

IL CONSUMO DI TABACCO IN TOSCANA:

le prevalenze, le conseguenze sulla salute
e le azioni di contrasto

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Sede Legale

Villa Fabbricotti
Via Vittorio Emanuele II, 64
50134 Firenze

Osservatori

Viale G. Milton, 7
50129 Firenze

Epidemiologia

osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it

Qualità

osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it

Centro Documentazione

centrodocumentazione@arsanita.toscana.it

Centralino: 055 462431

Fax Sede Legale: 055 4624330

Fax Osservatori: 055 4624345

www.arsanita.toscana.it



IL CONSUMO DI TABACCO IN TOSCANA

30

I trend di consumo



La prevalenza
negli adolescenti



Il consumo
secondo la classe sociale



La mortalità
tabacco-correlata



L'attività
dei Centri Antifumo

30

Maggio
2007

Collana dei *Documenti* ARS

Direttore responsabile: Eva Buiatti

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498 del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

I trend di consumo

**La prevalenza negli
adolescenti**

**Il consumo secondo la
classe sociale**

**La mortalità
tabacco-correlata**

**L'attività dei
Centri Antifumo**

IL CONSUMO DI TABACCO IN TOSCANA:

**le prevalenze,
le conseguenze sulla salute
e le azioni di contrasto**

Coordinamento

Eva Buiatti
Coordinatore Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana

Autori

Fabio Voller
Dirigente Area Epidemiologia Sociale
ARS Toscana

Nadia Olimpi
Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina
Preventiva
Università degli Studi di Firenze

Cristina Orsini
Area Epidemiologia Sociale
ARS Toscana

Con un contributo di:

Mateo Ameglio
Responsabile Ser.T. e Centro Antitabagico
Integrato
Zona Alta Valdelsa, AUSL 7 di Siena

Arcangelo Alfano
Responsabile P.O. "Azioni di prevenzione e cura
delle condotte di abuso e delle Dipendenze.
Raccordo interfunzionale per la rete dei servizi
pubblici e del privato sociale operanti nel
settore"
Regione Toscana

Anna Cillerai
Centro Antitabagico Integrato della Valdelsa
AUSL 7 di Siena

Ringraziamenti

Si ringraziano il dr. Stefano Squotto, Lara Caparrini, la dr.ssa Carola Magni e la dr.ssa Maura Tedici per aver fornito i dati dell'indagine postale sui consumi di alcol e tabacco relativi alla popolazione della ASL 11 di Empoli.

Si ringrazia la dr.ssa Elena Marchini (ARS) per aver contribuito alla realizzazione della stampa tipografica di questo Documento

INDICE

Introduzione	9
1. Le fonti dei dati	15
1.1 Le indagini campionarie nazionali Istat	17
1.2 Le indagini Doxa	22
1.3 Le indagini condotte dall’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana	22
2. Le caratteristiche dell’abitudine al fumo in Italia, nelle ripartizioni geografiche ed in Toscana	27
2.1 Il consumo di tabacco in Italia ed in Toscana	29
2.2 L’abitudine al consumo di tabacco secondo l’età	40
2.3 Aspetti quantitativi dell’abitudine al fumo: il numero di sigarette fumate	44
2.4 La dipendenza da nicotina nei fumatori toscani	48
2.5 L’abitudine al fumo negli adolescenti toscani: l’indagine EDIT	53
2.5.1 L’influenza della classe sociale, il capitale culturale familiare e l’abitudine al fumo dei genitori sul consumo di tabacco da parte degli adolescenti	64
2.5.2 Il consumo di tabacco rispetto agli altri comportamenti a rischio	68
3. L’abitudine al fumo e le disuguaglianze sociali: la relazione con lo stato civile, la classe sociale ed il livello di istruzione	71
3.1 L’abitudine al fumo in relazione allo stato civile, in Italia e Toscana	76
3.2 La diffusione del consumo di tabacco nelle classi sociali, in Italia e Toscana	78
3.3 L’influenza del livello di istruzione nel consumo di tabacco, in Italia e Toscana	84
4. I Centri Antifumo Toscani nell’ambito della realtà nazionale	89
4.1 Aspetti organizzativi	93
4.2 Utenza	98
4.3 Trattamenti di disassuefazione	103
4.4 Valutazione dei risultati dei trattamenti	106
4.5 Considerazioni finali	109
5. Le conseguenze sanitarie del fumo di tabacco: la mortalità attribuibile al fumo in Toscana nel periodo 1994–2005	111
5.1 La selezione delle cause di morte e la metodologia della stima della mortalità fumo-correlata	113
5.2 La mortalità correlata al fumo in Toscana	116
5.3 La mortalità correlata al fumo nelle ASL della Toscana	122
5.4 La mortalità perinatale attribuibile al fumo attivo della madre in gravidanza	142
Allegato 1 - Elenco dei Centri Antifumo della Toscana	143
Indicazioni bibliografiche	155

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito il fumo di tabacco tra i sette principali fattori di rischio responsabili della maggioranza delle malattie non trasmissibili nella Regione Europea, insieme a ipertensione, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, scarsa assunzione di frutta e verdura ed inattività fisica (WHO, 2005).

I decessi prematuri attribuibili al fumo di tabacco sono, nel mondo, circa 5 milioni e, secondo gli attuali pattern di consumo, raggiungeranno i 10 milioni nel 2030. Recenti stime indicano che, attualmente, 1 decesso ogni 5 nei maschi ed 1 ogni 20 nelle femmine, tra i soggetti con più di 30 anni, sia causato dal fumo (Jha P. *et al.*, 2006). Complessivamente, nei Paesi sviluppati, il fumo di tabacco costituisce la più importante causa di morte prematura (CDC, 2004). Nell'Unione Europea, il 25% di tutti i decessi per malattie neoplastiche maligne ed il 15% di tutti i decessi possono essere attribuiti all'abitudine al consumo di tale sostanza.

Esiste una relazione dose-risposta tra il consumo di tabacco e le malattie causate dal fumo: più grande è la quantità di tabacco fumato e più prolungata negli anni è l'abitudine al consumo attivo, maggiore è il rischio di malattia. Alcune forme di patologie neoplastiche maligne, di malattie respiratorie e cardiovascolari rappresentano le condizioni morbose più frequentemente correlate al fumo di tabacco (CDC, 2004; Mackay J. *et al.*, 2005) (Tabella 1).

Tabella 1
Patologie ed effetti avversi sulla salute correlati al fumo di sigaretta

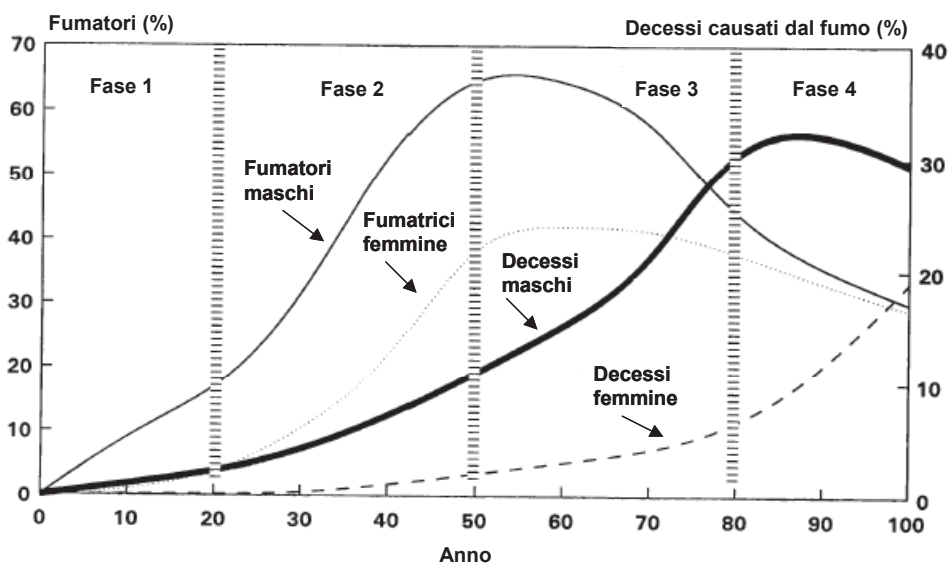
Neoplasie	Malattie respiratorie	Malattie cardiovascolari	Altre malattie
Trachea, bronchi, polmoni	Polmonite	Malattie ischemiche del cuore	Ulcera gastrica
Labbra, cavità orale, faringe	Bronchite cronica, enfisema	Aneurisma dell'aorta	Ulcera duodenale
Laringe	Altre ostruzioni croniche delle vie respiratorie	Malattie cerebrovascolari	Cataratta
Esofago	Effetti in utero durante la gravidanza	Aterosclerosi	Parodontite
Pancreas		Altre (disturbi del ritmo, insufficienza cardiaca ecc.)	Ridotta fertilità
Stomaco			Osteoporosi
Cervice uterina			Basso peso alla nascita
Rene e vescica			Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)
Leucemia mieloide acuta			

Per i tumori correlati al fumo di tabacco, il rischio relativo di morte varia da 2 per il tumore dello stomaco fino ad oltre 20 per il tumore del polmone, che rappresenta, nel mondo, la più comune causa di decesso per cancro tra i fumatori (WHO, 2004). La mortalità per patologie croniche ostruttive delle vie respiratorie è 14 volte più alta tra i fumatori di sigarette rispetto ai non fumatori (Peto R. *et al.*, 2004). Il rischio di malattia cardiovascolare tra i fumatori e i forti fumatori è, rispettivamente di 1,6 e 1,9 volte più alto rispetto ai non fumatori (Doll R. *et al.*, 2004). Appare, inoltre, ben definita l'esistenza di rischi significativi per la salute causati dal fumo passivo: secondo l'Agenzia Internazionale sul Cancro i non fumatori che vivono con un fumatore hanno un rischio del 20-30% più alto di contrarre un tumore al polmone rispetto a chi vive con un non fumatore (WHO, International Agency for Research on Cancer, 2004). Complessivamente, circa la metà di tutti i decessi per fumo di tabacco si verificano nell'età compresa tra 35 e 69 anni, determinando una perdita di circa 20-25 anni rispetto all'aspettativa di vita di un soggetto non fumatore (Jha P. *et al.*, 2006).

Nell'ultimo decennio si sta affermando una relazione tra livello socio-economico e consumo di tabacco che vede diffondersi l'abitudine soprattutto tra gli individui più poveri e con un basso stato sociale, quella stessa parte di popolazione in cui sono più rilevanti anche altri comportamenti a rischio per la salute e che ha a disposizione meno risorse per far fronte alle conseguenze sanitarie legate all'uso di tale sostanza (European Network for Smoking Prevention Project Report, 2004). All'interno dei gruppi sociali svantaggiati, inoltre, risulta più bassa la percentuale di soggetti che smettono di fumare (Acheson D., 1998).

La relazione tra prevalenze di consumo e mortalità tabacco-attribuibile viene classicamente esemplificata da una curva epidemica a quattro stadi, che descrivono l'andamento di tali variabili nel tempo e per i due generi (Lopez AD. *et al.*, 1994)(Figura 1).

Figura 1
Le quattro fasi della epidemia del tabacco.



Nella prima fase il consumo tende tipicamente a diffondersi solo nel genere maschile e negli strati socio-economici più elevati. Nella seconda fase il consumo di tabacco diventa un comportamento maggiormente diffuso nella popolazione e più equamente distribuito tra i diversi gruppi sociali; in questa fase, con un ritardo di

circa 10-20 anni, si affaccia al consumo il genere femminile, soprattutto se appartenente alle classi sociali più elevate. Nella terza fase il consumo tra i maschi tende a diminuire, soprattutto nelle fasce socio-economiche più alte, mentre quello femminile raggiunge il suo picco e si mantiene stabile, per poi declinare a sua volta alla fine del periodo. Nella quarta fase il consumo si abbassa in entrambi i generi, più marcatamente negli uomini, e l'abitudine al fumo diventa un comportamento più diffuso nei gruppi socio-economici più svantaggiati. I diversi livelli di consumo evidenziati nelle quattro fasi appaiono, quindi, fortemente correlati alle caratteristiche socio-economiche della popolazione: il risultato di questa curva epidemica è l'inversione dell'associazione tra status socio-economico e consumo di tabacco. A questi trend di consumo corrispondono andamenti nella mortalità tabacco-correlata che, pur differiti nel tempo di qualche decennio, seguono lo stesso andamento. L'unica differenza si evidenzia nel trend di mortalità del genere femminile, che nell'ultima fase segue un costante aumento; dopo circa 2-3 decenni in tale fase, e con circa 20 anni di ritardo rispetto agli uomini, i decessi attribuibili al fumo raggiungono un picco, seppur inferiore, anche nelle donne. Successivamente si realizza una tendenza alla riduzione in entrambi i generi. Il modello mostra che la mortalità tabacco-attribuibile è strettamente correlata ai pattern di consumo pregressi, con un periodo di latenza di 3-4 decenni tra l'aumento della prevalenza dei fumatori e quello relativo alla mortalità. I differenti Paesi europei sembrano collocarsi in posizioni diverse: alla fine degli anni '90 le regioni del Sud Europa mostravano caratteristiche epidemiologiche tipiche della fase 2 (Portogallo) o dell'inizio della fase 3 (Spagna, Italia e Francia) mentre i Paesi del Nord Europa sembravano già vivere la fase 4 (Gran Bretagna, Norvegia, Svezia, Olanda) (Huisman M. *et al.*, 2005). La diminuzione della percentuale di fumatori nei Paesi sviluppati continua ad essere dovuta principalmente al genere maschile, poiché il genere femminile negli ultimi 50 anni ha mostrato un aumento progressivo dell'abitudine (Forey B. *et al.*, 2003). I Paesi più poveri ed in via di sviluppo (Africa, sud-est asiatico, America Latina, Cina) appaiono collocarsi nelle fasi iniziali dell'epidemia, in cui la prevalenza di fumatori continua a crescere.

Alla luce dei dati della letteratura scientifica internazionale, le attività volte alla prevenzione primaria ed alla promozione della cessazione dell'abitudine al fumo necessitano della conoscenza del pattern epidemiologico dei singoli Paesi e, all'interno di questi, di specifiche aree geografiche o gruppi a rischio, al fine di ottimizzare e monitorare gli interventi di sanità pubblica.

La presente pubblicazione descrive i consumi e le conseguenze dell'abitudine al fumo nel contesto toscano, attraverso analisi di statistiche correnti e di indagini condotte dall'Agenzia stessa volte a caratterizzare il consumo di tabacco nella nostra regione e, in particolare, nelle fasce di popolazioni più giovani, soffermandosi sugli aspetti legati alla relazione tra l'utilizzo di tale sostanza e le disuguaglianze sociali.

CAPITOLO 1

Le fonti dei dati sui consumi di tabacco

1. LE FONTI DEI DATI SUI CONSUMI DI TABACCO

Il capitolo presenta le fonti dei dati ed il tipo di informazioni che abbiamo utilizzato per tracciare un quadro descrittivo del consumo di tabacco nel contesto italiano e toscano. La disomogeneità della tipologia di dati forniti dalle diverse indagini nazionali e regionali rende necessaria un'attenta analisi delle differenti fonti, al fine di ricostruire un quadro complessivo organico, e il più possibile accurato, del fenomeno del tabagismo. Le fonti dalle quali abbiamo tratto i dati relativi alle caratteristiche dell'utilizzo di tabacco sono rappresentate da:

- indagini campionarie nazionali Istat;
- indagini nazionali Doxa;
- indagini *ad hoc* condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

In Tabella 1.1 riportiamo le principali caratteristiche delle varie indagini considerate nella nostra analisi, che di seguito analizzeremo e descriveremo singolarmente.

Tabella 1.1
Il consumo di tabacco in Italia ed il Toscana: le fonti

Istituto di ricerca/Indagine	Anno	Fascia di età	Numerosità del campione
Istat-Indagine Multiscopo " <i>Aspetti della vita quotidiana</i> "	1993-2003 2005	≥ 14 anni ≥ 11 anni	Circa 24.000 famiglie
Istat- <i>Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari</i>	1980; 1983; 1986/87; 1990/91; 1994; 1999/00; 2004/05	≥ 14 anni ≥ 10 anni ≥ 14 anni	Da 24.000 a 60.000 famiglie circa
Doxa	1949; 1957; 1965; 1975; 1990; 2001-2006	≥ 18 anni; ≥ 16 anni; ≥ 15 anni	Da 6.000 a 3.000 soggetti circa
Indagini <i>ad hoc</i> ARS	2001/2002; 2005 (EDIT)	18-74 anni 14-19 anni (EDIT)	N = 3.794 N = 4.951

1.1 Le indagini campionarie nazionali Istat

Dati sul consumo di tabacco a livello nazionale e con dettaglio regionale possono essere derivati da due tipi di indagini:

- Indagine Multiscopo sulle famiglie–“Aspetti della vita quotidiana”;
- Indagine sullo stato di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari.

Indagine multiscopo sulle famiglie–“Aspetti della vita quotidiana”

L'indagine, compresa nel Sistema delle indagini sociali Multiscopo sulle famiglie, viene condotta annualmente dall'Istat dal 1993, con unica eccezione riferita all'anno 2004 in cui la rilevazione non è stata realizzata, al fine di raccogliere informazioni sugli aspetti fondamentali della vita quotidiana della popolazione e sul livello di soddisfazione dei cittadini rispetto al funzionamento dei servizi. La rilevazione viene effettuata su base campionaria su tutto il territorio nazionale, coinvolgendo in media, circa 24.000 famiglie e, complessivamente, oltre 50.000 individui. Alcune sezioni dell'indagine esplorano gli stili di vita della popolazione, quali abitudini alimentari, attività fisica, consumo di bevande alcoliche e uso di tabacco, consentendo di valutare la diffusione e l'evoluzione dei comportamenti rilevati. Inizialmente le informazioni relative all'abitudine al fumo venivano raccolte dai soggetti del campione di età maggiore o uguale a 14 anni, mentre dal 2005 l'età minima di coloro a cui è rivolta l'indagine si è ridotta ad 11 anni. Le domande indagano alcuni aspetti dell'utilizzo di tabacco: presenza dell'abitudine, tipologia di prodotto fumato, numero di sigarette giornaliere consumate.

Indagine sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari

L'indagine relativa allo studio dello stato di salute della popolazione e delle caratteristiche della domanda di servizi sanitari in Italia è stata avviata dall'Istat nel 1980 e riproposta, successivamente, nel 1983, nel 1986-1987 e 1990-1991; nel 1994 la rilevazione è stata inserita nel più ampio Sistema delle indagini sociali Multiscopo sulle famiglie, avviato nel 1993, e da allora è stata ripetuta con cadenza quinquennale negli anni 1999-2000 e 2004-2005. Il campione oggetto della rilevazione nel 1983 era composto da circa 31.000 famiglie, pari a quasi 90.000 individui, ed ha raggiunto il numero di 52.332 famiglie, circa 140.000 soggetti, nel 1999-2000; nell'indagine più recente 2004-05 il campione è stato ulteriormente ampliato a circa 60.000 famiglie. Nell'ambito delle principali aree tematiche dell'indagine è compreso lo studio degli stili di vita, che va ad indagare, in maniera più estesa rispetto alle rilevazioni annuali, la diffusione di alcuni fattori di rischio

per la salute, tra i quali il tabagismo. Le informazioni richieste nei questionari per delineare il profilo della popolazione italiana riguardo a tale abitudine hanno subito delle modifiche nel corso degli anni. Le rilevazioni del 1983 e 1986-1987 comprendevano quesiti che approfondivano alcuni aspetti dell'abitudine al consumo di tabacco tra i fumatori e gli ex fumatori, quali l'età di inizio, il numero di anni di utilizzo, i motivi ed il numero di anni della cessazione. Negli anni 1990-1991 l'indagine ha inserito la raccolta di informazioni sull'effettuazione di tentativi per smettere di fumare e sulle variazioni del consumo di tabacco nei 2 anni precedenti alla rilevazione. L'indagine successiva del 1994 chiedeva di specificare, in aggiunta alle altre domande, la tipologia delle sigarette utilizzate rispetto alla presenza di filtro o meno. Nel 1999-2000 le informazioni raccolte dal questionario erano analoghe a quelle dei precedenti eccetto che per i tentativi di cessazione, i motivi che hanno indotto alla cessazione, le variazioni del consumo negli ultimi anni e l'utilizzo di sigarette con o senza filtro, elementi che non venivano indagati dalle domande. L'indagine 2004/2005 ricalca la precedente e introduce la raccolta di informazioni sui metodi adottati nei tentativi di smettere di fumare e su quello che ha portato alla cessazione negli ex-fumatori.

In Tabella 1.2a e 1.2b riportiamo una sintesi delle informazioni ricavabili dalle diverse indagini Istat. Alcuni dati, come la prevalenza di fumatori, la tipologia di prodotto utilizzato, il n° di sigarette/die, l'età di inizio ecc., sono disponibili in maniera continuativa dagli anni '80 ad oggi, mentre altri sono raccolti più frammentariamente nei vari anni delle indagini. Le indagini Istat consentono di tracciare, complessivamente, un profilo dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana nell'arco di tempo relativo agli ultimi 20 anni circa, con dettaglio regionale e possibilità di correlazione con altre variabili generali e di tipo socio-economico, quali genere, età, stato civile, livello di istruzione, attività lavorativa. I dati delle indagini Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" sono analizzabili ed elaborabili direttamente dai record individuali raccolti nell'inchiesta, mentre per quelli relativi alle indagini Istat degli anni precedenti al 1993 faremo riferimento alle pubblicazioni dell'Istituto Statistico.

Tabella 1.2.a
Informazioni sull'abitudine al fumo ricavabili dalle diverse indagini Istat

Indagine Istat	Anno	Età del campione	Informazioni					
			Dettaglio regionale	Fumatore (si, no, ex)	Età di inizio	Frequenza (quotidiana, occasionale)	Durata (anni)	Tipologia (sigarette, sigari, pipa)
Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari	1980	≥ 14 anni	X	X	X		X	X
	1983	≥ 14 anni	X	X	X		X	X
	1986-1987	≥ 10 anni	X	X	X		X	X
	1990-1991	≥ 14 anni	X	X	X		X	X
	1994	≥ 14 anni	X	X	X		X	X
	1999-2000	≥ 14 anni	X	X	X	X	X	X
	2004-2005	≥ 14 anni	X	X	X	X	X	X
	1993-2003	≥ 14 anni	X	X				X
	2005	≥ 11 anni	X	X				X

* Indagine Multiscopo sulle famiglie

**Tabella 1.2.b.
Informazioni sull'abitudine al fumo ricavabili dalle diverse indagini Istat**

Indagine Istat	Anno	Informazioni						
		Quantità (n° sigarette/die)	Tipo di sigarette (si/no filtro)	Da quanti anni ha smesso	Motivo della cessazione	Tentativi di smettere (si, no)	Metodo con cui ha smesso	Variazioni di consumo ultimi 2 anni
	1980	X						
	1983	X		X	X			
	1986-1987	X		X	X			
	1990-1991	X		X	X	X		X
	1994	X	X	X	X	X		X
	1999-2000	X		X				
	2004-2005	X		X		X (+ metodo)	X	
Aspetti della vita quotidiana*	1993-2003	X						
	2005	X						

* Indagine Multiscopo sulle famiglie

1.2 Le indagini nazionali Doxa

Informazioni sulle tendenze e le caratteristiche del consumo di tabacco possono essere ricavate dalle indagini che l'istituto per le ricerche statistiche Doxa ha condotto negli anni su campioni rappresentativi della popolazione italiana. Le indagini descrivono un ampio arco temporale: le prime rilevazioni sono state condotte negli anni 1949, 1957, 1965 e 1975 e, in seguito, nel 1990 e, annualmente, dal 2001 al 2006 (Tabella 1.3). La metodologia delle ultime ricerche, condotte su incarico dell'Istituto Superiore di Sanità ed in collaborazione con l'Istituto Mario Negri e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ha previsto la rilevazione della prevalenza dei fumatori nella popolazione italiana adulta di età maggiore di 15 anni, di alcune abitudini dei fumatori (consumo giornaliero di sigarette, tentativi di smettere, luoghi d'acquisto, ecc.) e delle opinioni degli italiani, fumatori e non, su alcuni argomenti legati al fumo, come i recenti divieti, il ruolo del medico di base, le misure di disassuefazione, l'impatto delle scritte o di eventuali foto sui pacchetti. La numerosità dei campioni estratti dalle popolazioni oggetto di studio è stata, nelle rilevazioni 2001-2006, di circa 3.000 soggetti per anno di studio.

Tabella 1.3
Il consumo di tabacco in Italia: le indagini Doxa.

Anno	Fascia di età	Numerosità del campione
1949	≥ 18 anni	3.989
1957	≥ 16 anni	5.442
1965	≥ 16 anni	6.095
1975	≥ 15 anni	4.000
1990	≥ 15 anni	1.033
2001-2006	≥ 15 anni	circa 3.000

1.3 Le indagini condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha condotto recentemente due indagini che hanno avuto come oggetto di studio la rilevazione degli stili di vita della popolazione nella regione:

- Indagini locali multicentriche su stile di vita e stato di salute;
- Indagine EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana).

Indagini locali multicentriche

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, nell'ambito dello svolgimento del progetto CO.M.E.T.A. (Controllo e Monitoraggio delle Tossicodipendenze e delle Alcol-Dipendenze in Toscana) ha condotto un'indagine postale e/o telefonica su 5 aree della Regione Toscana volta alla valutazione degli stili di vita e dello stato di salute della popolazione.

La rilevazione è stata condotta nel periodo 2001-2002 nel territorio del comune di Firenze, di 6 comuni dell'area fiorentina (Scandicci, Barberino Val d'Elsa, Bagno a Ripoli, Tavarnelle, Greve in Chianti, Impruneta), della provincia di Grosseto, di Prato e di Empoli. Dagli archivi anagrafici comunali è stato estratto un campione random di adulti di età compresa tra 18 e 74 anni, pesato per comune di residenza, genere e classe quinquennale di età, rappresentativo dei residenti nelle ASL di Prato e di Empoli, nei comuni di Firenze e Scandicci e nei 5 comuni del Chianti. Per la provincia di Grosseto il campione è stato estratto dalla lista dell'anagrafe assistiti ed è rappresentativo delle quattro zone socio-sanitarie (Amiata Grossetana, Colline dell'Albegna, Colline Metallifere, Grossetana). La scelta della fascia di età considerata è stata legata all'esigenza di intervistare la quota di popolazione in età attiva. Ai soggetti compresi nel campione è stato inviato un questionario postale nominativo con allegata una busta pre-affrancata per la restituzione ed il modulo di consenso informato. Al ritorno, i questionari sono stati controllati per completezza e coerenza e, nel caso di assenza o incongruità delle risposte nelle variabili di interesse prioritario, i dati sono stati recuperati, ove possibile, telefonicamente. In caso di mancata risposta entro 20 giorni dalla spedizione è stato effettuato un sollecito telefonico, offrendo la possibilità di completare il questionario sul momento. Solo nei 5 comuni del Chianti ed in quello di Scandicci l'intervista è stata condotta interamente per via telefonica.

Il questionario ha raccolto informazioni sull'abitudine al consumo di tabacco, dal semplice utilizzo fino alla dipendenza calcolata tramite il test di Fagerstrom (FTND, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence). Il test è stato sviluppato da Karl-Olov Fagerstrom nel 1978 al fine di misurare la dipendenza da

nicotina, ed è stato rivisto e corretto a più riprese fino all'ultima versione del 1991. Tale test è composto da 6 domande con opzioni di risposta associate ad un punteggio che, una volta sommato per tutti gli *items*, forma un indice in base al quale è possibile suddividere i fumatori secondo tre livelli di dipendenza da nicotina: bassa, media e alta (Tabella 1.4).

Tabella 1.4
Test di Fagerstrom

Domande	Risposte	Punteggio
1. Al risveglio, fuma la prima sigaretta dopo	5 minuti	3
	6-30 minuti	2
	31-60 minuti	1
	Oltre 60 minuti	0
2. Trova difficile non fumare dove è proibito? (es.: in chiesa, in biblioteca, al cinema...)	Sì	1
	No	0
3. A quale sigaretta trova più difficile rinunciare?	La prima del mattino	1
	Qualsiasi altra	0
4. Quante sigarette fuma mediamente al giorno?	Meno di 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	Più di 30	3
5. Fuma di più nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	Sì	1
	No	0
6. Fuma anche se sta male ed è costretto a letto?	Sì	1
	No	0

Punteggio totale al test di Fagerstrom e grado di dipendenza dalla nicotina:

Bassa dipendenza: punteggio 0-4;

Media dipendenza: punteggio 5-7;

Alta dipendenza: punteggio 8-10.

L'indagine comprendeva quesiti rivolti anche allo studio di altre caratteristiche degli stili di vita della popolazione, oltre a quelli relativi al fumo di tabacco, quali il consumo di bevande alcoliche (frequenza, quantità, modalità, occasione, rapporto con i pasti), il Body Mass Index (BMI) ed il ricorso ai servizi sanitari, nonché la rilevazione di informazioni generali su stato civile, titolo di studio e attività lavorativa dei soggetti.

Al termine della rilevazione effettuata, i questionari raccolti sono stati 3.794; il tasso di adesione della popolazione è stato variabile, con la compliance più bassa rilevata nella provincia di Grosseto, pari al 47,1%, e la più elevata, corrispondente al 74,6%, in quella di Prato.

Indagine EDIT

La ricerca EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell' Infortunistica stradale in Toscana), condotta tra febbraio e giugno 2005, ha indagato le relazioni tra gli stili di vita e l'infortunistica stradale dei giovani toscani, coinvolgendo quasi 5.000 studenti, di età compresa tra 14 e 19 anni, appartenenti a 56 istituti di istruzione superiore di secondo grado. La scelta degli studenti delle scuole superiori come target dell'indagine ha risposto a precisi requisiti di opportunità, economicità ed affidabilità: i giovani sono, infatti, la categoria a maggior rischio di incidenti stradali (una vittima su tre ha tra 15 e 29 anni) e rappresentano i destinatari verso i quali eventuali campagne di prevenzione possono risultare maggiormente efficaci.

Nell'ambito dello studio, effettuato su un campione rappresentativo dell'intera regione e delle singole ASL, sono stati raccolti in Toscana, per la prima volta, una serie di indicatori sulle abitudini di vita degli adolescenti, quali il consumo di bevande alcoliche, l'abitudine al fumo, il consumo di sostanze d'abuso, le attività nel tempo libero, le attività sportive, le abitudini alimentari, i comportamenti sessuali e il bullismo, consentendo di stimare il reale impatto di questi fattori sull'infortunistica stradale.

Il questionario utilizzato, anonimo e autocompilato, era composto da 75 domande raggruppate in sezioni omogenee ed è stato somministrato ai ragazzi per mezzo di palmari connessi con modalità wireless ad un computer server. Questa modalità innovativa, oltre a raccogliere il consenso, la collaborazione e l'entusiasmo degli intervistati, ha permesso di ottimizzare la fase di raccolta dati, riducendone tempi, costi ed errori.

Per quanto riguarda, nello specifico, l'abitudine al fumo, le domande del questionario indagavano se l'adolescente avesse mai provato a fumare, l'attuale consumo di sigarette (sì, no, n°/die) e l'età di inizio dell'utilizzo regolare del fumo di tabacco (vedi tabella 1.5)

Tabella 1.5

Le domande relative all'abitudine al fumo nel questionario EDIT

- Nel corso della tua vita, hai mai PROVATO a fumare sigarette?
 - SÌ
 - NO
- Se sì, attualmente fumi sigarette?
 - NO, ma per un periodo le fumavo
 - NO, non ho mai fumato con regolarità
 - SÌ, ma soltanto in occasioni particolari
 - SÌ, chiedo qualche tiro/sigaretta agli amici
 - SÌ, le compro regolarmente
 - Non so
- Se fumi con una certa regolarità, quante sigarette fumi al giorno?

<input type="checkbox"/> Meno di 1	<input type="checkbox"/> da 21 a 25
<input type="checkbox"/> da 1 a 5	<input type="checkbox"/> da 26 a 30
<input type="checkbox"/> da 6 a 10	<input type="checkbox"/> Più di 30
<input type="checkbox"/> da 11 a 15	<input type="checkbox"/> Non so
<input type="checkbox"/> da 16 a 20	
- A quanti anni hai cominciato a fumare con una certa regolarità?

<input type="checkbox"/> Prima di 12 anni	<input type="checkbox"/> 17 anni
<input type="checkbox"/> 12 anni	<input type="checkbox"/> 18 anni
<input type="checkbox"/> 13 anni	<input type="checkbox"/> 19 anni
<input type="checkbox"/> 14 anni	<input type="checkbox"/> 20 anni
<input type="checkbox"/> 15 anni	<input type="checkbox"/> 21 anni o più
<input type="checkbox"/> 16 anni	<input type="checkbox"/> Non so

CAPITOLO 2

Le caratteristiche dell'abitudine al fumo in Italia, nelle ripartizioni geografiche ed in Toscana

2. LE CARATTERISTICHE DELL'ABITUDINE AL FUMO IN ITALIA, NELLE RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE ED IN TOSCANA

La descrizione dei cambiamenti dei consumi di tabacco in Italia e nella nostra regione in un arco temporale il più esteso possibile consente di tipizzare il fenomeno e le sue evoluzioni, favorendo l'individuazione di possibili gruppi a maggior rischio per le conseguenze dannose del fumo ed il riconoscimento di priorità nell'ambito delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Le rilevazioni compiute dall'Istat forniscono indicazioni per l'Italia, per le tre ripartizioni geografiche (Nord, Centro, Sud e Isole) e per le singole regioni, a partire dagli anni '80 attraverso le indagini periodiche "Condizione di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari" e dal 1993 con le Multiscopo annuali "Aspetti della vita quotidiana". Dalle rilevazioni condotte dall'Istituto Doxa siamo in grado di risalire ai consumi di tabacco in Italia a partire dagli anni '50.

Dall'insieme di tali fonti informative abbiamo ricavato una descrizione delle caratteristiche del consumo di tabacco in Italia, nelle ripartizioni geografiche e in Toscana nel periodo di tempo osservato dalle indagini, in base alla classica distinzione dei soggetti in fumatori, ex fumatori e mai fumatori, nell'intera popolazione e secondo una distinzione per genere e per fasce di età. È stato, inoltre, valutato il fenomeno del consumo dal punto di vista quantitativo, considerando come indicatore la quantità media di sigarette fumate quotidianamente.

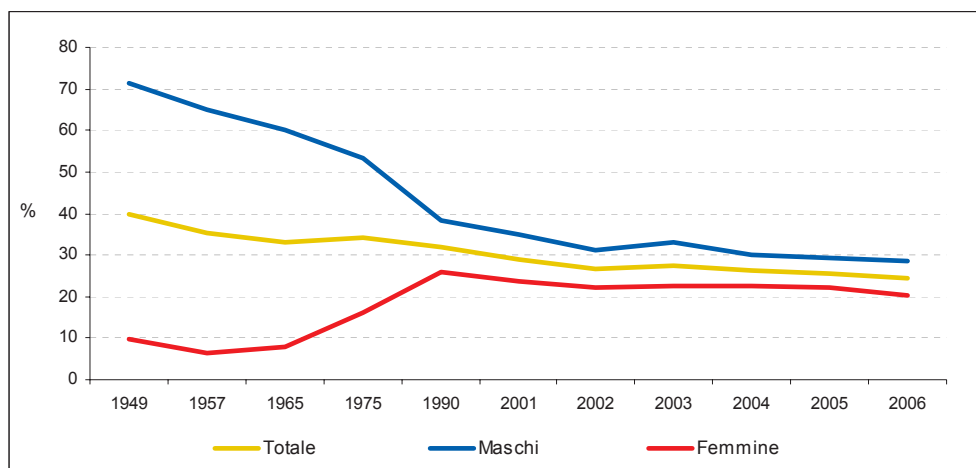
La tipizzazione dell'abitudine al fumo in Toscana è stata completata con i risultati di indagini condotte a livello regionale dall'Agenzia Regionale di Sanità, che hanno descritto il grado di dipendenza da nicotina nei soggetti fumatori e le caratteristiche del consumo di tabacco in età giovanile.

2.1 Il consumo di tabacco in Italia ed in Toscana

Le indagini Doxa, come già detto nel capitolo relativo alle fonti dei dati, ci permettono di ricavare informazioni sull'abitudine al fumo della popolazione italiana relative ad un ampio arco temporale. Tali rilevazioni mostrano che nella popolazione generale e per il genere maschile è evidente fin dagli anni '50 una

riduzione della percentuale di fumatori, che rappresentavano, rispettivamente, il 40% ed il 71,4% dei soggetti, contro il 24,3% ed il 28,6% del 2005 (Figura 2.1). Al contrario, nel genere femminile, si osserva un andamento a due fasi: dal 1949 al 1990 la percentuale di fumatrici aumenta, passando dal 9,7% al 25,9%, per poi stabilizzarsi e, negli ultimi anni di osservazione, assumere un trend in diminuzione.

Figura 2.1
Abitudine al fumo in Italia (%). Anni 1949-2006. Fonte Doxa.



I dati forniti dalle indagini Istat, che descrivono le caratteristiche dell'abitudine al fumo relative ad anni più recenti, confermano che in Italia, dagli anni '80 ad oggi, il consumo di tabacco è risultato sempre meno diffuso nella popolazione. La maggiore consapevolezza dei rischi per la salute, i provvedimenti legislativi attuati e le attività di educazione alla salute sembrano avere reso complessivamente più "virtuosi" i comportamenti della popolazione italiana, muovendo soprattutto coloro che fumavano verso la cessazione dell'abitudine. Nel periodo, infatti, la quota di fumatori è diminuita passando dal 34,9% nel 1980 al 22,6% nel 2005, prevalentemente grazie all'aumento degli ex fumatori (dal 5,5% al 23%) piuttosto che alle variazioni dei soggetti che non hanno mai fumato (Tabella 2.1).

Tabella 2.1**Abitudine al fumo in Italia (%). Anni 1980–2005. Età ≥ 14 anni; 1986-1987: età ≥ 10 anni.**

Italia																
	1980	1983	1986 1987	1990 1991	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Maschi																
Fumatori	54,3	45,6	37,9	37,8	35,6	34,5	34,3	35,3	33,7	32,9	33,4	32,7	31,8	31,5	31,7	29,0
Ex fumatori	9,9	13,5	13,8	21	26,9	26,9	27,7	27,2	28,0	29,6	28,0	27,5	28,0	28,6	28,8	31,1
Mai fumatori	35,7	40,9	44,7	41,2	37,4	38,6	37,9	37,5	38,4	37,5	38,6	39,8	40,2	39,9	39,5	39,9
Femmine																
Fumatrici	16,7	17,7	16,3	17,8	16,7	16,9	17,4	18,0	17,5	17,6	17,6	17,8	17,3	17,4	17,7	16,6
Ex fumatrici	1,4	2,3	3,1	6,3	12,6	13,2	13,3	12,3	13,8	14,7	12,8	13,9	13,6	14,1	14,5	15,4
Mai fumatrici	81,9	80,0	77,1	75,9	70,7	69,9	69,3	69,7	68,6	67,7	69,6	68,3	69,1	68,5	67,7	68,0
Totale																
Fumatori	34,9	31,1	26,7	27,4	25,9	25,4	25,6	26,3	25,3	25,0	25,2	24,9	24,3	24,2	24,5	22,6
Ex fumatori	5,5	7,7	8,3	13,4	19,5	19,8	20,3	19,5	20,6	21,9	20,2	20,4	20,6	21,1	21,4	23,0
Mai fumatori	59,6	61,2	61,4	59,2	54,6	54,8	54,2	54,2	54,0	53,2	54,7	54,6	55,1	54,7	54,1	54,5

Dati Istat, elaborazione ARS

L'analisi per genere (Tabella 2.1) conferma delle tendenze differenti nel periodo esaminato, soprattutto nella quota di coloro che fumano. Nel genere maschile si osserva una riduzione della percentuale di fumatori, che costituivano oltre la metà dei soggetti (54,3%) nel 1980 ed il 29% nel 2005. Nel genere femminile si registra, invece, una sostanziale stabilità delle fumatrici (16,7% nel 1980 e 16,6% nel 2005). La percentuale di ex fumatori tende comunque a crescere in entrambi i generi (dal 9,9% al 31,1% nei maschi e dall'1,4% al 15,4% nelle femmine), confermando l'aumento della sensibilità dei fumatori riguardo alle conseguenze negative del consumo di tabacco. Complessivamente, è nel genere femminile che si assiste alla maggior resistenza alla diffusione di comportamenti non a rischio per la salute.

Il consumo di tabacco continua ad essere differenziato per genere, con prevalenza di fumatori maggiore negli uomini rispetto alle donne (meno di 1 su 5), ma il divario appare ridursi negli anni, in linea con la riduzione dei fumatori nel sesso maschile e la stabilità delle fumatrici.

Le stime della Doxa sulle percentuali di fumatori danno generalmente valori più elevati rispetto alle indagini Istat, soprattutto per il genere femminile.

I risultati delle rilevazioni Istat e Doxa indicano che l'Italia, attualmente, sembra sperimentare la fase 3 della curva epidemica proposta da Lopez *et al.* (1994) relativa alle prevalenze di consumo di tabacco; in tale fase i fumatori nei maschi tendono a ridursi e gli ex fumatori aumentano, mentre nelle femmine si raggiunge il picco della diffusione dell'abitudine, che si mantiene successivamente stabile per poi declinare alla fine del periodo. Secondo il modello, il picco della prevalenza nelle donne non raggiunge quello che si è verificato precedentemente negli uomini, in quanto le conoscenze riguardo i rischi per la salute connessi al fumo risultano, generalmente, ampiamente diffuse nella popolazione. In tale stadio, la percezione nella comunità del consumo di tabacco si modifica, passando da un comportamento socialmente accettabile ad uno non più accettato. L'iniziale declino della prevalenza di fumatrici evidenziato nell'ultimo periodo, soprattutto dalle indagini Doxa, se confermato nei prossimi anni, potrebbe indicare il passaggio dell'Italia verso la parte terminale dello stadio tre della curva epidemica.

Nell'analisi degli andamenti nelle tre ripartizioni geografiche dell'Italia, ovvero Nord, Centro, Sud e Isole osserviamo che, nel periodo 1980-2005 (Tabella 2.2), la percentuale più elevata di fumatori si rileva nelle regioni centrali (circa 1 soggetto su 3 nel 1980 e 1 su 4 nel 2005). La quota di ex fumatori è maggiore nel Nord e nel Centro Italia e la prevalenza più alta di soggetti che non hanno mai iniziato a fumare si registra nelle regioni meridionali ed insulari (il 60,5% nel 1980 e il 58,4% nel 2005).

Tabella 2.2
Abitudine al fumo in Italia per ripartizione geografica (%), popolazione generale. Et  ≥14 anni. Anni 1980–2005.

	Anni													
	1980	1983	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Nord														
Fumatori	34,2	31,1	25,0	24,3	25,9	25,9	25,3	24,2	24,5	24,1	23,4	24,5	24,5	22,0
Ex fumatori	6,3	8,8	21,7	21,6	22,4	21,8	22,4	23,7	21,9	22,7	23,1	23,1	23,2	25,0
Mai fumatori	59,5	60,1	53,4	54,1	51,7	52,3	52,2	52,2	53,6	53,2	53,5	52,4	52,3	53,1
Centro														
Fumatori	35,9	32,1	26,8	27,0	26,4	28,1	26,3	27,5	26,6	26,7	26,9	25,7	25,8	24,1
Ex fumatori	5,8	8,4	20,7	21,0	20,9	20,4	20,6	22,8	21,6	20,8	21,5	22,2	22,7	25,3
Mai fumatori	58,3	59,5	52,4	52,0	52,7	51,5	53,1	49,7	51,7	52,5	51,6	52,1	51,5	50,6
Sud e Isole														
Fumatori	35,2	30,6	26,4	25,9	24,7	26,0	24,8	24,6	25,3	25,0	24,1	22,9	23,6	22,5
Ex fumatori	4,4	5,7	15,9	16,9	17,1	16,0	18,3	19,0	17,1	17,3	16,8	17,9	18,5	19,1
Mai fumatori	60,5	63,7	57,6	57,2	58,1	58,0	56,9	56,4	57,6	57,6	59,1	59,2	58,0	58,4

Dati Istat, elaborazione ARS

L'analisi per genere mostra delle caratteristiche peculiari nella diffusione dell'abitudine nelle tre ripartizioni geografiche (Tabella 2.3 e Tabella 2.4), come altre ricerche hanno già evidenziato. L'abitudine al fumo rimane fortemente differenziata per genere soprattutto nelle regioni meridionali ed insulari, in cui si osserva la percentuale più alta di fumatori e quella più bassa di fumatrici e risulta, inoltre, maggiore il divario tra i generi in coloro che non hanno mai iniziato a fumare, a favore del sesso femminile. Particolarmente elevata risulta, invece, la diffusione dell'abitudine al fumo nelle donne residenti nel Centro Italia, dove si registra la quota più elevata di fumatrici. Nel genere maschile osserviamo la percentuale più bassa di fumatori nelle regioni del Nord Italia, con un gradiente verso l'aumento di tale quota dalle regioni settentrionali alle meridionali.

La quota più elevata di fumatori è costituita in ognuna delle ripartizioni geografiche, come già detto, da soggetti maschi, ma possiamo osservare che la distanza tra i due generi tende a ridursi nel periodo 1983-2005 (Figura 2.2), prevalentemente a causa della diminuzione della percentuale di fumatori che si è verificata in ciascuna delle aree. Nel genere femminile i comportamenti osservati nel periodo sono differenti, coerentemente con l'esistenza di modelli culturali femminili differenziati nelle diverse aree del Paese: al Nord la quota di fumatrici si riduce, al Centro mostra scarse variazioni mentre al Sud tende ad aumentare, evidenziando una condizione di rischio per la diffusione dell'abitudine, soprattutto nel futuro.

Tabella 2.3
Abitudine al fumo in Italia per ripartizione geografica (%), maschi. Età ≥14 anni. Anni 1980–2005.

Maschi	Anni																							
	1980	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	
Nord																								
Fumatori	50,8	43,5	32,8	31,1	33,1	33,3	32,6	30,4	31,7	29,9	29,0	30,5	30,2	30,5	30,2	27,2								
Ex fumatori	10,9	15,3	28,7	28,9	29,7	29,4	29,9	31,3	29,3	29,6	30,8	30,5	30,0	32,6										
Mai fumatori	38,4	41,2	38,5	40,0	37,2	37,3	37,5	38,3	39,0	40,5	40,1	39,0	39,8	40,2										
Centro																								
Fumatori	53,1	44,5	35,3	35,0	33,8	35,2	33,3	34,3	32,9	33,7	33,4	31,1	32,6	29,2										
Ex fumatori	10,5	14,6	29,4	28,5	29,2	28,6	28,0	30,3	30,2	27,0	29,2	30,0	29,3	33,6										
Mai fumatori	36,4	40,9	35,2	36,5	37,0	36,2	38,7	35,5	36,9	39,4	37,4	38,9	38,1	37,2										
Sud e Isole																								
Fumatori	59,8	49,1	39,6	38,7	36,3	38,0	35,3	35,4	35,8	35,7	34,5	33,1	33,1	31,2										
Ex fumatori	8,4	10,5	23,1	23,5	24,4	23,7	25,4	27,1	25,3	25,2	23,6	25,4	27,0	27,8										
Mai fumatori	31,8	40,4	37,3	37,8	39,3	38,3	39,3	37,5	39,0	39,1	41,9	41,5	40,0	41,1										

Dati Istat, elaborazione ARS

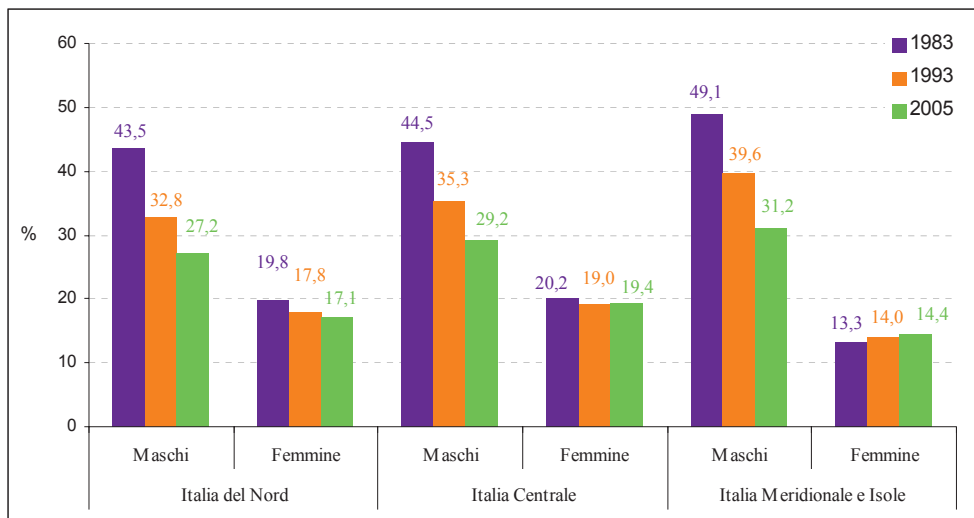
Tabella 2.4
Abitudine al fumo in Italia per ripartizione geografica (%), femmine. Et  ≥ 14 anni. Anni 1980–2005.

	Anni														
	1980	1983	1983	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	
Maschi															
Nord															
Fumatori	18,8	19,8	17,8	18,0	19,2	19,0	18,6	18,4	17,7	18,7	18,1	18,9	19,2	17,1	
Ex fumatori	2,1	3,0	15,1	14,8	15,6	14,7	15,6	16,6	15,0	16,3	15,8	16,1	16,7	17,7	
Mai fumatori	79,1	77,2	67,2	67,3	65,2	66,3	65,9	65,0	67,3	65,0	66,1	64,9	64,0	65,1	
Centro															
Fumatori	19,9	20,2	19,0	19,7	19,6	21,5	19,8	21,2	20,9	20,3	20,8	20,8	19,6	19,4	
Ex fumatori	1,4	2,6	12,7	14,0	13,2	12,8	13,8	16,0	13,8	15,1	14,4	15,0	16,7	17,7	
Mai fumatori	78,7	77,2	68,3	66,3	67,2	65,7	66,5	62,8	65,4	64,6	64,8	64,2	63,7	62,9	
Sud e Isole															
Fumatori	11,8	13,3	14,0	13,9	13,9	14,7	14,9	14,6	15,6	15,1	14,3	13,5	14,7	14,4	
Ex fumatori	0,6	1,3	9,2	10,7	10,3	8,8	11,6	11,4	9,5	10,0	10,4	10,9	10,5	11,0	
Mai fumatori	87,6	85,4	76,8	75,4	75,8	76,5	73,5	74,0	74,9	74,8	75,4	75,6	74,7	74,6	

Dati Istat, elaborazione ARS

Figura 2.2

Abitudine al fumo: percentuali di fumatori per genere e ripartizione geografica (età ≥14 anni). Anni 1983, 1993 e 2005. Dati Istat, elaborazione ARS.



In Tabella 2.5 riportiamo le caratteristiche dell'abitudine al fumo per le diverse regioni italiane, riferite all'anno 2005, ordinate secondo prevalenze crescenti di fumatori nella popolazione generale. Le quote di fumatori osservate confermano le considerazioni fatte riguardo alla distribuzione secondo la ripartizione geografica. Nei maschi, la percentuale più bassa di fumatori si ha nel Friuli Venezia Giulia (19,7%), mentre il valore più elevato si registra in Campania (34,5%); nel genere femminile, è la Puglia ad avere la quota inferiore di fumatrici (9,2%) e le regioni centrali di Lazio ed Umbria raggiungono i valori più alti (oltre il 20%). Il dato della Toscana nel 2005 colloca la nostra regione tra quelle in cui la prevalenza di fumatori è più alta, superiore al valore nazionale, sia nella popolazione generale, anche se con una minima differenza, che, soprattutto, nel genere femminile; negli uomini la quota di fumatori toscani è, invece, inferiore a quella riferita all'intera penisola.

Tabella 2.5
Abitudine al fumo (%) per genere e regione. Età ≥ 14 anni. Anno 2005.

Regione	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori	Fumatrici	Ex fumatrici	Mai fumatrici	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Friuli Venezia Giulia	19,7	34,5	45,8	16,2	17,0	66,8	17,9	25,4	56,7
Calabria	27,7	29,4	42,9	11,4	10,3	78,2	19,3	19,6	61,1
Puglia	30,8	25,4	43,8	9,2	10,6	80,2	19,7	17,8	62,5
Veneto	25,0	34,2	40,8	15,1	19,0	65,9	19,9	26,4	53,7
Trentino Alto-Adige	22,8	31,1	46,1	17,2	18,9	63,9	19,9	24,9	55,2
Basilicata	26,9	30,9	42,2	13,4	10,7	75,9	20,0	20,6	59,4
Molise	30,5	32,0	37,5	11,3	12,9	75,8	20,5	22,0	57,5
Liguria	26,4	31,2	42,4	16,0	16,4	67,6	20,9	23,4	55,8
Marche	25,6	33,1	41,2	16,5	16,5	67,0	20,9	24,5	54,6
Piemonte e Valle d'Aosta	28,2	32,0	39,8	14,9	16,1	69,0	21,4	23,8	54,8
Sicilia	30,7	27,6	41,7	14,8	9,6	75,6	22,4	18,2	59,4
Emilia Romagna	26,3	31,9	41,8	19,3	18,2	62,6	22,6	24,8	52,6
Italia	29,0	31,1	39,9	16,6	15,4	68,0	22,6	23,0	54,5
Toscana	28,0	36,4	35,6	18,1	18,6	63,3	22,9	27,1	50,0
Sardegna	28,9	32,9	38,2	17,3	16,0	66,6	23,0	24,3	52,7
Abruzzo	30,6	32,4	37,0	17,5	14,1	68,4	23,8	22,9	53,3
Lombardia	29,7	32,7	37,6	18,6	17,9	63,6	24,0	25,1	51,0
Umbria	29,1	32,9	38,0	20,7	16,0	63,2	24,8	24,1	51,1
Campania	34,5	25,8	39,8	17,4	10,5	72,1	25,6	17,8	56,6
Lazio	31,2	31,8	37,0	20,9	17,6	61,4	25,8	24,4	49,8

Dati Istat, elaborazione ARS

L'abitudine al fumo nella regione Toscana ha subito evoluzioni analoghe a quelle osservate per l'intera penisola (Tabella 2.6). A partire dagli anni '80 si è osservata nella popolazione generale una progressiva riduzione della quota di fumatori, che sono passati dal 35% al 22,9% nel 2005; contemporaneamente sono aumentati gli ex fumatori che, per la prima volta dal 2003, arrivano a superare coloro che abitualmente consumano tabacco, differenziandosi in questo dal dato italiano, ed evidenziando che la tendenza a smettere di fumare appare ormai consolidata nella nostra regione. I soggetti che non hanno mai fumato rappresentano la proporzione maggiore della popolazione toscana, pur essendosi

ridotti nel periodo passando dal 58,2% nel 1980 alla metà dei residenti nella regione nel 2005.

Tabella 2.6

Abitudine al fumo in Toscana (%). Anni 1980–2005. Età ≥ 14 anni; 1986-1987: età ≥ 10 anni.

Toscana															
	1980	1983	1986 1987	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Maschi															
Fumatori	51,7	42,3	36,1	34,6	31,7	31,4	33,4	31,8	32,9	29,7	31,1	31,2	27,3	29,6	28,0
Ex fumatori	12,4	15,3	19,3	30,6	30,2	30,1	30,8	31,8	31,5	34,1	29,6	33,5	33,1	32,1	36,4
Mai fumatori	35,9	42,4	41,8	34,8	38,1	38,6	35,8	36,4	35,5	36,2	39,3	35,3	39,6	38,3	35,6
Femmine															
Fumatrici	19,3	18,5	17,8	20,8	18,9	20,0	19,9	19,3	20,5	18,3	19,1	20,6	20,1	18,3	18,1
Ex fumatrici	1,7	2,2	4,1	13,0	16,4	14,0	13,7	15,5	16,0	16,5	14,1	16,2	16,0	16,2	18,6
Mai fumatrici	79,0	79,3	75,7	66,2	64,7	66,0	66,5	65,3	63,5	65,2	66,8	63,3	63,9	65,5	63,3
Totale															
Fumatori	35,0	30,1	26,6	27,3	25,0	25,4	26,3	25,3	26,5	23,8	24,8	25,7	23,5	23,7	22,9
Ex fumatori	6,9	8,7	11,4	21,4	23,0	21,7	21,9	23,3	23,4	24,9	21,5	24,5	24,2	23,8	27,1
Mai fumatori	58,2	61,2	59,5	51,3	52,0	52,9	51,8	51,5	50,1	51,3	53,7	49,9	52,3	52,4	50,0

Dati Istat, elaborazione ARS

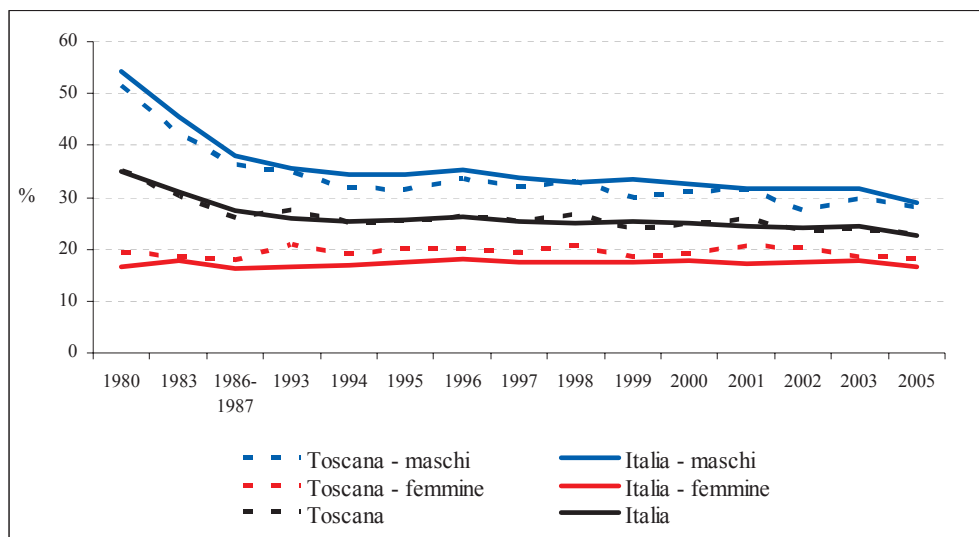
Nella genere maschile si ripetono gli andamenti osservati in Italia (Tabella 2.6): si riducono i fumatori (dal 51,7% nel 1980 al 28% nel 2005), soprattutto per l'aumento degli ex fumatori, che subiscono un incremento di oltre il doppio passando dal 12,4% nel 1980 al 36,4% nel 2005. A partire dal 2001 osserviamo che la percentuale di ex fumatori risulta maggiore rispetto a quella dei fumatori, invertendo l'andamento degli anni precedenti, differenziandosi, anche in questo caso, dal resto dell'Italia.

I trend temporali osservati nella popolazione femminile toscana mostrano, analogamente a quelli italiani, che la percentuale di fumatrici si mantiene sostanzialmente stabile nel periodo esaminato (19,3% nel 1980 e 18,1% nel 2005), nonostante l'aumento delle ex fumatrici, che passano dall'1,7% nel 1980 al 18,6% nel 2005; a spiegare tale andamento concorre la diminuzione delle donne che non hanno mai fumato (Tabella 2.6). I provvedimenti rivolti alla riduzione della diffusione dell'abitudine al fumo sembrano avere chiaramente orientato gli uomini toscani verso comportamenti meno a rischio per la salute, mentre lo stesso

fenomeno non si è realizzato nelle donne, in cui si è mantenuta una quota costante di fumatrici. In sostanza, sembra presentarsi una situazione nel genere femminile in cui, anche se chi fuma tende a smettere, tale quota viene rimpiazzata da coloro che iniziano a fumare *ex novo*.

Dal confronto tra Toscana ed Italia dei dati percentuali assoluti nell'intero periodo esaminato si conferma che, mentre le quote complessive di fumatori sono sostanzialmente analoghe, si rilevano delle differenze se osserviamo l'abitudine nei due generi (Figura 2.3). La quota di donne e uomini fumatori in Toscana, infatti, risulta, rispettivamente, superiore ed inferiore rispetto a quella osservata in Italia. Le fumatrici in Toscana rappresentano un gruppo a rischio percentualmente più numeroso che nel resto d'Italia. Anche in Toscana, la diffusione dell'abitudine continua ad essere fortemente differenziata per genere, con prevalenze di fumatori più elevate tra i maschi, ma il divario tra i due generi è meno marcato rispetto all'intera penisola.

Figura 2.3
Fumatori in Toscana ed Italia (%), anni 1980–2005. Età ≥14 anni; 1986-1987: età ≥10 anni. Dati Istat, elaborazione ARS.



2.2 L'abitudine al consumo di tabacco secondo l'età

Abbiamo analizzato le caratteristiche dell'abitudine al fumo in Italia ed in Toscana focalizzandoci sulla distribuzione per fasce di età delle variabili considerate

(fumatore, ex fumatore, mai fumatore). La classe di età costruita è quinquennale da 14 a 19 anni, e successivamente costituita da dieci anni ciascuna fino a quella dei soggetti con 70 anni e oltre. Gli anni presi in considerazione sono stati il 1993 ed il 2005.

Una prima descrizione di come si sia modificato negli anni il fenomeno del consumo di tabacco si ottiene dal dato che in Toscana nel 1993 la percentuale più alta di fumatori si osservava nelle età medie (30-49 anni), mentre nel 2005 si rileva nei giovani tra 20 e 29 anni, che rappresentano, nella nostra regione, oltre un terzo dei soggetti con età tra 20 e 29 anni (Tabella 2.7).

In Italia, tra i ragazzi più giovani, ovvero adolescenti tra 14 e 19 anni, la diffusione del fumo di tabacco ha avuto un picco nella seconda metà degli anni novanta (dati non mostrati). Tuttavia, se consideriamo la tendenza dell'intero periodo 1993–2005, osserviamo che la quota di soggetti fumatori in tale classe di età tende ad aumentare, con valori pari all'11% nel 1993 al 12,3% nel 2005 (Tabella 2.7). Anche in Toscana dal 1993 al 2005 la quota di fumatori di età compresa tra 14-19 anni ha avuto un andamento altalenante (dati non mostrati), con valori più alti nella seconda metà degli anni '90 e percentuali che successivamente si riducevano. È da sottolineare, tuttavia, il dato riferito all'anno 2005, in cui si è registrato un incremento notevole dei fumatori in tale fascia di età, che ha raggiunto il 17,9% dei soggetti.

Rimane sostanzialmente costante, in Italia, la proporzione di coloro che consumano tabacco di età dai 20 ai 29 anni, mentre nella nostra regione si assiste, a differenza del dato italiano, ad una tendenza all'aumento della quota di fumatori in tale fascia, passando dal 33,3% nel 1993 al 36,5% nel 2005.

Complessivamente, in Toscana e nell'intera penisola, i comportamenti dei giovani non sembrano risentire della generale tendenza alla riduzione della diffusione dell'abitudine al fumo, continuando a mantenere o ad aumentare la propensione verso il consumo di tabacco. In Toscana, inoltre, emerge un ulteriore dato di attenzione: sia tra gli adolescenti (14–19 anni) che tra i giovani adulti (20–29 anni) i fumatori sono percentualmente maggiori rispetto al resto d'Italia, in entrambi gli anni esaminati.

L'importanza della valutazione della diffusione del fumo nelle fasce di età giovanili, ed in particolare tra gli adolescenti, risulta determinante per le implicazioni che questo avrà nel futuro: la maggior parte dei fumatori, infatti,

comincia e sviluppa la propria abitudine al consumo di tabacco nell'adolescenza, mentre più raramente l'utilizzo ha inizio nell'età adulta.

Tabella 2.7
Fumatori in Toscana e in Italia (%), per classi di età. Popolazione generale. Anni 1993 e 2005.

Classi di età (anni)	Toscana		Italia	
	1993	2005	1993	2005
14-19	15,6	17,9	11,0	12,3
20-29	33,3	36,5	30,8	30,7
30-39	37,0	28,3	34,6	28,1
40-49	38,2	25,7	34,9	29,0
50-59	29,9	26,2	27,1	25,8
60-69	20,2	18,7	20,1	17,8
70 +	9,7	7,2	10,0	7,3

Dati Istat, elaborazione ARS

In Italia, nell'analisi per genere, emerge che nei maschi adolescenti nella fascia di età 14–19 anni non si osservano marcate differenze nella percentuale di fumatori nel confronto tra 1993 e 2005 (Tabella 2.8), dopo che nella seconda metà degli anni novanta si era osservato un picco nella diffusione dell'abitudine (dati non mostrati). Nei giovani adulti di età tra i 20 e i 29 anni si osserva una lieve tendenza verso la riduzione della quota di fumatori. Risulta, invece, che nelle ragazze di età inferiore a 30 anni si incrementa la proporzione delle fumatrici, passando dal 7,7% nel 1993 al 9,2% nel 2005 nella fascia 14-19 anni e dal 20,9% al 23,1% nella fascia di età 20-29 anni (Tabella 2.9). Le tendenze osservate indicano che in Italia, tra i giovani, l'abitudine al fumo appare sempre più diffusa nelle ragazze, mentre nei coetanei maschi sembra invariata, o leggermente ridotta nei soggetti più grandi.

In Toscana nel genere maschile (Tabella 2.8) si registra nel 2005 un picco nella quota di fumatori tra gli adolescenti e i giovani adulti, che raggiungono rispettivamente il 22,7% ed il 42,6% dei soggetti, dopo un periodo in cui sembravano attestarsi su valori inferiori rispetto a quelli della seconda metà degli anni '90 (dati non mostrati), segnando un andamento difforme rispetto ai coetanei del resto d'Italia. Nel genere femminile (Tabella 2.9) nelle adolescenti tra 14 e 19 anni, dopo l'incremento osservato nella seconda metà degli anni '90 come per i

coetanei maschi, la quota di fumatrici ha subito una riduzione per arrivare all'11,2% nel 2005, valore analogo a quello registrato nel 1993. Nelle giovani tra 20 e 29 anni, aumenta, invece, come nei maschi, la percentuale di fumatrici (26,8% nel 1993 e 31,2% nel 2005). In Toscana, alla luce dei dati del 2005, i comportamenti a rischio nei giovani appaiono aumentare sia nei ragazzi che nelle ragazze, in particolare tra i 20 ed i 29 anni. Risulta tuttavia da monitorare il dato degli adolescenti tra 14 e 19 anni, visto l'aumento notevole dei fumatori registrato nel 2005 soprattutto tra i maschi, tendenza che, a differenza dell'Italia, non sembra interessare le coetanee. Emerge che, anche nell'analisi per genere, gli adolescenti e giovani toscani appaiono più inclini all'abitudine rispetto ai coetanei italiani, presentando nel periodo 1993–2005 una proporzione di fumatori più alta di quella riferita all'intera penisola.

Tabella 2.8
Fumatori in Toscana e in Italia (%), per classi di età. Maschi. Anni 1993 e 2005.

Classi di età (anni)	Toscana		Italia	
	1993	2005	1993	2005
14-19	19,3	22,7	14,1	15,1
20-29	40,3	42,6	40,3	38,3
30-39	41,9	32,5	43,2	35,9
40-49	44,3	26,7	45,2	33,8
50-59	34,7	28,4	38,3	32,4
60-69	32,4	28,8	32,1	24,5
70 +	18,2	13,1	19,6	10,6

Dati Istat, elaborazione ARS

Tabella 2.9**Fumatori in Toscana e in Italia (%), per classi di età. Femmine. Anni 1993 e 2005.**

Classi di età (anni)	Toscana		Italia	
	1993	2005	1993	2005
14-19	11,6	11,2	7,7	9,2
20-29	26,8	31,2	20,9	23,1
30-39	32,2	23,8	26,3	20,3
40-49	32,0	24,7	24,6	24,4
50-59	25,7	23,9	16,6	19,2
60-69	9,8	10,3	9,8	11,7
70 +	3,7	3,1	3,7	5,1

Dati Istat, elaborazione ARS

La diffusione del consumo di tabacco nei soggetti con età maggiore di 30 anni mostra, sia in Italia che in Toscana, una riduzione nel 2005 nel confronto con il 1993, risultando oggi in tale fascia di età un'abitudine meno diffusa che nel passato. In Toscana nell'analisi per genere l'abitudine al fumo mostra una forte tendenza alla riduzione tra i maschi adulti e anziani e nelle femmine di età media (30-59 anni).

2.3 Aspetti quantitativi dell'abitudine al fumo: il numero di sigarette fumate

Per quello che riguarda l'aspetto quantitativo del consumo di tabacco, indagato attraverso l'analisi del numero medio di sigarette fumate quotidianamente, l'indagine Doxa (Tabella 2.10) indica che in Italia dagli anni '90 ad oggi, nella popolazione generale, il consumo medio giornaliero di sigarette ha subito una progressiva diminuzione, passando da circa 16 sigarette/die nel 1990 a quasi 14 sigarette/die nel 2006. Nell'analisi per genere emerge che, dal 1990, anche negli uomini, il consumo medio quotidiano di sigarette si è ridotto (18,6 sigarette/die nel 1990 e 14,8 sigarette/die nel 2006) mentre si è mantenuto complessivamente stabile nelle donne (circa 12 sigarette/die). Dagli anni '50-'60 ad oggi modificazioni importanti si sono verificate nelle abitudini osservate nel

genere femminile, in cui il numero medio di sigarette fumate quotidianamente è quasi raddoppiato.

Tabella 2.10
Numero medio di sigarette/die fumate nella popolazione italiana. Anni 1957–2006.

Italia	Anni									
	1949	1957	1965	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maschi	13,5	13,3	13,3	18,6	18,8	19,2	18,6	16,1	15,8	14,8
Femmine	7,9	7,0	5,8	12,1	12,2	13,1	12,2	13,1	11,9	12,0
Totale	12,7	12,4	11,7	16,3	16,4	16,8	16,1	14,8	14,0	13,6

Fonte: indagini Doxa

Abbiamo analizzato l'andamento del consumo medio giornaliero di sigarette per regione italiana, confrontando i dati relativi al 1993 ed al 2005 (Tabella 2.11), utilizzando i dati delle indagini Istat. Si conferma, complessivamente, una riduzione del numero medio di sigarette fumate, più spiccata in alcune aree come la Puglia, la Basilicata e l'Umbria. La Toscana si colloca ad un livello intermedio rispetto alle altre regioni, con una diminuzione di quasi due sigarette/die. Nel 2005 le regioni in cui era più basso il consumo di sigarette sono state il Veneto (11,1 sigarette/die), il Trentino Alto Adige ed il Friuli Venezia Giulia (11,8 sigarette/die), mentre nel Lazio, nella Campania ed in Sardegna si sono registrati i consumi maggiori (14,7 sigarette/die). Anche se la differenza tra i consumi nelle regioni è di poche unità al giorno, sembra esistere un gradiente Nord–Sud, con un numero maggiore di sigarette fumate nelle aree meridionali ed insulari della penisola.

Tabella 2.11**Numero medio di sigarette/die fumate per regione italiana. Età ≥14 anni. Anni 1993 e 2005.**

Regione	N° medio sigarette/die		
	1993	2005	Differenza
Friuli Venezia Giulia	12,5	11,8	-0,7
Campania	15,4	14,7	-0,7
Marche	13,3	12,4	-0,9
Calabria	15,2	14,1	-1,1
Lazio	16,1	14,7	-1,4
Emilia Romagna	14,4	12,8	-1,6
Trentino Alto-Adige	13,5	11,8	-1,7
Molise	15,0	13,3	-1,7
Toscana	14,4	12,7	-1,7
Abruzzo	15,2	13,4	-1,8
Italia	15,1	13,3	1,8
Sardegna	16,6	14,7	-1,9
Veneto	13,0	11,1	-1,9
Sicilia	16,4	14,4	-2,0
Lombardia	14,6	12,6	-2,0
Piemonte e Valle d' Aosta	14,8	12,5	-2,3
Liguria	16,2	13,8	-2,4
Umbria	15,2	12,5	-2,7
Basilicata	15,8	13,1	-2,7
Puglia	16,1	13,1	-3

Dati Istat, elaborazione ARS

La quantità media di sigarette fumate quotidianamente in Toscana risulta sostanzialmente in linea con la media nazionale riportata dalle indagini Istat; dal 1980 al 2005, inoltre, anche nella nostra regione, si è osservata una progressiva riduzione dei consumi, che passa da 15 a circa 13 sigarette/die (Tabella 2.12). I consumi medi nelle donne rimangono inferiori rispetto a quelli dei maschi (Tabella 2.13).

Tabella 2.12

Numero medio di sigarette fumate nella popolazione generale toscana e italiana. Anni 1980–2005: età ≥14 anni; 1986-1987: età ≥10 anni.

	Anni														
	1980	1983	1986 1987	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Italia	15,6	15,2	15,0	15,1	15,1	14,8	14,7	14,5	14,6	14,7	14,6	14,7	14,4	14,0	13,3
Toscana	15,1	15,0	15,0	14,4	14,7	14,2	14,1	13,8	14,5	15,4	14,9	14,4	13,2	13,9	12,7

Dati Istat, elaborazione ARS

Tabella 2.13

Numero medio di sigarette fumate nella popolazione toscana, per genere. Età ≥14 anni. Anni 1993–2005.

Toscana	Anni											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Maschi	15,9	17,1	15,7	15,3	15,5	16,3	17,3	16,0	16,2	14,6	15,6	14,0
Femmine	12,2	11,2	12,1	12,3	11,4	12,0	12,6	13,4	11,9	11,6	11,4	10,8
Totale	14,4	14,7	14,2	14,1	13,8	14,5	15,4	14,9	14,4	13,2	13,9	12,7

Dati Istat, elaborazione ARS

Un'ulteriore analisi è stata effettuata suddividendo i fumatori in tre categorie di consumo, secondo il numero di sigarette fumate quotidianamente (1–9, 10–19, ≥20). Sia in Italia che in Toscana osserviamo che, nella popolazione generale e in entrambi i generi, sono soprattutto i forti fumatori, ovvero coloro che fumano 20 e più sigarette al giorno, a ridursi percentualmente negli anni 1993–2005 (Tabella 2.14 e Tabella 2.15). In Toscana rappresentavano complessivamente il 34,2% dei fumatori nel 1993 ed il 27,0% nel 2005; nello stesso periodo si sono ridotti dal 42,2% al 34,6% negli uomini e dal 22,3% al 16,6% nelle donne. Le tendenze osservate in Italia ed in Toscana sono analoghe, ma nella nostra regione la quota di forti fumatori risulta generalmente inferiore.

Nel 1993 la maggior parte di chi consumava tabacco era un forte fumatore nel genere maschile e fumava dalle 10 alle 19 sigarette/die nel genere femminile. Nel 2005 la maggior parte dei fumatori in entrambi i generi appartiene alla categoria di chi consuma dalle 10 alle 19 sigarette al giorno.

Tabella 2.14**Fumatori in Italia per numero di sigarette fumate (%). Età ≥14 anni. Anni 1993–2005.**

N° sigarette/die	Anni											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Maschi												
1-9	15,5	15,5	16,2	18,5	18,0	17,7	17,9	16,5	16,5	18,3	21,1	22,3
10-19	37,6	36,7	37,5	36,2	37,7	37,2	36,9	38,8	37,6	38,5	37,3	41,1
≥20	46,9	47,8	46,4	45,3	44,3	45,1	45,1	44,7	45,9	43,2	41,6	36,6
Femmine												
1-9	34,8	34,0	35,0	34,1	34,3	33,5	33,1	32,9	33,1	31,8	35,6	38,1
10-19	41,9	42,6	42,7	42,1	42,1	43,5	43,8	44,7	44,1	45,0	42,4	42,5
≥20	23,3	23,4	22,3	23,8	23,6	22,9	23,1	22,4	22,8	23,2	22,0	19,4
Totale												
1-9	21,9	22,0	22,9	24,1	23,9	23,6	23,5	22,6	22,7	23,4	26,5	28,4
10-19	39,0	38,8	39,3	38,3	39,3	39,5	39,4	41,0	40,1	40,9	39,2	41,6
≥20	39,1	39,3	37,7	37,6	36,8	36,9	37,1	36,4	37,3	35,7	34,2	30,0

Dati Istat, elaborazione ARS

Tabella 2.15**Fumatori in Toscana per numero di sigarette fumate (%). Età ≥14 anni. Anni 1993–2005.**

N° sigarette/die	Anni											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Maschi												
1-9	18,6	16,7	18,3	21,6	19,7	20,4	16,2	19,6	17,0	24,0	20,2	22,4
10-19	39,3	34,3	40,5	38,9	36,8	33,8	35,5	35,0	39,7	41,3	41,2	43,0
≥20	42,2	49,0	41,2	39,5	43,5	45,7	48,2	45,4	43,3	34,7	38,7	34,6
Femmine												
1-9	38,1	38,7	34,5	34,0	39,6	31,4	27,9	28,4	32,2	36,2	34,6	40,7
10-19	39,7	41,1	40,7	41,7	41,0	48,0	45,4	43,2	46,2	41,1	47,4	42,7
≥20	22,3	20,2	24,7	24,3	19,4	20,6	26,7	28,4	21,6	22,7	18,0	16,6
Totale												
1-9	26,3	25,5	25,0	26,5	27,6	25,0	20,9	23,3	23,4	29,5	26,0	30,2
10-19	39,4	37,1	40,6	40,0	38,5	39,7	39,5	38,4	42,5	41,2	43,7	42,8
≥20	34,2	37,4	34,4	33,5	33,9	35,4	39,6	38,3	34,1	29,2	30,2	27,0

Dati Istat, elaborazione ARS

2.4 La dipendenza da nicotina nei fumatori toscani

L'indagine su alcuni aspetti degli stili di vita dei toscani condotta dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana nelle aree di Firenze, Grosseto, Empoli e Prato nel periodo 2001–2002 ha permesso di valutare il grado di

dipendenza da nicotina su un campione di fumatori di età compresa tra 18 e 74 anni, mediante l'utilizzo del Test di Fagerstrom. Il test, composto da una serie di domande a cui sono associate risposte con diverso punteggio, produce un indice globale attraverso il quale è possibile distinguere i fumatori in soggetti con dipendenza da nicotina minima, moderata e alta, indicativa, prevalentemente, del grado di dipendenza fisica indotto dalla sostanza contenuta nelle sigarette. Il test fornisce la seguente interpretazione, a seconda del punteggio complessivo ottenuto: tra 0 e 4, dipendenza minima; tra 5 e 7, dipendenza moderata; tra 8 e 10, dipendenza alta. La scala può essere utilizzata anche per la pianificazione dei trattamenti di disassuefazione e per ipotizzare un giudizio prognostico. In generale, minore è il grado di dipendenza maggiore è la possibilità che il soggetto riesca a smettere di fumare con la propria volontà anche senza supporti o prodotti specifici, i quali all'aumentare del punteggio risultano, solitamente, maggiormente necessari.

In Tabella 2.16 riportiamo le singole domande che compongono il test con le relative percentuali di risposta; complessivamente hanno completato il test 944 soggetti, 513 maschi e 431 femmine. Tra i due generi le differenze più marcate si osservano nel numero di sigarette fumate, in cui troviamo che i maschi tendono ad avere, come atteso, un consumo più elevato. La prima sigaretta viene fumata entro la prima ora dopo il risveglio, soprattutto nei primi 30 minuti, da circa il 60% del campione. I fumatori maschi sembrano avere maggiori difficoltà a non fumare dove è proibito (20,3%) rispetto alle femmine (16,6%). Circa un terzo dei fumatori ha difficoltà a rinunciare soprattutto alla sigaretta del mattino, anche se poi solo quasi 1 su 5 fuma di più nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto della giornata. La necessità ed il desiderio di fumare al mattino (*craving*) è verosimilmente collegato all'intensità dei sintomi da astinenza notturna di nicotina, mentre il numero di sigarette fumate al giorno rappresenta un indicatore della tolleranza che si è sviluppata e stabilizzata nel tempo.

Tabella 2.16

Distribuzione percentuale delle risposte alle domande del Test di Fagerstrom. Toscana, età 18–74 anni. Anni 2001–2002.

Domande	Risposte			
	Maschi	Femmine	Totale	
1. Al risveglio, fuma la prima sigaretta dopo	5 minuti	12,4	12,2	12,3
	6–30 minuti	30,5	26,2	28,6
	31–60 minuti	16,7	11,7	14,5
	Oltre 60 minuti	40,4	49,9	44,7
2. Trova difficile non fumare dove è proibito? (es.: in chiesa, in biblioteca, al cinema...)	Sì	20,3	16,6	18,6
	No	79,7	83,4	81,4
3. A quale sigaretta trova più difficile rinunciare?	La prima del mattino	36,0	33,3	34,7
	Qualsiasi altra	64,0	66,7	65,3
4. Quante sigarette fuma mediamente al giorno?	Meno di 10	30,5	44,3	36,7
	11–20	40,3	37,5	39,0
	21–30	20,7	15,3	18,2
	Più di 30	8,6	2,9	6,0
5. Fuma di più nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	Sì	18,4	18,6	18,5
	No	81,6	81,4	81,5
6. Fuma anche se sta male ed è costretto a letto?	Sì	16,7	17,6	17,1
	No	83,3	82,4	82,9

Indagine ARS

I risultati complessivi del test di Fagerstrom indicano che la maggior parte dei fumatori, circa il 70%, ha una dipendenza minima e solo una piccola parte (5,8%) risulta fortemente dipendente; nell'analisi per genere emerge che il 7% negli uomini ed il 4,4% nelle donne presenta un'elevata dipendenza dalla nicotina (Tabella 2.17). Le differenze maggiori tra i generi si osservano tra coloro che hanno una dipendenza minima, che hanno percentuali più alte nelle donne (71,7%, contro il 68% degli uomini), e coloro che sono fortemente dipendenti, maggiormente rappresentati negli uomini. I dati indicano complessivamente che le donne tendono ad avere livelli minori di dipendenza dalla nicotina.

Stime effettuate in un campione rappresentativo della popolazione italiana, secondo uno studio di recente pubblicazione condotto negli anni 2002–2003 (Gallus S. *et al.*, 2005), indicano che il 3,8% dei fumatori (4,5% negli uomini e 2,9% nelle donne), risulta avere una elevata dipendenza dalla nicotina, valutata anche in questo caso con il test di Fagerstrom. I fumatori toscani sembrano dunque presentare percentuali maggiori di forti dipendenti, anche se le nostre stime hanno il limite di essere ottenute da campioni rappresentativi solo di alcune aree della regione. Il punteggio medio ottenuto al test di Fagerstrom è risultato analogo nel campione italiano e toscano (rispettivamente 3,14 e 3,00).

Tabella 2.17

Classi di dipendenza da nicotina secondo il test di Fagerstrom. Toscana, età 18–74 anni. Anni 2001–2002.

Classi di dipendenza	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Dipendenza minima	349	68,0	309	71,7	658	69,7
Dipendenza moderata	128	25,0	103	23,9	231	24,5
Dipendenza alta	36	7,0	19	4,4	55	5,8
Totale	513	100	431	100	944	100

Indagine ARS

Nell'analisi per fasce di età, in ognuna e per entrambi i generi, la maggior parte dei fumatori è risultata avere una dipendenza minima da nicotina (dati non mostrati). Nella popolazione generale i fumatori con elevata dipendenza da nicotina sono maggiormente rappresentati nella fascia di età 40-59 anni, mentre raggiungono le percentuali complessivamente più basse nei giovani tra i 18 ed i 29 anni, a dimostrazione che un importante livello di assuefazione si instaura solo dopo alcuni anni.

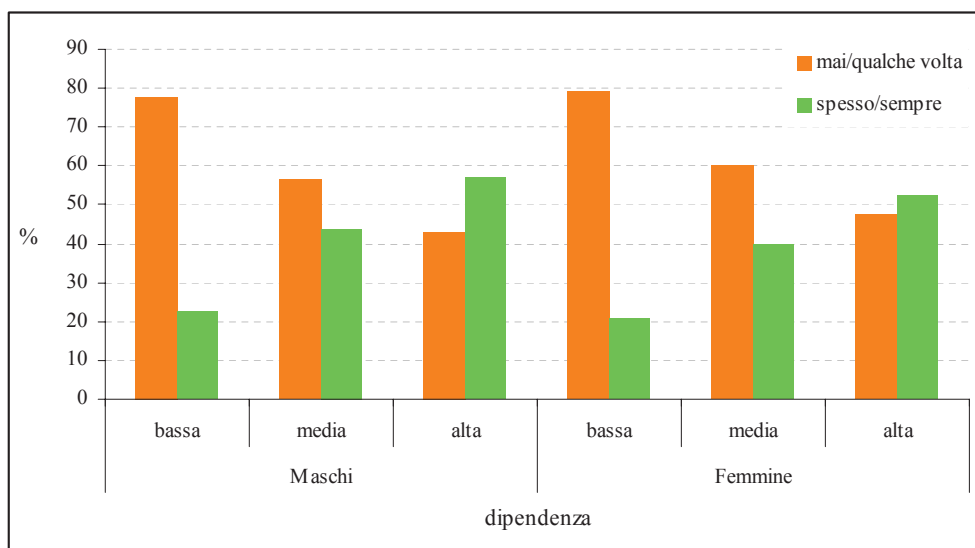
Globalmente in Toscana la maggior parte dei fumatori mostra un livello di dipendenza minimo dalla nicotina, suggerendo la possibilità che interventi di disassuefazione promossi a livello di popolazione siano in grado di aumentare la tendenza alla cessazione. Circa 1 fumatore su 10 di età tra 40–59 anni risulta, tuttavia, fortemente dipendente da nicotina e necessita di interventi maggiormente incisivi e complessi per poter smettere di fumare. I soggetti più giovani tendono ad avere un minor grado di assuefazione, così come emerge anche dalle stime italiane

(Gallus S. *et al.*, 2005), rappresentando un possibile target su cui agire per prevenire l'evoluzione verso più alti livelli di dipendenza.

Di interesse risulta essere anche la relazione tra i livelli di dipendenza dei fumatori e le risposte che il nostro campione ha fornito alla domanda che indagava se il medico di medicina generale avesse consigliato loro di smettere di fumare nell'ultimo anno.

Figura 2.4

Risposte alla domanda "Il suo medico di famiglia le ha mai consigliato di smettere di fumare" secondo il genere e la categoria di dipendenza da nicotina (%). Toscana, età 18–74 anni. Anni 2001-2002.



Come è possibile evincere dalla Figura 2.4, il medico di famiglia ha consigliato spesso o sempre di smettere fumare durante la visita ad oltre il 50% dei soggetti con alta dipendenza dalla nicotina, mentre si rileva un'attività di *counseling* progressivamente più modesta verso chi possiede una dipendenza moderata e minima.

Abbiamo, infine, indagato la relazione tra livello di dipendenza da nicotina e livello di istruzione, individuando quattro classi¹. Emerge che nei fumatori di livello di istruzione più elevato si ha la percentuale più alta di soggetti con una forte dipendenza da nicotina (9,2%), mentre tra coloro con livello medio-alto si registrano i valori più bassi (3,3%), e tale andamento è presente in entrambi i generi (Tabella 2.18).

Tabella 2.18
Relazione tra livello di dipendenza da nicotina e livello di istruzione.
Toscana, età 18 -74 anni. Anni 2001–2002.

Classi di dipendenza	Livello di istruzione							
	Basso		Medio-Basso		Medio-Alto		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maschi								
Dipendenza minima	15	60,0	146	64,6	143	75,3	44	62,0
Dipendenza moderata	9	36,0	62	27,4	39	20,5	18	25,4
Dipendenza alta	1	4,0	18	8,0	8	4,2	9	12,7
Femmine								
Dipendenza minima	15	75,0	104	68,4	128	72,7	62	75,6
Dipendenza moderata	4	20,0	39	25,7	44	25,0	15	18,3
Dipendenza alta	1	5,0	9	5,9	4	2,3	5	6,1
Totale								
Dipendenza minima	30	66,7	250	66,1	271	74,0	106	69,3
Dipendenza moderata	13	28,9	101	26,7	83	22,7	33	21,6
Dipendenza alta	2	4,4	27	7,1	12	3,3	14	9,2

Indagine ARS

2.5 L'abitudine al fumo negli adolescenti toscani: l'indagine EDIT

La ricerca EDIT, condotta nel corso del 2005 in 56 istituti di istruzione superiore di secondo grado distribuiti su tutto il territorio della Toscana, ha

¹ La classificazione individua quattro livelli di istruzione come di seguito illustrato:

- livello basso: nessun titolo, al più licenza elementare per i nati dal 1952 in poi;
- livello medio basso: licenza elementare per i nati prima del 1952, licenza media per coloro che sono nati negli anni successivi;
- livello medio alto: licenza media o licenza professionale per i nati prima del 1952, licenza professionale o diploma di scuola media superiore per i soggetti nati successivamente;
- livello alto: diploma di media superiore o laurea per coloro la cui data di nascita è anteriore al 1952, laurea per coloro che sono nati a posteriori rispetto a tale anno.

permesso di raccogliere informazioni su una serie di indicatori relativi agli stili di vita degli adolescenti di età compresa tra 14 e 19 anni. Tra questi sono state studiate le caratteristiche dell'abitudine al consumo di tabacco. L'indagine ha anche consentito di effettuare un'analisi dettagliata per ASL di appartenenza degli istituti coinvolti.

Dalle risposte al questionario è emerso che circa il 65% dei ragazzi ha provato almeno una volta a fumare sigarette. Osservando lo stesso dato distinto per genere si rileva che hanno consumato tabacco almeno una volta il 61,9% (1382 soggetti) dei maschi ed il 67,5% (1833 soggetti) delle femmine. Complessivamente, sia per i maschi che per le femmine, la maggior parte dei ragazzi ha già avuto un primo contatto con il fumo di sigaretta in giovanissima età.

Dalla distribuzione per ASL (Tabella 2.19) emerge che Viareggio e Pistoia sono le ASL con la percentuale più bassa di adolescenti che dichiarano di aver provato a fumare. È invece nella ASL di Empoli che si registra il valore più elevato (oltre il 70%). Anche per la popolazione maschile si conferma nella ASL di Empoli la quota maggiore di adolescenti che si sono avvicinati al fumo di sigaretta (77,5% della popolazione intervistata). Per la popolazione femminile, invece, la percentuale inferiore di ragazze che hanno consumato sigarette almeno una volta nella vita si rileva nella ASL di Massa Carrara (58,8%), mentre la più alta nella ASL di Siena (73,3%).

Tabella 2.19

Distribuzione percentuale dei soggetti tra 14 e 19 anni che hanno provato a fumare sigarette nel corso della vita, per genere ed ASL di appartenenza. Toscana 2005.

ASL	Maschi	Femmine	Totale
ASL 1 - Massa Carrara	68,9	58,8	64,1
ASL 2 - Lucca	59,8	67,0	63,3
ASL 3 - Pistoia	56,7	63,0	59,8
ASL 4 - Prato	66,5	61,5	64,0
ASL 5 - Pisa	59,7	67,7	63,5
ASL 6 - Livorno	53,9	72,4	63,0
ASL 7 - Siena	64,3	73,3	68,6
ASL 8 - Arezzo	70,7	67,4	69,1
ASL 9 - Grosseto	67,0	69,5	68,2
ASL 10 - Firenze	64,2	71,6	67,8
ASL 11 - Empoli	77,5	64,7	71,2
ASL 12 - Viareggio	53,4	66,0	59,5
Regione Toscana	61,9	67,5	64,9

p<0,001

Indagine EDIT, ARS

Dopo aver esaminato la distribuzione degli adolescenti che hanno provato a fumare sigarette nel corso della vita per genere e ASL di appartenenza dell'istituto, abbiamo indagato se la propensione ad avvicinarsi al fumo di sigaretta potesse essere diversa secondo le caratteristiche relative al contesto sociale e familiare dei ragazzi. Le informazioni utilizzate sono state la tipologia di istituto frequentato e le abitudini al fumo dei genitori.

Dalla distribuzione secondo l'istituto in cui i giovani sono iscritti risulta che il 57,6% dei soggetti che frequentano il liceo scientifico o classico ha provato a fumare sigarette. Questa percentuale sale al 67% e al 74% rispettivamente per gli studenti degli istituti tecnici e magistrali e per quelli degli istituti professionali e ad indirizzo artistico. Questo andamento è caratteristico anche della distribuzione secondo il genere (Tabella 2.20). Il tipo di istituto superiore frequentato, sembra quindi avere influenza sulla precocità dell'adolescente ad avvicinarsi al fumo di tabacco. Si conferma anche in questa analisi la maggior propensione delle ragazze a provare a fumare in giovane età, indipendentemente dalla scuola frequentata,

anche se nel caso degli istituti professionali e ad indirizzo artistico la differenza tra i due generi si riduce, denotando una sostanziale uniformità di comportamenti.

Tabella 2.20

Soggetti tra 14 e 19 anni che hanno provato a fumare sigarette nel corso della vita, per genere e tipo di istituto frequentato. Toscana 2005.

Istituto superiore	Maschi		Femmine		Totale	
	N°	%	N	%	N	%
Liceo scientifico e classico	442	53,7	641	60,6	1083	57,6
Istituto tecnico e magistrale	521	62,3	821	70,3	1342	67,0
Istituto professionale, d'arte e liceo artistico	419	72,9	371	75,4	790	74,0

p<0,001

Indagine EDIT, ARS

Come già riscontrato nella letteratura scientifica sul tema, le abitudini al fumo dei genitori sembrano influenzare la propensione dei figli a provare a fumare sigarette. Il 71,5% degli adolescenti che hanno provato a fumare almeno una volta appartiene a famiglie in cui almeno uno dei due genitori fuma, contro il 59,3% degli adolescenti che appartengono a famiglie in cui nessuno dei due genitori ha l'abitudine al fumo. L'andamento si conferma uguale anche nell'analisi per genere (Tabella 2.21).

Tabella 2.21

Soggetti tra 14 e 19 anni che hanno provato a fumare sigarette nel corso della vita, per genere e abitudine al fumo dei genitori. Toscana 2005.

Abitudini dei genitori	Maschi		Femmine		Totale	
	N°	%	N	%	N	%
Almeno uno dei genitori fuma	646	66,9	900	75,3	1546	71,5
Nessuno dei genitori fuma	708	57,4	897	60,9	1605	59,3

p<0,001

Indagine EDIT, ARS

Fra gli adolescenti che hanno provato a fumare almeno una volta nella vita, il 29,5% dei maschi ed il 29,7% delle femmine consuma tabacco regolarmente, ovvero dichiara di comprare regolarmente sigarette (Tabella 2.22). In un'elevata proporzione di casi, quindi, chi prova a fumare diventa poi un consumatore regolare di sigarette (quasi un terzo dei soggetti).

Tabella 2.22**Abitudine dei soggetti tra 14 e 19 anni che hanno provato a fumare sigarette nel corso della vita. Toscana 2005.**

Se hai provato a fumare, attualmente fumi sigarette?	Maschi		Femmine		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%
No, ma per un periodo le fumavo	191	13,8	269	14,7	460	14,3
No, non ho mai fumato con regolarità	432	31,3	542	29,6	974	30,3
Si, ma soltanto in occasioni particolari	213	15,4	239	13,0	452	14,1
Si, chiedo qualche tiro/sigaretta agli amici	138	10,0	239	13,0	377	11,7
Si, le compro regolarmente	408	29,5	544	29,7	952	29,6
Totale	1382	100	1833	100	3215	100

p < 0,001

Indagine EDIT, ARS

Analizzando le percentuali di adolescenti che risultano fumatori regolari per ASL di appartenenza dell'istituto emergono delle differenze rispetto alla distribuzione di coloro che hanno provato a fumare almeno una volta nel corso della vita. La quota maggiore di fumatori regolari nella popolazione (Figura 2.5) si osserva nella ASL di Grosseto (24,5%), mentre Empoli si colloca tra le ASL con percentuali più basse (18,7%). Le ASL di Arezzo, Siena, Livorno e Massa Carrara risultano quelle in cui i ragazzi hanno una maggiore propensione al consumo di tabacco, con percentuali di fumatori superiori a quelle dell'intera regione. Nei maschi (Figura 2.6) nella ASL di Siena (24,5%) e nelle femmine (Figura 2.7) in quella di Livorno (20,8%) si ha la maggior proporzione di fumatori regolari. Nelle ASL di Grosseto, Empoli, Pistoia, Arezzo e Prato nei maschi ed in quelle di Arezzo, Grosseto, Massa Carrara e Firenze nelle femmine si hanno percentuali di fumatori superiori rispetto a quella regionale. Ad eccezione che nelle ASL di Pistoia, Prato, Siena ed Empoli, la proporzione di fumatrici è maggiore di quella dei fumatori (Tabella 2.25).

Figura 2.5
Soggetti fumatori regolari tra 14 e 19 anni (%). Toscana 2005. Indagine
EDIT, ARS. Popolazione totale.

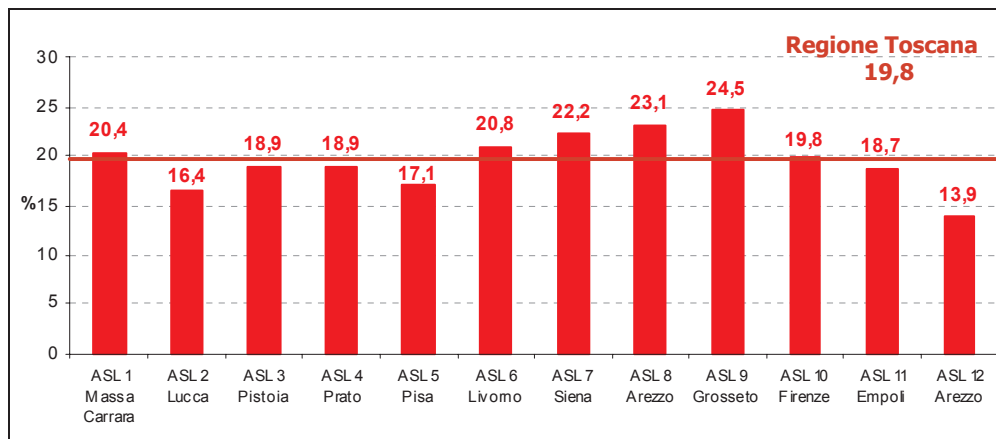


Figura 2.6
Soggetti fumatori regolari tra 14 e 19 anni (%). Toscana 2005. Indagine
EDIT, ARS. Maschi.

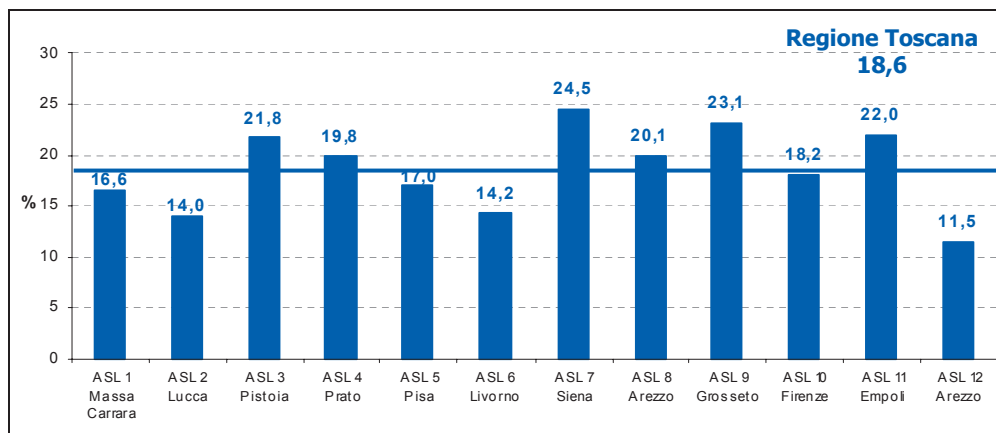
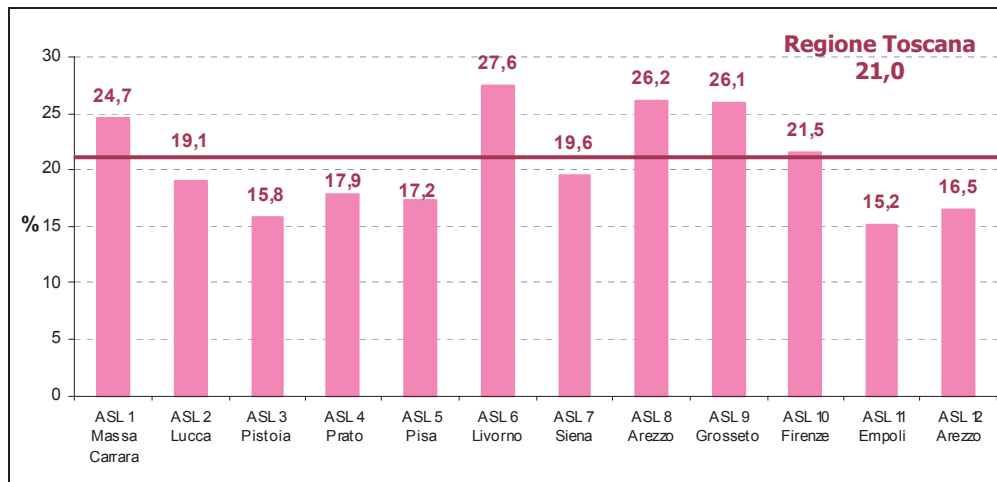
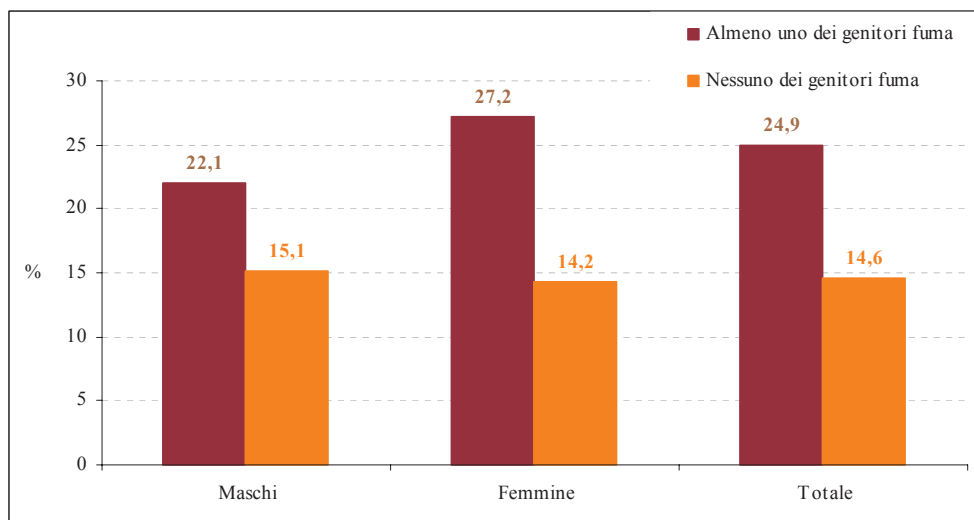


Figura 2.7
Soggetti fumatori regolari tra 14 e 19 anni (%). Toscana 2005. Indagine
EDIT, ARS. Femmine.



Come abbiamo visto per la propensione dei ragazzi a provare a fumare, l'influenza dei genitori risulta marcata anche per ciò che riguarda il consumo regolare di tabacco da parte degli adolescenti. La quota di adolescenti che vivono in famiglie in cui almeno uno dei due genitori fuma, è più alta (24,9%) rispetto a quella di coloro che vivono in famiglie in cui padre e madre non consumano tabacco (14,6%) (Figura 2.8). L'abitudine al fumo dei genitori sembra influire più per le femmine piuttosto che per i coetanei maschi.

Figura 2.8**Soggetti fumatori regolari tra 14 e 19 anni in relazione all'abitudine al fumo dei genitori. Toscana 2005.**

Ai ragazzi fumatori regolari è stato chiesto di esprimersi sul loro consumo quotidiano medio di sigarette. Il 37,7% dei fumatori consuma da 6 a 10 sigarette al giorno; tale consumo può essere definito come 'medio'. Nell'analisi per genere emergono delle differenze di comportamento: i maschi, infatti, tendono a consumi medio-alti di sigarette (nel 71,1% dei casi), mentre le femmine fumano prevalentemente quantità medio-basse (nel 74,7% dei casi) (Tabella 2.23).

Tabella 2.23**Soggetti fumatori regolari tra 14 e 19 anni e consumo giornaliero di sigarette. Toscana 2005.**

Sigarette/die	Maschi		Femmine		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%
Basso	115	28,3	204	37,8	319	33,7
Medio	158	38,8	199	36,9	357	37,7
Alto	134	32,9	137	25,4	271	28,6
Totale	407	100	540	100	947	100

*Basso: fino a 5 sigarette**Medio: da 6 a 10 sigarette**Alto: più di 10 sigarette**p=0,004*

La quantità di sigarette fumate è stata analizzata per ASL.

La ASL di Grosseto si conferma tra quelle in cui sono maggiormente diffusi i comportamenti a rischio da parte degli adolescenti; risulta infatti elevata la percentuale generale di ragazzi che fumano più di 10 sigarette al giorno (35,3%). Nonostante questa considerazione, le proporzioni più alte di coloro che fumano più di 10 sigarette al giorno, si osservano nelle ASL di Pisa e Viareggio (39,3%), che risultavano però tra quelle in cui l'abitudine era meno diffusa (Tabella 2.24). Allo stesso modo nell'analisi per genere, la quota più elevata di ragazzi che fumano più di 10 sigarette si osserva in ASL che presentavano valori bassi di percentuali di fumatori regolari, ovvero Viareggio (47,9%), Pisa (47,5%) e Massa Carrara (45,3%) per i maschi e Viareggio (33%) e Empoli (32,7%) per le femmine; tra quest'ultime si ha l'eccezione della ASL di Arezzo in cui i due indicatori hanno valori elevati. Sembra quindi emergere per alcuni territori della Toscana, prevalentemente dell'area costiera nord-occidentale, un profilo dei giovani consumatori di tabacco che vede una bassa diffusione dell'abitudine ma con più elevati livelli di consumo. Dal confronto tra i generi emerge una prevalenza delle ragazze tra i soggetti che consumano più di 10 sigarette/die nelle ASL di Lucca, Arezzo ed Empoli. In generale possiamo affermare che, mentre nelle adolescenti l'abitudine al fumo risulta maggiormente diffusa, il livello di consumo è inferiore rispetto a quello dei maschi.

Tabella 2.24**Soggetti tra 14 e 19 anni che fumano più di 10 sigarette/die, per genere ed ASL di appartenenza della scuola (%). Toscana 2005.**

ASL	Maschi	Femmine	Totale
ASL 1 - Massa Carrara	45,3	7,8	24,1
ASL 2 - Lucca	12,3	27,7	20,9
ASL 3 - Pistoia	25,3	22,3	24,1
ASL 4 - Prato	21,1	16,4	18,9
ASL 5 - Pisa	47,5	30,5	39,3
ASL 6 - Livorno	36,7	28,2	31,2
ASL 7 - Siena	35,7	22,5	30,1
ASL 8 - Arezzo	29,8	36,1	33,3
ASL 9 - Grosseto	39,5	31,2	35,3
ASL 10 - Firenze	28,8	26,1	27,4
ASL 11 - Empoli	16,8	32,7	23,1
ASL 12 - Viareggio	47,9	33,0	39,3

p < 0,001

Indagine EDIT, ARS

La quantità di sigarette fumate quotidianamente è stata messa in relazione al tipo di istituto frequentato. Analogamente ai dati relativi alla diffusione dei fumatori regolari, anche in questo caso il quantitativo di sigarette fumate risente della tipologia di scuola frequentata. Sono, infatti, i ragazzi che frequentano istituti professionali o ad indirizzo artistico, quelli che presentano un consumo più alto di sigarette per entrambi i generi (Tabella 2.25).

Tabella 2.25**Soggetti tra 14 e 19 anni per consumo giornaliero di sigarette, tipo di istituto superiore frequentato e genere. Toscana 2005.**

Istituto superiore	Consumo di sigarette	Maschio		Femmina		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Liceo scientifico e classico	Basso	38	36,2	64	41,3	102	39,2
	Medio	42	40,0	64	41,3	106	40,8
	Alto	25	23,8	27	17,4	52	20,0
	<i>p=0,423</i>						
Istituto tecnico e magistrale	Basso	51	35,9	103	39,0	154	37,9
	Medio	43	30,3	94	35,6	137	33,7
	Alto	48	33,8	67	25,4	115	28,3
	<i>p=0,190</i>						
Istituto professionale, d'arte e liceo artistico	Basso	26	16,3	37	30,6	63	22,4
	Medio	73	45,6	41	33,9	114	40,6
	Alto	61	38,1	43	35,5	104	37,0
	<i>p=0,012</i>						

*Basso: fino a 5 sigarette**Medio: da 6 a 10 sigarette**Alto: più di 10 sigarette*

Indagine EDIT, ARS

La maggior parte dei ragazzi che consuma regolarmente sigarette, sia maschi che femmine, inizia a fumare tra 14 e 16 anni (Tabella 2.26). L'età media di inizio per la regione è 15 anni in entrambi i generi. Nell'analisi per ASL i soggetti più precoci risultano gli adolescenti maschi della ASL di Massa Carrara e le adolescenti della ASL di Grosseto, che iniziano a fumare regolarmente all'età di circa 14 anni (dati non mostrati). Non si rilevano differenze nell'età di inizio dell'abitudine al fumo in relazione al tipo di istituto superiore frequentato ed alla presenza o meno di almeno un genitore fumatore.

Tabella 2.26**Soggetti tra 14 e 19 anni per età di inizio al consumo regolare di sigarette e genere. Toscana 2005.**

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Meno di 12 anni	13	3,2	6	1,1	19	2,0
12 anni	14	3,5	14	2,6	28	3,0
13 anni	32	8,0	55	10,2	87	9,3
14 anni	109	27,1	150	27,9	259	27,6
15 anni	103	25,6	151	28,1	254	27,1
16 anni	92	22,9	107	19,9	199	21,2
17 anni	27	6,7	43	8,0	70	7,5
18 anni	11	2,7	8	1,5	19	2,0
19 anni	1	0,2	2	0,4	3	0,3
20 anni	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Totale	402	100	537	100	939	100

p=0,232

Indagine EDIT, ARS

2.5.1 L'influenza della classe sociale, il capitale culturale familiare e l'abitudine al fumo dei genitori sul consumo di tabacco da parte degli adolescenti

Per studiare la relazione tra la classe sociale di appartenenza dello studente e l'abitudine al fumo abbiamo costruito la variabile relativa alla classe sociale familiare dell'adolescente prendendo in esame la professione dei genitori. Sul modello elaborato da Schizzerotto e colleghi, abbiamo costruito la classe sociale di appartenenza del padre e della madre attribuendo alla classe sociale denominata 'bassa' gli operai ed i lavoratori in proprio; alla classe sociale 'media' gli impiegati pubblici o privati, gli artigiani ed i commercianti; infine, alla classe sociale 'alta' i liberi professionisti e gli imprenditori. Successivamente, in base al criterio di dominanza di Erikson (1984) abbiamo assegnato alla famiglia la classe sociale più elevata fra quella del padre e della madre. Laddove la professione di uno dei due genitori non sia stata indicata, o rientri nelle categorie di disoccupato o casalinga o altro, abbiamo indicato come familiare la professione del coniuge.

Per entrambi i generi, la classe sociale di appartenenza non sembra influenzare i ragazzi nel provare a fumare (dati non mostrati). Inoltre, circa un terzo dei ragazzi che provano a fumare continuano a farlo in maniera regolare, indipendentemente dal genere e dalla classe sociale familiare di appartenenza, anche se risultano essere lievemente più a rischio i maschi appartenenti alla classe sociale familiare bassa (dati non mostrati).

Nel campione contattato la proporzione più bassa di fumatori regolari (Tabella 2.27) appartiene alla classe sociale familiare media (18,6%) seguita da quella della classe sociale familiare alta (20,4%) e infine quella bassa (21,7%). Queste differenze non sono particolarmente rilevanti, ma possiamo osservare delle differenze per genere: mentre per le femmine la proporzione di fumatrici rimane intorno al 20% in ogni classe sociale, nei maschi la proporzione di fumatori diminuisce all'aumentare della classe sociale, passando dal 24% di fumatori regolari appartenenti alla classe sociale bassa al 20% di fumatori regolari nella classe sociale alta.

Tabella 2.27
Soggetti fumatori tra 14 e 19 anni per genere e classe sociale familiare.
Toscana 2005.

Classe sociale familiare		Maschio		Femmina		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Bassa	Si	65	24,0	59	19,6	124	21,7
	No	206	76,0	242	80,4	448	78,3
	Totale	271	100	301	100	572	100
<i>p=0,121</i>							
Media	Si	201	16,5	291	20,1	492	18,4
	No	1.015	83,5	1.160	79,9	2.175	81,6
	Totale	1.216	100	1.451	100	2.667	100
<i>p=0,011</i>							
Alta	Si	105	20,0	166	20,7	271	20,4
	No	419	80,0	637	79,3	1.056	79,6
	Totale	524	100	803	100	1.327	100
<i>p=0,418</i>							

Indagine EDIT, ARS

Non sono emerse differenze nell'età di inizio al consumo di sigarette nei soggetti appartenenti a diverse classe sociale. L'età media risulta rimanere di circa 15 anni.

Per studiare la relazione tra il livello di istruzione delle famiglie di appartenenza degli adolescenti intervistati e l'abitudine al fumo, abbiamo costruito la variabile relativa al capitale culturale familiare dei giovani sulla base del titolo di studio dei genitori classificandolo in 'basso' (fino alla licenza media compresa), 'medio' (diploma di scuola media superiore o professionale), 'alto' (diploma universitario e laurea). Per costruire il livello di istruzione familiare abbiamo scelto la modalità più elevata fra quella caratteristica dei due genitori.

La percentuale di adolescenti che hanno fumato almeno una volta nella vita si riduce all'aumentare del livello di istruzione familiare, passando dal 67,5% dei ragazzi che provengono da famiglie meno istruite, al 63% in quelle più istruite (Tabella 2.28). Il livello di istruzione della famiglia d'origine, e quindi il contesto culturale dove si trova a vivere il giovane, sembra influenzare la propensione ad avvicinarsi al fumo che risulta essere maggiore nei contesti familiari meno scolarizzati.

Tabella 2.28
Soggetti tra 14 e 19 anni, che hanno provato a fumare, per livello di istruzione familiare e genere. Toscana 2005.

Capitale culturale		Maschio		Femmina		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Basso <i>p=0,100</i>	Si	344	65,4	488	69,0	832	67,5
	No	182	34,6	219	31,0	401	32,5
	Totale	526	100	707	100	1.233	100
Medio <i>p=0,031</i>	Si	405	63,9	595	68,6	1.000	66,6
	No	229	36,1	272	31,4	501	33,4
	Totale	634	100	867	100	1.501	100
Alto <i>p=0,003</i>	Si	614	60,0	729	65,8	1.343	63,0
	No	410	40,0	379	34,2	789	37,0
	Totale	1.024	100	1.108	100	2.132	100

Indagine EDIT, ARS

Tra i ragazzi che hanno provato a fumare, il 33,8% di coloro che hanno un capitale culturale familiare basso ed il 31,1% di coloro che hanno un capitale culturale familiare medio continuano a farlo in modo regolare. Tale proporzione scende al 26,1% per coloro che appartengono a famiglie con un alto capitale culturale (Tabella 2.29).

Tabella 2.29

Abitudine attuale dei soggetti tra 14 e 19 anni, che hanno provato a fumare sigarette nel corso della vita per capitale culturale della famiglia. Toscana 2005.

Abitudine al fumo di sigaretta	Capitale culturale della famiglia					
	Basso		Medio		Elevato	
	N	%	N	%	N	%
No, ma per un periodo le fumavo	137	16,5	129	12,9	190	14,1
No, non ho mai fumato con regolarità	232	27,9	289	28,9	438	32,6
SI, ma soltanto in occasioni particolari	95	11,4	150	15,0	202	15,0
Si, chiedo qualche tiro/sigaretta agli amici	87	10,5	121	12,1	162	12,1
SI, le compro regolarmente	281	33,8	311	31,1	351	26,1
Totale	832	100	1000	100	1.343	100

$p=0,001$

Indagine EDIT, ARS

Tra i ragazzi che vivono in contesti familiari di basso o medio livello di istruzione, i fumatori regolari sono rispettivamente il 22,8% ed il 20,7% dei soggetti, mentre nelle famiglie con capitale culturale più elevato la proporzione di fumatori regolari scende al 16,5%. Gli studenti che fumano in maniera regolare, quindi, diminuiscono all'aumentare del capitale culturale della famiglia di appartenenza e questa tendenza riguarda sia il genere maschile che il genere femminile (Tabella 2.30).

Tabella 2.30

Soggetti fumatori regolari tra 14 e 19 anni per capitale culturale familiare e genere. Toscana 2005.

Capitale culturale familiare		Maschio		Femmina		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Basso $p=0,386$	Si	113	21,5	168	23,8	281	22,8
	No	413	78,5	539	76,2	952	77,2
	Totale	526	100	707	100	1.233	100
Medio $p=0,004$	Si	124	19,6	187	21,6	311	20,7
	No	510	80,4	680	78,4	1.190	79,3
	Totale	634	100	867	100	1.501	100
Alto $p=0,212$	Si	164	16,0	187	16,9	351	16,5
	No	860	84,0	921	83,1	1.781	83,5
	Totale	1.024	100	1.108	100	2.132	100

Indagine EDIT, ARS

Considerando, l'età di inizio al consumo regolare di tabacco non si riscontrano differenze legate al livello di istruzione familiare.

2.5.2 Il consumo di tabacco rispetto agli altri comportamenti a rischio

Per analizzare più dettagliatamente il consumo di tabacco è necessario valutare la relazione tra il tabagismo ed altre abitudini di vita, che possono essere fattori di veri e propri comportamenti a rischio. In particolare si è considerato: le conseguenze dei comportamenti alla guida (è stato rilevato se i giovani intervistati hanno avuto incidenti e se sì con quali conseguenze per la loro salute), le abitudini nel consumo di alcol, evidenziando il non consumo, il consumo moderato e il consumo a rischio (superiore a 20g/die per le femmine e a 40g/die per i maschi), le pratiche nell'assunzione di sostanze stupefacenti, le abitudini sessuali (in particolare riguardo ai rapporti sessuali in età precoce) ed il coinvolgimento in episodi di bullismo. I fumatori regolari sono stati analizzati rispetto ai non fumatori o fumatori occasionali sulla base del genere e delle suddette dimensioni (Tabella 2.31).

Tabella 2.31
Distribuzioni percentuali dei fumatori regolari e dei non fumatori o fumatori irregolari per genere, incidenti effettuati, consumo di sostanze stupefacenti, episodi di bullismo, rapporti sessuali in età precoce (età >= 14 anni).

		Fumatore regolare	Fumatore occasionale e non fumatore	<i>p</i>
Genere	Maschio	42,9	45,7	0,063
	Femmina	57,1	54,3	
Episodi di bullismo	Coinvolto	14,0	9,3	0,000
	Non coinvolto	86,0	90,7	
Consumo di sostanze stupefacenti	Consumatore negli ultimi 30 giorni	53,4	8,9	0,000
	Non consumatore negli ultimi 30 giorni	46,6	91,1	
Rapporti sessuali precoci	SI (<=14 anni)	11,3	12,0	0,315
	No	88,7	88,0	
Consumo di alcol	Consumatore a rischio	23,9	6,9	0,000
	Non consumatore o consumatore non a rischio	76,1	93,1	
Comportamento alla guida	Incidente con accesso al PS o ricovero in ospedale	26,9	10,0	0,000
	Nessun incidente e incidente senza conseguenze	73,1	90,0	

Dalla tabella 2.31 si evidenzia che non esiste differenza di genere nell'abitudine al consumo di sigarette ($p=0,063$) e una sostanziale omogeneità nella precocità dei rapporti sessuali tra fumatori regolari e non.

I fumatori regolari hanno una probabilità maggiore di essere coinvolti in episodi di bullismo rispetto ai non fumatori e ai fumatori non regolari (14% contro 9,3%). Inoltre, sembrano possedere una propensione maggiore (53,4% contro 8,9%) verso il consumo di sostanze stupefacenti, almeno per quanto riguarda l'uso nel corso dell'ultimo mese, di bere quantità di alcol significative in misura molto maggiore (23,9% contro 6,9%) rispetto ai non fumatori e fumatori occasionali. I fumatori, rispetto al resto della popolazione intervistata, si sono trovati coinvolti in incidenti che hanno richiesto il ricovero in ospedale o comunque l'accesso al PS (26,9% contro 10%), come anche in episodi di bullismo (14,0% contro 9,3%) anche se la differenza non è così marcata come per le conseguenze degli atteggiamenti alla guida.

Quanto detto è confermato dall'analisi multivariata (Tabella 2.32) condotta per studiare l'associazione tra il consumo regolare di tabacco e le variabili di cui sopra aggiustate per sesso e per età attraverso un modello di regressione logistica binomiale.

Tabella 2.32.

Rapporto di associazioni "odds ratio" tra alcune caratteristiche generali del campione dello studio EDIT e fumatori regolari (modello di analisi aggiustato per genere ed età).

FUMATORI REGOLARI rispetto ai NON FUMATORI o ai FUMATORI OCCASIONALI				
variabili	OR	IC 95%		p
<i>Episodi di bullismo</i>				
Non coinvolto	1			
Coinvolti	1,44	1,16	1,80	0,001
<i>Rapporti sessuali precoci (<=14 anni)</i>				
NO	1			
SI	0,902	0,72	0,13	0,376
<i>Consumo di sostanze stupefacenti</i>				
Non consumatore	1			
Consumatore	11,18	9,37	13,34	0,000
<i>Consumo di alcol</i>				
Consumatore moderato e non consumatore	1			
Consumatore a rischio	3,93	3,22	4,80	0,000
<i>Comportamento alla guida</i>				
Nessun incidente o incidente senza conseguenze	1			
Incidente con accesso al PS o ricovero in ospedale	2,71	2,25	3,26	0,000

Si conferma che atteggiamenti a rischio nelle abitudini relative ad alcol, sostanze stupefacenti e comportamenti alla guida sono più facilmente riscontrabili tra gli adolescenti che consumano regolarmente sigarette piuttosto che tra coloro che non ne fanno uso o ne consumano solo in maniera occasionale. In particolare si evidenzia che coloro che hanno consumato sostanze stupefacenti negli ultimi 30 giorni hanno una probabilità 11 volte maggiore di essere fumatori regolari rispetto a coloro che non hanno mai assunto sostanze stupefacenti o almeno non le hanno usate nel corso dell'ultimo mese. Molto probabilmente questo dato può essere connesso al tipo di sostanza stupefacente prevalente consumata dagli adolescenti che è l'hashish.

Infine, emerge che per gli studenti tra 14 e 19 anni, l'essere fumatori regolari è correlabile ad avere abitudini a rischio anche in altri ambiti di vita. Rispetto ai non fumatori e fumatori occasionali, per gli adolescenti fumatori è più probabile incorrere in consumo di sostanze stupefacenti e/o di alcool, come è più frequente che siano coinvolti in episodi di bullismo e abbiano incidenti stradali che richiedono il ricorso a servizi di strutture ospedaliere.

CAPITOLO 3

**L'abitudine al fumo e le disuguaglianze sociali:
la relazione con lo stato civile,
la classe sociale ed il livello di istruzione**

3. L'ABITUDINE AL FUMO E LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI: LA RELAZIONE CON LO STATO CIVILE, LA CLASSE SOCIALE ED IL LIVELLO DI ISTRUZIONE

La diffusione dell'abitudine al fumo, come abbiamo visto, non risulta uguale nelle diverse fasce della popolazione che differiscono per genere ed età. Altri importanti determinanti di tipo socio-economico e culturale influenzano, tuttavia, la distribuzione del consumo di tabacco.

È noto, infatti, che l'abitudine al fumo si diffonde inizialmente nei soggetti di ceto socio-economico e culturale più elevato, per poi diventare un comportamento esteso anche al resto della popolazione, interessando in maniera crescente anche i ceti più bassi. Le classi più alte tendono per prime ad abbandonare l'abitudine, in linea con la diffusione dei concetti di salute e benessere e della conoscenza delle conseguenze negative del consumo di tabacco, e fumare diventa un comportamento più tipico dei livelli socio economici e culturali più bassi (Pampel FC., 2006). Questa evoluzione si compie temporalmente prima nel genere maschile, e quindi nelle donne, in cui la diffusione del consumo di tabacco segue con un certo ritardo, anche di 1–2 decenni, quella degli uomini. Le donne e gli uomini con più basso livello culturale e socio-economico diventano svantaggiati in termini di prevalenza di fumatori solo dopo che si è verificato il declino dell'abitudine tra gli uomini e le donne di elevato livello, nelle fasi tardive dell'epidemia (Huisman M., *et al.*, 2005).

Attualmente sono i Paesi del Nord Europa ad avere raggiunto l'ultima fase, la quarta, del modello epidemico descritto da Lopez *et al.* (1994), caratterizzata dalla persistenza o dall'accentuazione delle differenze socio-economiche nella diffusione del fumo, e dalla riduzione della prevalenza globale di fumatori. Le disuguaglianze socio-economiche nell'abitudine al fumo nei Paesi del Sud Europa sono ad una fase precedente rispetto a quelle delle nazioni del Nord, ed hanno per lo più raggiunto il terzo stadio. Nel 2002, globalmente, negli Stati Membri dell'Unione Europea i due gruppi in cui era maggiore la diffusione del fumo (consumatori abituali e occasionali) erano rappresentati da disoccupati (54%) ed operai (51%), con un valore medio nella popolazione del 35% (WHO, 2007).

È di interesse monitorare tali disuguaglianze nelle regioni del Sud dell'Europa perché potrebbero avere una diversa magnitudine rispetto a quella dei Paesi del Nord che hanno raggiunto questa fase più precocemente. Per esempio, a causa della diffusione in Europa della consapevolezza degli effetti nocivi del fumo sulla salute e dell'attenzione delle istituzioni politiche riguardo al problema, la prevalenza dei fumatori potrebbe raggiungere un picco con valori inferiori tra i gruppi di basso livello socio-economico in quei Paesi che sono più indietro nell'evoluzione del modello epidemico (Huisman M. *et al.*, 2005).

La letteratura scientifica sottolinea l'importanza dell'analisi dei contesti sociali di diffusione del fumo; tale analisi può fornire una chiave per la comprensione delle origini della resistenza alle attività di disincentivazione e di disuasione dal consumo di tabacco, e rappresentare un sostegno nell'orientamento delle stesse attività (Poland B. *et al.*, 2006).

La nostra analisi ha esaminato la relazione tra stato civile, classe sociale, livello di istruzione ed abitudine al fumo in Italia e Toscana, secondo i dati raccolti nel 2005 dall'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana", riferiti ai soggetti di età maggiore o uguale di 11 anni.

La classe sociale (Tabella 3.1) è stata costruita sulla base della professione attuale o passata (nel caso di pensionati, casalinghe, ritirati dal lavoro, ecc.) secondo un modello a quattro classi (Cardano M, Marinacci C, 2004).

Tabella 3.1
Definizione di classe sociale

Classe sociale			
Alta	Medio-Alta	Medio-Bassa	Bassa
Dirigente	Direttivo, quadro	Lavoratore in proprio	Capo operaio, operaio subalterno e assimilati
Imprenditore	Impiegato	Socio cooperativa produzione beni e/o prestazione servizi	Apprendista
Libero professionista		Coadiuvante	Lavorante a domicilio per conto di impresa

Ad ogni soggetto abbiamo attribuito la classe sociale familiare, costruita in base al criterio della dominanza di Erikson, che assegna alla famiglia la classe sociale più elevata fra quella dei due coniugi o conviventi. La scelta di attribuire ad ogni soggetto la rispettiva classe sociale familiare è legata alla necessità di individuare in maniera più coerente il contesto ambientale sociale in cui l'individuo vive, per cui, ad esempio, una donna che svolge l'attività di casalinga differirà per ambito sociale di appartenenza nel caso in cui abbia per coniuge un soggetto che appartenga ad una classe sociale alta (es. imprenditore) o ad una bassa (es. operaio). Per gli individui che erano classificati solo a livello individuale e non familiare (quali figli di persone che non hanno indicato una posizione nella professione) è stata attribuita la classe sociale individuale. La classe sociale familiare è stata costruita considerando il nucleo familiare e non la famiglia di fatto. Considerando la famiglia di fatto, infatti, si rischiava, ad esempio, di attribuire ai soggetti giovani la classe sociale di eventuali nonni conviventi. Per nucleo familiare si intende una coppia coniugata o convivente, con o senza figli mai sposati, né conviventi coniugalmente, né aventi figli propri, oppure un solo genitore con uno o più figli mai sposati, né conviventi coniugalmente, né aventi figli propri (Istat). Tali modalità classificative vengono seguite anche in altre analisi regionali che utilizzano dati Multiscopo Istat (Regione Piemonte, 1994-1995).

Anche il livello di istruzione è stato costruito sulle indicazioni del modello precedentemente citato (Cardano M, Marinacci, 2004), che prevede una distinzione in quattro classi secondo il titolo di studio conseguito e l'anno di nascita (Tabella 3.2). Il livello di istruzione familiare è stato costruito assegnando il livello più

elevato tra quelli dei due coniugi o conviventi. Per gli individui che erano classificati solo a livello individuale e non familiare è stato attribuito il livello di istruzione individuale.

Tabella 3.2
Definizione del livello di istruzione

Livello di istruzione	Titolo di studio	
	Soggetti nati nel 1951 o prima	Soggetti nati nel 1952 o dopo
Alto	Diploma di scuola media superiore o laurea	Laurea
Medio-Alto	Licenza media o licenza professionale	Licenza professionale o diploma di scuola media superiore
Medio-Basso	Licenza elementare	Licenza media
Basso	Nessun titolo	Al più licenza elementare

3.1 L'abitudine al fumo in relazione allo stato civile, in Italia e Toscana

La nostra analisi ha inizialmente valutato la relazione tra caratteristiche dell'abitudine al fumo e stato civile, distinguendo quest'ultimo in quattro categorie (celibe/nubile, coniugato, separato/divorziato, vedovo).

In Italia, la quota maggiore di fumatori si osserva tra i soggetti separati o divorziati (33,3%), sia nei maschi (39,5%) che nelle femmine (28,1%), seguiti, con valori molto più bassi, dai celibi o nubili (Tabella 3.3). Anche in ognuna delle ripartizioni geografiche e per entrambi i generi la maggior quota di fumatori si osserva nei soggetti separati o divorziati (dati non mostrati). In Toscana, a differenza del dato italiano, la maggior quota di fumatori si ha tra i soggetti celibi/nubili (27,7%), con un valore di poco superiore rispetto ai separati/divorziati (26,8%) (Tabella 3.4). Questo andamento è da mettere in relazione alla distribuzione osservata nel genere maschile, in cui la prevalenza dei fumatori tra i celibi (30,5%) supera quella osservata nelle altre categorie, mentre nelle donne la percentuale di fumatrici è più alta tra le separate o divorziate, così come evidenziato per l'intera penisola. Scarsa risulta, inoltre, sempre nel gruppo di soggetti maschi celibi o nubili, la tendenza a smettere di fumare.

L'elevata percentuale di fumatori tra i celibi risente della più giovane età dei soggetti, in cui, come abbiamo già visto, risulta essere particolarmente diffusa l'abitudine al fumo nei toscani. La bassa percentuale di fumatori evidenziata negli

individui vedovi è probabilmente influenzata, anche in questo caso, dall'età più avanzata degli stessi, in cui è meno diffusa l'abitudine al fumo. La condizione civile di coniugato, indicativa di una stabile relazione affettiva e di convivenza, sembra indurre, globalmente, verso un comportamento meno a rischio.

Tabella 3.3
Abitudine al fumo in Italia, per stato civile (%). Età ≥11 anni. Anno 2005.

Stato civile	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Maschi			
Celibe	28,3	13,2	58,4
Coniugato	27,6	39,4	33,0
Separato/Divorziato	39,5	33,1	27,3
Vedovo	14,3	57,4	28,3
Femmine			
Nubile	18,1	9,6	72,3
Coniugata	16,0	17,3	66,7
Separata/Divorziata	28,1	22,6	49,3
Vedova	8,5	13,8	77,6
Totale			
Celibe/Nubile	23,7	11,6	64,7
Coniugato	21,8	28,4	49,8
Separato/Divorziato	33,3	27,4	39,3
Vedovo	9,5	21,0	69,5

Dati ISTAT, elaborazione ARS

Tabella 3.4**Abitudine al fumo in Toscana, per stato civile (%). Età ≥11 anni. Anno 2005.**

Stato civile	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Maschi			
Celibe	30,5	17,5	52,0
Coniugato	25,7	42,9	31,4
Separato/Divorziato	27,3	45,7	27,0
Vedovo	24,4	59,6	16,1
Femmine			
Nubile	24,2	13,3	62,5
Coniugata	17,3	19,7	63,0
Separata/Divorziata	26,3	27,3	46,4
Vedova	6,5	16,5	77,0
Totale			
Celibe/Nubile	27,7	15,6	56,7
Coniugato	21,5	31,3	47,2
Separato/Divorziato	26,8	35,7	37,5
Vedovo	9,3	23,4	67,3

Dati ISTAT, elaborazione ARS

3.2 La diffusione del consumo di tabacco nelle classi sociali, in Italia e Toscana

In Italia le percentuali di fumatori, ex fumatori e mai fumatori risultano analoghe nei quattro ambiti sociali di appartenenza individuati; l'analisi per genere indica, invece, differenze di comportamento (Tabella 3.5). Nei maschi si evidenzia una relazione inversa tra classe sociale e fumo: nella classe sociale bassa troviamo la maggiore percentuale di fumatori, ovvero il 31,2%, che scendono in quella più alta al 25,7%. Nel genere femminile osserviamo una relazione opposta, con un aumento della quota di fumatrici all'aumentare della classe sociale di appartenenza; queste sono, infatti, il 14,4% nel ceto più basso il 19,8% in quello più alto. Si mantiene, quindi, in Italia, una netta differenza tra i contesti sociali in cui è diffusa l'abitudine al fumo nei due generi. Fumare risulta un comportamento più tipico delle classi sociali alte nelle donne e di quelle più basse negli uomini.

Tabella 3.5
Abitudine al fumo in Italia, per classe sociale familiare (%). Et  ≥11
anni. Anno 2005.

Classe sociale familiare	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Maschi			
Alta	25,7	29,3	45,1
Medio - Alta	26,5	30,0	43,4
Medio - Bassa	28,8	31,4	39,8
Bassa	31,2	30,4	38,4
Femmine			
Alta	19,8	18,4	61,9
Medio - Alta	17,2	16,4	66,4
Medio - Bassa	14,7	13,4	72,0
Bassa	14,4	12,8	72,7
Totale			
Alta	22,9	24,1	53,1
Medio - Alta	21,7	22,9	55,4
Medio - Bassa	21,6	22,2	56,1
Bassa	22,7	21,6	55,7

Dati ISTAT, elaborazione ARS

Nelle diverse ripartizioni geografiche italiane (Nord, Centro, Sud e Isole) l'abitudine a fumare mostra, nel complesso, una differente diffusione tra le classi sociali (Tabella 3.6). Nelle regioni del Nord la percentuale di fumatori   analoga nei diversi ambiti sociali di appartenenza, al Centro l'abitudine   pi  diffusa nel ceto sociale pi  alto (26,3%), mentre nelle regioni meridionali ed insulari la quota maggiore   nella classe pi  bassa (24,1%). Nell'analisi per genere, tuttavia, i comportamenti nelle tre ripartizioni geografiche appaiono omologabili, con maggior quota di fumatori negli uomini che vivono in contesti sociali di classe bassa e nelle donne di classe sociale di appartenenza pi  elevata. Le differenze pi  marcate nel genere maschile si osservano nelle regioni del Sud e delle Isole, in cui la percentuale di fumatori nella classe sociale familiare alta   del 25,2% e nella bassa   del 35,5%, mentre nelle donne si rilevano nelle regioni centrali, con il 24,4% di fumatrici nella classe sociale familiare alta ed il 16,1% in quella bassa; tali andamenti, insieme ai dati pi  omogenei del Nord, concorrono nel determinare le complessive diverse tendenze osservate nelle tre ripartizioni geografiche.

Tabella 3.6**Fumatori in Italia, per classe sociale familiare, ripartizione geografica e genere (%). Età ≥11 anni. Anno 2005.**

Classe sociale familiare	Ripartizione geografica		
	Nord	Centro	Sud e Isole
Maschi			
Alta	25,0	28,0	25,2
Medio-Alta	26,0	26,5	27,2
Medio-Bassa	27,6	30,0	29,6
Bassa	27,6	31,1	35,5
Femmine			
Alta	19,9	24,4	16,3
Medio-Alta	16,8	20,7	15,6
Medio-Bassa	16,8	17,2	11,2
Bassa	15,1	16,1	12,7
Totale			
Alta	22,6	26,3	21,0
Medio-Alta	21,2	23,5	21,3
Medio-Bassa	22,2	23,3	20,4
Bassa	21,3	23,4	24,1

Dati Istat, elaborazione ARS

In Toscana, nell'analisi per classe sociale familiare di appartenenza, emerge che la quota più elevata di fumatori si registra nella classe alta (27,6%), con valori che progressivamente si riducono nei ceti sociali più bassi (19% nella classe bassa), in linea ma con una tendenza più marcata, con il comportamento osservato nell'area centrale della penisola (Tabella 3.7).

Tabella 3.7**Abitudine al fumo in Toscana, per classe sociale familiare (%). Et  ≥11 anni. Anno 2005.**

Classe sociale familiare	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Maschi			
Alta	26,8	32,4	40,8
Medio - Alta	27,6	35,1	37,3
Medio - Bassa	28,1	41,3	30,6
Bassa	26,9	35,6	37,5
Femmine			
Alta	28,4	22,8	48,9
Medio - Alta	19,1	18,7	62,2
Medio - Bassa	16,8	20,7	62,5
Bassa	11,2	14,3	74,5
Totale			
Alta	27,6	27,7	44,8
Medio - Alta	23,2	26,6	50,2
Medio - Bassa	22,1	30,4	47,5
Bassa	19,0	24,9	56,1

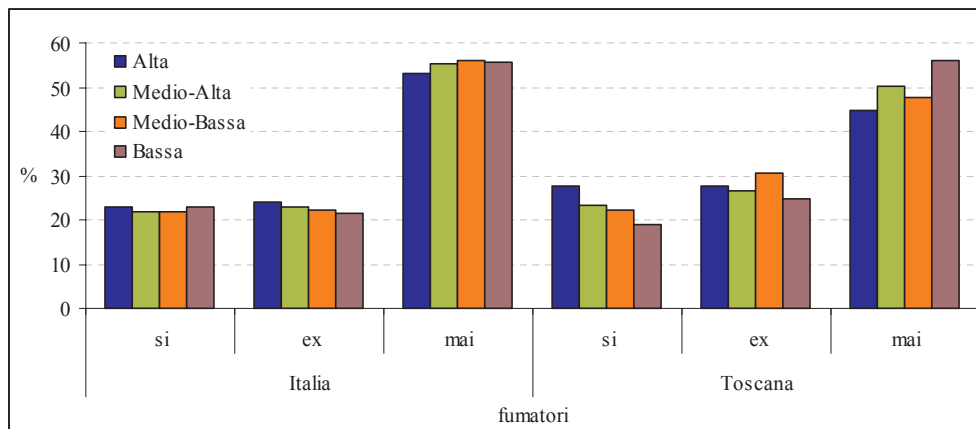
Dati ISTAT, elaborazione ARS

Nel genere maschile, i fumatori sono ugualmente rappresentati nelle diverse classi sociali, gli ex fumatori raggiungono percentuali pi  elevate nella classe medio-bassa (41,3%) (Tabella 3.7). Nelle donne, invece, l'abitudine a consumare tabacco   particolarmente diffusa nella classe sociale familiare alta (28,4%), e diventa meno frequente nei ceti pi  bassi, fino ad un valore di 11,2% nella classe bassa (Tabella 3.7). Da sottolineare il dato che proprio nelle donne appartenenti ai ceti sociali pi  elevati la percentuale di fumatrici   pi  alta di quella osservata negli uomini dello stesso gruppo (26,8%). La percentuale di ex fumatrici   maggiore nel ceto sociale pi  alto (22,8%), mentre la quota di donne che non ha mai fumato presenta una relazione inversa con la classe sociale, con valori pi  bassi nella classe alta (48,9%) e maggiori in quella bassa (74,5%).

Dal confronto tra Italia e Toscana emerge che, mentre in Italia il consumo di tabacco risulta ugualmente diffuso nelle diverse classi sociali, in Toscana sembra privilegiare le classi pi  alte, con un andamento che vede progressivamente ridurre

la percentuale di fumatori passando ai ceti inferiori (Figura 3.1). Gli ex fumatori in Toscana sono maggiormente rappresentati rispetto all'Italia in ognuna delle classi sociali considerate.

Figura 3.1
Abitudine al fumo in Toscana e in Italia, per classe sociale familiare (%).
Età ≥11 anni. Anno 2005. Dati Istat, elaborazione ARS.



Nell'analisi per genere l'Italia e la Toscana mostrano delle differenze soprattutto nei maschi fumatori: mentre l'abitudine al fumo in Italia risulta più diffusa nelle classi sociali più basse, nella nostra regione le percentuali di fumatori sono analoghe nelle quattro classi, con una leggera prevalenza nei ceti medi (Figura 3.2). Nel genere femminile, invece, il confronto tra Italia e Toscana evidenzia che le tendenze osservate sono assimilabili, pur con una differenza più marcata tra la quota di donne fumatrici di classe sociale bassa e alta nella nostra regione (Figura 3.3).

Le maggiori diversità comportamentali tra Italia e Toscana sembrano quindi da osservare negli uomini, in cui nella nostra regione il consumo di tabacco appare equamente distribuito nelle classi sociali.

Figura 3.2

Abitudine al fumo in Toscana e in Italia, per classe sociale familiare, maschi (%). Età ≥11 anni. Anno 2005. Dati Istat, elaborazione ARS.

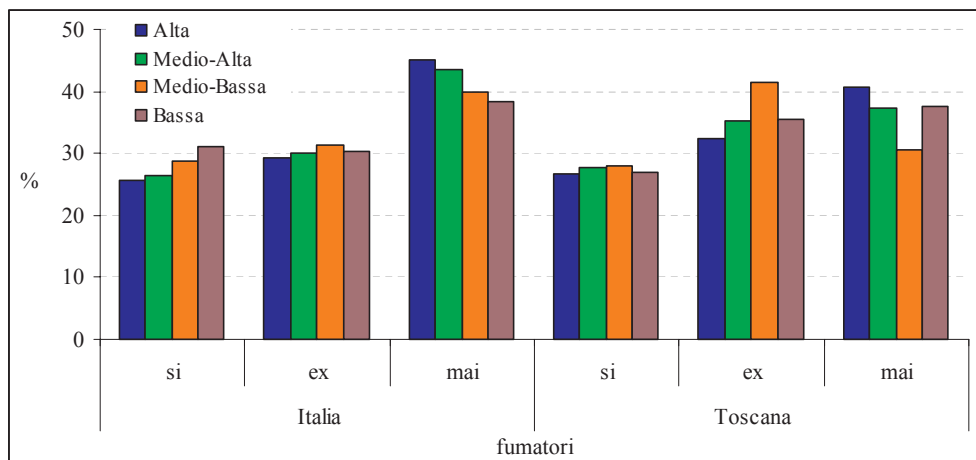
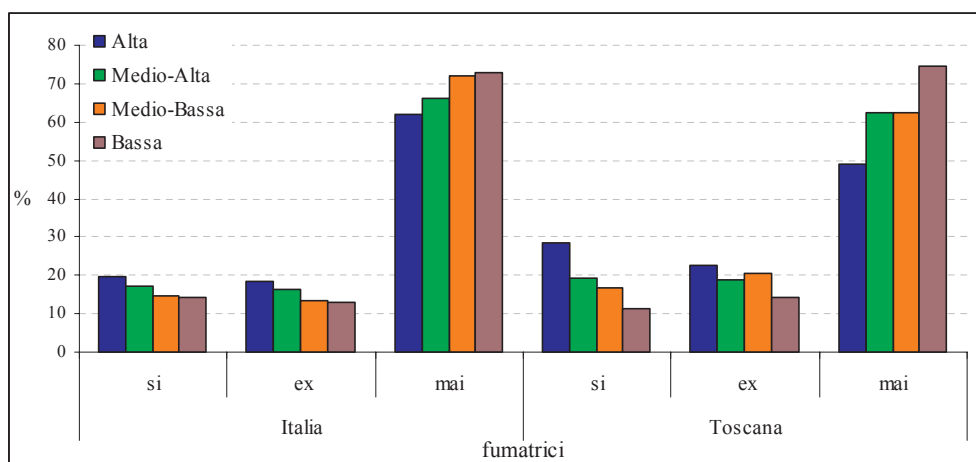


Figura 3.3

Abitudine al fumo in Toscana e in Italia, per classe sociale familiare, femmine (%). Età ≥11 anni. Anno 2005. Dati Istat, elaborazione ARS.



3.3 L'influenza del livello di istruzione nel consumo di tabacco, in Italia e Toscana

La nostra analisi si è quindi focalizzata sulla relazione tra abitudine al fumo e livello di istruzione. In Italia (Tabella 3.8) le percentuali più elevate di fumatori si osservano nei soggetti con grado di scolarizzazione familiare medio-alto (23,5%), mentre meno diffusa è l'abitudine nel livello basso (15%). Gli ex fumatori sono maggiormente rappresentati in contesti caratterizzati da maggior grado di istruzione (25%), che sembrano risultare particolarmente sensibili all'importanza della cessazione dell'abitudine. È invece nella classe con livello di istruzione basso che troviamo la maggior percentuale di mai fumatori (67,8%). Anche in questo caso, tuttavia, come per la classe sociale, l'analisi per genere mette in luce delle differenze comportamentali.

Tabella 3.8
Abitudine al fumo in Italia, per livello di istruzione familiare (%). Età ≥11 anni. Anno 2005.

Livello di istruzione familiare	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Maschi			
Alto	22,9	32,3	44,8
Medio-Alto	29,0	28,2	42,8
Medio-Basso	30,9	30,9	38,3
Basso	27,1	36,1	36,8
Femmine			
Alto	17,4	18,1	64,5
Medio-Alto	18,2	15,4	66,4
Medio-Basso	13,0	12,7	74,3
Basso	7,7	5,8	86,4
Totale			
Alto	20,1	25,0	54,8
Medio-Alto	23,5	21,7	54,9
Medio-Basso	21,6	21,4	57,0
Basso	15,0	17,2	67,8

Dati ISTAT, elaborazione ARS

L'andamento osservato nei maschi (Tabella 3.8) mostra una maggiore percentuale di fumatori nella classe di livello di istruzione medio-basso (30,9%) e medio-alto (29%); il valore più basso si ha nel gruppo con istruzione alta (22,9%), in cui, inoltre, è più alta la quota di coloro che non hanno mai fumato (44,8%). Nel genere femminile (Tabella 3.8), l'abitudine al fumo è diffusa soprattutto tra coloro con livello di scolarizzazione familiare medio-alto (18,2%) e alto (17,4%), in cui, inoltre, è minore la quota di chi non ha mai fumato (64,5%). Anche in questo caso, come per la classe sociale, emergono tendenze opposte nei due generi, in cui tra coloro con capitale culturale familiare più elevato si hanno comportamenti più "virtuosi" negli uomini e maggiormente a rischio nelle donne.

Nelle tre ripartizioni geografiche italiane l'analisi secondo il livello di scolarizzazione familiare indica che il consumo di tabacco è più diffuso negli individui con livelli di istruzione familiare medio-alti (Nord e Centro) e medi (Sud e Isole), mentre le minori percentuali di fumatori si osservano in quelli con basso livello di istruzione. L'analisi per genere mostra però aspetti analoghi a quelli osservati per l'intera penisola: in ognuna delle tre ripartizioni, le quote di fumatori negli uomini sono più basse tra i più istruiti, e nelle donne sono maggiori nei gruppi con livello di istruzione alto e medio-alto (Tabella 3.9), con i valori più elevati nelle regioni centrali. Nelle regioni centrali la percentuale maggiore di fumatori nel genere maschile si rileva nei soggetti con livelli di istruzione medi.

Tabella 3.9**Fumatori in Italia, per livello di istruzione familiare, ripartizione geografica e genere (%). Età ≥11 anni. Anno 2005.**

Livello di istruzione familiare	Ripartizione geografica		
	Nord	Centro	Sud e Isole
Maschi			
Alto	22,6	23,1	23,3
Medio-Alto	28,2	30,6	29,4
Medio-Basso	26,8	30,4	35,7
Basso	28,2	27,3	26,4
Femmine			
Alto	15,8	22,1	16,4
Medio-Alto	18,8	20,2	16,1
Medio-Basso	14,5	14,7	10,4
Basso	10,8	5,6	7,0
Totale			
Alto	19,1	22,6	19,8
Medio-Alto	23,4	25,2	22,7
Medio-Basso	20,3	22,2	22,7
Basso	18,1	13,0	14,1

Dati Istat, elaborazione ARS

In Toscana (Tabella 3.10) la quota maggiore di fumatori si osserva tra i soggetti con livello di scolarizzazione familiare medio-alto (25,1%), mentre l'abitudine è meno diffusa tra i meno istruiti (12%), in linea con il dato nazionale e con quello dell'intera area geografica del Centro. Anche la distribuzione degli ex fumatori (più rappresentati nelle classe di maggior istruzione) e dei mai fumatori (maggiormente presenti tra i meno istruiti) è sovrapponibile al dato nazionale. L'analisi per genere conferma in linea generale le tendenze osservate per l'intera penisola (Tabella 3.10): l'abitudine al fumo risulta diffusa nei maschi soprattutto tra i soggetti con livello di istruzione familiare medio-alto (in Italia sono prevalenti nel livello medio-basso), mentre la minor quota di fumatori si rileva nei più istruiti; nelle femmine è soprattutto nelle più istruite che il consumo di tabacco è più diffuso. Si conferma per il genere femminile che l'elevato livello di istruzione, come per la classe sociale, non è protettivo nei confronti dell'abitudine al fumo,

analogamente a quanto osservato per l'Italia. Negli uomini, mentre non si riscontrano differenze marcate nell'abitudine al fumo tra le classi sociali, se consideriamo il livello di istruzione emerge una minore diffusione nei contesti maggiormente scolarizzati.

Sia in Italia che in Toscana non sembrano ancora chiaramente evidenti i mutamenti che portano all'evoluzione finale dell'abitudine al consumo di tabacco, caratterizzata da una prevalente diffusione nelle classi socio-economiche e culturali più svantaggiate, soprattutto per la persistenza dell'abitudine nelle donne delle fasce più alte.

Tabella 3.10
Abitudine al fumo in Toscana, per livello di istruzione familiare (%). Età ≥11 anni. Anno 2005.

Livello di istruzione familiare	Fumatori	Ex fumatori	Mai fumatori
Maschi			
Alto	23,8	36,0	40,2
Medio - Alto	29,7	32,3	37,9
Medio - Basso	26,1	40,4	33,5
Basso	25,9	36,4	37,7
Femmine			
Alto	21,5	20,5	58,0
Medio - Alto	20,7	18,6	60,7
Medio - Basso	11,5	16,9	71,6
Basso	1,9	4,6	93,5
Totale			
Alto	22,6	28,1	49,3
Medio - Alto	25,1	25,3	49,5
Medio - Basso	18,2	27,7	54,0
Basso	12,0	17,9	70,1

Dati ISTAT, elaborazione ARS

CAPITOLO 4

I Centri Antifumo Toscani nell'ambito della realtà nazionale

4. I CENTRI ANTIFUMO TOSCANI NELL'AMBITO DELLA REALTÀ NAZIONALE

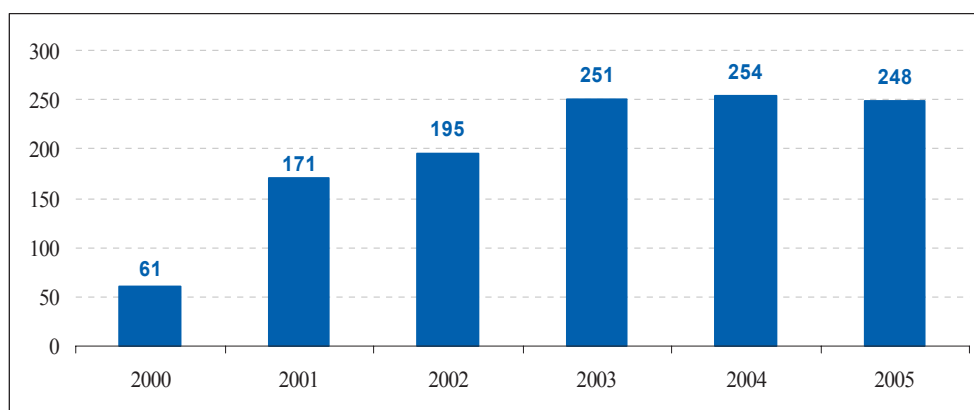
Mateo Ameglio, Arcangelo Alfano, Anna Cillerai

La diffusione del fumo di tabacco, sviluppatasi progressivamente a livello mondiale durante il secolo scorso, ha incontrato soltanto a metà secolo i primi tentativi volontaristici tesi specificamente ad interrompere la dipendenza che ne costituisce il substrato bio-psico-sociale.

L'intervento delle istituzioni sanitarie, attraverso la strutturazione di Centri specialistici di secondo livello per il trattamento del Tabagismo (che chiameremo Centri Antifumo o Caf) è arrivato molti anni dopo ed ha visto nascere una ventina di anni fa i primi Servizi nel Centro-Nord Italia.

I 248 Centri antifumo (Figura 4.1), rilevati nel Maggio 2005 durante l'ultimo censimento nazionale, sono collocati per il 75% nel centro-nord Italia e metà di essi è nata dopo l'anno 2000. Tale tipo di sviluppo rispecchia anche quello dei 26 Centri Toscani dal 1994 ad oggi.

Figura 4.1
Numero Centri Antifumo Nazionali Ospedalieri e ASL. OssFAD- ISS, 2006.



Lo sviluppo di strutture pubbliche per il trattamento del tabagismo, è soltanto uno degli aspetti necessari per affrontare una problematica così complessa

e trasversale, che richiede l'implementazione di politiche di controllo del fenomeno articolate su più livelli.

Negli ultimi anni è stato possibile favorire a livello nazionale un simile approccio attraverso la costituzione del Coordinamento Tecnico delle Regioni sul Tabagismo e della collaborazione fra questo ed il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità.

La Toscana ha nei fatti adottato da molti anni questo approccio, già manifestato con la L.R. 65/1996 ("Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivati dal fumo"), e perfezionato attraverso numerose iniziative regionali quali la Del.G.R. 937/2001 ("Indicazioni operative per la prevenzione primaria e secondaria del tabagismo e dei rischi derivanti dal fumo di tabacco"), i Piani Sanitari Regionali 1999-2001 e successivi, la Delibera di Giunta regionale 114/2002 ("Progetto regionale per lo sviluppo ed il potenziamento dei Centri Antifumo Toscani"), la Delibera di Giunta regionale 338/2005 (Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco e sperimentazione programmi antitabagici negli stabilimenti termali), la L.R. 25/2005 ("Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivanti dal fumo"), la Delibera di Giunta regionale 894/2005 ("Gruppo regionale di coordinamento intersettoriale sul Tabagismo" e partecipazione operatori del S.S.N. a Master e corso di perfezionamento sul tabagismo organizzati dalle Università di Firenze e Pisa-Finanziamento delle Aziende Sanitarie Toscane della quota di iscrizione), il Decreto Dirigenziale 7400/2005 ("Approvazione progetti per interventi di prevenzione e cura del tabagismo previsti dalla L.R. 25/2005-Impegno di spesa"), il Decreto Dirigenziale 6323/2006 (Approvazione progetti per interventi di prevenzione e cura del tabagismo previsti dalla L.R. 25/2005 - Impegno di spesa).

Attraverso le varie progettualità sviluppate nel corso degli anni a livello regionale, i Centri antifumo hanno acquisito un ruolo essenziale nella rete di proposte, di primo e di secondo livello, tese a favorire la cessazione del fumo.

Un successivo sviluppo di tale rete assistenziale, verrà perseguito attraverso il progetto "Percorsi preventivo-assistenziali per il paziente fumatore" che è attualmente in corso.

L'essenziale attività di monitoraggio e valutazione delle attività svolte dai Centri antifumo è stata eseguita attraverso l'adozione del "Protocollo di monitoraggio sull'attività dei Centri Antifumo", che prevede la rilevazione annuale (da luglio a giugno dell'anno successivo) dell'attività dei Centri. Il primo periodo di

rilevazione è scattato dal 1° luglio 2001 al 30 giugno 2002 e l'ultima rilevazione effettuata riguarda il periodo che va dal 1° luglio 2005 al 30 giugno 2006. I dati relativi ai primi tre anni di questo monitoraggio, sono già stati pubblicati nel 2003.

La parallela esigenza di mappare le caratteristiche dei Centri antifumo presenti sul territorio nazionale ha portato all'effettuazione di un monitoraggio, svolto in collaborazione fra l'OssFAD dell'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della Salute, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome ed infine il Coordinamento Tecnico delle Regioni sul Tabagismo, il quale ha consentito di acquisire dati ufficiali comunicati direttamente dalle Regioni.

I dati riportati di seguito provengono da entrambi i monitoraggi.

4.1 Aspetti organizzativi

I Centri antifumo italiani, sono collocati per il 56% in strutture di tipo territoriale e per il 41% in strutture di tipo ospedaliero. La loro prevalente nascita in ambito pneumologico ed il successivo crescente coinvolgimento del settore delle dipendenze, sono rispecchiati dalla collocazione dei Caf per il 36,5% nei Servizi per le Dipendenze, per il 34,4% nelle Unità Operative di Pneumologia e di Fisiopatologia Respiratoria, mentre il restante 30% è collocato in altri ambiti quali Dipartimenti della Prevenzione, Unità Operative di Medicina, Alcolologia, ecc. Soltanto il 2,5% dei Centri è collocato in altre Unità Ospedaliere specialistiche riconducibili alle patologie fumo-correlate, quali la cardiologia e l'oncologia.

La realtà toscana invece si caratterizza per una netta prevalenza (69%) di Centri che fanno riferimento a strutture territoriali quali i Ser.T. rispetto a quelle collocate in ambito ospedaliero di tipo pneumologico (31%). Tale realtà è tuttavia molto composita dato che la sede operativa dei Centri è collocata per il 54% presso strutture territoriali (SerT, Distretto, Poliambulatorio, Presidio Sanitario), per il 34,5% negli Ospedali delle ASL e per l'11,5% nelle Aziende Ospedaliere. Anche il personale che opera all'interno dei Centri è spesso dislocato in modo trasversale fra servizi territoriali ed ospedalieri (Figura 4.2 e Tabella 4.1).

Figura 4.2
Anno inizio attività dei Caf toscani.

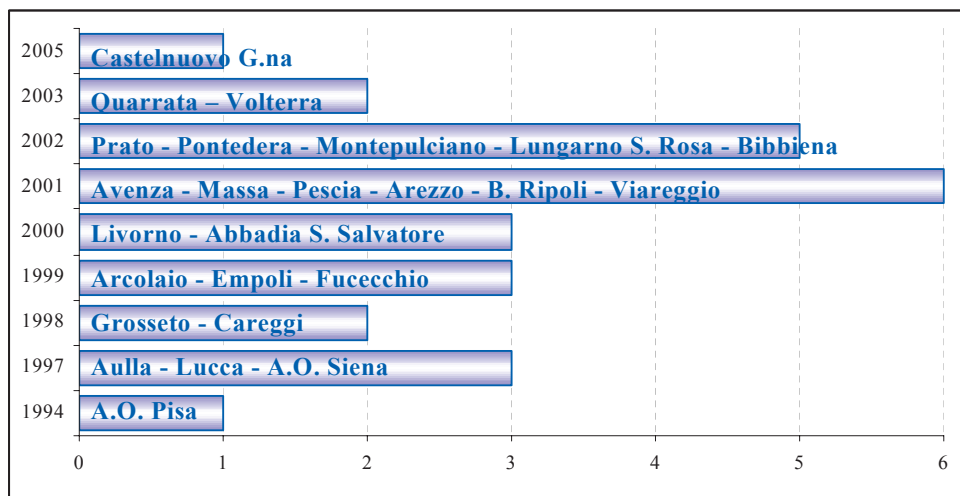


Tabella 4.1
Sede dei Centri e Appartenenza del personale.

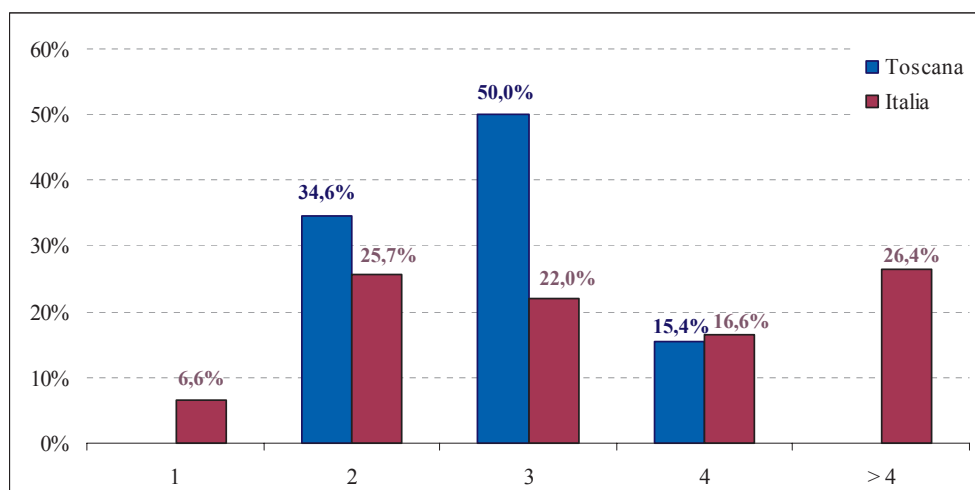
Centri antifumo	Collocazione fisica	Appartenenza del personale
8	Ser.T.	9 medici Ser.T. 6 psicologi Ser.T. 2 Oper. San. Ser.T. 2 Oper. Non San. Ser.T.
3	Az. Ospedaliera	8 Medici Pneumologo 2 Oper.Sanit. Pneumologia 1 Dietista 1 Oper. Non Sanit. Ser. Alcolologico 1 Psicologo esterno
9	Ospedale ASL	15 Medici: 3 Medicina, 7 Ser.T., 5 Pneumologia 4 Psicologi: 3 Ser.T. + 1 UO Psicologia 5 Op. San.: 3 Ser.T. + 1 Medicina + 1 Pneumologia 1 Op. non San.
3	Distretto	4 Medici: 2 Pneumologia + 2 Ser.T. 1 Psicologi Ser.T.
2	Poliambulatorio	2 Medico Ser.T. 2 Psicologa Ser.T.
1	Presidio Sanitario	1 Medico SerT 1 Oper. Sanit. Ser.T.

I Centri toscani garantiscono l'apertura al pubblico da un minimo di 35 settimane l'anno ad un massimo di 52 settimane, con un valore medio di 46 settimane annuali.

Il front office impegna in media 27 ore settimanali, simili alle 25 ore della media nazionale, con sensibili differenze esistenti tra i Centri che possono avvalersi del supporto amministrativo e organizzativo degli Operatori di Centri Antifumo (OCA) e gli altri che ne sono privi, che per motivi logistici sono costretti a ridurre sensibilmente il tempo di questa attività.

Nei Centri Toscani lavorano 39 medici, 14 Psicologi, 8 Infermieri, 26 Operatori di Centri Antifumo (OCA) e altri 8 operatori di varia professionalità (Educatore, Dietista, Assistente sociale e Amministrativo).

Figura 4.3
Numero di Unità per Servizio.



I medici sono presenti in tutti i Centri, prevalentemente con una sola unità (66% dei casi) o con due unità (23%). Essi dedicano all'attività antitabagica una media di 8 ore settimanali e rispetto ai dati rilevati nel 2003, si evidenzia sia un aumento del numero di unità impegnate sia un sensibile incremento delle ore totali di attività nell'anno, che sono passate da 153 a 223.

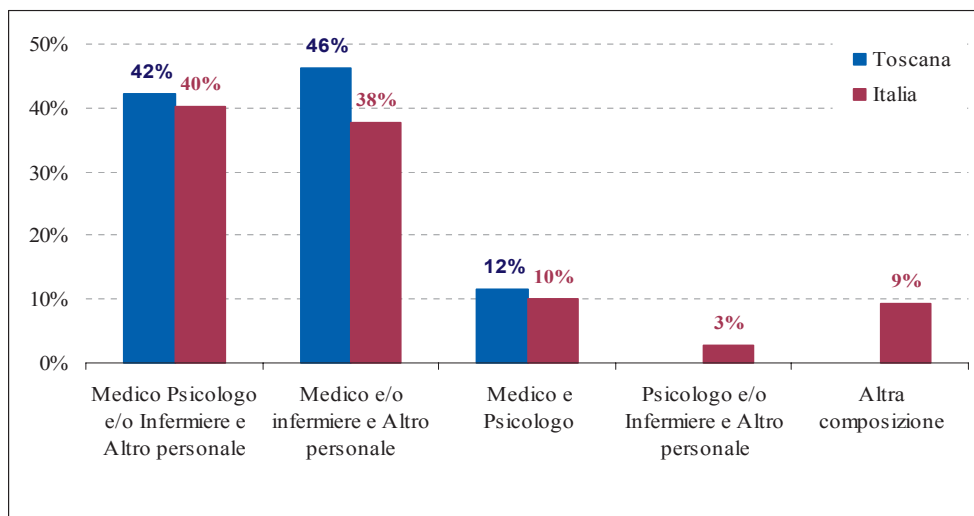
Diversa è la situazione per ciò che riguarda gli psicologi, che sono tuttora presenti in circa la metà dei Centri (Figura 4.4) con un numero di operatori sostanzialmente invariato sin dal 2003, a fronte tuttavia di una riduzione

complessiva delle ore di lavoro che passano dalle 72 del 2003 alle 48 del 2006. Questi operatori, che provengono nella quasi totalità dai Ser.T., dedicano in media 3,7 ore settimanali ai Centri antifumo.

Come per gli psicologi, il numero di infermieri rimane pressoché invariato dal 2003, ma si assiste ad una drastica diminuzione delle ore di lavoro, che risultano dimezzate e ad una conseguente diminuzione delle ore medie settimanali che passano da 9 a 6.

Per quanto riguarda le altre figure professionali esse rappresentano ancora una minoranza, tuttavia dal 2003 ad oggi sono raddoppiate passando da 4 a 8, dedicando all'attività antitabagica in media 3 ore alla settimana.

Figura 4.4
Personale nei Centri Antifumo.



Possiamo ipotizzare che il calo dell'utenza che hanno registrato i Caf negli ultimi anni, abbia indotto i Servizi di appartenenza ad un maggiore impiego di questi operatori nell'ambito delle attività prevalenti nei loro Servizi di appartenenza. Tuttavia, questa maggior impronta medica che hanno assunto i Caf, determina un affievolimento dell'approccio multidisciplinare che viene da più parti auspicato.

Gli Operatori di Centro Antifumo (OCA) sono figure provenienti dalle liste dei Lavoratori Socialmente Utili e disoccupati di lunga durata, inserite nei Centri Antifumo nell'ambito del già citato "Progetto regionale per lo sviluppo ed il

potenziamento dei Centri Antifumo Toscani” (Delibera di Giunta regionale 114/2002).

Il loro numero è rimasto pressoché invariato dal 2003 (da 23 a 26), e la loro presenza insiste in 17 Centri su 26, fra i quali il 46% dispone di un solo operatore mentre il 15% ne ha 2; uno di essi è impiegato presso l’Ufficio regionale che coordina il progetto. Le 30 ore settimanali che essi svolgono, come da contratto, sono rimaste invariate.

La loro attività all’interno dei Caf si è rivelata nel corso degli anni sempre più incisiva e diffusa, attraverso un significativo supporto ad attività di tipo amministrativo, alle iniziative di prevenzione e sensibilizzazione, all’accoglienza degli utenti, al supporto alle attività di tipo diagnostico e trattamentale quali la somministrazione di questionari standardizzati, la misurazione del CO espirato, il *counseling*, l’attività dei gruppi ed il follow-up.

La composizione dell’équipe terapeutica dei Caf nazionali (Tabella 4.2) mostra percentuali limitate e simili, come quelle toscane, in merito alla presenza degli psicologi, mentre sono altrettanto prevalenti i medici e molto più rappresentati gli infermieri ed altre figure professionali. Occorre ricordare che molte delle attività di supporto svolte altrove da altre figure professionali, vengono svolte in Toscana dagli OCA.

Tabella 4.2
Composizione e ore medie settimanali degli operatori.

Equipe	Numero di centri		Presenza degli operatori (%)		Ore medie settimanali	
	Italia	Toscana	Italia	Toscana	Italia	Toscana
Medico	228	26	94,6	100	6,45	8
Psicologo	128	14	53,1	54	5,4	3,7
Infermiere	166	8	68,8	31	6,35	6
Altro*	115	7	47,7	27	11,25	3
Operatore Centro Antifumo	-	17	-	65,4%	-	30

**Amministrativo, Assistente –sanitario (solo nel dato Italiano); Assistente sociale; Educatore Professionale, etc.*

Le unità di personale presenti nei Servizi Toscani si attestano maggiormente sui 2 e 3 operatori, mentre a livello nazionale sembra esserci un’equa distribuzione tra due, tre e più di quattro unità (Figura 4.3 e Figura 4.4).

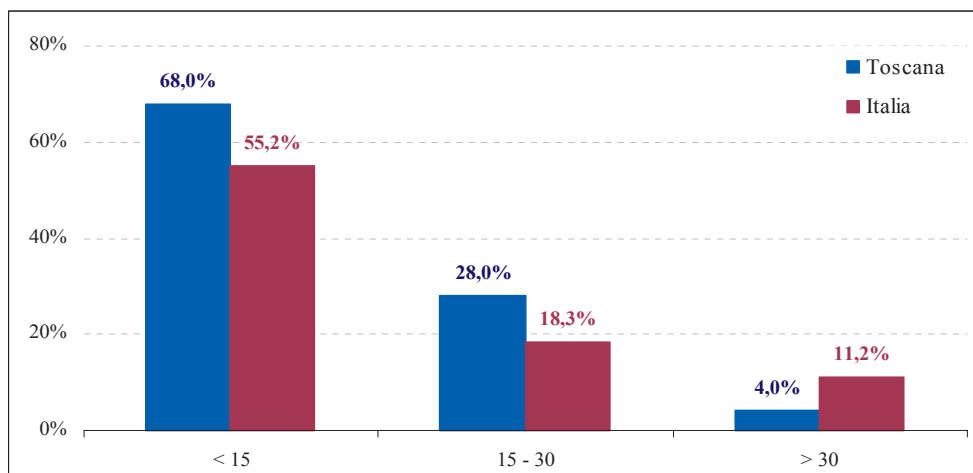
In merito alla formazione tabaccologica specifica degli operatori dei Centri antifumo toscani, va segnalato che in aggiunta ad altri percorsi, molti di essi hanno acquisito una formazione molto approfondita attraverso la frequentazione, sostenuta fattivamente dalla Regione Toscana, del Corso di Perfezionamento post-laurea in "Problemi e Patologie Tabacco Correlati" che si tiene da due anni presso l'Università di Firenze.

4.2 Utenza

I Servizi per la cessazione toscani sembrano risultare facilmente accessibili attraverso l'accesso diretto, telefonico o tramite CUP.

Il tempo di attesa per la prima visita non supera le due settimane ed in casi eccezionali si sono verificate nell'ultimo periodo attese che superano i trenta giorni. Questo aspetto costituisce un fattore importante per favorire l'adesione al trattamento, che consente di sfruttare la motivazione del fumatore ad intraprendere il trattamento attraverso una risposta tempestiva (Figura 4.5).

Figura 4.5
Tempi di attesa per la prima visita.



I costi dei trattamenti per il tabagismo a livello nazionale, tranne per alcuni Servizi che non richiedono un pagamento, sono molto variegati e spaziano da cifre inferiori ai 25 € a cifre superiori ai 200 €, con il 70% dei Centri che applica importi superiori ai 50 €.

La Toscana ha regolamentato, attraverso un'apposita normativa (Delibera di Giunta regionale 338/2005), sia l'importo del ticket che il cittadino deve pagare e sia il tipo di prestazioni che egli può attendersi a fronte di quel ticket. Considerando che il costo della visita di valutazione iniziale è a totale carico della Regione, il ticket da versare per il trattamento complessivo, sia individuale che di gruppo, è di circa 36 €. Tale cifra rientra in un range di costi che viene applicato da meno del 15% dei Centri antifumo nazionali.

Rispetto alla completa applicazione di quanto previsto nel protocollo regionale delineato nelle "Linee di indirizzo degli interventi di disassuefazione dal fumo di tabacco" contenute nella suddetta normativa, si rileva una percentuale inferiore al 30% dei Centri che riferisce alcune difficoltà.

Secondo i dati forniti dall'ARS (Agenzia Regionale di Sanità, 2005) nella nostra regione i fumatori dichiarati costituiscono il 22,3% della popolazione sopra gli 11 anni: si tratta di oltre settecentomila persone. Se teniamo conto che nei cinque anni di attività i Caf toscani hanno preso in carico 11.501 fumatori, i centri antifumo hanno inciso su circa l' 1,6 % della popolazione di probabili fumatori residenti in Toscana (Figure 4.6 e 4.7).

Figura 4.6
Numero richieste e numero presi in carico sui fumatori dichiarati in Toscana.

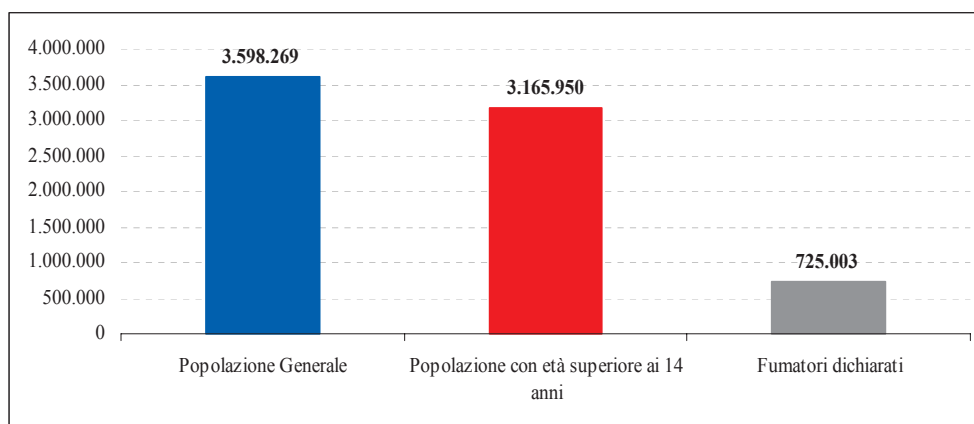
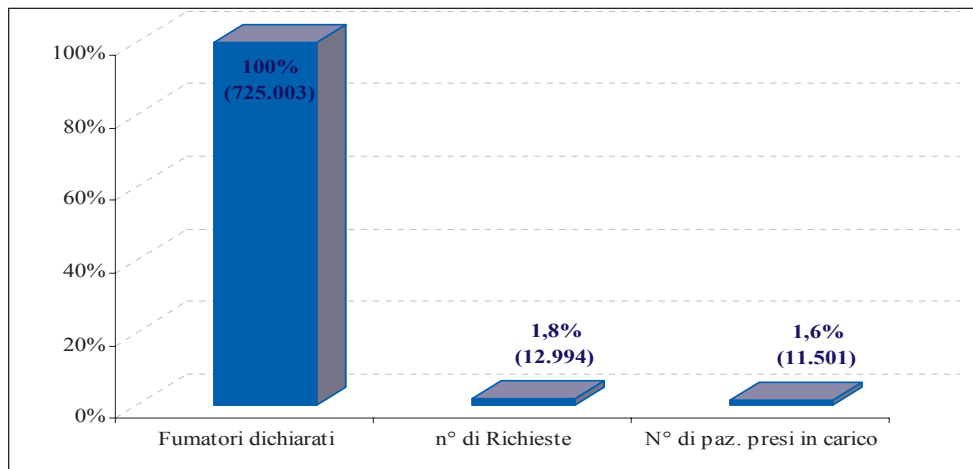
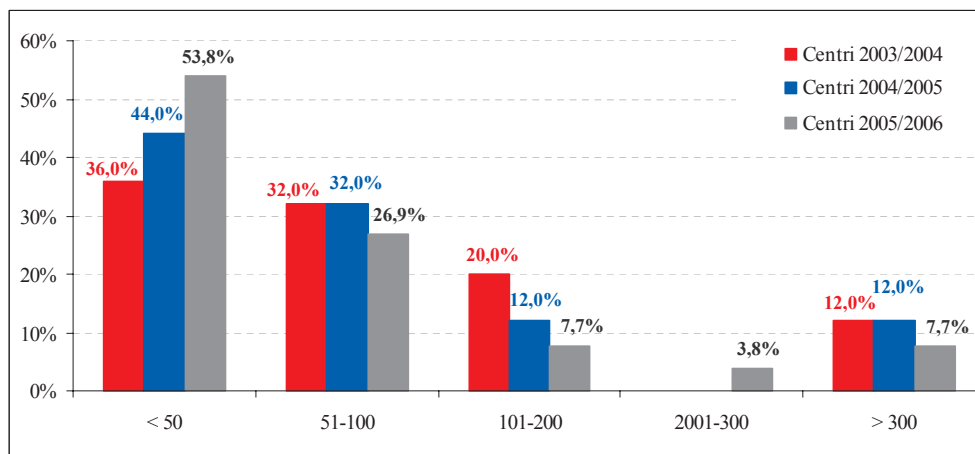


Figura 4.7
Numero di richieste e di pazienti presi in carico dai Caf rispetto ai fumatori dichiarati in Toscana.



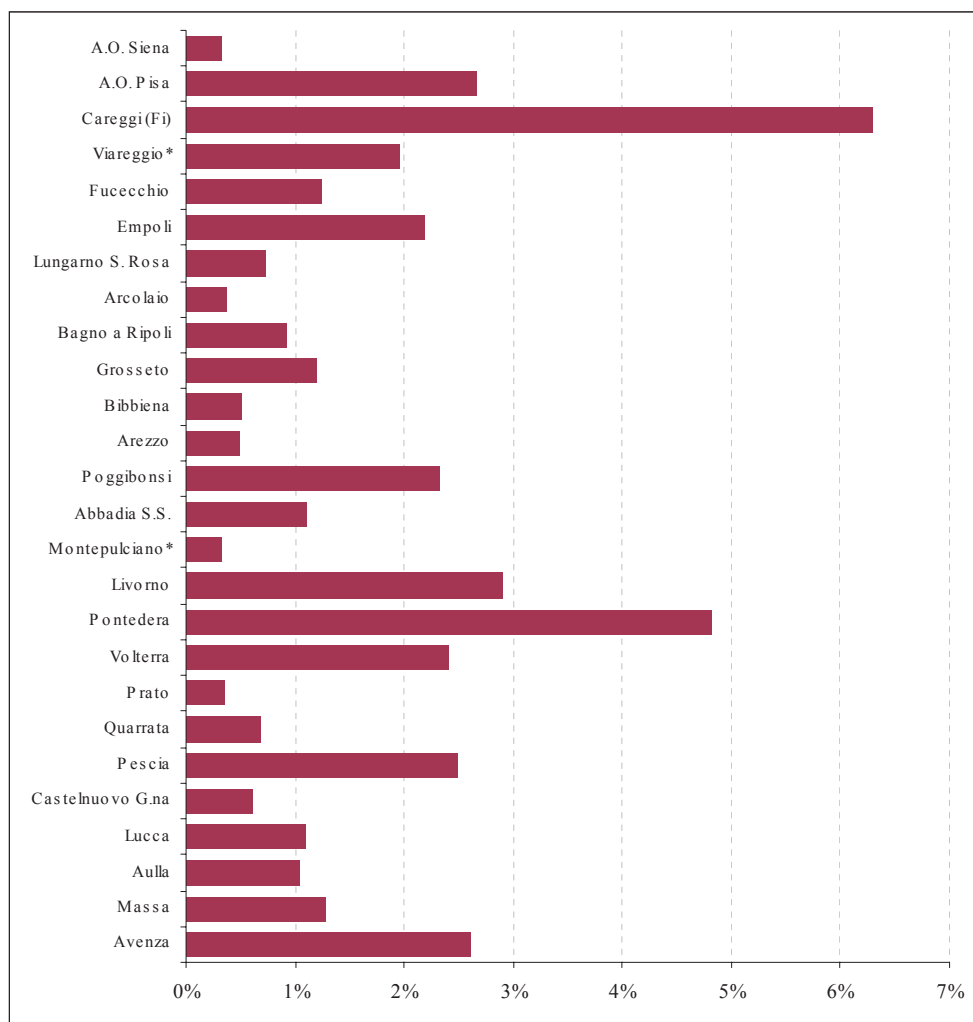
L'analisi della distribuzione di questi pazienti fra i diversi Centri toscani (Figura 4.8), mostra una prevalenza di Caf che lavorano con un numero limitato di utenti mentre su alcuni Centri (Livorno, Pisa e Firenze - Careggi) si concentrano numeri molto superiori di pazienti, fino ad un 50% del totale.

Figura 4.8.
Distribuzione dei Centri in base alle fasce di utenza



L'analisi di questi dati alla luce dei bacini di utenza dei vari Caf, fornisce tuttavia una ulteriore chiave di lettura a questa disomogenea distribuzione dell'utenza (Figura 4.9). Si segnala che il bacino di utenza dei Centri antifumo presenti nell'area fiorentina è stato calcolato dividendo per quattro l'utenza complessiva afferente alla città di Firenze e per due l'utenza afferente all'area Empoli e Fucecchio.

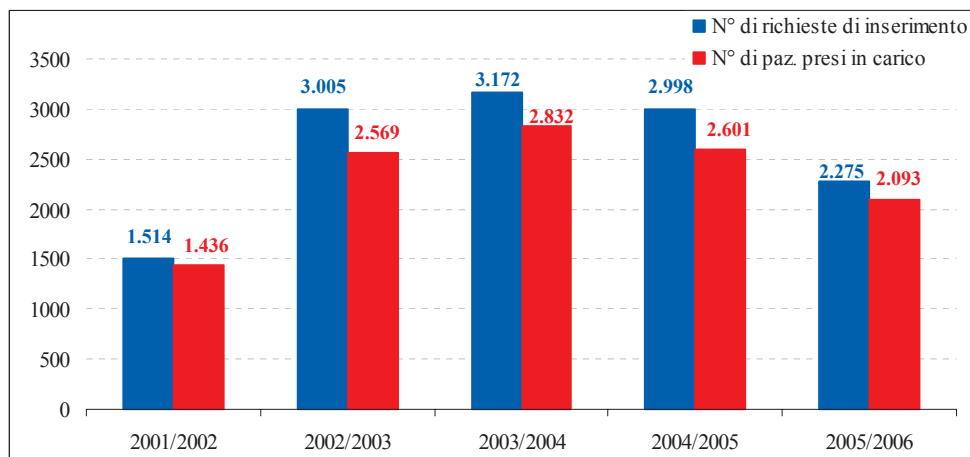
Figura 4.9
Pazienti in carico vs probabili fumatori nei Centri antifumo Toscani.



E' noto peraltro che anche l'utenza dei Centri antifumo nazionali è limitata a numeri piuttosto contenuti, come evidenziava un'indagine effettuata nel 2002 dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS, che indicava la distribuzione degli 8032 soggetti seguiti da 92 Centri italiani nel 2001, con una media di 87 soggetti per Centro ed un range di utenti per Centro che andava da un minimo di 3 ad un massimo di 380.

L'analisi dell'andamento del numero di pazienti presi in carico dai Caf toscani nei cinque anni di rilevazione (Figura 4.10) mostra un trend calante, che non si è ancora arrestato, e che è iniziato sia in Toscana che nel resto d'Italia, in coincidenza con l'entrata in vigore della cosiddetta Legge "Sirchia" (L. 3/2003, art. 51). Tale legge, che sembra peraltro venire sempre meno rispettata, ha probabilmente stimolato in modo significativo una elevata percentuale di fumatori già sufficientemente motivati a smettere di fumare, a cessare spontaneamente. Si evidenzia tuttavia un aumento delle richieste di cessazione in concomitanza di campagne di sensibilizzazione e di informazione sui rischi derivanti dal fumo di tabacco e dei centri antifumo.

Figura 4.10
Richieste di inserimento e pazienti presi in carico nei cinque anni di attività dei Caf Toscani.



4.3 Trattamenti di disassuefazione

L'offerta di prestazioni trattamentali da parte di Caf toscani, sia per quanto riguarda l'iniziale valutazione clinica diagnostica che rispetto ai diversi tipi di trattamento, si presenta piuttosto ampia e con percentuali superiori a quelle nazionali. Il 96% dei Caf attua terapie farmacologiche e *counseling* individuale, mentre il 69% dei Centri mette a disposizione dell'utente interventi di gruppo (Tabella 4.3).

Tabella 4.3
Trattamenti somministrati.

	ITALIA	TOSCANA
VALUTAZIONE CLINICA DIAGNOSTICA	84,7%	100%
FARMACI	82%	96%
<i>COUNSELING</i> INDIVIDUALE	78%	96%
<i>COUNSELING</i> DI GRUPPO	62,2%	69%

Le terapie farmacologiche più utilizzate restano sempre i Sostituti della Nicotina ed il Bupropione, in linea con le principali linee guida sull'argomento, e circa il 20% dei Caf ricorre ad un largo spettro di farmaci, abbinando l'uso dei già citati farmaci con ansiolitici ed antidepressivi, gastroprotettori e farmaci omeopatici e fitoterapici.

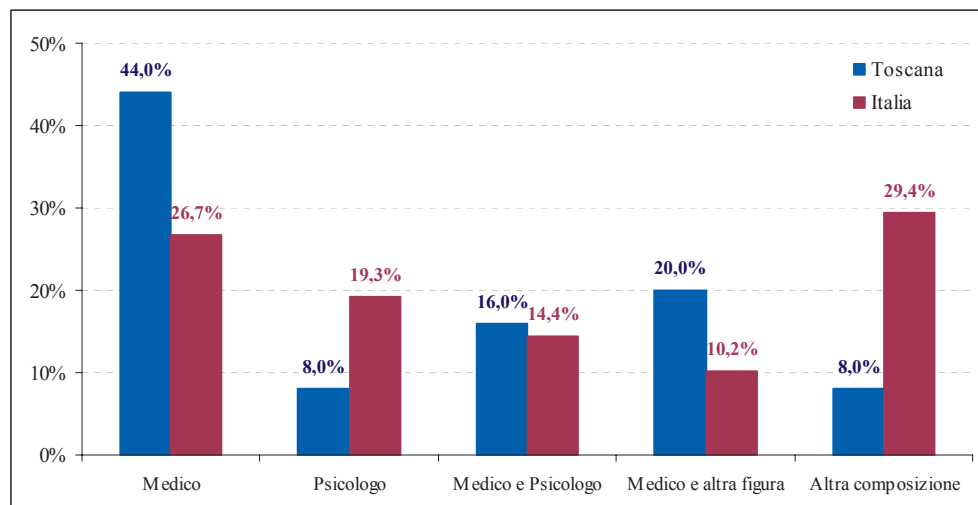
I trattamenti individuali basati sul *counseling* sono più diffusi attualmente rispetto a quelli rilevati nel 2003 passando dall'80% dei Centri che li applicano alla quasi totalità costituita dal 96% dei Caf, superando in questo modo la precedente distinzione tra Centri territoriali ed ospedalieri nell'offerta dell'approccio individuale, che caratterizzava prevalentemente questi ultimi.

I trattamenti di gruppo venivano effettuati nel 2003 dal 60% dei Caf, mentre nel 2006 la percentuale è cresciuta al 69%, grazie all'allargamento della proposta trattamentale dei Centri ospedalieri, che nel 2003 offrivano tali trattamenti nel 55,5% dei casi mentre nel 2006 la percentuale è salita al 64% di Centri.

Il *counseling* individuale è condotto nell'80% dei casi dal medico da solo o in collaborazione con lo psicologo o con un'altra figura professionale mentre lo psicologo da solo appare una figura marginale nella conduzione del *counseling*

individuale e di gran lunga al di sotto della percentuale nazionale. Secondo i dati toscani del 2003 lo psicologo conduceva, per lo più insieme al medico, il *counseling* individuale nel 41% dei Centri contro il 25% che emerge dall'ultima rilevazione (Figura 4.11).

Figura 4.11
Figura professionale che conduce l'intervento di *Counseling* Individuale.



Questo tipo di trattamento si articola in un numero variabile di incontri che sono aumentati nel corso del tempo dato che nel 2003 quasi l'80% dei Centri dedicava dai 2 ai 6 incontri e solo l'11% dai 7 ai 10 incontri. Nel 2006 invece il 42% dei Centri prevede un ciclo che va da 2 a 6 incontri, appena al di sotto del dato nazionale (45%), un altro 42% prevede da 7 a 10 incontri, percentuale decisamente superiore al dato nazionale (19%) e solo il 16% effettua più di 10 incontri (Tabella 4.4). Emerge una media di 8 incontri per trattamento individuale, i quali hanno una durata di circa 34 minuti.

Tabella 4.4

Distribuzione percentuale del numero di incontri di *counseling* individuale e di gruppo.

	<i>COUNSELING</i>		<i>COUNSELING</i>	
	ITALIA	TOSCANA	ITALIA	TOSCANA
da 2 a 6 incontrii	45%	42%	-	-
da 7 a 10 incontri	19%	42%	42%	50%
più di 10 incontri	13%	16%	39%	50%

Sembra che nel corso degli anni sia stato ritenuto necessario accompagnare il paziente tabagista per un percorso più lungo, confermando probabilmente quanto emerge dalle evidenze scientifiche che indicano un'associazione fra l'intensità del trattamento e la sua maggior efficacia.

Tale aumento del numero di visite nei trattamenti individuali ha sicuramente contribuito a determinare, nonostante il calo generale dell'utenza, l'incremento complessivo del numero di visite individuali realizzate fra tutti i Centri che si può apprezzare fra l'anno 2003 (6.249) e l'anno 2006 (7.883).

Sul fronte dei trattamenti di gruppo, si è registrata invece una diminuzione del numero complessivo di visite, dalle 631 del 2003 alle 487 del 2006, che sono certamente da ascrivere al calo dell'utenza dei Centri dato che il numero di incontri previsti è rimasto sostanzialmente invariato negli ultimi anni.

Il numero medio degli incontri che costituiscono un trattamento di gruppo, corrisponde a 11, della durata di circa 90 minuti, che si svolgono nell'arco di 10 settimane. Metà dei Centri propongono dai 7 ai 10 incontri e l'altra metà realizza trattamenti di durata superiore ai 10 incontri (in genere 12).

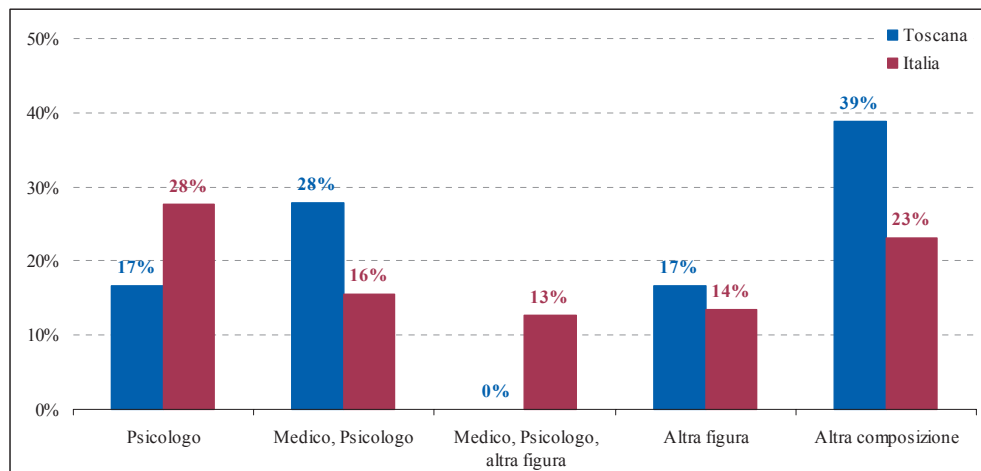
I dati nazionali riportano trattamenti della durata di 7-10 incontri nel 42% dei Centri, mentre il 39% dei Caf svolge trattamenti di durata superiore ai 10 incontri.

Il tipo di trattamenti di gruppo realizzati in Toscana prevedono uno scalaggio graduale delle sigarette prima di giungere all'interruzione definitiva o "quit day" che ha luogo in genere tra la quarta e la quinta seduta.

Nella conduzione dei gruppi, piuttosto che nel trattamento individuale, prevale l'intervento delle équipes multidisciplinari (Figura 4.12).

Figura 4.12

Figura professionale che conduce l'intervento di *Counseling* di Gruppo.

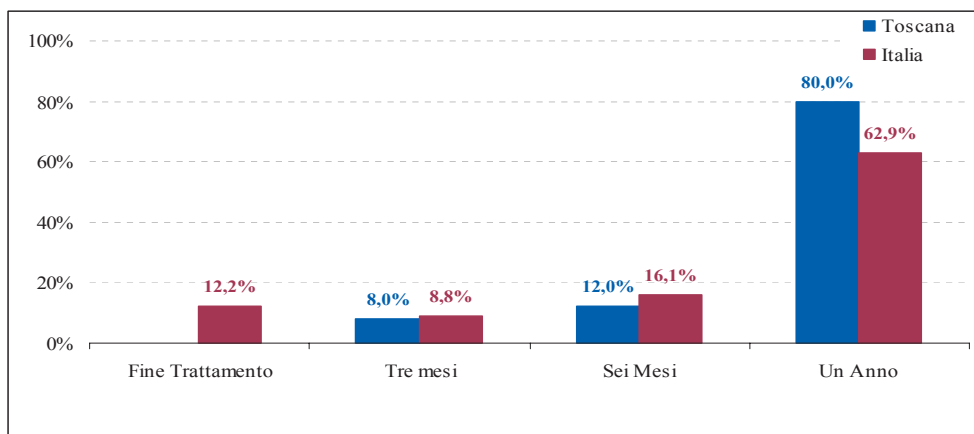


4.4 Valutazione dei risultati dei trattamenti

L'essenziale attività di valutazione dell'efficacia dei trattamenti è da sempre doverosamente abbinata a tutte le attività di pianificazione e implementazione dei trattamenti in ambito tabaccologico. Essa viene effettuata da parte dei Centri antifumo toscani attraverso un follow-up a tre, sei e dodici mesi, che può tuttavia trovare alcuni Centri in difficoltà nell'effettuazione dell'ultimo rilevamento a 12 mesi, come è accaduto ad esempio ad un numero molto limitato di Centri durante l'ultima rilevazione del 2006.

Il follow-up a 12 mesi, trova molti Centri in difficoltà anche a livello nazionale, visto che soltanto il 60% circa dei Caf la realizza (Figura 4.13).

Figura 4.13
Periodo di valutazione dell'efficacia dell' intervento.

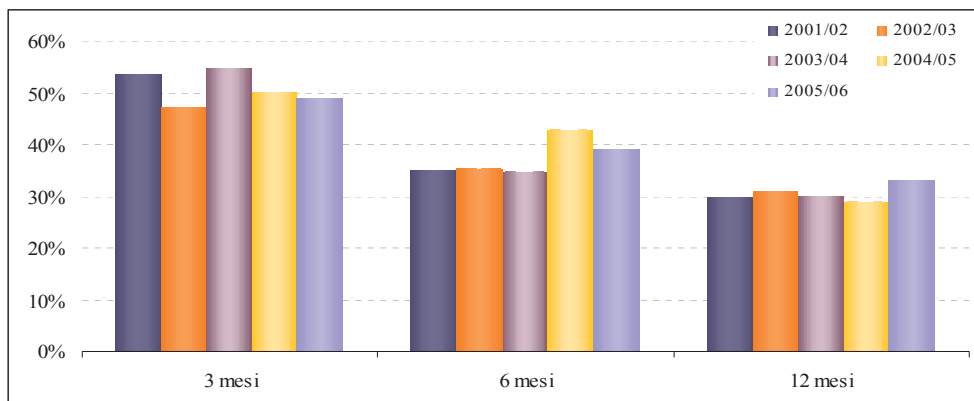


Un altro noto aspetto problematico dei follow-up è la possibilità di verificare l'astinenza dei soggetti attraverso la misurazione del CO nell'aria espirata, senza doversi affidare esclusivamente a quanto viene riferito, spesso soltanto telefonicamente.

Nella rilevazione del giugno 2006, la misurazione del CO espirato avviene soltanto nel 50% dei Centri.

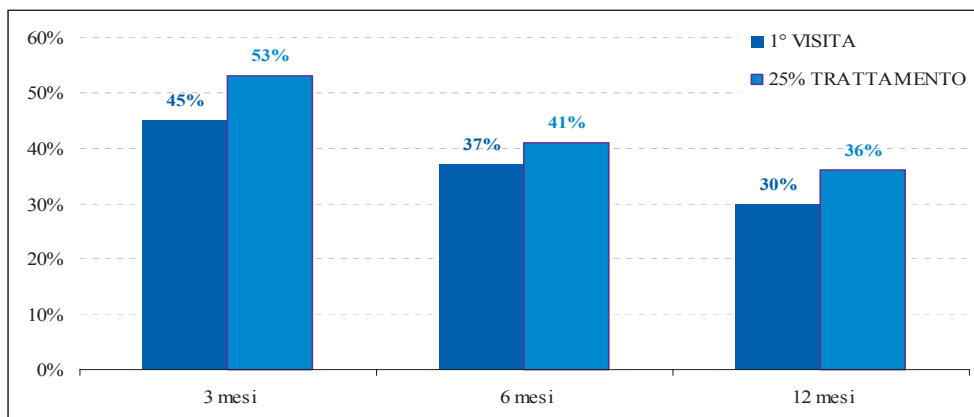
Dall'analisi delle percentuali di astinenza (Figura 4.14) si evince che quelle effettuate a tre mesi, mostrano un consolidamento dell'efficacia del trattamento che si attesta intorno al 50%, mentre le percentuali di successo in tempi medio lunghi corrispondono a circa il 40% a sei mesi ed al 33% ad un anno, con cifre del tutto competitive rispetto a quanto emerge nella letteratura internazionale.

Figura 4.14
Percentuale media di fumatori astinenti a 3 a 6 e a 12 mesi in carico presso Centri Antifumo Toscana.



La rilevazione dell'astensione dal fumo è stata effettuata sia considerando tutti i soggetti che avevano effettuato almeno il primo incontro e sia considerando soltanto i soggetti che avevano effettuato almeno il 25% degli incontri previsti dal tipo di trattamento al quale si sono sottoposti. Tale scelta è derivata dalla considerazione della diversità esistente fra trattamenti individuali che prevedono spesso una cessazione immediata dopo il primo incontro e trattamenti di gruppo con scalaggio graduale, nei quali i drop-out precocissimi non possono venire considerati esattamente come soggetti trattati (Figura 4.15).

Figura 4.15
Follow-up (senza CO) 2005/2006.



Come era da attendersi, quest'ultima percentuale è superiore rispetto a quella che considera gli utenti globali, confermando il ben noto ruolo prognostico positivo costituito da una buona compliance al trattamento.

4.5 Considerazioni finali

La rete dei Centri antifumo toscani è formata prevalentemente, con poche eccezioni ed al pari della realtà italiana, da Servizi di dimensioni limitate che hanno tuttavia consolidato un'offerta trattamentale ampia, omogenea ed in linea con le evidenze scientifiche proposte dalle linee guida nazionali ed internazionali.

Sebbene sembri necessario incrementare ulteriormente l'aspetto multidisciplinare dell'intervento, si può rilevare una intensificazione degli interventi di *counseling* che hanno probabilmente favorito un incremento dei tassi di successo dei trattamenti.

La diffusione fra gli operatori toscani, di una formazione specialistica tabaccologica di livello universitario, non potrà che incrementare il livello qualitativo dei loro interventi.

La rilevazione effettuata nel 2006 ha evidenziato anche la crescente partecipazione dei Centri antifumo ad attività extra-cliniche, legate alla più ampia attività di controllo del tabagismo, sia autonomamente che in collaborazione con altre agenzie o settori delle Aziende sanitarie. Appare significativo l'incremento del numero di iniziative di prevenzione che li hanno visti coinvolti, che sono passate da 189 nel 2003 a 274 nel 2006.

Dopo una prima fase di sviluppo e consolidamento dell'attività dei Centri, sostenuta dagli strumenti messi a disposizione dalla Regione Toscana, i tempi sono sempre più maturi per poter procedere, attraverso un'analisi più approfondita dei dati di attività raccolti negli ultimi anni, a valutazioni che consentano agli addetti ai lavori di sviluppare considerazioni tese al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei loro interventi.

Sebbene il calo di utenza che hanno registrato i vari Centri antifumo regionali e nazionali, possa avere un carattere transitorio ed essere probabilmente spiegato dalle vicende già menzionate, è ovvio che l'incidenza dei Centri specialistici di secondo livello nella realtà dei tabagisti resta tuttora piuttosto limitata.

Gli interventi specialistici vanno tuttavia considerati nell'ottica di una rete di facilitazioni per la cessazione, che andrebbe resa disponibile per i fumatori, i quali

presentano fra di loro livelli molto diversificati rispetto alla difficoltà a smettere di fumare nonché rispetto alla motivazione a tentare di smettere.

Il tasso annuo di persone che smettono stabilmente di fumare, corrisponde per le cessazioni spontanee (purtroppo la maggior parte delle cessazioni spontanee non si stabilizzano nel tempo) a percentuali del 2% circa, ma questo tasso può raggiungere percentuali del 5% quando vengono attuati i cosiddetti "Interventi Brevi" o di "Primo Livello", da parte dei Medici di Medicina Generale in particolare, ma anche di numerosi altri tipi di sanitari che ne avrebbero l'opportunità. Questa percentuale può sembrare esigua ma corrisponde a cifre molto elevate se si considera il numero di fumatori che i Medici di Medicina Generale possono raggiungere ogni anno in Italia, stimati in circa 10.000.000.

Tali interventi di primo livello, auspicabili da parte di tutti i sanitari che trattano patologie fumo attivo/passivo correlate, dovrebbero in alcuni casi esitare in un invio ai Centri di secondo livello, che riuscirebbero in questo modo ad incidere più significativamente sul fenomeno.

La consapevolezza dell'importanza cruciale che riveste lo sviluppo della suddetta rete, tesa a facilitare al fumatore la crescita della sua motivazione a smettere e ad offrirgli gli strumenti più adatti per tentarlo, ha indotto la Regione Toscana a promuovere e sostenere, anche finanziariamente, il progetto regionale "Percorsi preventivo-assistenziali per il paziente fumatore" che nella sua fase iniziale ha visto riuniti nel Workshop regionale tenutosi a Grosseto il 23 marzo 2007 120 operatori rappresentativi delle figure professionali coinvolti nella tematica (Operatori Centri Antifumo, Responsabili Centri Antifumo, Medici di medicina Generale, Psicologi, epidemiologi, referenti aziendali per il tabagismo designati da ogni Azienda Sanitaria).

CAPITOLO 5

**Le conseguenze sanitarie del fumo di tabacco:
la mortalità attribuibile al fumo
in Toscana nel periodo 1994-2005**

5 LE CONSEGUENZE SANITARIE DEL FUMO DI TABACCO: LA MORTALITÀ ATTRIBUIBILE AL FUMO IN TOSCANA NEL PERIODO 1994-2005

5.1 La selezione delle cause di morte e la metodologia della stima della mortalità fumo-correlata

Il consumo di tabacco rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio e per diversi tipi di tumore. L'impatto di tale abitudine sulla mortalità in Toscana è stato valutato attraverso la stima della mortalità attribuibile al fumo. L'analisi è stata effettuata per gli anni 1994, 2000 e 2005 e, oltre che per l'intera regione, anche per le singole ASL, attraverso l'utilizzo del programma SAMMEC (Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs), sviluppato dal Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta e comunemente utilizzato in letteratura per effettuare stime della mortalità tabacco-attribuibile negli Stati Uniti ed in altri Paesi come l'Italia. In Tabella 5.1 riportiamo le patologie che sono state selezionate per effettuare le stime, per le quali è nota la correlazione con il fumo di tabacco, con i relativi codici ICD-9. Sono comprese 19 patologie dell'adulto, distinte in neoplasie, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie, e 4 cause di morte fumo-correlate nei neonati (CDC, 2004).

Tabella 5.1**Patologie fumo-correlate e relativi codici ICD-9.**

Patologia fumo-correlata	ICD-9
Neoplasie	
Tumore labbra, cavità orale, faringe	140-149
Tumore esofago	150
Tumore stomaco	151
Tumore pancreas	157
Tumore laringe	161
Tumore trachea, bronchi e polmone	162
Tumori collo dell'utero	180
Tumore vescica	188
Tumore rene e altri organi urinari	189
Leucemia mieloide acuta	205.0
Malattie cardiovascolari	
Malattie ischemiche del cuore	410-414, 429.2
Altre malattie cardiache	390-398, 415-417, 420-429.1, 429.3-429.9
Malattie cerebrovascolari	430-438
Aterosclerosi	440
Aneurisma aortico	441
Altri disturbi delle arterie	442-448
Malattie respiratorie	
Polmonite e influenza	480-487
Bronchite cronica ed enfisema	490-492
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	496
Patologie perinatali	
Disturbi relativi a gestazione breve e a basso peso alla nascita	765
Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)	798.0
Sindrome di difficoltà respiratoria	769
Altre condizioni morbose respiratorie del feto e del neonato	770

Il calcolo della mortalità attribuibile prevede la conoscenza dei rischi relativi di decesso per le cause di morte considerate, della prevalenza di fumatori e dei

dati di mortalità per causa della popolazione in studio. Le frazioni attribuibili al fumo, ovvero le proporzioni dei decessi per ogni causa che possono essere attribuiti al consumo di tabacco, negli adulti di età compresa tra 35 e 64 anni e ≥ 65 anni e nei neonati, per i due generi, vengono calcolate, infatti, secondo la seguente formula:

$$[(p_0 + p_1(RR_1) + p_2(RR_2)) - 1] / [p_0 + p_1(RR_1) + p_2(RR_2)]$$

dove:

Misure	Adulti	Neonati
p0	percentuale di soggetti mai fumatori	percentuale di donne non fumatrici in gravidanza
p1	percentuale di fumatori	Percentuale di donne fumatrici in gravidanza
p2	percentuale di ex fumatori	Non applicabile*
RR1	rischio relativo di morte per le patologie fumo correlate per i fumatori rispetto ai mai fumatori	Rischio relativo di morte per neonati di madri fumatrici rispetto ai neonati di madri non fumatrici
RR2	rischio relativo di morte per le patologie fumo correlate per gli ex fumatori rispetto ai mai fumatori.	Non applicabile*

* *Maternal and Child Health (MCH) SAMMEC* calcola l'impatto del fumo materno, quindi non include i dati relativi agli ex fumatori.

Abbiamo calcolato le frazioni di mortalità attribuibile al fumo specificamente per ciascun anno di studio, per ognuna delle patologie considerate. La prevalenza di fumatori ed ex fumatori in Toscana nel 1994, 2000 e 2005 è stata ricavata dall'indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana"; gli stessi dati sono stati utilizzati per la prevalenza nelle singole Aziende Sanitarie toscane, per cui la frazione di decessi attribuibili risulta analoga per l'intera regione e per tutte le ASL. La prevalenza delle donne in gravidanza che hanno l'abitudine al fumo deriva dai risultati delle indagini Istat "Condizione di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari" effettuate negli anni 1994, 1999-2000 e 2004-2005. I rischi relativi di morte dei fumatori e degli ex fumatori per le patologie riferite derivano dal *Cancer Prevention Study II*, uno studio effettuato negli Stati Uniti dall'*American Cancer Society* (Thun MJ. *et al.*, 1997), mentre quelli dei neonati esposti a fumo della madre durante la gestazione sono ottenuti da una recente metanalisi (Gavin NI. *et al.*, 2001); tali rischi relativi sono consultabili sul sito SAMMEC.

La stima del numero dei decessi attribuibili al fumo è effettuata moltiplicando il numero di decessi osservati per la relativa frazione attribuibile per sesso e malattia specifica, per ciascuna patologia inclusa nell'analisi. I dati relativi al numero di decessi osservati, per gli adulti con età maggiore di 35 anni e per i neonati, sono stati ricavati dal Registro di Mortalità Regionale della Toscana. Il Registro di Mortalità Regionale (RMR) dal 1987 raccoglie, codifica e archivia le schede di morte Istat nominative relative a tutti i decessi occorsi in Toscana, recuperando le informazioni sui decessi di toscani occorsi fuori regione. La causa di morte è codificata secondo criteri internazionali standard (ICD-IX: Classificazione Internazionale delle Malattie). Per le cause traumatiche (codici ICD-IX 800-999), la classificazione prevede anche il codice "E", che precisa la modalità e le circostanze dell'evento.

Negli adulti, a partire dai decessi attribuibili abbiamo calcolato i tassi standardizzati di mortalità fumo correlata per le singole patologie e totali nella regione Toscana e per le singola ASL, nei soggetti ultratrentacinquenni, distinti per sesso, negli anni 1994, 2000 e 2005. La popolazione toscana del 2000 è stata utilizzata come standard.

5.2 La mortalità correlata al fumo in Toscana

Negli adulti ultratrentacinquenni le patologie per le quali è risultata più alta la frazione attribuibile al fumo di tabacco sono le neoplasie delle vie aeree superiori ed inferiori e le patologie croniche non neoplastiche dell'apparato respiratorio, in entrambi i generi (Tabella 5.2). Nel 2005, il 90% dei decessi per tumori di trachea bronchi e polmoni negli uomini di età compresa tra 35 e 64 anni ed l'89% in coloro con più di 64 anni sono attribuibili al consumo di tabacco, e valori di frazione attribuibile di poco superiori si osservano per i decessi per malattie croniche ostruttive delle vie respiratorie (bronchite cronica, enfisema). Nello stesso anno nelle donne l'82% dei decessi per bronchite cronica ed enfisema verificatisi in età compresa tra 35 e 64 anni ed il 73% nei soggetti ultrasessantacinquenni sono attribuibili all'abitudine al fumo, con valori leggermente inferiori per le neoplasie di laringe e trachea, bronchi e polmoni. Le frazioni di mortalità attribuibile al fumo nei maschi sono, complessivamente, più alte che nelle femmine. Per i soggetti di età pari o superiore a 65 anni, inoltre, la proporzione di decessi attribuibili al fumo risulta generalmente più bassa rispetto a quella evidenziata negli individui più giovani. Nei tre anni in studi osserviamo nel genere maschile uomini una tendenza

alla riduzione della frazione di decessi fumo-correlati, mentre per le donne i valori appaiono maggiormente stabili.

Tabella 5.2

Stima della frazione attribuibile (%), distinta per genere e classi di età, per patologie fumo-correlate. Toscana. Anni 1994, 2000 e 2005.

Patologia fumo-correlata	1994				2000				2005			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	35-64	65+	35-64	65+	35-64	65+	35-64	65+	35-64	65+	35-64	65+
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	82	76	55	31	80	77	53	31	79	75	54	31
Esofago	77	75	66	41	75	75	65	41	75	74	65	40
Stomaco	34	30	13	7	32	31	12	7	31	30	12	8
Pancreas	35	25	29	14	32	26	27	14	30	23	28	14
Laringe	87	85	78	58	86	85	78	59	85	84	78	58
Trachea, bronchi e polmone	91	89	77	56	91	90	77	56	90	89	77	56
Collo dell'utero	-	-	14	5	-	-	14	6	-	-	14	5
Rene ed altri organi urinari	47	42	7	3	44	43	7	3	43	41	7	2
Vescica	54	50	31	17	52	51	30	18	51	49	31	19
Leucemia mieloide acuta	30	25	9	6	28	26	8	7	27	25	9	8
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	47	17	36	6	44	18	35	6	43	17	35	6
Altre malattie cardiache	26	21	13	5	25	22	12	5	23	20	12	5
Malattie cerebrovascolari	46	12	44	3	43	13	43	3	39	11	42	3
Aterosclerosi	39	31	17	5	37	32	16	5	35	30	16	4
Aneurisma aortico	72	68	62	35	70	69	61	35	69	67	61	33
Altri disturbi delle arterie	28	17	23	8	26	18	22	8	23	15	22	7
Malattie respiratorie												
Polmonite e influenza	28	25	23	8	26	26	22	8	26	24	22	7
Bronchite cronica ed enfisema	91	92	82	70	91	92	81	71	91	92	82	73
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	84	83	80	62	83	84	79	63	83	83	79	63

Complessivamente il numero assoluto di decessi correlati al consumo di tabacco negli adulti ultratrentacinquenni si è ridotto nei tre anni esaminati, risultando pari a 6.276 nel 1994, 6.062 nel 2000 e 5.996 nel 2005 (Tabella 5.3).

Nel genere maschile si osserva la più alta numerosità di tali decessi, in linea con la maggior diffusione dell'abitudine al fumo, anche se la differenza tra i due generi tende a diminuire nel periodo. Si osserva, infatti, un andamento opposto nei due generi: nei maschi i decessi fumo-attribuibili si sono ridotti da 5.094 nel 1994 a 4.643 nel 2005, mentre nelle donne sono aumentati da 1.182 a 1.353.

L'analisi per gruppi di patologie mostra, globalmente, una tendenza alla riduzione dei decessi attribuibili al consumo di tabacco per malattie neoplastiche (3.031 nel 1994 e 2.902 nel 2005), così come per quelle cardiovascolari (2.112 nel 1994 e 1.718 nel 2005), mentre tendono ad aumentare i decessi per malattie respiratorie (1.133 nel 1994 e 1.376 nel 2005). Nel genere maschile il maggior numero di decessi attribuibili al fumo si osserva, in ognuno degli anni in studio, per le patologie neoplastiche, in particolare, come atteso, per le forme di trachea, bronchi e polmoni (1.648 decessi nel 2005; Tabella 5.3). L'andamento evidenziato nei maschi rispecchia quello della mortalità generale: si rileva una riduzione del numero di decessi per tumori e malattie cardiovascolari fumo-correlati, che sono passati, rispettivamente, da 2.665 a 2.422 e da 1.588 a 1.275, mentre nello stesso periodo è aumentato il numero di decessi legati a patologie respiratorie, che risultavano pari a 841 nel 1994 e a 946 nel 2005.

Diverso è il quadro osservato nel genere femminile in cui, globalmente, come già visto, i decessi attribuibili al fumo tendono ad aumentare (Tabella 5.3). In particolare, a differenza di quanto emerso nei maschi, si è assistito ad un aumento del numero dei decessi fumo-correlati dovuti a patologie neoplastiche (da 366 nel 1994 a 480 nel 2005), soprattutto per le forme localizzate a trachea, bronchi e polmoni, pari a 207 nel 1994 e 317 nel 2005. Per gli altri gruppi di patologie (cardiovascolari e respiratorie) gli andamenti ripetono quelli generali e per il genere maschile. Nel 1994 e 2000 nel genere femminile la mortalità attribuibile al fumo era legata soprattutto alle malattie cardiovascolari, mentre nel 2005 è da ascrivere prevalentemente alle patologie neoplastiche.

Tabella 5.3

Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco, per patologie fumo correlate e per genere. Età ≥ 35 anni. Toscana. Anni 1994, 2000 e 2005.

Patologia fumo-correlata	1994			2000			2005		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Neoplasie									
Labbra, cavità orale, faringe	116	21	137	110	22	132	90	27	117
Esofago	80	21	101	84	16	100	71	15	86
Stomaco	243	39	282	197	36	233	166	30	196
Pancreas	82	44	126	81	60	141	75	53	128
Laringe	137	9	146	99	10	109	97	10	107
Trachea, bronchi e polmone	1.716	207	1.923	1.602	244	1.846	1.648	317	1.965
Collo dell'utero	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Rene ed altri organi urinari	91	3	94	66	2	68	89	2	91
Vescica	187	20	207	168	14	182	171	21	192
Leucemia mieloide acuta	13	1	14	13	2	15	15	4	19
Totale neoplasie	2.665	366	3.031	2.420	406	2.826	2.422	480	2.902
Malattie cardiovascolari									
Malattie ischemiche del cuore	631	199	830	607	202	809	541	184	725
Altre malattie cardiache	307	95	402	362	105	467	300	103	403
Malattie cerebrovascolari	372	167	539	327	147	474	241	106	347
Aterosclerosi	128	36	164	84	20	104	45	10	55
Aneurisma aortico	124	18	142	146	26	172	134	31	165
Altri disturbi delle arterie	26	9	35	21	13	34	14	9	23
Totale malattie cardiovascolari	1.588	524	2.112	1.547	513	2.060	1.275	443	1.718
Malattie respiratorie									
Polmonite e influenza	68	28	96	97	32	129	108	34	142
Bronchite cronica ed enfisema	747	251	998	720	268	988	807	376	1.183
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	26	13	39	41	18	59	31	20	51
Totale malattie respiratorie	841	292	1.133	858	318	1.176	946	430	1.376
TOTALE	5.094	1.182	6.276	4.825	1.237	6.062	4.643	1.353	5.996

La nostra analisi ha quindi previsto la valutazione dei tassi standardizzati di mortalità attribuibile al fumo, per i due generi, nella popolazione adulta (età pari o superiore a 35 anni).

I tassi standardizzati di mortalità relativi alla totalità delle patologie fumo-correlate presentano in Toscana una complessiva riduzione, passando da 308,0/100.000 nel 1994 a 251,7/100.000 nel 2005 (Tabella 5.4); tale tendenza si osserva anche nei sottogruppi che comprendono le patologie neoplastiche (in cui si registrano i valori più alti dei tassi di mortalità, pari a 144,7/100.000 nel 1994 e 122,0/100.000 nel 2005) e cardiovascolari, mentre per quelle respiratorie l'andamento mostra una flessione nel 2000 e valori analoghi nel 1994 e 2005.

Nel genere maschile l'andamento dei tassi di mortalità fumo correlata totali conferma la già osservata riduzione dei decessi attribuibili, con valori pari a 625,4/100.000 nel 1994 e 499,1/100.000 nel 2005 (Tabella 5.4). Anche i tassi di mortalità per le patologie neoplastiche e dell'apparato cardiovascolare ripete quello descritto per i decessi fumo-attribuibili, che mostrano in entrambi i casi valori in diminuzione (rispettivamente, da 302,2/100.000 a 243,4/100.000 e da 205,8/100.000 a 145,5/100.000). La riduzione dei tassi di mortalità fumo-attribuibile risulta particolarmente marcata per i tumori di trachea, bronchi e polmoni (190,7/100.000 nel 1994 e 163,9/100.000 nel 2005). Per le malattie respiratorie, a differenza della valutazione dei decessi, non si registra un aumento dei tassi standardizzati, che al contrario sembrano indicare una tendenza alla riduzione legata soprattutto alle variazioni dei valori di mortalità per bronchite cronica ed enfisema. Nel genere femminile i tassi standardizzati per l'insieme delle patologie fumo-correlate mostrano una riduzione nell'anno 2000 (Tabella 5.4), ma indicano complessivamente una sostanziale stabilità dell'impatto del fumo sulla mortalità, confermata dai dati relativi agli anni 1993, 1997 e 2001 (dati non mostrati). Nel genere femminile i tassi standardizzati di mortalità attribuibile al fumo confermano l'aumento per le neoplasie (dal 30,8/100.000 a 35,2/100.000) e le malattie respiratorie (da 23,8/100.000 a 27,8/100.000) e la riduzione per le malattie cardiovascolari (da 43,2/100.000 a 30,0/100.000), che appare particolarmente marcata. Anche nelle donne all'andamento dei tassi di mortalità per le neoplasie contribuiscono soprattutto le modificazioni verificatesi per i tumori di trachea, bronchi e polmoni, che aumentano dal 17,5/100.000 al 23,7/100.000.

Tabella 5.4**Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti), per genere. Età ≥ 35 anni. Toscana. Anni 1994, 2000 e 2005.**

Patologia fumo-correlata	1994			2000			2005		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Neoplasie									
Labbra, cavità orale, faringe	12,4	1,8	6,4	11,3	1,8	5,9	8,8	2,0	5,0
Esofago	8,9	1,8	4,8	8,9	1,2	4,5	7,3	1,1	3,7
Stomaco	29,8	3,2	13,9	22,2	2,6	10,4	17,4	2,0	8,2
Pancreas	9,4	3,7	6,1	8,7	4,6	6,3	7,4	3,7	5,3
Laringe	15,8	0,8	6,9	10,8	0,8	4,9	9,8	0,8	4,6
Trachea, bronchi e polmone	190,7	17,5	91,3	170,6	19,2	82,6	163,9	23,7	82,6
Collo dell'utero	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Rene ed altri organi urinari	10,4	0,2	4,4	7,3	0,1	3,0	9,1	0,1	3,8
Vescica	23,5	1,6	10,2	19,2	1,0	8,1	18,2	1,4	8,0
Leucemia mieloide acuta	1,3	0,1	0,7	1,4	0,2	0,7	1,5	0,3	0,8
Totale neoplasie	302,2	30,8	144,7	260,4	31,5	126,4	243,4	35,2	122,0
Malattie cardiovascolari									
Malattie ischemiche del cuore	77,0	16,3	40,7	70,9	14,2	36,2	60,4	12,4	30,8
Altre malattie cardiache	40,4	7,8	20,2	44,2	7,3	20,9	35,3	6,8	17,0
Malattie cerebrovascolari	49,6	13,8	27,0	40,2	10,6	21,2	28,3	7,3	14,7
Aterosclerosi	20,2	3,0	8,7	11,2	1,3	4,7	6,1	0,7	2,4
Aneurisma aortico	15,2	1,6	7,1	16,5	1,9	7,7	13,8	2,2	6,7
Altri disturbi delle arterie	3,4	0,7	1,8	2,6	0,9	1,5	1,6	0,6	1,0
Totale malattie cardiovascolari	205,8	43,2	105,5	185,6	36,2	92,2	145,5	30,0	72,6
Malattie respiratorie									
Polmonite e influenza	10,4	2,3	5,1	12,3	2,1	5,8	13,7	2,2	6,1
Bronchite cronica ed enfisema	103,5	20,4	50,8	88,9	18,7	44,2	92,8	24,3	48,8
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	3,5	1,1	1,9	5,2	1,3	2,6	3,7	1,3	2,2
Totale malattie respiratorie	117,4	23,8	57,8	106,4	22,1	52,6	110,2	27,8	57,1
TOTALE	625,4	97,8	308,0	552,4	89,8	271,2	499,1	93,0	251,7

5.3 La mortalità correlata al fumo nelle ASL della Toscana

Nelle Tabelle da 5.5 a 5.10 riportiamo i decessi attribuibili al fumo ed i tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata per ognuna delle Aziende Sanitarie toscane e per i tre anni analizzati (1994, 2000 e 2005).

Complessivamente, il maggior numero di decessi attribuibili al fumo nei soggetti con età maggiore di 35 anni si osservano per tutti gli anni esaminati nella ASL di Firenze (1.402 nel 1994, 1.321 nel 2000 e 1.310 nel 2005); considerando le altre ASL, la mortalità attribuibile al fumo ha valori particolarmente elevati nei territori di Livorno, Arezzo e Pisa (rispettivamente, 571, 529 e 527 e nel 2005). I valori più elevati dei tassi di mortalità fumo-correlata nel 2005 si rilevano nei territori dell'Azienda Sanitaria di Viareggio (295,1/100.000), Lucca (267,1/100.000) e Massa Carrara (266,5/100.000), mentre i più bassi si registrano nella ASL di Siena (225,5/100.000), Empoli (235,4/100.000) e Firenze (239,1/100.000). Nei tre anni analizzati all'interno di ogni ASL toscana si osserva un andamento omogeneo dei tassi standardizzati di mortalità attribuibile al consumo di tabacco, che tendono a ridursi.

Le caratteristiche della distribuzione del totale dei decessi attribuibile al fumo nel genere maschile sono sostanzialmente analoghe a quelle descritte per l'intera popolazione; appare, inoltre, sostanzialmente generalizzata ad ogni territorio la tendenza alla riduzione della mortalità. I tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata per l'intero gruppo di patologie fumo correlate, confermano la tendenza negli anni verso la riduzione in ogni Azienda Sanitaria. Dal confronto tra i vari territori emerge, inoltre, che nel 2005 i tassi più elevati nei maschi si osservano nella ASL di Viareggio (636,7/100.000), seguiti da quelli relativi alla ASL di Massa Carrara (573,6/100.000). Valori al di sopra del dato regionale si osservano anche nei territori di Lucca, Pistoia, Pisa e Grosseto. I valori più bassi dei tassi di mortalità fumo-correlata nel 2005 si evidenziano nelle ASL di Siena, Firenze e Empoli.

Nel genere femminile l'analisi dei decessi correlati al fumo per ASL di appartenenza conferma quanto emerso a livello regionale, ovvero una tendenza diffusa ad ogni territorio verso l'aumento dei valori. Gli andamenti nei tre anni analizzati dei tassi standardizzati di mortalità attribuibile al consumo di tabacco appaiono variabili: in alcuni territori aumentano, come nel caso di Lucca e Livorno,

in altri emerge una tendenza alla riduzione, ovvero Massa Carrara, Pisa, Arezzo, Firenze, Viareggio, e nelle rimanenti ASL i dati mostrano una più o meno accentuata variabilità. Anche nel genere femminile i valori più elevati dei tassi di mortalità fumo-correlata nel 2005 si osservano nei territori nord-occidentali della regione (111,5/100.00 nella ASL di Lucca e 95,8/100.000 nella ASL di Viareggio), che si conferma come una delle più interessate dalle conseguenze negative dell'abitudine al fumo, seguiti da quelli osservati nella ASL di Firenze (94,7/100.000).

Nell'analisi per singoli gruppi di patologie, emerge che i tassi standardizzati di mortalità fumo attribuibile per neoplasie, totali e per il genere maschile, appaiono orientati in ogni territorio verso la riduzione. Nel 2005 i valori dei tassi di mortalità per patologie neoplastiche superano quelli regionali nei territori di Massa Carrara, Livorno, Grosseto e Viareggio nella popolazione generale e, per i maschi, oltre a tali aree, anche nel territorio di Pisa. Da rilevare la sostanziale omogeneità degli andamenti evidente all'interno delle ASL anche nel genere femminile per i decessi fumo-correlati relativi allo stesso gruppo di neoplasie, che mostra, tuttavia, una tendenza all'aumento negli anni, anche se per alcuni territori gli andamenti appaiono più incerti. Nel 2005 nelle donne superano i valori regionali i tassi di mortalità per neoplasie fumo-correlata le ASL di Lucca, Prato, Livorno, Grosseto, Firenze e Viareggio.

I decessi per le patologie cardiovascolari attribuibili al consumo di tabacco tendono a ridursi per entrambi i generi e per ogni ASL, così come i tassi standardizzati di mortalità.

I tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata per le malattie respiratorie negli uomini mostrano per la maggior parte dei territori una tendenza alla riduzione, mentre nel genere femminile l'andamento più frequente è verso l'aumento dei valori; complessivamente appaiono in aumento nelle ASL di Lucca, Pistoia, Prato e Viareggio.

Tabella 5.5a
Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Et  ≥ 35 anni. Anno 1994. Maschi.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavit� orale, faringe	10	7	13	8	13	12	8	7	12	23	8	6
Esofago	9	10	5	2	9	6	9	8	1	15	4	6
Stomaco	15	11	14	12	13	16	21	33	16	67	17	6
Pancreas	3	6	8	3	7	9	5	7	4	14	1	4
Laringe	10	16	7	8	14	14	10	10	15	31	5	10
Trachea, bronchi e polmone	112	126	138	83	160	189	123	132	103	361	98	98
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	1	2	7	4	11	10	7	9	3	18	6	2
Vescica	13	13	14	12	18	23	19	15	9	43	14	15
Leucemia mieloide acuta	0	0	2	0	0	1	0	1	0	2	0	0
Totale neoplasie	173	191	208	132	245	280	202	222	163	574	153	147
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	42	37	54	30	66	60	54	49	46	129	27	28
Altre malattie cardiache	16	22	21	14	27	26	27	32	21	74	15	17
Malattie cerebrovascolari	22	21	29	19	35	35	33	32	24	72	21	14
Aterosclerosi	4	6	10	4	6	7	18	10	11	30	14	3
Aneurisma aortico	4	8	9	6	9	13	14	6	4	32	6	8
Altri disturbi delle arterie	2	1	2	0	3	2	0	2	0	7	0	0
Totale malattie cardiovascolari	90	95	125	73	146	143	146	131	106	344	83	70
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	4	3	6	3	5	6	9	6	5	13	4	5
Bronchite cronica ed enfisema	65	54	55	36	72	58	52	67	42	177	35	34
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	0	0	1	1	5	3	1	3	8	7	2	0
Totale malattie respiratorie	69	57	62	40	82	67	62	76	55	197	41	39
Totale	332	343	395	245	473	490	410	429	324	1.115	277	256

Tabella 5.5b

Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Età ≥ 35 anni. Anno 1994. Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	0	1	0	2	2	1	1	0	2	7	0	2
Esofago	1	2	2	0	1	1	1	0	0	8	0	2
Stomaco	1	0	2	3	2	2	4	5	2	10	1	0
Pancreas	0	1	3	1	3	6	2	3	1	10	1	3
Laringe	1	1	2	0	0	1	3	0	0	2	0	0
Trachea, bronchi e polmone	11	18	13	12	20	18	17	18	13	58	6	15
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vescica	0	1	2	1	0	1	1	0	0	6	0	0
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale neoplasie	14	24	24	19	28	30	29	26	18	101	8	22
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	12	11	17	7	23	26	13	12	11	42	7	10
Altre malattie cardiache	4	9	3	4	9	9	6	9	4	23	4	4
Malattie cerebrovascolari	9	13	13	8	16	16	11	12	11	29	8	7
Aterosclerosi	1	2	3	1	1	1	4	3	2	10	2	1
Aneurisma aortico	0	0	2	2	0	2	2	2	2	6	1	1
Altri disturbi delle arterie	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
Totale malattie cardiovascolari	26	36	38	22	49	55	36	39	30	111	22	23
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	1	1	1	2	2	2	2	2	1	5	1	1
Bronchite cronica ed enfisema	27	10	23	9	16	13	20	23	14	66	18	12
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	0	0	0	0	3	1	2	1	3	4	1	0
Totale malattie respiratorie	28	11	24	11	21	16	24	26	18	75	20	13
Totale	68	71	86	52	98	101	89	91	66	287	50	58

Tabella 5.5c
Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Età ≥ 35 anni. Anno 1994. Maschi e Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	10	8	13	10	15	13	9	7	14	30	8	8
Esofago	10	12	7	2	10	7	10	8	1	23	4	8
Stomaco	16	11	16	15	15	18	25	38	18	77	18	6
Pancreas	3	7	11	4	10	15	7	10	5	24	2	7
Laringe	11	17	9	8	14	15	13	10	15	33	5	10
Trachea, bronchi e polmone	123	144	151	95	180	207	140	150	116	419	104	113
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	1	2	7	4	11	10	7	9	3	18	6	2
Vescica	13	14	16	13	18	24	20	15	9	49	14	15
Leucemia mieloide acuta	0	0	2	0	0	1	0	1	0	2	0	0
Totale neoplasie	187	215	232	151	273	310	231	248	181	675	161	169
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	54	48	71	37	89	86	67	61	57	171	34	38
Altre malattie cardiache	20	31	24	18	36	35	33	41	25	97	19	21
Malattie cerebrovascolari	31	34	42	27	51	51	44	44	35	101	29	21
Aterosclerosi	5	8	13	5	7	8	22	13	13	40	16	4
Aneurisma aortico	4	8	11	8	9	15	16	8	6	38	7	9
Altri disturbi delle arterie	2	2	2	0	3	3	0	3	0	8	0	0
Totale malattie cardiovascolari	116	131	163	95	195	198	182	170	136	455	105	93
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	5	4	7	5	7	8	11	8	6	18	5	6
Bronchite cronica ed enfisema	92	64	78	45	88	71	72	90	56	243	53	46
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	0	0	1	1	8	4	3	4	11	11	3	0
Totale malattie respiratorie	97	68	86	51	103	83	86	102	73	272	61	52
Totale	400	414	481	297	571	591	499	520	390	1.402	327	314

Tabella 5.6a

Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Età ≥ 35 anni. Anno 2000. Maschi.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	12	10	7	7	16	9	11	13	7	20	3	8
Esofago	10	7	6	6	13	13	8	3	7	11	7	6
Stomaco	8	12	16	16	13	16	15	25	14	46	8	8
Pancreas	4	4	8	5	7	8	7	9	6	17	3	3
Laringe	11	8	9	2	9	13	9	7	7	24	3	7
Trachea, bronchi e polmone	108	95	125	111	155	161	105	121	110	325	96	92
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	4	3	7	2	6	3	1	4	3	17	2	4
Vescica	10	10	15	13	16	15	12	15	17	43	13	8
Leucemia mieloide acuta	1	0	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0
Totale neoplasie	168	149	193	162	236	238	168	198	172	506	135	136
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	37	45	54	31	66	64	41	45	42	115	33	28
Altre malattie cardiache	18	25	20	19	28	35	30	35	20	98	19	7
Malattie cerebrovascolari	20	20	31	13	29	34	33	34	24	53	18	15
Aterosclerosi	3	5	7	2	3	5	14	3	9	18	6	5
Aneurisma aortico	10	12	17	8	17	7	10	11	7	36	6	6
Altri disturbi delle arterie	1	2	1	0	2	3	1	4	1	5	1	1
Totale malattie cardiovascolari	89	109	130	73	145	148	129	132	103	325	83	62
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	7	7	6	5	8	6	8	9	9	24	7	2
Bronchite cronica ed enfisema	43	49	74	37	55	63	55	70	44	149	53	31
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	3	1	7	1	5	6	2	5	2	9	2	4
Totale malattie respiratorie	53	57	87	43	68	75	65	84	55	182	62	37
Totale	310	315	410	278	449	461	362	414	330	1.013	280	235

Tabella 5.6b
Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Età ≥ 35 anni. Anno 2000. Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	2	1	6	0	0	0	1	3	1	5	3	2
Esofago	1	0	1	0	1	1	2	1	0	3	0	1
Stomaco	1	0	1	1	0	2	3	6	1	10	0	0
Pancreas	4	3	5	3	7	8	4	4	1	14	0	4
Laringe	1	1	0	1	1	0	2	0	1	4	0	2
Trachea, bronchi e polmone	11	20	16	13	23	22	12	21	15	73	11	20
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vescica	0	1	1	0	0	0	0	0	2	4	1	0
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale neoplasie	20	26	30	18	32	33	24	35	21	113	15	29
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	15	15	20	11	25	24	13	10	12	36	8	10
Altre malattie cardiache	6	7	3	6	9	11	7	9	6	27	5	3
Malattie cerebrovascolari	7	7	11	8	14	15	8	16	8	27	8	5
Aterosclerosi	1	1	1	1	1	1	3	1	1	5	1	1
Aneurisma aortico	1	0	1	0	3	2	1	3	3	8	0	1
Altri disturbi delle arterie	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0
Totale malattie cardiovascolari	30	31	36	27	53	53	33	40	30	104	22	20
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	2	1	1	1	2	2	3	2	1	8	1	1
Bronchite cronica ed enfisema	17	18	29	11	23	29	15	20	14	75	14	9
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	1	1	3	0	2	0	2	3	1	8	1	0
Totale malattie respiratorie	20	20	33	12	27	31	20	25	16	91	16	10
Totale	70	77	99	57	112	117	77	100	67	308	53	59

Tabella 5.6c

Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Età ≥ 35 anni. Anno 2000. Maschi e Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	14	11	13	7	16	9	12	16	8	25	6	10
Esofago	11	7	7	6	14	14	10	4	7	14	7	7
Stomaco	9	12	17	17	13	18	18	31	15	56	8	8
Pancreas	8	7	13	8	14	16	11	13	7	31	3	7
Laringe	12	9	9	3	10	13	11	7	8	28	3	9
Trachea, bronchi e polmone	119	115	141	124	178	183	117	142	125	398	107	112
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	4	3	7	2	6	3	1	4	3	17	2	4
Vescica	10	11	16	13	16	15	12	15	19	47	14	8
Leucemia mieloide acuta	1	0	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0
Totale neoplasie	188	175	223	180	268	271	192	233	193	619	150	165
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	52	60	74	42	91	88	54	55	54	151	41	38
Altre malattie cardiache	24	32	23	25	37	46	37	44	26	125	24	10
Malattie cerebrovascolari	27	27	42	21	43	49	41	50	32	80	26	20
Aterosclerosi	4	6	8	3	4	6	17	4	10	23	7	6
Aneurisma aortico	11	12	18	8	20	9	11	14	10	44	6	7
Altri disturbi delle arterie	1	3	1	1	3	3	2	5	1	6	1	1
Totale malattie cardiovascolari	119	140	166	100	198	201	162	172	133	429	105	82
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	9	8	7	6	10	8	11	11	10	32	8	3
Bronchite cronica ed enfisema	60	67	103	48	78	92	70	90	58	224	67	40
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	4	2	10	1	7	6	4	8	3	17	3	4
Totale malattie respiratorie	73	77	120	55	95	106	85	109	71	273	78	47
Totale	380	392	509	335	561	578	439	514	397	1.321	333	294

Tabella 5.7a

Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Et    35 anni. Anno 2005. Maschi.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavita� orale, faringe	6	4	9	4	8	10	9	5	11	19	4	4
Esofago	6	8	7	3	8	9	5	4	5	8	2	6
Stomaco	11	5	15	12	8	8	17	23	13	37	10	7
Pancreas	4	3	6	1	8	7	3	7	7	19	2	5
Laringe	9	9	2	8	12	8	7	6	6	24	8	10
Trachea, bronchi e polmone	100	92	121	89	163	174	98	155	107	358	102	99
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	6	5	10	3	5	6	2	8	6	20	3	3
Vescica	9	8	9	14	16	18	15	16	10	37	9	8
Leucemia mieloide acuta	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0
Totale neoplasie	152	134	179	134	229	241	157	224	165	524	140	142
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	35	40	47	30	55	58	36	49	36	105	23	24
Altre malattie cardiache	19	17	17	17	20	30	28	28	20	74	19	9
Malattie cerebrovascolari	14	13	20	10	21	29	20	24	17	41	15	10
Aterosclerosi	5	1	4	2	1	1	9	3	4	9	4	1
Aneurisma aortico	8	7	11	8	14	13	14	6	11	28	10	7
Altri disturbi delle arterie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0
Totale malattie cardiovascolari	81	78	99	67	112	131	107	110	88	260	71	51
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	8	6	4	7	10	4	7	7	4	32	5	5
Bronchite cronica ed enfisema	43	65	70	52	71	65	54	82	57	168	46	39
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	4	2	3	0	2	5	2	2	1	7	1	4
Totale malattie respiratorie	55	73	77	59	83	74	63	91	62	207	52	48
Totale	288	285	355	260	424	446	327	425	315	991	263	241

Tabella 5.7b

Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Età ≥ 35 anni. Anno 2005. Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavità orale, faringe	3	1	2	2	2	2	4	1	2	10	2	2
Esofago	1	2	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0
Stomaco	2	1	2	1	1	1	3	5	2	6	1	1
Pancreas	4	3	3	4	4	6	5	4	3	14	2	0
Laringe	1	0	1	2	2	0	1	2	0	2	1	2
Trachea, bronchi e polmone	16	24	19	21	16	44	16	21	27	86	18	17
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vescica	0	0	1	1	0	1	1	3	0	2	1	1
Leucemia mieloide acuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale neoplasie	27	31	28	31	27	54	30	37	35	121	25	23
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	11	13	18	8	19	22	16	12	11	36	8	9
Altre malattie cardiache	4	7	5	5	8	7	8	11	6	23	6	4
Malattie cerebrovascolari	7	5	8	4	9	10	7	9	6	18	6	4
Aterosclerosi	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	1	0
Aneurisma aortico	0	3	4	2	2	4	4	1	3	6	1	1
Altri disturbi delle arterie	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	0
Totale malattie cardiovascolari	23	28	37	19	38	43	37	34	27	87	22	18
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	2	1	1	1	2	1	2	1	3	9	2	1
Bronchite cronica ed enfisema	17	37	35	17	36	25	28	30	17	95	18	21
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	3	4	1	1	0	2	1	2	1	7	1	0
Totale malattie respiratorie	22	42	37	19	38	28	31	33	21	111	21	22
Totale	72	101	102	69	103	125	98	104	83	319	68	63

Tabella 5.7c
Numero di decessi attribuibili al consumo di tabacco in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza della scuola. Et  ≥ 35 anni. Anno 2005. Maschi e Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavita' orale, faringe	9	5	11	6	10	12	13	6	13	29	6	6
Esofago	7	10	7	3	10	9	5	5	6	9	2	6
Stomaco	13	6	17	13	9	9	20	28	15	43	11	8
Pancreas	8	6	9	5	12	13	8	11	10	33	4	5
Laringe	10	9	3	10	14	8	8	8	6	26	9	12
Trachea, bronchi e polmone	116	116	140	110	179	218	114	176	134	444	120	116
Collo dell'utero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rene ed altri organi urinari	6	5	10	3	5	6	2	8	6	20	3	3
Vescica	9	8	10	15	16	19	16	19	10	39	10	9
Leucemia mieloide acuta	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0
Totale neoplasie	179	165	207	165	256	295	187	261	200	645	165	165
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	46	53	65	38	74	80	52	61	47	141	31	33
Altre malattie cardiache	23	24	22	22	28	37	36	39	26	97	25	13
Malattie cerebrovascolari	21	18	28	14	30	39	27	33	23	59	21	14
Aterosclerosi	6	1	5	2	1	1	10	3	5	11	5	1
Aneurisma aortico	8	10	15	10	16	17	18	7	14	34	11	8
Altri disturbi delle arterie	0	0	1	0	1	0	1	1	0	5	0	0
Totale malattie cardiovascolari	104	106	136	86	150	174	144	144	115	347	93	69
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	10	7	5	8	12	5	9	8	7	41	7	6
Bronchite cronica ed enfisema	60	102	105	69	107	90	82	112	74	263	64	60
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	7	6	4	1	2	7	3	4	2	14	2	4
Totale malattie respiratorie	77	115	114	78	121	102	94	124	83	318	73	70
Totale	360	386	457	329	527	571	425	529	398	1.310	331	304

Tabella 5.8a
Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 1994. Maschi.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavita� orale, faringe	17,3	11,3	21,3	17,6	16,4	13,0	10,5	7,4	18,5	11,0	14,8	13,0
Esofago	17,9	18,7	6,3	3,7	10,8	5,8	12,3	9,0	3,7	8,1	6,6	16,1
Stomaco	28,2	21,4	24,1	27,0	16,9	20,3	31,4	47,9	29,0	37,1	34,0	18,9
Pancreas	4,9	10,6	12,2	5,3	8,3	11,9	6,7	7,8	5,9	6,9	1,6	11,6
Laringe	17,6	29,2	9,1	15,5	18,7	16,9	13,3	16,3	24,3	16,4	9,6	28,3
Trachea, bronchi e polmone	207,2	234,8	216,0	169,6	198,0	219,5	167,7	156,5	173,9	176,2	181,5	252,3
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	1,7	2,8	12,1	7,4	13,6	10,5	8,9	10,0	4,3	10,0	11,4	6,9
Vescica	29,4	26,5	23,2	31,2	23,4	27,2	30,5	23,6	15,4	23,3	30,7	44,4
Leucemia mieloide acuta	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	1,2	0,0	0,0
Totale neoplasie	324,2	355,3	327,0	277,3	306,1	326,2	281,3	279,6	275,0	290,2	290,2	391,5
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	87,9	71,5	95,4	61,7	94,2	72,9	77,7	63,5	86,6	69,4	56,4	81,3
Altre malattie cardiache	34,7	43,3	36,3	33,3	39,8	34,7	41,1	49,5	45,0	42,5	33,7	51,7
Malattie cerebrovascolari	49,8	40,6	55,1	47,7	52,6	49,1	51,6	47,9	51,6	42,3	47,3	47,1
Aterosclerosi	11,4	13,4	24,0	11,9	10,3	10,9	33,2	21,1	29,0	20,6	34,8	11,7
Aneurisma aortico	7,2	16,5	17,8	11,0	11,7	14,8	20,5	7,7	6,2	17,9	14,2	21,2
Altri disturbi delle arterie	6,1	1,8	2,8	0,0	4,2	3,0	0,0	3,5	0,0	4,2	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	197,1	187,1	231,4	165,6	212,8	185,4	224,1	193,2	218,4	196,9	186,4	213,0
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	11,4	7,2	13,8	11,4	9,2	8,8	14,1	9,8	12,8	8,9	11,1	19,0
Bronchite cronica ed enfisema	146,6	111,5	101,2	88,3	109,5	78,3	87,0	106,0	101,5	107,3	89,1	117,2
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	0,0	0,0	1,2	4,0	7,3	5,8	1,0	4,4	18,3	3,3	4,7	0,0
Totale malattie respiratorie	158,0	118,7	116,2	103,7	126,0	92,9	102,1	120,2	132,6	119,5	104,9	136,2
Totale	679,3	661,1	674,6	546,6	644,9	604,5	607,5	593,0	626,0	606,6	581,5	740,7

Tabella 5.8b.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 1994. Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, caviti� orale, faringe	0,0	1,1	0,0	4	1,9	0,8	1,0	0,0	2,7	2,5	0,0	3,8
Esofago	1,8	2,2	2,4	0,0	1,0	1,0	1,1	0,0	0,0	2,7	0,0	3,9
Stomaco	1,5	0,0	2,3	5,3	1,5	1,8	4,4	5	2,5	3,4	1,7	0,0
Pancreas	0,0	1,4	2,9	1,6	2,9	4,9	1,8	2,6	1,4	3,7	1,4	5,8
Laringe	1,5	1,4	2,2	0,0	0,0	1,1	2,6	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Trachea, bronchi e polmone	15,9	23,2	15,3	19,7	18,6	15,8	18,7	18,9	17,7	20,3	9,6	29,8
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vescica	0,0	1,1	1,9	1,8	0,0	0,9	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
Leucemia mieloide acuta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale neoplasie	20,7	30,4	27,0	32,4	25,9	26,3	30,6	26,5	24,3	35,4	12,7	43,3
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	16,5	12,4	18,6	11,6	20,8	22,1	13,2	12	15,5	14,3	9,9	18,7
Altre malattie cardiache	5,3	10,5	3,1	7,6	8,2	7,7	6,7	9,0	6,0	7,8	5,8	7,0
Malattie cerebrovascolari	13,2	16,4	14,3	13,4	14,7	13,3	11,2	11,7	15,5	9,7	12,3	13,5
Aterosclerosi	1,5	1,9	3,6	1,8	1,0	0,9	4,0	2,9	2,5	3,2	3,3	1,9
Aneurisma aortico	0,0	0,0	1,8	2,9	0,0	2,0	2,5	2	2,5	2,1	1,5	2,8
Altri disturbi delle arterie	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,1	0,0	0,3	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	36,5	42,3	41,4	37,3	44,7	46,9	37,6	38,7	42,0	37,4	32,8	43,9
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	1,5	1,1	1,2	2,9	1,9	1,5	1,8	2,3	1,7	1,6	1,7	1,9
Bronchite cronica ed enfisema	37,4	13,4	23,7	14,9	14,3	11,5	20,8	20,6	21,4	22,6	27,8	20,4
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,9	1,8	1,3	4,1	1,4	1,0	0,0
Totale malattie respiratorie	38,9	14,5	24,9	17,8	19,1	13,9	24,4	24,2	27,2	25,6	30,5	22,3
Totale	96,1	87,2	93,3	87,5	89,7	87,1	92,6	89,4	93,5	98,4	76,0	109,5

Tabella 5.8c.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 1994. Maschi e Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, caviti� orale, faringe	7,8	5,9	8,7	9,9	7,7	6,2	5,2	3,5	9,8	5,9	6,5	8,2
Esofago	8,2	8,6	4,3	1,7	5,4	3,2	6,3	4,1	1,1	5,0	3,0	8,4
Stomaco	12,9	8,6	10,7	14,5	7,9	9,1	15,4	22,3	13,9	16,6	15,4	7,1
Pancreas	2,3	5,2	6,7	3,2	5,4	7,6	3,9	4,8	3,3	5,2	1,6	7,7
Laringe	8,9	12,8	11,3	7,0	7,8	7,3	7,2	6,1	10,8	6,7	4,0	11,9
Trachea, bronchi e polmone	97,4	109,1	99,2	85,1	95,4	102,5	84,5	79,9	85,7	85,5	85,7	122,3
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	0,8	1,0	4,8	3,4	5,8	4,5	3,9	4,5	1,9	3,9	5,1	2,4
Vescica	10,9	10,7	10,6	13,1	9,8	11,9	13,1	8,6	6,3	10,2	12,6	16,9
Leucemia mieloide acuta	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0
Totale neoplasie	149,2	161,9	151,3	137,9	145,2	152,8	139,5	134,3	132,8	139,5	133,9	184,9
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	45,4	35,4	47,9	32,9	49,3	42,9	40,9	33,9	45,2	35,6	29,4	43,1
Altre malattie cardiache	16,9	23,2	16,1	17,5	20,2	17,8	20,3	24,5	21,3	20,5	17,1	24,3
Malattie cerebrovascolari	26,5	25,4	29,0	26,2	28,7	26,3	27,4	25,6	28,9	21,3	26,0	25,2
Aterosclerosi	4,8	6,0	10,1	5,1	4,0	4,4	14,5	8,8	11,7	8,7	15,1	4,9
Aneurisma aortico	3,2	5,9	7,1	6,8	4,9	7,5	10,3	4,4	4,1	8,4	6,8	10,1
Altri disturbi delle arterie	1,9	1,6	1,3	0,0	1,6	1,6	0,0	2,0	0,0	1,8	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	98,7	97,5	111,5	88,5	108,7	100,5	113,4	99,2	111,2	96,3	94,4	107,6
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	4,8	3,2	5,4	5,8	4,4	4,1	6,4	5,1	5,7	4,0	5,2	7,7
Bronchite cronica ed enfisema	77,6	48,7	52,0	43,0	50,0	36,9	46,6	52,1	49,5	52,6	50,9	54,2
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	0,0	0,0	0,4	1,2	4,4	2,6	1,5	2,3	9,4	2,1	2,3	0,0
Totale malattie respiratorie	82,4	51,9	57,8	50,0	58,8	43,6	54,5	59,5	64,6	58,7	58,4	61,9
Totale	330,3	311,3	320,6	276,4	312,7	296,9	307,4	293,0	308,6	294,5	286,7	354,4

Tabella 5.9a.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 2000. Maschi.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavit� orale, faringe	22,1	16,8	9,0	12,7	18,8	10,5	14,3	14,9	11,9	8,9	5,5	16,2
Esofago	19,9	12,0	8,1	10,7	15,9	12,9	10,5	3,3	12,5	5,0	12,8	15,0
Stomaco	17,0	20,8	23,9	32,9	17,0	17,8	20,8	29,6	23,7	22,8	16,1	24,5
Pancreas	8,4	7,1	11,8	11,0	8,7	8,8	9,9	10,2	9,0	8,0	4,9	7,0
Laringe	19,8	13,5	15,1	2,7	10,0	13,1	12,2	7,8	11,4	12,5	5,7	19,7
Trachea, bronchi e polmone	208,4	165,7	182,2	218,1	185,9	174,0	138,8	135,0	176,6	153,6	169,3	233,5
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	8,7	6,2	9,9	4,1	8,2	3,0	1,3	4,8	5,5	8,3	3,4	9,6
Vescica	20,7	18,7	23,6	26,7	20,9	16,4	16,4	17,7	30,4	20,9	25,0	25,0
Leucemia mieloide acuta	1,6	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,7	1,3	0,0	0,0
Totale neoplasie	326,6	260,8	283,6	318,9	286,4	256,5	224,2	224,3	282,7	241,3	242,7	350,5
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	82,7	90,0	84,6	67,4	86,3	76,8	58,3	54,3	72,5	59,6	63,8	85,8
Altre malattie cardiache	38,4	49,8	33,0	46,2	39,4	43,5	43,9	44,6	37,1	52,1	39,0	24,8
Malattie cerebrovascolari	45,0	41,5	51,3	32,8	41,8	44,5	47,4	44,1	43,4	28,7	36,4	47,4
Aterosclerosi	7,9	12,2	13,1	5,4	4,9	6,5	21,6	3,9	18,8	10,5	13,3	21,5
Aneurisma aortico	19,3	22,4	25,6	16,9	22,6	7,8	13,1	13,5	12,5	17,8	11,0	17,7
Altri disturbi delle arterie	2,1	4,7	2,0	0,0	2,3	3,8	1,3	5,0	1,8	2,6	2,3	4,6
Totale malattie cardiovascolari	195,4	220,6	209,6	168,7	197,3	182,9	185,6	165,4	186,1	171,3	165,8	201,8
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	17,0	13,9	9,9	12,2	11,9	8,0	12,3	11,9	17,4	13,6	14,5	7,1
Bronchite cronica ed enfisema	100,0	103,5	123,9	84,6	79,9	76,7	80,1	89,7	84,1	79,3	105,6	105,1
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	6,9	2,1	12,2	2,1	6,5	8,7	2,9	7,0	4,0	4,8	4,0	12,3
Totale malattie respiratorie	123,9	119,5	146,0	98,9	98,3	93,4	95,3	108,6	105,5	97,7	124,1	124,5
Totale	645,9	600,9	639,0	586,5	582,0	532,8	505,1	498,3	574,3	510,3	532,6	676,8

Tabella 5.9b.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 2000. Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavit� orale, faringe	3,3	1,5	6,3	0,0	0,0	0,0	1,3	2,9	1,4	1,7	4,1	4,0
Esofago	1,6	0,0	1,0	0,0	1,0	0,9	2,5	0,7	0,0	0,9	0,0	1,9
Stomaco	1,3	0,0	0,8	1,3	0,0	1,4	2,5	4,9	1,1	3,1	0,0	0,0
Pancreas	5,1	3,7	4,9	4,2	6,2	6,2	4,0	3,4	1,1	4,5	0,0	6,8
Laringe	1,1	1,4	0,0	1,4	0,8	0,0	2,0	0,0	1,3	1,4	0,0	3,3
Trachea, bronchi e polmone	15,9	24,6	16,9	18,3	21,0	17,6	11,9	18,6	18,7	24,7	15,2	36,5
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vescica	0,0	1,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	1,3	1,1	0,0
Leucemia mieloide acuta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale neoplasie	28,3	32,3	30,7	25,2	29,0	26,1	24,2	30,5	25,9	37,6	20,4	52,5
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	17,8	15,8	18,6	14,7	19,7	17,3	10,9	7,8	14,2	10,8	9,8	16,6
Altre malattie cardiache	7,0	7,1	2,7	7,9	6,7	7,9	5,6	6,8	6,7	7,9	6,0	4,9
Malattie cerebrovascolari	8,3	7,0	10,0	10,6	11,2	11,1	6,8	13,2	9,3	8,3	10,1	8,1
Aterosclerosi	1,1	1,0	0,8	1,3	0,7	0,7	2,3	0,7	1,1	1,4	1,1	1,6
Aneurisma aortico	1,1	0,0	0,8	0,0	2,6	1,4	0,9	2,7	3,4	2,4	0,0	1,7
Altri disturbi delle arterie	0,0	1,0	0,0	1,3	0,7	0,0	0,8	0,7	0,0	0,3	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	35,3	31,9	32,9	35,8	41,6	38,4	27,3	31,9	34,7	31,1	27,0	32,9
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	2,3	1,0	0,8	1,3	1,4	1,4	2,3	1,5	1,1	2,2	1,1	1,6
Bronchite cronica ed enfisema	20,2	19,7	27,9	14,9	18,4	20,7	12,5	15,8	15,7	22,5	16,4	14,9
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	1,1	1,1	3,0	0,0	1,5	0,0	1,6	2,3	1,1	2,5	1,3	0,0
Totale malattie respiratorie	23,6	21,8	31,7	16,2	21,3	22,1	16,4	19,6	17,9	27,2	18,8	16,5
Totale	87,2	86,0	95,3	77,2	91,9	86,6	67,9	82,0	78,5	95,9	66,2	101,9

Tabella 5.9c.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 2000. Maschi e Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavit� orale, faringe	11,2	8,1	7,8	5,5	8,1	4,1	7,1	8,0	5,6	4,9	4,5	9,9
Esofago	8,7	5,1	4,1	4,5	7,1	6,4	5,8	2,0	4,9	2,7	5,4	7,2
Stomaco	7,1	8,7	10,2	13,9	6,6	8,2	9,9	15,2	10,4	10,9	6,2	8,6
Pancreas	6,2	5,0	7,8	6,5	7,1	7,3	6,2	6,4	4,9	6,0	2,3	7,5
Laringe	9,5	6,6	5,5	2,1	5,1	5,8	6,3	3,5	5,6	5,4	2,3	9,6
Trachea, bronchi e polmone	93,3	83,5	85,3	100,7	90,2	82,7	66,3	70,0	86,1	77,6	82,1	116,6
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	3,1	2,1	4,3	1,7	3,1	1,4	0,5	2,0	2,2	3,3	1,5	4,1
Vescica	7,9	7,9	9,5	10,7	8,1	6,8	6,6	7,3	13,3	9,2	10,8	8,7
Leucemia mieloide acuta	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,7	0,6	0,0	0,0
Totale neoplasie	147,8	127,0	134,5	145,6	135,9	122,7	108,7	114,9	133,7	120,6	115,1	172,2
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	40,8	42,9	44,2	35,2	46,2	40,3	30,0	27,2	38,0	29,2	31,5	41,5
Altre malattie cardiache	18,8	22,9	13,7	21,6	18,8	21,1	20,0	21,6	18,4	24,1	18,5	11,4
Malattie cerebrovascolari	21,3	19,2	24,9	17,9	21,9	22,6	22,6	24,7	22,6	15,4	20,0	22,2
Aterosclerosi	3,1	4,2	4,7	2,7	2,0	2,8	9,0	2,0	7,3	4,4	5,4	7,0
Aneurisma aortico	8,5	8,7	10,9	6,7	10,2	4,0	6,1	6,9	7,0	8,6	4,6	7,6
Altri disturbi delle arterie	0,8	2,1	0,6	0,9	1,5	1,4	1,1	2,4	0,7	1,2	0,8	1,2
Totale malattie cardiovascolari	93,3	100,0	99,0	85,0	100,6	92,2	88,8	84,8	94,0	82,9	80,8	90,9
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	7,1	5,7	4,2	5,2	5,1	3,7	5,8	5,4	7,1	6,1	6,2	3,4
Bronchite cronica ed enfisema	47,0	47,7	62,0	40,9	39,8	41,9	37,8	44,2	41,0	43,3	51,5	44,5
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	3,2	1,4	6,0	0,8	3,6	2,8	2,1	3,9	2,2	3,3	2,3	4,3
Totale malattie respiratorie	57,3	54,8	72,2	46,9	48,5	48,4	45,7	53,5	50,3	52,7	60,0	52,2
Totale	298,4	281,8	305,7	277,5	285,0	263,3	243,2	253,2	278,0	256,2	255,9	315,3

Tabella 5.10a.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 2005. Maschi.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, caviti� orale, faringe	11,4	6,6	12,6	6,3	9,4	9,4	10,8	5,7	16,7	8,6	6,1	8,1
Esofago	9,9	13,6	8,8	6,3	10,5	9,7	6,6	4,0	8,4	3,5	2,6	14,6
Stomaco	20,0	7,7	21,1	21,3	10,2	8,8	23,2	25,6	20,1	17,0	18,3	18,0
Pancreas	6,3	5,0	8,4	1,3	9,7	6,3	3,4	7,5	11,1	8,4	3,0	10,9
Laringe	15,3	15,8	2,5	13,6	13,3	9,4	9,0	5,5	9,8	10,7	13,7	26,6
Trachea, bronchi e polmone	183,7	155,1	161,8	148,3	179,5	178,6	119,3	163,0	167,6	157,5	166,5	240,6
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	11,5	7,7	14,2	4,7	5,6	6,8	2,1	8,4	8,2	9,3	4,8	8,6
Vescica	16,9	13,1	14,3	27,2	19,7	19,9	19,4	17,4	15,3	16,8	19,5	19,9
Leucemia mieloide acuta	2,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1	1,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Totale neoplasie	277,0	224,6	243,7	229,0	259,0	250,0	195,0	237,1	257,2	232,7	234,5	347,3
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	71,6	79,4	70,8	54,4	70,8		51,1	55,7	60,5	51,3	42,4	66,6
Altre malattie cardiache	40,0	35,0	27,4	33,9	28,9	36,9	39,0	35,1	36,9	37,7	36,2	29,9
Malattie cerebrovascolari	29,6	27,0	33,6	22,1	29,5	36,6	27,8	28,2	31,6	20,5	30,4	29,1
Aterosclerosi	13,5	3,0	7,4	5,0	2,0	1,1	14,5	3,5	8,7	5,7	8,3	4,6
Aneurisma aortico	15,9	12,0	15,1	14,9	16,0	13,3	20,4	5,4	15,7	12,6	16,6	17,4
Altri disturbi delle arterie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	170,6	156,4	154,3	130,3	148,0	156,4	152,8	127,9	153,4	129,3	133,9	147,6
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	20,2	13,8	8,0	17,0	13,9	5,1	11,8	9,1	7,8	18,3	9,4	16,1
Bronchite cronica ed enfisema	95,7	121,9	113,7	117,7	92,2	77,8	74,5	96,8	99,1	82,1	85,5	111,4
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	10,1	4,9	5,8	0,0	2,8	7,2	2,2	1,5	1,4	3,1	2,7	14,3
Totale malattie respiratorie	126,0	140,6	127,5	134,7	108,9	90,1	88,5	107,4	108,3	103,5	97,6	141,8
Totale	573,6	521,6	525,5	494,0	515,9	496,5	436,3	472,4	518,9	465,5	466,0	636,7

Tabella 5.10b.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 2005. Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavit� orale, faringe	4,3	1,6	2,2	2,1	1,3	1,5	4,1	0,5	2,4	3,4	3,0	3,6
Esofago	1,5	2,9	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,8	1,2	0,3	0,0	0,0
Stomaco	1,9	1,1	1,5	0,8	0,5	0,4	2,4	3,9	1,8	1,8	0,7	1,6
Pancreas	4,5	3,3	2,7	5,0	2,6	4,5	4,7	2,9	3,3	4,2	3,0	0,0
Laringe	1,3	0,0	0,6	2,3	2,0	0,0	1,3	1,8	0,0	0,7	1,2	3,6
Trachea, bronchi e polmone	20,8	28,0	19,8	27,5	14,7	34,0	15,6	18,7	32,4	28,2	21,9	26,8
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vescica	0,0	0,0	0,9	0,8	0,0	0,7	0,8	2,1	0,0	0,5	1,2	1,6
Leucemia mieloide acuta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale neoplasie	34,3	36,9	27,7	38,5	22,9	41,1	28,9	30,7	41,1	39,1	31,0	37,2
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	11,5	13,7	15,5	9,6	14,8	15,1	13,0	8,8	11,5	10,7	9,3	14,3
Altre malattie cardiache	4,2	6,9	4,3	6,1	5,8	4,5	6,5	7,7	5,9	6,4	7,0	5,7
Malattie cerebrovascolari	7,6	5,4	7,0	5,4	6,8	7,1	5,9	6,6	6,7	5,3	7,1	5,7
Aterosclerosi	1,2	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	1,1	0,6	1,2	0,0
Aneurisma aortico	0,0	4,0	3,8	2,8	1,5	3,0	4,1	1,1	3,6	1,7	1,2	1,6
Altri disturbi delle arterie	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,5	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	24,5	30,0	32,4	23,9	28,9	29,7	31,1	25,0	28,8	25,2	25,8	27,3
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	2,3	1,1	0,9	1,3	1,3	0,7	1,7	0,8	2,9	2,4	1,9	1,6
Bronchite cronica ed enfisema	18,5	38,7	29,6	20,6	26,3	17,5	22,9	22,7	17,8	25,9	20,9	29,7
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	3,1	4,8	0,9	0,8	0,0	1,3	0,8	1,2	0,6	2,1	1,2	0,0
Totale malattie respiratorie	23,9	44,6	31,4	22,7	27,6	19,5	25,4	24,7	21,3	30,4	24,0	31,3
Totale	82,7	111,5	91,5	85,1	79,4	90,3	85,4	80,4	91,2	94,7	80,8	95,8

Tabella 5.10c.

Tassi standardizzati di mortalità fumo-correlata (x 100.000 abitanti) in Toscana, per patologia fumo-correlata ed ASL di appartenenza. Et  ≥ 35 anni. Anno 2005. Maschi e Femmine.

Patologia fumo-correlata	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	ASL6	ASL7	ASL8	ASL9	ASL10	ASL11	ASL12
Neoplasie												
Labbra, cavit� orale, faringe	6,8	3,8	6,7	4,2	4,6	5,2	7,3	2,7	9,2	5,5	4,3	5,3
Esofago	5,1	7,2	3,9	2,4	5,0	4,0	2,7	2,3	4,1	1,7	1,1	5,6
Stomaco	9,5	4,2	9,3	9,2	4,2	4,0	10,7	12,9	9,6	7,8	8,0	7,9
Pancreas	5,7	4,2	5,0	3,5	5,7	5,4	4,3	5,0	6,5	6,0	3,0	4,6
Laringe	7,4	6,4	1,5	7,3	6,7	3,7	4,8	3,4	4,0	4,8	6,5	12,1
Trachea, bronchi e polmone	86,6	80,7	78,4	79,1	85,3	94,8	60,7	80,9	87,5	81,7	84,7	110,9
Collo dell'utero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rene ed altri organi urinari	4,4	3,1	5,8	2,2	2,4	2,8	0,9	3,7	3,5	3,6	2,0	3,1
Vescica	6,5	4,7	5,8	11,4	7,7	8,2	8,3	8,7	6,1	7,0	7,7	8,6
Leucemia mieloide acuta	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Totale neoplasie	132,8	114,3	116,4	119,3	122,1	128,6	100,3	119,6	130,5	118,5	117,3	158,1
Malattie cardiovascolari												
Malattie ischemiche del cuore	34,4	37,5	36,8	27,9	36,2	35,1	27,2	27,7	30,9	26,0	22,7	32,6
Altre malattie cardiache	16,8	17,1	12,4	16,5	14,0	16,2	18,9	17,8	17,3	17,8	18,0	13,3
Malattie cerebrovascolari	15,0	12,7	16,0	11,3	14,5	17,5	14,4	14,7	15,5	10,7	15,4	13,9
Aterosclerosi	4,7	0,8	2,9	1,7	0,6	0,5	5,3	1,3	3,5	2,2	3,7	1,2
Aneurisma aortico	6,0	6,6	7,9	7,6	7,4	6,9	10,3	2,9	8,2	5,9	7,4	7,9
Altri disturbi delle arterie	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,6	0,5	0,0	0,8	0,0	0,0
Totale malattie cardiovascolari	76,9	74,7	76,6	65,0	73,0	76,2	76,7	64,9	75,4	63,4	67,2	68,9
Malattie respiratorie												
Polmonite ed influenza	7,7	5,2	3,2	6,6	5,8	2,2	4,9	3,6	4,6	7,7	4,6	6,2
Bronchite cronica ed enfisema	44,0	68,3	57,8	53,6	49,7	38,8	42,1	50,5	47,8	46,9	44,6	57,5
Altre ostruzioni delle vie respiratorie	5,1	4,6	2,5	0,5	0,9	3,2	1,5	1,4	1,1	2,6	1,7	4,4
Totale malattie respiratorie	56,8	78,1	63,5	60,7	56,4	44,2	48,5	55,5	53,5	57,2	50,9	68,1
Totale	266,5	267,1	256,5	245,0	251,5	249,0	225,5	240,0	259,4	239,1	235,4	295,1

5.4 La mortalità perinatale attribuibile al fumo attivo della madre in gravidanza

La frazione di decessi nel primo anno di vita attribuibile all'esposizione al fumo attivo materno in gravidanza (Tabella 5.11) risulta più elevata per la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e per i disturbi relativi a gestazione breve e a basso peso alla nascita. Si osserva nel periodo un aumento della proporzione di decessi attribuibili al fumo.

Tabella 5.11.
Stima della frazione attribuibile per patologie perinatali fumo correlate.
Toscana. Anni 1994, 2000 e 2005

Patologie perinatali	1994	2000	2005
Disturbi relativi a gestazione breve e a basso peso alla nascita	5,04%	6,01%	6,08%
Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)	7,63%	9,04%	9,14%
Sindrome di difficoltà respiratoria	1,88%	2,26%	2,29%
Altre condizioni morbose respiratorie del feto e del neonato	2,56%	3,06%	3,10%

I decessi per patologie perinatali attribuibili al fumo risultano di poche unità (3) nel 1994 e successivamente non si rilevano.

ALLEGATO 1

Elenco dei Centri Antifumo della Toscana

Elenco dei Centri Antifumo della Toscana

AZIENDA USL 1 MASSA E CARRARA

↳ **Centro Antifumo Zona Apuane**

Via Sottomonte, 1
54100 Massa (MS)
tel. 0585 493833
fax 0585 493336
e-mail:

centroantifumo.mass@usl1.toscana.it

Referente/i:

Dr. Luigi Di Palma (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00

Équipe: Medici, Operatrice Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici

✓ 1 incontro

Terapia Farmacologica:

sì ✓ no

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2000

↳ **Centro Antifumo "Lunigiana senza fumo"**

Via del Popolo, 3
54011 Aulla (MS)
Tel. e fax 0187 421412
e-mail: o.biondi@usl1.toscana.it

Referente/i:

Dr. Varese Maurizio

Contatto Telefonico:

Lun., Mar., Gio., Ven.
ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun., Mar., Gio., Ven.
ore 8.00/14.00

Équipe: Medici, Psicologo, Infermiere, 3 Operatori Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Esami del Respiro, Esami strumentali

Terapia Farmacologica:

sì ✓ no

Counselling Individuale:

✓ più di 10 incontri della durata di 30 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ incontri della durata di 120 minuti

Altre Terapie/Interventi:

Ipnoterapia

✓ più di 10 incontri

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2001

↳ **Centro Antifumo di Avenza**

C/o Presidio distrettuale di Avenza
Ambulatorio Pneumologia
Via Giovan Pietro, 26
54031 Avenza (MS)
tel. 0585 767819/7671
fax 0585 767826

Referente/i:

Dott. Menoni Mauro

Contatto Telefonico:

Lun e Ven. ore 9.00/13.00
Gio. 14.30/18.30

Contatto Diretto presso il Servizio

Dal Lun al Ven 9.00/13.00

Équipe: Medici, Operatrice Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Esami Ematici

Terapia Farmacologica:

sì ✓ no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 45 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2001

AZIENDA USL 2 LUCCA

☞ **Centro Antifumo**
c/o Poliambulatorio ex Enpas
U.O Pneumologia
Via Barsanti e Matteucci
55100 Lucca-LU
Tel. 0583/449677
fax 0583/449662-970866
e-mail: paologiovannetti@yahoo.it

Referente/i:

Dr. Paolo Giovannetti (*Medico*)

Contatto Telefonico:

dal Lun al Ven 9-13,

Contatto Diretto presso il Servizio:

Mart. ore 8.30/13.30

Équipe: Medici, Psicologo, Operatrice
Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami del Respiro,
Esami Ematici

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 60
minuti, 30 minuti i successivi

Prestazioni soggette:

- ✓ a ticket
- a pagamento
- gratuito

Anno di Attivazione: 1997

AZIENDA USL 3 PISTOIA

Sede Ambulatoriale:

☞ **Centro Antifumo Valdinievole**
C/o Ospedale "SS. Cosma e Damiano"
Poliambulatorio Centro Antifumo
Via Cesare Battisti
51100 Pescia (PT)
Tel. 0572/460365
Fax 0572/913115
E-mail:
SERTMNT@mail.vdn.usl3.toscana.it

Referente/i:

Dr. Bartolini Claudio (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Mar. ore 8.30/16.00, sab 8.30/13.00

Contatti diretto presso il Servizio:

Lun – Ven ore 9/13

Mar. ore 8.30/16.00

Équipe: Medici, Psicologo, Operatrice
Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami del Respiro,
Esami Ematici

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 60
minuti

✓ gruppi di autoaiuto

Prestazioni soggette:

- ✓ a ticket
- a pagamento
- gratuito

Anno di Attivazione: 2001

Sede Amministrativa

☞ **Centro Antifumo Valdinievole**

C/O Ser.T Montecatini
Via S. Marco, 40
51016 Montecatini Terme (PT)
Tel. 0572 917561 – 0572 913115
Fax 0572 913115
e-mail: sertmnt@mail.vdn.usl3.toscana.it

Referente/i:

Dr. Bartolini Claudio (*Psicologo*)

Contatto Telefonico:

Mar. ore 8.30/16.00, sab 8.30/13.00

Contatti diretto presso il Servizio:

Mar. ore 8.30/16.00, sab 8.30/13.00

Équipe: Medici, Psicologi, Operatrice
Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami del Respiro,
Esami Ematici

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 60
minuti

Prestazioni soggette:

- ✓ a ticket
- a pagamento
- gratuito

Anno di Attivazione: 2002

☞ **Centro antifumo "La Fratta"**

Via vecchia Fiorentina II Tronco, 119
51039 Quarrata (PT)
tel. 0573 739444
fax. 0573 739444
E-mail: m.millucci@usl3.toscana.it
c.a.quarrata@tiscali.it

Referente/i:

Dr. Florio Innocenti (*Medico*)
Dr.ssa Mariella Millucci (*Psicologa*)

Contatto Telefonico:

dal Lun al Ven ore 9.00/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Mer. ore 8.00/14.00

Mar e giov. 15 – 19.30

Équipe: Medici, Psicologo, Operatrice
Centro Antifumo**Tipologia dell'Intervento:****Valutazione Clinico-Funzionale:**

Valutazione Clinica, Esami Ematici

Terapia Farmacologica:sì no **Counselling Individuale:**

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ da 7 a 10 incontri della durata di 90 minuti

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

 a pagamento gratuito**Anno di Attivazione:** 2003 a pagamento gratuito**AZIENDA USL 5 PISA****☞ Centro AntiFumo di Pontedera**

C/o Distretto

Via Fleming, 1

56025 Pontedera – PI

Tel e fax. 0587/273725

e-mail: centroantifumo@usl5.toscana.it**Referente/i:**Dr. Valerio Cellesi (*Medico*)**Contatto Telefonico:**

Lun. e Gio. ore 13.00/19.00

Mar., Merc.e Ven. ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun. e Gio. ore 13.00/19.00

Mar., Merc.e Ven. ore 8.00/14.00

Équipe: Medici, Operatori Centro
Antifumo**Tipologia dell'Intervento:****Valutazione Clinico-Funzionale:**Valutazione Clinica, Esami del Respiro,
Misurazione CO, Prove di Funz. Respir.**Terapia Farmacologica:**sì no **Terapia di Gruppo:**

✓ più di 10 incontri della durata di 90 minuti

✓ 2 volte/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

 a pagamento gratuito**Anno di Attivazione:** 2002**☞ Centro AntiFumo di Volterra**

c/o Centro polivalente "Le Spighe"

Via Roma

56048 Volterra – PI

tel. 0588 91938

fax 0588 91939

E-mail: v.cellesi@usl5.toscana.it**Referente/i:**Dr. Valerio Cellesi (*Medico*)Dr. Patrizio Bartali (*Psicologo*)**Contatto Telefonico:**

Lun.-sab. ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Mar. ore 15.00/19.00, Ven. ore

17.30/19.00

Équipe: Medici, Psicologo, Operatori
Centro Antifumo**Tipologia dell'Intervento:****Valutazione Clinico-Funzionale:****AZIENDA USL 4 PRATO****☞ Centro Antifumo di Prato**

C/o Distretto di Prato

Piazza Lippi,

50047 Prato – PO

Tel. 0574/27109 – 435707

Fax 0574/22614 – 435730

E-mail: g.villani@usl4.it**Referente/i:**Dr. Giuliano Villani (*Medico*)**Contatto Telefonico:**

Lun. - ven. ore 10.00/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 10.00/13.00

Équipe: Medici, Assistente Sociale,

Educatore Professionale, Operatrice

Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:**Valutazione Clinico-Funzionale:**Valutazione Clinica, Esami Ematici, Esami
del Respiro.**Terapia Farmacologica:**sì no **Counselling Individuale:**✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30
minuti il primo, 15 minuti i successivi

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:✓ da 2 a 6 incontri della durata di 90
minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

Valutazione Clinica, Esami del Respiro,
Misurazione CO, Prove di Funz. Respir.

Terapia Farmacologica:

sì no

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 90
minuti
✓ 2 volte/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket
 a pagamento
 gratuito

Anno di Attivazione: 2003

AZIENDA USL 6 LIVORNO

↳ **Centro Antifumo di Livorno**

C/o Presidio Ospedaliero

U.O. Pneumologia

Viale Alfieri, 36

57100 Livorno – LI

Tel. 0586/223453

Fax 0586/223006

E-mail:

u.o.pneumologia@nord.USL6.toscana.it

Referente/i:

Dr.ssa Nolita Pulerà (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun., mar, giov. ore 9.00/13.00 -
14.00/18.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00 - 14.00/18.00

Équipe: Medici, Infermiere, Operatori
Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici, Esami
del Respiro

✓ da 2 a 6 incontri

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30
minuti

10 minuti i successivi

✓ 2 volte/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket
 a pagamento
 gratuito

Anno di Attivazione: 2000

AZIENDA USL 7 SIENA

Sede Amministrativa

↳ **Centro Antitabagico Integrato**

C/o Ser.T

Via della Porta Vecchia, 21

53034 Colle Val d'Elsa

Tel. 0577 926882

Fax 0577 922107

e-mail: antitab.elsa@usl7.toscana.it

Referente/i:

Dott. Mateo Ameglio (*medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Équipe: Medici, Psicologo, Infermiere,
Operatori Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici, Esame
del Respiro

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 7 a 10 incontri della durata di 60
minuti

✓ 1 volta /settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 120
minuti

✓ 2 volte/settimana, 1 volta/settimana

Altre Terapie/Interventi:

Ipnoterapia

✓ da 7 a 10 incontri

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket
 a pagamento
 gratuito

Anno di Attivazione: 2000

Sede ambulatoriale

C/o Presidio Ospedaliero "Campostaggia"

Loc. Poggibonsi

Tel. e fax 0577 926882

e-mail: m.ameglio@usl7.toscana.it

Referente/i:

Dott. Mateo Ameglio (*medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Équipe: Medici, Psicologo, Infermiere,
Operatori Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici, Esame
del Respiro

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 7 a 10 incontri della durata di 60 minuti

✓ 1 volta /settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 120 minuti

✓ 2 volte/settimana, 1 volta/settimana

Altre Terapie/Interventi:

Ipnoterapia

✓ da 7 a 10 incontri

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2000

↵ **Centro Antifumo Zona Amiata senese**

C/o Poliambulatorio

Via Serdini, 46

53021 Abbadia S. Salvatore (SI)

Tel e fax 0577 776187

e-mail: sertamiata@usl7.toscana.it

Referente/i:

Dr.ssa Anna Maria Sbrilli (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 8.30/12.30

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 8.30/12.30

Équipe: Medici, Psicologo, Infermiere

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici; Esami del Respirio

✓ 1 incontro

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 15 minuti

Terapia di Gruppo:

✓ da 7 a 10 incontri della durata di 60 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2000

↵ **Centro Antifumo Montepulciano**

C/o Ospedali Riuniti Valdichiana

Loc. Nottola

53045 Montepulciano (SI)

tel. 0578 719751

fax 0578 719745

Referente/i:

Dr.ssa Lucia Avallone

Contatto Telefonico:

Lu.-ven. ore 8.00/13.00 tramite C.U.P.

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun. -ven. ore 8.00/13.00

Équipe: Medici, Educatore Professionale

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica

✓ 1 incontro

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 20 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2002

AZIENDA USL 8 AREZZO

↵ **Gruppo di lavoro per il Tabagismo**

C/o Ser.T Arezzo

Via Fonte Veneziana, 17

52100 Arezzo

Tel. 0575 255943-1

Fax 0575 255942

e-mail: d.pieralli@usl8.toscana.it

Coordinatore:

Dr. P.E. Di Mauro (*Medico*)

Referente/i:

Dr. Pieralli Daniele (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00

Équipe: Medici, Psicologo, Operatrice

Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici, Esami del Respirio

✓ 1 incontro

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 45 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 90 minuti

✓ 2 volte/settimana

Altre Terapie/Interventi:

Auricolostimolazione e Gruppi Auto-aiuto

✓ 1 incontro della durata di 20 minuti

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2001

**Centro Antifumo Zona Casentino**

c/o Ser.T.

Viale F. Turati, 55

52011 Bibbiena – AR

Tel. 0575/568220

Fax 0575/536591

Referente/i:

Dott. Gianfranco Lucchetti (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun., Gio.e Ven. ore 8.00/19.00

Mart, Merc.e Sab. ore 8.00/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun., Gio.e Ven. ore 8.00/19.00

Mart, Merc.e Sab. ore 8.00/13.00

Équipe: Medici, Psicologo, Operatrice

Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:**Valutazione Clinico-Funzionale:**

Valutazione Clinica

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ più di 10 incontri della durata di 45 minuti

✓ 2 volte/settimana., 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 90 minuti

✓ 2 volte/settimana

Altre Terapie/Interventi:

RAT - AGOPUNTURA

✓ da 7 a 10 incontri

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 2002

AZIENDA USL 9 GROSSETO**Centro Antifumo**

C/o Ospedale della Misericordia

U.O. Fisiopatologia Respiratoria

Via Senese, 169

58100 Grosseto

Tel. 0564 485450

Fax 0564 485447

e-mail: c.franco@usl9.toscana.it

Referente/i:

Dr. Luigi Rizzello (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.- ven. ore 9.00/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun. e Mar. ore 15.00/18.00

Lun.- ven. ore 9.00/13.00

Équipe: Medici, Psicologo, Operatori

Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:**Valutazione Clinico-Funzionale:**

Prove di funzionalità respiratoria,

Misurazione CO, Valutaz. Clinica, DIeta

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30 minuti

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 1999

AZIENDA USL 10 FIRENZE**Centro Antifumo**

C/o UFM Ser.T B

Lungarno Santa Rosa, 13

50124 Firenze

tel. 055 2285667

fax 055 2285785

e-mail: sert3.fi@asf.toscana.it

Referente/i:

Dr. Rosario Cutri (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Merc. ore 9.00/11.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun. - Gio. ore 14.30/17.30

Équipe: Medici, Infermiere, Educatore Professionale, Dietista, Operatrice Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:**Valutazione Clinico-Funzionale:**

Valutazione Clinica Esami del Respiro,

Esami Strumentali.

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 40 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

a ticket

a pagamento

✓ gratuito

Anno di Attivazione: 2002



Centro Antifumo Antella

C/o Ser.T

Via dell'Antella, 58

50139 Antella – FI

Tel. 055/2496255

Fax 055/2496236

e-mail: tavanti@tin.it

Referente/i:

Dr. Giovanni Tavanti (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Équipe: Medici, Infermiere

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 40 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri

✓ 2 volte/settimana

Prestazioni soggette:

a ticket

a pagamento

✓ gratuito

Anno di Attivazione: 2001



Ambulatorio per il tabagismo

C/o Ser.T

Via dell'Arcoiaio, 2°

50139 Firenze – FI

Tel. 055/6264054-067-062

Fax 055/6264060

e-mail: bepalmer@credit.tin.it

Referente/i: dott.ssa Palmerani

Beatrice (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 7.30/14.00

Mar. e Gio. ore 7.30/17.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 7.30/14.00

Mar. e Gio. ore 7.30/17.00

Équipe: Medici, Psicologo, Infermiere, Assistente Sociale

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami del Respiro, Esami Strumentali

Terapia Farmacologica:

sì no

Altre Terapie/Interventi:

Fitoterapia e Omeopatia

Prestazioni soggette:

a ticket

a pagamento

✓ gratuito

Anno di Attivazione: 1999

AZIENDA USL 11 EMPOLI



Centro Antifumo Empoli

C/o Ser.T Empoli

Via dei Neri, 37

50053 Empoli

tel. 0571 702564 – 702528

fax 0571 702546

e-mail:

centroantifumo.empoli@usl11.tos.it

Referente/i:

Dr. Stefano Scuotto (*Medico*)

Dr.ssa Maura Tedici (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 7.00/18.45

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 7.00/18.45

Équipe: Medici, Psicologo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici, Esami del Respiro

✓ da 2 a 6 incontri

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 80 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

a ticket

a pagamento

✓ gratuito

Anno di Attivazione: 1999



Centro Antifumo Fucecchio

C/o Ser.T Fucecchio

Vicolo delle Carbonaie 1/a

50054 Fucecchio

tel. 0571 248384

fax 0571 248370

e-mail:

centroantifumo.fucecchio@usl11.tos.it

Referente/i:

Dr. Stefano Scuotto (*Medico*)
Dr.ssa Lucia Carlomagno (*Medico*)
Dr.ssa Laura Berni (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-sab. ore 7.30/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-sab. ore 7.30/13.00

Équipe: Medici, Psicologo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici

✓ da 2 a 6 incontri

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 80 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

a ticket

a pagamento

✓ gratuito

Anno di Attivazione: 1999

AZIENDA USL 12 VIAREGGIO

↪ **Centro Antifumo Versilia**

C/o Presidio Ospedaliero "Tabarracci"

Via Fratti, 530

55049 Viareggio (LU)

tel. 0584 6059229

fax 0584 6059230

e-mail: antifumo@usl12.toscana.it

Referente/i:

Dr.ssa M. Francesca Falcone (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 8.30/13.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun. ore 9.00/12.30

Équipe: Medici, Psicologo, Infermiere,

Esperto Counselling, Responsabile

Educazione alla Salute, Operatrice

Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Esami del Respiro, Esami Strumentali;

valutazione Clinica

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ più di 10 incontri della durata di 20 minuti

✓ 1 volta/settimana

Terapia di Gruppo:

✓ più di 10 incontri della durata di 60 minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

a ticket

a pagamento

✓ gratuito

Anno di Attivazione: 2001

AZIENDA OSPEDALIERA SENESE

↪ **Centro Antifumo**

C/o Policlinico "Santa Maria alle Scotte"

U.O. Fisiopatologia e Riabilitazione

Respiratoria

v.le Bracci

53100 Siena

Tel. 0577 586760

Fax 0577 586196

e-mail: a.melani@ao-siena.toscana.it

letziabracci@virgilio.it

Referente/i:

Dr. Andrea Melani (*Medico*)

Dr. Piersante Sestini (*Professore*

Associato)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 8.00/14.00

Équipe: Medici, Infermiere, Tecnico di

Laboratorio, Operatore Centro Antifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Esami Ematici

✓ da 7 a 10 incontri

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ più di 10 incontri della durata di 90 minuti i primi, 15 minuti i successivi

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

✓ a ticket

a pagamento

gratuito

Anno di Attivazione: 1997

AZIENDA OSPEDALIERA PISANA

↪ **Centro per lo Studio e il trattamento dell'Abitudine al Fumo di Tabacco**

C/O Presidio Ospedaliero Cisanello

U.O. Pneumologia e Fisiopatologia

Respiratoria Universitaria

Dip.to Cardioracico

Via Paradisa, 2

56124 Cisanello (PI)
Tel. 050 996467
Fax 050 995199
e-mail: pistelf@ifc.cnr.it
carozzi@ifc.cnr.it

Referente/i:

Dr.ssa Laura Carrozzi (*Medico*)
Dr. Francesco Pistelli (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 9.00/14.00 - 15.00/18.00

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 9.00/14.00 - 15.00/18.00

Équipe: Medici, Psicologo,
Amministrativa, Operatori Centro
Anifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Spirometria, Misura CO, Valutazione
Clinica:

✓ da 6 a 10 incontri

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 6 a 8 incontri della durata di 30
minuti

✓ 1 volta/settimana, 1 volta/mese

Terapia di Gruppo:

✓ da 8 a 10 incontri della durata di 90
minuti

✓ 1 volta/settimana, 1 volta/mese

Prestazioni soggette:

a ticket
 a pagamento
 gratuito

Anno di Attivazione: 1994

AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

 **Centro Antifumo**

C/O C.T.O.
U.O. Pneumologia
Largo Palagi, 1
50139 Firenze
Tel. 055/4277351
Fax 055/4278205
E-mail:
nutinis@ao-careggi.toscana.it

Referente/i:

Dr.ssa Sandra Nutini (*Medico*)
Dr. Salvatore Cardellicchio (*Medico*)

Contatto Telefonico:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00 e
tramite URP 055/4277790

Contatto Diretto presso il Servizio:

Lun.-ven. ore 9.00/13.00

Équipe: Medici, Infermiere, Educatore
Professionale, Dietista, Operatrice Centro
ANTifumo

Tipologia dell'Intervento:

Valutazione Clinico-Funzionale:

Valutazione Clinica, Esami Ematici

✓ da 2 a 6 incontri

Terapia Farmacologica:

sì no

Counselling Individuale:

✓ da 2 a 6 incontri della durata di 30
minuti

✓ 1 volta/settimana, 1 volta/mese

Terapia di Gruppo:

✓ da 7 a 10 incontri della durata di 90
minuti

✓ 1 volta/settimana

Prestazioni soggette:

a ticket
 a pagamento
 gratuito

Anno di Attivazione: 1999

**INDICAZIONI
BIBLIOGRAFICHE**

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health report. The Stationery Office, London, 1998.

Cardano M, Marinacci C. Measuring social position. *Epidemiol Prev.* 2004; 28 (3): 124 – 42.

Center for Disease Control and Prevention. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, 2004.

Centers for Disease Control and Prevention. Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (SAMMEC): Adult SAMMEC and Maternal and Child Health (MCH) SAMMEC software, 2004. <http://apps.nccd.cdc.gov/sammeec/>

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years of observation on male British doctors. *BMJ* 2004, 328: 1519–28.

European Network for Smoking Prevention project report. Tackling socio-economic inequalities in the EU (2004). www.ensp.org.

Ezzati M, Lopez AD. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tob Control.* 2004; 13: 388 - 95.

Forey B, Hamling J, Lee P, Wald N. International Smoking Statistics II edition. Oxford University Press pp. 10-35. Oxford 2003.

Gallus S, Pacifici R, Colombo P, La Vecchia C, Garattini S, Apolone G, Zuccaro P. Tobacco dependence in the general population in Italy. *Ann Oncol.* 2005; 16: 703–6.

Gavin NI, Wiesen C, Layton C. Review and meta-analysis of the evidence on the impact of smoking on perinatal conditions built into SAMMEC II. Final report to the National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). Research Triangle Park, North Carolina: Research Triangle Institute (RTI), 2001.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction.* 1991; 86: 1119–27.

Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control.* 2005; 14: 106 –13.

Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R, Asma S, Zatonski W. Tobacco Addiction. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*. Oxford University Press and The World Bank 2006: 869-885.

Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)* - Chapter 46: Tobacco Addiction, pg. 869-885. Oxford University Press and The World Bank, 2006.

Istituto nazionale di statistica Istat. Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana. Anni 1993–2005.

Istituto nazionale di statistica Istat. Indagine Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1980–1999/2000.

Istituto nazionale di statistica Istat. Il sistema di indagini sociali multiscopo. Contenuti e metodologia delle indagini. Metodi e Norme, n. 31–2006.

La Vecchia C. Smoking in Italy, 1949–1983. *Prev Med.* 1986; 15: 274–81.

La Vecchia C, Scarpino V. Smoking in Italy, 1987–90. *Tob Control.* 1993; 2: 231–35.

Lorini C, Voller F, Maciocco G. Malattie croniche. L'epidemia dimenticata. *L'Arco di Giano* 2006, 47: 63-71.

Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control.* 1994; 3: 242 - 47.

Mackay J, Eiksen M. The tobacco atlas. World Health Organization. Myriad edition. Geneva 2005.

Pampel FC. Global patterns and determinants of sex differences in smoking. *Internazional Journal of Comparative Sociology* 2006; 47: 466–87.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in Developed Countries 1950–2010. 2nd Edn. Imperial Cancer Research Fund, World Health Organization. Oxford, Oxford University Press. 2004.

Poland B, Frohlich K, Haines RJ, Mykhalovskiy E, Rock M, Sparks R. The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tob Control.* 2006; 15: 59–63.

Thun MJ, Day-Lally C, Myers DG, et al. Trends in tobacco smoking and mortality from cigarette use in Cancer Prevention Studies I (1959 through 1965) and II (1982 through 1988). In: Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. Smoking and Tobacco Control Monograph 8. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute 1997; 305–382.

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France, 2004; vol. 83. <http://monographs.iarc.fr>.

World Health Organization. Tobacco or health in the European Union. Past, presence and future. Geneva 2004.

World Health Organization. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations.

World Health Organization, Europe. The European Tobacco Control Report, 2007.

