

RAPPORTO SUL FUMO IN ITALIA - 2000

P. Zuccaro, C. Mortali, L. Martucci, G. Modigliani, E. Pizzi, A. Di Pucchio e R. Pacifici

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, Roma

IL CONTESTO INTERNAZIONALE

Per valutare l'epidemia da fumo nel nostro paese è importante conoscere e approfondire, oltre gli aspetti più propriamente sociosanitari, il contesto economico nazionale e internazionale. I processi di globalizzazione dell'economia, la scomparsa nell'Unione Europea degli ultimi Monopoli di Stato (Francia, Spagna, Italia), la liberalizzazione degli scambi, la caduta delle barriere protezionistiche rendono necessario contestualizzare la situazione italiana relativa alla produzione e al commercio del tabacco su scala mondiale.

Nel 1999 la produzione mondiale di tabacco è stata di circa 7,1 milioni di tonnellate, di cui circa il 60% nel continente asiatico. Nella figura 1 sono indicati i principali produttori e consumatori di tabacco; è interessante notare come la produzione si stia spostando dai paesi industrializzati a quelli in via di sviluppo.

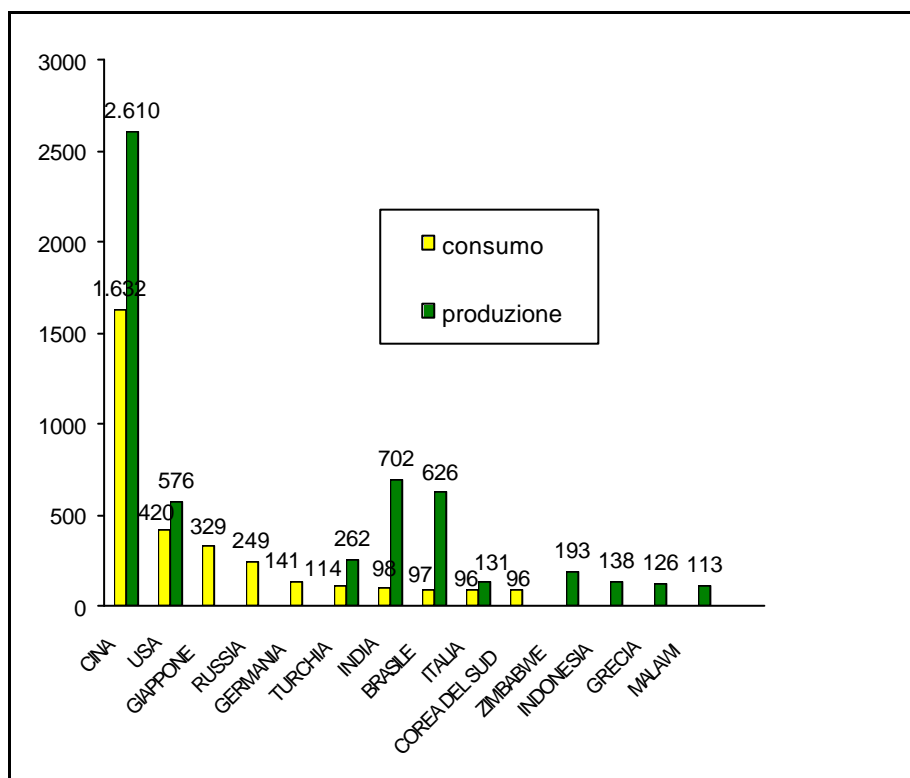


Figura 1. Quantità di sigarette prodotte e consumate nel 1999. (in miliardi di kg).

In Europa abbiamo 3 paesi che coltivano tabacco: la Turchia, l'Italia e la Grecia che insieme rappresentano il 4% della produzione mondiale. Per quanto riguarda l'Italia nel periodo dal 1990 al 1999 la produzione è scesa del 39,1%. È interessante notare la differenza tra quantità prodotte nei singoli paesi e le quantità consumate e che tra i primi 10 sono presenti paesi solo consumatori come il Giappone, la Russia e la Germania.

In Italia l'attività agricola legata al tabacco dipende quasi interamente dal sostegno comunitario che contribuisce per oltre l'80% del reddito dell'agricoltore. In assenza di

tali aiuti la coltivazione del tabacco sarebbe destinata a scomparire. Alcune organizzazioni sovranazionali (OMS, Banca Mondiale) hanno da tempo criticato la politica di aiuti comunitari al settore e nell'ambito dei negoziati sul commercio internazionale (WTO) viene messo in discussione il sostegno alle singole produzioni agricole. Inoltre, alcuni paesi dell'UE ritengono che il sostegno alla produzione di un prodotto nocivo non sia compatibile con la politica sanitaria e sono favorevoli ad una estirpazione totale del tabacco e ad un sostegno alla riconversione delle colture.

La Commissione Europea con il regolamento 2848/98 che definisce il nuovo regime di aiuti ha orientato la produzione verso la qualità. La giustificazione adottata è che la coltivazione del tabacco è importante in termini di occupazione, presidio del territorio e indotto economico locale. Se questa rimane la politica comunitaria sarebbe almeno auspicabile definire i miglioramenti qualitativi legando gli aiuti a quei prodotti che possano certificare un minor contenuto di sostanze tossiche che si sprigionano dalla combustione delle sigarette e a coltivazioni di tabacco geneticamente modificato per l'assenza di nicotina che potrebbe una volta introdotto sul mercato ridurre la dipendenza dei fumatori.

Bisogna però ricordare che oggi solo il 20% del consumo europeo è di produzione comunitaria, che tale percentuale è diminuita negli ultimi 10 anni e che quindi il consumo di tabacco in Europa non è connesso con l'esistenza di un sistema di sostegno alla produzione. Se la produzione comunitaria dovesse scomparire, visti gli orientamenti del commercio internazionale, questo non avrebbe probabilmente nessun impatto sul consumo.

Per quanto riguarda la produzione di sigarette nell'UE, negli ultimi 5 anni la produzione italiana, che rappresenta il 5,9% della quota UE, è diminuita del 10,3% mentre sono cresciute le produzioni in Austria (+42%), Grecia (+31%) e Olanda (19%). Le sigarette italiane sono fabbricate per il 50% con il raccolto italiano e il 44% con tabacchi importati, mentre per le sigarette prodotte su licenza la materia prima proviene per l'88% da paesi non comunitari come gli USA, lo Zimbabwe e il Brasile.

IL CONTESTO NAZIONALE

Il monopolio del tabacco è nato a Roma, nello Stato Pontificio, introdotto con una privativa del 1655 da Papa Alessandro VII Chigi. Con l'unificazione del Regno d'Italia si è arrivati ad una legge che istituisce il monopolio di produzione e distribuzione e quindi l'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato del Ministero delle Finanze che si è protratta fino ai nostri giorni.

Nel 1998, in conseguenza di una linea di politica economica tendente, coerentemente con il contesto europeo, a ridurre l'influenza dello Stato nell'economia, è stato emanato il DL 283 che istituisce l'Ente Tabacchi Italiani (ETI, Ente Pubblico Economico). Nel luglio del 2000 si è completata la trasformazione in Società per Azioni che determinerà l'uscita del Ministero del Tesoro come azionista e l'ingresso di investitori privati nazionali e internazionali. Parallelamente, con Decreto n. 1115 del 7 febbraio 2000 si è provveduto alla riorganizzazione dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato che per quanto riguarda i tabacchi dovrà fra l'altro:

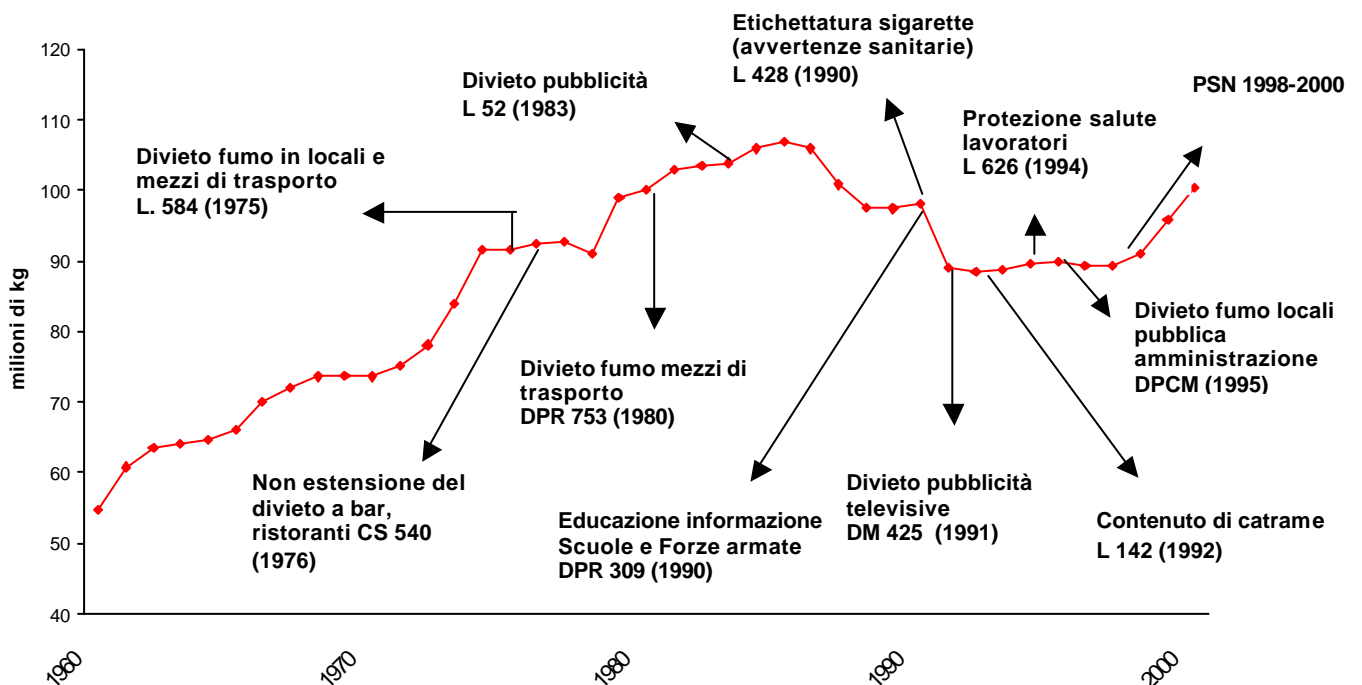
1. curare la vigilanza sull'ETI;
2. curare il servizio statistico;
3. rilasciare le concessioni amministrative nel settore delle vendite;
4. controllare la conformità dei prodotti da fumo alla normativa nazionale e internazionale in materia di etichettatura.

In virtù di tali attribuzioni è stato ripristinato il laboratorio notificato presso la direzione generale di Roma dove vengono eseguite le analisi dei contenuti di nicotina e condensato delle sigarette commercializzate in Italia secondo le normative vigenti.

La nuova struttura organizzativa dell'ETI ha identificato, nell'ambito della divisione fumo, una sezione che si occupa del controllo delle sigarette e della ricerca. In virtù anche dei nuovi adempimenti derivati dalla nuova direttiva europea, i monopoli di Stato dovranno ampliare il settore dei controlli tossicologici sulle sigarette e partecipare alle attività di ricerca in collaborazione con il Ministero della Sanità e con l'Istituto Superiore di Sanità.

Nella figura 2 sono riportati i consumi di sigarette nel periodo 1960-2000. Si possono distinguere chiaramente 3 fasi, una di grossa crescita dal 1960 al 1986, una di riduzione (-14%) negli anni 1986-1991 ed una terza di consumi stabili fino al 1998. Negli ultimi due anni i consumi sono di nuovo in crescita e questo desta grande preoccupazione.

Figura 2. Consumo di tabacco ed interventi legislativi in Italia, 1960-2000



Nomisma, nei rapporti 1999 e 2000, lega l'aumento delle vendite alla contrazione dei consumi illegali di sigarette di contrabbando. E' interessante fare alcune considerazioni in proposito. L'intervento NATO nel Kosovo, prima con il blocco della navigazione in Adriatico (24 marzo – 9 giugno 1999) e poi con il pattugliamento continuo delle coste che si protrae fino ad oggi per evitare lo sbarco dei clandestini, può essere all'origine della diminuzione del fenomeno del contrabbando.

Inoltre negli ultimi anni è aumentata l'azione di contrasto da parte della Guardia di Finanza ed è stata varata una nuova legge sul contrabbando, frutto della consapevolezza che il fenomeno è legato alla criminalità internazionale e non è solo un fenomeno di evasione fiscale. Secondo stime della Guardia di Finanza nel 1998 il mercato illegale sarebbe diminuito di quasi 17 milioni di kg, corrispondente ad un giro d'affari di 4.500 miliardi di Lire. Un'altra stima della Federazione Italiana Tabaccai (FIT) ha valutato per il 1999 un mercato illegale di 14,1 milioni di kg. In Italia la distribuzione delle sigarette è curata dall'ETI e si basa su una rete di 20 depositi e 576 magazzini che provvedono a distribuire il prodotto ai 57.000 rivenditori.

Confrontando quindi le variazioni, fra i vari depositi, delle quantità distribuite sia per le sigarette nazionali che estere si può verificare se l'aumento dei consumi sia legato alla diminuzione di sigarette di contrabbando e quindi alla necessità di approvvigionarsi attraverso i normali canali di vendita. Nella figura 3 sono riportati gli scostamenti nelle vendite di tabacchi lavorati per deposito nel quadrimestre aprile-luglio 2000.

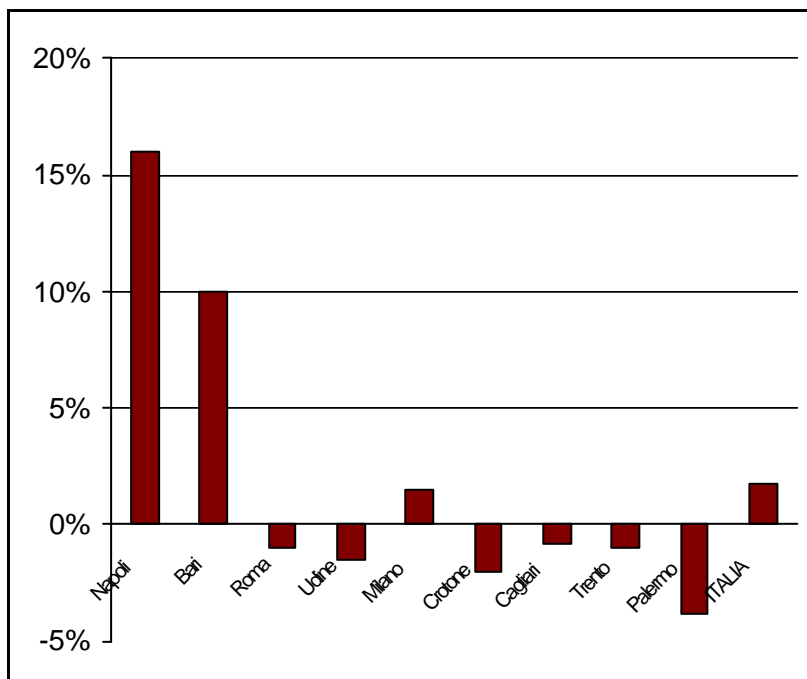


Figura 3. Scostamenti nelle vendite di tabacchi lavorati per deposito nel quadrimestre Aprile-Luglio 2000 rispetto all'anno precedente.

Fonte: Nomisma 2000

Nella figura 4 sono confrontate, per gli anni 1998 e 2000, le vendite delle sigarette, sia nazionali che estere, nei singoli depositi.

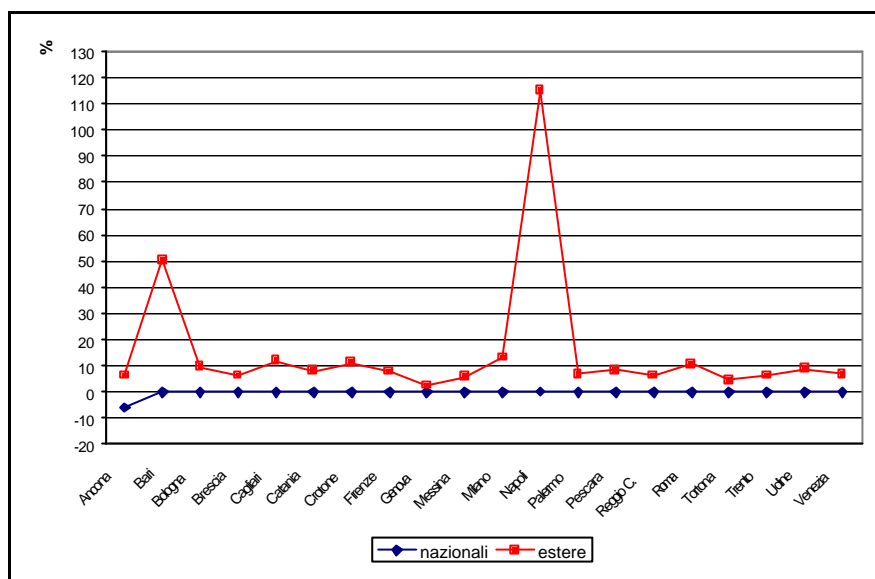


Figura 4. Variazione in percentuale delle vendite nel 2000 rispetto al 1998 per deposito delle sigarette nazionali ed estere.

Il notevole aumento delle vendite nei depositi di Bari (+50%) e Napoli (+115%) delle sigarette estere e la diminuzione delle vendite del prodotto nazionale dimostra (Fig. 3), in maniera inequivocabile, che l'aumento delle vendite delle sigarette è legato al mancato approvvigionamento nel mercato illegale delle sigarette estere.

Poiché una delle misure invocate nella lotta al fumo è l'aumento della tassazione è importante fare alcune riflessioni su aumento della tassazione e contrazione dei consumi. Questa azione raccomandata in tutti gli studi internazionali può senz'altro essere utile in quei paesi come il Canada e gli Stati Uniti in cui la tassazione è molto bassa. Mentre in Europa la tassazione media è al 75,9%, in Canada è al 57,8% e negli Stati Uniti al 22,3%.

Più dettagliatamente la tabella 1 mostra la tassazione in 70 paesi.

La tassazione in Italia è nella media europea e, come riportato da Nomisma (Rapporto 2000), si è visto che in alcuni paesi europei un aumento repentino della tassazione ha depresso i consumi legali con un aumento del contrabbando.

In Spagna il gettito fiscale per pacchetto è aumentato dal 1991 al 1999 ma i consumi hanno avuto una leggera contrazione dal 1994 al 1996; dal 1996 è iniziata un'azione di lotta al contrabbando che ha permesso di aumentare i consumi legali.

Nel Regno Unito, tra il 1991 e il 1999 l'incidenza delle imposte è passata dal 74,5% al 81%, incrementando così il costo al consumo. Il calo dei consumi legali è stato del 34% ma l'aumento dei consumi di contrabbando è stato stimato, secondo fonti governative britanniche, intorno al 30%.

In Svezia, il governo dal 1995, in previsione della adesione all'UE, ha aumentato le imposte per adeguare il livello impositivo a quello stabilito dalle direttive comunitarie. Questo ha comportato, tra il 1995 e il 1998, una diminuzione delle vendite del 30% ma un aumento delle vendite oltre frontiera (Danimarca) e del contrabbando stimato di circa 39 tonnellate, corrispondente al calo delle vendite legali.

La Svezia, visti questi risultati ha ridotto l'incidenza della tassazione e ha chiesto all'UE una deroga per l'aumento delle accise fino al 31 dicembre 2002.

Concludendo, sembra dimostrato che per l'Europa è importante adottare una politica fiscale comune per evitare di spostare il contrabbando da un paese all'altro dell'UE. Questo non toglie che il fenomeno del mercato illegale debba essere perseguito con maggiore impegno.

U. K.	86.1	Uzbekistan	60.0
Denmark	81.7	Switzerland	58.7
Sri Lanka	81.5	Canada - Average	57.8
Ireland	79.8	Malta	57.1
Portugal	79.7	Mexico	56.4
Finland	76.0	Venezuela	55.9
France	75.5	Thailand	55.9
Norway - Average	75.3	Namibia	55.2
Chile	75.3	Taiwan	53.0
Israel	75.2	Ghana	52.9
Italy	74.7	Kenya	52.1
Belgium	74.6	Hong Kong	51.1
Austria	74.0	Azores	50.2
New Zealand	73.5	Madeira	50.1
Brazil	73.5	Uganda	50.0
Argentina	73.0	Fiji	49.4
Greece	72.8	Jersey (KS)	49.0
Netherlands	71.9	Ecuador	48.7
Spain	71.4	Singapore	47.9
Germany	70.8	Guernsey (KS)	47.5
Sweden	70.3	South Africa	47.3
Luxembourg	68.6	El Salvador	46.0
Korea (South)	68.2	Trinidad & Tobago	44.2
Jordan	67.4	Jamaica	43.6
Mauritius	67.3	Lesotho	43.1
Croatia	67.1	Botswana	42.4
Uruguay	66.5	Canary Islands	40.0
Iceland	65.8	Swaziland	39.4
Australia	65.2	Panam	37.8
Barbados	64.7	Puerto Rico	33.2
Cyprus	63.8	Perù	31.3
Japan	61.2	Malaysi	30.2
Hungary	60.5	Gibralta	27.8
Czech Republic	60.2	USA - Average	26.7
Slovenia	60.1	Dominican Republic	22.3

Tabella 1. Incidenza totale della tassazione sulle sigarette nel mondo in % percentuale sul prezzo di vendita in 70 paesi (2000).

LA LEGISLAZIONE

La legislazione italiana in tema di tabagismo è tra le più avanzate e complete fra quelle emanate sia dai singoli Stati occidentali sia a livello dell'Unione Europea.

Basta ricordare che nel 1962 fu emanata una legge riguardante il divieto della propaganda pubblicitaria, anche se fu in seguito abrogata e venne definitivamente approvata 20 anni dopo, nel 1983.

Anche nel settore del divieto di fumo sono state emanate delle leggi volte a proibire il fumo nei locali aperti al pubblico. Purtroppo molto spesso l'applicazione della legge è stata disattesa, sia per l'irrisorietà delle sanzioni che per le difficoltà di applicazione.

Proprio per facilitare l'applicazione della legge è stata promulgata una circolare del Ministero della Sanità, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 85 del 11/04/2001 riguardante l'interpretazione e l'applicazione delle leggi vigenti in materia di divieto di fumare.

La circolare sarà senza dubbio di aiuto ma non sopperisce alla mancanza di una legge che stabilisca in modo inequivocabile il divieto di fumare negli uffici pubblici, nei luoghi di lavoro, negli esercizi commerciali e di ristorazione e in ogni luogo confinato dove le persone possono soggiornare, all'infuori dei locali ad uso privato.

Il governo, nel luglio 2000, aveva presentato un Decreto di legge in tal senso ma non è stata possibile l'approvazione nelle aule parlamentari per la fine della legislatura.

La legge proposta, che si spera venga ripresentata, sancisce la protezione del cittadino dal fumo altrui ma può avere effetti positivi anche come strumento di controllo del tabagismo in quanto tende a limitare il consumo di tabacco.

Inoltre nel giugno 2001 è stata definitivamente approvata la direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sul riavvicinamento alle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco.

La direttiva stabilisce il limite massimo di condensato (10 mg), nicotina (1 mg) e monossido di carbonio (10 mg), fissa nuove norme riguardanti l'etichettatura e le avvertenze sanitarie e introduce l'obbligo da parte dei fabbricanti di fornire l'elenco di tutte le sostanze aggiuntive al tabacco, completo dei dati tossicologici.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 appena concluso si proponeva nell'ambito della lotta al fumo il seguente obiettivo di carattere generale: ***La prevalenza di fumatori e la quantità quotidiana di sigarette fumate devono ridursi.***

Ebbene dai dati dell'ISTAT relativi al 1999 non risulta nessuna diminuzione dei fumatori nel periodo 1998-1999 sia per gli uomini che per le donne. (Figura 5)

E' chiaro quindi che non è stato conseguito l'obiettivo specifico di portare i fumatori >14 anni al 20% per gli uomini e il 10% per le donne.

Il secondo obiettivo specifico si proponeva che ***la frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza tendesse a zero.***

Ebbene, dall'indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai Servizi Sanitari 1999-2000 (Istat 2001) condotta sulle madri che nel 1999 avevano avuto almeno un figlio negli ultimi 5 anni risulta che solo il 62% delle donne fumatrici ha sospeso il consumo di tabacco durante la gravidanza mentre il 29.6% ha diminuito le quantità quotidiane e il 7,1% ha continuato a fumare come prima.

Il dato è allarmante non solo per l'alta percentuale (38%) che con il proprio comportamento ha causato danni ai nati ma anche perché a causa della mancanza di informazioni corrette il 26,6% delle gestanti ha ritenuto sufficiente diminuire il numero delle sigarette, ritenendo erroneamente in questo modo di non danneggiare il feto.

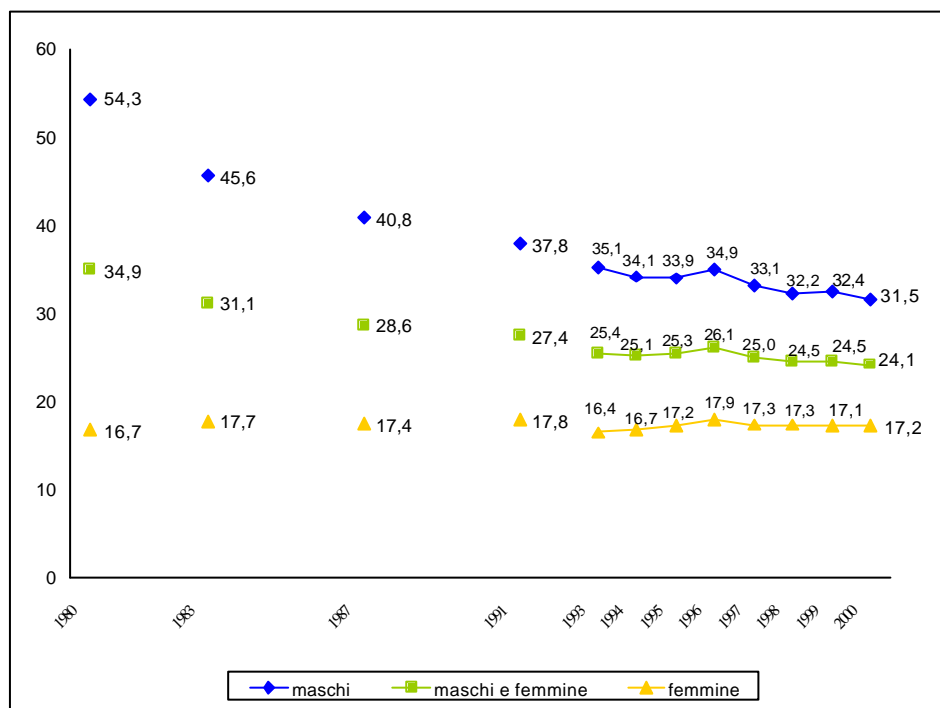


Figura 5.
Distribuzione percentuale dei fumatori nella popolazione >14 anni (anni 1980-1999).

E' necessario però chiarire che gli studi epidemiologici che associano una riduzione del rischio con una diminuzione delle sigarette fumate non possono essere riferiti alla gravidanza.

Il terzo obiettivo specifico era quello di **ridurre la prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti**.

I dati dell'ISTAT ci dicono che dal 1998 al 1999 sono aumentati, anche se di poco, i giovani che fumano nella fascia d'età 14-24, passando dal 21,3% al 21,6%. In particolare, i maschi sono aumentati dal 26,6% al 27,5%, le donne sono diminuite, se pur leggermente, dal 15,9% al 15,4%.

Il PSN indicava anche azioni specifiche che comprendevano provvedimenti nazionali e interventi regionali e locali. Primo fra tutti promuovere il rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro. Negli ultimi anni solo poche regioni hanno legiferato in tema di tabagismo, inserendo il fumo nei Piani Sanitari Regionali, in collegamento con il PSN.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi viene anche messo in evidenza nella 'Relazione sullo Stato Sanitario del Paese per il 2000' del Ministero della Sanità.

Nel capitolo *Abitudine al fumo* si rileva che 'la situazione rimane stabile e ancora lontana dagli obiettivi del PSN', e si aggiunge che "sebbene auspicabili e non ancora raggiunti, i livelli specifici segnalati dal PSN implicano importanti cambiamenti dei

comportamenti dei cittadini: purtroppo tali comportamenti risultano ancora fortemente consolidati come modelli culturali".

Il Consiglio dei Ministri il 7 febbraio 2001 ha approvato uno schema di decreto presidenziale per l'approvazione del PSN per il triennio 2001-2003 che sarà trasmesso ai pareri della conferenza unificata e delle competenti commissioni parlamentari.

Gli obiettivi del Piano sono:

- riduzione della quantità giornaliera di sigarette fumate;
- incremento degli interventi di prevenzione e dei trattamenti di disassuefazione;
- riduzione della prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni al 15% per gli uomini ed al 10% per le donne;
- riduzione, fino a zero, della frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza;
- riduzione della prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.

Le azioni da intraprendere sono:

- Promuovere le campagne per aumentare la percezione dei rischi da fumo;
- attuare interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando rigorosamente gli interventi di cui è nota l'efficacia;
- sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, coinvolgendo tutti gli operatori del servizio sanitario nazionale;
- diffondere le evidenze scientifiche basate sull'efficacia delle strategie di prevenzione e degli interventi di cessazione dal fumo. Si ricorda come tra gli interventi con forte evidenza d'efficacia vi siano: il counseling del proprio medico o di altro personale sanitario e l'uso appropriato di farmaci per la disassuefazione dell'abitudine al fumo;
- promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori di 16 anni;
- promuovere il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro;
- Promuovere il divieto di fumo in gravidanza.

Il nuovo Piano ricalca quanto era stato già indicato nel precedente Piano. Sono obiettivi di carattere generale che si riallacciano a quanto indicato dall'OMS e ripreso anche da altri paesi.

Ma per il raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano è necessario investire delle risorse.

Nel precedente Piano non erano state destinate risorse a tale scopo. Nella tabella 2 sono indicate per alcuni paesi le somme pro capite messe a disposizione dalle autorità centrali per il controllo del tabagismo.

		Anno	\$
U.S.A.	Massachusetts	(2000)	6,50
	California	(2000)	3,31
UNIONE EUROPEA	Gran Bretagna	(1999-2000)	0,89
	Francia		0,32
	Italia	(PSN 2001-3)	1€*
AUSTRALIA		(1997)	0,48
CANADA	Ontario	(2000-1)	0,60
	Colombia Britannica	(1999-2000)	1,11

Tabella 2 Spesa per il controllo del tabacco in alcune nazioni, stati o provincie. (Dollari/pro capite e anno di riferimento)

BMJ vol.321, 5 agosto 2000 (351-354)

* spesa proposta da Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS

Si ritiene realistico che per l'Italia si investa una somma annuale di 1 euro pro capite. Si potrebbero reperire quindi circa 110 miliardi che potrebbero essere presi dalle entrate fiscali che gravano sul consumo di sigarette.

Lo Stato infatti dalla vendita delle sigarette ha incassato nel 1999 16.700 miliardi. Basterebbe destinare lo 0,6% di tali entrate per finanziare le azioni previste dal PSN 2001-2003.

COME TRATTARE L'USO E LA DIPENDENZA DA TABACCO

La dipendenza da fumo di tabacco è riconosciuta come una condizione patologica nella decima revisione della classificazione internazionale delle malattie della Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10) e nel manuale diagnostico e statistico dell'associazione Americana di Psichiatria (DSM-IV).

Nell'ambito del controllo del fumo l'aiuto ai fumatori per smettere (mediante supporto psicologico e terapie farmacologiche) è uno degli approcci possibili, che non è alternativo ma anzi integra gli altri, ben noti, interventi (restrizioni della pubblicità, l'informazione e l'educazione sanitaria). Tale approccio produce un rapido beneficio per la salute della comunità, molto più rapido che non gli interventi preventivi sulle popolazioni di adolescenti.

Ridurre il numero di fumatori attivi nei luoghi pubblici riduce non solo l'esposizione al fumo passivo ma anche la possibilità di stimolare negli adolescenti l'assunzione del ruolo di fumatore attivo.

Sono oggi disponibili dei farmaci che si sono dimostrati efficaci nelle terapie di disassuefazione.

Ai sostituti della nicotina presenti sul mercato da vari anni, dall'agosto del 2000 si è aggiunta una nuova molecola 'il Bupropione'. Nella figura 6 sono mostrate le vendite sia delle varie formulazioni farmaceutiche a base di nicotina sia di bupropione.

L'andamento delle vendite dimostra che, sia per il costo della terapia, sia perché la classe medica non ha ancora ben compreso l'importanza di questi presidi terapeutici, non si è avuto nessun aumento significativo delle vendite negli ultimi anni.

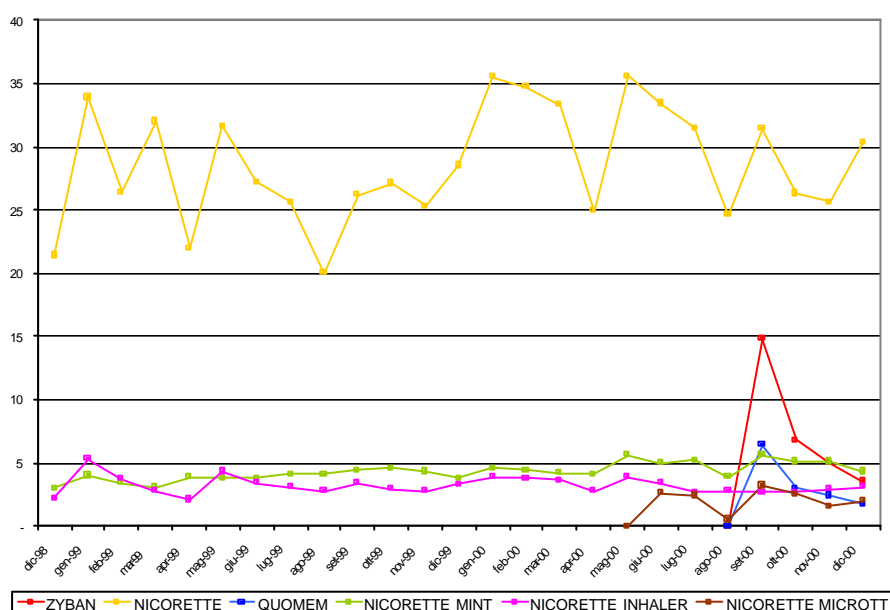


Figura 6. Vendite di farmaci antifumo in Italia - Anni 1998-2000

Anche il lancio del nuovo farmaco non ha prodotto l'effetto sperato ed in breve tempo le vendite si sono ridotte a poche migliaia di unità.

In alcuni paesi le terapie antifumo sono ancora rimborsate dai servizi sanitari nazionali.

In Europa, l'Inghilterra e l'Irlanda prevedono il rimborso totale sia per i sostituti della nicotina che per il bupropione. Se anche in Italia si vuole perseguire la diminuzione dei fumatori non c'è altra strada che facilitare l'accesso alle terapie rendendo i farmaci gratuiti.

E' inoltre carente in tutto il territorio nazionale il sostegno agli operatori del settore tabagismo: dove esistono dei servizi dedicati questi sono il frutto dell'impegno delle singole equipe o del singolo sanitario o della lungimiranza di qualche amministratore più che della operatività del SSN.

Gli interventi strutturati da parte del singolo medico e l'attività ambulatoriale dedicate ai fumatori non sono previste esplicitamente né come intervento tariffabile né come attività di progetto.

Queste considerazioni sono condivise dalla comunità scientifica e da molte associazioni di categoria che ritengono della massima priorità attivare questi interventi per rendere operative le priorità indicate dal Piano Sanitario Nazionale.

OSSERVATORIO SU FUMO, ALCOL E DROGA

L'Osservatorio su fumo, alcol e droga dell'Istituto Superiore di Sanità è attivo dal 1 gennaio 2000 ed è stato costituito per fornire le basi informative, formative e di sorveglianza utili per l'attuazione delle strategie specifiche previste dal Piano Sanitario Nazionale e raccomandate dall'OMS e dall'Unione Europea.

Infatti nel documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la Regione Europea (Salute 21) sono stati identificati gli obiettivi per la salute per i prossimi 15 anni a partire dall'anno 2000. Il target 21 prevede che "entro l'anno 2015 gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenza come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive deve subire una riduzione significativa in tutti gli stati membri".

Per l'attività dell'Osservatorio, nei tre settori di intervento, è stato assegnato un fondo di £ 850.000.000.

Osservatorio sul Fumo

Si riporta lo stato di realizzazione dei progetti previsti.

A. Telefono Verde fumo

Il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) è un servizio nazionale attivo dal 2 maggio 2000. Il servizio è anonimo e gratuito per l'utente ed è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 16:00. Il TVF si rivolge all'intera popolazione ed in particolare ai fumatori e ai loro familiari, ai non fumatori, agli operatori sanitari e alle istituzioni in generale.

La cornice teorica sulla quale si fonda l'attività del TVF è quella della promozione della salute, attraverso un'azione volta a stimolare le risorse interne ed esterne dell'utenza.

L'équipe del TVF si è occupata sostanzialmente di due aree: una relativa all'attività di consulenza telefonica (contatto con l'utenza), un'altra più strettamente di ricerca (elaborazione di materiale informativo, creazione di una banca dati, ecc.).

Gli approfondimenti in merito all'attività del TVF sono illustrati nel capitolo "Counselling e ricerca per il controllo del tabagismo".

B. Monitoraggio della comunicazione su fumo, alcol e droga

Sebbene la legge N. 52 del 22/2/1983 proibisca la propaganda pubblicitaria di qualsiasi prodotto da fumo, il fatto che non venga fatta una distinzione tra pubblicità

diretta e indiretta e che le sanzioni amministrative siano di modesta entità di fatto non ha impedito che il marchio di alcune marche di sigarette sia associato ad eventi sportivi (Formula 1) o a prodotti di largo consumo (profumi per uomo) o viaggi in luoghi esotici.

Inoltre non è posta alcuna attenzione da parte dei mezzi di comunicazione ad evitare, ad esempio, che nei programmi televisivi il protagonista di sceneggiati a grande indice di ascolto fumi.

E' stata effettuata una ricerca su "Fumo e Televisione", in collaborazione con RGB Medica, illustrata nel capitolo *'Fumo e Televisione: ricerca quantitativa sulla frequenza degli atti fumo in TV'*.

C. Efficacia delle strategie di prevenzione e degli interventi di cessazione del fumo

Numerosi studi sono stati e vengono tuttora pubblicati sull'efficacia delle strategie di prevenzione e sugli interventi di cessazione del fumo.

Nell'ambito della collaborazione Cochrane vengono condotte revisioni sistematiche che riassumono i risultati dei singoli studi.

Sono disponibili documenti internazionali di linee guida sugli interventi di prevenzione e cessazione del fumo. Molti degli studi, delle revisioni pubblicate e delle linee guida sono in lingua inglese.

Esistono riviste o altre pubblicazioni italiane dove trovano spazio studi sull'efficacia di questi interventi che possono sfuggire ai gruppi internazionali che conducono le revisioni sistematiche.

La diffusione di queste informazioni in Paesi non anglosassoni è assolutamente carente; si è ritenuto quindi opportuno rendere disponibili tali evidenze nelle strutture che operano nell'ambito del SSN.

E' stata proposta una *Sintesi delle revisioni sistematiche sulla efficacia degli interventi di cessazione del fumo rivolti alla popolazione generale* e le *Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo* che sono illustrate nei capitoli specifici.

D. Coordinamento nazionale tra Ministero della Sanità e ISS

La crescente attenzione posta negli ultimi anni nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali e internazionali al problema tabagismo ha comportato, da parte di più soggetti istituzionali o del volontariato sociale, un fiorire di iniziative che, anche se a volte hanno avuto carattere episodico, hanno comunque rappresentato una risorsa che può essere valorizzata.

Si ritiene utile, al fine di una migliore programmazione degli interventi e delle azioni da intraprendere, costituire un coordinamento tra il Ministero della Sanità, l'ISS e tutti i soggetti interessati per promuovere azioni ed interventi per la lotta al tabagismo.

Bibliografia

Nomisma. *La filiera del tabacco in Italia: impatto socio-economico e aspetti di politica fiscale*. V° rapporto nov. 1999.

Pacifici R., Rosa M., Zuccaro P. Consumi di tabacco in Italia e loro impatto epidemiologico In: *L'epidemia del fumo in Italia*. EDI Aipo scientifica -Pisa pp. 13-22 (2000)

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Suppl. ord., G.U. n. 288 del 10 dicembre 1998.

ISTAT giugno 2001. Rapporto annuale: la situazione del Paese nel 2000. www.istat.it

ISTAT aprile 2001. Indagine multiscopo: Aspetti della vita quotidiana 1999. www.istat.it

Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga. Notiziario ISS14(1): 3-10 (2001) <http://www.iss.it/notiziario/vol14n1/n1v14/art2.htm>

Zuccaro P., Di Pucchio A., Martucci L., Modigliani G., Mortali C., Pizzi E., Pacifici R. Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco. Strumenti di Riferimento 18, Istituto Superiore di Sanità, Roma (2001) <http://www.ossfad.iss.it>

Comitato regionale OMS per l'Europa, "Salute 21: 21 obiettivi per il 21° secolo", Copenhagen - 1998.

Decreto del Presidente della Repubblica, Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2001-2003. Esame preliminare. Consiglio dei Ministri n.50 del 7 Febbraio 2001

Ministero della Sanità. *Health in Italy in the 21st century*. WHO, European Centre for Environmental Health, 1999.