ma si focalizzavano sulla cessazione del fumo dei genitori, e non sulla promozione di una casa libera dal fumo. La revisione osserva che, nel caso i genitori non siano fumatori, una casa senza fumo è più efficace nel prevenire sia la sperimentazione del fumo da parte dei figli, sia la progressione dalla sperimentazione verso un comportamento consolidato (IARC 2009).

Alcuni studi hanno valutato l'effetto di interventi diretti a diffondere nei genitori l'adozione di una comunicazione specifica contro il fumo. Connell valuta l'efficacia di un programma che ha coinvolto 998 adolescenti di 11 anni circa, basato su incontri individuali di orientamento e di counselling psicologico rivolti ai genitori dei ragazzi considerati maggiormente suscettibili all'uso di sostanze. Al follow-up, durato fino ai 18-19 anni, i ragazzi, i cui genitori sono stati coinvolti nell'intervento, hanno riportato un rischio minore di essere fumatori di tabacco, di marijuana e di essere consumatori di alcool ($p < 0,05$) (Connell 2007). Un programma basato su materiale inviato via mail e su colloqui telefonici, diretto a migliorare la comunicazione con i figli, rivolto a 887 genitori fumatori di bambini di 7-8 anni, ha dimostrato di poter ridurre la loro suscettibilità al fumo, ma il follow-up limitato a 2 anni non ha permesso di misurare l'impatto sui comportamenti durante la pre-adolescenza (Jackson 2003). Un intervento basato sulla consegna di materiale di auto-aiuto, che ha coinvolto 1.201 genitori di ragazzi di circa 11 anni provenienti da 20 scuole, ha prodotto una maggiore

disponibilità da parte dei genitori a parlare di fumo e di alcool con i propri figli preadolescenti, ma anche in questo caso non è stato valutato l'impatto di tale azione sul comportamento dei ragazzi (Beatty 2008).

Alcune evidenze, provenienti da studi osservazionali, offrono suggerimento sugli interventi di tipo ambientale. Da uno studio di coorte di 4 anni che ha seguito 3.834 giovani di età compresa tra i 12 e i 17 anni emerge che i ragazzi che vivono in famiglie in cui non vigono divieti di fumo sovrastimano la frequenza dell'abitudine fra gli adulti. Tra i ragazzi che vivono in famiglie senza fumatori, ma dove non è presente il divieto, il rischio di passare da non fumatori a sperimentatori è più elevato (OR=1,89; IC95%: 1,30-2,74) rispetto ai coetanei, figli di non fumatori, che vivono in case dove vige il divieto di fumo. Invece, nelle famiglie in cui i genitori fumano, la presenza o l'assenza del divieto non varia in modo significativo il rischio di iniziazione dei figli (Albers 2008). Una survey, che ha coinvolto 3.555 genitori di adolescenti, ha messo in relazione le diverse regole che questi adottano sul fumo con il comportamento dei figli: dai risultati è emerso che i figli delle famiglie che erano abituate a scegliere le aree per non fumatori nei locali pubblici, avevano un rischio ridotto di iniziare a fumare, sia che i genitori fossero (RR=0,66; IC95%: 0,55-0,79), o non fossero (RR=0,62; IC95%: 0,49-0,68) fumatori. Un minor rischio è emerso anche nelle famiglie in cui vigeva la consuetudine di chiedere ai fumatori di astenersi dal fumo in presenza della famiglia (con genitori fumatori RR=0,81; IC95%: 0,67-0,97; con genitori non fumatori RR=0,76; IC95%: 0,62-0,92) e in cui veniva imposto il divieto di fumo in casa (con genitori fumatori riduzione non statisticamente significativa, mentre con genitori non fumatori RR=0,81; IC95%: 0,67-0,97) (Andersen 2004).

Oltre agli studi citati sono da segnalare alcuni programmi volti a realizzare case libere dal fumo (per esempio www.kidslivesmokefree.org, www.smokefreehome.org, www.tobacco-cessation.org/sf/, www.epa.gov/smokefree). Il fatto che siano realizzati per ridurre il fumo passivo e per aumentare il tasso di cessazione, e solo implicitamente per prevenire il fumo tra gli adolescenti, potrebbe spiegare l'assenza, a oggi, di studi che valutino l'impatto di tali programmi sull'iniziazione al fumo dei figli.

Sintesi delle evidenze

Gli interventi familiari volti alla riduzione dell'iniziazione agiscono attraverso due meccanismi: la comunicazione genitori-figli e la modificazione dell'ambiente, al fine di creare case libere dal fumo.

Gli studi che hanno valutato interventi volti a migliorare la comunicazione fra genitori e figli, in particolare quelli caratterizzati dall'acquisizione di informazioni e strategie per affrontare l'argomento e per sostenere le ragioni per non fumare, hanno mostrato, in almeno un caso, un effetto sulla riduzione dell'iniziazione. Le evidenze sono ancora molto deboli e gli studi si sono concentrati sugli effetti a breve termine della comunicazione dei genitori e non sull'impatto a livello di comportamento nei figli.

I programmi che mirano alla creazione di case libere dal fumo (raggruppando sotto questo nome gli interventi di tipo ambientale che sono diretti a definire regole per cui nell'abitazione né i genitori né gli ospiti possono fumare) non sono mai stati adeguatamente valutati. Le evidenze osservative sembrano però convincenti, sia perché le osservazioni sono state replicate da studi diversi, sia perché sono sostenute dalla teoria dell'influenza sociale. Sebbene sia necessario valutare l'effetto di tali programmi sull'iniziazione dei ragazzi, si ritiene che questi possano essere raccomandati, soprattutto in quanto teoricamente privi di effetti collaterali.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
21	Programmi che mirino a creare ambienti domestici liberi dal fumo dovrebbero essere promossi estensivamente, in particolare per le famiglie con bambini	++++ 2	A

INTERVENTI IN AMBITO SCOLASTICO

La scuola è uno dei contesti più importanti per l'attuazione di programmi di prevenzione destinati ai giovani:

- garantisce una copertura universale (in Europa la durata dell'istruzione obbligatoria è di almeno 8 anni);
- veicola alcuni dei principali fattori di protezione contro l'iniziazione al fumo di tabacco (istruzione, relazioni sociali, norme e abilità);
- può mobilitare facilmente altre realtà (famiglie, rappresentanti della comunità, comuni, associazioni culturali e volontari).

La scuola è però anche un luogo di possibile esposizione ai fattori di rischio che influenzano l'iniziazione nei giovanissimi: tra i fattori specifici riassunti nella rassegna effettuata dal Cochrane Tobacco Addiction Group molti sono legati all'ambiente e alle figure scolastiche (coetanei fumatori, atteggiamenti e norme osservate nei coetanei, rendimento scolastico) (Cochrane Tobacco Addiction Group 2000). Secondo Leatherdale è chiara l'influenza esercitata sui ragazzi di 13 anni dal contesto scolastico: ogni compagno che fuma aumenta il rischio in misura importante (OR=2,11; IC95%: 1,52-2,93) (Leatherdale 2006). Fra gli studenti universitari francesi è evidente come l'approvazione percepita dei compagni verso il tabagismo (OR=4,54; $p < 0,001$) e il numero di compagni fumatori aumentino la probabilità di essere fumatori (Riou França 2009). In particolare, sembrano influenti i compagni di scuola più grandi: per ogni pun-

to percentuale di aumento della proporzione di fumatori fra gli studenti più anziani si verifica un aumento del rischio dei più giovani di essere fumatori sperimentali (chi fuma almeno una volta al mese) con un OR pari a 1,07 (IC95%: 1,03-1,12) (Leartherdale 2005). I dati sono confermati da altre indagini (Miller 2006, Paek 2008).

Lipperman-Kreda afferma che le norme sociali percepite svolgano un ruolo fondamentale in questo processo: la disapprovazione del fumo a livello sociale aumenta la percezione dei divieti scolastici, i quali, a loro volta, rafforzano la convinzione che il fumo sia riprovevole e dannoso per la propria salute. Al contempo tutto ciò riduce la percezione del numero di compagni fumatori, peggiora l'immagine sociale di chi fuma e rende le sigarette meno accessibili (Lipperman-Kreda 2009).

Alcune caratteristiche della scuola percepite dagli studenti influenzano l'iniziazione al tabagismo fra i ragazzi: le regole interne della scuola, un buon clima relazionale interno (Sellstrom 2006), la serietà della scuola, il suo rigore e la sua severità (Markham 2008).

Secondo Henderson sono particolarmente importanti la relazione fra insegnanti e studenti (peggiore la relazione più alto il rischio con un OR pari a 1,13, IC95%: 1,04-1,17) e le attività di tipo inclusivo sociale proposte dalla scuola ($p < 0,005$) (Henderson 2008).

Il comportamento degli insegnanti è ritenuto essenziale; la sola conoscenza dell'abitudine al fumo del proprio insegnante aumenta dell'80% il rischio che i ragazzi fumino quotidianamente (OR=1,8; IC95%: 1,2-1,8), al netto di altre influenze sociali, quali il tabagismo dei genitori o degli amici (Poulsen 2002). Questi fattori interni alla scuola possono contribuire ad annullare l'effetto di campagne di promozione della salute (Seo 2009).

Abbiamo distinto gli interventi in ambito scolastico per la tutela della salute in tre ambiti principali:

- i regolamenti scolastici;
- i programmi di prevenzione scolastica;
- i programmi di *media literacy*.

I regolamenti scolastici

I regolamenti scolastici antifumo (*school tobacco policies*) sono regole scritte che normano i divieti di fumo per gli studenti, gli insegnanti e tutto il personale, le sanzioni per chi infrange i regolamenti, insieme ad altri elementi quali per esempio il modo con cui gli insegnanti trattano del tabacco a scuola. L'obiettivo dei regolamenti è promuovere scuole libere dal fumo, al fine di ridurre il rischio di iniziazione tra gli studenti e di proteggere dal fumo passivo gli studenti stessi oltre che il personale. I regolamenti disciplinano il fumo di tabacco sia nei locali chiusi sia in tutti gli spazi di pertinenza della scuola, compresi i cortili e i marciapiedi adiacenti agli edifici scolastici. Si tratta di

interventi dal costo trascurabile, rispetto al possibile effetto positivo (Reid 1995). La necessità di investire su tale strategia deriva anche dall'ampia esposizione al fumo in ambito scolastico. Da una recente indagine su un campione di studenti italiani risulta che il 56,4% dei ragazzi ha visto altri studenti fumare a scuola durante l'orario scolastico, mentre il 44% ha visto insegnanti fumare a scuola (GYTS 2010).

Legislazione nazionale

Nelle scuole vige da diversi anni il divieto di fumare nelle aule (legge 584/1975 del 1975). Successivamente la legge 3/2003 stabilisce che è vietato fumare nei locali chiusi a eccezione di quelli privati non aperti a utenti o al pubblico, estendendo di fatto il divieto a tutti i locali della scuola.

Revisione delle evidenze di efficacia

Non sono stati reperiti studi sperimentali di valutazione di regolamenti scolastici antifumo. Sono stati pertanto inclusi una LG (NICE 2010), una revisione sistematica (Aveyard 2004) e 6 studi osservazionali che mettono in relazione la presenza del regolamento, ricavato attraverso interviste rivolte al corpo docenti, con il comportamento degli studenti (Pentz 1989, Moore 2001, Hamilton 2003, Piontek 2008, Lovato 2010, Wium 2011). La LG del NICE propone di inserire il regolamento antifumo all'interno di una più ampia strategia scolastica di promozione della salute, del benessere psicofisico, di educazione all'affettività e allo sviluppo relazionale, e di prevenzione del consumo di droghe (NICE 2010). Il regolamento deve essere definito attraverso un processo che coinvolga personale scolastico e studenti e deve prevedere al suo interno l'offerta ai fumatori, in particolare per il personale insegnante, di percorsi agevolati verso servizi per la cessazione organizzati dal servizio sanitario.

La revisione di Aveyard conclude che le evidenze sull'efficacia delle policy sono minime, e che gli aspetti più promettenti sono l'estensione del divieto a più categorie di soggetti e a tutti gli ambienti di pertinenza della scuola (Aveyard 2004).

Uno studio trasversale condotto in Galles suggerisce che un divieto esteso agli studenti e al personale e comprendente tutti gli ambienti scolastici è più efficace di un divieto generico. Le scuole dotate di tali policy registravano una minore prevalenza di fumatori giornalieri (OR=2,77; IC95%: 1,25-6,12) e settimanali (OR=1,79; IC95%: 0,81-3,99). L'autore suggerisce anche che le policy necessitano di essere continuamente rinforzate, pena una perdita di efficacia (Moore 2001).

Dati a conferma dell'effetto del divieto sul comportamento degli studenti sono riportati anche nello studio di Lovato, dove gli studenti nelle scuole canadesi dotate di policy avevano un rischio minore di essere fumatori (OR=0,92; IC95%: 0,88-0,97) (Lovato 2010), e in quello di Piontek, dove gli studenti delle scuole tedesche dotate di divieto comprese nello studio presentavano un rischio ridotto di essere fumatori (OR=0,52; IC95%: 0,30-0,90) (Piontek 2008).

Lo studio pionieristico di Pentz aveva già messo in luce che le scuole dotate di policy antifumo più estese e comprendenti programmi di prevenzione registravano una prevalenza di fumatori inferiore, anche se non statisticamente significativa, mentre il dato più consistente si evidenziava in un minor consumo di sigarette (Pentz 1989). Altri studi hanno rilevato riduzioni della prevalenza di fumatori, anche se non statisticamente significative, nelle scuole dotate di policy sul tabacco rispetto a scuole senza tali regolamenti (Hamilton 2003) e in quelle in cui il divieto era rivolto sia agli studenti sia agli insegnanti rispetto a scuole che permettevano agli insegnanti di fumare in determinate aree (Wiiium 2011).

Sintesi delle evidenze

Non vi è, a oggi, alcuna evidenza sperimentale che i regolamenti scolastici siano efficaci nel prevenire l'iniziazione al fumo di tabacco da parte degli studenti. Gli studi osservazionali, tuttavia, sembrano concordi nell'indicare che gli studenti che frequentano scuole dotate di tali regolamenti fumino meno di quelli di scuole che ne sono prive. Gli studi suggeriscono in particolare che i regolamenti siano più funzionali quando sono estesi alle aree esterne e limitrofe alla scuola, e riguardano sia gli studenti sia gli insegnanti. La loro efficacia inoltre pare proporzionale al rigore della loro applicazione e alla presenza di sanzioni. Il livello di coinvolgimento degli studenti e del personale nella costruzione del regolamento sembra un altro elemento importante; si raccomanda quindi che il regolamento sia quanto più possibile concertato e condiviso tra gli studenti e il personale scolastico. Alcune osservazioni suggeriscono poi che i regolamenti siano più efficaci quando accompagnati da programmi di prevenzione a livello scolastico.

Dagli studi non emerge una discussione su possibili effetti avversi di tali interventi, che d'altra parte non sembrano poterne avere. La teorica assenza di tali effetti, insieme al costo contenuto, sono elementi da considerare nel definire la forza delle raccomandazioni relative. È comunque da sottolineare le necessità di sottoporre questo intervento a sperimentazione rigorosa, tramite studi randomizzati a cluster e con campioni di scuole e studenti sufficienti, al fine di rendere disponibili rapidamente prove della loro efficacia.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
22	Le scuole di ogni ordine e grado dovrebbero dotarsi di regolamenti antifumo, scritti, condivisi tra insegnanti e studenti, estesi a tutte le aree interne ed esterne di pertinenza della scuola, rivolti sia agli studenti sia al personale, e comprendenti meccanismi di controllo e di sanzionamento	+	B
		3	

I programmi di prevenzione scolastica

La situazione in Italia

Secondo la GYTS nel 2010 il 59,1% degli studenti fra 13 e 15 anni ha ricevuto in classe, durante l'anno scolastico precedente, interventi sui pericoli del fumo, mentre il 56,2% ha discusso in classe le ragioni per cui i coetanei fumano (GYTS 2010).

Revisione delle evidenze di efficacia

I programmi di prevenzione dell'iniziazione al fumo di tabacco in ambito scolastico sono numerosi e provengono soprattutto dagli Stati Uniti. Abbiamo esaminato una LG (NICE 2010), la revisione sistematica condotta per la LG del NICE (Uthman 2009), ulteriori 4 revisioni sistematiche (Tobler 2000, Skara 2003, Wiehe 2005, Thomas 2006) e 3 studi randomizzati a cluster non presi in considerazione nelle revisioni precedenti (Campbell 2008, Sloboda 2009, Faggiano 2010).

La revisione di Tobler rappresenta un'immagine divenuta classica dell'efficacia degli interventi scolastici di prevenzione dell'iniziazione all'uso di sostanze: aggiornata a 15 anni fa, evidenzia una riduzione dell'uso di tabacco nei ragazzi esposti agli interventi di prevenzione del fumo, anche limitando gli studi a quelli randomizzati (n=28 differenza media 0,17; IC95%: 0,13-0,22). Inoltre, sostiene che l'efficacia è proporzionale all'interattività degli interventi e alla loro intensità (Tobler 2000). La revisione di Skara, includendo anche disegni di studio non randomizzato, documenta un effetto sostenuto nel tempo, specialmente se accompagnato da interventi di rinforzo (*booster*), ma le conclusioni sono poco convincenti a causa della variabilità di metodi riscontrata (Skara 2003).

Wiehe, nella sua revisione di studi con follow-up di almeno un anno, quantifica la riduzione media del 39% del rischio di fumare nel gruppo di intervento (differenza media pooled -0,61; IC95% da -4,22 a -3,00) (Wiehe 2005). La revisione sistematica di Thomas ha identificato 23 RCT di alta qualità:

- un solo studio ha valutato interventi informativi, con effetti positivi (OR=0,61; IC95%: 0,41-0,91);
- 2 studi hanno indagato interventi di competenza sociale con assenza di evidenza di effetti statisticamente significativi (OR=0,77; IC95% 0,48-1,22);
- 8 studi hanno valutato interventi di influenza sociale dimostrando assenza di effetti significativi a breve termine (OR=0,97; IC95%: 0,86-1,09) e a lungo termine (OR=0,86; IC95%: 0,44-1,71);
- 3 studi hanno confrontato interventi multicomponenti con interventi monocomponenti mostrando una minore probabilità di iniziazione fra i soggetti esposti a quelli multicomponenti.

Considerando nel complesso le evidenze disponibili, gli autori sostengono che le

prove di efficacia siano ancora deboli, ma che nella metà dei programmi esaminati vi è dimostrazione di efficacia, soprattutto quando l'intervento mira a correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di tabacco e a sviluppare un atteggiamento non favorevole al fumo (influenza sociale); tuttavia, tale effetto sembra essere di breve durata. Da notare che l'unico studio di valutazione di un intervento informativo incluso nella revisione ha mostrato effetti positivi (Thomas 2006).

La revisione sistematica di Uthman, elaborata per una LG del NICE sugli interventi scolastici contro il fumo (NICE 2010), ha identificato 64 RCT. Prendendo in considerazione solo i 27 studi di alta qualità, ha stimato un OR di 0,83 (IC95%: 0,76-0,91), rispetto ai controlli. Gli interventi di influenza sociale (OR=0,91; IC95%: 0,84-0,98) risultano efficaci, mentre per quelli di sviluppo di competenze sociali (OR=0,58; IC95%: 0,16-2,09) e per quelli combinati (OR=0,69; IC95%: 0,45-1,02) non è stata raggiunta la significatività statistica. Gli interventi solo informativi (*information giving*) mostrano invece efficacia (OR=0,67; IC95%: 0,47-0,95) rispetto ai controlli (Uthman 2009).

In particolare, l'effetto sui fumatori regolari (OR=0,81; IC95%: 0,73-0,91) appare maggiore di quello sugli sperimentatori (OR=0,87; IC95%: 0,74-1,01), non risultano differenze fra tipologie di soggetti che conducono l'intervento (docenti, esterni o pari) e gli interventi dotati di *booster* – cioè attività singole di breve durata effettuate a distanza di tempo dal primo intervento con lo scopo di rinforzare le conoscenze e le competenze acquisite durante il primo intervento – sono più efficaci.

Per quanto riguarda l'età di somministrazione dell'intervento, gli interventi destinati a giovani sotto gli 11 anni non sono efficaci, con l'eccezione di Good Behavior Game (GBG) (Kellam 2008), mentre gli interventi rivolti ai giovani di 11 e 12 anni sono più efficaci di quelli mirati ai 13-14 anni. GBG è un intervento rivolto al primo e secondo anno della scuola primaria, mirato a creare un ambiente interno alla classe che promuova l'apprendimento da parte di tutti gli studenti. La sua valutazione, testata con uno studio randomizzato in scuole di aree socialmente svantaggiate di Baltimora e Chicago, a 15 anni di distanza ha dimostrato effetti positivi sia sui suoi outcome principali, come la riduzione dell'aggressività e di comportamenti antisociali, sia sugli outcome secondari, per esempio una minore occorrenza di tabagismo, evidente soprattutto nei maschi (6% nel gruppo intervento contro il 20% fra i controlli) (Kellam 2008).

La revisione di Uthman evidenzia anche come alcuni studi abbiano dimostrato che il coinvolgimento degli insegnanti e della scuola (per esempio con l'inserimento del programma nel curriculum regolare) aumenti la percezione di utilità dell'intervento, e che questo si correli negativamente all'iniziazione al fumo (Uthman 2009).

Vi sono evidenze che alcuni programmi producano effetti avversi, sia in Europa (de Vries 2006) sia negli USA (Piper 2000), e che questi non siano prevedibili in base alle caratteristiche generali dell'intervento.

Tre studi rilevanti non sono inclusi nelle revisioni precedenti, perché pubblicati posteriormente alla elaborazione.

Lo studio EU-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial), randomizzato a cluster, ha valutato in 7 Paesi europei l'intervento scolastico Unplugged, basato sul modello di influenza sociale, con elementi informativi. Lo studio rileva un'efficacia a medio termine nel prevenire l'iniziazione (OR=0,70; IC95%: 0,58-0,90), mentre non incide sul comportamento già consolidato; a 18 mesi dalla fine dell'intervento, la differenza fra gruppo di intervento e gruppo di controllo non è significativa, tranne che sui non fumatori al baseline, mentre i risultati sono buoni per uso di droghe e abuso di alcool (Faggiano 2010). Gli autori sostengono che il calo dell'efficacia a lungo termine per il fumo e il contemporaneo mantenimento per gli altri outcome (ubriacature e cannabis) sia spiegato dalla maggiore pressione sociale sul primo comportamento, e suggeriscono che sia necessario rinforzare le attività sul fumo, anche con interventi ambientali come i regolamenti scolastici, al fine di prolungarne l'effetto.

Lo studio randomizzato a cluster di grandi dimensioni ASAPS (Adolescent Substance Abuse Prevention Study) ha mostrato effetti opposti rispetto allo studio EU-Dap nel valutare il programma americano Take Charge of Your Life (TCYL) sperimentato fra i ragazzi di 12-14 anni in 6 città degli Stati Uniti: il gruppo di intervento ha mostrato un aumento del rischio di fumare (OR=1,21; IC95%: 1,05-1,37) rispetto a quello di controllo. Il programma, con un approccio di influenza sociale, appare molto simile a Unplugged, mentre è molto diversa la modalità di implementazione: Unplugged viene condotto dall'insegnante della classe in modo interattivo, mentre TCYL viene condotto da un formatore esterno, un poliziotto, in modo solo parzialmente interattivo. Secondo gli autori ciò spiega il raggiungimento di risultati così diversi (Sloboda 2009).

Lo studio ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial), che valuta un intervento di prevenzione tra pari condotto su oltre 10.000 studenti del Regno Unito di età compresa fra 12 e 13 anni, è stato valutato con uno studio randomizzato da Campbell, con 3 anni di follow-up. Complessivamente il rischio di divenire fumatore (valutato con cotinina salivare) è pari a un OR di 0,78 (IC 95%: 0,64-0,96) sui 3 anni; emerge inoltre una certa efficacia anche nel gruppo di ragazzi che avevano già provato a fumare in passato (sperimentatori ed ex-fumatori) (Campbell 2008).

Raramente gli autori di studi di valutazione stratificano le analisi per caratteristiche sociali. Griffin ha riesaminato i dati di uno studio randomizzato a cluster che valutava l'impatto di un intervento scolastico sulla popolazione generale (Life Skills Training) e ha confermato l'efficacia generale anche su un gruppo di studenti in condizioni economiche disagiate o figli di madre sola, ma bisogna segnalare l'esiguo campione dello studio (circa 260 ragazzi) (Griffin 2003).

Sintesi delle evidenze

Le evidenze derivanti da studi di buona qualità confermano che la prevenzione

del fumo di tabacco effettuata a scuola può essere efficace. Gli interventi basati sulle influenze sociali, in cui si articolano e si integrano componenti differenti per rispondere alla complessità delle variabili sociali, ambientali, psicologiche e biologiche coinvolte nell'iniziazione al fumo, appaiono più efficaci, seppure anche alcuni interventi puramente informativi, soprattutto mirati dai 14 anni in su, abbiano sortito qualche effetto. La letteratura scientifica riconosce che vi siano alcuni elementi maggiormente presenti nei programmi efficaci, quali per esempio l'interattività, l'intensità, le azioni di rinforzo nell'anno successivo all'intervento (*booster*). Questi ingredienti non possono però costituire la "ricetta" del programma efficace. Infatti, sono da considerare elementi aggiuntivi: alcuni interventi che contenevano tutti gli ingredienti necessari, fondati su teorie condivise, creati e condotti nell'ambito di gruppi internazionali di grande esperienza, hanno mostrato effetti avversi; una revisione di programmi efficaci, condotta da Hansen, ha rilevato che in generale i programmi sono una amalgama di componenti che spesso non hanno molto a che fare con le teorie a cui si richiamano, e che queste ultime spesso sembrano aver avuto poca influenza nello sviluppo dei programmi stessi (Hansen 2007).

Alla luce di queste evidenze gli interventi da condurre nella scuola dovrebbero essere selezionati fra quelli provvisti di prove scientifiche di efficacia, mentre gli interventi promettenti non ancora valutati dovrebbero essere condotti nell'ambito di studi di valutazione di tipo randomizzato. Per esempio, l'efficacia del programma *Smoke-free class competition*, risultata da primi studi osservazionali, non è stata confermata da un successivo studio sperimentale (Schulze 2006). In Italia sono però disponibili soltanto pochi interventi pronti per essere implementati e dotati di queste caratteristiche:

- *Life Skills Training*, incluso nelle revisioni citate e recentemente tradotto e adattato alla realtà italiana (Botvin 1990);
- *Unplugged*, valutato da uno studio europeo (Faggiano 2010).

È urgente diffondere altri interventi dotati di prove di efficacia attraverso un percorso di valutazione proprio o attraverso un percorso di traduzione e adattamento di interventi valutati in altri Paesi. Gli interventi informativi più recenti sembrano contraddire lo scetticismo che ha sempre accompagnato questi programmi. È urgente un riesame critico di questo tipo di programmi e un loro adattamento al contesto italiano al fine di definirne standard di qualità.

Secondo la LG del NICE l'applicazione di queste raccomandazioni dovrebbe essere sottoposta al controllo di enti esterni, istituzionali (autorità scolastiche o sanitarie locali o nazionali, associazioni no-profit oppure agenzie esterne delegate *ad hoc*) (NICE 2010). Queste dovrebbero garantire che gli interventi di prevenzione siano parte di strategie di controllo del tabacco più ampie, siano basati sulle prove di efficacia e siano integrati con le altre attività di promozione delle salute.

Raccomandazioni

	Testo della raccomandazione	Qualità dell'evidenza	Forza della raccomandazione
		Livello di rilevanza	
23	Fino alla fascia di età che corrisponde all'inizio della curva epidemica della sperimentazione del tabacco (in Italia, 12-13 anni), gli interventi scolastici devono limitarsi a modifiche ambientali sia a livello scolastico (regolamenti) sia familiare	++++ 3	A
24	Gli interventi scolastici devono possedere le caratteristiche riconosciute come efficaci dalla letteratura internazionale: presenza di interattività, contenuti normativi, lunghezza adeguata, presenza di attività di rinforzo (<i>booster</i>)	+++ 3	A
25	Per evitare possibili effetti avversi, le scuole dovrebbero implementare soltanto programmi antitabacco dotati di rigorose prove di efficacia	++++ 2	A
26	I programmi di prevenzione scolastica dovrebbero essere accompagnati da altri interventi componenti (per esempio regolamenti scolastici e interventi familiari) al fine di rinforzarne l'efficacia	+++ 3	A

I programmi di *media literacy*

La *media literacy* è un'attività che viene svolta soprattutto nell'ambiente scolastico e insegna ai ragazzi a capire, analizzare e valutare la pubblicità e altri messaggi, rendendoli capaci di averne una comprensione profonda e critica, piuttosto che essere spettatori passivi.

Per la valutazione dell'effetto che la *media literacy* può avere sull'incidenza di iniziazioni al tabagismo, sono stati inclusi 2 studi osservazionali trasversali. Primack suggerisce l'efficacia della *media literacy* nel prevenire l'abitudine al fumo: ragazzi con un livello maggiore di competenza critica nei confronti dei messaggi pubblicitari palesi e occulti rivelano una minore propensione al tabagismo fra gli adolescenti (Primack 2006). Per ogni punto di aumento della *media literacy* (su una scala da 1 a 10) è dimostrata una riduzione del 16% del rischio di iniziazione (OR=0,84; IC 95%: 0,71-0,99). La stessa situazione si ripresenta quando l'indagine è condotta su ragazzi più grandi, fra i quali coloro che hanno un livello di *literacy* medio hanno un rischio di fumare superiore a coloro che hanno un livello elevato (OR=0,45; IC 95%: 0,29-0,70) (Primack 2009).

Sintesi delle evidenze

I programmi di *media literacy* hanno un corredo di prove di efficacia ancora scar-

so, sebbene si tratti di un intervento promettente, non solo dal punto di vista della prevenzione del tabagismo. Interventi di *media literacy* dovrebbero essere sviluppati con urgenza e valutati con rigore, mentre deve essere mantenuto un attento monitoraggio della letteratura scientifica al fine di individuare eventuali nuove evidenze.

INTERVENTI COMPLESSI

Per interventi complessi si intendono programmi multicomponente che combinano interventi scolastici, familiari e comunitari associati o meno a interventi ambientali (per esempio divieti e regolamenti). Si suppone che la presenza di azioni volte a incidere sulle influenze sociali insieme ad altre componenti, quali per esempio l'aumento delle competenze sociali, possano aumentare l'efficacia dei programmi.

Revisione delle evidenze di efficacia

Per la valutazione degli interventi complessi sono state considerate una revisione Cochrane (Thomas 2006), una revisione del NICE (Uthman 2009) e una revisione sistematica specifica (Müller-Riemenschneider 2008).

La revisione Cochrane ha rintracciato 4 studi di alta qualità che valutavano interventi multicomponenti, di cui 3 hanno mostrato un significativo effetto positivo (Thomas 2006). D'altra parte gli studi considerati non sono stati in grado di spiegare il ruolo di ogni singola componente e se ognuna incrementi o meno l'efficacia del programma. Gli studi inoltre mostrano una limitata efficacia degli interventi multicomponente che includono interventi comunitari.

La revisione di Uthman entra maggiormente nel dettaglio delle caratteristiche degli interventi complessi e indica, attraverso l'analisi di 5 RCT, che gli interventi multicomponente che prendono in considerazione sia la scuola sia la comunità non mostrano un incremento di efficacia rispetto ai soli interventi educativi. Anche gli studi che hanno preso in esame interventi multicomponente che coinvolgono sia la scuola sia la famiglia (13 RCT individuati) non hanno fornito prove evidenti di efficacia rispetto ai soli interventi educativi (Uthman 2009).

Di parere opposto la revisione di Müller-Riemenschneider, volta a studiare l'efficacia a lungo termine degli interventi comportamentali che mirano a prevenire il tabagismo tra i giovani, e che utilizza le categorizzazioni «interventi scolastici», «interventi comunitari» e «interventi multisettoriali» (ovvero che combinano i precedenti interventi) (Müller-Riemenschneider 2008). La metanalisi, che si limita a prendere in considerazione i lavori pubblicati dal 2001 al 2006 in tedesco e inglese, ha individuato 6 RCT di buona qualità che confrontano gli interventi multisettoriali con i soli interventi scolastici. I risultati mostrano una maggiore efficacia degli interventi multisettoriali rispetto agli altri. Considerando i singoli componenti, la revisione, pur ri-

conoscendo la difficoltà a isolare variabili spesso difficili da individuare negli studi, afferma che gli interventi familiari, quando mirano a un coinvolgimento attivo dei genitori, sembrano aumentare l'efficacia degli interventi complessi.

Sintesi delle evidenze

Considerando le revisioni sistematiche fino a ora realizzate e il numero limitato di studi che considerano, non è possibile esprimersi circa una maggiore efficacia degli interventi complessi rispetto ai singoli componenti che li costituiscono. Pur ribadendo l'importanza di considerare l'iniziazione al fumo come un evento influenzato da molteplici fattori (pari, adulti, luoghi di frequentazione, norme sociali, ecc.), è necessario valutare quali componenti e quale associazione tra i componenti siano in grado di aumentare l'efficacia complessiva dei programmi scolastici.

RUOLO DEI SERVIZI SANITARI

I servizi sanitari, in modo particolare gli studi dei pediatri di libera scelta o dei medici di famiglia che hanno in cura ragazzi preadolescenti e adolescenti, potrebbero rappresentare un *setting* per la promozione della salute dei giovanissimi anche nella prevenzione dell'iniziazione, ma le prove di efficacia sono a oggi molto scarse.

La revisione sistematica di Christakis ha incluso 4 studi, di cui 3 con follow-up di 2 o 3 anni e con risultati non significativi, e un quarto con follow-up di un solo anno e risultati positivi per il gruppo di intervento (Christakis 2003). Più di recente Pbert ha condotto uno studio randomizzato e controllato che coinvolgeva 8 studi pediatrici e proponeva un intervento di *counselling* condotto sia dal personale sanitario sia da giovani poco più grandi dei soggetti arruolati. L'intervento ha mostrato risultati promettenti, ma il follow-up si riferiva solo al primo anno dopo l'intervento (Pbert 2006, Pbert 2008).

Implementazione di questa linea guida

Questa sezione della LG è stata elaborata con la collaborazione di Paolo D'Argenio e Patrizia Lemma

Le LG di prevenzione si differenziano da quelle cliniche anche per uno spettro più ampio di soggetti che sono coinvolti nella loro disseminazione.

Oltre al personale del sistema sanitario, infatti, sono destinatari di questa LG le autorità scolastiche (per gli interventi in quel contesto) e le agenzie centrali, non solo sanitarie (per esempio per le raccomandazioni sulla tassazione).

L'attività di implementazione deve quindi cercare di raggiungere esplicitamente tutti i diversi destinatari.

Piani regionali di prevenzione (PRP)

Le indicazioni per i destinatari regionali di questa LG sono elaborate per essere utilizzate per la costruzione di obiettivi e strategie per i PRP.

Il Ministero della salute/Ccm, con il supporto dell'ISS, è il principale responsabile di questa fase.

Materiali di supporto

Materiali più facilmente fruibili possono essere utili per la promozione dell'uso della LG da parte dei diretti destinatari.

Questi potranno prendere la forma di:

- documenti sintetici (nello stile dell'*executive summary*);
- schede tascabili (*quick reference guide*) adattate per audience specifiche (scuola, dipartimenti di prevenzione, ecc.);
- liste di raccomandazioni.

Diffusione via internet

Il documento della LG, oltre a tutti i materiali di supporto, sarà pubblicato sul sito del Sistema nazionale linee guida (www.snlg-iss.it/lgp), e dovrà essere facilmente reperibile sui principali siti web di riferimento degli operatori di prevenzione:

- siti web istituzionali (Ccm, Ministero della salute, ecc.);
- siti web "epidemiologici" (Epicentro);

- siti web delle società scientifiche coinvolte (Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Associazione italiana di epidemiologia, ecc.).

Formazione

Dovrà essere disponibile almeno un corso di formazione con la metodologia della Formazione a distanza (FAD) accreditato ECM. L'obiettivo principale del corso dovrebbe essere la conoscenza delle principali raccomandazioni. Il corso dovrebbe essere disseminato dalle amministrazioni regionali a tutti i professionisti che sono coinvolti nella pianificazione di interventi di prevenzione.

Un breve modulo potrebbe essere dedicato ai decisori, mirato a promuovere la scelta di interventi e di strategie basate su prove di efficacia.

La formazione all'uso della LG dovrebbe essere anche parte integrante dei corsi di formazione che vengono organizzati a supporto dei PRP.

Ruolo di Ccm e ISS

Le indicazioni per i destinatari nazionali (ministeri, agenzie nazionali, ecc.) potrebbero costituire la base di una strategia esplicita mirata a influenzare i ministeri direttamente interessati (per esempio il Ministero del tesoro per le politiche di tassazione dei prodotti del tabacco).

Ruolo del coordinamento delle regioni

Il Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione dovrebbe essere coinvolto direttamente nella promozione della disseminazione della LG, oltre che nel monitoraggio della sua applicazione, eventualmente anche mediate attività di *benchmarking*.

Aggiornamento di questa LG

Le esperienze di prevenzione si evolvono continuamente; in particolare, sono attualmente in corso alcuni esperimenti che, nel caso di successo, dovrebbero essere proposti anche al contesto italiano, come per esempio l'introduzione dell'obbligo di confezioni generiche dei prodotti del tabacco. Per questo motivo la presente LG dovrà prevedere un aggiornamento periodico.

Indicatori e metodi per la valutazione di impatto della linea guida

Indicatori per la valutazione

Un'utile lista di indicatori per la valutazione delle azioni volte a prevenire l'iniziazione al consumo di tabacco da parte dei giovani è stata elaborata dai CDC (Starr 2005). Su questa base, la tabella 15 (pag. 95) rappresenta una proposta di indicatori coerente con le raccomandazioni contenute nel presente lavoro. Il confronto fra gli indicatori pre e post-implementazione permetterà una valutazione dell'impatto della LG.

Valutazione di impatto

Obiettivo della LG è la riduzione dell'iniziazione al consumo di tabacco. La valutazione dell'impatto si focalizza sulla prevalenza nelle fasce di età che corrispondono all'inizio della curva epidemica: 13, 15 e 18 anni e sull'età media di inizio.

Le principali fonti di dati per le età 13 e 15 anni sono le indagini periodiche sulla prevalenza dei comportamenti a rischio che coinvolgono la popolazione scolastica:

- GYTS, che fa parte di un sistema globale di sorveglianza sul tabacco (Global Tobacco Surveillance System, GTSS), supportato dall'OMS e dal CDC-OSH (Ufficio fumo e salute dei CDC). La popolazione in studio è costituita da ragazzi di 13, 14 e 15 anni di età: le aree di indagine sono la prevalenza dell'abitudine al fumo di sigaretta e di altri prodotti del tabacco fra i giovani, le conoscenze e attitudini dei ragazzi verso il fumo di sigaretta, il ruolo dei *media* e della pubblicità sull'uso di sigarette da parte dei giovani, l'accessibilità dei prodotti del tabacco, l'informazione scolastica sul tabacco, l'esposizione al fumo passivo, la cessazione dell'abitudine al fumo (www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/index.html);
- HBSC, un'indagine multicentrica internazionale svolta in collaborazione con l'Ufficio europeo dell'OMS, che misura i comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare. All'ultima indagine (2009-2010) hanno partecipato 43 Paesi. L'indagine coinvolge un campione rappresentativo di ragazzi in età scolare di 11, 13 e 15 anni (www.hbcs.unito.it/it/);
- ESPAD, un'indagine a cui attualmente partecipano 36 Paesi europei, condotta tramite un questionario autosomministrato a un campione rappresentativo di ragazzi di 15-16 anni (in Italia tutte le classi della scuole secondarie di secondo livello). Il questionario indaga i consumi di sostanze legali quali tabacco, alcool, psicofarmaci, doping e di altre sostanze psicotrope illecite (www.emcdda.europa.eu).

Valutazione di processo

La tabella 15 a pagina seguente riporta anche gli indicatori di processo, che valutano la messa in pratica delle raccomandazioni della LG. Per questi indicatori, le fonti informative sono diverse:

- per quanto riguarda gli interventi legislativi le principali fonti sono i documenti legislativi a livello nazionale e regionale;
- per quanto riguarda gli interventi, può essere utilizzata la banca dati di Promozione della salute (PRO.SA), che censisce gli interventi effettuati in alcune regioni italiane sui temi di «Guadagnare salute» (www.retepromozionesalute.it);
- i dati riguardanti l'esposizione a campagne di comunicazione, la percezione della popolazione sulla vendita dei prodotti del tabacco ai minori e sul rispetto del divieto di fumo possono essere ricavati dalle indagini DOXA «Il fumo in Italia» (<http://www.iss.it/fumo>), PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia, www.epicentro.iss.it/passi) e dall'indagine GYTS;
- le informazioni sulle infrazioni dei divieti di vendita possono essere fornite dai NAS, che effettuano controlli a campione su tutto il territorio nazionale;
- le informazioni sui divieti di consumo possono essere ricavate dalle indagini eseguite dai Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie come promosso dal progetto «Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo», finanziato dal Ccm del Ministero della salute e affidato alla Regione Veneto.

A	VALUTAZIONE D'IMPATTO SUI COMPORAMENTI	FONTE
A1	Età media in cui i giovani fumano la prima sigaretta	Indagini sui comportamenti
A2	Proporzione di ragazzi di 18 anni che riferiscono di non aver mai provato a fumare	Indagini sui comportamenti
A3	Prevalenza di giovani fumatori a 13, 15 e 18 anni	Indagini sui comportamenti
B	VALUTAZIONE DI PROCESSO	FONTE
1	Interventi di popolazione	
B1.1	Aumento progressivo delle accise sui prodotti del tabacco mediante tassazione superiore al tasso di inflazione (si/no)	Documenti legislativi
B1.2	Destinazione di quota dell'accisa per finanziare le politiche di contrasto al tabagismo (si/no)	Documenti legislativi
B1.3	Diffusione periodica dei risultati dei controlli sulla composizione dei prodotti del tabacco (si/no)	Ministero della salute
B1.4	Introduzione di immagini ad alto impatto emotivo sulle confezioni di sigarette (si/no)	Documenti legislativi
B1.5	Proporzione di campagne di prevenzione del tabagismo che posseggono le caratteristiche raccomandate e che prevedono una valutazione	Ministero della salute/Assessorati regionali
B1.6	Elaborazione di una normativa per la disciplina delle scene di fumo nei film (si/no)	Documenti legislativi
B1.7	Proporzione di infrazioni rilevate sul rispetto del divieto di vendita ai minori	Rapporti NAS
B1.8	Proporzione di infrazioni rilevate dai controlli sul rispetto del divieto di fumo	Indagini Dipartimenti di prevenzione aziende sanitarie
B1.9	Proporzione di minori che hanno acquistato sigarette presso tabaccai	Indagine GYTS
2	Interventi in ambito familiare	
B2.1	Proporzione di aziende sanitarie che adottano programmi volti a promuovere case libere dal fumo	Banca dati Pro.Sa
3	Interventi in ambito scolastico	
B3.1	Proporzione di scuole che adottano regolamenti scolastici antifumo	Banca dati Pro.Sa
B3.2	Proporzione di scuole secondarie che forniscono interventi di prevenzione provvisti di prove scientifiche di efficacia	Banca dati Pro.Sa
B3.3	Proporzione di studenti di scuola secondaria esposti a programmi di prevenzione	Banca dati Pro.Sa
B3.4	Proporzione di studenti che hanno visto insegnanti fumare a scuola	Indagine GYTS

Tabella 15. Proposta di indicatori per la valutazione di processo degli interventi e d'impatto sull'abitudine al fumo e relative fonti informative (modificato da Starr 2005)

Bibliografia

- Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
- Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl J & Beckman J (eds.); Action-control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Heidelberg: Springer, 1985.
- Albers AB, Siegel M, Cheng DM, Rigotti NA, Biener L. Effects of restaurant and bar smoking regulations on exposure to environmental tobacco smoke among Massachusetts adults. *Am J Public Health* 2004;94(11):1959-64.
- Albers AB, Biener L, Siegel M, Cheng DM, Rigotti N. Household smoking bans and adolescent-antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *Am J Public Health* 2008;98(10):1886-93.
- Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente T. Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *J Adolesc Health* 2001;29(1):22-30.
- Andersen MR, Leroux BG, Bricker JB, Rajan KB, Peterson AV Jr. Antismoking parenting practices are associated with reduced rates of adolescent smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(4):348-52.
- Andrews JA, Tildesley E, Hops H, Li F. The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychol* 2002;21(4):349-57.
- Anthony JC, Warner AL, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the national comorbidity survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994;2:244-68.
- Associazione Americana di Psichiatria (APA). DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quarta ed. Milano: Masson, 2007.
- Arnett JJ, Terhanian G. Adolescents' responses to cigarette advertisements: links between exposure, liking, and the appeal of smoking. *Tob Control* 1998;7(2):129-33.
- Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Patel V, Faith MS, Rodgers K, Cuevas J. How do psychological factors influence adolescent smoking progression? The evidence for indirect effects through tobacco advertising receptivity. *Pediatrics* 2006;117(4):1216-25.
- Aveyard P, Markham WA, Almond J, Lancashire E, Cheng KK. The risk of smoking in relation to engagement with a school-based smoking intervention. *Soc Sci Med* 2004;56(4):869-82.
- Bandura A. Social Learning Theory. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006;27:2468-72.
- Baška T, Warren CW, Hudečková H, Ochaba R, Šťastný P, Lea V, Lee J. The role of family background on cigarette smoking among adolescent school children in Slovakia: findings from the 2007 Slovakia Global Youth Tobacco Survey. *Int J Public Health* 2010;55(6):591-7.
- Beatty SE, Cross DS, Shaw TM. The impact of a parent-directed intervention on parent-child communication about tobacco and alcohol. *Drug Alcohol Rev* 2008;27(6):591-601.
- Berardi D, Piemonte I, Vignocchi C. Il contrabbando di tabacchi lavorati: un'analisi economica e istituzionale. Milano, British American Tobacco Italia, 2004 (accessibile al sito <http://www.refreriche.it/it/downloads/?pageID=98>).
- Biener L, Harris JE, Hamilton W. Impact of the Massachusetts tobacco control programme: population based trend analysis. *BMJ* 2000;321:351-4.
- Bonino S, Cattelino E. I comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale in adolescenza. Torino: Regione Piemonte, 1998.
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. Adolescenti e rischio. Firenze: Edizione Giunti, 2003.
- Bonino S. Il fascino del rischio negli adolescenti. Firenze: Edizioni Giunti, 2005.
- Borland T, Amos A. An exploratory study of the perceived impact of raising the age of cigarette purchase on young smokers in Scotland. *Public Health* 2009;123(10):673-9.
- Botvin GJ, Baker E, Filazzola AD, Botvin EM. A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addict Behav* 1990;15:47-63.
- Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(11):CD001006.
- Brown JD. Media literacy has potential to improve adolescents' health. *J Adolesc Health* 2006;39(4):459-60.
- Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing second hand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(4):CD005992.
- Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S. An informal school-based peer-led intervention for

- smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet* 2008;371:1595-602.
- Canadian Cancer Society (CSC). Putting health first: The case for plain packaging of tobacco products. A submission to the House of Commons Standing Committee on health. April 1994.
- Caprara GV, Gerbino M. Determinanti personali del fallimento scolastico: correlati, antecedenti e conseguenze della bocciatura. *Età evolutiva* 2002;73:18-32.
- Carroll SL, Lee RE, Kaur H, Harris KJ, Strother ML, Huang TT. Smoking, weight loss intention and obesity-promoting behaviors in college students. *J Am Coll Nutr* 2006;25(4):348-53.
- Cawley J, Markowitz S, Tauras J. Lighting up and slimming down: the effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation. *J Health Econ* 2004;23:293-311.
- Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health* 2009;9:356.
- Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ* 1997;16(3):359-73.
- Chaloupka FJ, Warner KE. The economics of smoking. In: Newhouse JP, Culyer AJ (eds). *The Handbook of Health Economics*. New York: North-Holland, 2000.
- Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tob Control* 2011;20(3):235-8.
- Chapman S, Farrelly MC. Four arguments against the adult rating of movies with smoking scenes. *PLoS Med* 2011;8(8):e1001078.
- Charlesworth A, Glantz SA. Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics* 2005;116(6):1516-28.
- Chassin L, Presson CC, Sherman SJ, Steinberg L. Adolescent smokeless tobacco use: future research needs. *NCI Monogr* 1989;(8):101-5.
- Chassin L, Presson C, Rose J, Sherman SJ, Prost J. Parental smoking cessation and adolescent smoking. *J Pediatr Psychol* 2002;27(6):485-96.
- Chriqui JF, Ribisl KM, Wallace RM, Williams RS, O'Connor JC, Arculli Rv. A comprehensive review of state laws governing Internet and other delivery sales of cigarettes in the United States. *Nicotine Tob Res* 2008;10(2):253-65.
- Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, Wiehe SE, Rivara FP. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25(4):358-62.
- Cochrane Tobacco Addiction Group, Centro Coch-rane Italiano, Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani. *Effective Health Care*, edizione italiana. Zadig editore, vol,4 n.3 maggio-giugno 2000.
- Connell AM, Dishion TJ, Yasui M, Kavanagh K. An adaptive approach to family intervention: Linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75:568-79.
- Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *Br J Addict* 1992;87(12):1711-24.
- Dalton MA, Adachi-Mejia AM, Longacre MRet al. Parental rules and monitoring of children's movie viewing associated with children's risk for smoking and drinking. *Pediatrics* 2006;118(5): 1932-42.
- Dalton MA, Beach ML, Adachi-Mejia AM et al. Early exposure to movie smoking predicts established smoking by older teens and young adults. *Pediatrics* 2009;123(4):e551-8.
- DeCicca P, Kenkel D, Mathios A. Cigarette taxes and the transition from youth to adult smoking: smoking initiation, cessation, and participation. *J Health Econ* 2008;27(4):904-17.
- de Leeuw RN, Sargent JD, Stoolmiller M, Scholte RH, Engels RC, Tanski SE. Association of smoking onset with R-rated movie restrictions and adolescent sensation seeking. *Pediatrics* 2011;127(1): e96-e105.
- de Vries H, Dijk F, Wetzels J et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res* 2006;21:132.
- DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control* 2002;11(3):228-35.
- DiFranza JR, Clark DM, Pollay RW. Cigarette package design: opportunities for disease prevention. *Tob Induc Dis* 2002;1(2):97-109.
- DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics* 2006;117(6):e1237-48.
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(7):704-10.
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher KE. Enforcement of underage sales laws as a predictor of daily smoking among adolescents: a national study. *BMC Public Health* 2009;9:107.
- DiNapoli PP. Early initiation of tobacco use in adolescent girls: key sociostructural influences. *Appl Nurs Res* 2009;22(2):126-32.

- Edwards CA, Harris WC, Cook DR, Bedford KF, Zuo Y. Out of the Smokescreen: does an anti-smoking advertisement affect young women's perception of smoking in movies and their intention to smoke? *Tob Control* 2004;13(3):277-82.
- Edwards C, Oakes W, Bull D. Out of the smoke-screen II: will an advertisement targeting the tobacco industry affect young people's perception of smoking in movies and their intention to smoke? *Tob Control* 2007;16(3):177-81.
- Emery S, White M, Pierce JP. Does cigarette price influence adolescent experimentation? *J Health Econ* 2001;20(2):261-70.
- Erickson E. *Chilwood and society*. New York: Norton, 1950.
- Etcheverry PE, Agnew CR. Romantic partner and friend influences on young adult cigarette smoking: Comparing close others' smoking and injunctive norms over time. *Psychol Addict Behav* 2008;22:313-25.
- Etter JF, Pélissolo A, Pomerleau C, De Saint-Hilaire Z. Associations between smoking and heritable temperament traits. *Nicotine Tob Res* 2003;5(3):401-9.
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). The 2011 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 36 European Countries, 2011 (accessibile al sito http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf).
- Eysenck HJ. The prediction of death from cancer by means of personality/stress questionnaire: too good to be true? *Percept Mot Skills* 1990;71(1):216-8.
- Faggiano F, Gelormino E. Gli studi per la valutazione di impatto per la salute. In: Faggiano F, Donato F, Barbone F (eds). *Applicazioni di Epidemiologia per la Sanità Pubblica*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2006; pp: 231-76.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhardt G, Bohrn K et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2010;108(1-2):56-64.
- Farrelly MC, Davis KC, Haviland ML, Messeri PHC. Evidence of a dose-response relationship between "truth" antismoking ads and youth smoking prevalence. *Am J Public Health* 2005;95:425-31.
- Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *Eur J Public Health* 2011;21:29-34.
- Freeman D, Brucks M, Wallendorf M, Boland W. Youths' understandings of cigarette advertisements. *Addict Behav* 2009;34(1):36-42.
- Gallus S, Fernandez E, Townsend J, Schiaffino A, La Vecchia C. Price and consumption of tobacco in Italy over the last three decades. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:333-7.
- Gallus S, Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J, Fernandez E. Price and cigarette consumption in Europe. *Tob Control* 2006;15:114-9.
- Gallus S, Zuccaro P, Colombo P et al. Smoking in Italy 2005-2006: Effects of a comprehensive National Tobacco Regulation. *Prev Med* 2007;45:198-201.
- Gallus S, Tramacere I, Zuccaro P, Colombo P, La Vecchia C. Cigarette smuggling in Italy, 2005-8. *Tob Control* 2009;18(2):159-60.
- Gallus S, Muttarak R, Martínez-Sánchez JM, Zuccaro P, Colombo P, La Vecchia C. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med* 2011;52(6):434-8.
- Garattini S, La Vecchia C. *Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi*. Milano: Editrice Kurtis, 2002.
- Glantz SA. Commentary on Hanewinkel et al, (2010): Anti-smoking advertisements vaccinate movie viewers against effects of on-screen smoking. *Addiction* 2010;105:1278-9.
- Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Dati sul campione italiano, 2010 (accessibile al sito http://www.hbsc.unito.it/files/pdf/reports/GYTSItalia_factsheet.pdf).
- Gorini G, Chellini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Ann Oncol* 2007;18(10):1620-2.
- Gorini G, Carreras G, Allara E, Faggiano F. Decennial trends of social differences in smoking habits in Italy: a 30-year update. *Cancer Causes Control* 2013;24(7):1385-91.
- Gremigni P. *Psicologia del fumo*. Roma: Carocci, 2005.
- Griffin NS. Personalize your management development. *Harv Bus Rev* 2003;81(3):113-9,142.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R et al. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
- Hafstad A, Stray-Pederson B, Langmark F. Use of provocative emotional appeals in a mass media campaign designed to prevent smoking among adolescents. *Eur J Public Health* 1997;7:122-7.
- Haire-Joshu D, Morgan G, Fisher EB, Jr. Determinants of cigarette smoking. *Clinic Chest Medicine* 1991;12(4):711-25.
- Hamilton G, Cross D, Lower T, Resnicow K,

- Williams P. School policy: What helps to reduce teenagesmoking? *Nicotine Tob Res* 2003;5(4):507-13.
- Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeill A, Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the international tobacco control four country study. *Am J Prev Med* 2007;32(3):202-9.
- Hammond D. "Plain packaging" regulations for tobacco products: the impact of standardizing the color and design of cigarette packs. *Salud Publica Mex* 2010;52(Suppl 2):S226-S232.
- Hanewinkel R, Sargent JD. Exposure to smoking in popular contemporary movies and youth smoking in Germany. *Am J Prev Med* 2007; 32(6):466-73.
- Hanewinkel R, Morgenstern M, Tanski SE, Sargent JD. Longitudinal study of parental movie restriction on teen smoking and drinking in Germany. *Addiction* 2008;103:1722-30.
- Hanewinkel R. Cigarette Smoking and Perception of a Movie Character in a Film Trailer. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(1):15-18.
- Hanewinkel R, Isensee B, Sargent JD, Morgenstern M. Effect of an antismoking advertisement on cinema patrons' perception of smoking and intention to smoke: quasi-experimental study. *Addiction* 2010;105:1269-77.
- Hanewinkel R, Sargent JD, Poelen EAP et al. Alcohol consumption in movies and adolescent binge drinking in 6 european countries. *Pediatrics* 2012;129(4):709-20.
- Hansen WB, Dusenbury L, Bishop D, Derzon JH. Substance abuse prevention program content: systematizing the classification of what programs target for change. *Health Educ Res* 2007;22:351-60.
- Harakeh Z, Scholte RH, de Vries H, Engels RC. Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction* 2005; 100(6):862-70.
- Health Behaviour in School-Age Children (HBSC). Indagine 2009-2010 (accessibile al sito <http://www.hbsc.unito.it/>).
- Henderson M, Ecob R, Wight D, Abraham C. What explains between-school differences in rates of smoking? *BMC Public Health* 2008;8:218.
- Henriksen L, Feighery EC, Schleicher NC, Cowling DW, Kline RS, Fortmann SP. Is adolescent smoking related to the density and proximity of tobacco outlets and retail cigarette advertising near schools? *Prev Med* 2008;47(2):210-4.
- Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med* 2001;20(Suppl 2):16-66.
- Hornik R. Personal Influence and the effects of the national youth anti-drug media campaign. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 2006;608;282-300.
- Hublet A, Schmid H, Clays E et al. Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction* 2009;104(11):1918-26.
- Hunt K, Sweeting H, Sargent J, Lewars H, Cin SD, Worth K. An examination of the association between seeing smoking in films and tobacco use in young adults in the west of Scotland: cross-sectional study. *Health Educ Res* 2009;24(1):22-31.
- Huver RM, Engels RC, Vermulst AA, de Vries H. Is parenting style a context for smoking-specific parenting practices? *Drug Alcohol Depend* 2007; 89(2-3):116-25.
- IARC. Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control, Volume 13. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2009.
- IARC. Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control, Volume 14. Effectiveness of Price and Tax Policies for Control of Tobacco. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2011.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", 2009 (accessibile al sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1852_allegato.pdf).
- Jackson C, Dickinson D. Can parents who smoke socialise their children against smoking? Results from the Smoke-free Kids intervention trial. *Tob Control* 2003;12(1):52-9.
- Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991;12(8):597-605.
- Jessor R, Van Den Bos J, Vanderryn, J, Costa FM, Turbin MS. Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Dev Psychol* 1995;31(6):923-33.
- Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale in Europe. Association of European Cancer Leagues, 2010 (accessibile al sito www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Kampagnen/TCS_2010_Europe.pdf).
- Joossens L, Lugo A, La Vecchia C, Gilmore AB, Clancy L, Gallus S. Illicit cigarettes and hand-rolled tobacco in 18 European countries: a cross-sectional survey. *Tob Control*. 2012 Dec 10. [Epub ahead of print]
- Karp I, O'Loughlin J, Paradis G, Hanley J, Difranza J. Smoking trajectories of adolescent novice smokers in a longitudinal study of tobacco use. *Ann Epidemiol* 2005;15(6):445-52.

- Keithly L, Ferris Wayne G, Cullen DM, Connolly GN. Industry research on the use and effects of levulinic acid: a case study in cigarette additives. *Nicotine Tob Res* 2005;7(5):761-71.
- Keyes M, Legrand LN, Iacono WG, McGue M. Parental smoking and adolescent problem behavior: an adoption study of general and specific effects. *Am J Psychiatry* 2008;165(10):1338-44.
- Kellam SG, Brown CH, Poduska JM et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2008;95(Suppl 1):S5-S28.
- Kirby T. Australia to be first country to use plain cigarette packaging. *Lancet* 2011;12:427.
- Laugesen M, Scragg R, Wellman RJ, DiFranza JR. R-rated film viewing and adolescent smoking. *Prev Med* 2007;45(6):454-9.
- Leatherdale ST, Cameron R, Brown KS, McDonald PW. Senior student smoking at school, student characteristics, and smoking onset among junior students: a multilevel analysis. *Prev Med* 2005;40(6):853-9.
- Leatherdale ST, McDonald PW, Cameron R, Jolin MA, Brown KS. A multi-level analysis examining how smoking friends, parents, and older students in the school environment are risk factors for susceptibility to smoking among non-smoking elementary school youth. *Prev Sci* 2006;7(4):397-402.
- Leshner AI. Addiction is a brain disease and it matters. *Science* 1997;278:45-7.
- Lewinsohn, PM, Rohde P, Brown RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction* 1999;94:913-21.
- Lipperman-Kreda S, Grube JW. Students' perception of community disapproval, perceived enforcement of school antismoking policies, personal beliefs, and their cigarette smoking behaviors: results from a structural equation modeling analysis. *Nicotine Tob Res* 2009;11(5):531-9.
- Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003439.
- Lovato CY, Hsu HC, Sabiston CM, Hadd V, Nykiforuk CI. Tobacco Point-of-Purchase marketing in school neighbourhoods and school smoking prevalence: a descriptive study. *Can J Public Health* 2007;98(4):265-70.
- Lovato CY, Zeisser C, Campbell HS et al Adolescent smoking: effect of school and community characteristics. *Am J Prev Med* 2010;39(6):507-14.
- Lum KL, Polansky JR, Jackler RK, Glantz SA. Signed, sealed and delivered: "big tobacco" in Hollywood, 1927-1951. *Tob Control* 2008;17(5):313-23.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The five-factor model of personality and smoking: a meta-analysis. *J Drug Educ* 2006;36(1):47-58.
- Markham WA, Aveyard P, Bisset SL, Lancashire ER, Bridle C, Deakin S. Value-added education and smoking uptake in schools: a cohort study. *Addiction* 2008;103(1):155-61.
- Martire KA, Mattick RP, Doran CM, Hall WD. Cigarette tax and public health: what are the implications of financially stressed smokers for the effects of price increases on smoking prevalence? *Addiction* 2010;106:622-30.
- McCarron P, Smith GD, Okasha M, McEwen J. Smoking in adolescence and young adulthood and mortality in later life: prospective observational study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(5):334-5.
- Mekemson C, Glantz SA. How the tobacco industry built its relationship with Hollywood. *Tob Control* 2002;11(Suppl 1):i81-91.
- Merriman D. Cigarette smuggling does not reduce the public health benefits of cigarette taxes. *Applied Economics Letters* 2002;9:493-6.
- Miller CH, Burgoon M, Grandpre JR, Alvaro EM. Identifying principal risk factors for the initiation of adolescent smoking behaviors: the significance of psychological reactance. *Health Commun* 2006;19(3):241-52.
- Moore L, Roberts C and Tudor Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescent: multilevel analysis of cross sectional data from Wales. *Tob Control* 2001;10:117-23.
- Morgenstern M, Sargent JD, Hanewinkel R, for the Smoking In Movies Europe Study Group. Frequency of smoking in popular movies: Content analysis of box-office hits from 2004 to 2009 in six European countries. Poster presentato al 5th European Conference Tobacco or Health 2011 (ECToH), Amsterdam, 28-30 Marzo 2011 (a).
- Morgenstern M, Poelen EA, Scholte R et al. Smoking in movies and adolescent smoking: crosscultural study in six European countries. *Thorax* 2011;66(10):875-83 (b).
- Mowery PD, Farrelly MC, Haviland ML, Gable JM, Wells HE. Progression to established smoking among US youths. *Am J Public Health* 2004;94(2):331-7.
- Müller-Riemenschneider F, Bockelbrink A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control* 2008;17(5):301-2.
- Munafò MR, Zetteler JI, Clark TG. Personality and

- smoking status: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2007;9(3):405-13.
- Murray DM, Hannan PJ. Planning for the appropriate analysis in school-based drug-use prevention studies. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(4):458-68.
- Muscat JE, Chen G, Knipe A, Stellman SD, Lazarus P, Richie JP Jr. Effects of menthol on tobacco smoke exposure, nicotine dependence, and NNAL glucuronidation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18(1):35-41.
- National Cancer Institute (NCI). Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. *Smoking and tobacco control monograph No. 13*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service. National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Publication No. 02-5047, October 2001 (accessibile al sito http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/m13_preface.pdf).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Mass-media and point-of-sales measures to prevent the uptake of smoking by children and young people. NICE public health guidance 14, NICE, 2008 (accessibile al sito <http://guidance.nice.org.uk/PH14/Guidance/pdf/English>).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). School-based interventions to prevent smoking, NICE public health guidance 23, NICE, 2010 (accessibile al sito www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH23Guidance.pdf).
- Network Italiano per l'Evidence based Prevention (NIEbP). Come produrre, diffondere e aggiornare Linee guida per la Salute Pubblica. Ccm, 2011.
- Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med* 2008;67(9):1343-55.
- Nilsson M, Weinehall L, Bergström E, Stenlund H, Janlert U. Adolescent's perceptions and expectations of parental action on children's smoking and snus use; national cross sectional data from three decades. *BMC Public Health* 2009;9:74.
- Noar SM. A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *J Health Commun* 2006;11(1):21-42.
- O'Byrne KK, Haddock CK, Poston WS. Parenting style and adolescent smoking. *J Adolesc Health* 2002;30(6):418-25.
- O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF et al. Nicotine dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med* 2003;25(3):219-25.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Classificazione internazionale delle malattie - decima edizione. Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico Zecca dello Stato, 2007.
- Otten R, Engels RC, Prinstein MJ. A prospective study of perception in adolescent smoking. *J Adolesc Health* 2009;44(5):478-84.
- Pacifici R. Rapporto nazionale sul fumo 2010. OSSFAD-ISS, 2010 (accessibile al sito www.iss.it/binary/ofad/cont/rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2010.pdf).
- Paek HJ. Moderating roles of primary social influences in the relationship between adolescent self-reported exposure to antismoking messages and smoking intention. *Health Commun* 2008;23(6):526-37.
- Pallonen UE, Prochaska JO, Velicer WF, Prokhorov AV, Smith NF. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addict Behav* 1998;23(3):303-24.
- Paynter J, Edwards R. The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine Tob Res* 2009;11(1):25-35.
- Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI). Rapporto nazionale Passi 2011: abitudine al fumo (accessibile al sito <http://www.epi-centro.iss.it/passi/rapporto2011/FumoAttivo.asp>).
- Pbert L, Fletcher KE, Flint AJ, Young MH, Druker S, DiFranza J. Smoking prevention and cessation intervention delivery by pediatric providers, as assessed with patient exit interviews. *Pediatrics* 2006;118(3):e810-24.
- Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;121(4):e738-47.
- Pellai A. Comportamenti e stili di vita degli adolescenti italiani. ASL Provincia di Milano 1, 2001.
- Pentz MA, Brannon BR, Charlin VL, Barrett EJ, MacKinnon DP, Flay BR. The power of policy: the relationship of smoking policy to adolescent smoking. *Am J Public Health* 1989;79:857-62.
- Peretti-Watel P. Pricing policy and some other predictors of smoking behaviours: an analysis of French retrospective data. *Int J Drug Policy* 2004;16:19-26.
- Perkins HW. The emergence and evolution of the social norms approach to substance abuse prevention. In: Perkins HW (eds). *The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: a handbook for educators, counselors, clinicians*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003.
- Piano Nazionale Linee Guida (PNLG). Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per

- la pratica clinica. Manuale metodologico, PNLG. Istituto Superiore di Sanità e Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma, 2002.
- Piontek D, Buehler A, Donath C, Floeter S, Rudolph U, Metz K, Gradl S, Kroeger C. School context variables and students'smoking. *Eur Addict Res* 2008;14(1):53-60.
- Piper DL, Moberg DP, King MJ. The healthy for life project: Behavioral outcomes. *J Prim Prev* 2000; 21:47-73.
- Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tob Control* 2002;11(3):246-51.
- Primack BA, Gold MA, Land SR, Fine MJ. Association of cigarette smoking and media literacy about smoking among adolescents. *J Adolesc Health* 2006;39(4):465-72.
- Primack BA, Land SR and Fine MJ. Adolescent smoking and volume of exposure to various forms of media. *Public Health* 2008;122(4):379-89.
- Primack BA, Sidani J, Carroll MV, Fine MJ. Associations between smoking and media literacy in college students. *J Health Commun* 2009;14(6): 541-55.
- Prochaska, JO, Diclemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- Ravenna M. Adolescenti e droga. Bologna: Il Mulino, 1993.
- Reid DJ, McNeill AD, Glynn TJ. Reducing the prevalences of smoking in youth in Western countries: an international review. *Tob Control* 1995; 4:266-77.
- Reid JL, Manske SR, Leatherdale ST. Factors related to adolescents'estimation of peer smoking prevalence. *Health Educ Res* 2008;23:81-93.
- Remler DK. Poor smokers, poor quitters and cigarette tax regressivity. *Am J Public Health* 2004;94(2): 225-9.
- Richardson L, Allen P, McCullough L et al. Preventing the uptake of smoking by children and young people: review of effectiveness. Nice rapid review. British Columbia, 2008 (accessibile al sito: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12020/41335/41335.pdf>).
- Riou França L, Dautzenberg B, Falissard B, Reynaud M. Are social norms associated with smoking in French university students? A survey report on smoking correlates. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009;4:4. Erratum in: *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009;4.
- Rimpelä AH, Rainio SU. The effectiveness of tobacco sales ban to minors: the case of Finland. *Tob Control* 2004;13(2):167-74.
- Robinson J, Amos A. A qualitative study of young people's sources of cigarettes and attempts to circumvent underage sales laws. *Addiction* 2010; 105(10):1835-43.
- Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction. Helping people who can't quit. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, 2007.
- Russo R, Scafato E. Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari. Roma: OssFAD, ISS; 2002.
- Sargent JD, Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, Ahrens MB, Heatherston TF. Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes. *Lancet* 2001; 357(9249):29-32.
- Schnohr CW, Kreiner S, Rasmussen M, Due P, Currie C, Diderichsen F. The role of national policies intended to regulate adolescent smoking in explaining the prevalence of daily smoking: a study of adolescents from 27 European countries. *Addiction* 2008;103(5):824-31.
- Schulze A, Mons U, Edler L, Pötschke-Langer M. Lack of sustainable prevention effect of the "Smoke-Free Class Competition" on German pupils. *Prev Med* 2006;42(1):33-9.
- Sellstrom E and Bremberg S. Is there a "school effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:149-55.
- Sen A, Wirjanto T. Estimating the impacts of cigarette taxes on youth smoking participation, initiation, and persistence: empirical evidence from Canada. *Health Econ* 2010;19(11):1264-80.
- Seo D-C, Bodde AE and Torabi MR. Salient environmental and perceptual correlates of current and established smoking for 2 representative cohorts of Indiana adolescents. *J Sch Health* 2009;79:98-107.
- Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia. Roma: Centro di Ricerche Oncologiche «Giovanni XXIII», Istituto di Patologia Generale, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2001.
- Shadel WG, Fryer CS, Tharp-Taylor S. Uncovering the most effective active ingredients of antismoking public service announcements: the role of actor and message characteristics. *Nicotine Tob Res* 2009;11(5):547-52.
- Siegel JT, Alvaro EM. An evaluation of Arizona's youth tobacco access prevention media campaign. *Am J Prev Med* 2006;30(4):284-91.
- Simonato L, Agudo A, Ahrens W et al. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assessment of inter-country het-

- erogeneity. *Int J Cancer* 2001;91(6):876-87.
- Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med* 2003;37(5):451-74.
- Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC et al. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: a randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug Alcohol Depend* 2009;102:1-10.
- Sloboda Z, Glantz MD, Tarter RE. Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention. *Subst Use Misuse* 2012;47(8-9):944-62.
- Song AV, Ling PM, Neilands TB, Glantz SA. Smoking in movies and increased smoking among young adults. *Am J Prev Med* 2007;33(5):396-403. Erratum in: *Am J Prev Med* 2008;34(1):86.
- Sowden A, Arblaster L, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1): CD001291.
- Starr G, Rogers T, Schooley M, Porter S, Wiesen E, Jamison N. Key Outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD001497.
- Strasser AA, Cappella JN, Jepson C, Fishbein M, Tang KZ, Han E, Lerman C. Experimental evaluation of antitobacco PSAs: effects of message content and format on physiological and behavioral outcomes. *Nicotine Tob Res* 2009;11(3):293-302.
- Sun P, Unger JB, Sussman S. A new measure of smoking initiation and progression among adolescents. *Am J Health Behav* 2005;29(1):3-11.
- Sutfin EL, Szykman LR, Moore MC. Adolescents' responses to anti-tobacco advertising: exploring the role of adolescents' smoking status and advertisement theme. *J Health Commun* 2008;13(5):480-500.
- Sweet M. Tobacco companies launch legal action against plain packaging. *BMJ* 2011;343:d4270.
- Tanski SE, Stoolmiller M, Dal Cin S, Worth K, Gibson J, Sargent JD. Movie character smoking and adolescent smoking: who matters more, good guys or bad guys? *Pediatrics* 2009;124(1):135-43.
- Task Force on Community Preventive Services. The Guide to Community Preventive Services: What works to promote health? Oxford University press, 2005.
- Tauras JA, O'Malley PM, Johnston LD. Effects of price and access laws on teenage smoking initiation: A national longitudinal analysis. University of Illinois, Research Paper Series, No. 2, 2001.
- Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD001293.
- Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD004493.
- Thompson EM, Gunther AC. Cigarettes and cinema: does parental restriction of R-rated movie viewing reduce adolescent smoking susceptibility? *J Adolesc Health* 2007;40(2):181.e1-6.
- Tinghino B, Zagà V, Andreoni V, Ciociola T, Esposto G. Bambini che fumano. Risultati di una ricerca italiana sull'abitudine al fumo dei giovanissimi. *Tabaccologia* 2011.
- Titus-Ernstoff L, Dalton MA, Adachi-Mejia AM, Longacre MR, Beach ML. Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children. *Pediatrics* 2008;121(1):15-21.
- Tobler NS, Roona MR, Ochshorn PM, Diana G, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev* 2000;20:275-336.
- Tobler AL, Komro KA. Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *J Adolesc Health* 2010;46(6):560-8.
- Tonolo G. *Adolescenza e identità*. Bologna: Il Mulino, 1999.
- Trinidad DR, Gilpin EA, Pierce JP. Compliance and support for smoke-free school policies. *Health Educ Res* 2005;20(4):466-75.
- Tsoukalas TH, Glantz SA. Development and destruction of the first state funded anti-smoking campaign in the USA. *Tob Control* 2003;12(2):214-20.
- Tutt D, Bauer L, Edwards C, Cook D. Reducing adolescent smoking rates: maintaining high retail compliance results in substantial improvements. *Health Promot J Austr* 2000;10(1):20-4.
- Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control* 1998;7:409-20.
- Uthman O, Yahaya I, Pennant M et al. School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people: effectiveness review. West Midlands Health Technology Assessment Collaboration, University of Birmingham, 2009 (accessibile al sito www.nice.org.uk/nicemedia/live/12827/47624/47624.pdf).
- Vardavas CI, Connolly G, Karamanolis K, Kafatos A. Adolescents perceived effectiveness of the proposed European graphic tobacco warning labels. *Eur J Public Health* 2009;19(2):212-7.

- Wakefield M, Flay B, Nichter M, Giovino G. Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction* 2003;98(Suppl 1):79-103.
- Walters ST, Wright JA, Shegog R. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. *Addict Behav* 2006;31(2):264-77.
- Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(12):1285-96.
- Werley MS, Coggins CR, Lee PN. Possible effects on smokers of cigarette mentholation: a review of the evidence relating to key research questions. *Regul Toxicol Pharmacol* 2007;47(2):189-203.
- West P, Sweeting H and Young R. Smoking in Scottish youth: personal income, parental social class and cost of smoking. *Tob Control* 2007;16: 329-35.
- White V, Webster B, Wakefield M. Do graphic health warning labels have an impact on adolescents' smoking-related beliefs and behaviours? *Addiction* 2008;103(9):1562-71.
- Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health* 2005;36(3):162-9.
- Wiencke JK, Kelsey KT. Teen smoking, field cancerization, and a "critical period" hypothesis for lung cancer susceptibility. *Environ Health Perspect* 2002;110(6):555-8.
- Wiium N, Burgess S, Moore L. Brief report: multi-level analysis of school smoking policy and pupil smoking behaviour in Wales. *J Adolesc* 2011;34(2): 385-9.
- Wilkinson AV, Shete S, Prokhorov AV. The moderating role of parental smoking on their children's attitudes toward smoking among a predominantly minority sample: a cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008;3:18.
- Wills TA. Stress and coping in early adolescence: relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychol* 1986;5(6):503-29.
- Wills TA, Sargent JD, Stoolmiller M, Gibbons FX, Gerrard M. Movie smoking exposure and smoking onset: a longitudinal study of mediation processes in a representative sample of US adolescents. *Psychol Addict Behav* 2008;22(2):269-77.
- Wilson N, Peace J, Li J, Edwards R, Hoek J, Stanley J, Thomson G. Distribution of new graphic warning labels: Are tobacco companies following regulations? *Tob Induc Dis* 2009;5(1):14.
- World Health Organization (WHO). Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003.
- World Health Organization (WHO). Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO, 2006.
- WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (WHO TobReg). Report on the Scientific Basis of Tobacco Product Regulation. WHO Technical Report Series, no. 951, 2008.
- World Health Organization (WHO). Smoke-free movies: From evidence to action. Geneva: WHO, 2009.
- WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC). Guidelines for implementation of the WHO FCTC Article 5.3 | Article 8 | Articles 9 and 10 | Article 11 | Article 12 | Article 13 | Article 14. WHO, Geneva, 2011 (accessibile al sito www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/guidel_2011/en/index.html).
- Zuckerman S. Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1980.

Questo documento è consultabile anche nel sito internet <http://www.snlg-iss.it>.

Questo documento può essere riprodotto e utilizzato, in parte o integralmente, purché non si alterino i contenuti originali e purché si indichi il Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS) come fonte.

Per riprendere e riprodurre integralmente il documento, fare richiesta al Sistema nazionale per le linee guida, all'indirizzo: info@snlg-iss.it

Il Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)

In Italia, l'elaborazione di linee guida e di altri strumenti di indirizzo finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza avviene all'interno del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG).

La legislazione vigente propone l'adozione di linee guida come richiamo all'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili e come miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni.

Queste sono le finalità del SNLG con i compiti specifici di:

- produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse;
- renderle facilmente accessibili;
- seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica;
- valutarne l'impatto organizzativo e di risultato.

Gli strumenti utilizzati per perseguire questi fini sono appunto linee guida clinico-organizzative, documenti derivanti da consensus conference, revisioni rapide di procedure e interventi, documenti implementativi e per la valutazione dei servizi.

Il Network italiano di Evidence-based Prevention (NIEbP)

Il Network Italiano di EBP si è sviluppato nel corso dell'ultimo decennio per affrontare anche in Italia il tema dell'efficacia degli interventi in sanità pubblica, ancora oggi troppo ancorati a pratiche obsolete e a visioni tramontate. Sulla base di queste istanze di rinnovamento il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute ha promosso un primo progetto nel 2005, che poi fu ampliato.

È proprio nell'ambito di tale ampliamento che si colloca l'iniziativa di questo Manuale per produrre, diffondere e aggiornare linee guida per la salute pubblica, che sarà la base delle nuove linee guida di prevenzione che verranno elaborate in accordo con il SNLG.