

Sommario

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I IL TABACCO E I SUOI PRODOTTI	6
1.1. Epidemiologia del Tabagismo	6
1.2. Tabacco e prodotti smoke free	8
1.2.1. Sigarette.....	8
1.2.2. Sigaro.....	8
1.2.3. Prodotti alternativi.....	9
1.2.3.1. Tabacco trinciato	9
1.2.3.2. La sigaretta elettronica (e-cig)	9
1.2.3.3. I dispositivi a tabacco riscaldato (HTP - Heated Tobacco Products)	12
1.2.3.4. Nicotine pouches	13
1.3. La nicotina, il fattore comune	14
CAPITOLO II LA SALUTE E I SUOI CAMBIAMENTI IN RELAZIONE AL FUMO.....	20
2.1. Definizione di salute	20
2.1.1. Promozione della salute.....	22
2.1.2. Determinanti di salute	23
2.1.2.1. Modello americano	23
2.1.2.2. Modello europeo	24
2.2. Patologie correlate al fumo	24
2.2.1. Patologie correlate all'uso di tabacco.....	25
2.2.2. Patologie correlate all'uso delle e-cigs.....	27
2.2.3. Patologie correlate all'uso dell'HTP	28
CAPITOLO III STRATEGIA NAZIONALE E REGIONALE DI CONTRASTO AL TABAGISMO.....	29
3.1. Misure legislative Nazionali	29
3.2. Strategie nazionali per contrastare il tabagismo.....	31
3.3. Strategie regionali per contrastare il tabagismo	35
CAPITOLO IV DIPENDENZA E GLI INTERVENTI DI DISASSUEFAZIONE	39

4.1.	La dipendenza	39
4.2.	Primo approccio agli interventi di disassuefazione dal fumo	41
4.3.	Centri Antifumo	42
4.3.1.	Prima valutazione del fumatore.....	43
4.3.1.1.	Diagnosi clinica del consumo e della dipendenza da tabacco	43
4.3.1.2.	Valutazione della dipendenza da tabacco	43
4.3.1.3.	Analisi dei precedenti tentativi di smettere di fumare	45
4.3.1.4.	La motivazione nel cessare di fumare.....	45
4.3.1.5.	La storia medica del fumatore	46
4.3.1.6.	Diagnosi di laboratorio della dipendenza dal tabacco	47
4.3.1.6.1.	Monossido di carbonio (CO).....	47
4.3.1.6.2.	Cotina	48
4.3.2.	Definizione del piano di trattamento personalizzato	48
4.3.2.1.	Definizione degli obiettivi di cessazione	49
4.3.2.2.	Scelta delle terapie.....	49
4.3.2.2.1.	Trattamento psicologico	49
4.3.2.2.1.1.	Counseling individuale	50
4.3.2.2.1.2.	Counseling di gruppo	51
4.3.2.2.1.3.	Counseling telefonico	51
4.3.2.2.1.4.	Materiali di auto-aiuto.....	52
4.3.2.2.2.	Trattamento farmacologico.....	53
4.3.3.	Trattamento della dipendenza dal tabacco dopo la cessazione.....	56
4.3.4.	Follow- up	57
CAPITOLO V IL CASO STUDIO		58
5.1.	Gli obiettivi dello studio	58
5.2.	Campionamento	58
5.3.	Metodi.....	58
5.4.	Il questionario	59
5.5.	Risultati.....	59
5.5.1.	Prima sezione	60
5.5.1.1.	Sesso	60
5.5.1.2.	Età.....	60
5.5.1.3.	Corso di laurea.....	61
5.5.1.3.1.	Anno di corso di laurea.....	61
5.5.1.4.	Formazione specifica sul fumo e i suoi prodotti.....	62
5.5.1.5.	Abitudine al fumo	63
5.5.2.	Seconda sezione	64
5.5.2.1.	Tempistiche di cessazione dal fumo	64
5.5.2.2.	Prodotti e frequenza di consumo	64
5.5.2.3.	Motivazioni che hanno portato alla cessazione	65
5.5.2.4.	Difficoltà a tenersi lontano dalle sigarette	66
5.5.2.5.	Modalità di cessazione.....	67
5.5.3.	Terza sezione.....	67

5.5.3.1.	Terapie alternative	67
5.5.4.	Quarta sezione	67
5.5.4.1.	Prodotti di consumo	68
5.5.5.	Quinta sezione	69
5.5.5.1.	Numero di sigarette consumate giornalmente dai fumatori.....	69
5.5.5.2.	Numero di sigarette consumate dai fumatori occasionali.....	70
5.5.6.	Sesta sezione.....	70
5.5.6.1.	Dispositivo utilizzato per fumare.....	71
5.5.6.1.1.	Utilizzo di nicotina	71
5.5.6.2.	Numero sigarette consumate giornalmente dai fumatori.....	72
5.5.6.3.	Numero sigarette consumate dai fumatori occasionali	73
5.5.7.	Settima sezione.....	73
5.5.7.1.	Numero sigari consumati dai fumatori occasionali	74
5.5.8.	Ottava sezione	74
5.5.8.1.	Numero stick consumati giornalmente dai fumatori.....	74
5.5.8.2.	Numero stick consumati dai fumatori occasionali.....	75
5.5.9.	Nona sezione	76
5.5.10.	Decima sezione.....	76
5.5.10.1.	Tempo massimo di cessazione dal fumo	76
5.5.10.2.	Tentativi di cessazione effettuati	78
5.5.10.3.	Tempo massimo di astensione dal fumo da appena sveglio	79
5.5.10.4.	Sigaretta a cui si fa fatica rinunciare.....	79
5.5.10.5.	Frequenza del fumo nelle prime ore del mattino	80
5.5.10.6.	Fatica a rinunciare al fumo in luoghi dov'è proibito	81
5.5.10.7.	Fatica a rinunciare al fumo nella malattia.....	81
5.5.10.8.	Occasioni e fumo	82
5.5.11.	Undicesima e dodicesima sezione	83
5.5.11.1.	Conoscenze	83
5.5.11.1.1.	Punteggio associato al rischio per la salute.....	84
5.5.11.1.2.	Punteggio associato rischio sanitario	85
5.5.11.2.	Prodotti senza combustione e dipendenza	86
5.5.11.3.	Pareri in merito ai prodotti di consumo	87
5.5.11.4.	Ruolo del fumo nello sviluppo delle malattie.....	87
5.5.11.5.	Esistenza terapie farmacologiche.....	88
5.5.11.6.	Esistenza centri antifumo.....	89
5.5.11.7.	Indicazione prodotti alternativi per la riduzione dei rischi per la salute....	90
5.5.11.8.	Indicazione scaldatore di tabacco per la riduzione dei rischi per la salute	90
5.5.11.9.	Indicazione della sigaretta elettronica per la riduzione dei rischi per la salute	91
5.5.11.10.	Indicazione centri antifumo o supporto psicologico	92
5.5.11.11.	Interessamento ad approfondire gli argomenti della tesi.....	93
5.6.	Considerazioni finali dei risultati ottenuti.....	94
CAPITOLO VI INTERVENTO DI PROMOZIONE ALLA SALUTE.....		98
CAPITOLO VII LE CONCLUSIONI		101
BIBLIOGRAFIA.....		102

SITOGRAFIA	103
ALLEGATI.....	106

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il fumo di tabacco rappresenta una delle principali cause prevenibili di malattia e morte prematura a livello globale. Ogni anno, più di 8 milioni di persone muoiono a causa dei danni provocati dal fumo, a cui si aggiungono 1,2 milioni di non fumatori esposti al fumo passivo.

Negli ultimi dieci anni, oltre ai prodotti tradizionali a base di tabacco, sono apparsi sul mercato nuovi prodotti, spesso presentati dall'industria come alternative meno nocive. Tuttavia, questi prodotti – come le sigarette elettroniche, i dispositivi a tabacco riscaldato e quelli contenenti sali di nicotina per uso orale – non solo attraggono nuovi consumatori, ma li rendono dipendenti dalla nicotina. L'uso di additivi e aromi, in particolare, aumenta l'attrattiva e il potenziale di dipendenza, soprattutto tra i giovani (ISS 2023).

I dati presentati sottolineano in maniera inequivocabile la necessità di intensificare gli interventi di promozione della salute, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica sulle gravi ripercussioni che il consumo di questi prodotti ha sulla salute individuale e collettiva. Aumentando la conoscenza dei rischi associati al fumo, si mira a ridurre drasticamente l'incidenza delle malattie correlate al fumo, contribuendo così a tutelare la salute pubblica e a promuovere comportamenti salutari all'interno della popolazione.

Alla luce di queste considerazioni, la presente tesi si propone di affrontare la problematica del tabagismo e della dipendenza da nicotina, tra gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, con l'obiettivo di sensibilizzarli sui rischi connessi al consumo dei prodotti utilizzati per fumare.

Al fine di analizzare questa problematica, è stata condotta un'indagine tra gli studenti, con l'obiettivo di valutare il loro livello di conoscenza sull'argomento e di rilevare le loro abitudini al fumo, così da elaborare un progetto di promozione della salute che l'università potrà eventualmente decidere di attuare.

CAPITOLO I

Il tabacco e i suoi prodotti

1.1. Epidemiologia del Tabagismo

I dati del fumo in Italia sono consultabili a partire da due fonti principali: ISTAT e Istituto Superiore di Sanità.

Secondo i dati ISTAT, “Indagine aspetti della vita quotidiana, abitudini al fumo”, relativi al 2021 considerando la popolazione della fascia di età compresa tra i 14 e i 75 anni (indagine multiscopo eseguita su un campione di circa 25.000 famiglie distribuite in circa 800 comuni italiani di diversa ampiezza demografica), in Italia i fumatori di sigarette sarebbero poco meno di 10 milioni (19%) (1).

In base all’ultima indagine condotta dall’Istituto Superiore di Sanità (in collaborazione con l’Istituto Mario Negri di Milano, su campioni annuali di circa 3000 soggetti, definiti rappresentativi della popolazione italiana), i cui risultati sono stati presentati il 31 maggio 2023, risulta che i fumatori di sigarette in Italia sarebbero attualmente il 20,5% della popolazione (10,5 milioni di persone) (5).

Da questi dati emerge un calo di ben 3,7 punti percentuali e di 1,9 milioni di persone rispetto all’indagine dell’anno precedente (4) e ai numeri riportati per il periodo 2021-22 dalla Sorveglianza PASSI (prevalenza 24,2% pari a 12,4 milioni di persone) (6). È lecito ipotizzare quindi, che l’aumento della prevalenza negli anni precedenti fosse una conseguenza dell’effetto pandemico e di lock-down allo stato attuale non solo è completamente rientrato, ma che è in calo di 2,8 punti percentuali anche rispetto al periodo pre-pandemico del 2018 (4).

Nel grafico soprastante (*fig.1*) vengono rappresentati i dati relativi all'anno 2023 attraverso l'indagine ISTAT effettuata su un campione di 51,3 milioni di persone. Si può constatare che negli anni le percentuali rimangono pressoché uguali per tutte le fasce d'età.

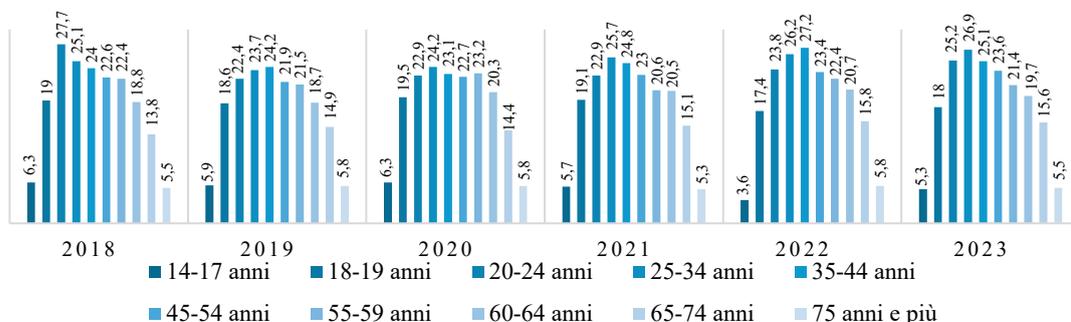


Figura 1 Percentuale dei fumatori negli anni in relazione all'età

Per quanto riguarda invece l'uso di prodotti senza combustione (smoke-free), ossia sigarette elettroniche (e-cigs) e prodotti a tabacco riscaldato (HTP), attraverso la già citata indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (1), l'ISTAT ha iniziato dal 2014 a rilevare l'uso delle e-cig e, dal 2021, quello degli HTP. Nel 2014 erano circa 800mila le persone di 14 anni e più che utilizzavano le e-cig. Nel corso degli anni, seppur lentamente, i consumatori sono aumentati fino a diventare, nel 2021, quasi 1,5 milioni. Nel 2021, tra le persone di 14 anni e più, il 2,8% ha dichiarato di utilizzare le e-cig e il 2,1% gli HTP. Si attesta all'1,7%, invece, la quota di coloro che dichiarano di aver utilizzato tali dispositivi in passato e di avere smesso di usarli. I giovani adulti sono i più interessati all'uso di questi dispositivi: tra i 18 e i 34 anni, il 5,2% usa le e-cig e il 4,6% gli HTP. L'uso dei sistemi smoke-free tra gli adolescenti (14-17aa) appare invece piuttosto contenuto: l'1,4% usa e-cig e l'1,5% gli HTP. Circa l'uso duale, 1 consumatore su 4 usa sia e-cig che HTP mentre 3 consumatori su 4 di e-cig e/o HTP usano anche sigarette (quindi circa il 75%) (7). Anche in questo caso l'altra fonte di dati costituita dall'ISS (basata su un campione di circa 3000 persone ad indagine annuale) fornisce delle stime alquanto diverse. L'ultima indagine chiusa al maggio 2023 riporta che, in Italia, gli utilizzatori occasionali e abituali di e-cig sarebbero il 2,5% della popolazione (pari a 1,3 milioni di utilizzatori). Per quanto riguarda gli HTP questi verrebbero utilizzati, occasionalmente e abitualmente, dal 3,7% della popolazione italiana, circa 1,9 milioni di persone (Vaccaro 2023) (5).

1.2. Tabacco e prodotti smoke free

Nicotiana tabacum è la pianta dalle cui foglie si ottiene il tabacco, il principale ingrediente delle sigarette. Originaria del continente americano, è giunta in Europa con la scoperta del nuovo continente. In Italia il tabacco è consumato prevalentemente sotto forma di sigarette. Seguono sigari e pipa, ma nel mondo ci sono anche consumi molto diversi (6).

1.2.1. Sigarette

Di circa 8 mm di diametro e 70-120 mm di lunghezza. Di norma contiene tabacchi miscelati di diversi tipi. Il tipo di tabacco utilizzato in questi prodotti incide sulla composizione del fumo emesso. Una singola sigaretta contiene circa 1 grammo di tabacco e 1 milligrammo di nicotina (7), arrotolata in un foglietto di carta che porta con sé sostanze collanti, inchiostri ed altro. Può avere o meno un filtro, finalizzato a trattenere in parte le sostanze prodotte dalla combustione (6).

1.2.2. Sigaro

Il sigaro è un cilindro di foglie di tabacco seccate, fermentate e arrotolate, che può essere fumato.

Un sigaro si compone di foglie di tabacco a cui sono state eliminate le nervature, arrotolate a mano o a macchina. Si distinguono tre elementi: tripa, capote e capa. La tripa, o ripieno, può essere composta da foglie intere (nei sigari di maggior pregio) o da trinciato di tabacco; questo nucleo è rivestito da un'ulteriore foglia di tabacco (capote), la cui funzione è quella di dare una prima forma al sigaro. Tripa e capote sono a loro volta racchiuse da un'altra foglia appositamente tesa, lavorata e sigillata al corpo del sigaro con una goccia di resina vegetale del tutto inodore e insapore che è chiamata capa. La capa deve essere rimossa o bucata in corrispondenza della "testa" (cioè, la parte chiusa del sigaro) usando strumenti come il cutter, una piccola ghigliottina, o il puncher, che crea un foro per poter aspirare il fumo una volta acceso il sigaro.

Contrariamente a quanto si crede il colore della capa non è legato alla forza del sigaro: è semplicemente una convenzione usata in passato, quando a sigari di colore chiaro si abbinava una "tripa" più leggera e a sigari scuri una più forte. La forza del sigaro, infatti, è dovuta alla miscela (detta "ligada") del tabacco proveniente da tre diverse parti della pianta: il ligero, il seco e il volado. Il ligero (che consiste nelle foglie della parte alta della pianta) dà forza alla ligada; il seco (foglie della parte intermedia) conferisce forza e gusto;

infine, il volado (foglie basse) è usato per aumentare la combustibilità del tabacco, essendo di per sé poco aromatico (8).

1.2.3. Prodotti alternativi

A partire dal 2014 PASSI ha iniziato a raccogliere informazioni anche sull'uso di altri prodotti immessi sul mercato: la sigaretta elettronica (dal 2014), il tabacco trinciato (cioè, sigarette confezionate a mano con tabacco sciolto, dal 2015) e i dispositivi a tabacco riscaldato (dal 2018) (9).

1.2.3.1. Tabacco trinciato

Negli ultimi anni le vendite di tabacchi trinciati sono andate aumentando nell'Unione europea e anche in Italia. La loro maggiore diffusione è in parte spiegata dal minor costo (determinato da una minore pressione fiscale rispetto a quella imposta sulle sigarette confezionate), ma anche dal falso mito che fumare sigarette confezionate a mano con tabacco sciolto, sia meno dannoso per la salute, per l'uso di un tabacco più naturale e con meno additivi, rispetto a quello utilizzato nelle sigarette confezionate industrialmente. In realtà i danni alla salute sono gli stessi. Ancora più grave è la possibilità che, in virtù del minor costo dei trinciati, segmenti della popolazione, come i meno abbienti o i più giovani, diventino insensibili alle politiche fiscali dei prezzi e possano migrare verso questo prodotto più economico, ma altrettanto dannoso per la salute, contribuendo così anche all'incremento delle disuguaglianze sociali nel tabagismo (9). L'utilizzo del tabacco trinciato a taglio fino avviene attraverso sigarette arrotolate singolarmente, contenenti meno tabacco rispetto a quelle commerciali (circa tra 0,4 e 0,75 grammi) (7).

1.2.3.2. La sigaretta elettronica (e-cig)

Con il nome di sigaretta elettronica (spesso abbreviata in e-cig, dall'inglese) si intende un dispositivo che permette di inalare vapore, in genere aromatizzato e contenente quantità variabili di nicotina. Tale vapore raggiunge l'apparato respiratorio senza che ci sia combustione del tabacco, dunque, in linea di principio, senza i danni provocati da tale combustione. Nei fumatori la pratica di aspirare dal cilindretto a forma di sigaretta – per la quale è stato coniato il neologismo “svapare” – fornisce non solo la nicotina di cui sente il bisogno l'organismo che ha sviluppato dipendenza, ma anche un'esperienza tattile, olfattiva e gustativa che richiama quella della sigaretta.

Le e-cigs contengono una quantità variabile di nicotina (in genere, tra 6 e 20 mg), in una

miscela composta da acqua, glicole propilenico, glicerolo ed altre sostanze, tra cui gli aromatizzanti. Alcuni modelli non contengono nicotina, ma solo un vapore aromatizzato.

Il principio è stato messo a punto per la prima volta in Cina, e questo tipo di dispositivi ha iniziato a diffondersi in Occidente attorno al 2006 (10). Secondo il Rapporto sul fumo in Italia dell'Istituto superiore di sanità, presentato in occasione della Giornata mondiale senza tabacco 2024, circa 1,8 milioni di persone in Italia fanno un uso occasionale o regolare di sigarette elettroniche. Si tratta del 3,5 per cento della popolazione. Nel rapporto è anche scritto che nel 2024 gli utilizzatori sono aumentati, mentre negli anni precedenti erano diminuiti, passando dal 2,5 per cento della popolazione nel 2017 all'1,7 per cento nel 2019 (11).

Sul mercato ci sono numerosi dispositivi che hanno forme diverse, ma sono accomunati da tre elementi:

- l'inalatore, la cosiddetta cartuccia, che contiene la sostanza liquida da nebulizzare;
- un atomizzatore, l'elemento che scalda e vaporizza il liquido;
- la batteria che alimenta l'atomizzatore.

In genere la quantità di nicotina assunta può essere regolata in base alle esigenze individuali (10).

Le e-cigs hanno subito una rapida evoluzione in pochi anni, passando da prodotti usa e getta simili a sigarette (prima generazione) a sistemi a cartuccia (seconda generazione), a sistemi a serbatoio (terza generazione) e infine a dispositivi a base di sali di nicotina come JUUL (quarta generazione), che hanno guadagnato un'enorme popolarità tra i giovani utenti. Recentemente, i nuovi dispositivi per e-cigs usa e getta, simili a JUUL sono diventati popolari, grazie alla loro vasta gamma di gusti, al design e all'imballaggio accattivanti, alla convenienza e alla facilità d'uso.

A differenza delle tradizionali e-cigs alla nicotina, che hanno una batteria da caricare e un serbatoio da riempire di e-liquid e a differenza delle e-cigs ricaricabili con cartucce pre-ricaricate, queste nuove e-cigs usa e getta sono pre-riempite di e-liquid e sono dotate di una batteria carica, quindi sono pronte per essere utilizzate. Alcuni tipi consentono 400 o 600 boccate, altri 800 o 1200 boccate. La prima e-cig usa e getta è stata lanciata sul mercato italiano nel 2021. Da allora, nuovi prodotti simili sono stati commercializzati da

marchi diversi. Le marche di e-cigs usa e getta disponibili sul mercato italiano includono Iwik, Dinner Lady, Elfbar, Geek Bar, Salt Switch, Eliquid France, Agebar, Lik Bar, X-Bar, Waka, Vaporart e Puff Bar. Al giorno d'oggi, ci sono più di 800 diversi tipi di e-cigs usa e getta in Italia, secondo i dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, che differiscono per marca, sapore e quantità di nicotina.

Sebbene le e-cigs usa e getta, come le normali e-cigs, dovrebbero teoricamente essere indirizzate ai fumatori adulti che vogliono smettere di fumare, si rivelano attraenti per i giovani (14-17 aa) per una serie di motivi:

- *facilità d'uso* – per un bambino o un adolescente che si avvicina alla nicotina, la possibilità di avere un prodotto pronto all'uso che non ha bisogno di essere caricato o ricaricato è allettante.
- *Discrezione*: i ragazzi potrebbero voler evitare di attirare l'attenzione dei genitori o degli insegnanti quando svapano, e questo può essere fatto facilmente con questi prodotti che sembrano pennarelli, evidenziatori o lucidalabbra. Inoltre, a differenza di altri dispositivi di svapo e sigarette convenzionali, producono un aerosol minimo e nessun odore.
- *Prezzo accessibile* – in Italia una sigaretta elettronica usa e getta da 600 boccate costa indicativamente tra i 7 e i 10 euro, equivalenti in termini di nicotina a due o tre pacchetti di sigarette convenzionali, ognuno dei quali costa dai 5 ai 6 euro.
- *Varietà di gusti*: questi dispositivi usa e getta offrono anche una vasta gamma di gusti e intensità di nicotina, comprese opzioni fruttate ed esotiche, attirando i più giovani con la loro esperienza di gusto allegra e piacevole.

In Italia il mercato delle e-cigs usa e getta si basa sulla rete fisica dei negozi di tabacchi ed e-cigs, ma anche sulla distribuzione digitale con una moltitudine di siti web che vendono i prodotti a chiunque dichiari di essere maggiorenne (18 anni, in Italia). Contrariamente ai pacchetti di sigarette convenzionali, che ricordano al consumatore gli esiti drammatici del fumo, le confezioni di e-cigs usa e getta presentano immagini e colori allegri associati alla natura e ai suoi frutti.

Le industrie delle e-cigs si sono presto rese conto che la promozione di maggior successo dei loro prodotti è quella che diventa virale sui social media. Uno studio sulla promozione

delle e-cigs nei social media ha rivelato che la maggior parte dei contenuti rappresentava l'uso delle e-cigs come positivo (66% dei video di YouTube e 87% dei post su Instagram), mentre solo pochi li rappresentavano come negativi (29% per YouTube, 1% per Instagram). Gli studi sui contenuti di Tik Tok hanno rivelato una cultura della Puff Bar rivolta principalmente ai giovani utenti che in molti casi non sono consapevoli delle conseguenze sulla salute della dipendenza, rivelando che questo tipo di contenuti sui social media ha il potenziale per plasmare gli atteggiamenti e le intenzioni di utilizzare la nicotina tra la base di utenti molto giovani di TikTok (9).

Il numero di giovani consumatori di e-cigs usa e getta che dichiara di averle utilizzate è passato da quasi 7 per cento nel 2018 a quasi 20 per cento nel 2023 e quasi 37 su cento l'hanno usata nell'ultimo anno (12).

1.2.3.3. I dispositivi a tabacco riscaldato (HTP - Heated Tobacco Products)

I prodotti a tabacco riscaldato o HTP (dall'inglese Heated Tobacco Products) sono dispositivi elettronici che riscaldano il tabacco anziché bruciarlo, come avviene nelle sigarette tradizionali, per permettere il rilascio della nicotina e gli aromi del tabacco, senza incenerirlo (13). Questo perché la temperatura massima raggiunta da questi dispositivi è di massimo 350 °C a questa temperatura non avviene la reazione chimica di combustione tra l'ossigeno dell'aria e la materia organica di cui è composta il tabacco (14).

Si differenziano dalle sigarette elettroniche per il fatto che contengono tabacco e non generano vapore, ma producono un aerosol che si può definire fumo a tutti gli effetti. I primi prodotti di questa categoria sono stati commercializzati negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso, ma non hanno avuto successo e sono usciti dal mercato. In anni recenti sono stati proposti nuovi dispositivi che hanno invece incontrato il favore del pubblico.

Le sigarette a riscaldamento del tabacco in genere sono chiamate con i nomi commerciali dei prodotti più venduti: le IQOS (prodotte dalla Philip Morris; IQOS è l'acronimo di "I Quit Ordinary Smoking", ossia "io abbandono il fumo tradizionale"), le Glo (sviluppate dalla British American Tobacco) e le Ploom (commercializzate dalla Japan Tobacco International) (13).

Anch'essi sono molto utilizzati tra i giovani utenti in concomitanza delle sigarette

tradizionali e/o delle sigarette elettroniche usa e getta (62% dei giovani tra i 13 e i 17 anni) (11).

Esistono diversi modelli di scalda tabacco, il cui aspetto e la cui tecnologia possono cambiare a seconda del produttore e del modello; i più diffusi sono accomunati dalla presenza di:

- un riscaldatore, contenente l'elemento riscaldante, che può consistere in una resistenza o in un sistema per il riscaldamento a induzione,
- una batteria ricaricabile che alimenta il riscaldatore,
- uno stick di tabacco, o cartuccia, che viene inserito nel dispositivo per venire a diretto contatto con l'elemento riscaldante. Il riscaldamento dello stick può avvenire dall'esterno all'interno oppure dall'interno verso l'esterno. Ogni produttore vende una gamma di stick compatibili con il proprio dispositivo che si differenziano per intensità e aroma.

1.2.3.4. Nicotine pouches

Le nicotine pouches (NP) sono piccoli sacchetti che contengono una miscela di sali, nicotina e aromi. Vengono posizionati tra il labbro superiore e la gengiva per consentire al consumatore di assorbire la sostanza attraverso le mucose orali (15), ma differiscono dal tabacco da masticare e da quello da immersione in quanto non richiedono di essere sputate e dallo snus in quanto non contengono foglie di tabacco. Sono una classe in rapida crescita di prodotti del tabacco senza fumo (16). Altri ingredienti, come aromi, umettanti e additivi, vengono aggiunti per facilitare la lavorazione e per aiutare a mantenere la stabilità del prodotto. Poiché i NP non contengono foglie di tabacco, è probabile che le sostanze tossiche correlate che si trovano naturalmente nel tabacco sia bruciato che non bruciato, come le nitrosammine specifiche del tabacco (TSNA), siano sostanzialmente ridotte.

Negli ultimi anni, sono stati sviluppati e commercializzati in molti paesi vari marchi di NP, che offrono una varietà di aromi, contenuti di nicotina, livelli di umidità e PH, in formati diversi. Poiché i NP sono una categoria di prodotti relativamente nuova, non sono ancora disponibili dati epidemiologici a lungo termine sui potenziali effetti sulla salute associati al loro utilizzo. Per questo motivo, alcuni Stati sono relativamente cauti riguardo

all'introduzione di questi prodotti nei mercati dei consumatori. Un approccio di successo richiede una regolamentazione proporzionata, che riconosca sia il profilo di rischio relativo potenzialmente ridotto dei NP rispetto ai prodotti che contengono tabacco, in particolare sigarette, sia il supporto che i NP possono fornire ai fumatori adulti che desiderano abbandonare il fumo di sigaretta. Una regolamentazione proporzionata dovrebbe garantire che i NP riducano la prevalenza del fumo e i danni correlati al fumo senza aumentare l'inizio del consumo di nicotina tra gli utenti involontari. Alcuni mercati dell'UE hanno anche introdotto regolamenti specifici sui NP, ad esempio implementando restrizioni di età (Svezia), richiedendo il rilascio di permessi di vendita ai produttori e regolamentando il contenuto di nicotina nelle bustine (Finlandia) o vietando la vendita di NP al di fuori dei negozi di tabacco specializzati (Repubblica Ceca) (17).

In Italia, la vendita è regolamentata dalla determina n. 82915 del 09/02/2023¹; l'introduzione dei sacchetti di nicotina costituisce una significativa minaccia per la salute pubblica, specialmente per i giovani, la cui vulnerabilità è accentuata dalla loro bassa massa corporea e dall'immaturità psicologica. La sfida ulteriore derivante dalla difficoltà di individuarli rende difficile il controllo sociale da parte dei genitori e degli adulti. È fondamentale riconoscere che tali prodotti, con il loro packaging accattivante e una vasta gamma di gusti, possono esercitare un forte richiamo sia sui giovani che sui non fumatori (15).

1.3. La nicotina, il fattore comune

La nicotina è un alcaloide che si trova con le più alte concentrazioni nelle foglie della pianta del tabacco (*Nicotiana tabacum*). Circa il 95% del contenuto alcaloide del tabacco è nicotina, insieme al 5% di alcaloidi minori compreso l'anabasina, l'anatabina e la norcotinina.

La nicotina è una amina terziaria che può esistere come una forma caricata (ionizzata) o non carica (non ionizzata), a seconda del suo pH. La forma non ionizzata (detta anche base libera) passa prontamente attraverso le membrane, come la mucosa buccale, così che il pH del tabacco senza fumo influenza il livello e l'entità dell'assorbimento della nicotina. Più è alcalina (pH più alto) più rapidamente la nicotina è assorbita. Il fumo di

¹ Modalità e requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione, circolazione e vendita dei prodotti contenenti nicotina "nicotine pouches"

sigaretta ha un pH acido di circa 5,5 a 6, per cui poca nicotina è assorbita attraverso la bocca, mentre grossi sigari hanno un pH alcalino, facilitando l'assorbimento. Le differenze di pH dei prodotti del tabacco dipendono dai ceppi di tabacco utilizzato e dai processi di stagionatura, nonché dai prodotti chimici utilizzati in lavorazione. Il pH delle soluzioni di nicotina influenza anche la farmacologia delle e-cigs. Le forme più remote di liquido da e-cig contengono per lo più nicotina nella sua forma libera (pH da 7 a 9), che porta a una considerevole durezza durante l'inalazione. Recentemente le e-cigs contengono sali di nicotina (come benzoato o lattato) con un pH acido (5,5), simile a quello delle sigarette. Questo comporta una minore irritazione delle mucose con l'inalazione.

Quando il fumo di sigarette è inalato, la nicotina raggiunge rapidamente i polmoni, il sangue arterioso, e il cervello in soli 15-20 secondi dove esercita i suoi effetti correlati alla dipendenza. La rapidità con cui raggiunge il cervello sembra essere un fattore importante per la causa dell'abuso della nicotina inalata rispetto ad altre vie di somministrazione. L'importanza della rapida somministrazione è correlata a concentrazioni arteriose più elevate, effetti psicologici quasi immediati e alla capacità di titolare le dosi agli effetti desiderati. Livelli arteriosi più elevati di nicotina causano anche al fumatore, di superare gli effetti della tolleranza rispetto agli effetti psicologici desiderati. La nicotina inalata dalle e-cigs potenzialmente comporta una predisposizione all'abuso simile a quella delle sigarette di tabacco, ma dati empirici ad oggi, suggeriscono che questo non succeda. Sembra che la probabilità di dipendenza alla nicotina inalata sia influenzata anche da altri costituenti del fumo di tabacco, come le sostanze che inibiscono la monoammina ossidasi (MAO), un enzima che degrada i neurotrasmettitori rilasciati dalla nicotina.

In media, i fumatori assorbono da 1 a 1,5 mg di nicotina da una sigaretta. La nicotina ha un'emivita media di due ore, ma l'emivita può essere influenzata da fattori genetici e ambientali. Con il fumo regolare, i livelli di nicotina aumentano nel sangue nell'arco di 4-6 ore, raggiungono un plateau durante il giorno e poi diminuiscono durante la notte. Quindi, sebbene ogni sigaretta produca un picco di nicotina arteriosa con un rapido declino tra le sigarette, in un fumatore regolare quotidiano, il cervello è esposto alla nicotina per 24 ore al giorno. Questa durata di esposizione ha implicazioni per lo sviluppo di tolleranza e sintomi di astinenza.

Nella seguente tabella (*tab. 1*) vengono elencati i vari prodotti descritti in precedenza analizzando il loro pH e la quantità di nicotina contenuta in essi

Prodotto	Definizione	Tipi	pH	Livelli di nicotina
Sigaretta	Tabacco arrotolato in carta per fumare	Una sigaretta tipica pesa <1 g; lunghezza regolare (70 mm di lunghezza), king (84 mm), 100s (100 mm) e 120s (120 mm)	Acido, inalabile, pH 5,5–6	Media in bastoncino, 13,5 mg (intervallo: 11,9–14,5 mg); resa di nicotina al fumatore: 1–1,5 mg/sigaretta
Sigaro	Tabacco fermentato ed essiccato all'aria, avvolto in un materiale costituito almeno in parte da foglie di tabacco	Sigari piccoli filtrati (0,9–1,3 g di tabacco), sigarilli (1,3–2,5 g di tabacco) e sigari grandi (premium)	pH 6,5–8,0 inalabile e/o buccale a seconda del pH del prodotto	Il contenuto di nicotina varia da 10 a 444 mg e dipende dal peso del sigaro
Tabacco senza fumo	Tabacco inserito tra il labbro e la gomma o sniffato nel naso anziché fumato dall'utente	Tabacco da fiuto (tabacco macinato), snus (tabacco macinato in una bustina simile a una bustina da tè), masticare (tabacco tritato)	I prodotti variano da più acidi, pH 5,2–7,1, a più alcalini per un maggiore assorbimento buccale, pH 7,6–8,6	Le concentrazioni di nicotina variano, da 0,2 a 34 mg/g, i prodotti più alcalini sono in grado di fornire livelli più elevati di nicotina
Tabacco riscaldato	Dispositivi elettronici che riscaldano bastoncini di tabacco ricostituiti trattati con un umettante alla glicerina per erogare un aerosol	Tecnologia IQOS, Glo e Ploom	pH 5,5–6	L'erogazione di nicotina può essere paragonabile a quella delle sigarette tradizionali
Sigaretta elettronica	Dispositivi elettrici che producono un aerosol da un liquido che in genere contiene nicotina, glicole propilenico, glicerina vegetale e aromi	Sigarette elettroniche/penne elettroniche, sistemi a serbatoio, cialde/sali di nicotina (ad esempio, benzoato e lattato)	E-liquid a base libera: alcalino, pH 7–9; sali di nicotina: acido, inalabile, pH 3,5–6,8	Contenuto di nicotina dell'e-liquid da 0 a 100 mg/ml. L'erogazione di nicotina può corrispondere a quella delle sigarette tradizionali, ma varia in base al design del dispositivo (temperatura di riscaldamento), al contenuto di nicotina dell'e-liquid e al comportamento dell'utente

Tabella 1 Diversità dei prodotti del tabacco

La nicotina viene metabolizzata principalmente (tramite ossidazione) dall'enzima epatico CYP2A6. Il principale metabolita prossimo è la cotinina, che è stata ampiamente utilizzata come biomarcatore dell'esposizione alla nicotina. L'attività del CYP2A6 è fortemente influenzata da fattori genetici e ambientali. Le varianti genetiche associate a un lento tasso di metabolismo della nicotina sono più comuni nelle persone di origine asiatica e africana rispetto ai caucasici. Le influenze ambientali sul metabolismo della

nicotina includono gli estrogeni: le donne in premenopausa metabolizzano la nicotina più velocemente degli uomini; le donne che assumono pillole anticoncezionali contenenti estrogeni metabolizzano la nicotina più velocemente delle donne che non le assumono; e le donne incinte metabolizzano la nicotina più velocemente di tutte. Anche vari alimenti e farmaci possono influenzare il metabolismo della nicotina.

La nicotina agisce sui recettori nicotinici dell'acetilcolina (nAChR) che si trovano in tutto il sistema nervoso. L'acetilcolina è un neurotrasmettitore che agisce su quasi tutti gli organi del corpo e, allo stesso modo, la nicotina colpisce quasi tutti gli organi del corpo.

Quando la nicotina si lega all'esterno di un nAChR, si apre un canale ionico, consentendo l'ingresso di ioni calcio, sodio o potassio. Inizialmente, il recettore viene attivato, a cui segue la desensibilizzazione. I nAChR possono esistere in tre stati conformazionali: chiuso, nello stato di riposo; aperto, consentendo l'ingresso di ioni e la depolarizzazione della membrana; desensibilizzato, in cui il recettore non risponde agli agonisti nAChR. La sensibilità alla nicotina e la farmacodinamica della risposta (come la durata della desensibilizzazione) variano in base al particolare tipo di recettore, il che si traduce in uno sviluppo differenziale e in un decorso temporale della tolleranza ai diversi effetti della nicotina.

Si ritiene che gli effetti del fumo sull'umore, sulle funzioni cognitive e sul rilassamento si verifichino tramite la stimolazione dei recettori nAChR presinaptici da parte della nicotina. L'attivazione di questi recettori determina la facilitazione del rilascio di vari neurotrasmettitori, tra cui:

- la dopamina, che è nota per segnalare il piacere ed è rilasciata da tutte le droghe d'abuso;
- la noradrenalina e l'acetilcolina, che migliorano la vigilanza e la funzione cognitiva;
- il glutammato, che migliora la memoria e l'apprendimento;
- la serotonina, che influenza l'umore;
- l'acido γ -amminobutirrico (GABA) e le endorfine, che migliorano lo stress e l'ansia.

Le connessioni neurali che coinvolgono le azioni della nicotina sono complesse. La nicotina colpisce il sistema dopaminergico mesolimbico e si lega ai recettori nAChR nell'area tegmentale ventrale, che quindi attivano i neuroni dopaminergici nel nucleo accumbens. L'attivazione dei neuroni dopaminergici è modulata dai neuroni GABAergici e glutaminergici in modo tale che i neuroni glutaminergici migliorino l'attivazione, mentre i neuroni GABAergici la inibiscano. Le azioni della nicotina sui neuroni GABAergici inibitori si desensibilizzano rapidamente, mentre le azioni sui recettori nAChR si desensibilizzano più lentamente. Pertanto, nel tempo, l'esposizione alla nicotina determina una maggiore e persistente attivazione dei neuroni dopaminergici, che possono promuovere gli effetti gratificanti della nicotina.

Con l'esposizione prolungata alla nicotina, si verificano cambiamenti strutturali nel cervello. In particolare, si verifica una regolazione positiva dei recettori nAChR, con una maggiore densità di recettori nAChR in molte parti del cervello. Si è pensato che questa regolazione positiva fosse una risposta alla desensibilizzazione dei recettori nAChR, ma studi più recenti suggeriscono che la regolazione positiva si verifica tramite un meccanismo di chaperoning. Vale a dire, la nicotina sembra legarsi ai recettori nAChR nella cellula per facilitare l'assemblaggio e il chaperoning dei recettori alla membrana cellulare. Si pensa che la regolazione positiva dei recettori nAChR sia correlata allo sviluppo della dipendenza fisica, compresi i sintomi di astinenza che si verificano quando l'esposizione alla nicotina si interrompe. Presumibilmente, i recettori regolati positivamente che sono inattivi in presenza di nicotina, diventano nuovamente sensibili durante l'astinenza dalla nicotina.

Altri due sistemi neurotrasmettitoriali sembrano svolgere ruoli importanti nella dipendenza dalla nicotina. Quando l'esposizione alla nicotina viene interrotta, la funzione cerebrale viene interrotta e messa in uno stato di astinenza. L'astinenza da nicotina determina l'attivazione del sistema del fattore di rilascio della corticotropina (CRF) coinvolto nella risposta allo stress dell'ipotalamo-ipofisi-surrene. Si pensa che i sintomi di astinenza, come ansia e stress, siano mediati, almeno in parte, da una relativa ipoattività del sistema dopaminergico e da un'iperattività del sistema CRF. Gli antagonisti del recettore CRF riducono gli effetti ansiogeni dell'astinenza da nicotina e riducono l'autosomministrazione di nicotina nello stato di astinenza.

La dipendenza dalla nicotina sembra essere aumentata da altre sostanze chimiche presenti nel fumo di sigaretta. L'acetaldeide, ad esempio, aumenta l'auto-somministrazione di nicotina negli animali. Particolari sostanze chimiche presenti nel fumo di sigaretta inibiscono l'attività dell'enzima MAO nel cervello. Il MAO catalizza la scomposizione di dopamina, noradrenalina e serotonina, che sono neurotrasmettitori che mediano la ricompensa della nicotina. I farmaci inibitori del MAO sono stati utilizzati per trattare la depressione. Le persone con malattie psichiatriche, inclusa la depressione, hanno maggiori probabilità di fumare e di essere più dipendenti. Una teoria è che l'inibizione del MAO dal fumo possa avere effetti benefici nei fumatori depressi. Tuttavia, mentre l'astinenza acuta dal fumo è associata a sintomi depressivi e ansia, smettere, nel lungo periodo, generalmente migliora l'umore anche tra i fumatori con disturbi psichiatrici come la depressione (18).

La nicotina, come riportato nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edizione (DSM-IV) e nel Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (1994), è classificata come sostanza d'abuso. Va confinata, tuttavia, in una categoria speciale perché nell'uso comune non comporta le alterazioni mentali acute, con perdita del controllo delle proprie azioni, che si osservano con altre droghe e che contribuiscono alla loro pericolosità.

CAPITOLO II

La salute e i suoi cambiamenti in relazione al fumo

2.1. Definizione di salute

Nel 1948, l'OMS², definisce la salute: *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia o infermità”*. Oltre alla definizione di salute, l'OMS precisa espressamente: *“il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale”*. Secondo l'OMS, l'importanza di questo diritto richiede che gli Stati si assumano la responsabilità di garantirne la tutela, anche attraverso l'azione delle autorità nazionali.

Il diritto alla salute è riconosciuto in numerosi trattati internazionali. Ciò è espressamente affermato nell'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948. Esso cita: *“Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari ed ha il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà”*.

Il fondamento del diritto alla tutela della salute nello Stato italiano risiede nella Carta Costituzionale, entrata in vigore il 1° gennaio 1948. L'articolo 32 della Costituzione prevede quanto segue: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

² L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS; in inglese World Health Organization, WHO) è un istituto specializzato dell'ONU per la salute. È stata istituita con il trattato adottato a New York nel luglio del 1946, entrato in vigore nel 1948 e ha sede in Svizzera, a Ginevra

Il concetto di salute ha subito delle modifiche nel corso degli anni, nel 1966 A. Seppilli introduce una dimensione di equilibrio: la salute diventa “una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell’individuo attivamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”. La visione di Seppilli si ritrova in Antonovsky (1987), che esalta il concetto di condizione e di dinamismo e identifica la salute come “un processo di natura complessa”; ciascuno di noi si trova, in ogni momento, in un dato punto lungo un “continuum salute-malattia”, e in ogni momento può spostarsi maggiormente verso il polo della salute o della malattia. Esso conia il termine *salutogenesi* ³.

L’OMS nel 1986 presenta la Carta di Ottawa ⁴, introducendo il concetto di One Health⁵, che prevede la connessione tra salute umana, animale e ambientale, promuovendo un approccio integrato per affrontare le sfide sanitarie. Nel 1998, in una riunione dell’OMS venne proposta la modifica della definizione originaria del concetto di salute nei seguenti termini: “*La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia*”.

La discussione, avvenuta nelle commissioni del WHA52 ⁶, svoltosi dal 17 al 25 maggio 1999, non arrivò mai all’Assemblea Generale. Conseguentemente fu mantenuto il testo originario nonostante il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti dell’OMS stesso. Questo avvenne per diverse ragioni, tra cui aspetti linguistici, culturali e religiosi non universalmente condivisi. In tale contesto, la salute sarebbe stata considerata più un mezzo che un fine e avrebbe rappresentato una risorsa di vita quotidiana che consentisse alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico (19).

³ tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche, ecc.), di compiere scelte consapevoli di salute utilizzando risorse (interne ed esterne), accrescendo le proprie resilienza e capacità proattiva.

⁴ Carta di Ottawa – conferenza del 21 novembre 1986; <http://www.move-europe.it/Salute.htm>

⁵ modello sanitario basato sull’integrazione di discipline diverse, è antica e al contempo attuale. Si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell’ecosistema siano legate indissolubilmente.

⁶ World Health Assembly

2.1.1. Promozione della salute

Processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla⁷. Rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. La promozione della salute è il processo che consente (*enabling*) alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla (OMS 2021). Il processo inizia nel 1948 quando l'OMS definisce la salute. Questo concetto viene poi ribadito nella Dichiarazione di Alma (1978) in cui si traccia il concetto di Promozione della Salute affermando che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo. Nel 1986 viene organizzata la Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute a Ottawa e verrà firmato l'accordo conosciuto come "La Carta di Ottawa", in cui viene sottolineato il concetto di Promozione della Salute come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.

In essa viene enunciato che, la Promozione della Salute comprende: un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. Semplificando si può affermare che la prevenzione affronta un rischio specifico e conosciuto che causa una malattia, mentre la Promozione della Salute si impegna a sostenere le persone e le aiuta a non ammalarsi. La Promozione della Salute efficace rafforza le abilità e la capacità degli individui di adottare comportamenti salutari e la capacità di gruppi o comunità di agire collettivamente per esercitare un controllo sui determinanti della salute (*empowerment*). La Promozione della Salute si propone di aiutare il singolo o la comunità a modificarne in positivo i determinanti essenziali, per conquistare il miglior stato di benessere possibile (20).

⁷ Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986

2.1.2. Determinanti di salute

L'insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano l'aspettativa di vita in buona salute di persone e popolazioni (OMS 2021).

I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali e fattori genetici. La combinazione di questi fattori crea diverse condizioni di vita che hanno un impatto sulla salute, diviene fondamentale conoscerli al fine di avere un approccio completo nei confronti della salute dell'individuo e della collettività (21). Questi fattori vengono rappresentati in diversi modelli, che variano stabilendo una gerarchia di valore tra i vari elementi. I principali che prendiamo in considerazione sono:

- Il modello americano.
- Il modello europeo.

2.1.2.1. Modello americano

Enuncia che lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita. Molto meno importanti gli altri fattori: ambientali (20%), genetici (20%), e l'assistenza sanitaria (10%). Si tratta di un modello che mette in primo piano il ruolo gli stili di vita delle persone e rispecchia l'enfasi che negli USA viene posta nella responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie (21).

La raffigurazione presentata di seguito (*fig.2*) mostra il modello americano.

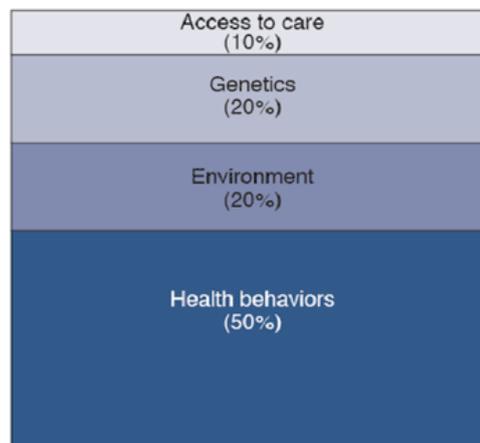


Figura 2 I determinanti di salute nel modello americano

2.1.2.2. Modello europeo

È espresso in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. Al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il sesso, l'età e il patrimonio genetico: ovvero i determinanti non modificabili della salute. Dagli strati interni verso quelli più esterni troviamo i determinanti modificabili, quelli cioè che sono suscettibili ad essere corretti e trasformati, che sono: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale. Questo modello concettuale è molto più complesso e articolato del precedente; la grafica a semicerchi concentrici rivela una gerarchia di valore tra i diversi determinanti della salute (sono i semicerchi più esterni, quelli che rappresentano il "contesto", a influire maggiormente sullo stato di salute). È un modello concettuale che da una parte riflette la cultura europea di *welfare state* fondata sul "diritto alla salute" e dall'altra fa propria la visione "multisetoriale" della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (21).

Nella figura sottostante (fig.3) è riportata una rappresentazione del modello concettuale.



Figura 3 I determinanti della salute. Dahlgren and Whitehead, 1993.

2.2. Patologie correlate al fumo

Il fumo è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. (9)

2.2.1. Patologie correlate all'uso di tabacco

Il fumo di tabacco compare tra le cause di morte nell'ultima revisione della classificazione internazionale delle malattie (International Classification Disease, ICD X) ed è considerato quale causa efficiente nella patogenesi di diversi tipi di neoplasie, tra le quali il cancro del polmone, i tumori delle alte vie respiratorie, del fegato, del pancreas, dell'esofago, dello stomaco, del rene, della cervice uterina, le leucemie e di diverse altre malattie non neoplastiche ad evoluzione potenzialmente letale, come il cuore polmonare, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'ictus, le polmoniti, gli aneurismi aortici e le coronaropatie.

Si è calcolato che il fumo causi l'87% dei decessi per cancro del polmone, l'82% di quelli per BPCO, il 21% di quelli per incidenti coronarici ed il 18 % di quelli per ictus. Anche nei fumatori che non riferiscono alcun disturbo relativo al fumo, la flogosi cronica delle basse vie aeree correlabile al fumo è causa di un declino funzionale accelerato dell'apparato respiratorio. In gravidanza, inoltre, il fumo di sigaretta aumenta il rischio di aborti spontanei, di gravidanze ectopiche e di scarso peso del feto alla nascita, oltre ad aumentare il rischio di difetti congeniti del nascituro.

Esistono altre condizioni strettamente correlate con l'abitudine al fumo che, sebbene non rappresentino un grave rischio per la sopravvivenza, sono tuttavia responsabili di una notevole spesa sanitaria, quali le vasculopatie periferiche, le cataratte oculari e le parodontopatie.

L'iter patogenetico del danno da fumo è stato ampiamente dimostrato sulla base di dati sperimentali, di studi clinici a breve termine e di studi epidemiologici molto estesi, sia in termini di popolazioni studiate che di tempo di osservazione. Le associazioni documentate sono state definite statisticamente causali sulla base della plausibilità biologica, della riproducibilità di un'appropriata relazione temporale tra esposizione e patologia e della presenza di effetti dose-dipendenti. (Sgambato 2024)

La patogenicità del fumo è riconducibile alla presenza di oltre 4.000 cancerogeni ⁸ così classificati dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC parte dell'Organizzazione mondiale della sanità "OMS"). Alcuni agenti cancerogeni sono parti naturali della pianta di tabacco, mentre altri si generano durante la combustione o le fasi

⁸ sostanze note per essere causa di cancro

di lavorazione, cura, stagionatura o conservazione del tabacco (il benzene, la formaldeide e le nitrosammine specifiche del tabacco, per citarne alcuni). Il numero e la quantità di sostanze cancerogene possono variare tra i diversi prodotti del tabacco e di paese in paese. Alcuni tipi di tabacco non da fumo possono essere prodotti con una ridotta concentrazione di nitrosammine specifiche del tabacco, uno dei principali cancerogeni contenuti nei prodotti del tabacco. Il consumo continuo di tabacco e la conseguente esposizione prolungata a sostanze cancerogene, può portare allo sviluppo del cancro (22).

Va sottolineato che l'inalazione passiva del fumo di tabacco dall'ambiente in soggetti non fumatori (fumo passivo, second hand smoking) è associata a effetti deleteri proprio come per il fumo «attivo», anche se con minori livelli di rischio. Fumo passivo si può definire anche quello che durante la gravidanza la gestante fumatrice fornisce all'embrione o feto. Particolarmente a rischio è la situazione dei bambini, figli di fumatori, esposti al fumo passivo fin dai primi anni di vita. (Sgambato 2024)

La tabella sottostante (tab 2) rappresenta le patologie conseguenti all'utilizzo del tabacco in relazione alla frazione imputabile al fumo di tabacco e al codice ICD

Patologia	Frazione attribuibile al fumo	Numero di ICD
carcinoma del cavo orale e faringe	0,68	140-149
carcinoma della laringe	0,68	161
carcinoma del polmone	0,89	162
BPCO	0,85	490-492, 496
polmonite	0,37	480-486
carcinoma dell'esofago	0,71	150
carcinoma della vescica	0,34	188
carcinoma del rene	0,25	189
carcinoma dello stomaco	0,23	151
carcinoma del pancreas	0,28	157
leucemia mieloide	0,14	205
cardiopatia ischemica	0,47	410-414
ictus/cerebropatia vascolare	0,44	433-438
arteriopatia ostruttiva	0,21	440, 443,1
aneurisma aortico	0,65	441
ulcera dello stomaco e del duodeno	0,56	531-533

Tabella 2 Elenco delle principali patologie legate al fumo di sigaretta con indicazione della quota attribuibile al fumo e dei corrispondenti ICD

2.2.2. Patologie correlate all'uso delle e-cigs

Gli aerosol delle sigarette elettroniche sono estremamente diversi dal fumo di tabacco convenzionale poiché contengono decine di sostanze chimiche non presenti nel fumo di sigaretta. L'unica sostanza in comune che possiedono è la nicotina, che è stata trattata in maniera approfondita in precedenza.

Gli aerosol delle sigarette elettroniche contengono generalmente meno sostanze chimiche tossiche rispetto al fumo di sigaretta tradizionale, ma si è scoperto che contengono sostanze nocive, tra cui metalli pesanti, composti organici volatili e sostanze chimiche cancerogene. Gli effetti a breve termine (settimane o mesi) dell'uso delle sigarette elettroniche, come il danno polmonare, stanno diventando più evidenti man mano che l'uso di questi dispositivi con nicotina e tetraidrocannabinoidi (THC) aumenta in tutto il mondo. Tuttavia, gli effetti a lungo termine (decenni) dell'uso delle sigarette elettroniche sono ancora sconosciuti per via della messa in commercio di questi dispositivi solo nel 2003 e la loro continua mutazione. Pertanto, per definire gli effetti sulla salute a lungo termine, dobbiamo basarci su modelli di esposizione animale dettagliati e ben controllati e sull'estrapolazione di dati imparziali sull'esposizione acuta e subacuta da studi randomizzati e controllati su soggetti umani con controlli appropriati. Da questi dati risulta che è altamente probabile che l'uso cronico di sigarette elettroniche induca cambiamenti patologici sia al livello cardiaco che al livello polmonare.

In termini di fisiologia cardiaca, l'esposizione acuta agli aerosol delle sigarette elettroniche nei soggetti umani ha portato ad un aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, simili alle sigarette tradizionali. L'esposizione cronica ha causato un aumento della rigidità arteriosa, cambiamenti endoteliali vascolari, un aumento dell'angiogenesi, della fibrosi cardiorenale e un aumento della formazione di placche aterosclerotiche.

Al livello della fisiologia polmonare essa è influenzata dall'inalazione di aerosol delle sigarette elettroniche, con un aumento della reattività delle vie aeree, ostruzione delle vie aeree, infiammazione, enfisema e la EVALI⁹.

⁹ E-cigarette or Vaping use Associated Lung Injury, è una malattia polmonare svapo correlata: la sigaretta elettronica contribuisce significativamente alla genesi di un danno polmonare che si manifesta con una sintomatologia aspecifica riferibile a dolore al petto, respiro corto, affanno,

Le ricerche finora dimostrano che il cuore e i polmoni subiscono numerosi cambiamenti in risposta all'uso di sigarette elettroniche e lo sviluppo di malattie dipenderà da come tali cambiamenti si combinano con fattori ambientali e genetici.

I dati provenienti sia dagli esseri umani che dai modelli animali sono coerenti nel dimostrare che svapare sigarette elettroniche provoca effetti sulla salute sia simili che diversi da quelli del fumo di sigaretta (23).

2.2.3. Patologie correlate all'uso dell'HTP

Le attuali conoscenze sugli ipotetici effetti dannosi dell'esposizione agli aerosol delle sigarette a tabacco riscaldato (HTP) si focalizzano principalmente sui sistemi respiratorio e cardiovascolare. Tuttavia, vi è una carenza di informazioni riguardo alla tossicità prolungata associata all'impiego di questi dispositivi. Nonostante ciò, è stato segnalato che oltre venti componenti pericolosi e potenzialmente nocivi risultano in concentrazioni maggiori negli aerosol HTP rispetto al fumo di sigaretta e diversi composti tossici non individuati nel fumo convenzionale sono stati riscontrati negli aerosol HTP. Di conseguenza i rischi legati all'uso delle HTP rimangono ancora sconosciuti. La maggior parte delle informazioni disponibili sulla composizione e sugli effetti sulla salute derivanti dall'esposizione agli aerosol HTP proviene dall'industria del tabacco, mentre solo pochi studi indipendenti hanno evidenziato effetti patofisiologici a breve termine derivanti dall'uso di questi prodotti. Inoltre, non esistono dati relativi alla tossicità a lungo termine, rendendo prive di supporto le affermazioni dell'industria del tabacco che presentano le HTP come un'alternativa meno rischiosa rispetto alle sigarette tradizionali. Va inoltre sottolineato che l'aerosol HTP contiene nicotina, una sostanza altamente assuefacente, pericolosa per il cervello degli adolescenti, i feti in sviluppo, le donne in gravidanza e anche per gli adulti (24).

associati a febbre e che possono esitare in una grave insufficienza respiratoria. Molto meno comuni, ma talvolta presenti, sono disturbi gastrointestinali come nausea e vomito. Si verifica principalmente in seguito all'inalazione dell'acetato di vitamina E (un additivo presente in alcune sigarette elettroniche contenenti THC). Oltre all'acetato di vitamina E, ci sono molte altre sostanze e fonti di prodotti nei materiali per lo svapo che vengono esaminate come possibili cause

CAPITOLO III

Strategia nazionale e regionale di contrasto al tabagismo

3.1. Misure legislative Nazionali

In linea con le indicazioni dell'OMS, gli interventi di carattere legislativo rappresentano uno degli strumenti di salute pubblica più efficaci nella lotta al tabagismo. In particolare, le misure che tutelano i non fumatori dal fumo passivo, ovvero i divieti di fumo, hanno effetti positivi sia sui non fumatori che sui fumatori.

L'Italia è sempre stata all'avanguardia in Europa per quanto riguarda la tutela dei non fumatori. La prima norma in questo senso risale infatti al 1975. La Legge n. 584 dell'11 novembre 1975, "*Divieto di fumare in determinati locali e sui mezzi di trasporto pubblico*", stabiliva il divieto di fumare in alcuni luoghi (*art. 1*), tra cui le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, le sale d'attesa delle stazioni, i locali chiusi adibiti a pubblica riunione, i cinema e le sale da ballo.

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995, "*Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici*", ha poi esteso il divieto di fumo ai locali destinati al ricevimento del pubblico per l'erogazione di servizi pubblici e utilizzati dalla pubblica amministrazione, dalle aziende pubbliche e dai privati esercenti servizi pubblici.

Queste norme, che pure hanno contribuito alla progressiva riduzione della prevalenza dei fumatori nel nostro Paese a partire dagli anni Ottanta, avevano tuttavia una portata limitata, in quanto escludevano il fumo solo da certi locali e non avevano un impatto notevole sui comportamenti dei fumatori, interferendo poco con le loro abitudini.

I limiti di queste normative sono stati superati con la Legge 3 del 16 gennaio 2003 (*art. 51*), "*Tutela della salute dei non fumatori*" che ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, palestre, centri sportivi), con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni civili).

La legge non prevede un obbligo, ma concede la possibilità di creare locali per fumatori, le cui caratteristiche strutturali e i parametri di ventilazione sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003, che prevede anche le misure di vigilanza e sanzionamento delle infrazioni.

Un ulteriore passo avanti è stato fatto con la pubblicazione in gazzetta del Decreto Lgs. n. 6 del 12 gennaio 2016, che recepisce la direttiva 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati, che abroga la direttiva 2001/37/CE (25).

Le disposizioni del presente decreto legislativo sono dirette:

- a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, soprattutto per i giovani e ad adempiere agli obblighi derivanti dalla legge 18 marzo 2008, n. 75, di ratifica ed esecuzione della Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo (FCTC), nonché' ad ostacolare un eccesso di offerta e la diffusione del fumo tra i minori;
- ad agevolare il buon funzionamento del mercato interno dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati.

Il presente decreto disciplina:

- gli ingredienti e le emissioni dei prodotti del tabacco e i relativi obblighi di segnalazione, compresi livelli massimi di emissioni di catrame, nicotina e monossido di carbonio delle sigarette;
- alcuni aspetti dell'etichettatura e del confezionamento dei prodotti del tabacco, comprese le avvertenze relative alla salute che devono figurare sulle confezioni unitarie dei prodotti del tabacco e sull'eventuale imballaggio esterno, come pure la tracciabilità e gli elementi di sicurezza che sono applicati ai prodotti del tabacco;
- le vendite a distanza transfrontaliere di prodotti del tabacco e dei prodotti correlati;
- l'obbligo di effettuare una notifica dei prodotti del tabacco di nuova generazione;
- l'immissione sul mercato e l'etichettatura di alcuni prodotti correlati ai prodotti

del tabacco, ossia le sigarette elettroniche e i contenitori di liquido di ricarica e i prodotti da fumo a base di erbe;

- il divieto di immissione sul mercato del tabacco per uso orale. (Gazzetta Ufficiale 2016)

Nonostante le varie leggi, l'introduzione sul mercato di prodotti alternativi alla sigaretta tradizionale porta all'esigenza di introdurre nuove leggi che disciplinano il consumo di questi prodotti poiché stanno rimettendo in discussione l'educazione al comportamento rispettoso nei confronti della società. Infatti, il 66,8% degli utilizzatori di e-cigs (erano il 62,6% nel 2019) ed il 74,6% dei fumatori di sigarette a tabacco riscaldato (erano il 62% nel 2019) si sentono liberi di usare questi prodotti nei luoghi pubblici (mezzi di trasporto pubblici, privati, locali, bar, ecc.). Gli incrementi percentuali registrati nel 2022 degli utilizzatori di entrambe le tipologie di prodotti disposti a trasgredire i divieti di fumo, mandano un ulteriore chiaro segnale di allerta nei confronti di una legislazione ancora troppo fragile nei confronti dei prodotti diversi dalla sigaretta tradizionale (26).

3.2. Strategie nazionali per contrastare il tabagismo

Il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute promuove l'attuazione di numerosi progetti, in gran parte affidati al coordinamento delle Regioni e dell'Iss, che contribuiscono a sostenere le attività di prevenzione e promozione della salute. (27) I progetti che sono stati svolti nel corso degli anni sono:

- **Opportunità di Salute:** progetto CCM Azioni Centrali 2017, coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su mandato del Ministero della Salute. All'interno del progetto è stato realizzato l'opuscolo "Di che stile (di vita) sei?" dove sono state elaborate strategie di comunicazione rivolte alla popolazione per promuovere l'assunzione di stili di vita salutari. Queste tengono conto sia delle occasioni quotidiane in cui l'individuo può ripensare le scelte di vita che possono incidere sulla propria salute (al lavoro, a casa, in palestra, ecc.), sia delle occasioni in cui professionisti appartenenti a diversi settori del "sistema salute" possono avere l'opportunità di effettuare interventi brevi di promozione di stili di vita salutari (28).
- **Guadagnare Salute-Rendere facili le scelte salutari:** è un programma nazionale

finalizzato alla promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche non trasmissibili e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini (29).

- **Un Manifesto per l'endgame del tabacco in Italia:** a dicembre 2014 24 società scientifiche di sanità pubblica hanno dato vita a un Manifesto che sollecita lo Stato italiano ad impegnarsi in una strategia a lungo termine di “fine corsa” (*endgame*) per il tabacco in Italia, in grado di portare la prevalenza di fumatori al di sotto del 5% nell'arco di 20-25 anni. La strategia di *endgame* deve articolare nel tempo gli interventi mirati alla riduzione del numero dei fumatori e quelli di riequilibrio economico, in grado di assorbire gli effetti indesiderati del calo delle vendite (28).
- **Quanto fumi?:** per auto-valutare l'esposizione al fumo, a giugno 2013, Ministero e Iss hanno lanciato l'iniziativa “Quanto fumi?” attraverso un'applicazione per smartphone che permette di sperimentare la riduzione del consumo giornaliero di sigarette del 20% rispetto a quello abituale (28).
- **Campagna 2010 contro il tabagismo – “Io non fumerò mai!” :** spot televisivi, cinematografici e radiofonici: sono i tre canali comunicativi scelti per la campagna nazionale del 2010 (a cura del ministero della Salute), che proseguendo quella dell'anno precedente, affida gli interventi all'attore Renato Pozzetto (28).
- **Campagna contro il tabagismo 2009 – “Il fumo uccide difenditi” :** “Il fumo uccide difenditi”, è lo slogan della campagna del ministero della Salute affidato al testimonial Renato Pozzetto. Si tratta di una campagna che mira alla prevenzione dell'iniziazione al fumo dei giovani e alla dissuasione all'abitudine al fumo degli adulti, attraverso tre fasi successive e collegate tra loro che sensibilizzano i fumatori a smettere di fumare a tutela della propria salute e di quella dei non fumatori (28).
- **Stazioni senza fumo:** il 27 settembre 2007, il Ministro della Salute Livia Turco e l'Amministratore delegato del gruppo Ferrovie dello stato Mauro Moretti hanno siglato un protocollo d'intesa per migliorare la vivibilità nelle stazioni e tutelare i viaggiatori dall'esposizione al fumo (28).
- **Io non fumo, ho già vinto:** materiale informativo realizzato dal ministero della

Salute in occasione dei giochi olimpici invernali di Torino 2006 (28).

- **Liberi di respirare:** campagna realizzata nel 2005 dal ministero della Salute, in collaborazione con la Lega italiana lotta ai tumori (Lilt), per sensibilizzare i fumatori al rispetto delle libertà dei non fumatori, sancite dalla legge 16/2003 che stabilisce il divieto di fumo nei locali. Tra gli strumenti utilizzati per promuovere quest'iniziativa ricordiamo: spot video, campagna stampa quotidiani, campagna cinematografica, pubblicità dinamica, campagna affissioni, kit stampati a larga diffusione distribuiti presso 103 sezioni provinciali, realizzazione di eventi paralleli di supporto (28).
- **Dissuasione dal fumo:** campagna contro il tabagismo, progettata dal ministero della Salute nel 2003 e proseguita nel 2004, realizzata attraverso affissioni e annunci stampa, su spazi pubblicitari tabellari, publiredazionali, redazionali su quotidiani e periodici, di messaggi focalizzati sulla relazione del fumo con la seduzione, la libertà, i rapporti sociali, la salute (28).
- **Mamme libere dal fumo:** materiale finanziato dal ministero della Salute, sostenuto e promosso dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori e dalla Federazione nazionale colleghi delle ostetriche. Il programma, sperimentato nel 2001 nella Provincia di Treviso e successivamente esteso a livello nazionale, ha previsto la realizzazione di opuscoli e materiale divulgativo di supporto alle donne in gravidanza per informarle e aiutarle a smettere di fumare (28).

L'impegno dell'Italia nella prevenzione e nella cura del tabagismo è recepito anche nei Piani di prevenzione nazionale e regionali e sviluppato in coerenza con gli indirizzi nazionali, in particolare con la strategia di contrasto al fumo, che prevede tre macro-obiettivi: prevenire l'iniziazione al fumo; ridurre l'esposizione al fumo passivo; sostenere la cessazione dal fumo (30).

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, è lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute, da realizzare sul territorio e mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive

e lavora (31).

Il PNP 2020-2025 prevede di:

- promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati tra i Dipartimenti di Prevenzione, in particolare le Unità Operative di Promozione della Salute, e i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, gli Enti Locali, le scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il terzo settore, le associazioni di volontariato, ecc.;
- promuovere l'adozione di una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni, introduca modelli di contrasto e di riduzione del danno aderenti ai nuovi bisogni, secondo alcuni presupposti fondamentali:
 - il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione;
 - il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale;
 - la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno delle diverse popolazioni bersaglio;
 - la promozione e l'adozione di standard di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale;
 - la diffusione, tra i professionisti, di strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci;
- potenziare la collaborazione tra i Servizi specifici per una presa in carico delle persone che presentano una comorbilità (Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale), tra servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari per migliorare le condizioni di salute dei consumatori di sostanze (es. Pronto Soccorso e reparti ospedalieri) e con i medici di medicina generale (MMG) (32).

Un'altra strategia che sta facendo molto discutere è l'aumento dei prezzi dei prodotti

di consumo. L'aumento del prezzo delle sigarette è una misura di politica sanitaria auspicata e ritenuta valida da organizzazioni sovra-nazionali come l'OMS e l'OCSE, poiché riducendo il numero dei fumatori diminuirebbero anche i casi di malattie fumo-correlate e di decessi attribuibili al fumo. Tra i parametri da tenere presenti quando si vuole aumentare il prezzo ci sono però gli aumenti dei consumi non legali (contrabbando, contraffazione) e lo slittamento ad altri prodotti meno costosi. (Rossi 2004)

Dai dati del Comando Generale della Guardia di Finanza risulta che le attività di contrasto al contrabbando hanno portato a individuare oltre 526 tonnellate di tabacchi lavorati esteri consumati in frode o sottoposti a sequestro e alla denuncia di 1.130 soggetti (33).

3.3. Strategie regionali per contrastare il tabagismo

La Regione Marche, per contrastare il problema del tabagismo, ha messo in atto diverse strategie, basandosi sulle indicazioni previste dal Ministero della Salute.

Per quanto riguarda l'AST, essa da tempo punta su azioni per rendere facili le scelte salutari, intervenendo negli istituti Scolastici con programmi di promozione della salute di provata efficacia e sul territorio, rinforzando l'azione dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Competenti e dei Pediatri di Libera Scelta con la tecnica del Colloquio Motivazionale ed aiutando i fumatori a smettere di fumare con i Corsi "*Smoke Free*".

Nel dettaglio, attraverso la Rete delle "Scuole Promotrici di Salute", vengono proposti alle scuole di ogni ordine e grado dei programmi che prevedono una formazione ad hoc per i docenti per l'attivazione degli interventi nelle classi. Ciò perché numerosi studi hanno dimostrato che azioni precoci di promozione della salute consentono l'instaurarsi di abitudini salutari che permangono nel tempo.

Per citare alcuni esempi:

- "*Guadagnare Salute con le life skills*" e "*sani stili di vita con le life skills*", indicati per i bambini della Scuola dell'Infanzia, della Primaria e della Secondaria di primo grado. I programmi, incentrati sull'educazione alle abilità per la vita, permettono di sviluppare e potenziare le cosiddette life skills anche con attività tematiche sul fumo di tabacco, differenziate a seconda delle età degli alunni.

- “*Unplugged* - Programma scolastico per la prevenzione dell’uso di tabacco, alcol e droghe nei preadolescenti”, indicato per ragazzi del II° e III° anno delle Scuole Secondarie di 1° grado che ha come obiettivi principali: ritardare e prevenire la sperimentazione delle sostanze psicotrope legali e illegali; potenziare le abilità interpersonali/intrapersonali; migliorare il clima scolastico, il rapporto con i docenti e le relazioni con i compagni.

Per aiutare i genitori di bambini con patologie respiratorie a smettere di fumare, per favorire negli adolescenti e negli adulti la scelta di non fumare è molto importante il ruolo dei MMG, dei Medici del Lavoro e dei PLS. L’ AST 2 in tal senso organizza da tempo appositi Corsi di Formazione per incrementare nei sanitari le competenze nella gestione di interventi motivazionali brevi con i propri utenti.

I Corsi “*Smoke Free*” si rivolgono a tabagisti intenzionati a smettere di fumare. Per ogni Corso sono previsti al massimo 15-20 partecipanti che prendono parte a 9 sedute di gruppo a cadenza settimanale, a cui seguono 3 incontri a distanza di tempo (follow-up a 3, 6 e 12 mesi dall’inizio del Corso) (34).

Il 20 febbraio 2019, le Marche hanno istituito la legge regionale n. 5 dal titolo: “*Interventi di lotta al tabagismo per la tutela della salute*” con le finalità di:

- diminuire il numero di fumatori attivi,
- diminuire il numero di persone esposte ad inalazione del fumo passivo,
- ridurre l’impatto ambientale causato dagli scarti del fumo di tabacco,
- tutelare il diritto del non fumatore a respirare aria libera dal fumo di tabacco.

Nel piano Regionale triennale per la lotta al tabagismo (art. 2 della legge) viene enunciato:

- *La Regione sostiene gli interventi di prevenzione, di assistenza e supporto alle disassuefazioni dal tabagismo di comprovata efficacia in accordo con le indicazioni delle linee guida internazionali e nazionali e con i metodi della medicina basata sulle evidenze, anche riconoscendo il principio di riduzione del danno.*
- *Per le finalità previste al comma 1 la Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente, approva il piano triennale per la lotta al tabagismo.*

- *Il piano per la lotta al tabagismo di cui al comma 2 prevede interventi riguardanti:*
 - *la prevenzione del tabagismo attraverso la promozione di stili di vita sani e liberi dal fumo;*
 - *l'assistenza ed il supporto alla disassuefazione dal tabagismo, attraverso le competenti strutture dell'ASUR, prevedendo l'accesso gratuito ai servizi sanitari per la cura alla dipendenza da tabagismo;*
 - *la tutela dell'ambiente contro l'inquinamento causato dagli scarti e dai rifiuti generati dal fumo;*
 - *la promozione di servizi, campagne informative, iniziative e progetti specifici, anche d'intesa con le istituzioni scolastiche, volti in particolare alla disassuefazione dal tabagismo (35).*

Oltre a questa legge, la Regione Marche ha attuato il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, coordinato da ARS Marche. In diversi programmi prevede interventi relativi alla prevenzione del tabagismo. Nel quadro delle strategie proposte, è avvenuto lo sviluppo sul territorio regionale, dei Centri Antifumo, come quello recentemente riattivato dalla AST Ancona, che ha organizzato un corso di formazione dal titolo *“Accendi una passione non la sigaretta”*, dove sono stati sviluppati i temi dell'integrazione tra le diverse componenti sanitarie e della ricerca di interventi sostenibili e raccomandati, anche innovativi. Il corso era rivolto alla Rete di operatori per la prevenzione con l'obiettivo di potenziare le competenze e sviluppare procedure comuni. La prevenzione e la cura del tabagismo rappresentano, pertanto, un obiettivo prioritario da perseguire con azioni efficaci per proteggere la salute dei non fumatori, ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori e supportare gli interventi di disassuefazione per i fumatori (36).

Per quanti riguarda Il PRP 2020-2025 e l'azienda su cui si è basata questa tesi non si può non menzionare il Programma Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute, che sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello Workplace Health Promotion (WHP), presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che

incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP mira, inoltre, a realizzare azioni e interventi che favoriscano il contrasto alle disuguaglianze sostenendo l'adozione delle lenti dell'equità. Le aree tematiche di intervento delle buone pratiche del WHP 2024 sono:

- Buone pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di comportamenti alimentari salutari.
- Buone pratiche per creare un ambiente di lavoro “libero dal fumo” e incentivarne la cessazione.
- Buone pratiche per il contrasto al consumo inadeguato di alcool.
- Buone pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di uno stile di vita attivo.
- Interventi per promuovere l'adesione ai seguenti comportamenti preventivi: screening oncologici, screening HCV, piani vaccinali, prevenzione incidenti domestici e stradali. (Benedetti 2024)

Per quanto riguarda l'azienda di interesse per la realizzazione della tesi, è il secondo anno che partecipa a questo programma ed ha realizzato diversi progetti dal titolo:

- Usa le scale! Non prendere l'ascensore! - *Un gradino alla volta verso uno stile di vita più salutare anche in ufficio.*
- Mantieniti in forma! - *Sovrappeso e obesità sono fattori di rischio per infarto, ictus, diabete, tumori e mortalità precoce in genere.*
- Alcool e lavoro
- Fumo

Per quanto riguarda il 2024 realizzerà un intervento nell'area tematica “*Buone pratiche per creare un ambiente di lavoro “libero dal fumo” e incentivarne la cessazione*”.

CAPITOLO IV

Dipendenza e gli interventi di disassuefazione

4.1. La dipendenza

All'inizio fumare è il risultato di una scelta sostanzialmente libera e volontaria. In seguito, tende invece a trasformarsi in bisogno compulsivo, al fine di riprodurre gli effetti iniziali, e di evitare i disturbi causati dalla sua mancanza. Questo fenomeno, chiamato tossicodipendenza o dipendenza, è comune a gran parte delle droghe e ne costituisce uno degli aspetti più temibili e, nello stesso tempo, più complessi (37).

La dipendenza da tabacco (tabagismo) è una patologia cronica recidivante riconosciuta come le altre dipendenze patologiche e la nicotina, sostanza neuro-psicotropa, è ampiamente riconosciuta come la principale componente. Essa induce infatti alterazioni neurochimiche, modifica la plasticità di alcune zone cerebrali e delle strutture recettoriali, e causa cambiamenti comportamentali relativi alla memoria, alle emozioni e all'apprendimento (ISS 2023). Il consumo di tabacco, ma anche di prodotti contenenti nicotina, genera una dipendenza che rende difficoltoso smetterne l'uso, nonostante la consapevolezza dei gravi rischi per la salute associati (nel 2023, 53% dei fumatori in Italia desidera smettere di fumare). I fattori che influenzano lo sviluppo e il mantenimento della dipendenza dalla nicotina sono complessi e includono: gli effetti farmacologici della droga e la progettazione del prodotto del tabacco, la genetica, fattori appresi, come il condizionamento degli stimoli attraverso frequenti dosi di nicotina ed esposizioni socioculturali tra cui: l'uso da parte della famiglia e dei pari, il marketing pervasivo del tabacco (nel caso del tabacco riscaldato e della sigaretta elettronica, essendo prodotti che si basano sull'attrattività del loro design.) e la disponibilità al dettaglio.

Gli effetti psicoattivi positivi della nicotina includono piacere, stimolazione e modulazione dell'umore, con riduzione di ansia e stress. Un fumatore spesso riferisce piacere e stimolazione con la prima sigaretta del giorno, stimolazione e maggiore concentrazione dal fumo durante le attività ripetitive e rilassamento nei momenti di stress e prima di andare a letto. Tuttavia, si sviluppa tolleranza a molti degli effetti della nicotina, tanto che anche durante il giorno il piacere provato da ogni sigaretta diminuisce. Man

mano che i livelli di nicotina diminuiscono, si sviluppano sintomi di astinenza, invertendo gli effetti positivi della nicotina. Pertanto, un fumatore astinente può sentirsi ansioso, irritabile e depresso e avere problemi di concentrazione. Si può sperimentare una *disregolazione edonica*¹⁰, presumibilmente correlata a una relativa carenza di attività dopaminergica. La nicotina aumenta il tasso metabolico e sopprime l'appetito, con conseguente peso medio dei fumatori inferiore rispetto ai non fumatori. Durante l'astinenza da nicotina, i fumatori in genere provano fame e aumentano di peso.

Alcuni dei benefici percepiti della nicotina sono mediati dalla riduzione degli effetti avversi dell'astinenza da nicotina (definiti rinforzo negativo). Pertanto, il ruolo farmacologico della nicotina nella dipendenza è una combinazione di rinforzo positivo e negativo. Per i fumatori abituali, c'è un ciclo giornaliero durante il quale i livelli di nicotina aumentano nel sangue, si sviluppa una tolleranza sostanziale durante il giorno e si inizia a fumare per alleviare i sintomi dell'astinenza. Alcuni fumatori fortemente dipendenti si svegliano di notte per fumare a causa dei sintomi dell'astinenza. Al contrario, alcuni fumatori leggeri e intermittenti fumano in risposta a particolari stimoli, senza provare sintomi di astinenza e si pensa che fumino solo per rinforzo positivo. (18)

Nella figura sottostante (*fig. 4*) è possibile vedere il ciclo di dipendenza della nicotina che si instaura in un fumatore medio.

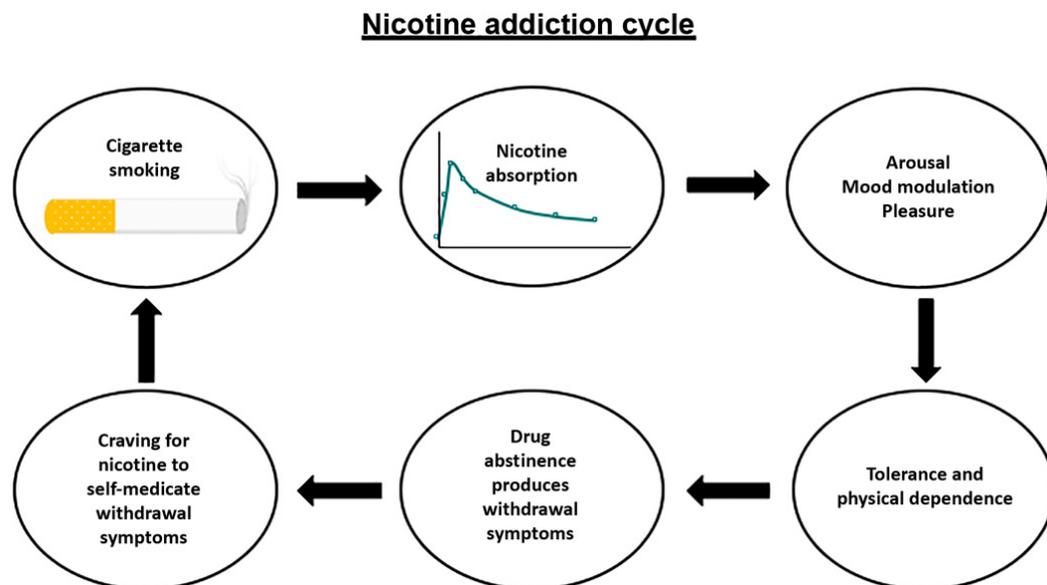


Figura 4 Ciclo di dipendenza della nicotina

¹⁰ ridotta capacità di provare piacere

Sebbene la nicotina sia necessaria per la dipendenza dal tabacco, anche il comportamento condizionato è un fattore importante e ha forti implicazioni per il trattamento comportamentale. Quando una persona smette di fumare, la voglia di sigarette persiste a lungo dopo che i sintomi di astinenza da nicotina si sono risolti. Un fumatore associa in genere il fumo a situazioni, stati d'animo o fattori ambientali particolari che diventano spunti per fumare. Pertanto, i fumatori spesso fumano dopo un pasto, con caffè o alcol, mentre guidano e/o con amici che fumano. Fumare una sigaretta inverte l'umore negativo, l'ansia e l'irritabilità dell'astinenza da nicotina. Questa esperienza ripetuta può generalizzare a una condizione in cui l'ansia o la depressione da qualsiasi causa diventano uno spunto per fumare. L'atto di fumare, con la manipolazione, il colpo alla gola, il sapore e l'odore delle sigarette, che sono spesso associati agli effetti neurochimici del fumo, segnala una ricompensa e diventa uno spunto per fumare. L'esposizione alla pubblicità del tabacco, particolarmente diffusa nei punti vendita al dettaglio e nei media popolari (ad esempio, film, TV e musica), e l'esposizione ad altri che fumano possono anche suscitare desiderio e comportamento di fumo (18).

4.2. Primo approccio agli interventi di disassuefazione dal fumo

Le European Smoking Cessation Guidelines indicano che il primo approccio per introdurre un fumatore ad un intervento di disassuefazione dal fumo, parta da tutti gli operatori sanitari, che operano nell'assistenza di primo e di secondo livello, nel corso della loro attività ambulatoriale e ospedaliera ed in particolare i medici di famiglia. Il primo approccio viene effettuato seguendo il modello 5A (ASK, ADVICE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE) che prevede:

1. **ASK:** chiedere al soggetto, ad ogni visita, se fuma,
2. **ADVISE:** informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere,
3. **ASSESS:** determinare la prontezza a fare un tentativo di smettere,
4. **ASSIST:** aiutare la persona con un piano per smettere, fornendogli tutte le indicazioni a chi rivolgersi,
5. **ARRANGE:** pianificare un follow-up o indirizzare la persona a specialisti del settore della cessazione del fumo.

Tale intervento può essere realizzato spendendo anche pochi minuti nel corso di una

qualunque visita medica. Si è ritenuto di proporre questo intervento anche ai medici di famiglia italiani, in quanto loro organizzano gli interventi più efficaci descritti in letteratura. Interventi più intensi vanno realizzati da personale specializzato in strutture apposite.

4.3. Centri Antifumo

La storia dei Centri Antifumo in Italia rappresenta indirettamente la storia delle politiche di Riduzione del Danno da fumo da Tabacco.

Dalla loro istituzione alla fine degli anni '80, questi centri si sono contraddistinti per il supporto dato a tutti quei fumatori che cercano di smettere. Da allora e soprattutto dal 2005 – con l'introduzione della Legge Sirchia ¹¹ l'Italia ha fatto importanti passi in avanti sia nella produzione di normative tese a regolamentare il fumo, sia per la protezione di soggetti non fumatori, ma non di certo nella valutazione dei risultati. Le carenze in questo settore non mancano e se da un lato ci si è impegnati per tutelare la salute dei fumatori nei luoghi pubblici, dall'altro si è dimenticato di aiutare chi vuole smettere davvero di fumare definitivamente.

I Centri Antifumo (CA) nascono nell'ambito degli interventi globali tesi a supportare la lotta contro il fumo di tabacco con una particolare attenzione nell'ambito del supporto ai fumatori che intendono smettere di fumare. Ad oggi in Italia abbiamo 225 centri sparsi in tutte le regioni che appartengono al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alla Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT) o al privato sociale.

A livello internazionale, il quadro normativo di riferimento è dato dalla Convenzione per la lotta al tabagismo approvata nel Maggio 2003 a Ginevra sotto gli auspici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In particolare, l'art. 14 della Convenzione afferma il bisogno di *“offrire misure che promuovano la cessazione dal fumo di tabacco e adeguati trattamenti per la dipendenza dal tabacco. Misure che dovranno includere diagnosi e trattamento della dipendenza dal tabacco e servizi di counselling per la cessazione”*.

¹¹ Legge n. 3 del 16 gennaio 2003 (art. 51) “Tutela della salute dei non fumatori”, ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, palestre, centri sportivi. Le sole eccezioni: i locali riservati ai fumatori e gli ambiti strettamente privati, come le abitazioni civili. La legge concede la possibilità di creare locali per fumatori.

In Italia, i CA forniscono servizi che offrono supporto specialistico per aiutare i tabagisti a smettere di fumare. In linea generale, si accede previo pagamento di un Ticket sanitario o in modo gratuito. Tra i servizi offerti, interventi di tipo farmacologico, counselling individuale o di gruppo, terapie alternative con una prima valutazione del fumatore da un punto di vista medico e psicologico (38).

Dal momento della presa in carico, nei CA fumatore rimane in carico per un anno (39).

4.3.1. Prima valutazione del fumatore

La valutazione dei fumatori è un processo composto da un colloquio iniziale durante il quale il fumatore viene ascoltato da un medico o uno psicologo specializzato. Si indagano le motivazioni che lo spingono a smettere, le sue esperienze passate con tentativi di cessazione, il suo livello di dipendenza e le aspettative riguardo il percorso. Infatti, in questa fase viene effettuata: valutazione clinica e biologica dell'esposizione al fumo di tabacco, valutazione della dipendenza dal tabacco, valutazione del profilo psico-comportamentale e conseguenze per la salute del consumo di tabacco. (ENSP 2020)

4.3.1.1. Diagnosi clinica del consumo e della dipendenza da tabacco

La diagnosi clinica si basa su:

- status del fumatore,
- tipo di prodotto del tabacco consumato: ci fornisce una idea circa il livello della dipendenza, in quanto la dipendenza dalla nicotina è più grave nei consumatori di sigarette, rispetto a quelli che utilizzano sigari, pipe, pipe a vapore, sigarette elettroniche o tabacco orale, (ENSP 2020)
- valutazione dello stato di salute: viene esaminata la storia clinica del fumatore, gli eventuali problemi di salute correlati al fumo (come malattie cardiovascolari, respiratorie) e la presenza di altre dipendenze o condizioni psicologiche. In caso di comorbidità verranno effettuate, ad esempio: visita pneumologica, visita cardiologica, valutazione psichiatrica, co, rx torace, spirometria, ECG.

4.3.1.2. Valutazione della dipendenza da tabacco

La dipendenza dal tabacco è definita dalla presenza di almeno 3 dei 7 criteri di definizione, se presenti negli ultimi 12 mesi:

- forte desiderio di fumare,
- difficoltà nel controllo della quantità di sigarette consumate,
- sintomi da astinenza quando si riduce o si abbandona il consumo di tabacco,
- consumo continuato nonostante evidenti effetti dannosi,
- priorità del fumo su altre attività,
- elevata tolleranza,
- sintomi fisici da astinenza dal tabacco.

Nella routine quotidiana, la dipendenza da nicotina / sigaretta è principalmente valutata usando il test della dipendenza dalla nicotina di Fagerström (*fig. 5*) che fornisce non solo una risposta sì / no, ma anche un punteggio finale che classifica il livello della dipendenza da nicotina dei consumatori di tabacco come a bassa, media o elevata. Più alto è il punteggio, maggiore è la dipendenza da nicotina di un individuo. Il livello di dipendenza dalla nicotina può essere utilizzato per guidare la progettazione dei piani di trattamento. (ENSP 2020)

1. Dopo quanto tempo dalla sveglia al mattino fumate la prima sigaretta?
Prima di 5 minuti (3)
6-30 minuti (2)
31-60 minuti (1)
Dopo più di 60 minuti(0)
2. Ti sembra difficile astenerli dal fumo nei luoghi dove è vietato (ad esempio in chiesa, al cinema, in treno, al ristorante ecc.)?
Sì(1)
No(0)
3. A quale sigaretta sarebbe più difficile per te rinunciare?
La prima sigaretta al mattino (1)
Tutte le altre (0)
4. Quante sigarette fumi al giorno?
10 o meno (0)
11-20 (1)
21-30 (2)
31 o più (3)
5. Fumi più frequentemente nelle prime ore dopo la sveglia al mattino che nel resto della giornata?
Sì (1)
No (0)
6. Fumi se sei così malato da rimanere immobilizzato a letto la maggior parte della giornata?
Sì (1)
No (0)
Il paziente può compilare direttamente il questionario. La gamma dei punteggi è da 0 a 10. Ciò consente una valutazione precisa della dipendenza dalla nicotina, sulla base della quale verrà elaborata una terapia: Punteggio 0-3: nessuna o bassa dipendenza da tabacco Punteggio 4-6: dipendenza da tabacco media Punteggio 7-10: alta dipendenza da tabacco

Figura 5 : Test di Fagerström per la dipendenza dalla nicotina (FTND)

4.3.1.3. Analisi dei precedenti tentativi di smettere di fumare

L'esperienza dei pregressi tentativi di cessazione si è dimostrata essere altamente predittiva dei tentativi di smettere futuri che può essere utilizzata per guidare il futuro trattamento. Nella valutazione medica, si andrà a valutare:

- il numero di passati tentativi di cessazione,
- il periodo di astinenza dal fumo più lungo,
- qualsiasi precedente trattamento di cessazione ed in cosa consisteva il trattamento,
- qualsiasi storia di sintomi di astinenza,
- eventuali fattori di rischio per ricadute,
- aspetti positivi descritti durante l'astinenza.

Queste caratteristiche sono importanti per calcolare la probabilità di successo del trattamento o il suo fallimento, nonché la compliance verso il trattamento e la capacità del soggetto di superare la crisi di astinenza. (ENSP 2020)

4.3.1.4. La motivazione nel cessare di fumare

Esistono vari metodi che possono essere utilizzati per valutare la motivazione a cessare di fumare. Secondo il celebre Modello Transteorico di J.O. Prochaska e C.C. Di Clemente (TTM) sul cambiamento del comportamento, il processo psicologico della cessazione dal fumo passa attraverso cinque fasi:

- *Pre-contemplazione*: il soggetto è pienamente soddisfatto del suo comportamento di fumo e non ha bisogno di un cambiamento.
- *Contemplazione*: il soggetto sente la necessità di un cambiamento, ma questo non è abbastanza forte da spingerlo ad agire o fare un piano d'azione.
- *Preparazione*: il soggetto ha deciso di provare a cambiare il proprio comportamento nei confronti del fumo e sarà pronto per questo cambiamento nel prossimo futuro.
- *Azione*: il soggetto inizia il tentativo di smettere di fumare.
- *Mantenimento*: l'astinenza dura per sei mesi o più.

In genere, la fase di cambiamento viene valutata usando la domanda: "quali sono le tue sensazioni in merito a smettere di fumare adesso?". Le opzioni di risposta includono: a) vorrei smettere nei prossimi 30 giorni, b) vorrei smettere nei prossimi 6 mesi, c) non ho intenzione di smettere di fumare nei prossimi 6 mesi. Il trattamento di cessazione del fumo deve essere avviato da un medico per tutti i soggetti che riferiscono l'uso del tabacco. Nel caso di fumatori con comorbidità e di persone con dipendenza dal tabacco, il professionista sanitario deve comunicargli il rischio di un uso continuativo del tabacco e la necessità di smettere immediatamente.

Nella figura sottostante (*fig.6*) vengono rappresentate le fasi del cambiamento per la cessazione del fumo secondo il modello di Prochaska. È importante notare che gli individui non passano necessariamente attraverso le fasi del cambiamento in modo lineare. Piuttosto, si muovono avanti e indietro tra le fasi, in funzione della motivazione, della prontezza e di altri fattori che influenzano il cambiamento. (ENSP 2020)



Figura 6 Fasi del cambiamento per la cessazione del fumo secondo il modello di Prochaska

4.3.1.5. La storia medica del fumatore

La storia medica del soggetto è rilevante nella scelta della terapia, oltre che per quanto riguarda qualsiasi interazione farmacologica o qualsiasi incompatibilità causata da un eventuale disturbo o una comorbidità concomitante. Eventi cardiovascolari acuti, storia di episodi di convulsioni, malattia renale, storia di dipendenza attuale o pregressa possono anche imporre cautela nella prescrizione di alcuni trattamenti farmacologici; da qui la necessità di annotare queste informazioni nelle cartelle sanitarie del fumatore. (ENSP 2020)

4.3.1.6. Diagnosi di laboratorio della dipendenza dal tabacco

Lo stato di fumatore come definito da criteri clinici può essere valutato anche mediante test biochimici per la valutazione dei biomarcatori dell'esposizione al fumo di tabacco, come la concentrazione di monossido di carbonio (CO) nell'aria espirata e il livello di cotinina (un metabolita della nicotina). La validazione biochimica viene generalmente utilizzata in ricerca per confermare i tassi di astinenza riferita dal fumo e come tale non è raccomandata come pratica standard nei contesti clinici. (ENSP 2020)

4.3.1.6.1. Monossido di carbonio (CO)

Il CO espirato è il più semplice biomarker da monitorare; in assenza di CO nell'ambiente, è una misura ben validata del consumo di tabacco. Il CO espirato è facilmente misurato attraverso la carbossimetria che prevede di espirare in un analizzatore di CO disponibile a livello commerciale. Il CO è misurato in ppm (parti per milione), una unità di misura che può essere convertita equivalentemente nella concentrazione di carbossiemoglobina presente nel sangue. L'emivita del CO è di circa 2-6 ore. I livelli di CO nell'aria espirata da un fumatore possono raggiungere 10-20 ppm (cioè, 2-5% di carbossiemoglobina). Esiste una relazione di "dose" tra il numero di sigarette consumate al giorno e la misurazione di CO; tuttavia, è prevedibile una variazione individuale significativa. Il livello del CO è influenzato anche dallo sforzo fisico. Nelle 24 ore dopo l'astinenza dal fumo il CO raggiunge i valori normali.

Di solito, la concentrazione di CO nell'aria espirata di un non-fumatore non supera i 4 ppm. L'esposizione al fumo di "seconda mano" (passivo) influenzerà i valori di CO. Il valore di soglia consigliato per distinguere il fumatore dal non fumatore corrisponde a nove ppm. Una rilevazione di dieci ppm o più è suggestiva dello status di fumatore. Tuttavia, la ricerca suggerisce che i cut-off di 2 o 5 ppm forniscono il massimo grado di accuratezza per stabilire se uno ha fumato nelle ultime 24 ore. La concentrazione di CO al mattino (dopo diverse ore di sonno senza fumo) è di solito inferiore alle misurazioni effettuate nel pomeriggio. Per questo motivo è consigliabile misurare la CO nel pomeriggio, quando rappresenterà un biomarker più attendibile di esposizione al fumo di tabacco. La concentrazione di CO nei fumatori con malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) è risultata superiore a quella della popolazione generale. In questi soggetti, un tasso di CO più elevato è comprensibile, pensando alla produzione di monossido di carbonio causata dall'infiammazione cronica delle vie aeree o può semplicemente essere

dovuto ad un consumo più alto di sigarette descritto in questa categoria. La misurazione del monossido di carbonio (CO) è stata utilizzata come strumento per aumentare la motivazione del soggetto a smettere. La conversione veloce di CO verso i valori normali incoraggia il fumatore ad essere astinente e perciò, mostrando valori di CO più bassi ad ogni visita di follow-up, il tentativo di smettere viene supportato. È pur vero, però, che non esistono prove sufficienti per sostenere l'uso del controllo del CO rispetto al trattamento standard. (ENSP 2020)

4.3.1.6.2. Cotinina

La cotinina è il principale metabolita della nicotina ed è un biomarker di esposizione al fumo di tabacco. Monitorando la concentrazione della cotinina nel corpo, si può valutare l'esposizione al fumo di un individuo. La cotinina può essere misurata nel sangue, nei capelli, nella saliva e nell'urina. L'emivita della nicotina è di circa due ore; tuttavia, la concentrazione di nicotina può variare a seconda dell'ora del giorno in cui l'ultima sigaretta è stata fumata. La cotinina ha un'emivita di 15-20 ore e come tale può essere utilizzata per misurare l'astinenza dal fumo nelle ultime 24-48 ore. Nei fumatori la cotinina plasmatica è di circa 200 ng / ml, ma può raggiungere livelli fino a 1000 ng/ml in funzione dell'intensità del fumo. C'è una notevole variabilità tra un fumatore ed un altro nei livelli di cotinina rispetto all'assunzione quotidiana di sigarette. Le percentuali di metabolismo della nicotina sono geneticamente determinati e possono influenzare i livelli di cotinina. Si raccomanda un cut-off di <15 ng/ml per la saliva e di 50 ng/ml per l'urina. In situazioni in cui il soggetto utilizza la terapia sostitutiva della nicotina, la misurazione della cotinina non è raccomandata. In questi casi il metodo di verifica preferito è il monitoraggio del CO. L'uso dei livelli di cotinina non è risultato essere più sensibile dell'utilizzo del monitoraggio dei sintomi clinici per adattare la dose terapeutica dei farmaci per la cessazione del consumo di tabacco. Per questo motivo la valutazione della cotinina non è attualmente raccomandata come strumento utile per la pratica clinica. (ENSP 2020)

4.3.2. Definizione del piano di trattamento personalizzato

È una fase cruciale del percorso nei centri antifumo, poiché rappresenta il momento in cui, sulla base della valutazione iniziale dell'individuo, viene pianificato un programma di cessazione del fumo su misura per le sue necessità e caratteristiche individuali.

4.3.2.1. Definizione degli obiettivi di cessazione

Il primo passo da compiere in questa fase è l'individuazione degli obiettivi specifici per il fumatore. I professionisti del centro antifumo fissano insieme al soggetto il risultato atteso tenendo conto delle sue motivazioni personali, del grado di dipendenza e della motivazione al cambiamento. A seconda dei fattori sopra descritti, uno dei seguenti metodi verrà proposto:

- cessazione immediata, che nei casi in cui il fumatore ritenga di essere in grado di smettere di fumare senza ridurre i normali consumi.
- riduzione graduale nel tempo, perché in presenza di dipendenza da nicotina di lunga data, la persona non potrà fisicamente e psicologicamente rinunciare improvvisamente a sigarette in quantità normale. Gli obiettivi possono essere a breve termine (es. riduzione del 50% del numero di sigarette in un mese) o a lungo termine (es. cessazione completa entro 6 mesi).

4.3.2.2. Scelta delle terapie

Il trattamento del fumo prevede spesso una combinazione di interventi farmacologici e psicologici. Questa scelta dipende dalle caratteristiche individuali del fumatore, tra cui il livello di dipendenza, il quadro psicologico, e le condizioni di salute.

4.3.2.2.1. Trattamento psicologico

La componente psicologica riveste un ruolo fondamentale nel sostenere la dipendenza da fumo di tabacco o di nicotina. Gli interventi di supporto comportamentale sono vari e includono materiali scritti contenenti consigli per smettere, programmi di terapia di gruppo in più sessioni o sessioni di counselling individuale in presenza o per telefono. Fornire solo materiale standard di autoaiuto sembra essere poco efficace, mentre risulta efficace il fornire materiale di auto-aiuto personalizzato o l'offerta di counselling.

Il counselling fornisce supporto per indurre la motivazione a smettere, il problem solving e migliorare le abilità di coping. Gli interventi di counselling possono essere erogati di persona, per telefono, tramite programmi informatici interattivi o usando attrezzature audiovisive. Il counselling può avere durata variabile, da breve, ovvero meno di cinque minuti, a sedute che possono durare fino a un'ora ed essere ripetuti in più sessioni. Le terapie comportamentali per smettere di fumare possono funzionare favorendo i tentativi per smettere di fumare o aiutando a mantenere l'astinenza o entrambe le cose. I fattori che

sembrano favorire i tentativi di smettere sono tipicamente legati alla motivazione, come l'aumento della consapevolezza degli effetti negativi sulla salute a lungo termine o dei costi economici che comporta l'acquisto di sigarette e/o tabacco. Oltre alle classiche terapie comportamentali vis a vis, negli ultimi anni, grazie alla tecnologia, stanno prendendo piede interventi di counselling digitali e/o con l'ausilio di video. Oltre ad essere utilizzata come opzione terapeutica aggiuntiva, la videoconsulenza in tempo reale potrebbe essere implementata anche negli attuali contesti sanitari, per rendere più accessibile il servizio e ridurre il carico di lavoro per i servizi. (ISS 2023)

4.3.2.2.1.1. Counseling individuale

Il counseling individuale o terapia breve è finalizzato ad aiutare l'individuo a mobilitare le risorse cognitive ed emotive necessarie a supportare l'interruzione e il mantenimento dell'astinenza nel tempo. Il processo di mobilitazione delle risorse individuali passa attraverso l'individuazione dei punti di forza e degli ostacoli che bloccano il cambiamento.

Una componente fondamentale è la possibilità di fornire strategie di problem-solving finalizzate a contrastare la sintomatologia astinenziale e il desiderio compulsivo di fumare, tipici dei dieci giorni successivi all'interruzione, ma che si possono manifestare in diverso modo anche molti mesi dopo. Durante le sedute è promosso lo sviluppo di consapevolezza rispetto agli ostacoli emotivi (nervosismo, senso di irritabilità, umore depresso) e pratici (vivere o lavorare con altre persone che fumano) che si frappongono all'interruzione; si forniscono strumenti e indicazioni per gestire sia le situazioni di stress sia le eventuali ricadute.

Generalmente le sedute di counseling sono supportate anche da un periodico contatto telefonico tra utente e counselor per supportarlo e gestire eventuali momenti di difficoltà che possono insorgere durante il percorso.

In linea con i modelli più all'avanguardia del counseling antitabagico l'individuo è sostenuto nell'adozione di stili di vita più sani (alimentazione, attività fisica). Il monitoraggio degli stili di vita permette da un lato di mettere in atto comportamenti preventivi (prevenzione primaria) rispetto alla salute in generale, dall'altro rappresenta un'ulteriore strategia di supporto all'interruzione.

Recenti ricerche hanno confermato che l'adozione di una dieta ricca di frutta e verdura,

in soggetti arruolati in programmi antifumo e motivati verso l'interruzione, aiuta a ridurre il numero di sigarette fumate giornalmente. Allo stesso modo, la pratica regolare di attività fisica è una strategia efficace per combattere sia il distress emotivo (ansia, umore depresso, nervosismo, frustrazione) sia il desiderio impellente di fumare (craving) durante il percorso di interruzione. Inoltre, entrambe le strategie (dieta ed esercizio fisico) svolgono un'importante funzione motivazionale favorendo il mantenimento del peso corporeo (40).

4.3.2.2.1.2. Counseling di gruppo

Nella terapia di gruppo comportamentale i fumatori partecipano ad incontri pianificati in cui ricevono informazioni sulla problematica, consigli e supporto secondo quanto previsto dall'approccio cognitivo-comportamentale. Questa terapia viene solitamente strutturata in otto incontri settimanali di cui nei primi quattro si lavora per giungere ad una data di cessazione e nei secondi quattro si supporta il primo periodo senza fumo del soggetto. Solitamente il counseling grupppale è combinato ad una farmacoterapia di ausilio alla cessazione. Ci sono due modi per condurre un gruppo di cessazione. Uno è prevalentemente didattico, con gli operatori sanitari che agiscono come insegnanti e forniscono informazioni su come raggiungere e mantenere l'astinenza dal fumo. L'altro è supportivo e cerca di sviluppare il sostegno reciproco tra i membri del gruppo al fine di ottenere l'astinenza. L'approccio di gruppo, che viene solitamente rivolto ai pazienti con migliori capacità comunicative, può essere integrato con incontri individuali atti a consolidare aspetti specifici del trattamento terapeutico. (ENSP 2020)

4.3.2.2.1.3. Counseling telefonico

In molti Paesi del mondo esistono servizi telefonici gratuiti comunemente noti con i termini "quit lines" (linee telefoniche per smettere di fumare, n.d.t.) o "help lines". I pazienti che chiamano questi numeri telefonici possono ricevere informazioni utili all'accesso ai servizi per la cessazione esistenti sul territorio. Possono inoltre ottenere supporto alla cessazione sia in forma breve che articolata. Tramite linea telefonica è possibile fornire un supporto cognitivo-comportamentale simile a quello de visus, ma più flessibile. Un vantaggio importante delle quit lines è la maggiore accessibilità, infatti il contatto telefonico permette una maggiore flessibilità nei contatti tra l'operatore e l'individuo, permettendo di aggirare molti ostacoli che possono impedire la continuità della cura, quali ad esempio, i tempi di attesa legati all'avvio dei corsi di cessazione, i

problemi di trasporto fino al luogo di cura; inoltre, i contatti telefonici possono essere organizzati in momenti idonei quali le pause lavorative per il pranzo o le ore serali o nei giorni prefestivi. I pazienti possono scegliere se essere contattati a casa o al loro cellulare. A loro viene offerto un sostegno per guidarli a mettere in pratica strategie di cessazione e favorire cambiamenti dello stile di vita quotidiano. Solitamente le telefonate di supporto alla cessazione hanno la durata di 20-25 minuti, ma la durata può essere flessibile e adattarsi alle esigenze dei singoli pazienti. Il supporto telefonico risulta particolarmente utile nelle zone rurali o isolate e nei casi in cui il fumatore lamenta problemi di mobilità e/o deambulazione. La natura quasi anonima del contatto telefonico, che non prevede un contatto diretto con gli operatori, può favorire la partecipazione a programmi di cessazione di persone che, per qualsivoglia motivo, siano riluttanti al coinvolgimento in programmi che prevedono invece il contatto con una o più persone. Le linee telefoniche di supporto alla cessazione possono offrire anche una consulenza telefonica proattiva, cioè quella in cui sono gli operatori del servizio a svolgere i primi contatti, sempre telefonici, per offrire il servizio di cessazione, basato su una successiva chiamata. (ENSP 2020)

4.3.2.2.1.4. Materiali di auto-aiuto

Questi materiali sono: libretti, opuscoli, manuali, pieghevoli, supporti multimediali, linee di aiuto telefonico automatizzate, programmi computerizzati/via web. Gli interventi di auto-aiuto sono definiti come "qualsiasi manuale o programma strutturato che può essere utilizzato dai tabagisti per aiutarli in un tentativo di cessazione non assistito da operatori o dal supporto del gruppo". ENSP 2020)

Di seguito è riportato un esempio di piccolo opuscolo informativo destinato ai pazienti tabagisti, per aiutarli a familiarizzare con le nozioni di base relative all'uso del tabacco e al trattamento della dipendenza che ne deriva (*fig. 7*)



OSSEVATORIO
OSSIFAD
FUMO, ALCOL E DROGA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
CENTRO NAZIONALE
DIPENDENZE E DOPING

Figura 7 Opuscolo contenente una guida pratica per abbandonare il fumo

4.3.2.2.2. **Trattamento farmacologico**

Dato che il fumo è una malattia cronica, richiede un intervento terapeutico basato su più componenti e tra questi, la terapia farmacologica è cruciale. In diversi paesi europei, molti organi normativi e nazionali sono coinvolti nell'approvazione dei farmaci. Due le categorie di farmaci che sono indicate per la cessazione dal fumo: 1) farmaci di prima linea e 2) farmaci di seconda linea.

I farmaci di prima linea sono stati ritenuti efficaci nel trattamento della dipendenza dal tabacco, hanno un livello di sicurezza superiore e sono approvati dall'agenzia europea per i medicinali (EMA). Il farmaco di prima linea deve essere la prima opzione per qualsiasi medico che cura la dipendenza dalla nicotina. Tra i farmaci approvati per la cessazione dal fumo considerati terapie di prima linea troviamo:

- la terapia sostitutiva nicotinic: prodotti come cerotti, gomme, spray nasali o inalatori di nicotina aiutano a ridurre gradualmente la dipendenza fisica dal fumo, somministrando una quantità controllata di nicotina senza le sostanze tossiche del

tabacco.

- la vareniclina e il bupropione: riducono il desiderio di nicotina e alleviano i sintomi di astinenza. Agiscono sui recettori della nicotina nel cervello o bloccando la ricaptazione di dopamina e noradrenalina o come agonista parziale dei recettori nicotinici, riducendo la sensazione di piacere associata al fumo.

I farmaci di seconda linea comprendono la citisina, un antagonista parziale del recettore della nicotina (approvata per questa indicazione nei Paesi dell'Europa dell'Est). I farmaci di seconda linea raccomandati per la cessazione dal fumo sono rappresentati da farmaci che o hanno un'efficacia dimostrata, ma minore rispetto a quella dei farmaci di prima linea, o non sono approvati dall'EMA per il trattamento della dipendenza da tabacco o sono sospettati di avere maggiori effetti collaterali. Generalmente vengono raccomandati quando il farmaco di prima linea non può essere utilizzato per vari motivi (mancanza di efficacia, controindicazioni, etc.).

Negli ultimi anni, sono stati compiuti notevoli progressi in merito all'efficacia dei farmaci utilizzati per smettere di fumare. Oltre alla monoterapia, si usano anche combinazioni di varie terapie farmacologiche per aumentare il successo nello smettere di fumare, combinazioni di NRT e bupropione o vareniclina. Ulteriori strategie prevedono il prolungamento della durata della terapia e la regolazione dei dosaggi per evitare gli effetti collaterali. (ENSP 2020)

Nella tabella che segue (*tab. 3*) vengono rappresentati i farmaci di prima linea che vengono utilizzati per il trattamento della dipendenza dalla nicotina

FARMACO	DOSE	ISTRUZIONI
BUPROPIONE	Giorni 1-3: 150 mg ogni mattina; dal quarto giorno: 150 mg x 2/die (la seconda dose dopo 8 ore) per il resto della cura	Iniziare 1-2 settimane prima della data di cessazione. Usare per 2-6 mesi
NICOTINA GOMME	2 mg – per pazienti che fumano ≤ 24 sigarette/die 4 mg – per pazienti che fumano ≥ 25 sigarette/die La dose raccomandata generalmente è di 8-12 gomme al giorno	Usare per 3-6 mesi
NICOTINA INHALER	6-16 cartucce/die, una cartuccia può rilasciare 4 mg di nicotina attraverso 80 inalazioni	Usare fino a sei mesi; l'effetto si affievolisce verso la fine dell'uso
NICOTINA LOZENGES (compresse non in vendita in Italia)	Dosi da 1, 2 e 4 mg; 1 compressa ogni 1-2 ore inizialmente, poi diminuire a 2 mg se il paziente fuma la prima sigaretta dopo 30 min dal risveglio e 4 mg se il paziente fuma la prima sigaretta prima di 30 min dal risveglio	Usare 3-6 mesi
NICOTINA SPRAY NASALE	0.5 mg / narice, inizialmente 1-2 dosi/ora limiti: 8-40 dosi/die	Usare per 3-6 mesi
NICOTINA CEROTTO	7, 14, 21 mg/24 ore (o 10/15/25 mg/16 ore) se il paziente fuma 10 sigarette al giorno, 21 mg/die per 4 settimane, poi 14 mg/ die per 2 settimane, infine 7 mg/die per 2 settimane. Se il paziente fuma <10 sigarette al giorno, iniziare con 14 mg/die per 6 settimane, poi 7 mg/die per 2 settimane	Usare un nuovo cerotto ogni mattina per 8-12 settimane Evidenza di incremento di efficacia se usati per 3-6 mesi
VARENICLINA	Giorni 1-3: 0,5 mg ogni mattina Giorni 4-7: 0,5 mg due volte al giorno Dal giorno 8 alla fine: 1mg due volte al giorno	Iniziare 1 settimana prima del giorno della cessazione, usare per 3-6 mesi
TERAPIE COMBinate – solo l'associazione di bupropione SR + nicotina cerotto è stata approvata dalla FDA per la cessazione del fumo		

NICOTINA CEROTTO + BUPROPIONE	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati
NICOTINA CEROTTO+ INHALER NICOTINA CEROTTO + LOZENGES NICOTINA CEROTTO+ GOMME	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati	Seguire le istruzioni per i singoli farmaci sopra riportati

Tabella 3 Farmaci di prima linea per smettere di fumare (adattato da Fiore M.C.)

4.3.3. Trattamento della dipendenza dal tabacco dopo la cessazione

La dipendenza dal tabacco potrebbe richiedere interventi terapeutici persistenti e ripetuti, nonché un follow-up a lungo termine fino alla guarigione. La comprensione della sua natura cronica implica una osservazione a lungo termine, e non semplicemente gli interventi che vengono somministrati durante le fasi acute. Dopo la ricaduta potrebbero essere richiesti diversi trattamenti farmacologici, a volte alternando un farmaco all'altro, oltre a educare i pazienti e offrire loro supporto psico-comportamentale per evitare ulteriori ricadute. Nessun trattamento efficace è stato ancora identificato per prevenire la ricaduta nella dipendenza da tabacco nel fumatore astinente. Semplicemente essere un ex-fumatore non è garanzia certa del termine della dipendenza dal tabacco. La considerazione del consumo di tabacco alla stregua di malattia cronica facilita e accelera il processo curativo, e aumenta il tasso di successo della farmacoterapia volta alla cessazione della dipendenza. (ENSP 2020)

4.3.4. Follow- up

A completamento, con esito positivo, del programma stabilito, i soggetti entrano nella fase che il DSM IV-TR definisce di *Remissione protratta*. In questa fase i soggetti devono essere sottoposti:

- Visita Pneumologica/Chirurgia Toracica: prove di funzionalità respiratoria di II livello (Pletismografia + DLCO) e misurazione del CO nell'aria espirata.
- Visita Psicologica per rivalutazione e somministrazione dei questionari.

I soggetti dimessi devono dare la disponibilità ad essere contattati per il Follow-up al 2°, 5° 8° 12° mese dal termine del trattamento (di persona o in caso di «bassa complessità» mediante modalità telefonica (39)).

CAPITOLO V

Il caso studio

5.1. Gli obiettivi dello studio

La tesi analizza un database composto dalle risposte ad un questionario inviato agli studenti iscritti alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. Come obiettivo primario si ha quello di analizzare le conoscenze degli studenti in merito ai rischi correlati all'utilizzo dei prodotti contenenti tabacco o solo nicotina. Gli obiettivi secondari riguardo a questa tesi riguardano l'indagare, rispetto alle medie nazionali, la percentuale di fumatori e il loro grado di dipendenza.

Il fine di questi obiettivi è quello di ipotizzare un ipotetico intervento di promozione della salute.

5.2. Campionamento

Per condurre lo studio, la popolazione di riferimento presa in esame è costituita da tutti gli studenti iscritti ai corsi della facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche per l'anno accademico 2023/2024 appartenenti all'ordinamento ex D.M. 509/99. Questa popolazione comprende 3.354 studenti suddivisi tra 13 corsi di laurea triennale e magistrale a ciclo unico.

Sono stati esclusi dall'indagine, gli studenti:

- del corso di laurea a ciclo unico di Odontoiatria e Protesi Dentaria,
- del corso di laurea a ciclo unico di Medicine and Surgery (Medicine and Technology),
- iscritti alla facoltà di medicina per l'anno accademico 2024/2025.

5.3. Metodi

Il mezzo con il quale sono stati rilevati i dati è un questionario *Computer Aided Web Interviewing* (CAWI), effettuato con Google Documenti, inviato a tutti gli studenti facenti parte della popolazione d'interesse. La metodologia CAWI permette ai rispondenti di autogestire l'intervista. Tuttavia, questo approccio comporta un rischio di auto-selezione, in quanto ogni studente della popolazione può scegliere liberamente se partecipare al questionario e, quindi, entrare a far parte del campione, oppure rifiutare. Il questionario

CAWI offre al rispondente il tempo necessario per comprendere appieno le domande e consente di concentrarsi meglio sulle risposte rispetto a un'intervista telefonica o di persona. In questo modo le risposte non subiscono l'influenza diretta di un intervistatore che, anche in modo non intenzionale, potrebbe indurre a fornire risposte distorte, specialmente su argomenti sensibili, personali o legati alla desiderabilità sociale. Nel contesto di questo studio, la presenza di un rilevatore avrebbe probabilmente condizionato le risposte, in particolare riguardo agli aspetti psicologici.

Dalla totalità delle unità appartenenti alla popolazione, 246 studenti su 3.354, pari al 7,33%, hanno partecipato rispondendo al questionario.

5.4. Il questionario

In allegato [*Allegato A*] è possibile visionare il questionario per intero.

Il questionario è formato da 40 domande suddivise in 12 sezioni di cui:

- 3 accessibili a tutti indipendentemente dalle risposte, che riguardavano:
 - parte anagrafica
 - utilizzo di prodotti contenenti tabacco o solo nicotina
 - conoscenze riguardo:
 - prodotti contenenti tabacco o solo nicotina
 - patologie fumo-correlate e danni creati dal fumo
 - metodologie utilizzate nella cessazione del fumo
- 2 accessibili solo agli ex fumatori,
- 7 accessibili solo ai fumatori, di cui 2 a tutti i fumatori e le restanti in base al prodotto di consumo.

Il questionario è stato distribuito alla popolazione di riferimento tramite i rappresentanti di corso, organizzati in base all'anno di frequenza nei vari corsi di oggetto di studio, e tramite i rappresentanti universitari dell'associazione "*Gulliver - Sinistra Universitaria*".

5.5. Risultati

I dati sono stati rilevati dal 18 settembre 2024 fino al 2 ottobre 2024.

5.5.1. Prima sezione

Accessibile a tutti i campioni che hanno partecipato all'indagine. Le risposte appartenenti a questa sezione sono 246.

5.5.1.1. Sesso

Il diagramma a torta presentato descrive la composizione percentuale del campione in base al sesso.

Per quanto riguarda la popolazione che ha partecipato al questionario, essa risulta per l'81,30% esser composta dal sesso femminile e per il 18,70 % dal sesso maschile. Il sesso che risulta prevalentemente superiore è quello femminile. (*fig 8*)

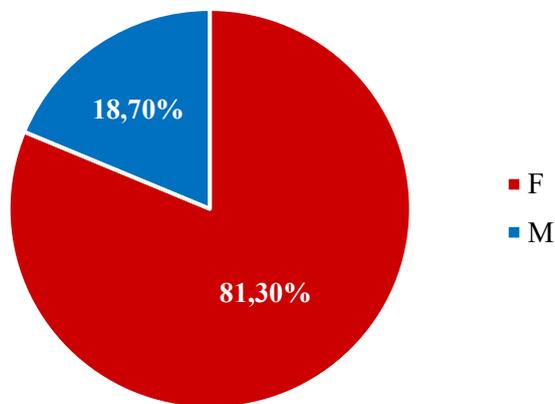


Figura 8 Composizione percentuale del campione in base al genere

5.5.1.2. Età

La composizione del campione per fasce d'età è rappresentata graficamente attraverso un diagramma a torta.

Guardando i dati ottenuti in relazione all'età si nota che il 76,83% appartengono alla fascia d'età 19-24, a seguire il 16,67% appartengono alla fascia d'età 25-34 e infine il 6,50% appartiene alla fascia d'età superiore a 35 anni. Da questi risultati si evince che la popolazione presa in esame è appartenente alla fascia più giovane. (*fig. 9*)

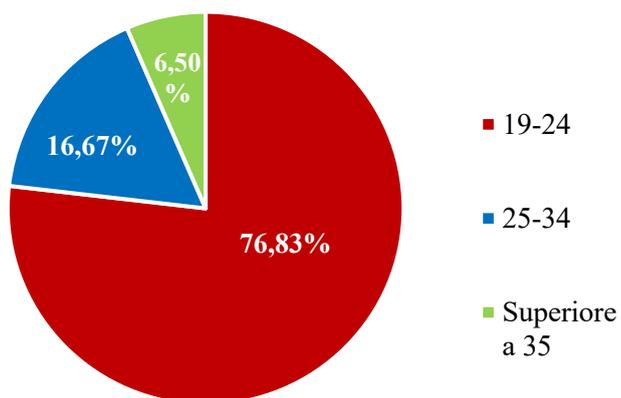


Figura 9 Distribuzione percentuale del campione in base all'età

5.5.1.3. Corso di laurea

Il grafico a torta presentato illustra la distribuzione percentuale del campione in base al corso di laurea che frequenta

Per quanto riguarda il corso di laurea frequentato possiamo constatare che il 71,95% frequenta i corsi di laurea triennale, appratenti alle professioni sanitarie e, il 28,05% invece frequenta il corso di laurea a ciclo unico di Medicina e Chirurgia. (fig. 10)

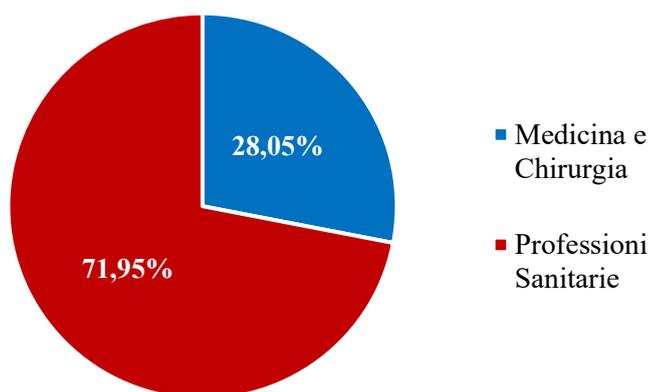


Figura 10 Ripartizione percentuale del campione in base al corso di laurea

5.5.1.3.1. Anno di corso di laurea

Il grafico a colonne rappresentato illustra la ripartizione percentuale del campione in base all'anno di corso frequentato.

In quanto all'anno di corso di laurea è possibile rilevare dal grafico che l'anno di

appartenenza maggiormente frequentato dal campione è il III anno, 34,55% per le Professioni Sanitarie e l'8,13 % per Medicina e Chirurgia, a seguire poi abbiamo il II anno con il 27,64% per le Professioni Sanitarie e il 6,50% per Medicina e Chirurgia.

Possiamo anche osservare, che è presente una piccola percentuale, il 2,85%, di studenti delle professioni Sanitarie appartenenti al IV e VI; essendo un corso triennale questi studenti rientrano nella categoria “studenti fuori corso”. Non è possibile verificare la presenza di studenti fuori corso per il corso di laurea Medicina e Chirurgia poiché è un questionario anonimo e il valore massimo selezionabile era il VI anno. (fig 11)

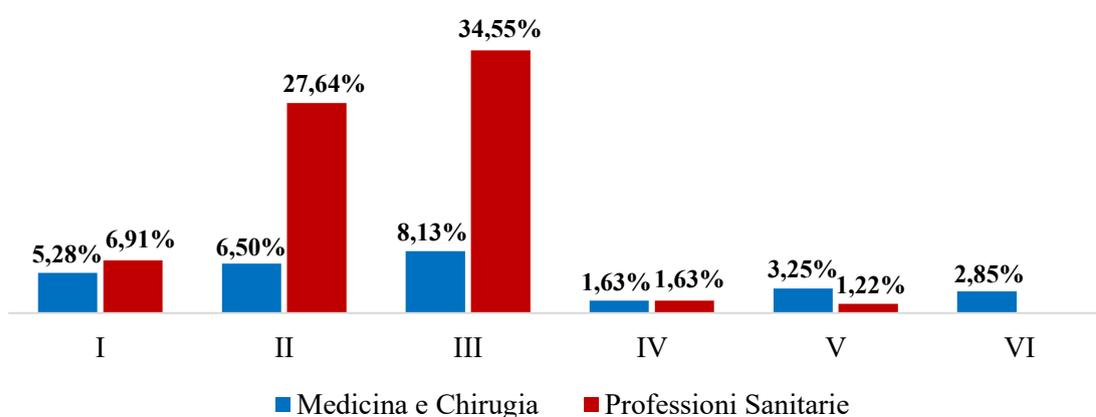


Figura 11 Suddivisione percentuale del campione in base all'anno di corso di appartenenza

5.5.1.4. Formazione specifica sul fumo e i suoi prodotti

Il grafico a barre illustrato rappresenta la ripartizione percentuale del campione sulla base della formazione in merito al fumo e i suoi prodotti.

Dal grafico si evince che il campione che ha partecipato all'indagine, non ha avuto una formazione specifica sul fumo e le sue caratteristiche.

L'unico parametro che risulta differente dal resto è quello legato alle “malattie fumo correlate”; esso si discosta dai “No” del 10,56%, all'incirca una classe media di un corso appartenente alle Professioni Sanitarie. (fig.12)

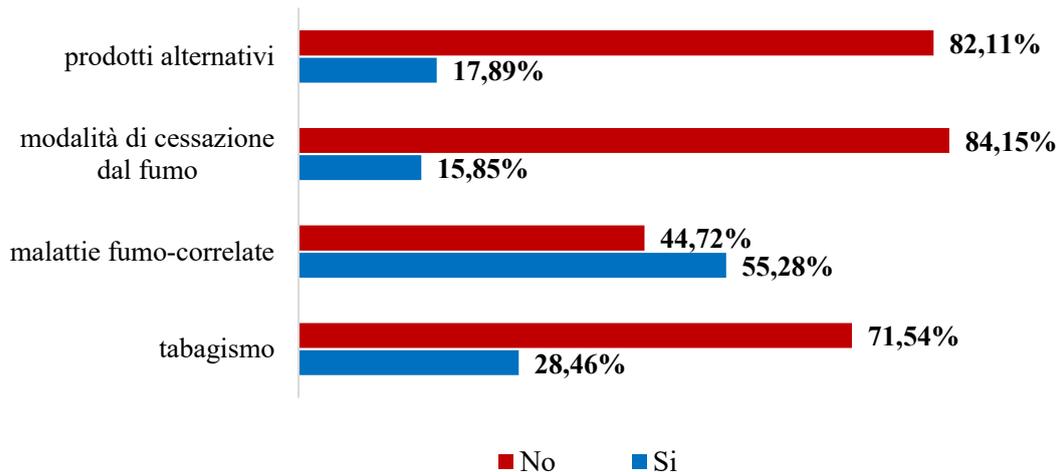


Figura 12 Articolazione percentuale del campione sulla base della formazione in merito al fumo e i suoi prodotti

5.5.1.5. Abitudine al fumo

Il grafico a barre presentato illustra la distribuzione percentuale delle abitudini al fumo tra i soggetti partecipanti all'indagine. In particolare, la suddivisione è effettuata in base al genere, consentendo un confronto diretto con la percentuale totale di fumatori.

Osservando il grafico si può notare che il numero di studenti in totale, precisamente il 48,78%, che non ha mai fumato è maggiore rispetto a chi ha smesso o a chi fuma.

Andando ad osservare nel dettaglio i vari parametri in base al sesso possiamo costatare che il sesso femminile è quello che presenta più risposte; da questo risultato si può dedurre che esso è influenzato dal fatto che esso è il sesso che ha partecipato maggiormente all'indagine. (fig. 13)

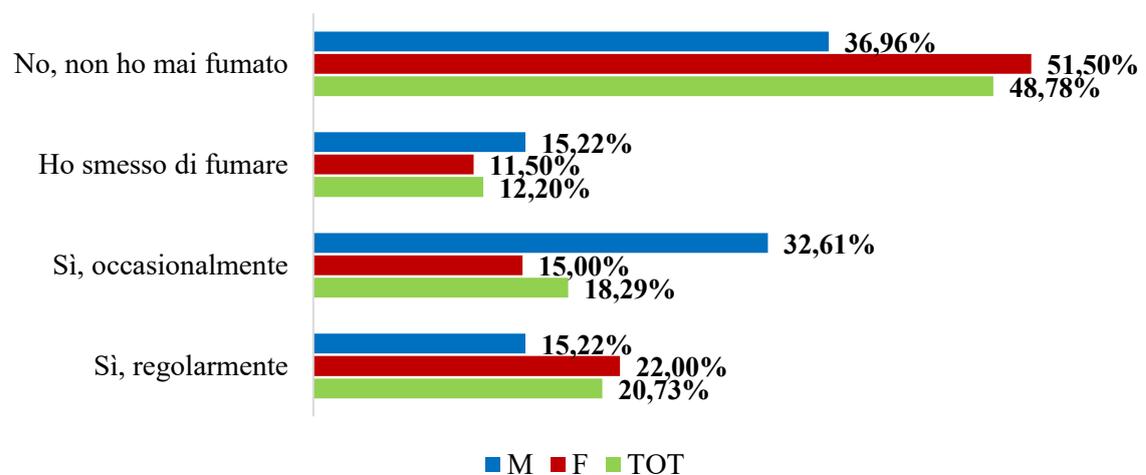


Figura 13 Distribuzione percentuale del campione in base all'abitudine al fumo correlato al sesso

5.5.2. Seconda sezione

Accessibile solamente agli ex fumatori, 30 soggetti, all'interno di essa vengono chieste le vecchie abitudini, il prodotto maggiormente consumato e come si è arrivati a smettere.

5.5.2.1. Tempistiche di cessazione dal fumo

Il grafico a barre rappresentato descrive la ripartizione percentuale dei tempi di astinenza dal fumo

Analizzando il grafico possiamo constatare che prevalentemente i soggetti presi in esame in questa sezione hanno cessato di fumare da una tempistica che rientra nel range “1-2 anni”, il 50,00 %.

A seguire possiamo trovare il range “3-4 anni” e “Superiore a 10 anni”. (fig. 14)

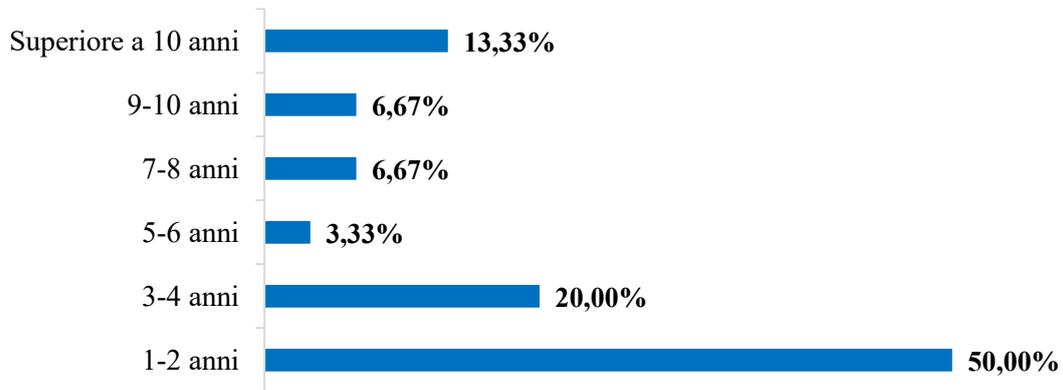


Figura 14 Ripartizione percentuale dei soggetti in base alle tempistiche di cessazione dal fumo

5.5.2.2. Prodotti e frequenza di consumo

Il grafico a barre creato rappresenta la suddivisione percentuale dei prodotti che venivano consumati con frequenza dal campione.

Dal grafico si evince che, tra i prodotti analizzati, le sigarette tradizionali risultavano essere quelle maggiormente consumate dal nostro campione, il 50%, con una frequenza giornaliera. Al contrario, i prodotti meno utilizzati erano le nicotine pouches e i sigari; tuttavia, a differenza delle nicotine pouches, i sigari venivano consumati anche nel corso dell'anno. (fig. 15)

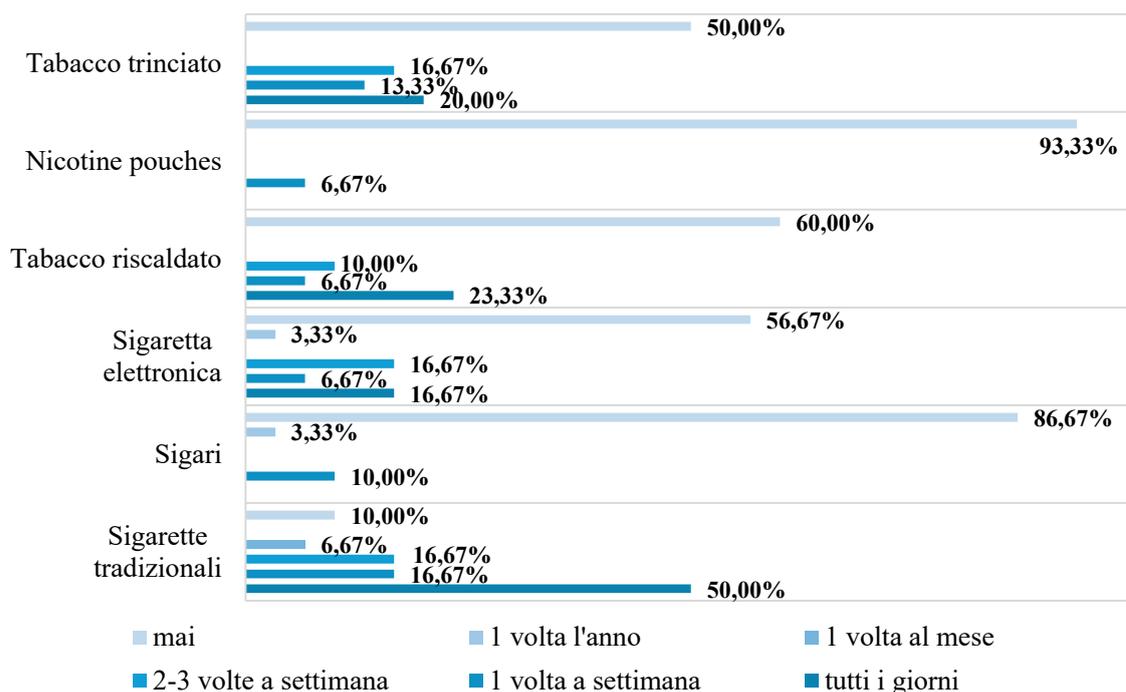


Figura 15 Distribuzione percentuale della frequenza di consumo dei prodotti contenenti tabacco o solo nicotina

5.5.2.3. Motivazioni che hanno portato alla cessazione

Il grafico a colonne rappresentato descrive la distribuzione percentuale delle motivazioni che hanno spinto gli utenti al cessare con il fumo.

Dal grafico emerge che la motivazione principale che ha spinto gli studenti a smettere di fumare è stata: "*Per migliorare la qualità della mia vita quotidiana*".

In questa domanda, i partecipanti avevano la possibilità di selezionare più di una risposta tra quelle proposte; infatti, sono state registrate risposte con due o tre opzioni selezionate.

Confrontando le risposte singole con quelle multiple, si osserva che la scelta di fornire una sola risposta è stata la più frequente, con il 56,67% risposte singole rispetto al 43,34% risposte multiple. (fig. 16)

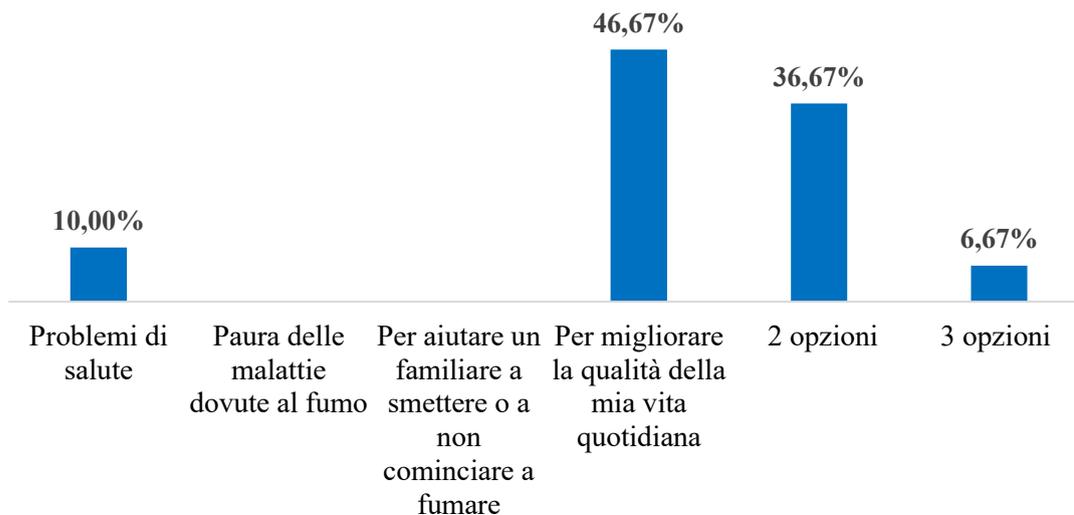


Figura 16 Suddivisione percentuale delle motivazioni che hanno portato i soggetti alla cessazione

5.5.2.4. Difficoltà a tenersi lontano dalle sigarette

Il diagramma a torta illustrato rappresenta la suddivisione percentuale dell'astinenza dal fumo tra gli utenti considerati.

Dal grafico si osserva che il campione non manifesta alcuna difficoltà a mantenersi lontano dai prodotti contenenti tabacco o solo nicotina, come evidenziato dal 60,00% dei partecipanti che ha risposto "No, per nulla".

Per quanto riguarda il restante 40%, è importante ricordare che il fumo è una dipendenza con una forte tendenza alla recidiva, rendendo comprensibile il manifestarsi dei sintomi di astinenza. (fig. 17)

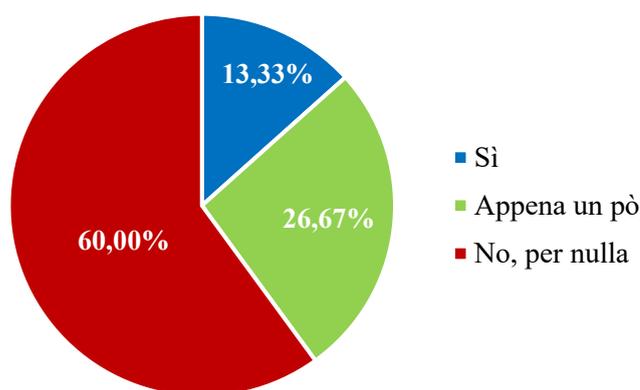


Figura 17 Distribuzione percentuale del campione in base all'astinenza dal fumo

5.5.2.5. Modalità di cessazione

Il grafico a barre illustra la distribuzione percentuale delle modalità scelte dagli utenti per cessare con il fumo.

Osservando il grafico si nota che l'86,67% dei soggetti ha smesso autonomamente, il 13,33% invece ha attuato terapie alternative che verranno descritte nella sezione successiva. (fig. 18)

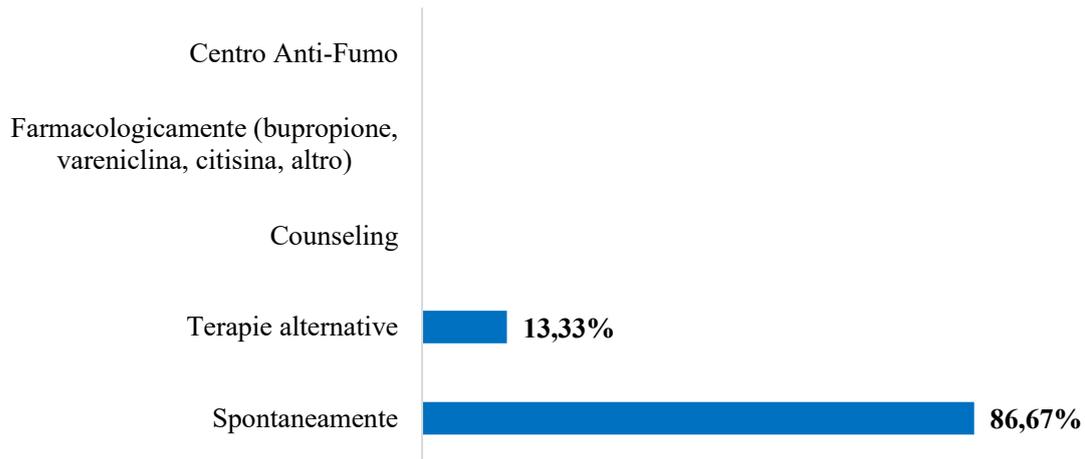


Figura 18 Ripartizione percentuale delle modalità di cessazione

5.5.3. Terza sezione

Vengono elencate le terapie alternative del capitolo 5.5.2.5.

5.5.3.1. Terapie alternative

Le risposte fornite dai partecipanti sono state quattro, e nello specifico:

- passaggio alla sigaretta elettronica e poi ho smesso anche quella,
- terapia comportamentale,
- agopuntura e sigaretta elettronica,
- supporto del mio fidanzato.

5.5.4. Quarta sezione

Il campione preso in esame comprende 96 persone, tutte appartenenti alla categoria dei fumatori abituali o occasionali. Questa sezione fornisce una prefazione utile per comprendere meglio i risultati delle analisi successive. La scelta di includere solo fumatori permette di focalizzarsi su un gruppo omogeneo in termini di comportamenti

legati al consumo di tabacco, e permette di esaminare in dettaglio vari aspetti, come le motivazioni dietro il comportamento e le abitudini di consumo.

In questa sezione è presentata una prefazione utile per le successive, che recita:

“Essendo un fumatore nelle varie sezioni troverai delle domande appartenenti al Test di Fagerström (test utilizzato al fine di individuare la dipendenza fisica data dalla nicotina). Le domande appartenenti a questo test avranno una descrizione con il relativo punteggio per aiutarti a calcolare il tuo grado di dipendenza”.

Questa prefazione è stata inserita con l'intento di individuare la dipendenza fisica dalla nicotina nel campione, e di sensibilizzare i partecipanti riguardo alla possibilità di una dipendenza in atto. L'obiettivo è incoraggiare la consapevolezza sulla dipendenza data dalla nicotina, al fine di motivare i partecipanti a intraprendere un percorso di cambiamento per migliorare la propria salute.

5.5.4.1. Prodotti di consumo

Il grafico a colonne illustrato indica la ripartizione percentuale dei prodotti di consumo più utilizzati dagli utenti.

Dal grafico a barre emerge chiaramente che il prodotto maggiormente consumato è il tabacco riscaldato, con una percentuale del 36,67%, seguito dalle sigarette tradizionali e dalle sigarette costituite da tabacco trinciato, rispettivamente con il 26,67% e il 23,33%. Inoltre, si rileva che le nicotine pouches non risultano essere utilizzate da alcun partecipante dell'indagine. (fig. 19)

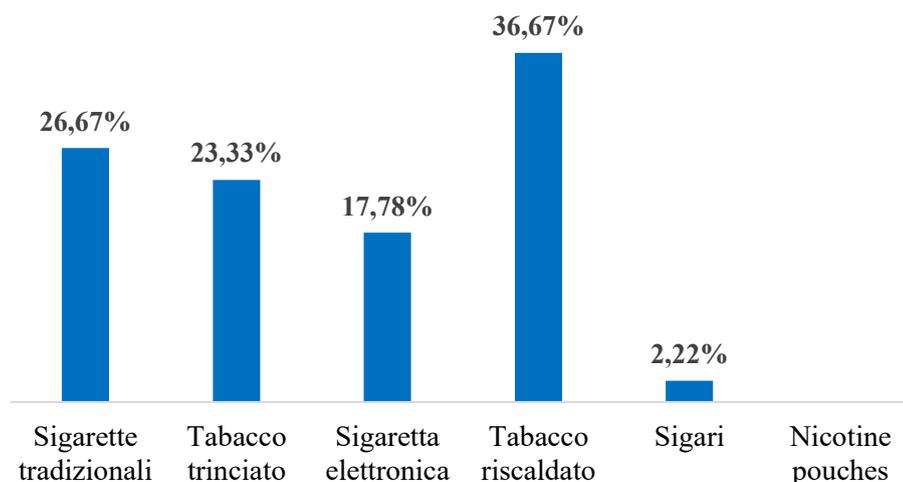


Figura 19 Distribuzione percentuale dei prodotti di consumo contenenti tabacco o solo nicotina

5.5.5. Quinta sezione

In questa sezione viene preso in considerazione un campione composto da 45 soggetti, che fanno uso di sigarette tradizionali e tabacco trinciato, che rientra nelle categorie di fumatori giornalieri e fumatori occasionali.

Ricollegandosi alla prefazione della sezione precedente, si enuncia che:

Se fumi:

- < 10 sigarette al giorno assegnati 0 punti
- 11-20 sigarette al giorno assegnati 1 punto
- 21-30 sigarette al giorno assegnati 2 punti
- > 31 sigarette al giorno assegnati 3 punti

La domanda presente in questa sezione era di tipo aperto, offrendo ai partecipanti la possibilità di rispondere liberamente secondo le proprie preferenze.

5.5.5.1. Numero di sigarette consumate giornalmente dai fumatori

Il diagramma a colonne mostrato descrive il numero di sigarette consumate giornalmente tra i fumatori.

Osservando il grafico, si nota che 13 persone del campione di 25 soggetti che fumano quotidianamente consumano 10 sigarette al giorno.

Un dato preoccupante emerge dal fatto che 3 persone fumano 30 sigarette al giorno, pari a un pacchetto e mezzo, mentre altre 3 ne fumano 20, equivalenti a un intero pacchetto. Il grafico è stato realizzato sulla base dell'interpretazione delle risposte fornite dal campione in relazione alla domanda posta, seguendo le indicazioni fornite nella descrizione della sezione. (fig. 20)

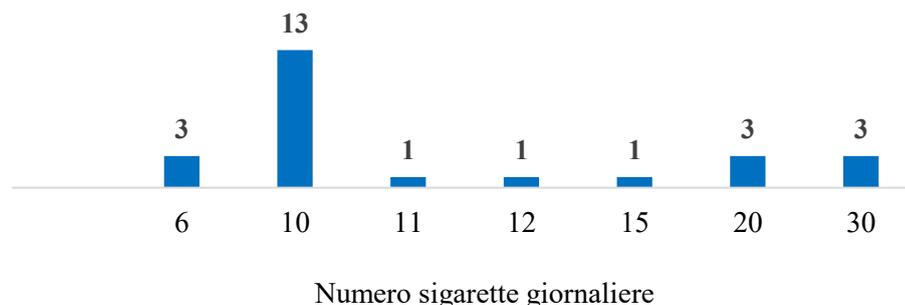


Figura 20 Suddivisione del campione in relazione al numero di sigarette consumate giornalmente

5.5.5.2. Numero di sigarette consumate dai fumatori occasionali

Il grafico a colonne rappresentato illustra il numero di sigarette consumate tra i fumatori occasionali.

Si evince che il numero di sigarette consumate dal campione di fumatori occasionali, composto da 20 soggetti, è pari a 10 sigarette.

Tale dato potrebbe suscitare preoccupazione se analizzato isolatamente, poiché non è specificata la tempistica del consumo occasionale, un aspetto fondamentale per valutare correttamente il comportamento dei soggetti.

Il grafico è stato elaborato sulla base dell'interpretazione delle risposte fornite in relazione alla domanda, secondo quanto descritto nella sezione di riferimento. (fig. 21)

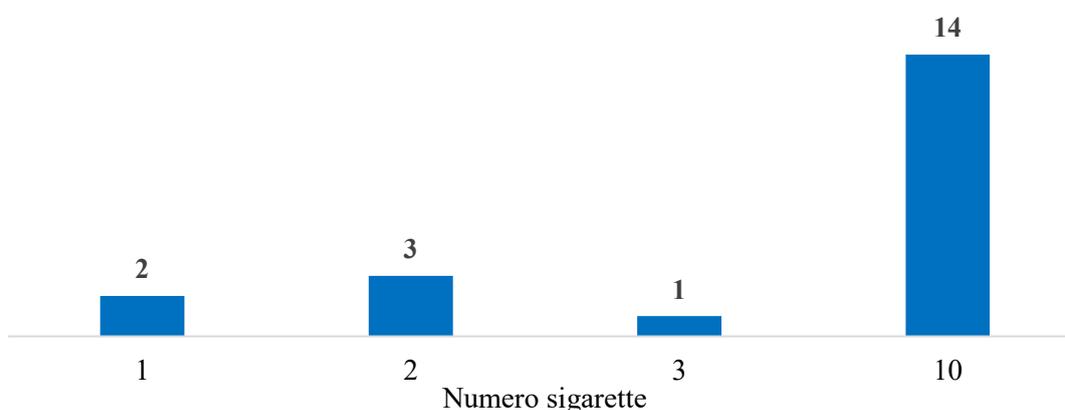


Figura 21 Distribuzione del campione in relazione al numero di sigarette consumate occasionalmente

5.5.6. Sesta sezione

Questa sezione è dedicata ai consumatori di sigarette elettroniche, che ammontano a 16 soggetti, suddivisi tra fumatori giornalieri e fumatori occasionali.

Nella descrizione di questa sezione viene fatto riferimento alla prefazione della sezione quattro, essa enuncia:

Una sigaretta corrisponde a circa 10 boccate (sigarette monouso) e 5 per una ricarica di un serbatoio da 1 ml.

Se fumi:

- <10 sigarette al giorno assegnati 0 punti
- 11- 20 sigarette al giorno assegnati 1 punto

- 21-30 sigarette al giorno assegnati 2 punti
- > 31 sigarette al giorno assegnati 3 punti

La terza domanda di questa sezione è di tipo aperto, offrendo ai partecipanti la possibilità di rispondere in modo libero.

5.5.6.1. Dispositivo utilizzato per fumare

Il grafico a colonne utilizzato descrive la distribuzione percentuale dei dispositivi di sigaretta elettronica utilizzati.

Il dispositivo più comunemente utilizzato per fumare è quello dotato di una batteria ricaricabile e di un serbatoio da riempire con l'e-liquid, impiegato dall'81,25% dei soggetti.

Dal grafico emerge inoltre che i dispositivi con batteria non ricaricabile e pre-riempiti di e-liquid, comunemente noti come e-cig usa e getta o di quarta generazione, sono utilizzati soltanto dal 6,25% degli utenti. (fig. 22)

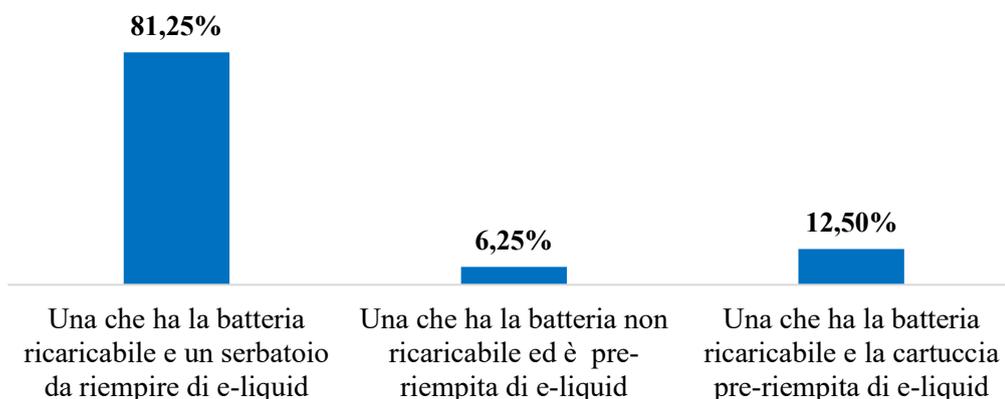


Figura 22 Ripartizione percentuale dei dispositivi utilizzati per fumare

5.5.6.1.1. Utilizzo di nicotina

Il grafico a barre descrive la ripartizione percentuale della presenza di nicotina all'interno delle sigarette elettroniche.

Il grafico illustra che il 56,25% dei soggetti dichiara di utilizzare prodotti contenenti nicotina.

Da questi dati emerge che la maggioranza degli utilizzatori preferisce prodotti con nicotina tradizionale, mentre l'uso di prodotti privi di nicotina o con sali di nicotina è

meno diffuso. (fig.23)

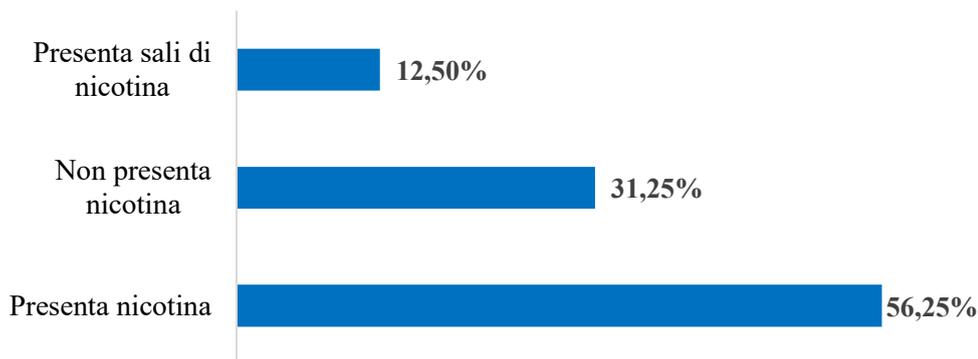


Figura 23 Distribuzione percentuale in merito alla presenza di nicotina o sali di nicotina nei prodotti utilizzati

5.5.6.2. Numero sigarette consumate giornalmente dai fumatori

Il grafico a colonne mostrato descrive il numero di sigarette consumate tra i fumatori occasionali.

Da questa distribuzione si può osservare che la maggior parte dei soggetti, pari a 6, consuma 10 sigarette, mentre il consumo di 5 e 15 sigarette è meno frequente, con rispettivamente 1 e 2 persone coinvolte.

Il grafico è stato realizzato sulla base dell'interpretazione delle risposte fornite dal campione, in relazione alla descrizione indicata per la sezione di riferimento. (fig. 24)

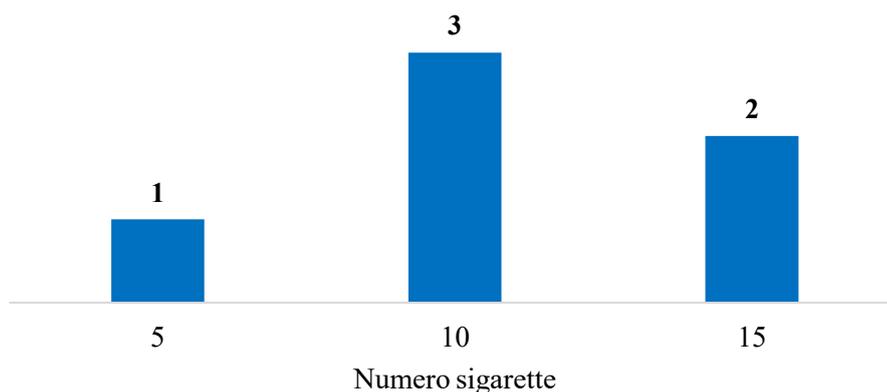


Figura 24 Distribuzione del numero di sigarette consumato giornalmente dal campione

5.5.6.3. Numero sigarette consumate dai fumatori occasionali

Il diagramma a colonne rappresentato illustra il numero di sigarette consumate tra i fumatori occasionali.

Come si può osservare dal grafico, la maggior parte dei soggetti, pari a 9, fuma occasionalmente 10 sigarette.

Per quanto riguarda la voce "Altro", essa include le risposte dei fumatori occasionali che utilizzano e-liquid privi di nicotina, le cui risposte sono le seguenti:

- una volta a settimana,
- 5,
- 2 ogni tre settimane.

Il grafico è stato realizzato sulla base dell'interpretazione delle risposte fornite dal campione, in conformità con la descrizione riportata nella sezione di riferimento. (fig. 25)

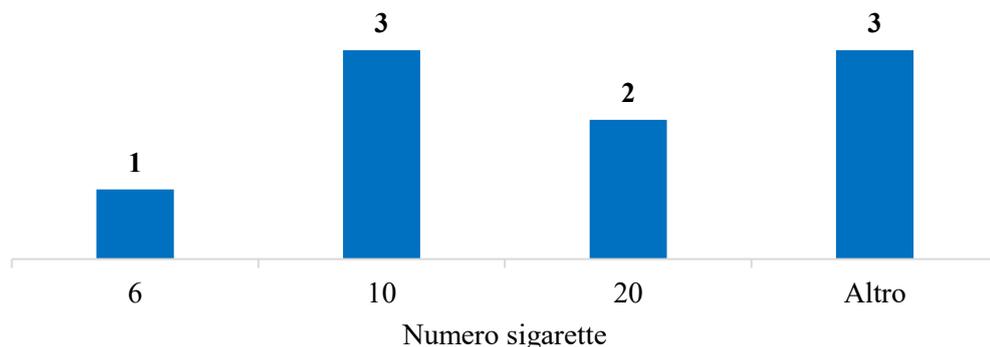


Figura 25 Suddivisione del numero di sigarette consumate dal campione occasionalmente

5.5.7. Settima sezione

Dedicata ai soggetti che consumano sigari, la sezione si rivolge a un campione composto da due individui, entrambi fumatori occasionali.

Nella descrizione di questa sezione si fa riferimento alla prefazione della sezione quattro, che enuncia:

Se fumi:

- <10 sigari al giorno assegnati 0 punti
- 11- 20 sigari al giorno assegnati 1 punto

- *21-30 sigari al giorno assegnati 2 punti*
- *> 31 sigari al giorno assegnati 3 punti*

La domanda presente in questa sezione è di tipo aperto, consentendo ai partecipanti di esprimere liberamente la propria risposta.

5.5.7.1. Numero sigari consumati dai fumatori occasionali

Avendo solo due soggetti, le risposte sono state:

- 3
- 1

I dati sono stati estrapolati in base all'interpretazione delle risposte fornite dal campione, in conformità con la descrizione riportata nella sezione di riferimento.

5.5.8. Ottava sezione

I soggetti presi in esame in questa sezione sono pari a 33 e si suddividono in fumatori quotidiani e fumatori di tabacco riscaldato.

Nella descrizione di questa sezione si fa riferimento alla prefazione della sezione quattro, la quale enuncia:

Se fumi:

- *<10 stick al giorno assegnati 0 punti*
- *11-20 stick al giorno assegnati 1 punto*
- *21-30 stick al giorno assegnati 2 punti*
- *> 31 stick al giorno assegnati 3 punti*

La domanda presente in questa sezione era di tipo aperto, offrendo ai partecipanti la possibilità di rispondere liberamente secondo le proprie preferenze.

5.5.8.1. Numero stick consumati giornalmente dai fumatori

Il grafico rappresenta il consumo giornaliero di stick tra i fumatori, basato sull'interpretazione delle risposte fornite dal campione, in conformità con quanto indicato nella descrizione della sezione.

Questa distribuzione evidenzia che la maggioranza dei fumatori tende a un consumo più

elevato di stick, con il picco osservato per chi fuma 20 stick. La varietà nelle quantità di consumo riflette le diverse abitudini e preferenze dei soggetti intervistati.

Il consumo di uno stick è equiparabile al consumo di una sigaretta, ragion per cui 20 stick sono paragonabili ad un pacchetto di sigarette. (fig. 26)

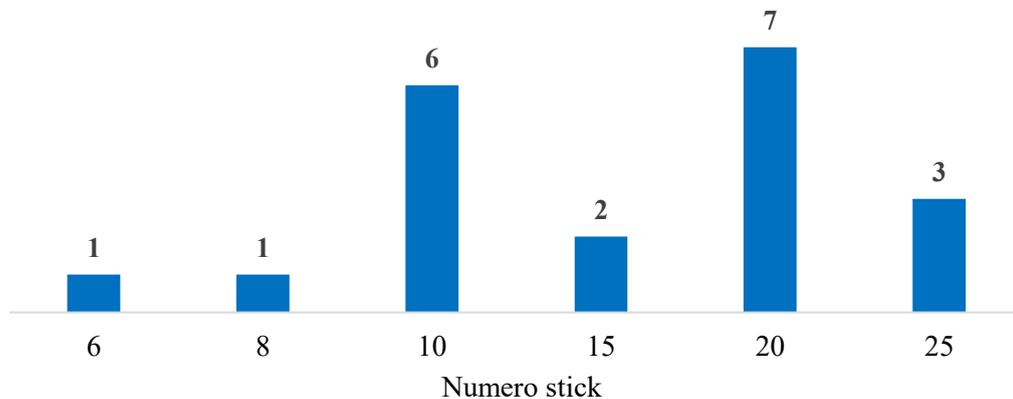


Figura 26 Distribuzione del numero di stick consumati giornalmente

5.5.8.2. Numero stick consumati dai fumatori occasionali

Il grafico a colonne rappresentato illustra il consumo di stick tra i fumatori occasionali, basato sull'analisi delle risposte fornite dal campione, secondo quanto descritto nella sezione.

Il campione, composto da 13 individui, presenta un consumo occasionale di sigarette, con una media di 10 sigarette per persona.

È fondamentale correlare il numero di stick consumati alla frequenza di assunzione per comprendere adeguatamente l'impatto sulla salute. (fig. 27)

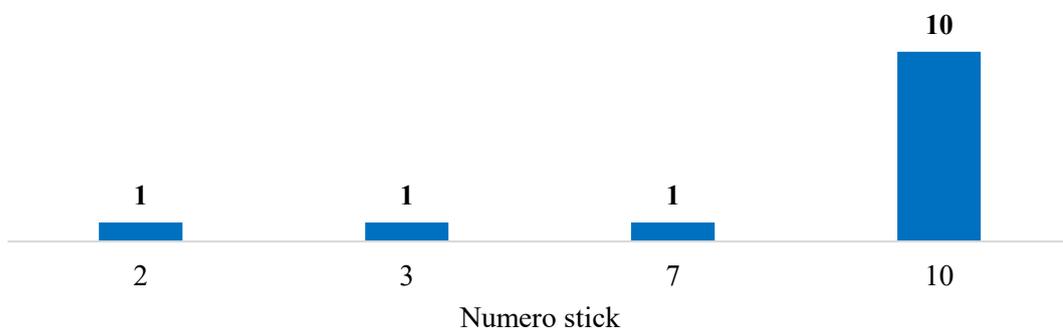


Figura 27 Suddivisione del campione in base al numero di stick consumati occasionalmente

5.5.9. Nona sezione

Dedicata a chi fa utilizzo di nicotine pouches.

Nella descrizione di questa sezione si fa riferimento alla prefazione della quarta sezione, la quale enuncia:

Se assumi:

- *<10 bustine al giorno assegnati 0 punti*
- *11-20 bustine al giorno assegnati 1 punto*
- *21-30 bustine al giorno assegnati 2 punti*
- *> 31 bustine al giorno assegnati 3 punti*

Come già visto nel grafico della quarta sezione, non ci sono soggetti del campione dei fumatori che fanno utilizzo di questo prodotto.

5.5.10. Decima sezione

In questa sezione viene trattata la dipendenza dalla nicotina, nonché i vari tentativi di cessazione del fumo effettuati dai partecipanti del campione.

Il numero del campione si attesta a 96 persone, poiché vengono ripresi in considerazione tutti i fumatori indifferentemente dal tipo di prodotto consumato.

Le domande presenti in questa parte contribuiscono allo sviluppo degli obiettivi secondari della tesi.

In particolare, sono incluse cinque domande tratte dal test di Fagerström, che rimandano a quanto introdotto nella prefazione della quarta sezione.

Le prime due domande sono di tipo aperto, consentendo ai partecipanti di fornire una risposta libera, secondo le proprie preferenze.

5.5.10.1. Tempo massimo di cessazione dal fumo

Il grafico a barre utilizzato illustra la distribuzione di frequenza dei periodi massimi di astinenza dal consumo di nicotina e tabacco, auto-dichiarati da un campione di soggetti. Al fine di facilitare l'analisi dei dati, le risposte aperte fornite dai partecipanti sono state raggruppate in intervalli temporali specifici:

- *Ore: da 1 a 23,*

- *Giorni*: da 1 a 6,
- *Settimane*: da 1 a 3,
- *Mesi*: da 4 settimane a 11 mesi,
- *Anni*: da 1 a indefinito,
- *Non ho mai smesso*
- *Altro*: comprendente periodi di astinenza non rientranti nelle classi precedentemente. Esse infatti sono state:
 - *Fumo solo con gli amici*
 - *Il periodo durante il Covid*
 - *Non sono dipendente dal fumo*
 - *Sempre*

Osservando il grafico, si evince una prevalenza di brevi periodi di astinenza, con un picco significativo nella categoria "*Mesi*", 40,63% soggetti, che suggerisce numerosi tentativi di cessazione, spesso di durata limitata. Procedendo verso intervalli temporali più lunghi, si osserva una diminuzione progressiva del numero di individui che dichiarano periodi di astinenza più prolungati, indicando una difficoltà nel mantenere l'astinenza a lungo termine. (fig. 28)

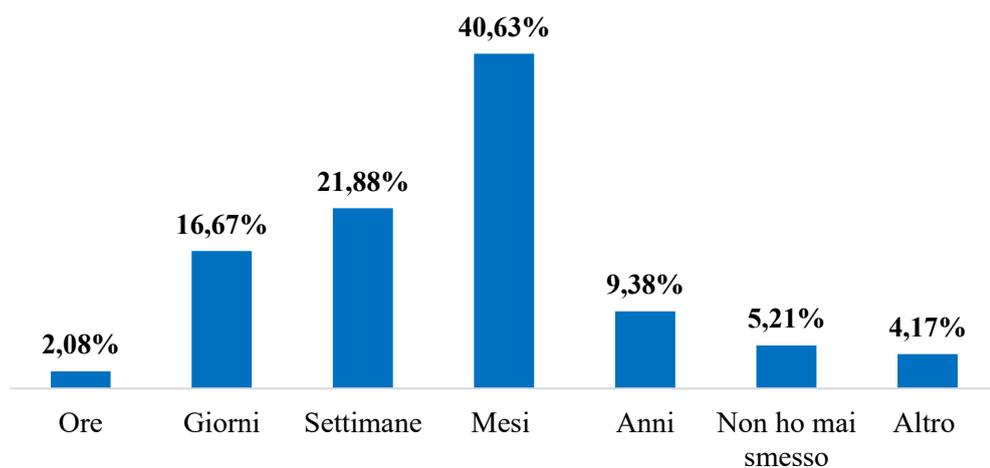


Figura 28 Ripartizione dei periodi massimi di astinenza dal fumo

5.5.10.2. Tentativi di cessazione effettuati

Il grafico presentato illustra la distribuzione del numero di tentativi di cessazione dal fumo auto-dichiarati dai partecipanti allo studio.

I dati sono suddivisi in categorie che vanno da 0 (nessun tentativo) a 5 tentativi, oltre a una categoria residuale "Altro" che comprende risposte non specificabili in termini di numero esatto di tentativi. Le risposte sono:

- *Non sono dipendente posso smettere quando voglio*
- *Fumo occasionalmente*
- *Non ho mai fumato in maniera continuativa, quindi non ho dovuto mai smettere*
- *non ho mai iniziato, solo raramente in occasioni sociali*
- *Sto lunghi periodi senza fumare e poi se voglio ricomincio dipende soprattutto dal periodo*
- *Fumo occasionalmente poche volte al mese*
- *Fortunatamente non ho fatto tentavi, riesco a stare tranquillamente senza fumare tranne però nei momenti di stress e nervosismo; quindi, fumo solo in queste occasioni*
- *Pochi perché non ho un eccessivo bisogno*
- *non devo tentare perché, se non volessi non fumerei, capita ogni tanto che lo faccia per compagnia con i miei amici*

I risultati evidenziano una tendenza significativa verso un numero limitato di tentativi di cessazione, suggerendo che molti fumatori, pur riconoscendo la necessità di smettere, incontrano difficoltà nel mantenere l'astinenza a lungo termine. È particolarmente rilevante notare che un numero considerevole di partecipanti (48) ha dichiarato di non aver mai tentato la cessazione, il che potrebbe essere riconducibile a una sottovalutazione della dipendenza da nicotina o a una percezione minore della gravità del problema. (fig. 29)

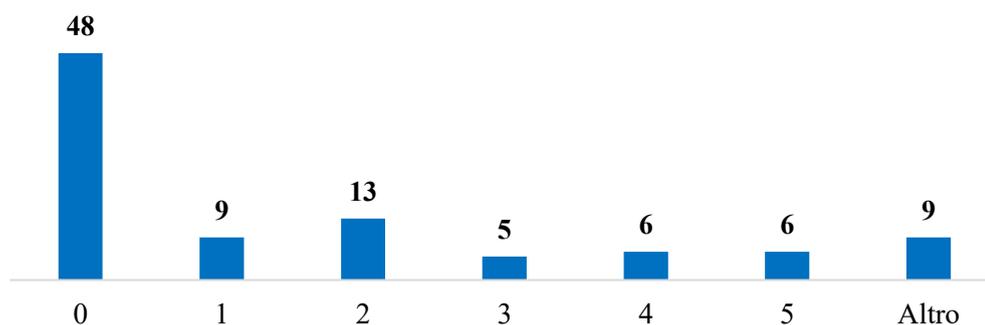


Figura 29 Distribuzione del numero di tentativi di cessazione effettuati

5.5.10.3. Tempo massimo di astensione dal fumo da appena sveglio

Il grafico a colonne raffigurato illustra che la maggior parte degli intervistati, pari al 65,63%, riesce a resistere oltre un'ora senza fumare dopo essersi svegliati. Solo una minoranza degli intervistati riesce a resistere meno tempo senza fumare. In particolare, l'11,46% riesce a resistere tra 31 e 60 minuti, mentre il 18,75% riesce a resistere tra 6 e 30 minuti. Una percentuale ancora più ridotta, pari al 4,17%, riesce a resistere almeno 5 minuti senza fumare. (fig. 30)

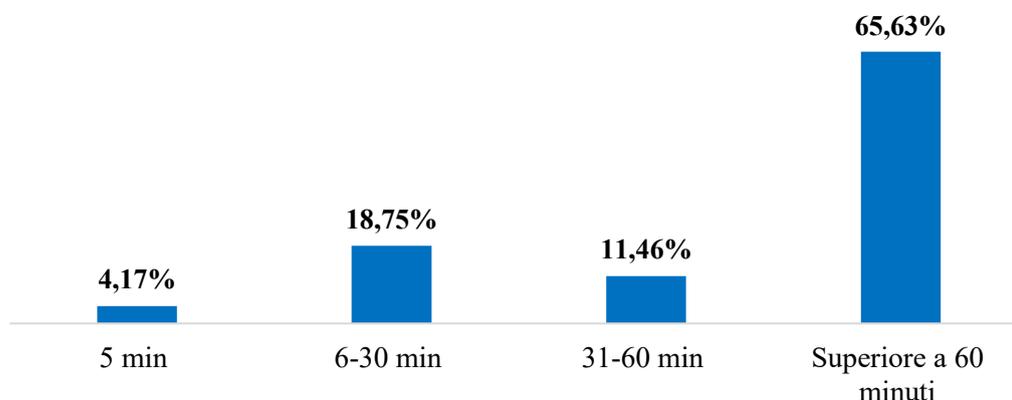


Figura 30 Ripartizione percentuale del tempo massimo di astensione dal fumo da appena sveglio

5.5.10.4. Sigaretta a cui si fa fatica rinunciare

Il diagramma a torta illustra la distribuzione percentuale della sigaretta a cui gli utenti faticano a rinunciare.

Dai dati presentati nel grafico emerge chiaramente che la maggior parte dei fumatori, pari all'88,54%, manifesta che fa fatica a rinunciare alle sigarette di tutta la giornata. Al contrario, solo una minoranza, pari all'11,46%, dichiara di trovare particolarmente difficile rinunciare alla prima sigaretta del mattino.

I risultati ottenuti suggeriscono che, sebbene esista una minoranza di fumatori che avverte

un forte bisogno di fumare al mattino, la maggior parte degli individui tende a preferire il consumo di sigarette nell'arco della giornata. (fig. 31)

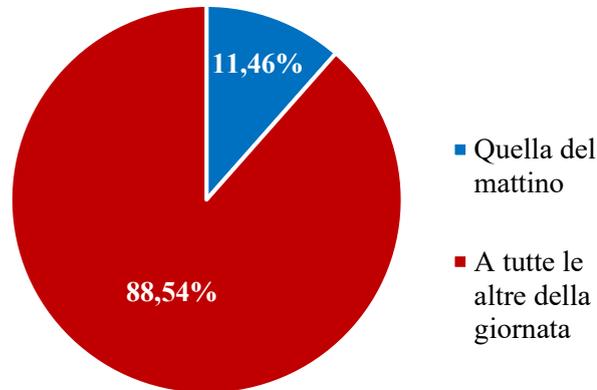


Figura 31 Suddivisione percentuale del campione in base a quale sigaretta faticano a rinunciare

5.5.10.5. Frequenza del fumo nelle prime ore del mattino

Il grafico a torta mostrato rappresenta la distribuzione percentuale delle risposte degli intervistati riguardo alla percezione di un maggiore consumo di sigarette nelle prime ore del mattino rispetto al resto della giornata.

Dai dati emersi, si evince che una netta maggioranza degli intervistati, pari al 91,67%, non percepisce un aumento significativo del consumo di sigarette nelle prime ore dopo il risveglio. Al contrario, solo un'esigua minoranza, pari all'8,33%, dichiara di fumare in modo più intenso nelle prime ore del mattino. (fig. 32)

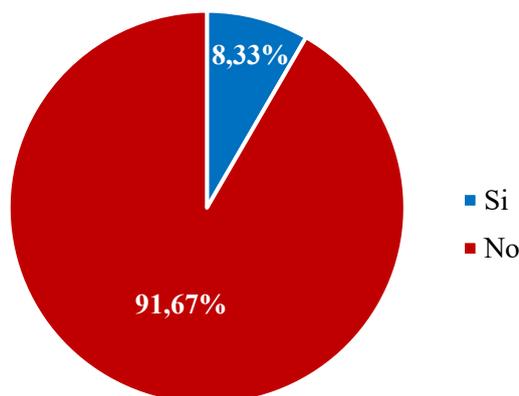


Figura 32 Distribuzione percentuale delle risposte in base alla percezione di un maggiore consumo di sigarette nelle prime ore del mattino

5.5.10.6. Fatica a rinunciare al fumo in luoghi dov'è proibito

Il grafico a torta presentato illustra la distribuzione percentuale delle risposte degli intervistati riguardo alla difficoltà percepita nel resistere alla tentazione di fumare in luoghi in cui ciò è proibito dalla legge.

Dai dati raccolti, emerge che una vasta maggioranza degli intervistati, pari all'84,38%, non riscontra particolari difficoltà nel rispettare il divieto di fumo nei luoghi pubblici. Al contrario, una minoranza del 15,63% dichiara di trovare difficile resistere alla tentazione di fumare in tali contesti. (fig. 33)

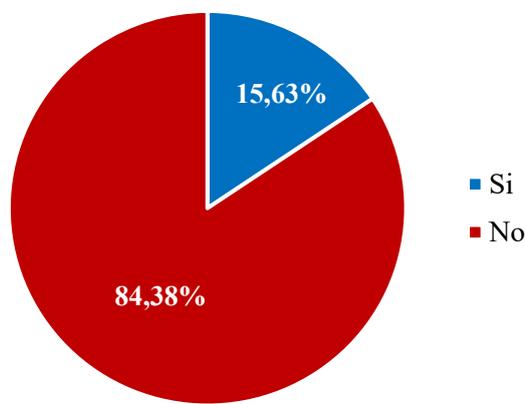


Figura 33 Suddivisione percentuale delle risposte riguardanti la difficoltà di rinunciare al fumo nei luoghi vietati dalla legge

5.5.10.7. Fatica a rinunciare al fumo nella malattia

Il grafico a torta illustrato rappresenta la distribuzione percentuale delle risposte degli intervistati riguardo alla difficoltà percepita nel resistere alla tentazione di fumare durante un periodo di malattia.

L'analisi dei dati rivela che l'81,25% degli intervistati dichiara di non avere problemi a smettere di fumare durante la malattia, mentre il restante 18,75% ammette di trovare più difficile resistere alla tentazione. (fig. 34)

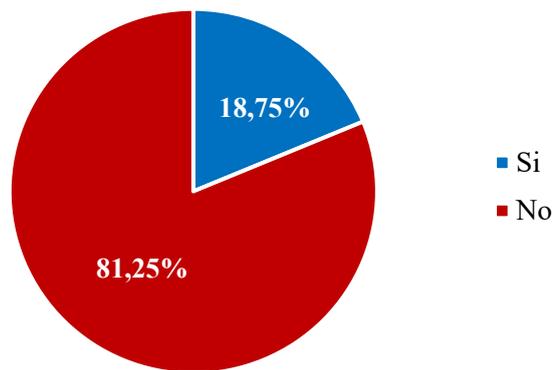


Figura 34 Distribuzione percentuale delle risposte in merito alla capacità di resistere dal fumare durante una malattia

5.5.10.8. Occasioni e fumo

Il grafico a barre presentato offre una rappresentazione visiva delle motivazioni che spingono le persone a fumare sigarette. L'asse delle x indica la percentuale della frequenza con cui si fuma (da "nessuna" a "più di dieci sigarette al giorno"), mentre l'asse delle y rappresenta le diverse motivazioni che portano al consumo di tabacco

In questa indagine, agli intervistati è stato chiesto di indicare il numero di sigarette consumate nelle seguenti situazioni:

- Stress/Nervosismo
- Relax
- Senza pensarci
- Per aiutarsi nelle funzioni fisiologiche

Dall'analisi del grafico, emerge che la maggioranza dei partecipanti consuma tra 1 e 2 sigarette in ciascuna delle situazioni descritte. Solo una parte del campione dichiara di fumare più di tre sigarette in condizioni di stress. (*fig. 35*)

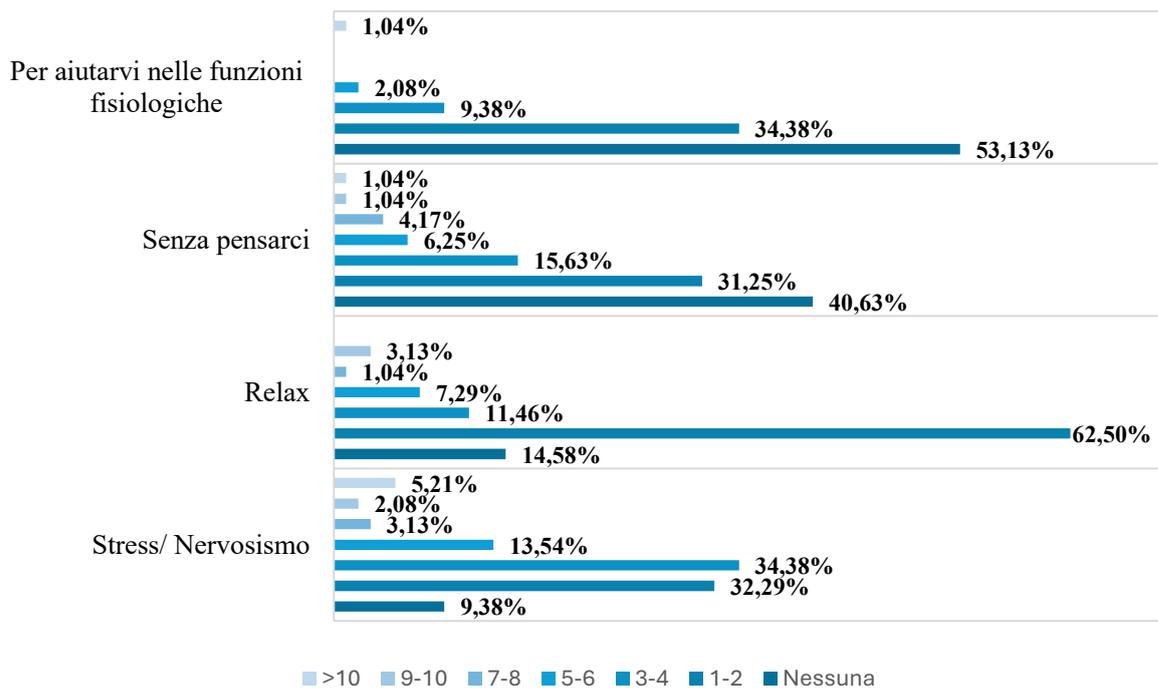


Figura 35 Distribuzione percentuale del numero di sigarette consumato in diverse situazioni

5.5.11. Undicesima e dodicesima sezione

In queste due sezioni vengono analizzate le conoscenze del campione totale che ha partecipato all'indagine, composto da 246 soggetti, riguardo ai prodotti contenenti tabacco o solo nicotina e ai rischi associati allo sviluppo di patologie correlate al loro utilizzo.

Le ultime cinque domande della dodicesima sezione si concentrano sulle conoscenze del campione in merito agli strumenti per la cessazione del fumo e sulla percezione dell'efficacia dei prodotti alternativi nel supportare il processo di dismissione del fumo.

L'ultima domanda della dodicesima sezione invece, indaga la disponibilità del campione ad approfondire il tema della dipendenza da fumo, con particolare attenzione alla prevenzione e al trattamento.

5.5.11.1. Conoscenze

Sottocapitolo dell'undicesima sezione, in esso troviamo due domande che fanno riferimento alla seguente descrizione:

Nel rispondere alle due domande che seguono, tieni presente che per riduzione del rischio (conseguente ad una minore esposizione a sostanze tossiche prodotte dalla combustione) si intende la possibilità di avvicinare la probabilità di sviluppare malattie fumo-correlate a quella di un non fumatore.

5.5.11.1.1. Punteggio associato al rischio per la salute

Il grafico a colonne prodotto rappresenta la distribuzione percentuale delle valutazioni del rischio per la salute associato a vari prodotti contenenti solo nicotina o tabacco, suddivisi in quattro categorie:

- *sigarette tradizionali o tabacco trinciato,*
- *sigarette elettroniche,*
- *prodotti a tabacco riscaldato,*
- *nicotine pouches.*

Analizzando le percentuali più elevate associabili a ciascun prodotto, si osserva che:

- Le sigarette tradizionali o il tabacco trinciato registrano la percentuale più alta, pari al 47,56%, nel punteggio 10, indicativo del massimo rischio per la salute.
- Le sigarette elettroniche presentano una percentuale del 14,23% nel punteggio 9.
- I prodotti a tabacco riscaldato raggiungono il 17,07% nel punteggio 8.
- *nicotine pouches* dispongono del 17,89%, nel valore 8.

Il grafico evidenzia una percezione del rischio per la salute piuttosto elevata tra il campione esaminato. Le percentuali complessive più alte si concentrano nei punteggi 10 e 8, considerando la somma delle percentuali per ciascun punteggio della scala del rischio di salute. La terza percentuale più significativa si registra nel punteggio 3, suggerendo una distribuzione non trascurabile anche nei livelli di rischio moderati.

Il grafico evidenzia una percezione del rischio per la salute nel campione abbastanza variegata, si attestano le percentuali totali più elevate, sommando quelle ottenute per ogni dispositivo, nei valori 10 e 8, ma andando a visionare sempre le percentuali totali notiamo che la terza più elevata si trova nel valore 3. (*fig. 36*)

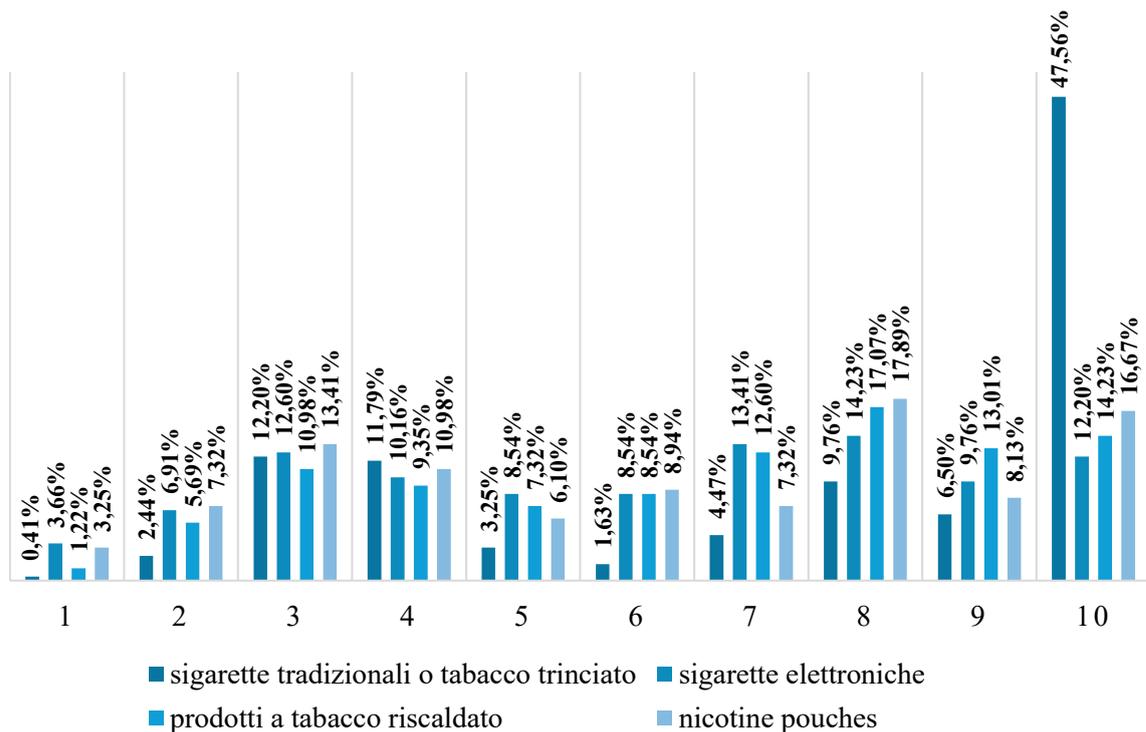


Figura 36 Suddivisione percentuale del rischio della salute percepito dagli intervistati in merito ai vari prodotti

5.5.11.1.2. Punteggio associato rischio sanitario

Il grafico a barre realizzato rappresenta la distribuzione delle percentuali relative alla percezione del rischio sanitario associata alle tre componenti principali del fumo:

- nicotina,
- prodotti/residui della combustione
- fumo passivo.

Le percentuali sono suddivise in punteggi che variano da 1 a 10, dove 1 indica un rischio molto basso e 10 un rischio molto elevato.

Analizzando le percentuali più elevate associate a ciascun componente, si osserva che tutte si collocano al livello 10.

Il grafico evidenzia una percezione del rischio sanitario piuttosto diversificata all'interno del campione, con percentuali totali più elevate, risultanti dalla somma delle valutazioni per ciascun dispositivo, nei punteggi 10 e 3. Questo suggerisce che una parte del campione riconosce un elevato rischio, mentre un'altra parte no. (fig. 37)

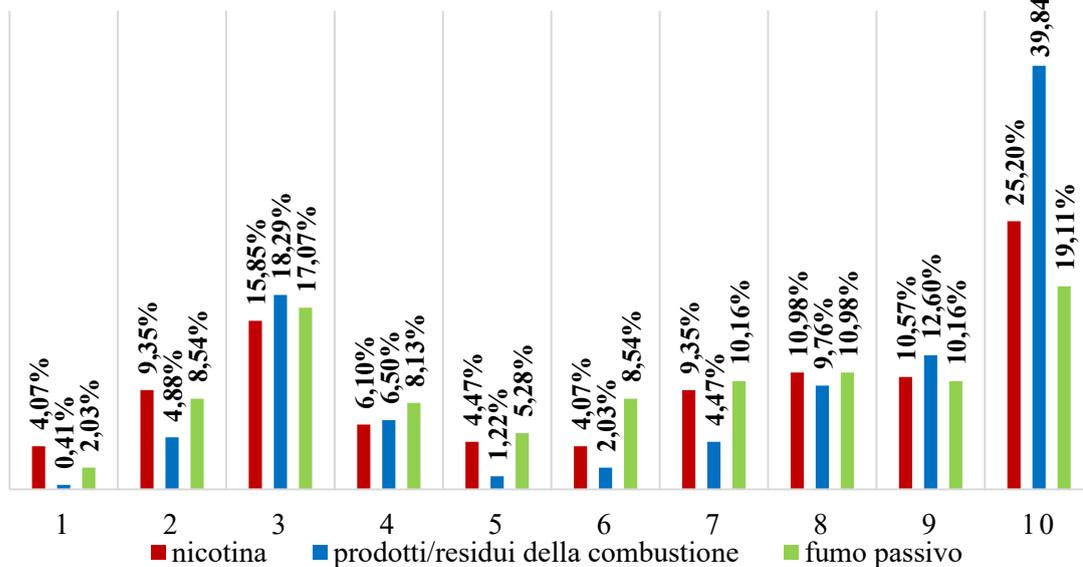


Figura 37 Distribuzione percentuale del punteggio associato al rischio sanitario che comportano le componenti del fumo

5.5.11.2. Prodotti senza combustione e dipendenza

Il grafico a barre presentato mostra i risultati della distribuzione percentuale delle risposte degli utenti riguardo al fatto se i prodotti senza combustione creino dipendenza.

La quasi totalità degli intervistati, pari al 79,27%, è convinta che tali prodotti possano generare dipendenza. D'altra parte, solo lo 0,41% degli intervistati sostiene che questi prodotti non comportino nessuna forma di dipendenza, mentre il 20,33% si astiene dall'esprimere un giudizio, indicando di non essere in grado di fornire un'opinione al riguardo. (fig. 38)

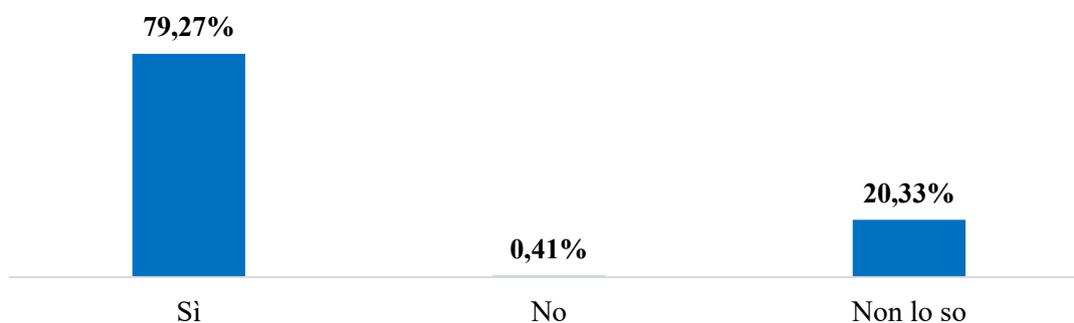


Figura 38 Ripartizione percentuale delle opinioni del campione in merito alla dipendenza data prodotti senza combustione

5.5.11.3. Pareri in merito ai prodotti di consumo

Il grafico a barre presentato mostra la distribuzione delle opinioni degli utenti intervistati riguardo ai prodotti utilizzati per fumare.

Dall'analisi del grafico si evince in modo chiaro che la percezione pubblica relativa ai prodotti destinati al fumo è principalmente negativa.

La maggioranza degli intervistati, pari al 52,44%, ha manifestato un giudizio nettamente sfavorevole nei confronti di tali prodotti. Una componente significativa, corrispondente al 22,76%, ha mostrato un atteggiamento possibilista riguardo al loro utilizzo, mentre una modesta quota, pari al 5,69%, ha espresso un parere favorevole. Inoltre, una percentuale leggermente superiore, pari al 19,11%, ha dichiarato di non avere informazioni adeguate per formulare un giudizio. (fig. 39)

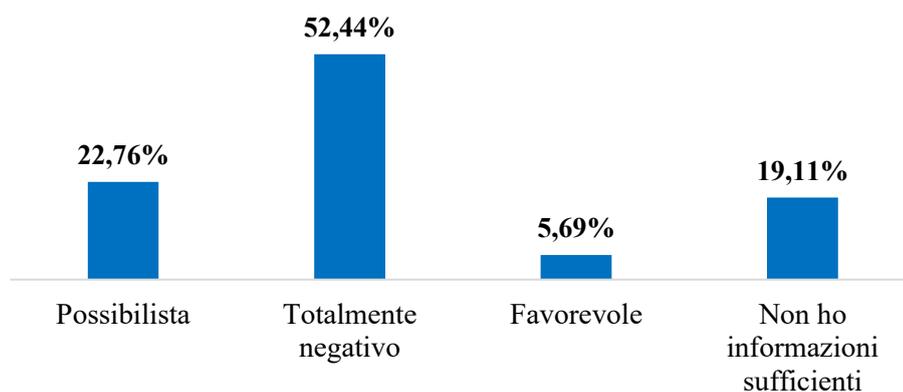


Figura 39 Distribuzione percentuale delle opinioni dei soggetti in merito ai prodotti per fumare

5.5.11.4. Ruolo del fumo nello sviluppo delle malattie

Il grafico a barre evidenzia la distribuzione percentuale delle opinioni degli intervistati in merito alla capacità del fumo di portare allo sviluppo di malattie. In particolare, le barre verticali presentano la distribuzione percentuale delle opinioni riguardo all'importanza del fumo nello sviluppo di quattro specifiche malattie: malattie croniche del polmone, aterosclerosi, carcinoma di altri organi e carcinoma del polmone.

Il 73,17% degli intervistati attribuisce un'importanza "estremamente importante" al ruolo del fumo nello sviluppo del carcinoma del polmone, un dato che rispecchia l'attuale conoscenza scientifica. Per quanto concerne le malattie croniche del polmone, il 66,67% degli intervistati condivide la medesima valutazione. Relativamente all'aterosclerosi, il 37,80% considera il fumo "estremamente importante", con un ulteriore 36,18% che lo

giudica "molto importante". Anche per il carcinoma di altri organi, una significativa maggioranza degli intervistati esprime un'opinione affermativa, con il 31,71% che lo ritiene "estremamente importante" e il 43,90% "molto importante".

Pertanto, il grafico dimostra in modo evidenziale la consapevolezza degli intervistati riguardo all'associazione tra il fumo e le diverse malattie. (fig. 40)

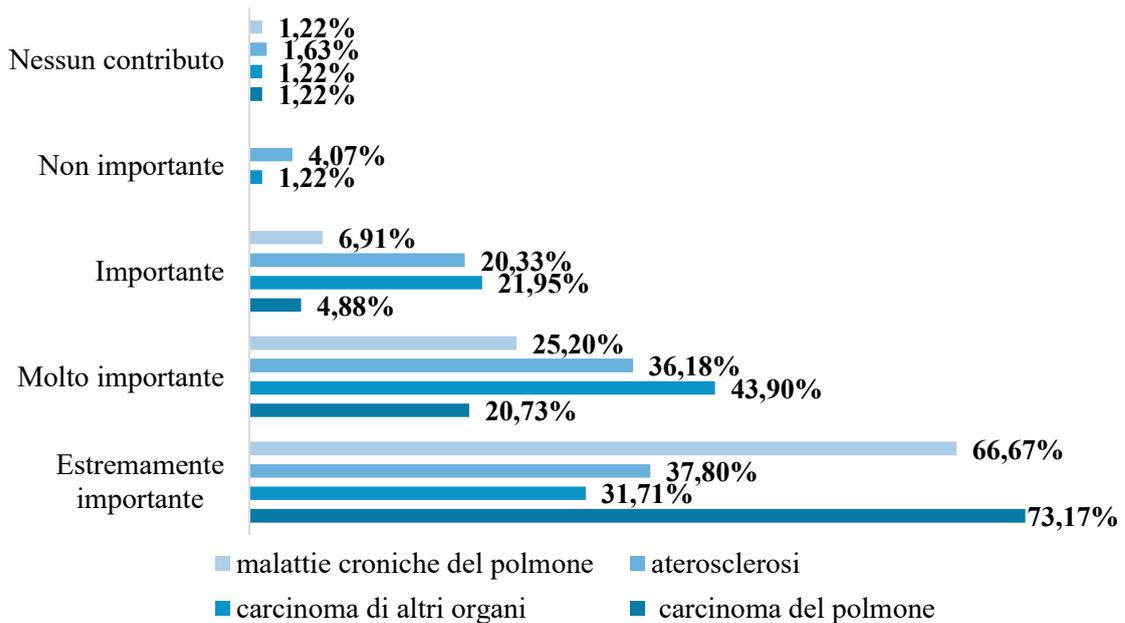


Figura 40 Ripartizione percentuale delle opinioni del campione in merito alla capacità del fumo di portare allo sviluppo di patologie

5.5.11.5. Esistenza terapie farmacologiche

Il grafico a torta presentato illustra la distribuzione delle opinioni di un campione di individui riguardo all'esistenza di terapie farmacologiche, in aggiunta a quelle psicologiche, per smettere di fumare.

La maggioranza degli intervistati, corrispondente al 36,99%, sostiene l'esistenza di terapie farmacologiche complementari a quelle psicologiche per la cessazione del fumo. Una porzione significativa del campione, pari al 34,96%, ha manifestato indecisione sull'argomento, esprimendo un'opinione di "forse". Una minoranza, equivalente al 28,05%, ha negato l'esistenza di tali terapie farmacologiche.

Dall'analisi del grafico risulta evidente che, sebbene vi sia una consapevolezza diffusa riguardo all'esistenza di terapie farmacologiche per la cessazione del fumo, persiste tuttavia una parte del campione che rimane incerta o convinta dell'assenza di tali opzioni

terapeutiche. (fig. 41)

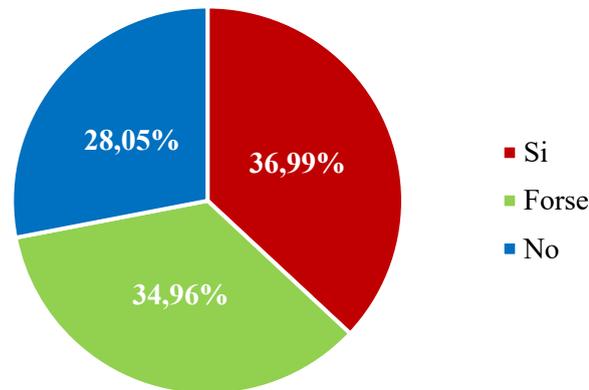


Figura 41 Distribuzione percentuale dell'opinione dei soggetti intervistati in merito all'esistenza delle terapie farmacologiche associate a quelle psicologiche

5.5.11.6. Esistenza centri antifumo

Il grafico a torta presentato illustra la distribuzione percentuale delle opinioni espresse da un campione di individui intervistati riguardo all'esistenza di centri antifumo. L'indagine si è focalizzata su una domanda dicotomica, che ha permesso di suddividere le risposte in due categorie principali: "Sì" e "No".

Un'importante percentuale del campione, pari al 65,85%, era a conoscenza dell'esistenza dei centri antifumo, mentre una minoranza, pari al 34,15%, ha dichiarato di non essere informata riguardo a tali strutture.

I risultati dell'indagine evidenziano un'ampia diffusione della conoscenza relativa ai centri antifumo all'interno del campione analizzato. Questa consapevolezza costituisce un indicatore positivo, in quanto denota un crescente interesse della popolazione verso tematiche connesse alla salute e al benessere, oltre a riconoscere il ruolo fondamentale che questi centri svolgono nel supporto ai fumatori che desiderano intraprendere un percorso di cessazione. (fig. 42)

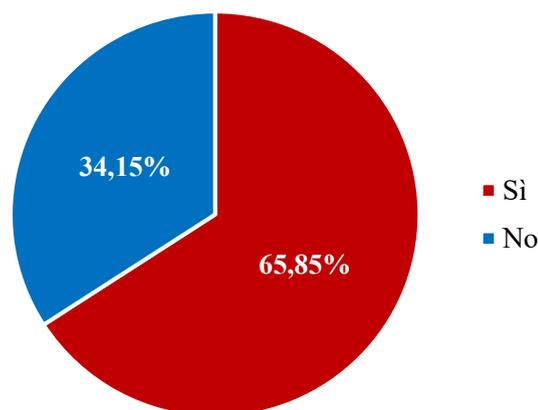


Figura 42 Distribuzione percentuale sulla conoscenza dell'esistenza dei centri antifumo

5.5.11.7. Indicazione prodotti alternativi per la riduzione dei rischi per la salute

I grafici a barre orizzontali presentati illustrano la distribuzione delle opinioni di un campione di individui intervistati riguardo alla loro opinione in merito all'indicare prodotti alternativi per la riduzione dei rischi per la salute. Le risposte sono state categorizzate in quattro opzioni:

- *Si*
- *No*
- *Non lo so*
- *Non sono sufficientemente informato sul tema*

5.5.11.8. Indicazione scaldatore di tabacco per la riduzione dei rischi per la salute

Le risposte sono state categorizzate in quattro opzioni:

- *Non sono sufficientemente informato sul tema (48,37%)*: una percentuale significativa degli intervistati ha espresso una mancanza di informazioni sufficienti per esprimere un giudizio sul tema, evidenziando un bisogno di maggiore educazione sui prodotti alternativi al fumo tradizionale.
- *Non lo so (9,76%)*: una porzione più piccola del campione si è mostrata indecisa o incerta sulla questione.
- *No (23,17%)*: una quota significativa degli intervistati ha negato la propria disponibilità a indicare lo scaldatore di tabacco come prodotto alternativo,

suggerendo una certa diffidenza o mancanza di fiducia nei confronti di questa tecnologia.

- *Sì (18,70%)*: una minoranza degli intervistati ha espresso una disponibilità a suggerire lo scaldatore di tabacco come possibile alternativa meno dannosa rispetto alla sigaretta tradizionale.

Dall'analisi del grafico emerge una netta prevalenza di incertezza e diffidenza nei confronti dello scaldatore di tabacco come strumento per la riduzione del danno da fumo. La maggior parte degli intervistati ha ammesso di non possedere le informazioni necessarie per esprimere un giudizio fondato. (fig. 43)

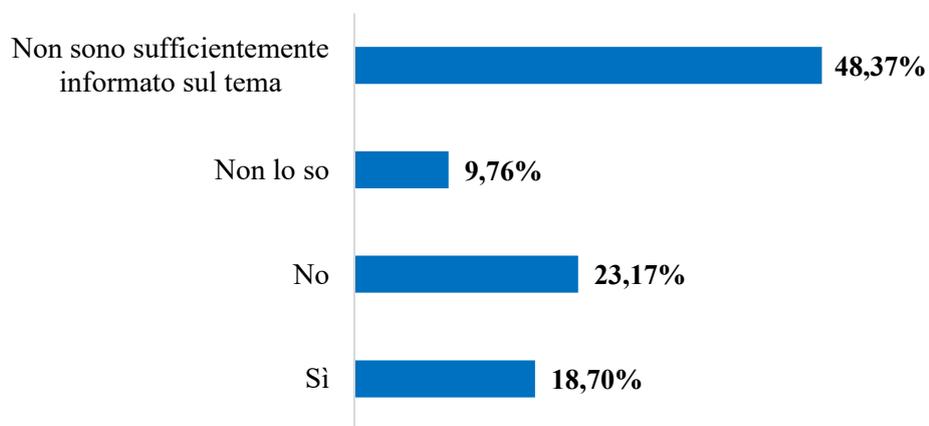


Figura 43 Distribuzione percentuale dell'opinione dei soggetti in merito al consigliare lo scaldatore di tabacco per ridurre i danni del fumo

5.5.11.9. Indicazione della sigaretta elettronica per la riduzione dei rischi per la salute

Le risposte sono state suddivise in quattro categorie:

- *Non sono sufficientemente informato sul tema (19,92%)*: una percentuale considerevole degli intervistati ha manifestato una carenza di informazioni adeguate per formulare un giudizio sul tema, sottolineando la necessità di un incremento della formazione riguardo ai prodotti alternativi al fumo tradizionale.
- *Non lo so (12,20%)*: una porzione più ridotta del campione ha espresso indecisione o incertezza in relazione alla questione.
- *No (28,46%)*: una quota significativa degli intervistati ha negato la propria disponibilità a considerare la sigaretta elettronica come un prodotto alternativo,

indicando una certa diffidenza o una mancanza di fiducia nei confronti di questa tecnologia.

- *Sì (39,43%)*: una percentuale abbastanza alta degli intervistati ha espresso la propria disponibilità a raccomandare la sigaretta elettronica come una possibile alternativa meno dannosa rispetto alla sigaretta tradizionale.

Dall'analisi del grafico emerge una certa polarizzazione delle opinioni: mentre una parte considerevole del campione si è mostrata favorevole all'indicazione della sigaretta elettronica, un'altra fetta significativa ha espresso un parere negativo o di incertezza. È interessante notare come una quota non trascurabile degli intervistati abbia ammesso di non possedere le informazioni necessarie per esprimere un giudizio fondato.

In generale, entrambi i prodotti alternativi al fumo tradizionale suscitano un'opinione pubblica ancora divisa e caratterizzata da una significativa mancanza di informazioni.
(fig. 44)

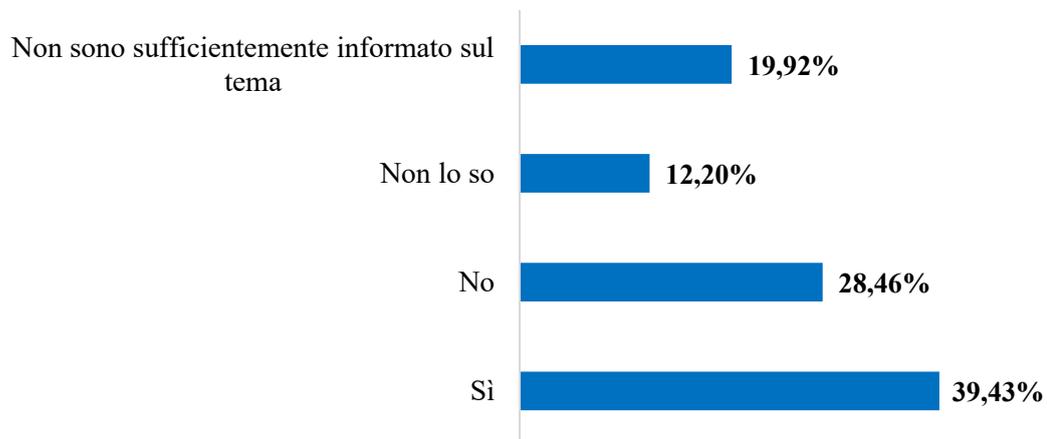


Figura 44 Suddivisione percentuale delle opinioni in merito all'utilizzo della sigaretta elettronica per ridurre i danni alla salute che può portare l'utilizzo di tabacco

5.5.11.10. Indicazione centri antifumo o supporto psicologico

Il grafico a torta presentato illustra la distribuzione delle opinioni di un campione di individui intervistati riguardo alla loro propensione a consigliare a chi desidera smettere di fumare di avvalersi di supporto psicologico o di rivolgersi a centri antifumo.

Una netta maggioranza degli intervistati, pari al 77,24%, ha dichiarato di essere favorevole a consigliare ad un fumatore di cercare assistenza psicologica o di contattare centri antifumo per affrontare il percorso di cessazione. Questo dato evidenzia una diffusa

consapevolezza riguardo all'importanza di tali servizi nel processo di abbandono del tabacco, nonché un riconoscimento del loro ruolo cruciale nel sostenere coloro che desiderano liberarsi dalla dipendenza da nicotina.

Una minoranza degli intervistati, pari al 19,51%, si è mostrata indecisa sull'opportunità di consigliare questi servizi, mentre una percentuale esigua, pari al 3,25%, ha espresso contrarietà nel raccomandare un supporto psicologico o l'accesso ai centri antifumo.

I risultati dell'indagine mettono in luce un ampio consenso circa l'utilità dei servizi di supporto psicologico e dei centri antifumo nel processo di cessazione del fumo. La maggior parte degli intervistati ritiene che tali strumenti possano costituire un valido aiuto per i fumatori desiderosi di smettere. (fig. 45)

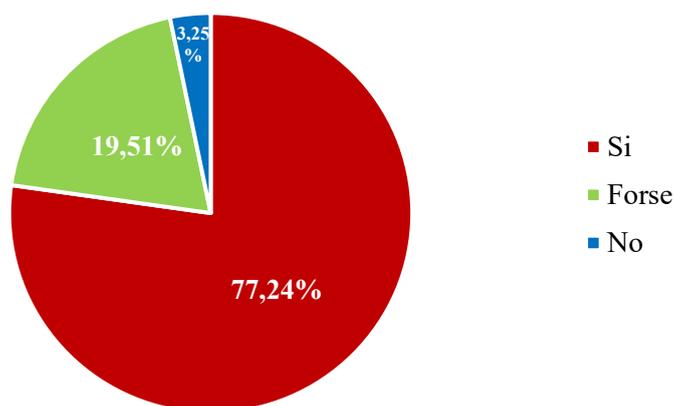


Figura 45 Distribuzione percentuale delle opinioni in merito al consigliare i centri antifumo e la terapia psicologica per cessare di fumare a chi lo desidera

5.5.11.11. Interessamento ad approfondire gli argomenti della tesi

Il grafico a torta rappresentato illustra la percentuale di soggetti intervistati disposti ad approfondire il tema della dipendenza dal fumo, con particolare attenzione alle strategie di prevenzione e trattamento. Le percentuali sono suddivise come segue:

- *Si* (76,06%): questa quota rappresenta coloro che si dichiarano favorevoli a partecipare a un approfondimento riguardo a queste tematiche.
- *No* (23,98%): la percentuale indica gli individui che non manifestano interesse per un approfondimento sugli argomenti trattati.

Da questa analisi risulta chiaro che una significativa porzione dei soggetti intervistati è disponibile a informarsi ulteriormente sui temi correlati alla dipendenza da nicotina e al

tabagismo. (fig. 46)

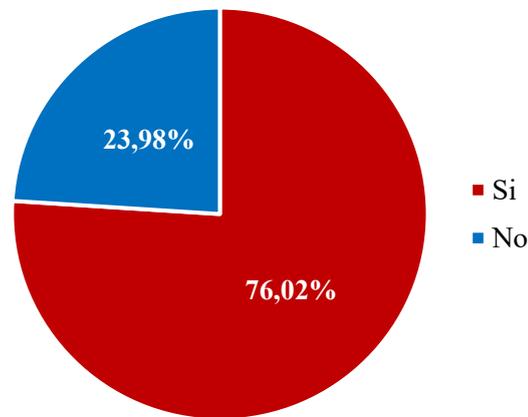


Figura 46 Ripartizione percentuale dei soggetti interessati a partecipare ad un approfondimento delle tematiche su cui si basa la tesi

5.6. Considerazioni finali dei risultati ottenuti

Dall'analisi dei questionari sono stati individuati una serie di dati che hanno consentito di trarre importanti considerazioni.

La percentuale di fumatori tra gli intervistati è inferiore a quella dei non fumatori, parliamo infatti del 39,02% dei fumatori contro il 60,98% dei non fumatori. Ma analizzando i dati in base al genere, possiamo notare che:

- Per quanto riguarda il fumo abituale, le donne fumano più degli uomini, ma gli uomini fumano più occasionalmente delle donne.
- Tra i non fumatori, le donne hanno tassi più elevati di non fumare o di smettere di fumare, riconducibili al fatto che il sesso femminile è stato quello che ha partecipato di più all'indagine.

Nella sezione dedicata agli ex fumatori, i risultati ottenuti sono stati soddisfacenti, poiché il 60% degli intervistati non avverte più la necessità di fumare. Tuttavia, è importante notare che tale percentuale è principalmente composta da individui che hanno cessato di fumare da oltre tre anni. Al contrario, coloro che hanno smesso di fumare da 1 a 2 anni, che costituiscono la fetta più significativa degli ex fumatori, manifestano una leggera persistenza del desiderio di consumo. Questo fenomeno è del tutto normale, in quanto durante i 12 mesi successivi alla cessazione si avverte generalmente un desiderio più

intenso di assumere nuovamente prodotti contenenti tabacco o solo nicotina.

Le sezioni dedicate ai fumatori hanno sollevato alcune problematiche relative alla comprensione delle domande aperte. Infatti, le domande formulate con la richiesta “quante sigarette/stick/sigari fumi giornalmente?” nelle sezioni dalla quinta all'ottava hanno ricevuto come risposta prevalentemente il punteggio del Test di Fagerström, inserito nelle varie descrizioni e spiegato nella quarta sezione. Questo ha comportato una valutazione di tali risposte con un grado di consumo superiore rispetto a quello indicato dal punteggio fornito.

La sezione dedicata alla dipendenza data dalla nicotina e ai vari tentativi di cessazione effettuati dai fumatori, ha presentato delle difficoltà nell'elaborazione dei dati relativi alle domande aperte riguardanti i tentativi di smettere e la durata massima di astinenza dal fumo. Da queste due domande sono emerse risposte interessanti da parte dei fumatori occasionali, i quali affermano di non essere dipendenti, sostenendo di poter interrompere il consumo di tabacco in qualsiasi momento e di fumare esclusivamente in contesti sociali o in situazioni di stress. Tali risposte evidenziano ulteriormente quanto il fumo influenzi la vita degli individui e, quanto le strategie messe in atto per prevenire l'inizio del consumo di tabacco e contrastare il fenomeno del fumo risultino ancora poco efficaci.

La decima sezione, dedicata alla dipendenza dalla nicotina e ai vari tentativi di cessazione effettuati dai fumatori, ha creato delle difficoltà nella fase di elaborazione dei dati delle domande aperte. Le domande riguardano i tentativi effettuati e il tempo massimo di cessazione dal fumo. Da queste due domande sono emerse delle risposte interessanti da parte dei fumatori occasionali, che sostengono il fatto di non avere una dipendenza, di poter smettere di fumare anche subito e di farlo solo in occasioni sociali o di stress. Queste risposte fanno emergere ancora di più il fatto di quanto il fumo condizioni la vita di un soggetto e quanto le strategie messe in atto per prevenire che si inizi a fumare e contrastare il fumo non siano abbastanza d'impatto

Sempre nella decima sezione è stata posta una domanda aperta che recitava:

"In base al tuo punteggio, se sei interessato a sapere a chi rivolgerti nel caso volessi smettere di fumare o ridurre il consumo di nicotina, lascia il tuo indirizzo e-mail universitario."

Questa domanda non ha ottenuto una risposta significativa da parte dei fumatori

partecipanti all'indagine; infatti, solo il 3,15% dei fumatori, ha fornito il proprio indirizzo e-mail. Questo dato suggerisce che gli studenti fumatori coinvolti nell'indagine non sembrano essere interessati a smettere di fumare o a ridurre il consumo di tabacco o prodotti contenenti nicotina.

Analizzando i dati relativi all'obiettivo principale di questa tesi, ovvero valutare le conoscenze degli studenti della Facoltà di Medicina sui rischi associati all'uso del tabacco e dei prodotti alternativi contenenti nicotina, si rileva che il campione non ha mai ricevuto una formazione specifica sui temi riguardanti: i prodotti alternativi, le modalità di cessazione, la dipendenza da nicotina e il tabagismo. L'unico ambito in cui alcuni studenti del campione hanno ricevuto una formazione è quello delle malattie correlate al fumo.

I risultati ottenuti dalle domande riguardanti: i prodotti alternativi, il consumo di tabacco, i rischi associati a tali prodotti, gli strumenti disponibili per la cessazione del fumo e l'efficacia dei prodotti alternativi come strumenti di cessazione, indicano che gli studenti possiedono scarse conoscenze su questi argomenti. Tuttavia, essi sono consapevoli del fatto che il fumo comporta danni al sistema cardiovascolare e può causare carcinomi.

L'ultimo tema trattato nel questionario riguarda l'interesse degli studenti ad approfondire gli argomenti relativi alla dipendenza da fumo e alle modalità di cessazione. La maggior parte degli studenti ha manifestato un forte interesse a partecipare a ulteriori approfondimenti, motivo per cui nel capitolo successivo verrà illustrato un ipotetico intervento di promozione della salute.

Le considerazioni finali riguardanti le criticità riscontrate nell'applicazione pratica del questionario sono le seguenti:

- utilizzo di domande aperte: l'ampia varietà di risposte ha comportato difficoltà nell'elaborazione dei dati.
- scarsa partecipazione rispetto al numero complessivo di studenti coinvolti, dovuta a diversi fattori:
 - promozione insufficiente del questionario: è stato diffuso agli studenti in un solo giorno e non è stata effettuata alcuna sollecitazione per incentivare la compilazione.
 - tempistica limitata di somministrazione: il questionario è stato disponibile

online solo per due settimane.

- esclusione di alcune categorie di studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, in particolare quelli iscritti al corso di laurea magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria, nonché al corso di *Medicine and Surgery*.
- esclusione degli studenti iscritti, a partire dal 30 Settembre 2024, alla Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2024/2025.

CAPITOLO VI

Intervento di promozione alla salute

Visti i risultati ottenuti dall'indagine effettuata, dal 16 settembre al 2 ottobre, agli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, si ipotizza un intervento di promozione della salute proposto dall'Università Politecnica delle Marche in collaborazione con l'AST Marche e i Centri Antifumo attivi nel territorio Marchigiano.

Titolo: Futuro Senza Fumo: Il Potere di Dire Stop Oggi

Struttura che propone il progetto: Università Politecnica delle Marche, in collaborazione con l'AST Marche e i Centri Antifumo presenti sul territorio marchigiano.

Abstract: il progetto, che si basa su una metodologia attivo-esperienziale, è finalizzato a migliorare il benessere psicosociale degli studenti attraverso il potenziamento delle abilità personali e sociali, esso è rivolto agli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. Il progetto si ispira allo studio EU-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial), un'iniziativa europea che ha costituito la prima esperienza di valutazione dell'efficacia di un programma di prevenzione del fumo di tabacco, dell'uso di sostanze e dell'alcol a livello scolastico e al progetto "*Io vivo sano contro il fumo*" realizzato dal gruppo ASL Cuneo 2 in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi.

Motivazione, finalità del progetto: è stato ideato in seguito ai risultati emersi dal questionario somministrato agli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. I dati raccolti hanno evidenziato che gli studenti non dispongono di informazioni adeguate riguardo ai dispositivi di nuova generazione utilizzati per fumare, alle patologie correlate al consumo di tabacco o solo di nicotina e agli interventi attuati per facilitare la cessazione del fumo. Pertanto, le finalità del progetto si propongono di colmare queste lacune informative.

Destinatari: studenti universitari della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche appartenenti a qualsiasi corso e anno di laurea.

Obiettivo generale: trasmettere informazioni scientifiche accurate in merito al fumo e alla salute, con particolare attenzione all'analisi delle ragioni psicologiche e sociali che

sottendono all'abitudine al fumo.

Obiettivo specifico: entro l'anno accademico 2024/2025, aumentare negli studenti universitari che parteciperanno al progetto:

- la consapevolezza della non sicurezza delle *e-cigs* e degli scaldatori di tabacco come prodotti alternativi privi di rischi per la salute,
- la conoscenza sul lavoro svolto all'interno dei centri anti fumo e delle terapie farmacologiche, oltre quelle psicologiche, utilizzate per la cessazione dal fumo,
- la padronanza della definizione di fumatore, ex fumatore, fumatore occasionale.

Programma delle attività: esso si dividerà in attività, che si realizzeranno nel corso dell'anno accademico 2024/2025, che prevedono:

- Incontro con esperti in salute pubblica, oncologi, e psicologi per discutere dei danni del fumo e dei metodi più recenti per la cessazione,
- realizzazione di una mostra interattiva, della durata di un anno, avente:
 - panel che prevedono:
 - rappresentazioni 3D del corpo umano che mostrano gli effetti del fumo sul sistema respiratorio, cardiovascolare e sui polmoni,
 - comparazioni dei danni provocati dal fumo di sigarette tradizionali e dai prodotti senza combustione (es. sigarette elettroniche, tabacco riscaldato).
 - mappe che mostrano i centri antifumo attivi nella regione,
 - video di:
 - ex-fumatori che raccontano il loro percorso di cessazione con l'aiuto dei Centri Antifumo e delle terapie,
 - utilizzo di un VR (Virtual Reality) che mostra il processo di rigenerazione del corpo dopo aver smesso di fumare,
- sessione dal vivo con esperti dei Centri Antifumo che spiegano le diverse terapie disponibili (farmacologiche, sostegno psicologico, terapie comportamentali). A fine incontro verrà fornito, attraverso l'utilizzo della IA, una simulazione di un

colloquio motivazionale per smettere di fumare.

Le attività riguardanti incontri con personale esperto verranno inserite come corso monografico da inserire nel piano di studi come attività di scelta dello studente.

Gruppo di progetto e attori interessati: l'Università Politecnica delle Marche, l'ospedale Umberto I- Riuniti di Torrette, l'AST Marche.

Valutazione del progetto: al fine di monitorarne l'efficacia e la rilevanza, ai partecipanti agli incontri del corso monografico verrà effettuato un test di 30 domande; la mostra invece verrà valutata attraverso un feedback da lasciare in bacheca. La finalità del progetto è quella di ottenere una diminuzione del 15% dei fumatori ed un aumento pari al 5% circa di accessi presso i centri antifumo della regione Marche

CAPITOLO VII

Le conclusioni

La dipendenza da fumo di tabacco e da nicotina rappresenta un serio problema per la salute pubblica essendo uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie (ISS 2023). Nonostante tutte le informazioni che si dispongono, si ritiene che la consapevolezza degli studenti debba essere aumentata, poiché è emerso che possiedono conoscenze superficiali sui danni che la dipendenza da fumo comporta e sul trattamento di essa.

Il limite di quest'indagine è che si è delimitata solo alla facoltà di Medicina e Chirurgia; quindi, si può solo ipotizzare il livello di informazione che dispongono gli studenti appartenenti a questa facoltà. Considerando che l'Università Politecnica delle Marche comprende anche altre quattro facoltà, sarebbe opportuno estendere l'indagine a queste ultime, al fine di valutare il livello di conoscenza degli studenti su tali argomenti.

La percezione favorevole verso l'approfondimento di tali tematiche, pari al 76,06 %, dovrebbe essere ulteriormente rafforzata dall'integrazione di programmi formativi all'interno della facoltà. L'Università Politecnica delle Marche, ad oggi, effettua programmi di riduzione del fumo per i dipendenti universitari attraverso la partecipazione al progetto WPH; l'impegno che ha messo l'università su queste tematiche si è realizzato concretamente con l'inserimento di locandine che incitano a cessare con il fumo e con il regolamento per *“L'applicazione del divieto di fumo nell'Università Politecnica delle Marche”* del 5 Giugno 2023. Essa ospita anche congressi che trattano delle patologie fumo-correlate e dalla dipendenza data dal tabacco, come ad esempio: *“Giornata Mondiale Senza il Tabacco”*, congresso effettuato il 31 Maggio 2024 al polo Murri della facoltà di Medicina e Chirurgia; ma dai risultati ottenuti si evince che questi congressi non siano frequentati dalla popolazione presa in esame.

Alla luce dei dati ottenuti da quest'indagine si auspica che l'Università attui e promuova attivamente programmi di promozione alla salute che coinvolgano tutta la facoltà, permettendo a chi è interessato di diventare un futuro professionista della salute informato e in grado di aiutare al meglio la popolazione con cui entrerà in contatto nella sua carriera lavorativa.

BIBLIOGRAFIA

Vaccaro K., *Expert Opinion*, in “*Quotidiano Sanità*”, Novembre 2023, 7-16

Istituto Superiore di Sanità (ISS), *Linea guida 1/2023 SNLG*, in “*Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina*”, Maggio 2023, 4-128

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Health Promotion Glossary*, Maggio 2021

A. Sgambato, A. Cicchetti, A. Papa, M. S. Macinati, A. Sposi e A. Cittadini, *Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia* in “*Tobacco Induced Diseases*”, Giugno 2024

S. Rossi, *Aumento dei prezzi delle sigarette, un valido aiuto nella politica di controllo del tabagismo* in Istituto Superiore di Sanità Ufficio Stampa. 2004

European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP), “*Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco*”, 2020, 23-177

Gazzetta Ufficiale. “*DECRETO LEGISLATIVO 12 gennaio 2016, n. 6*”

E. Benedetti M.G. Mercatili, P. Perticaroli. L. Sebastianelli, G. Del Vais, D. Luciani A. Ricciardi, R. Contrisciani., *Indicazioni operative per i luoghi di lavoro che promuovono salute* in Regione Marche, 2024. 3-60

SITOGRAFIA

1. ISTAT. Indagine aspetti della vita quotidiana, abitudine al fumo, 2021. <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=15513#>.
2. CS N° 36/2020 - Giornata Mondiale senza tabacco: diminuisce durante il lockdown il numero di fumatori di sigaretta tradizionale, aumentano i consumatori di tabacco riscaldato e di e-cig, 16/07/2020: https://www.iss.it/comunicati-stampa/-/asset_publisher/fjTKmjJgSgdK/content/comunicato-stampa-n%C2%B0-36-2020-giornata-mondiale-senza-tabacco-diminuisce-durante-il-lockdown-il-numero-di-fumatori-di-sigaretta-tradizionale-aumentano-i-consumatori-di-tabacco-riscaldato-e-di-e-cig
3. Istituto Superiore di Sanità (ISS). Comunicato Stampa N° 31/2021. Fumo: durante la pandemia 1,2 milioni di fumatori in più, contributo negativo delle e-cig e dei prodotti a tabacco riscaldato, 11/01/2022: https://www.iss.it/comunicati-stampa/-/asset_publisher/fjTKmjJgSgdK/content/fumo-durante-la-pandemia-1-2-milioni-di-fumatori-in-pi%C3%B9-contributo-negativo-delle-e-cig-e-dei-prodotti-a-tabacco-riscaldato
4. Istituto Superiore di Sanità (ISS). Comunicato Stampa N° 39/2022. Fumo: in Italia circa 800mila fumatori in più rispetto al 2019. Triplicato il consumo di sigarette a tabacco riscaldato. 01/02/2023. https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126
5. Istituto Superiore di Sanità. Comunicato Stampa N° 39/2023. Giornata mondiale senza tabacco: i dati sui fumatori italiani. <https://www.iss.it/-/comunicato-stampa-n%C2%B039/2023-giornata-mondiale-senza-tabacco-un-terzo-degli-adolescenti-%C3%A8-consumatore-di-sigarette-e-cig-o-tabacco-riscaldato>
6. LILT Firenze. Tabacco, sigarette, e-cig: cosa sono? Sai cosa c'è in una sigaretta? <https://legatumorifirenze.it/testi/17/47/>
7. Codice europeo contro il cancro - Tabella 1: tipi di tabacco – IARC <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/tabacco/299-tabacco-tabella/697-tabella-1-tipi-di-tabacco>
8. Wikipedia, l'enciclopedia libera. Il sigaro. <https://it.wikipedia.org/wiki/Sigaro>
9. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Sorveglianza PASSI. I dati per l'Italia. Abitudine al fumo. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>
10. IARC, affrontiamo insieme il cancro. La sigaretta elettronica è meno pericolosa della sigaretta di tabacco? <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/corretta-informazione/la-sigaretta-elettronica-e-meno-pericolosa-della-sigaretta-di-tabacco>
11. Istituto superiore di sanità, Centro Nazionale Dipendenze e doping, istituto di Ricerche Farmacologiche “Mario Negri” e Società Italiana di Tabaccologia. XXVI Convegno Nazionale “Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale”. GIORNATA MONDIALE SENZA TABACCO WORLD NO-TOBACCO DAY 2024 - protecting children from tobacco industry interference - proteggere i bambini dalle interferenze dell'industria del tabacco. 31 maggio 2024. <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Rapporto%20Nazionale%20Tabagismo%202024.pdf>

12. Marco Scala Alessandra Lugo Vincenzo Zagà Maria Sofia Cattaruzza Paolo D'Argenio Silvano Gallus, The newest vape devices: disposable electronic cigarettes spread in Italy, <https://www.tabaccologiaonline.it/article/view/86>
13. Fondazione Umberto Veronesi. Magazine, il portale di chi crede nella ricerca. Prodotti a tabacco riscaldato o http, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/glossario/prodotti-a-tabacco-riscaldato>
14. Geopop. Sigaretta con tabacco riscaldato: come funziona e i possibili effetti sulla salute, <https://www.geopop.it/sigaretta-con-tabacco-riscaldato-come-funziona-e-i-possibili-effetti-sulla-salute/>
15. Rivista Italiana Igiene dentale. Elisabetta Polizzi ed Emna Nouri:” Nicotine pouches”. <https://www.rivistaitalianaigienedentale.it/nicotine-pouches/>
16. Robichaud MO, Seidenberg AB, Byron MJ. Tobacco companies introduce “tobacco-free” nicotine pouches. *Tob Control*. 2019;29(E1): tobaccocontrol-2019-055321 <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/29/e1/e145.abstract>
17. Grandolfo, Erika et al. “Tobacco-Free Nicotine Pouches and Their Potential Contribution to Tobacco Harm Reduction: A Scoping Review.” *Cureus* vol. 16,2 e54228. 15 Feb. 2024, <https://www.cureus.com/articles/224004-tobacco-free-nicotine-pouches-and-their-potential-contribution-to-tobacco-harm-reduction-a-scoping-review#!/>
18. Prochaska, Judith J, and Neal L Benowitz. “Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction.” *Science advances* vol. 5,10 eaay9763. 16 Oct. 2019, <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.aay9763>
19. Wikipedia, l'enciclopedia libera. La Salute. <https://it.wikipedia.org/wiki/Salute#>
20. C.E. Barberi. Intervento di promozione della salute sugli stili di vita per il personale dipendente di un grande ospedale milanese: valutazione dell'efficacia di una tecnica di counseling motivazionale breve. 2017. <https://hdl.handle.net/2434/486800>
21. Salute Internazionale. Gavino Maciocco. I determinanti della salute. Una nuova, originale cornice concettuale. 25 Gennaio 2009. <https://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/#:~:text=I%20determinanti%20della%20salute%20possono,economiche%2C%20culturali%20e%20ambientali%3B%20fattori>
22. Codice europeo contro il cancro - Quali sono le sostanze cancerogene contenute nel tabacco? – IARC <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/tabacco/684-quali-sono-le-sostanze-cancerogene-contenute-nel-tabacco>
23. Tsai, MuChun et al. “Effects of e-cigarettes and vaping devices on cardiac and pulmonary physiology.” *The Journal of physiology* vol. 598,22 (2020), <https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1113/JP279754>
24. Upadhyay, S.; Rahman, M.; Johanson, G.; Palmberg, L.; Ganguly, K. Heated Tobacco Products: Insights into Composition and Toxicity. *Toxics* 2023, 11, 667. <https://doi.org/10.3390/toxics11080667>
25. Ministero della salute. Fumo - Prodotti del tabacco - Sigarette elettroniche. Quadro normativo. 2024. <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5587&area=fumo&menu=vuoto>
26. Istituto Superiore di Sanità. Comunicato Stampa N°39/2022 - Fumo: in Italia

- circa 800mila fumatori in più rispetto al 2019. Triplicato il consumo di sigarette a tabacco riscaldato. 22/05/2023. https://www.iss.it/comunicati-stampa/-/asset_publisher/fjTKmjJgSgdK/content/id/7146126
27. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Prevenzione del tabagismo in Italia: situazione attuale e strategie future.2012. <https://www.epicentro.iss.it/fumo/NoTab2012Ministero>
 28. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. Iniziative e progetti in Italia. <https://www.epicentro.iss.it/fumo/iniziative-italia>
 29. Ministero della Salute. Stili di Vita - Guadagnare Salute. Cosa è Guadagnare salute. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/stiliVita/>
 30. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. La lotta al fumo nei Piani regionali di prevenzione. 2013. <https://www.epicentro.iss.it/fumo/WTD2013Prp>
 31. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione. Piano nazionale della prevenzione 2020 – 2025. Febbraio 2024. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/>
 32. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione. Dipendenze e problemi correlati. Febbraio 2024. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione>
 33. Guardia di Finanza (GdF). 250° Anniversario della Fondazione della Guardia di Finanza. bilancio operativo dal 1° gennaio 2023 al 31 maggio 2024. Maggio 2024. [250° Anniversario della Fondazione della Guardia di Finanza - \(gdf.gov.it\)](https://www.gdf.gov.it)
 34. A. Berti, E. Bernacchia, M. Lombardi e I. Rabboni. Azienda Sanitaria Territoriale Marche (AST Marche). U.O. Promozione della Salute UOC Screening Dipartimento di Prevenzione AST2. Fumo. <https://asur.marche.it/fumo>
 35. Regione Marche. Consiglio Regionale delle Marche. Leggi e regolamenti regionali. Febbraio 2019. https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?arc=vig&idl=2082
 36. Regione Marche. Agenzia Regionale Marche. 31 maggio, Giornata mondiale contro il tabagismo. Giugno 2024. <https://www.regione.marche.it/ars/News-ed-eventi/Post/104389/31-maggio-Giornata-mondiale-contro-il-tabagismo>
 37. M. Ravenna. Psicologia Delle Tossicodipendenze. Ed. 2003. Il Mulino
 38. Liafmagazine. Antonino D'Orto. I Centri Antifumo in Italia: cosa sono e perchè sono stati istituiti? 31 Marzo 2021. <https://www.liafmagazine.it/i-centri-antifumo-in-italia-cosa-sono-e-perche-sono-stati-istituiti/>
 39. Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico (IRCCS) Sacro Cuore- Don Calabria. C. Pomari, G. Deledda. Tumore del polmone: dallo screening al trattamento. Centro antifumo: organizzazione e obiettivi. 2022. https://web2.sacrocuore.it/oncologia/Negrar_11_novembre_2022/Pomari_Deledda.pdf
 40. Prof.ssa G. Pravettoni. “Fumo”. Divisione Psiconcologia. Istituto Europeo di Oncologia (IEO). <https://www.ieo.it/it/PREVENZIONE/Stili-di-vita/Fumo//>

ALLEGATI

A) Questionario somministrato ai lavoratori

Il ruolo dell'Assistente Sanitario in un intervento di promozione della salute - Tabagismo, indagine e possibili interventi tra la popolazione universitaria

Ciao, mi chiamo Gaia, sono una laureanda del corso di laurea in Assistenza Sanitaria. Come potete vedere dal titolo, sto scrivendo la mia tesi sul tabagismo; ti ringrazio se compilerai il mio questionario fino alla fine e se fornirai risposte il più veritiere possibili. Il questionario sarà completamente anonimo. Se non sai di cosa mi occupo ti invito ad andare sui vari social network e cercare: assistenzasanitaria.univpm

Tempo necessario per compilare il questionario: 5-8 minuti

SEZIONE 1 di 12

1. Età *

Contrassegna solo un ovale.

- 19-24
 25-34
 Superiore a 35

2. Sesso *

Contrassegna solo un ovale.

- M
 F

3. Che facoltà frequenti? *

Contrassegna solo un ovale.

- Medicina e Chirurgia
 Professioni Sanitarie

4. A che anno sei ?

Contrassegna solo un ovale.

- I
 II
 III
 IV
 V
 VI

5. Hai mai avuto una formazione specifica su: *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	si	no
tabagismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
malattie fumo-correlate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
modalità di cessazione dal fumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prodotti alternativi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Sei fumatrice/fumatore? *

Contrassegna solo un ovale.

- No, non ho mai fumato *Passa alla domanda 30.*
 Sì, occasionalmente *Passa alla domanda 13.*
 Sì, regolarmente *Passa alla domanda 13.*
 Ho smesso di fumare *Passa alla domanda 7.*

SEZIONE 2 di 12

7. Da quanto tempo hai smesso di fumare? *

Contrassegna solo un ovale.

- 1-2 anni
 3-4 anni
 5-6 anni
 6-8 anni
 9-10 anni
 Superiore a 10 anni

8. Se sei una/un ex-fumatrice/tore, cosa fumavi e con quale frequenza:

Contrassegna solo un ovale per riga.

	tutti i giorni	2-3 volte a settimana	1 volta a settimana	1 volta al mese	1 volta l'anno	mai
Sigarette tradizionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigaretta elettronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabacco riscaldato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicotine pouches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabacco trinciato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Per quale dei seguenti motivi hai deciso di smettere di fumare? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Problemi di salute
 Paura delle malattie dovute al fumo
 Per aiutare un familiare a smettere o a non cominciare a fumare
 Per migliorare la qualità della mia vita quotidiana

10. Hai ancora delle difficoltà a tenerti lontano dalle sigarette?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No, per nulla
 Appena un pò

11. Come hai smesso di fumare? *

Contrassegna solo un ovale.

- Centro Anti-Fumo *Passa alla domanda 30.*
 Spontaneamente *Passa alla domanda 30.*
 Counseling *Passa alla domanda 30.*
 Farmacologicamente (bupropione, vareniclina, citisina, altro) *Passa alla domanda 30.*
 Terapie alternative *Passa alla domanda 12.*
 Altro: _____

SEZIONE 3 di 12

12. Indica le terapie alternative: *

SEZIONE 4 di 12

Essendo un fumatore nelle varie sezioni troverai delle domande appartenenti al Test di Fagerström (test utilizzato al fine di individuare la dipendenza fisica data dalla nicotina). Le domande appartenenti a questo test avranno una descrizione con il relativo punteggio per aiutarti a calcolare il tuo grado di dipendenza

13. Cosa fumi prevalentemente? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sigarette tradizionali *Passa alla domanda 14.*
- Sigaretta elettronica *Passa alla domanda 15.*
- Sigari *Passa alla domanda 18.*
- Tabacco riscaldato *Passa alla domanda 19.*
- Tabacco trinciato *Passa alla domanda 14.*
- Nicotine pouches *Passa alla domanda 20.*

SEZIONE 5 di 12

Se fumi: <10 sigarette al giorno assegnati 0 punti

11-20 sigarette al giorno assegnati 1 punto

21-30 sigarette al giorno assegnati 2 punti > 31 sigarette al giorno assegnati 3 punti

14. Quante sigarette fumi al giorno? *

SEZIONE 6 di 12

Una sigaretta corrisponde a circa 10 boccate (sigarette monouso) e 5 per una ricarica di un serbatoio da 1 ml. Se fumi: <10 sigarette al giorno assegnati 0 punti

11- 20 sigarette al giorno assegnati 1 punto

21-30 sigarette al giorno assegnati 2 punti

> 31 sigarette al giorno assegnati 3 punti

15. **Quale utilizzi? ***

Contrassegna solo un ovale.

- Una che ha la batteria ricaricabile e un serbatoio da riempire di e-liquid
- Una che ha la batteria ricaricabile e la cartuccia pre-riempita di e-liquid
- Una che ha la batteria non ricaricabile ed è pre-riempita di e-liquid

16. **Com'è composto l' e-liquid? ***

Contrassegna solo un ovale.

- Presenta nicotina
- Presenta sali di nicotina
- Non presenta nicotina

17. **Quante boccate fai o quanti serbatoi riempi al giorno? ***

SEZIONE 7 di 12

Se fumi: <10 sigari al giorno assegnati 0 punti

11- 20 sigari al giorno assegnati 1 punto

21-30 sigari al giorno assegnati 2 punti > 31 sigari al giorno assegnati 3 punti

18. **Quanti sigari fumi al giorno? ***

SEZIONE 8 di 12

Se fumi: <10 stick al giorno assegnati 0 punti

11-20 stick al giorno assegnati 1 punto

21-30 stick al giorno assegnati 2 punti

> 31 stick al giorno assegnati 3 punti

19. **Quanti stick al giorno?**

SEZIONE 9 di 12

Se assumi: <10 bustine al giorno assegnati 0 punti

11-20 bustine al giorno assegnati 1 punto

21-30 bustine al giorno assegnati 2 punti

> 31 bustine al giorno assegnati 3 punti

20. **Quante bustine al giorno? ***

SEZIONE 10 di 12

21. **Per quanto tempo al massimo sei riuscito ad astenerti dal fumare?**

22. **Quanti tentativi hai fatto nello smettere di fumare? ***

23. **Entro quanto fumi la prima sigaretta da appena sveglio? ***
Contrassegna solo un ovale.
- 5 min (assegnati 3 punti)
- 6-30 min (assegnati 2 punti)
- 31-60 min (assegnati 1 punto)
- Superiore a 60 minuti (assegnati 0 punti)
24. **A quale sigaretta ti costa di più rinunciare? ***
Contrassegna solo un ovale.
- Quella del mattino (assegnati 1 punto)
- A tutte le altre della giornata (assegnati 0 punti)
25. **Fumi più frequentemente durante la prima ora del risveglio che durante il resto della giornata? ***
Contrassegna solo un ovale.
- Sì (assegnati 1 punto)
- No (assegnati 0 punti)
26. **Fai fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito? ***
Contrassegna solo un ovale.
- Sì (assegnati 1 punto)
- No (assegnati 0 punti)
27. **Fumi anche quando sei così malato da passare a letto la maggiore parte del giorno? ***
Contrassegna solo un ovale.
- Sì (assegnati 1 punto)
- No (assegnati 0 punti)

28. Quante sigarette fumi in queste situazioni? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Nessuna	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	>10
Stress/ Nervosismo	<input type="radio"/>						
Relax	<input type="radio"/>						
Senza pensarci	<input type="radio"/>						
Per aiutarvi nelle funzioni fisiologiche (es. addormentarsi, digerire, svegliarsi, concentrarsi, evacuare, etc	<input type="radio"/>						

29. In base al tuo punteggio, se sei interessato a sapere a chi rivolgerti in caso volessi smettere di fumare o diminuire il consumo di nicotina, lascia la tua email universitaria:

SEZIONE 11 di 12

Nel rispondere alle due domande che seguono, tieni presente che per riduzione del rischio (conseguente ad una minore esposizione a sostanze tossiche prodotte dalla combustione) si intende la possibilità di avvicinare la probabilità di sviluppare malattie fumo-correlate a quella di un non fumatore.

30. Utilizzando la scala sottostante da 1 (basso rischio) a 10 (alto rischio) e sulla base delle informazioni in tuo possesso, indica quale a tuo avviso è il punteggio associato al rischio per la salute dei seguenti prodotti e componenti per fumatori:

Contrassegna solo un ovale per riga.

	1 (basso rischio)	2	3	4	5	6	7	8
sigarette tradizionali o tabacco trinciato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sigarette elettroniche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prodotti a tabacco riscaldato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicotine pouches (bustine contenenti tabacco masticabile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. E al rischio sanitario per i componenti del fumo: *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	1 (rischio basso)	2	3	4	5	6	7	8
nicotina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prodotti/residui della combustione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fumo passivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE 12 di 12

32. Secondo te, i prodotti senza combustione causano dipendenza? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No
 Non lo so

33. Il tuo parere in merito ai suddetti prodotti è: *

Contrassegna solo un ovale.

- Totalmente negativo
 Possibilista
 Favorevole
 Non ho informazioni sufficienti

34. Indica l'importanza del ruolo del fumo nello sviluppo delle malattie di seguito indicate: *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Estremamente importante	Molto importante	Importante	Non importante	Nessun contributo
carcinoma del polmone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
carcinoma di altri organi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aterosclerosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
malattie croniche del polmone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Oltre al supporto psicologico, sai se esistono delle terapie farmacologiche per smetter di fumare? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No
 Forse

36. Sai che esistono dei centri anti-fumo? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No

37. Ad un tuo conoscente che decide di continuare a fumare, consiglieresti lo scaldatore di tabacco per ridurre i rischi di salute correlati all'uso di tabacco? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No
 Non lo so
 Non sono sufficientemente informato sul tema

38. Ad un tuo conoscente che decide di continuare a fumare, consiglieresti la sigaretta elettronica per ridurre i rischi di salute correlati all'uso di tabacco? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No
 Non lo so
 Non sono sufficientemente informato sul tema

39. Consiglieresti ad un tuo conoscente che vorrebbe smettere di fumare i centri anti fumo o il supporto psicologico? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No
 Forse

40. Saresti interessato ad approfondire il discorso della dipendenza data dal fumo, come prevenirla e come curarla? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
 No

