

RESPONSABILE EDITORIALE

Rossella Gaudino

COMITATO EDITORIALE

Carlo Alfaro

Giovanni Farello

Barbara Predieri

COMITATO DI REDAZIONE

Commissione Giovani

REALIZZAZIONE

Salvatore Chiavetta

Email per i vostri contributi

info@medicinadelladolescenza.com

Abbiamo una pagina Web:

www.medicinadelladolescenza.com

Seguici su Facebook:

@PaginaSIMA

GIOVANI E TABACCO: CI STANNO MANDANDO SEGNALI DI FUMO?

*Dr Luca Pecoraro, Dr Maria Pia Esposto, Dr Rossella Gaudino
UO Pediatria; Ospedale Della donna e del Bambino; Azienda Ospedaliera Integrata di Verona.
Università degli Studi di Verona*

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito i "determinanti di salute della popolazione", sottolineando come lo "stile di vita" rappresenti senza dubbio il più importante determinante di salute modificabile.

In questo contesto, il fumo di tabacco si ascrive come il principale ed "evitabile" determinante di salute inerente lo stile di vita nel Mondo. Tale considerazione nasce dall'evidenza che, qualora non venissero messe in atto azioni di contrasto efficaci, il tabacco sarà responsabile della morte di 8 milioni di persone entro il 2030^[1].

Alla luce di tale evidenza, l'OMS ha individuato nella riduzione del 30% della prevalenza dell'uso corrente di tabacco, uno dei 9 obiettivi globali da raggiungere entro il 2025. Questo arduo obiettivo sembrerebbe apparentemente perseguibile nei Paesi Industrializzati, dove si osserva una riduzione della prevalenza di fumatori nella popolazione generale. Un freno al perseguimento di tale obiettivo è invece rappresentato dall'aumento della prevalenza di fumatori tra i giovani, sia maschi che femmine, a livello mondiale.

La problematica del fumo giovanile assume un connotato ancestrale; ciò deriva dall'evidenza che le motivazioni che spingono i giovani a fumare dipendono da un processo multifattoriale complesso: si intersecano infatti fattori di rischio ambientali, sociodemografici e comportamentali-individuali^[2].

I giovani sono inoltre particolarmente suscettibili alla dipendenza da tabacco^[3]: circa l'80% degli individui che cominciano a fumare durante l'adolescenza continueranno nell'età adulta e un terzo di essi morirà prematuramente a causa di malattie fumo-correlate^[4]. L'abitudine tabagica spesso viene intrapresa durante l'adolescenza e ha importanti effetti sulla salute per tutta la vita dell'individuo. L'esposizione precoce al tabacco è particolarmente dannosa e nuove evidenze suggeriscono che l'esposizione nella prima adolescenza può avere un impatto sulla salute attraverso le generazioni^[5-6-7]. Da tali evidenze, si desume come la popolazione pediatrica sia un target critico per le politiche di prevenzione sanitaria^[4].

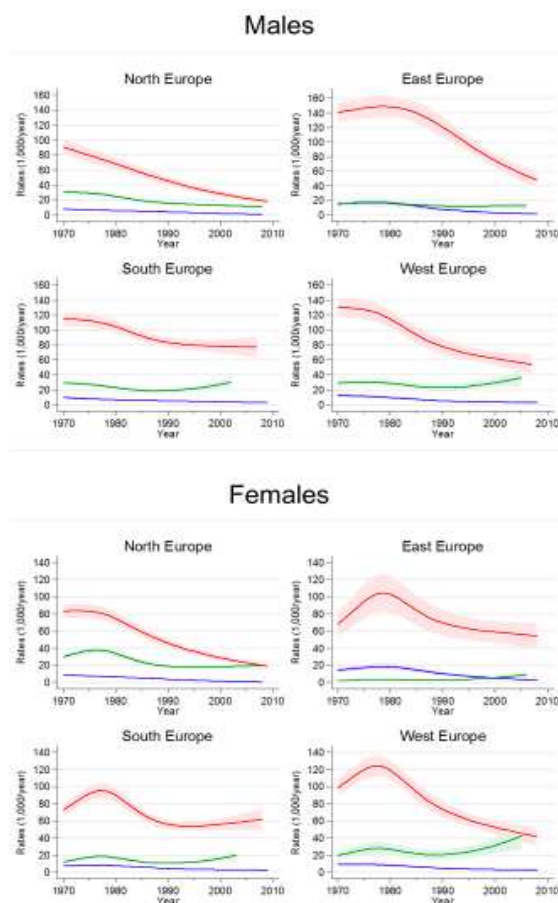
Nonostante ci sia largo consenso sull'importanza di prevenire il fumo di tabacco, le strategie attuate non sono standardizzate o studiate adeguatamente tra i vari paesi. Il target di tale intervento è rappresentato dagli adolescenti; il suo rationale si dovrebbe basare su programmi volti a migliorare la capacità personale di resistere all'offerta di fumare e sulla capacità di riconoscere e prendere distanze dalle pressioni esercitate dai coetanei; tali politiche comportamentali sembrano infatti essere maggiormente efficaci rispetto agli interventi incentrati sulla sola informazione, come opuscoli e foto, che invece si sono rivelati inefficaci^[8].

TRENDS DI INIZIAZIONE AL FUMO IN EUROPA, OVVERO L'EVIDENZA STATISTICA DI UN INTERVENTO CHE AL MOMENTO NON FUNZIONA

Riconosciuta l'evidenza che i giovani debbano essere il target di popolazione su cui mirare le politiche di prevenzione del tabagismo, altrettanto importante è la corretta individuazione dell'età di inizio dell'abitudine per capire quale sia l'età più corretta per sviluppare strategie di prevenzione primaria mirate.

Un recente studio osservazionale retrospettivo pubblicato ad agosto 2018 da Marcon et al. ha approfondito il trend nel tempo dell'abitudine tabagica, e in particolare dell'inizio di tale abitudine, dal 1970 al 2009 in Europa. Il punto di partenza di tale lavoro è stato rappresentato dalla casistica ricavata da 6 studi multicentrici randomizzati controllati eseguiti su larga scala nella popolazione europea, includendo in tutto 119.104 soggetti provenienti da 17 Paesi europei. Le analisi sono state stratificate per gruppi di età coinvolti, sesso e regione (Nord, Sud, Est e Ovest Europa). I risultati hanno messo in evidenza che:

- Prima adolescenza (< o = 15 anni): in questa fascia di età è stato osservato un marcato incremento dell'inizio dell'abitudine tabagica dal 1990, per entrambi i sessi e in tutte le regioni, con l'eccezione dei maschi del Nord Europa. Questo soprattutto nell'Ovest Europa, dove si è raggiunto un tasso di 40 per 1000/anno nel 2005.
- Tarda adolescenza (16-20 anni): i tassi di prevalenza si sono ridotti per entrambi i sessi dal 1970 al 2009 in tutta Europa, con l'eccezione del Sud Europa, in cui i tassi si sono ridotti dopo il 1990. Questa resta comunque la fascia in cui la maggior parte dei fumatori inizia a fumare (il 53% dei giovani inizia a fumare tra i 15 e i 18 anni). Da sottolineare una marcata riduzione dall'inizio dell'attitudine al fumo dal 1970 al 2009; questo fa pensare che le politiche messe in atto contro il fumo abbiano avuto come target soprattutto questa fascia di età, la più a rischio per inizio di abitudine tabagica.
- I giovani che raggiungono i 20 anni senza iniziare a fumare, hanno minima probabilità di iniziare nella loro vita.
- In Nord Europa il tasso di inizio durante la tarda adolescenza ha raggiunto un minimo storico (20 per 1000/anno), mentre nel resto d'Europa varia tra il 40 per 1000/anno (femmine nell'Europa dell'ovest) e l'80 per 1000/anno (maschi nel Sud Europa) (**fig. a lato**). Questi dati suggeriscono che nell'Est, Ovest e Sud Europa le strategie per ridurre il fumo tra i giovani sono in ritardo rispetto al Nord. Per inciso, i paesi scandinavi sono stati i primi ad adottare misure anti-tabacco dal 1970.



STRATEGIE DI PREVENZIONE PRIMARIA IN EUROPA E IN ITALIA: LEGISLAZIONE

Nel 2015 è stata recepita la Direttiva 2014/40/UE della Commissione e del Parlamento Europeo sulla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e correlati, conclusosi con l'emanazione del Decreto legislativo del 12 gennaio 2016, numero 6^[10]. Sono state introdotte importanti novità quali:

- l'introduzione sulle confezioni di sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua delle "avvertenze combinate" (testo, foto e numero del telefono verde ISS contro il fumo - 800.554.088), sul 65% delle facciate principali delle confezioni e dell'imballaggio;
- il divieto di inserire nell'etichettatura riferimenti a benefici per la salute o per lo stile di vita, ad un gusto o un odore, etc.
- il divieto di fornire in etichetta informazioni sui contenuti di catrame, nicotina o monossido di carbonio, ritenute ingannevoli per il consumatore;
- il divieto di additivi che rendono più "attraente" e "più nocivo" il prodotto del tabacco - l'eliminazione dei pacchetti da 10 sigarette e delle confezioni di trinciato con meno di 30 g. di tabacco;
- il divieto di "aromi caratterizzanti" (odori o gusti chiaramente distinguibili, come: frutta, spezie, erbe, etc.) nelle sigarette e nel tabacco trinciato;
- il divieto di vendita on line ai consumatori di prodotti del tabacco e sigarette elettroniche.
- il divieto di vendita ai minori dei prodotti del tabacco di nuova generazione;
- il divieto di fumo in autoveicoli in presenza di minori e donne in gravidanza;
- il divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pediatrici, nonché nelle pertinenze esterne dei singoli reparti pediatrici, ginecologici, di ostetricia e neonatologia;
- l'inasprimento delle sanzioni per la vendita e somministrazione di prodotti del tabacco, sigarette elettroniche e prodotti di nuova generazione ai minori;
- la verifica dei distributori automatici, al fine di assicurare il corretto rilevamento dell'età dell'acquirente;
- il divieto di vendita ai minori di 18 anni di sigarette elettroniche, già disposto da una precedente ordinanza ministeriale.

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

PREVENZIONE PRIMARIA NELL'AMBULATORIO DEL PEDIATRA

I pediatri dovrebbero costituire parte attiva nella prevenzione del fumo di tabacco.

Le raccomandazioni possono essere riassunte nelle "cinque A":

1. **Ask** (chiedere),
2. **Advise** (consigliare/informare),
3. **Assess** (valutare),
4. **Assist** (assistere),
5. **Arrange follow-up** (programmazione delle visite di controllo).

L'atteggiamento varierà in base all'età del paziente e allo stato di fumatore dello stesso e dei suoi genitori. L'attività di prevenzione non è mirata solo ai giovani, ma anche ai genitori; è necessario chiedere a tutti i genitori se fumano e a quelli che lo fanno consigliare caldamente di smettere e offrire assistenza; educare pazienti e genitori circa i rischi correlati al fumo; riconoscere i fattori di rischio nei pazienti; promuovere la capacità dei bambini di resistere aumentando la consapevolezza dell'influenza dei social media; consigliare a tutti i genitori come prevenire l'iniziazione al fumo nei loro figli. Il pediatra dovrebbe anche informarsi sull'uso di fonti alternative di nicotina (sigarette elettroniche, narghilè e tabacco senza combustione) ed educare i pazienti circa gli effetti di questi sulla salute^[11-12-13-14].

CONCLUSIONI

Il fumo di tabacco rappresenta una piaga sociale che incide enormemente sullo stato di salute globale della popolazione.

Negli ultimi anni si è osservata una riduzione della prevalenza dell'abitudine tabagica nella popolazione generale nei Paesi industrializzati; tale dato non è ancora soddisfacente secondo i criteri imposti dall'OMS.

E' invece allarmante l'aumento del trend di iniziazione al fumo nei giovanissimi con età uguale o inferiore a 15 anni. Lo studio di Marcon et al prima citato sottolinea come sia assolutamente necessario implementare le politiche di prevenzione avendo come target soprattutto questa fascia della popolazione. E' necessario credere in tale aspetto e soprattutto è necessario credere nei giovani.

Guardando alla regione italiana e parafrasando Beppe Severgnini ^[15], tutti questi sforzi mirati alla prevenzione sembrano essere destinati ad una fine grama, in quanto il menefreghismo del fumatore assume spesso il connotato di un postulato tutto italiano, come se rappresentasse l'ineluttabile prova di un destino nazionale.

Però guardiamoci intorno e volgiamo il ricordo a 10 anni fa.

Oggi, i giovani motociclisti passeggiano portando in mano il casco, i giovani non fumano nei bar.

Era prevedibile tutto ciò? Per niente.

E sembra proprio vero che l'Italia cambia e migliora, quando vuole.

BIBLIOGRAFIA

- [1] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- [2] "In Sostanza: Manuale sulle dipendenze patologiche", Fabio Lugoboni, Lorenzo Zamboni, 22 giugno 2018
- [3] Prokhorov A V, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando HA, et al. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics* 2006; 118:e890–903. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0810> PMID: 16950972
- [4] 2012 US Surgeon General's Report: Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/> (Accessed on November 10, 2016).
- [5] Svanes C, Koplein J, Skulstad SM, Johannessen A, Bertelsen RJ, Benediktsdottir B, et al. Father's environment before conception and asthma risk in his children: a multi-generation analysis of the Respiratory Health In Northern Europe study. *Int J Epidemiol* 2017; 46:235–245. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw151> PMID: 27565179
- [6] Northstone K, Golding J, Davey Smith G, Miller LL, Pembrey M. Prepubertal start of father's smoking and increased body fat in his sons: further characterisation of paternal transgenerational responses. *Eur J Hum Genet* 2014; 22:1382–6. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2014.31> PMID: 24690679
- [7] Accordini S, Calciano L, Johannessen A, Portas L, Benediktsdóttir B, Bertelsen RJ, et al. A three-generation study on the association of tobacco smoking with asthma. *Int J Epidemiol*. 2018 Mar 9. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy031> PMID: 29534228
- [8] Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
- [9] Marcon A, Pesce G, Calciano L, Bellisario V, Dharmage SC, Garcia-Aymerich J, et al. (2018) Trends in smoking initiation in Europe over 40 years: A retrospective cohort study. *PLoS ONE* 13 (8): e0201881.
- [10] <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/01/18/16G00009/sg>.
- [11] Ambulatory Pediatric Association policy on tobacco. Best D, Moss DA, Winickoff JP, Ambulatory Pediatric Association Standing Committee on Public Policy and Advocacy, Simpson L *Ambul Pediatr*. 2006;6(6):332.
- [12] American Medical Association. Promoting Healthy Lifestyles: Smoking and Tobacco Control www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/public-health/promoting-healthy-lifestyles/smoking-tobacco-control.shtml (Accessed on July 01, 2011).
- [13] World Health Organization report on the global tobacco epidemic 2008 - the MPOWER package. World Health Organization, Geneva <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html> (Accessed on July 01, 2011).
- [14] Tobacco use: a pediatric disease. Committee on Environmental Health, Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Child Pediatrics. 2009;124(5):1474. Epub 2009 Oct 19.
- [15] Beppe Severgnini. 2006. La testa degli italiani. Casa Ed. Rizzoli.