

# Programma nazionale per la prevenzione del tabagismo 2001–2005



Ufficio federale  
della sanità pubblica



**Sigla editoriale**

Stato: giugno 2001  
Editore: Ufficio federale della sanità pubblica  
Concetto e grafica: visu'1 AG, Berna  
Pre press: Diaset AG, Berna  
Stampa: Merkur Druck AG, Langenthal  
Immagini: Campagna televisiva «Fumare fa male»  
Edizione: 80 copie in italiano

**Fatti e antefatti**

1	Introduzione	4
2	Situazione attuale	6
2.1	Consumo, esposizione al fumo	7
2.2	Abitudini di consumo, attitudini	7
2.3	Il fumo	9
2.4	Gli effetti del fumo sulla salute	10
2.5	Costi	11
2.6	Considerazioni economiche	11
2.7	Legislazione svizzera	13
2.8	Aspetti politici	14
2.9	Programma globale tabacco 1996–1999	15
2.10	Sviluppi internazionali	16
2.11	Ragioni delle attuali insufficienze della prevenzione	17

**Prospettive future**

3	Le sfide future	18
4	Prospettive	20
5	Linee principali	22
6	Settori d'intervento	26
6.1	Salvaguardia della salute	27
	Obiettivo 1: Miglioramento dell'inserimento sociale dei giovani	27
	Obiettivo 2: Ambiente favorevole per i giovani	28
	Obiettivo 3: Spazi senza fumo a disposizione dei non fumatori	29
6.2	Miglioramento della salute	31
	Obiettivo 4: Motivazione dei fumatori a smettere di fumare	31
6.3	Informazione e sensibilizzazione	32
	Obiettivo 5: Consapevolezza della popolazione	32
	Obiettivo 6: Sviluppo di una politica nazionale sul tabacco	33
6.4	Misure legislative	34
	Obiettivo 7: Pubblicità destinata unicamente ai consumatori	34
	Obiettivo 8: Imposizione dei prodotti del tabacco	35
	Obiettivo 9: Divieto di vendita ai minorenni	36
	Obiettivo 10: Dichiarazione dei prodotti del tabacco	37
6.5	Integrazione internazionale	37
	Obiettivo 11: Convenzione quadro dell'OMS	37
6.6	Gestione delle conoscenze	38
	Obiettivo 12: Acquisizione e trasmissione delle conoscenze	38
7	Ripartizione dei compiti	40
8	Risorse	44
9	Qualità, controllo della qualità e valutazione	46
10	Realizzazione e priorità	48

# Introduzione

## **1 Introduzione**

**Se il vino e la birra appartengono da millenni al nostro patrimonio culturale, lo stesso non si può dire del tabacco, sconosciuto in Europa fino al XVI secolo. A quell'epoca i fumatori rappresentavano una piccola minoranza della popolazione. È stata la sigaretta, inventata in Oriente e introdotta in Europa a metà del XIX secolo dai Turchi, in occasione delle guerre di Crimea, che ha permesso l'estensione di questo nuovo prodotto. Ma l'incremento esponenziale della sigaretta, che attualmente minaccia di estendersi a tutti i Paesi in sviluppo, trae origine dalle Guerre mondiali del XX secolo, in particolare dalla Seconda, che ha visto l'introduzione e poi il successo delle sigarette bionde. Nel giugno 2001, il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di attuare il presente programma nazionale per la prevenzione del tabagismo.**



**situazione attuale**

## 2 Situazione attuale

### 2.1 Consumo, esposizione al fumo

Mentre nel 1935 le sigarette rappresentavano in Svizzera soltanto un quarto di tutti i prodotti del tabacco, nel 1955 esse costituivano circa il 60 % ed attualmente superano il 90 %. Fra il 1960 e il 1972 le vendite annue di questo prodotto sono raddoppiate in Svizzera. Il record assoluto è stato raggiunto nel 1972 con una vendita di 19,7 miliardi di sigarette (ossia circa 4100 sigarette per fumatore dai quindici anni d'età in poi). Occorre tuttavia osservare che l'esportazione in atto allora sotto il regime II (una pratica oggi vietata consistente a esportare sigarette esentasse senza controllo doganale) era florida. Le vendite hanno costantemente oscillato fra i 15 e i 17 miliardi dal 1974, mentre la vendita per fumatore è fortemente diminuita raggiungendo circa 2500 sigarette l'anno<sup>1</sup>. Dal 1992, le vendite sono diminuite dell'1 % circa all'anno. Nel 2000 lo smercio in Svizzera raggiungeva 14,5 miliardi di sigarette<sup>2</sup>, vale a dire oltre 20 al giorno per fumatore, il che pone i fumatori del nostro Paese fra i più grandi consumatori in Europa, dietro i Polacchi, i Greci e gli Ungheresi. Sull'insieme della popolazione – infanzia compresa – si contano all'incirca 6 sigarette pro capite al giorno.

Mentre nel 1974 era la popolazione adulta a costituire la maggioranza dei fumatori (50,6 %), tale percentuale è in seguito fortemente diminuita, raggiungendo una soglia minima nel 1986, anno in cui il 30,9 % della popolazione adulta svizzera fumava<sup>3</sup>. L'inchiesta svizzera del 1997 sulla salute indica che il 33 % della popolazione dai quindici anni d'età in poi fuma, vale a dire 1,9 milioni di persone<sup>4</sup>. Il numero di fumatori aventi 25 anni e più è rimasto invariato fra il 1992 e il 1997, benché a partire dagli anni settanta vi sia stata una tendenza decrescente. Nonostante gli

uomini fumino più spesso delle donne (38 %, rispettivamente 27 %), le abitudini di consumo di queste ultime risultano tuttavia simili a quelle degli uomini, soprattutto fra i giovani. Due terzi dei fumatori fumano almeno 10 sigarette al giorno e la maggioranza di essi può essere considerata dipendente.

Dopo aver sfiorato la soglia del 50 % all'inizio degli anni settanta, la percentuale preponderante di giovani fumatori fra i 15 e i 19 anni è rapidamente diminuita, situandosi alla fine degli anni ottanta al di sotto del 20 %<sup>5</sup>. Nel 1997 il 42 % degli uomini d'età fra i 15 e i 19 anni e il 39 % delle donne appartenenti alla medesima fascia d'età fumavano. Questo rappresenta, rispetto al 1992, un aumento del 42 % fra gli uomini e del 110 % fra le donne<sup>6</sup>. In un confronto a livello europeo, i giovani Svizzeri si situano nella media, sia in riferimento alle percentuali sia riguardo all'aumento<sup>7</sup>. Dei 79700 studenti di 15 anni domiciliati in Svizzera, circa 14000 fumano già quotidianamente<sup>8</sup>. L'età media in cui i fumatori iniziano a fumare diminuisce costantemente da diversi anni situandosi attualmente attorno ai 16 anni.

Evidentemente tale tendenza rischia di aumentare notevolmente i casi di malattia e di decessi nei prossimi anni.

I non fumatori (ex fumatori e persone che non hanno mai fumato) rappresentano il 67 % della popolazione dai quindici anni d'età in poi<sup>9</sup>. Nei Paesi della Comunità europea è stata valutata l'esposizione al fumo passivo: il 39 % delle persone ha dichiarato di esservi esposta spesso e il 40 % talvolta<sup>10</sup>. Un'inchiesta rappresentativa condotta in Svizzera indica che nel 43 % delle economie domestiche includenti un bambino d'età inferiore ai 7 anni, si conta almeno un fumatore<sup>11</sup>. Il 16 % delle donne incinte fumano<sup>12</sup>.

<sup>1</sup> A causa del commercio transfrontaliero – acquisto di sigarette in Svizzera da parte di frontalieri e acquisti esentasse – il consumo in Svizzera è leggermente inferiore alle vendite indicate. Secondo il prof. Holly e in base ad una stima della Direzione generale delle dogane, il commercio transfrontaliero sarebbe inferiore al 10% (Holly A., pag. 95: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac, iems, Università di Losanna, 1999)

<sup>2</sup> Il tabacco in Svizzera. Comunità dell'industria svizzera di sigarette (CISC), febbraio 2001

<sup>3</sup> dati PERMA di DemoSCOPE: 1974, 1977, 1980, 1983, 1986, 1989–99

<sup>4</sup> Inchiesta svizzera sulla salute, Ufficio federale di statistica (UFS), Neuchâtel, 1998

<sup>5</sup> dati PERMA di DemoSCOPE

<sup>6</sup> 1992: il 29% dei giovani uomini, il 18% delle giovani donne. Inchiesta svizzera sulla salute, UFS, 1998

<sup>7</sup> Schmid H. et al., SuchtMagazin, 1999, 25, 3–13

<sup>8</sup> Schmid H. et al., SuchtMagazin, 1999, 25, 3–13

<sup>9</sup> Inchiesta svizzera sulla salute, UFS, 1998. Su 7,1 milioni di abitanti si contano 1,9 milioni di fumatrici e di fumatori

<sup>10</sup> Les Européens et la santé publique. Eurobaromètre 43.0. INRA, 1995

<sup>11</sup> Junker C. et al.: Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz. ISPM, Università di Berna, 1999

<sup>12</sup> Wirkungen von Umgebungsrauch auf Atemsymptome von Kindern, Scarpol-Studie, Zahlen 1992/93

### 2.2 Abitudini di consumo, attitudini

L'aumento dei fumatori negli anni 1997/98 rispetto al biennio 1992/93 va ricondotto essenzialmente ai giovani. L'incremento riscontrato fra i giovani d'età dai 15 ai 19 anni e dai 20 ai 24 non è imputabile ad una curiosità passeggera perché concerne tanto i fumatori occasionali quanto quelli che fumano almeno 10 sigarette al giorno<sup>13</sup>.

Si comincia a fumare molto presto: il 90 % dei fumatori ha iniziato in età adolescenziale. Inoltre, un'inchiesta condotta in Svizzera dall'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA) indica che l'83 % dei giovani che fumano quotidianamente all'età di 16–17 anni mantiene tale abitudine tre anni dopo<sup>14</sup>.

L'inizio del tabagismo è correlato a svariati fattori di rischio: genitori e amici che fumano, scarsa stima di sé, problemi scolastici (comportamento aggressivo, cattivi risultati, disinteresse), ansia/depressione, attitudine positiva nei confronti del fumo, ecc.<sup>15</sup>. Vanno notate l'assenza di correlazione con il sesso, la difficoltà di procurarsi sigarette o l'estrazione socioeconomica. Per spiegare la progressione del tabagismo fra i giovani nei Paesi occidentali sono state avanzate diverse ipotesi: insicurezza crescente riguardo al proprio avvenire, esigenze/aspettative di prestazioni scolastiche troppo elevate, stress, permissività dei genitori e della società, paura di prendere peso nel caso delle giovani donne. Dalle svariate correlazioni qui descritte si possono tuttavia trarre soltanto limitatamente previsioni per il futuro<sup>16</sup>, verosimilmente a causa dell'instabilità dei sistemi di valori e di riferimento fra i giovani dai 12 ai 16 anni di età. Fra i fattori frenanti vanno osservati una buona integrazione nell'ambiente scolastico, un clima generale favorevole, sia all'interno della famiglia sia a scuola, aspettative realistiche e una solida stima di sé. I programmi scolastici di promozione della salute si basano su questi elementi<sup>17</sup>. Si sono inoltre rivelati utili i programmi più

specifici che permettono ai giovani di resistere di fronte alla pressione esercitata da compagni. Per contro, i programmi improntati unicamente alla trasmissione d'informazioni non hanno praticamente esercitato alcun impatto sul consumo<sup>18</sup>. Inoltre, gli specialisti sottolineano la necessità di intervenire presto, molto prima dell'inizio del consumo, e di dedicare ogni anno più ore d'insegnamento alla prevenzione del tabagismo. Secondo un'inchiesta svizzera realizzata nel 1998 presso gli insegnanti del quinto e del nono anno, la prevenzione del tabagismo è stata fatta in quell'anno soltanto nel 53 % delle classi, durante in media 2,6 ore<sup>19</sup>.

I giovani hanno a torto l'impressione che fumare rappresenti la norma. Anche se, dei giovani fra i 15 e i 19 anni d'età, quelli che fumano effettivamente sono il 40 %, l'88 % dei fumatori di questa categoria d'età ritiene che oltre la metà dei giovani della stessa età fumi; il 56 % di loro pensa che «quasi tutti fumano»<sup>20</sup> mentre in realtà i fumatori sono minoritari in ciascuna classe d'età. I non fumatori hanno una percezione non molto diversa ma comunque leggermente migliore della realtà: il 47 % crede che la maggioranza dei suoi compagni fumi.

La protezione della salute rappresenta anche fra i giovani<sup>21</sup> la motivazione principale a non fumare o a non volere più fumare. Tale legittima preoccupazione è probabilmente all'origine del successo senza pari riscontrato dalle sigarette «light», le quali occupano attualmente oltre il 70 % del mercato svizzero<sup>22</sup>. È sorprendente come la preoccupazione per la salute sembri essere profondamente radicata nella popolazione svizzera. Questo atteggiamento è deducibile dal fatto che da noi le sigarette light sono attecchite con rapidità nettamente maggiore rispetto ad altri Paesi (USA compresi!). Sfortunatamente l'avvento di questo tipo di sigarette non è stato accompagnato da una diminuzione della tossicità (capitolo 2.4). Infatti, oggi si sa che i fumatori di sigarette «light» adattano inconsciamente il loro comportamento in modo da ottenere la quantità di nicotina di cui

<sup>13</sup> Schmid H. et al., *SuchtMagazin*, 1999, 25, 3–13

<sup>14</sup> Schmid H. et al., *SuchtMagazin*, 1999, 25, 3–13

<sup>15</sup> Kellam S. e Anthony J., *American Journal of Public Health*, 1998, 88, 1490–1495; Tyas S. e Pederson L., *Tobacco Control*, 1998, 7, 409–420; Junker C. et al.: The current state of the smoking epidemic in Switzerland: results from the Swiss Health Survey 1992/93, 1999

<sup>16</sup> Engels R. et al., *Addiction*, 1999, 94, 115–124

<sup>17</sup> Taluni di questi progetti sono menzionati nell'opuscolo: Prevenzione e promozione della salute fra i giovani. UFSP, 1999

<sup>18</sup> Reid D. et al., *Tobacco Control*, 1995, 4, 266–277

<sup>19</sup> Janin Jacquat B. et al.: La prévention du tabagisme dans le cadre de l'école. Sondage national auprès des enseignants. ISPA, Losanna, 1998

<sup>20</sup> Krebs H.: Motivstudie Rauchen: Die Rauchgewohnheiten und deren Hintergründe bei 13- bis 19-jährigen Jugendlichen in der Deutsch- und Westschweiz. Zurigo, 1999

<sup>21</sup> Krebs H.: Motivstudie Rauchen: Die Rauchgewohnheiten und deren Hintergründe bei 13- bis 19-jährigen Jugendlichen in der Deutsch- und Westschweiz. Zurigo, 1999; Schmid H. et al., *SuchtMagazin*, 1999, 25, 3–13

<sup>22</sup> Dati della CISC, menzionati in Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999. Le sigarette «light» contengono al massimo 10 mg di catrame. Le «super light», contenenti al massimo 5mg di catrame, rappresentano circa il 33 % delle vendite.



necessitano<sup>23</sup>. Tentando di assorbire sufficientemente nicotina, essi inalano nel contempo più catrame e quindi maggiori agenti tossici. Anche in Svizzera l'industria del tabacco trae vantaggio da questa impressione errata di «sicurezza» attribuita alle sigarette «light», al fine di promuoverle specificatamente presso i gruppi interessati sensibili ai problemi di salute<sup>24</sup>.

La Svizzera conta 1,9 milioni di fumatori, la maggioranza dei quali desidera smettere di fumare<sup>25</sup>, nonché 1,3 milioni di ex fumatori che vi hanno rinunciato durevolmente<sup>26</sup>. Secondo un'inchiesta rappresentativa condotta nella Svizzera tedesca, di tutte le persone che sono state fumatori, il 37 % ha smesso di fumare, il 45 % fuma quotidianamente e il 18 % occasionalmente<sup>27</sup>. Il 53 % dei fumatori desidera smettere di fumare: il 16 % di loro entro 6 mesi, il 37 % per principio, senza però fissarsi una data<sup>28</sup>. Ogni anno, circa 550 000 fumatori tentano seriamente di smettere di fumare<sup>29</sup>, ma meno di uno su venti vi riesce in modo durevole.

I fumatori sopravvalutano la loro capacità di smettere di fumare. Il 76 % delle persone che fumano quotidianamente ritiene che sarebbe in grado di smettere se lo volesse veramente, mentre il 72 % riconosce comunque che incontrerebbe difficoltà nel farlo<sup>30</sup>.

Da una certa età in poi i fumatori sono leggermente più numerosi negli ambienti socialmente sfavoriti. Siccome l'inizio del tabagismo tra i giovani è indipendente dall'appartenenza socioeconomica, la differenza è da ricercare nella fase in cui si smette di fumare: i fumatori appartenenti alle categorie socio-economiche più favorite riescono a smettere con più facilità<sup>31</sup>.

Secondo uno studio rappresentativo commissionato nel 1996 dall'industria del tabacco<sup>32</sup>, il fumo passivo è considerato come un problema dall'89 % della popolazione svizzera. In merito alle relazioni fra fumatori e non fumatori sul luogo di lavoro, il 50 % delle persone interpellate ammette che talvolta vi siano problemi. Solo il 24 % sostiene che non vi siano mai o soltanto raramente problemi, mentre secondo il 25 % tali problemi sono

frequenti. Il 75 % delle persone interrogate nell'ambito di tale inchiesta è favorevole ad un obbligo di introdurre aree non fumatori nei ristoranti, e il 55 % è favorevole ad un divieto di fumare negli uffici e nelle officine.

Numerosi studi hanno dimostrato che il tabagismo dei giovani precede l'utilizzazione di droghe illegali. Tale legame si rafforza ulteriormente nel caso di consumo elevato e precoce di sigarette<sup>33</sup>.

### 2.3 Il fumo

Il fumo è composto di nicotina, gas e di ciò che comunemente è definito «catrame». Attualmente, almeno 40 delle 4000 sostanze presenti nel fumo sono note per provocare il cancro<sup>34</sup>. La maggior parte di tali sostanze sono contenute nel «catrame». La parte gassosa del fumo contiene gas tossici, fra cui il monossido di carbonio<sup>35</sup>.

La nicotina è una componente del tabacco. Non è cancerogena ed esercita soltanto un influsso irrilevante sulle altre malattie provocate dal fumo<sup>36</sup>. Per contro, la sua facoltà di sviluppare una dipendenza psichica è simile a quella delle cosiddette droghe «dure»<sup>37</sup>, fattore che ha indotto l'OMS e le associazioni mediche a classificare la dipendenza nei confronti del tabacco fra le malattie riconosciute. Nonostante tale proprietà assuefacente della nicotina sia stata per decenni contestata dall'industria del tabacco, documenti interni di siffatta industria<sup>38</sup> menzionavano già nel 1961 che i «fumatori sono dipendenti dalla nicotina». In effetti, sono le proprietà farmacologiche della nicotina – talvolta eccitanti, talvolta calmanti, in grado di indurre una dipendenza molto pronunciata – che figurano principalmente all'origine del consumo dei prodotti del tabacco.

In definitiva, la sigaretta costituisce un supporto molto elaborato che permette la somministrazione di nicotina alle persone

<sup>23</sup> Ricercando innanzi tutto gli effetti farmacologici della nicotina (a seconda delle situazioni, effetto calmante o eccitante, scomparsa dei sintomi da svezzamento), i fumatori compensano il debole tenore di nicotina delle sigarette «light» aspirando boccate più grandi, aumentando la frequenza delle boccate, aspirando più profondamente o otturando i fori di ventilazione del filtro che servono a «diluire» il fumo. Scherer G., *Psychopharmacology*, 1999, 145, 1–20; Levi et al., *Cancer*, 1997, 79, 906–914

<sup>24</sup> Muratti<sup>9</sup>, Brand positioning objectives: «Consolidate Muratti's positioning as the brand which offers the «safest» smoking pleasure; rationally through good tasting LTN (=Low Tar and Nicotine) products...» E più avanti: Target smokers / Psychological: «health-conscious, mature, sensitive...». Piano marketing 1994 per la Svizzera, Philip Morris, disponibile su Internet: [www.pmdocs.com/cgi-bin/rsasearch.exe](http://www.pmdocs.com/cgi-bin/rsasearch.exe), documento 2501145788

<sup>25</sup> Junker C. et al.: *Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz*. ISPM, Università di Berna, 1999; secondo Schmid H. et al., il 56% della popolazione adulta desidererebbe smettere di fumare

<sup>26</sup> Il 23,5% dei 5,848 mio. aventi 15 anni e più, *Inchiesta svizzera sulla salute*, UFS, 1998

<sup>27</sup> Junker C. et al.: *Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz*. ISPM, Università di Berna, 1999

<sup>28</sup> Junker C. et al.: *Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz*. ISPM, Università di Berna, 1999

<sup>29</sup> 1,92 milioni di fumatori, di cui il 24,5% ha tentato di smettere di fumare senza successo. Il 13,2% di coloro che hanno tentato di farlo in un periodo di 12 mesi sono non fumatori. UFS 1998, citato in Schmid H. et al., *SuchtMagazin* 1999, 25, 3–13

<sup>30</sup> Junker C. et al.: *Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz*. ISPM, Università di Berna, 1999

<sup>31</sup> Junker C. et al.: *The current state of the smoking epidemic in Switzerland: results from the Swiss Health Survey 1992/93*, 1999

<sup>32</sup> *Schweizerinnen und Schweizer im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Reglementierung*. Infosuisse, Zurigo, 1997

<sup>33</sup> Lewinsohn P. et al., *Addiction*, 1999, 94, 913–921

<sup>34</sup> *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. U.S. Environmental Protection Agency, NIH Publ. N. 93–3695, Washington DC, 1993

<sup>35</sup> Il monossido di carbonio è presente nel gas di scarico delle automobili. Esso è noto all'opinione pubblica per il suo potere di provocare la morte per asfissia qualora sia inalato ad alte dosi.

<sup>36</sup> Zellweger J.–P., *Bulletin des médecins suisses*, 1998, 79, 65–69

<sup>37</sup> *Problèmes posés par la dangerosité des «drogues»*. Rapporto del Prof. B. Roques, Parigi, maggio 1998

<sup>38</sup> Cronistoria accessibile sulla pagina «Facts & figures/Chronologies/Nicotine and addiction» del sito [www.ash.org.uk/](http://www.ash.org.uk/)

che ne sono dipendenti. Contrariamente ai prodotti di sostituzione contenenti unicamente nicotina, il fumo della sigaretta libera sfortunatamente anche catrame e monossido di carbonio, il che rende alquanto pericolosa tale forma di somministrazione della nicotina. Benché siano stati sviluppati e brevettati svariati metodi che permettono di diminuire la quantità di talune sostanze tossiche del fumo, in generale non sono stati messi in atto<sup>39</sup>.

### 2.4 Gli effetti del fumo sulla salute

Storicamente, il primo legame fra il fumo e il cancro è stato stabilito scientificamente nel 1950. Nonostante l'industria del tabacco abbia negato, anche in Svizzera, fino alla fine degli anni novanta<sup>40</sup>, l'esistenza di qualsiasi nesso causale fra il fumo e lo sviluppo del cancro, le rivelazioni scaturite dai processi americani indicano che l'industria del tabacco possedeva già dal 1952 prove relative al potere cancerogeno del fumo<sup>41</sup>.

Il tabagismo è responsabile di numerose malattie invalidanti e mortali (si tratta in primo luogo di malattie delle vie respiratorie e del sistema circolatorio, di tumori e di ulcere). Fra i danni che si manifestano precocemente menzioniamo le modifiche del sistema cardiovascolare, già visibili nelle arterie dei fumatori d'età fra i 25 e i 34 anni<sup>42</sup>, nonché l'invecchiamento della pelle. I disturbi della circolazione sanguigna sono ugualmente all'origine di altre malattie, quali ad esempio i disturbi dell'erezione: in Svizzera si contano circa 18 000 uomini d'età fra i 30 e i 49 anni che soffrono di disturbi dell'erezione a causa del loro consumo di tabacco<sup>43</sup>. Il fumo acuisce inoltre numerose malattie come l'asma, l'influenza, le polmoniti ecc.

Anche il fumo inalato involontariamente (= fumo passivo) è pericoloso per la salute. Le concentrazioni di talune delle sostanze tossiche (nitrosammina, diossina) contenute nel fumo che

fuoriesce dall'estremità della sigaretta sono infatti maggiori di quelle che si trovano nel fumo inalato attivamente dal fumatore<sup>44</sup>. Le analisi mostrano che l'inalazione involontaria del fumo aumenta del 26 % il rischio di sviluppare un cancro ai polmoni<sup>45</sup>; il rischio di malattie cardiovascolari (ad esempio dell'infarto o dell'angina pectoris) aumenta invece del 25 %<sup>46</sup>.

Sono stati evidenziati, anche in Svizzera<sup>47</sup>, ulteriori rischi connessi all'inalazione involontaria del fumo: cancro al seno, attacco cerebrale, bronchite, asma. In considerazione del numero di persone esposte, il fumo passivo esercita conseguenze importanti sulla sanità pubblica (nozione di «burden of disease»).

I bambini piccoli e i feti sono particolarmente sensibili al fumo. L'effetto sullo sviluppo del bambino è considerevole: alla nascita, il peso medio dei bambini nati da madri fumatrici è inferiore di 200g rispetto a quello dei bambini nati da madri non fumatrici<sup>48</sup>. È inoltre possibile che lo sviluppo psichico dei bambini sia perturbato qualora la loro madre abbia fumato durante la gravidanza<sup>49</sup>. Nei neonati, il rischio di morte improvvisa risulta addirittura quintuplicato qualora la madre fumi<sup>50</sup>. Quanto ai bambini, gli studi hanno dimostrato che il fumo passivo provoca crisi d'asma o le aggrava, aumenta la frequenza di otiti medie, bronchiti e polmoniti<sup>51</sup>.

Dato che «nessun altro fattore di rischio è così pesantemente implicato come il tabacco nell'insorgenza di malattie e nella perdita della speranza di vita»<sup>52</sup>, l'onere che ne deriva per la società – il «burden of disease» – è molto importante.

I rischi connessi al consumo di tabacco si riassumono nel seguente modo: la metà di tutti i fumatori incalliti muore prematuramente a causa del tabacco, e il 50% di tale metà decede prima di aver raggiunto i 70 anni<sup>53</sup>. Nonostante il cancro ai polmoni sia solitamente la prima malattia cui si pensa quando si parla di tabagismo, esso rappresenta soltanto il 22 % delle cause di decesso. Le altre forme di cancro sono responsabili per il 12 % della mortalità dovuta al tabagismo, le malattie cardiovascolari

<sup>39</sup> Elenco dei brevetti accessibili sulla pagina «Regulation/the less deadly («safer») cigarette» del sito [www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)

<sup>40</sup> Vedasi a tale riguardo le proposte di H.-U. Hunziker, Direttore della Comunità dell'industria svizzera della sigaretta, interpellato in merito al legame tra tabacco e talune malattie, cancro incluso: «No, esso non provoca malattie, bensì costituisce un fattore di rischio fra altri per un certo numero di esse.» Tribune de Genève, 11.7.1997

<sup>41</sup> Cronistoria accessibile sulla pagina «Facts & figures/Chronologies/Smoking and health» del sito [www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)

<sup>42</sup> Fra le persone d'età fra i 25 e i 34 anni decedute in seguito a infortunio, cui sono state asportate le arterie, i danni individuati a uno stadio avanzato e clinicamente significativi (ateroma, stadi IV e V) erano riscontrabili nel 32% dei fumatori, mentre soltanto il 14% dei non fumatori presentava tali modifiche. Zieske A. et al., *Atherosclerosis*, 1999, 144, 403–408

<sup>43</sup> Calcolo interno basato su una stima effettuata congiuntamente dalla British Medical Society e dall'ASH (Warning: smoking causes male sexual impotence. 1999: [www.ash.org.uk/](http://www.ash.org.uk/)), utilizzando i dati statistici svizzeri sul numero di fumatori d'età compresa fra i 30 e i 49 anni.

<sup>44</sup> Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Report of the US Environmental Protection Agency, Washington DC, 1993; Löfroth G. e Zebühr Y., *Bull. Environ. Contam. Toxicol.*, 1992, 48, 789–794. Questo fenomeno permette fra altri di spiegare il motivo per cui una debole esposizione (il fumo è molto diluito) è associata a rischi abbastanza significativi.

<sup>45</sup> Hackshaw A. et al., *British Medical Journal*, 1997, 315, 980–988

<sup>46</sup> He J. et al., *New England Journal of Medicine*, 1999, 340, 920–926; Law M. et al., *British Medical Journal*, 1997, 315, 973–980

<sup>47</sup> Passive Smoking, The Health Impact: rassegna della letteratura da parte di un gruppo di esperti europei, pubblicata dal Comitato Nazionale Contro il Tabagismo, Parigi, 1999; Leuenberger P. et al., *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 1994, 150, 1221–1228 (studio SAPALDIA)

<sup>48</sup> Stillman R. et al., *Fertility and Sterility*, 1986, 46, 545–566

<sup>49</sup> cfr. la discussione pagg. 28 e 29 in Passive Smoking, the Health Impact: rassegna della letteratura da parte di un gruppo di esperti europei, pubblicata dal Comitato Nazionale Contro il Tabagismo, Parigi, 1999

<sup>50</sup> Blair P. et al., *British Medical Journal*, 1996, 313, 195–198

<sup>51</sup> International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and Child Health. Consultation report WHO/NCD/TFI/99.10. OMS, Ginevra, gennaio 1999

<sup>52</sup> Conferenza mirante a raggiungere un consenso: Arrêt de la consommation du tabac. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Parigi, ottobre 1998. [www.anaes.fr/](http://www.anaes.fr/)

<sup>53</sup> Doll R. et al., *British Medical Journal*, 1994, 309, 901–911; Tabac et santé: les faits. Aide-mémoire No. 221, OMS, Ginevra, aprile 1999

rappresentano il 47% e le malattie respiratorie il 17%<sup>54</sup>. Alle nostre latitudini si costata che i casi di cancro ai polmoni diminuiscono leggermente fra gli uomini, mentre aumentano rapidamente fra le donne<sup>55</sup>.

In Svizzera il tabacco è responsabile di circa 8000 decessi l'anno<sup>56</sup>, vale a dire di un ottavo del totale dei decessi, il che rappresenta oltre il doppio dei decessi registrati per gli infortuni stradali, le droghe illegali, l'AIDS, gli omicidi e i suicidi combinati (per i quali si contano rispettivamente circa 600, 200, 100, 200 e 1600 decessi<sup>57</sup>). Ottocento delle persone decedute non avevano raggiunto i 55 anni<sup>58</sup>.

Il numero di decessi all'anno nel mondo intero è stato valutato nel 1999 a quattro milioni; secondo le previsioni dell'OMS basate sull'evoluzione attuale del consumo, nel 2030 la mortalità annuale raggiungerà i 10 milioni di persone<sup>59</sup>. Quest'ultima cifra sarà superiore a quella relativa ai decessi determinati da qualsiasi altra causa di malattia isolata – malaria e Aids incluse – e rappresenterà un decesso su sei.

Con ragione, l'OMS considera il tabacco come un caso particolare: si tratta «dell'unico prodotto d'uso corrente che, utilizzato ai fini per cui è stato prodotto, uccide il suo consumatore»<sup>60</sup>.

## 2.5 Costi

Secondo uno studio dell'Università di Neuchâtel commissionato dall'UFSP, il costo complessivo del tabagismo in Svizzera era di 10 miliardi di franchi nel 1995, quindi nettamente superiore al costo globale degli infortuni stradali che raggiungeva in quell'anno 6,7 miliardi di franchi<sup>61</sup>. Il costo complessivo del tabagismo rappresenta il 2,7% del prodotto interno lordo e si ripartisce nel modo seguente:

- I costi diretti, occasionati dalle cure mediche delle malattie causate dal tabacco, ammontano a 1,2 miliardi.
- I costi indiretti, determinati da una perdita di produttività a causa di decesso, da incapacità temporanea al lavoro o da invalidità, ammontano a 3,8 miliardi.
- I costi umani, causati da una perdita della qualità di vita, ammontano a 5,0 miliardi.

Il tabagismo è responsabile di 16 100 casi d'invalidità dichiarata<sup>62</sup>. Considerando unicamente la popolazione professionalmente attiva, si calcola una perdita annuale di 4 milioni di giornate lavorative<sup>63</sup>.

Per mancanza di statistiche sufficienti, nello studio summenzionato non si è potuto tener conto dei costi causati dagli incendi provocati dalle sigarette. Negli Stati Uniti i costi totali derivanti dagli incendi occasionati dalle sigarette sono stimati a 7 miliardi di dollari all'anno<sup>64</sup>.

## 2.6 Considerazioni economiche

Nel 2000, in Svizzera, sono state vendute 14,5 miliardi di sigarette e 163 milioni di sigari<sup>65</sup>. Lo stesso anno sono state fabbricate in Svizzera 34,3 miliardi di sigarette di cui 19,2 miliardi, ossia il 56%, sono state esportate. Le esportazioni di sigarette sono quindi diminuite del 27% rispetto al 1995<sup>66</sup>. Il mercato svizzero delle sigarette è dominato dalla Philip Morris e dalla BAT che insieme controllano più del 90% del mercato<sup>67</sup>.

Prescindendo dalle diverse imposte, la cifra d'affari totale delle vendite annue di prodotti del tabacco è di circa 1,2 miliardi di franchi<sup>68</sup>. Dedotto il margine degli intermediari, la cifra d'affari dell'industria del tabacco derivante dalle vendite di quest'ultima in Svizzera può essere valutata a circa 700 milioni di franchi.

<sup>54</sup> «Bulletin» dell'UFSP, 1992, 8, 101–105

<sup>55</sup> Raymond L. et al., Schw. Krebsbulletin, 1994, 14, 106–109

<sup>56</sup> Frei A.: Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Epidemiologie, direkte Kosten. HealthEcon, Basilea, 1998

<sup>57</sup> UFS, UFSP, Ufficio federale di polizia: dati per l'anno 1998

<sup>58</sup> Frei A.: Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Epidemiologie, direkte Kosten. HealthEcon, Basilea, 1998

<sup>59</sup> Curbing the Epidemic, p.1, The World Bank, Washington DC (1999); Tabac et santé: les faits. Aide-mémoire N. 221, OMS, Ginevra, aprile 1999

<sup>60</sup> «A cigarette is the only consumer product which, when used as desired, kills its consumer.» Dott. Gro Harlem Brundtland, discorso d'apertura della Conferenza internazionale sul tabacco e la salute, Kobe, 15 novembre 1999

<sup>61</sup> Vitale S. et al.: Le coût social de la consommation de tabac en Suisse. IREB, Università di Neuchâtel, 1998

<sup>62</sup> Frei A.: Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Epidemiologie, direkte Kosten. HealthEcon, Basilea, 1998

<sup>63</sup> Frei A.: Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Epidemiologie, direkte Kosten. HealthEcon, Basilea, 1998

<sup>64</sup> Leistikow B. et al., Prev. Med., 2000, 31, 91–99

<sup>65</sup> CISC, Friburgo, 2001

<sup>66</sup> Dati della Direzione generale delle dogane, marzo 2001

<sup>67</sup> CISC, Friburgo, 2001

<sup>68</sup> L'Hebdo, 3 giugno 1999. Questo rappresenta lo 0,3% del prodotto interno lordo.

Dal 2001, la quota totale concernente le sigarette (imposta sul tabacco, IVA, contributo alla SOTA<sup>69</sup>) è del 59,5 % del prezzo al dettaglio. Se si deduce l'IVA (7,6 % del prezzo di vendita senza IVA, ossia 7,06 % del prezzo al dettaglio con IVA) nonché il contributo SOTA (0,55 %), rimane il 51,89 % del prezzo che serve a finanziare l'AVS. Quest'ultima percentuale è inferiore alla quota minima di tassazione del tabacco del 57 %, imposta ai Paesi dell'Unione europea<sup>70</sup>. Nel 2000 i redditi dell'imposta sul tabacco hanno raggiunto 1,67 miliardi di franchi. Quest'ammontare serve esclusivamente a finanziare l'AVS e rappresenta il 6 % delle riscossioni globali destinate a detto finanziamento. Tale percentuale si è ridotta notevolmente rispetto agli anni sessanta, dove questo contributo rappresentava ancora il 18 % delle riscossioni totali dell'AVS<sup>71</sup>.

Secondo i dati dell'industria per l'anno 1995, il totale delle imposte sui benefici versate dai fabbricanti del tabacco alla Confederazione, ai Cantoni e ai Comuni ammontava a 110 milioni<sup>72</sup>.

L'industria e il commercio occupavano a quel tempo 8679 persone<sup>73</sup>, di cui 3050 nel settore della fabbricazione, 4133 in quello della distribuzione, 10 nell'organizzazione mantello (CISC) e 1116 nelle attività destinate ai mercati esteri. 460 agricoltori vivevano della coltivazione del tabacco in Svizzera. Prescindendo dalle esportazioni e tenendo conto della diminuzione delle vendite in Svizzera, si può considerare che i posti di lavoro dell'industria del tabacco che dipendono dal mercato svizzero sono circa 5800<sup>74</sup>. Oltre alle 8679 persone impiegate nel 1995 direttamente dall'industria e dal commercio del tabacco, ulteriori 1521 posti sarebbero occupati nell'ambito di attività indirette relative alla fornitura di carta filtro, al trasporto, alle agenzie di viaggio o di consulenza ecc. Globalmente si calcolavano nel 1995 10200 posti a tempo pieno, occupati da 11826 persone<sup>75</sup>, in altri termini dallo 0,3 % di tutta la popolazione professionalmente attiva.

Sempre secondo la stessa fonte, nel 1995 sarebbero stati spesi 108 milioni per la pubblicità, lo sponsoring, il sostegno ecc. Le spese per la pubblicità di tipo tradizionale (annunci, cartelloni pubblicitari, spot nelle sale cinematografiche) ammontavano a 64 milioni nel 1997, ossia a meno del 2 % del reddito globale proveniente da questo genere di pubblicità. Il 21 % di tale somma è stato speso in annunci, il 9 % in spot cinematografici e il 69 % in cartelloni pubblicitari. Le spese di sponsoring e di sostegno potrebbero, in effetti, essere notevolmente superiori a quelle relative alle forme tradizionali di pubblicità<sup>76</sup>.

Passando in rassegna gli studi indipendenti concernenti gli effetti della prevenzione del tabagismo sull'impiego, gli esperti commissionati dalla Banca mondiale giungono alla conclusione che la scomparsa del consumo del tabacco avrebbe degli effetti negativi solo per i paesi la cui produzione è quasi esclusivamente destinata all'esportazione (Malawi, Zimbabwe). Per gli altri paesi, i redditi non impiegati per il consumo di articoli del tabacco sarebbero spesi per altri beni, per i quali la produzione e il commercio necessitano maggiore mano d'opera. Non vi sarebbe quindi alcuna conseguenza sull'impiego, anzi si può quasi parlare di effetto positivo<sup>77</sup>.

In Svizzera circa 30000 punti di vendita propongono prodotti del tabacco<sup>78</sup>: si tratta quindi di prodotti altamente accessibili, che ci si può procurare più agevolmente di un bene di prima necessità quale ad esempio il pane.

Un'imposta di 2,6 centesimi per pacchetto permette di sussidiare il raccolto di tabacco indigeno, alimentando il fondo della SOTA in ragione di 19 milioni per il 1999. Gli specialisti ritengono che il tabacco svizzero è poco aromatico; è utilizzato solo come tabacco di riempimento<sup>79</sup>.

La Confederazione finanzia annualmente la prevenzione specifica del tabagismo per un ammontare complessivo di circa 4,9 milioni di franchi. Aggiungendo i contributi dei Cantoni, dei

<sup>69</sup> SOTA: Società cooperativa per l'acquisto del tabacco indigeno

<sup>70</sup> Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999

<sup>71</sup> Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999

<sup>72</sup> Wirtschaft und Tabak. Vereinigung der schweizerischen Zigarettenindustrie (CISC), Friburgo, 1998

<sup>73</sup> Wirtschaft und Tabak. Vereinigung der schweizerischen Zigarettenindustrie (CISC), Friburgo, 1998

<sup>74</sup> Stima interna per il 2000. Questa cifra potrebbe essere eccedente siccome non tiene conto del riacquisto di Burrus da parte di Rothmanns nel 1996, della fusione di Rothmanns e di BAT nel gennaio 1999, e nemmeno della chiusura della sede di produzione di BAT a Ginevra, che impiegava 250 persone nel 1999

<sup>75</sup> Wirtschaft und Tabak. Vereinigung der schweizerischen Zigarettenindustrie (CISC), Friburgo, 1998

<sup>76</sup> Dati di Media Focus, menzionati in Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999

In Svizzera le spese promozionali realizzate nel 1992 per la marca Marlboro® erano superiori del 60% alle spese di pubblicità tradizionali (Piano marketing 1994 per la Svizzera di Philip Morris, disponibile su Internet: [www.pmdocs.com/cgi-bin/rsasearch.exe](http://www.pmdocs.com/cgi-bin/rsasearch.exe), documento 2501145788)

Negli USA, la quota dell'importo investito nella promozione è considerevolmente aumentata negli ultimi dieci anni: rispetto alle spese determinate dalle forme tradizionali di pubblicità, nel 1997 le spese promozionali sono state 5,2 volte superiori mentre nel 1987 tale superamento si limitava a 1,6 volte (rapporto della Federal Trade Commission, 1999).

<sup>77</sup> Curbing the Epidemic, p. 67-70. The World Bank, Washington DC (1999)

<sup>78</sup> Wirtschaft und Tabak. Vereinigung der schweizerischen Zigarettenindustrie (CISC), Friburgo, 1998

<sup>79</sup> NZZ Folio, agosto 1999, p. 42; Ufficio federale dell'agricoltura, maggio 2000

Comuni e delle organizzazioni private, si può valutare che la somma globale delle attività di prevenzione ammonti annualmente a circa 8 milioni di franchi.

## 2.7 Legislazione svizzera

Le conoscenze scientifiche accumulate nel corso degli ultimi 40 anni lasciano dedurre che, se si dovesse legiferare di nuovo sui prodotti del tabacco, le probabilità di una loro assimilazione ai prodotti d'uso corrente sarebbero assolutamente nulle. Tuttavia, i prodotti del tabacco beneficiano da sempre di uno statuto legale in Svizzera, ed è evidente che l'attuale situazione giuridica di questi prodotti è ancora fortemente influenzata da questo retaggio. Le prime avvertenze sui pacchetti sono state rese obbligatorie soltanto nel 1978. Va qui precisato che, per ragioni evidenti, il divieto del tabacco non rientra nelle strategie di prevenzione.

Attualmente il tabacco è assimilato alle derrate alimentari ed è disciplinato di conseguenza dalla legge del 9 ottobre 1992 sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso<sup>80</sup>: «I generi voluttuari non devono, nell'impiego e nel consumo usuali, mettere direttamente o inopinatamente in pericolo la salute». Siffatta legge disciplina in una disposizione transitoria che il Consiglio federale può limitare la pubblicità per il tabacco qualora essa sia «destinata specialmente ai giovani», «fintanto che siano introdotte nella presente legge disposizioni al riguardo»<sup>81</sup>. Su tale base poggiano le disposizioni dell'ordinanza sul tabacco, le quali<sup>82</sup>:

- obbligano a dichiarare sul pacchetto il tenore di nicotina e di catrame
- definiscono le avvertenze<sup>83</sup> che devono figurare sui pacchetti
- definiscono la quantità massima degli additivi al 25% della massa

- definiscono il tenore massimo di catrame a 15 mg per sigaretta

L'art. 15 dell'ordinanza sul tabacco (OTab) vieta ogni pubblicità che si rivolga in modo particolare ai giovani sotto i 18 anni e specifica talune di queste forme di pubblicità (T-shirt, penne a sfera, ecc.). La pubblicità per i prodotti del tabacco è vietata alla radio e alla TV dalla legge federale sulla radio e la televisione<sup>84</sup>. Il 9 giugno 2000, il Gran Consiglio ginevrino ha adottato un progetto di legge che vieta ogni forma di affissione pubblicitaria per il tabacco sul suolo pubblico o che sia visibile dal suolo pubblico<sup>85</sup>. Va inoltre segnalato che numerosi Comuni hanno vietato la pubblicità del tabacco nella loro giurisdizione senza avere incontrato opposizioni e senza aver perso redditi pubblicitari<sup>86</sup>. L'imposizione del tabacco nonché il finanziamento dell'impiego del raccolto di tabacco indigeno sono disciplinati nell'ambito della legge federale sull'imposizione del tabacco. L'attribuzione di tali redditi all'AVS è sancita nella Costituzione federale<sup>87</sup>. Il Consiglio federale può modificare in via d'ordinanza l'aliquota d'imposizione. La sua competenza attuale si limita ad un'imposizione corrispondente ad un prezzo pubblico di fr. 4.80 per pacchetto di sigarette (mentre il prezzo pubblico dell'imballaggio più venduto nell'anno 2001 è di fr. 4.70)<sup>88</sup>. Indipendentemente da queste considerazioni, una modifica di tale legge sarebbe indispensabile.

L'attuale legge ha permesso l'istituzione di un'imposta per il finanziamento dell'impiego del raccolto indigeno, prelevata sul reddito delle vendite in Svizzera, la quale è attualmente fissata a 0,13 centesimi per sigaretta<sup>89</sup>.

La tutela dei lavoratori non fumatori è sancita dall'art. 19 dell'ordinanza 3 relativa alla legge sul lavoro: «Il datore di lavoro deve provvedere, nel quadro delle possibilità dell'azienda, affinché i non fumatori siano preservati dal fumo di altre persone.» Formulato in termini generici, questo articolo si lascia interpreta-

<sup>80</sup> Art. 13 cpv. 2, LDerr

<sup>81</sup> Art. 60, LDerr

<sup>82</sup> Art. 4, 6, 9, 10 e 11 OTab

<sup>83</sup> «Nuoce gravemente alla salute», nonché una delle 5 altre avvertenze

<sup>84</sup> Art. 18 cpv. 5, LRTV

<sup>85</sup> Art. 9 cpv. 2 del «Projet de loi sur les procédés de réclame».

La sua entrata in vigore deve ancora essere decisa dal Consiglio di Stato.

<sup>86</sup> 56 dei 100 Comuni svizzero-tedeschi interrogati vietano la pubblicità sul tabacco nel loro dominio pubblico. K-Tip, 23 agosto 1999

<sup>87</sup> Art. 112 cpv. 5 della nuova Costituzione federale

<sup>88</sup> Art. 11 cpv. 2 Legge federale sull'imposizione del tabacco

<sup>89</sup> Art. 28 cpv. 2b Legge federale sull'imposizione del tabacco (introdotto mediante la modifica del 24 marzo 1995); art. 24 Ordinanza sull'imposizione del tabacco

re in modo tale da permettere una protezione sufficiente dei non fumatori<sup>90</sup>.

Mentre per le concentrazioni di sostanze tossiche nei materiali da costruzione vigono delle norme, per le sostanze tossiche provenienti dalla combustione del tabacco non è definito alcun valore limite, nonostante il fumo costituisca di gran lunga il principale agente inquinante negli spazi chiusi.

Negli edifici pubblici, la messa a disposizione di spazi non fumatori è prevista soltanto in talune disposizioni cantonali, per la maggior parte in modo non imperativo («se le condizioni lo permettono»). Le più interessanti di siffatte disposizioni figurano in un'ordinanza del Cantone di Basilea-Città<sup>91</sup>, secondo la quale dev'essere previsto un numero adeguato di posti per non fumatori non appena la superficie utilizzabile superi i 100 m<sup>2</sup>; parimenti, una legge del Cantone del Ticino<sup>92</sup> dispone che i ristoranti devono riservare il 33% dello spazio disponibile ai non fumatori.

Nel 1992 è stato elaborato un codice di condotta che limita la pubblicità delle sigarette, su iniziativa dei fabbricanti di sigarette che l'hanno poi adottato (diversamente dai fabbricanti di sigari, per esempio). Le limitazioni concernono, tra l'altro, il numero d'annunci nei giornali e nelle riviste, la rappresentazione – sui manifesti e nelle inserzioni – di più del 50% di fumatori in gruppi composti da più di 3 persone, le restrizioni d'affissione nelle immediate vicinanze delle scuole ecc. Se queste restrizioni sono più o meno rispettate, le esperienze compiute all'estero e lo sviluppo della pubblicità diretta o indiretta per il tabacco dimostrano che le lacune sono così numerose che l'effetto preventivo di queste disposizioni deve essere considerato come trascurabile. Inoltre le esperienze fatte con le restrizioni di vendita ai minori di 16 anni, decise nell'autunno del 2000 dai fabbricanti di sigarette e dalla Communauté du commerce suisse en tabacs, indicano che l'applicazione di questa misura porrà un certo numero di problemi<sup>93</sup>.

### 2.8 Aspetti politici

L'immagine che l'opinione pubblica ha della canapa è considerevolmente mutata nel corso di questi ultimi anni, in parte grazie ai dati scientifici. Parallelamente, la prassi relativa al divieto del consumo di droghe «leggere» è evoluta in direzione di una depenalizzazione de facto del consumo che potrebbe trovare conferma sul piano legale. Per contro, lo statuto del tabacco non ha praticamente subito nessuna evoluzione, benché si tratti di un prodotto molto pericoloso per la salute e nonostante il suo consumo eserciti un impatto maggiore sulla sanità pubblica.

La prevenzione del tabagismo è comunque stata oggetto di un certo numero di interventi parlamentari, tra cui:

- Iniziativa parlamentare Grobet 2000: lotta contro gli effetti letali provocati dal tabacco (cofirmata da due parlamentari, questa iniziativa non è ancora stata trattata dal Parlamento).

L'iniziativa chiede il divieto della pubblicità del tabacco, di riservare il 40% della facciata del pacchetto per imprimervi le avvertenze sulla salute, il divieto della vendita ai minori di 16 anni, la fissazione di tassi massimi per i coadiuvanti nocivi e l'attribuzione dell'1% del ricavato delle vendite alla prevenzione.

- Mozione Grobet 1998: lotta contro il tabagismo (firmata da 16 parlamentari, tale mozione è stata trasmessa al Consiglio federale in forma di postulato il 18.12.98).

Questa mozione chiede che si prendano misure affinché si vieti la pubblicità, si menzioni chiaramente sugli imballaggi i pericoli del fumo e si riscuota una tassa volta a finanziare una campagna di prevenzione<sup>94</sup>.

<sup>90</sup> Commento dell'ordinanza 3, UFIAML (attualmente: seco) settembre 1995: «Nei locali di soggiorno [...] e nelle mense, si riserverà ai non fumatori uno spazio sufficiente.» «A richiesta dei non fumatori, il divieto di fumare sarà introdotto se gli impianti, gli edifici o i locali di lavoro non permettono la creazione di posti di lavoro separati e se non è possibile trovare un accordo tra fumatori e non fumatori.»

<sup>91</sup> Verordnung zum Wirtschaftsgesetz vom 8. Nov. 1988, Wirtschaftspolizeiliche Vorschriften, § 9a

<sup>92</sup> Art. 57 Legge sugli esercizi pubblici

<sup>93</sup> Secondo un test effettuato in novembre 2000 da ragazzi dai 12 ai 15 anni presso commercianti che hanno preso parte all'azione, le sigarette chieste dai minorenni sono state date in 21 casi su 27, nella maggior parte dei casi senza che fossero state poste loro domande (Beobachter, 24/00). Inoltre da un'inchiesta realizzata su mandato dell'industria presso i commercianti che hanno partecipato alla campagna risulta che per esempio il 48% di loro riconosce che venderebbe sigarette a giovani che dichiarassero di comprarle per i genitori (inchiesta realizzata in dicembre 2000 dall'istituto Link).

<sup>94</sup> Nel suo parere del 21 settembre 1998, il Consiglio federale riconosce che «La pubblicità in favore dei prodotti del tabacco, che associa al fumo l'immagine positiva del diventare adulti, della bellezza, dell'attività sessuale, della libertà, dell'avventura, del divertimento, del successo, del prestigio ecc. [...] Per garantire una prevenzione efficace, in Svizzera le autorità competenti esamineranno la questione delle limitazioni per la pubblicità del tabacco indipendentemente dagli sviluppi nell'UE. [...] Attualmente si sta esaminando se a livello di legge è possibile istituire un fondo per la prevenzione del tabagismo analogamente al fondo di finanziamento gestito dalla Società cooperativa per l'acquisto del tabacco indigeno.»



- Postulato Zwygart 1996: divieto di vendita ai minori di 16 anni (firmata da 4 parlamentari, tale postulato è stato trasmesso al Consiglio federale il 13.12.96). Questo postulato chiede di vietare la vendita di prodotti del tabacco ai giovani d'età inferiore a 16 anni<sup>95</sup>.
- Mozione della frazione del partito popolare democratico 1993: emanazione di una legge sulla prevenzione per la promozione della salute. Tale mozione è stata trasmessa al Consiglio federale il 14.03.95.
- Mozione Neukomm 1991: emanazione di una legge sulla prevenzione. Tale mozione è stata trasformata in postulato, e trasmessa al Consiglio federale il 21.06.91.
- Postulati Neukomm 1984 (istituzione di una commissione peritale) e Neukomm 1987 (emanazione di un'ordinanza sul tabacco). Ambedue sono stati realizzati.
- Postulati Ammann 1985 (abuso di tabacco), Bäumlín 1987 (limitazione della pubblicità) e Zwygart 1990 (protezione della gioventù). Tutti e tre postulati sono stati respinti.

### 2.9 Programma globale tabacco 1996–1999

Il Consiglio federale ha accettato nel 1995 un programma globale tabacco per il periodo 1996–1999<sup>96</sup>. Le principali realizzazioni del programma globale tabacco si riassumono come segue<sup>97</sup>:

- campagna d'informazione e di motivazione destinata ai giovani (Piacere nuovo – senza tabacco)
- contributo nell'ambito dei programmi scolastici (programma quadro, rete svizzera delle scuole che promuovono la salute)

- sviluppo e promozione di un programma di disassuefazione attualizzato (sistema esperto «stop-tabacco»)
- sviluppo di un programma di perfezionamento in materia di disassuefazione destinato ai medici
- attività della giornata senza fumo (concorso Quit and Win)
- contributo nell'ambito dell'attuazione di reti di partner (ospedali, centri regionali di prevenzione, ecc.) e delle loro attività
- realizzazione di progetti di ricerca concernenti il costo complessivo del tabagismo (Prof. Jeanrenaud), e la relazione tassazione-consumo (Prof. Holly)
- campagna destinata alla popolazione straniera per la prevenzione dell'esposizione dei bambini al fumo passivo.

Una parte considerevole dei mezzi finanziari è stata investita in programmi destinati ai giovani, in particolare nella campagna «Piacere nuovo – senza tabacco». Detta campagna, nota a due terzi dei giovani d'età fra i 13 e i 19 anni, è molto ben accettata e ha permesso di comunicare il messaggio positivo di una vita senza tabacco<sup>98</sup>. Da parte sua, la rete svizzera delle scuole che promuovono la salute raggruppa già oltre 120 scuole. Infine, nel corso del primo anno di esistenza del sistema esperto «stop-tabacco», almeno 850 persone sono riuscite a smettere di fumare durevolmente<sup>99</sup>. L'UFSP ha inoltre mobilitato una parte delle sue risorse in personale per gestire esso stesso dei progetti.

Secondo una valutazione effettuata dall'Università di Berna<sup>100</sup>, il programma non è riuscito a raggiungere gli obiettivi troppo ambiziosi che si era prefissato nell'ambito della riduzione della percentuale di fumatori. Ciononostante, esso ha permesso di estendere l'offerta in materia di misure di prevenzione. Il programma globale tabacco ha contribuito ad una maggiore copertura da parte della stampa in merito alla problematica legata al consumo del tabacco. Anche se il grado di efficacia dei progetti di prevenzione è considerato buono, ulteriori miglioramenti

<sup>95</sup> Nel suo parere del 20 novembre 1996, il Consiglio federale si dichiara pronto ad accettare questo postulato.

<sup>96</sup> Programma globale concernente la riduzione dei problemi di salute legati al consumo di tabacco. Scopi, obiettivi e strategie dell'UFSP. UFSP, novembre 1996

<sup>97</sup> Programma globale tabacco. Rapporto d'attività 1996–1997. Prospettive 1998–1999. UFSP, ottobre 1998

<sup>98</sup> Nel 1998, la campagna era presente in non meno di 200 discoteche o a serate speciali, nonché in occasione di circa 50 manifestazioni di sport di moda. Durante queste serate o manifestazioni, i contatti stabiliti con i giovani del gruppo target possono essere valutati a 250 000.

<sup>99</sup> Dal 1° febbraio 1999, 87 000 persone sono accedute al sito «stop-tabacco» all'indirizzo [www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch). Rispetto ai fumatori che non partecipano a tale programma, la percentuale di fumatori che non fumano più durante i sette mesi successivi a un tentativo di disassuefazione è di due volte superiore nel caso in cui essi hanno partecipato a «stop-tabacco». Comunicazione personale del Dr. J.–F. Etter, Università di Ginevra, marzo 2000

<sup>100</sup> Bolliger-Salzmänn H. et al.: Programma Globale Tabacco 1996–1999 dell'Ufficio federale della sanità pubblica – Rapporto finale concernente i risultati della valutazione globale. ISPM, Università di Berna, 2000

potrebbero essere ottenuti mediante una maggiore coordinazione delle attività, una migliore informazione dei partner e una definizione di criteri più precisi nella scelta di progetti improntati ai risultati della ricerca. Svariate raccomandazioni emesse dagli autori dello studio sono state tenute in linea di conto per l'elaborazione di questo programma (delega dei compiti operativi mediante un mandato di prestazioni, migliore definizione del ruolo dei partner e coordinamento delle attività, centralizzazione dei dati, attuazione di un controllo di qualità istituzionalizzato, ecc., cfr. anche i capitoli 6.6 e 7).

Dato che a quel tempo la situazione non era propizia all'adozione di nuove misure legislative, queste ultime non rientravano nel programma globale tabacco.

### 2.10 Sviluppi internazionali

Siccome nei Paesi occidentali il consumo di tabacco sta regredendo, le multinazionali del tabacco concentrano la loro attenzione sui mercati potenzialmente forti: Europa dell'Est e Paesi in sviluppo. Visto che la legislazione di tali Paesi è ancora spesso molto liberale, le intense attività promozionali hanno permesso di incrementare le vendite in maniera esponenziale. Constatata tale evoluzione, l'OMS ed altre istituzioni dipendenti dall'ONU – Banca mondiale, UNESCO e OIL in particolare – si sono rese consapevoli dell'impatto drammatico che il tabagismo esercita sulla sanità pubblica. L'arrivo della Dott. Gro Brundtland alla Direzione generale dell'OMS ha segnato una svolta: illustrando i suoi argomenti con frasi rivelatrici («Tobacco is a killer»), Gro Brundtland ha definito la lotta al tabagismo come una delle quattro grandi priorità dell'OMS ed ha istituito un gruppo di lavoro per una «Iniziativa per un mondo senza tabacco», posto direttamente sotto la sua autorità. Passando dalle parole ai fatti, i 191 membri presenti all'Assemblea mondiale della salute tenutasi il 24

maggio 1999, hanno adottato all'unanimità una risoluzione con la quale si chiede all'OMS di elaborare una Convenzione quadro per la lotta anti-tabacco.

Negli ultimi anni sono stati compiuti altri considerevoli progressi a livello internazionale, tanto sul piano legislativo quanto su quello di una maggiore consapevolezza da parte del pubblico. I processi vinti negli USA contro i fabbricanti di tabacco, oltre alle ingenti somme che le imprese hanno dovuto versare a titolo di risarcimento – suscitando lo scetticismo del pubblico europeo – mettono in evidenza la responsabilità causale che le autorità giudiziarie hanno riconosciuto fra il tabacco e le malattie da esso provocate. Va inoltre menzionato un fatto ulteriormente importante: almeno 33 milioni di pagine di documenti segreti dei fabbricanti<sup>101</sup> hanno fatto luce sulle pratiche poco etiche dell'industria del tabacco. Questi documenti hanno permesso di provare che, sia in merito al potenziale cancerogeno del fumo, sia in merito alla capacità dei prodotti del tabacco di creare dipendenza, tale industria ha sistematicamente ingannato le autorità, il pubblico e i suoi propri consumatori durante oltre tre decenni! La consapevolezza acquisita grazie a questi avvenimenti ha contribuito a modificare l'attitudine del pubblico nei confronti del tabagismo.

Anche l'Unione europea ha compiuto un passo decisivo adottando nel 1998 una direttiva vietante qualsiasi altra forma di pubblicità diversa da quella che avviene ai punti di vendita<sup>102</sup>. Numerosi stati hanno già preso le disposizioni necessarie e sono in anticipo rispetto al programma minimo. Tuttavia, in seguito alla denuncia sporta contro questa direttiva dallo Stato tedesco e da alcune aziende private, la Corte europea ha deciso, nel mese di ottobre del 2000, di annullarla perché non giustificata secondo le regolamentazioni che concernono l'istituzione e il funzionamento del mercato interno. Ciononostante la Commissione europea ha subito riaffermato che avrebbe ripreso gli elementi della direttiva che non sono stati messi in causa

<sup>101</sup> Una parte di questi documenti è accessibile sulla rete Internet, a partire dal sito [www.house.gov/commerce/TobaccoDocs/documents.html](http://www.house.gov/commerce/TobaccoDocs/documents.html). Un riassunto con estratti di tali documenti è accessibile a partire dalla pagina «Informations/chronology/tobacco explained» del sito [www.ash.org.uk/](http://www.ash.org.uk/). Diversi documenti relativi alle pratiche dell'industria in Svizzera devono ancora essere valutati (cfr. anche la nota 24).

<sup>102</sup> Direttiva 98/43/EC del 6 luglio 1998, Journal Officiel, L 213, 30 luglio 1998, pagg. 0009-0012



dalla Corte, al fine di sottoporre una nuova direttiva al Parlamento. Nel mese di dicembre 2000, il Parlamento europeo ha riaffermato la sua volontà di lottare contro il tabagismo, accettando una proposta di direttiva mirante, fra l'altro, a rafforzare le avvertenze che figurano sui pacchetti di sigarette<sup>103</sup>.

Il Parlamento polacco ha adottato nel novembre 1999 misure miranti a limitare la pubblicità sui prodotti del tabacco, conformemente al progetto di direttiva europea del 1998. Nel contempo, esso ha deciso di attribuire lo 0,5% degli introiti derivanti dalla tassazione del tabacco a un fondo per la prevenzione del tabagismo. Nel dicembre 2000, il Parlamento ungherese si è allineato a tale decisione, riprendendo le limitazioni della pubblicità previste nella direttiva del 1998.

### 2.11 Ragioni delle attuali insufficienze della prevenzione

Al di là di alcuni successi riscontrati sul terreno (vedi il capitolo 2.9) e di una modesta riduzione del consumo globale, accompagnata da una stagnazione del numero di fumatori fra gli adulti e soprattutto di un forte aumento di fumatori fra i giovani, bisogna arrendersi all'evidenza che in Svizzera la prevenzione non ha avuto gli effetti desiderati. Questo scarso impatto va ricondotto in parte:

- al rigetto nel 1993 delle iniziative gemelle miranti a vietare la pubblicità per il tabacco e l'alcol. Il rigetto delle iniziative gemelle ha avuto l'effetto di ritardare il processo politico che avrebbe permesso di adottare misure legislative facilmente attuabili, finanziariamente neutre e notoriamente efficaci (cfr. cap. 6.4)
- alla sensibilità politica insufficiente in materia di prevenzione del tabagismo

- all'assenza di una politica globale e nazionale di prevenzione che inglobi i Cantoni e le organizzazioni private
- alla scarsa sensibilità della popolazione per i problemi connessi al tabagismo
- all'assenza di una comunicazione coerente, compatta e costante nei media<sup>104</sup>
- alla mancanza di coordinazione fra i partner della prevenzione
- all'assenza di una leadership riconosciuta dell'UFSP, che renda possibile l'attuazione di un coordinamento e di un programma globale efficaci
- alla notevole limitatezza delle risorse finanziarie destinate alla prevenzione, impiegate in primo luogo nel contesto di misure rivolte direttamente ai giovani

Essendo il fumo un argomento delicato e suscettibile di provocare forti reazioni emotive, grande è la tentazione di occultare volutamente i problemi molto gravi derivanti dal tabagismo nell'ambito della sanità pubblica.

Mentre la lobby dei fabbricanti di tabacco si avvale di strutture efficaci, è ben impiantata da diversi anni e dispone di ingenti mezzi, da parte delle organizzazioni attive nella prevenzione non esiste alcun'attività politica coordinata. Costrette a generare i loro redditi mediante le elargizioni del pubblico, numerose di tali organizzazioni tendono inoltre a privilegiare singoli interessi piuttosto che riunire l'insieme dei loro mezzi in un fondo comune che permetterebbe di ottimizzare l'efficacia. Le misure presentate nel capitolo 7 hanno segnatamente l'obiettivo di ovviare a questo inconveniente.

Visti il contesto poco favorevole e le scarse risorse a disposizione, dal 1996 al 1999 l'UFSP ha preferito, nell'ambito del programma globale tabacco, porre l'accento sull'esecuzione di misure di prevenzione «classiche» piuttosto che sull'elaborazione di misure legislative<sup>105</sup>.

<sup>103</sup> Le avvertenze devono occupare il 30% della facciata frontale del pacchetto e il 40% della superficie opposta; vanno scritte in nero su sfondo bianco e contornate in nero; i tenori massimi di catrame e di monossido di carbonio sono abbassati a 10 mg, quello di nicotina è stabilito a 1 mg; i suffissi del tipo «Light» sono vietati

<sup>104</sup> Il Cantone di Ginevra rappresenta, a tale riguardo, una notevole eccezione.

<sup>105</sup> Programma globale tabacco. Rapporto d'attività 1996-1997. Prospettive 1998-1999. UFSP, ottobre 1998

# Le sfide future

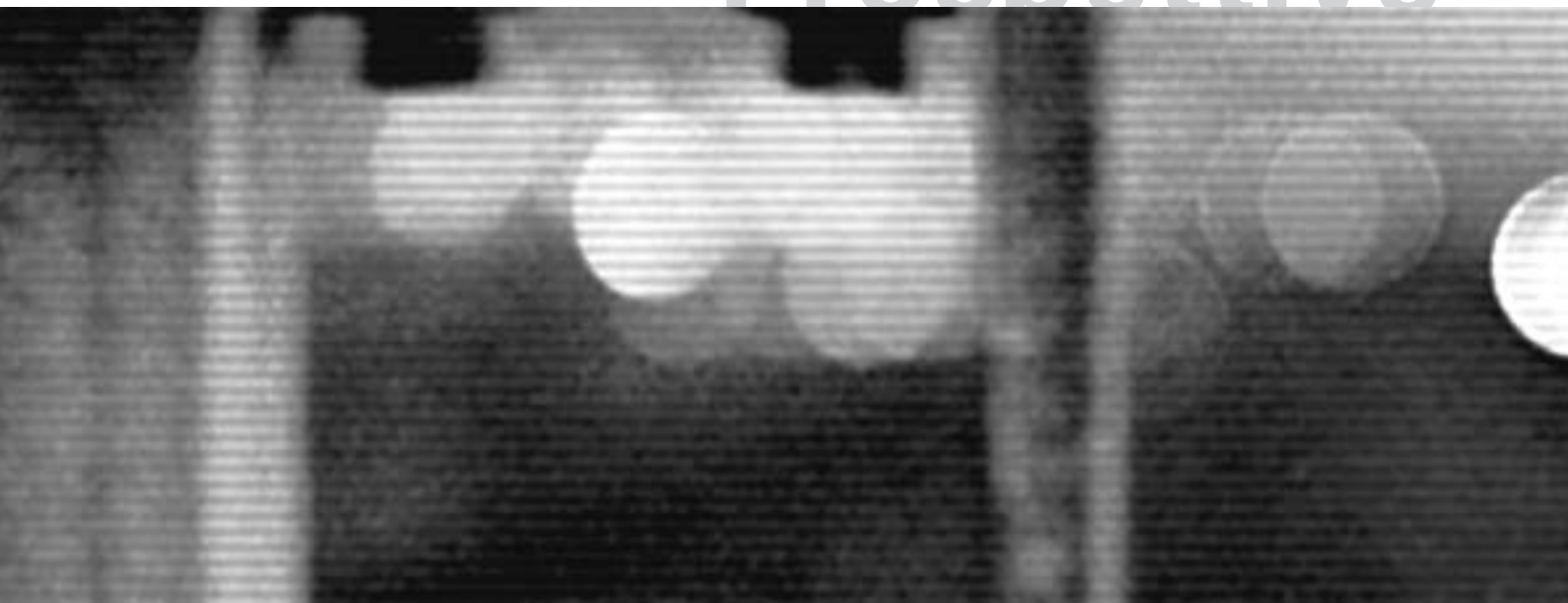


### 3 Le sfide future

Forti delle esperienze acquisite, i responsabili della prevenzione del tabagismo dovranno, nei prossimi 5 anni:

- avviare il dibattito pubblico sulle questioni concernenti la prevenzione del tabagismo, al fine di aumentare la consapevolezza della popolazione e di coloro che hanno le competenze decisionali in materia nonché di migliorare la conoscenza dei problemi posti dal tabagismo in termini di sanità pubblica
- suscitare all'interno del Parlamento un clima favorevole all'adozione di nuove disposizioni legali per la prevenzione
- convincere gli agenti principali nell'ambito della sanità pubblica dell'importanza che riveste la prevenzione del tabagismo
- stabilire la leadership dell'UFSP nella prevenzione del tabagismo
- incitare i partner della prevenzione ad agire in maniera coordinata, dopo aver definito di concerto e in modo chiaro il loro ruolo nel contesto del Programma nazionale 2001–2005
- elaborare dei mandati di gestione per sviluppare misure di prevenzione del tabagismo che tengano conto degli obiettivi definiti dal programma nazionale
- ottenere mezzi supplementari sostanziali per la prevenzione
- mobilitare un maggior numero di partner interessati alla prevenzione del tabagismo: società di medicina dentaria, associazioni di consumatori, industria farmaceutica, casse malati ecc.
- presentare il programma svizzero nel suo contesto internazionale, come elemento di una strategia internazionale che dovrebbe permettere alla Svizzera di ratificare la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabagismo
- valutare le misure di prevenzione sviluppate

**Prospettive**



## 4 Prospettive

Per la società la regola è non fumare. A causa dell'impatto esercitato dai prodotti del tabacco sulla sanità pubblica («burden of disease»), una maggioranza della popolazione – fumatori e non fumatori – riconosce le dimensioni del problema; emerge inoltre la volontà di definire nell'ambito della società civile una politica di prevenzione efficace. In particolare, i responsabili politici riconoscono la necessità di adottare disposizioni legali al fine di evitare che una maggioranza di fumatori si penti più tardi del comportamento assunto durante l'adolescenza, nell'ignoranza dei rischi che avrebbe corso e fatto correre ad altre persone.

I fumatori sono pienamente informati e consapevoli dei rischi che corrono; essi non nuocciono alla salute altrui e non importunano altre persone con il loro comportamento. Essi beneficiano di un sostegno istituzionalizzato ed efficace nel caso in cui intendano smettere di fumare.

Le linee direttrici seguenti sono alla base del Programma nazionale 2001–2005:

- rispetto vicendevole dei fumatori e dei non fumatori (nessuna discriminazione degli uni e degli altri, integrazione dei fumatori, rispettando il diritto di terzi a non dover fumare)
- ricorso alla responsabilità individuale e collettiva (ruolo di modello per gli altri)
- massimizzazione dell'effetto preventivo sulla sanità pubblica
- collaborazione con tutti i partner della prevenzione
- coerenza rispetto alla politica concernente le altre droghe, legali o illegali
- coerenza con il programma di controllo del tabagismo sviluppato dall'OMS
- compatibilità con la legislazione europea
- interventi basati sui risultati di studi scientifici

- interventi orientati verso misure strutturali e secondo il contesto in cui avviene il consumo (nozione di setting)
- approccio multisettoriale che tenga conto di aspetti diversi quali l'economia, le finanze e l'ambiente
- concezione di un insieme di misure costituenti un'unità coerente che utilizzi le sinergie

Il ricorso alla responsabilità personale è un elemento centrale della prevenzione. L'esercizio di questa responsabilità è possibile solo a condizione che i consumatori siano pienamente informati dei rischi che il prodotto fa loro correre. La teoria economica moderna parte dal principio che i consumatori sono i migliori giudici per decidere come consumare il proprio denaro. Questo presuppone che essi siano esaurientemente informati e che prendano una decisione razionale tenendo conto dei benefici/vantaggi e dei costi/rischi risultanti dalla loro scelta. Un principio che, applicato ai prodotti del tabacco, non funziona perfettamente. Innanzi tutto è evidente che molti fumatori – e in particolare i giovani – non sono ben informati sull'insieme dei rischi cui sono esposti. Secondariamente, molti fumatori che vorrebbero smettere hanno già raggiunto lo stadio della dipendenza. Ancora una volta, quindi, sono i giovani che sottovalutano di più la facoltà assuefacente delle sigarette. E infine gli economisti sanno che i consumatori tengono poco conto dei costi/rischi assunti da terzi, come ad esempio i rischi rilevanti legati al tabagismo passivo<sup>106</sup>. Per queste ragioni i prodotti del tabacco non possono essere considerati – economicamente parlando – degli oggetti di consumo corrente e quindi delle restrizioni sono giustificate, se non indispensabili.

<sup>106</sup> Curbing the Epidemic, p. 29–34. The World Bank, Washington DC (1999)

# Linee principali



## 5 Linee principali

Il programma poggia sulle tre linee principali seguenti:

- evitare che si cominci a fumare
- indurre a smettere di fumare
- proteggere dal fumo passivo (inalazione involontaria)

Come menzionato nel capitolo 2.2, il cominciare a fumare e il continuare a farlo sono fenomeni connessi a fattori molteplici. Di conseguenza, appare del tutto logico che la prevenzione vada anch'essa effettuata su svariati fronti. Per tale motivo, occorre attuare un insieme di misure che agiscano in modo sinergico. I provvedimenti isolati non avrebbero infatti molte probabilità di esercitare un impatto tale da frenare lo sviluppo inquietante del tabagismo. Ad esempio, è illusorio voler intraprendere una prevenzione efficace fra i giovani facendo leva unicamente su programmi educativi o informativi quando, nel contempo:

- di fronte alle scuole sono appesi manifesti pubblicitari
- la promozione del tabacco è parallelamente onnipresente nelle sale da cinema, in occasione di party e di concerti, dove vi sono hostess che distribuiscono campioni gratuitamente
- le sigarette sono ad esempio meno care che in Francia
- i prodotti del tabacco sono disponibili senza alcuna limitazione, ovunque e a qualunque ora
- le persone di riferimento – genitori, insegnanti o medici fumano davanti ai bambini

Di conseguenza s'impone un potenziamento delle misure legislative. Tale soluzione è parimenti condivisa dagli esperti statunitensi del Center for Disease Control and Prevention<sup>107</sup>, da quelli dell'Association for Public Health<sup>108</sup> in Gran Bretagna, da quelli della Banca mondiale e dell'OMS<sup>109</sup> nonché dagli

esperti della Commissione federale per la prevenzione del tabagismo.

La tabella seguente indica la natura dell'impatto ottenuto mediante la realizzazione degli obiettivi stabiliti. Il numero di croci riflette una valutazione dell'entità di tale impatto:

<sup>107</sup> Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs, Center for Disease Control and Prevention, agosto 1999

<sup>108</sup> Reid D., British Medical Journal, 1996, 52, 108-120

<sup>109</sup> Curbing the Epidemic, p.10. The World Bank, Washington DC (1999)

# Linee principali

## Settori d'intervento

## Impatto sulle linee principali\*

N. obiettivi specifici	Obiettivi specifici	Evitare di cominciare	Indurre a smettere	Proteggere dal fumo passivo
<i>Salvaguardia della salute</i>				
1	Miglioramento dell'inserimento sociale dei giovani	■ ■	■ ■ ■ ■	■
2	Ambiente favorevole per i giovani	■ ■	■ ■	■ ■ ■ ■
3	Aria senza fumo a disposizione dei non fumatori	■ ■	■ ■	■ ■ ■ ■
<i>Miglioramento della salute</i>				
4	Fumatori motivati a smettere di fumare	■	■ ■ ■ ■	■
<i>Informazione e sensibilizzazione</i>				
5	Sensibilizzazione della popolazione	■	■ ■	■ ■ ■ ■
6	Sviluppo di una politica nazionale in materia di tabacco	■ ■	■ ■	■ ■
<i>Misure legislative</i>				
7	Pubblicità destinata unicamente ai consumatori	■ ■ ■ ■	■ ■	■
8	Imposizione dei prodotti del tabacco	■ ■	■ ■ ■ ■	■
9	Vendita vietata ai minorenni	■	■	—
10	Dichiarazione dei prodotti del tabacco	■ ■	■ ■ ■ ■	■ ■
<i>Integrazione internazionale</i>				
11	Ratifica della convenzione quadro dell'OMS	■ ■	■ ■	■
12	<i>Acquisizione e trasmissione delle conoscenze</i> **	■	■	■

\* L'impatto positivo sulle linee principali è percettibile soltanto dopo un certo lasso di tempo (eccetto che per gli aumenti di tassazione, i quali riducono rapidamente il consumo).

\*\* Questo strumento agisce in modo indiretto su tutti gli altri; il suo impatto è quindi stato valutato di conseguenza.



# Settori d'intervento



## 6 Settori d'intervento

Una politica globale di prevenzione del tabagismo include un insieme di misure che devono agire sull'individuo stesso – migliorandone ad esempio il livello di informazione e le facoltà comportamentali personali – nonché sul contesto in cui egli vive, migliorando ad esempio le condizioni di vita sul luogo di lavoro o nella famiglia e impostando inoltre un quadro legale favorevole.

Gli obiettivi specifici sono definiti e giustificati per ciascuno dei settori d'intervento. In questa sede sono presentate delle misure unicamente a titolo illustrativo.

A seguito dell'approvazione di questo programma, dovranno essere fissati obiettivi intermedi e stabilite le misure concrete corrispondenti ad essi (cfr. cap. 10).

### 6.1 Salvaguardia della salute

#### Obiettivo 1:

**Gli adolescenti si sono dotati degli strumenti che permettono loro di inserirsi socialmente e di affrontare la vita senza ricorrere al tabacco**

Per raggiungere tale obiettivo è necessario istituzionalizzare i diversi programmi scolastici finora sviluppati, affinché gli adolescenti possano appropriarsi degli strumenti che permettono loro di rafforzare la stima di sé, la loro capacità di risolvere i conflitti e di resistere alle pressioni dei loro compagni. In complemento, occorre operare specificamente a livello della prevenzione informando i giovani sui danni provocati dal tabacco e motivandoli a non fumare.

#### Esempio di misure:

Spalleggiati dalla Confederazione, dall'ISPA e dalla Fondazione 19, i Cantoni integrano nei loro programmi scolastici misure educative per la prevenzione delle forme di dipendenza e in particolare del tabagismo; tali misure sono incentrate sul miglioramento della capacità di inserimento sociale necessaria per sviluppare uno stile di vita sano.

Negli ultimi dieci anni il numero di giovani fumatori è aumentato in modo drammatico: fra il 1986 e il 1998, il numero di persone che fumano regolarmente è più che triplicato fra i giovani tredicenni<sup>110</sup>. Parallelamente si è abbassata l'età media della prima sigaretta. Questa evoluzione – e in primo luogo quella osservata fra le giovani donne – minaccia di pesare in modo assai rilevante fra qualche anno sulle spese della salute facendo salire drasticamente il numero delle malattie determinate dal tabagismo e, di conseguenza, quello dei decessi. È necessario arginare tale fenomeno tenendo presente il fatto che la «carriera» di un fumatore risulta tanto più breve quanto più il suo inizio è tardivo e che una diminuzione del consumo facilita la rinuncia al tabagismo.

Durante diversi decenni la prevenzione del tabagismo fra i giovani è consistita essenzialmente nell'informarli sulle ripercussioni nefaste del tabagismo sulla salute. Se oggi si sa che le conoscenze acquisite non bastano da sole a indurre modifiche comportamentali, esse rappresentano tuttavia un elemento di una strategia globale di prevenzione e di promozione della salute. In tal senso, queste conoscenze permangono indispensabili.

<sup>110</sup> Schmid H. et al., SuchtMagazin, 1999, 25, 3–13

Gli studi svolti negli ultimi due decenni hanno dimostrato l'importanza di un approccio integrato, che include un miglioramento del clima sociale – in seno alla scuola o alla famiglia – e programmi educativi improntati al miglioramento delle capacità di inserimento sociale: rafforzamento della stima di sé, tecniche miranti a resistere alla pressione esercitata dai compagni, metodi di gestione dei conflitti, ecc.<sup>111</sup>. Detti programmi risultano più efficaci se intervengono precocemente sui giovani, ossia prima dell'inizio del consumo. I programmi integrati esplicano inoltre un effetto positivo su tutte le droghe, legali o illegali.

È quindi necessario proseguire e intensificare la collaborazione instaurata fra la Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione e l'UFSP, allo scopo di sviluppare programmi di promozione della salute e di prevenzione destinati ai giovani e orientati al miglioramento delle capacità d'inserimento sociale<sup>112</sup>.

Occorre tuttavia rendersi conto dei limiti della prevenzione primaria: le esperienze fatte sia in Svizzera, sia all'estero<sup>113</sup> indicano chiaramente che i programmi di prevenzione, pur essendo concepiti in modo soddisfacente, non sono in grado, da soli, di diminuire il tabagismo dei giovani. Per raggiungere tale obiettivo si rivelano indispensabili ulteriori misure che incidano sull'insieme della società (cfr. quanto segue).

### Obiettivo 2:

#### L'ambiente in cui evolvono i giovani li incita a non fumare

D'intesa con le autorità scolastiche interessate, saranno proposte misure miranti a evitare il consumo di tabacco nelle scuole. Al fine di conferire la giusta connotazione a questo prodotto impedendone la banalizzazione e riducendone

il consumo, i partner incoraggeranno l'adozione e l'applicazione di regolamenti scolastici adeguati.

Dato che l'ambiente familiare ha assunto un ruolo preventivo importante devono essere informati i genitori e deve essere valutata la possibilità di collaborare con le associazioni dei genitori.

Fuori dall'ambiente scolastico, il tempo libero rappresenta per i giovani un'occasione di entrare in contatto con il mondo degli adulti e con il fumo. Sostenute dalla Confederazione, le organizzazioni competenti collaboreranno allo scopo di sensibilizzare i giovani e di limitare il consumo di tabacco nell'ambito delle attività sportive, dei centri per i giovani, delle discoteche ecc.

#### Esempio di misure:

I partner attivi nel settore dell'educazione elaborano regole miranti a sopprimere il consumo di tabacco nell'ambiente scolastico.

Al fine di limitare il consumo di tabacco dei giovani durante il loro tempo libero, i partner della prevenzione sviluppano una collaborazione con diverse organizzazioni attive in questo settore.

Contrariamente all'obiettivo precedente, volto a modificare i comportamenti, questo obiettivo si propone di intervenire sull'ambiente (in inglese setting). Lo stesso si rivela molto complesso, specialmente da quando i giovani trascorrono sempre più tempo fuori dal contesto scolastico o familiare. Le società sportive, sostenute dagli enti pubblici perché promotrici della salute, rappresentano un ambito favorevole alla promozione di messaggi concernenti la salute.

<sup>111</sup> White D. and Pitts M., *Addiction*, 1999, 93, 1475–1487; Preventing the uptake of smoking in young people, *Effective Health Care*, 1999, 5, 1–12

<sup>112</sup> Cfr. l'opuscolo: Prevenzione e promozione della salute fra i giovani. UFSP, 1999

<sup>113</sup> White D. and Pitts M., *Addiction*, 1999, 93, 1475–1487; Preventing the uptake of smoking in young people, *Effective Health Care*, 1999, 5, 1–12

Nel contesto scolastico, svariate scuole hanno già esteso con successo il divieto di fumare nei dintorni degli edifici scolastici. Nonostante l'assenza di una base legale solida, tali misure non hanno suscitato opposizioni.

Esercitando un'influenza sulla percezione della norma da parte dei bambini rispetto al tabagismo, l'ambiente familiare può assumere un ruolo in materia di prevenzione. Va ricordato a questo proposito che, in Svizzera, quasi un bambino su due vive insieme ad almeno un fumatore. Ma più che lo statuto di fumatore dei genitori, è la presenza o l'assenza di un divieto totale di fumare a casa o a scuola che può avere un effetto preventivo<sup>114</sup>.

Non essendoci una ricetta miracolosa che permetta, mediante misure unicamente educative, di evitare che i giovani comincino a fumare, l'attuazione di nuove misure legislative si configura quale soluzione adeguata se si intende agire in modo efficace sul tabagismo dei giovani. Misure di questo genere contribuiscono inoltre a conferire la giusta connotazione ai prodotti del tabacco e ai loro effetti sulla salute, evitandone una banalizzazione (cfr. il capitolo 6.4).

### **Obiettivo 3:**

#### **I non fumatori hanno, in ogni momento, la possibilità di respirare aria senza fumo**

Nei luoghi in cui il pubblico è tenuto a trattenersi (luoghi di formazione e di lavoro, amministrazione, ospedali, ecc.), la nuova regola dev'essere di non fumare. A tale riguardo, i responsabili saranno stimolati a introdurre le misure che saranno loro proposte.

Negli edifici in cui l'accesso è volontario (ristoranti, bar, discoteche, ecc.) sarà scelto un approccio locale e pragmati-

co. I Cantoni e le organizzazioni di prevenzione rivestono un ruolo centrale in questo contesto.

#### **Esempi di misure:**

Gli edifici che accolgono pazienti elaborano criteri di qualità istituzionalizzando la prassi di vietare il fumo nei luoghi di cura.

Un mandato di prestazioni è definito con i partner che s'impegnano nell'introduzione di edifici pubblici per non fumatori.

Il rischio di malattia o di decesso a causa del fumo passivo è preoccupante, soprattutto se si considera che circa il 40% della popolazione è esposta regolarmente al fumo. Tale esposizione non si limita ad essere fastidiosa, bensì è all'origine di malattie e di numerosi decessi prematuri<sup>115</sup>.

Uno studio rappresentativo commissionato nel 1996 dall'industria del tabacco rivela che il fumo passivo è percepito come un problema dall'89% della popolazione<sup>116</sup>. Ma l'esposizione al fumo non concerne unicamente gli adulti: in Svizzera, quasi la metà dei bambini vive in una famiglia che conta almeno un fumatore<sup>117</sup>, e il 16% dei futuri neonati è esposto poiché la loro futura madre fuma durante la gravidanza<sup>118</sup>. Considerati gli effetti nocivi ormai riconosciuti del fumo inalato involontariamente, si rivela essenziale proteggere i non fumatori e in particolare i più vulnerabili fra loro, vale a dire gli asmatici, i bambini, i neonati e i feti, senza dimenticare che taluni fumatori sono anch'essi infastiditi dal fumo altrui.

In considerazione dell'inconsapevolezza del pubblico in merito all'impatto reale del fumo passivo sulla salute, occorre informare la popolazione dando la priorità alle informazioni destinate a proteggere le persone più vulnerabili.

<sup>114</sup> Wakefield M. et al., British Medical Journal, 2000, 321, 333-337

<sup>115</sup> Un recente rapporto valuta che negli USA, circa 50 000 non fumatori decedono ogni anno in seguito ad un'esposizione al tabagismo passivo, principalmente dopo aver contratto una malattia cardio-vascolare (Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke, pag. 2. National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1999). Una stima oculata per la Svizzera, effettuata sulla base di tali dati, suggerisce che diverse centinaia di non fumatori decedono ogni anno a causa del tabagismo passivo.

<sup>116</sup> Schweizerinnen und Schweizer im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Reglementierung. Infosuisse, Zurigo, 1997

<sup>117</sup> Junker C. et al.: Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz. ISPM, Università di Berna, 1999

<sup>118</sup> Wirkungen von Umgebungsrauch auf Atemsymptome von Kindern, Scarpol-Studie, Dati 1992/93

La lotta contro il tabagismo passivo è essenziale anche perché permette di conferire la giusta connotazione al tabacco evitandone una banalizzazione e di veicolare il messaggio secondo cui il non fumatore rappresenta la norma. Questo messaggio è particolarmente importante al fine di correggere la cattiva percezione di molti giovani riguardo a ciò che rappresenta la norma.

Esiste dunque una necessità reale di adottare misure nell'interesse di tutti. Fumatori e non fumatori devono poter vivere in buona armonia e nel reciproco rispetto. Questo implica una limitazione degli effetti nocivi, ad esempio con edifici non fumatori comprendenti spazi destinati ai fumatori. Tali spazi devono essere separati e ben ventilati o, qualora i mezzi finanziari o l'architettura non lo permettano, definiti all'aperto e riparati. In tal modo è mantenuta la possibilità di fumare per i fumatori, senza che vi sia il pericolo di importunare i non fumatori. Questi ultimi, come pure gli ex fumatori, devono poter beneficiare di aria pura senza doversi battere per usufruire di tale diritto. Gli esempi soddisfacenti dell'Ufficio federale dello sport di Macolin e dell'Istituto tropicale di Basilea confermano che questa soluzione è realistica e accettabile. Non si tratta infatti di discriminare i fumatori, bensì al contrario di integrarli, senza perdere di vista il diritto dei non fumatori di non dover respirare il fumo altrui, contro la propria volontà.

Spesso l'introduzione di un «edificio senza fumo» è seguita da un aumento dei tentativi di disassuefazione; ad esempio in occasione della costruzione di edifici per non fumatori presso l'Università di Ginevra: il numero di tentativi per smettere di fumare è infatti raddoppiato in seguito a tale intervento<sup>119</sup>.

Fra i luoghi in cui ci si trattiene non per libera scelta, il luogo di lavoro costituisce un caso esemplare. Se il legislatore ha definito le basi che permettono la tutela dei lavoratori non fumatori, i lavoratori, i sindacati e i datori di lavoro sono ancora male informati sui loro diritti e doveri in materia. Per tale motivo, la Confederazione intende incoraggiare i partner interessati

ad adottare regolamenti semplici, pragmatici ed accettabili per tutti – come ad esempio l'introduzione di un edificio non fumatori in cui sono previsti spazi destinati ai fumatori – che permette nella maggior parte dei casi di regolare tale questione senza occasionare spese. Svariati studi scientifici mostrano che i divieti di fumare sul luogo di lavoro permettono di ridurre il consumo di tabacco nella misura del 10%<sup>120</sup> circa, siccome le sigarette non fumate sul luogo di lavoro non sono recuperate in un altro momento della giornata. Inoltre, un tale divieto dovrebbe migliorare il rendimento dell'azienda: diminuzione dei conflitti, pause per fumare, danni al mobilio, spese di pulizia ecc.

Nei luoghi in cui ci si trattiene per libera scelta, le reticenze sono maggiori. L'industria del tabacco come pure le associazioni professionali interessate, hanno sistematicamente preannunciato che l'introduzione di un divieto di fumare nei ristoranti sarebbe stata seguita da una perdita di reddito non soltanto per i ristoranti bensì anche per il turismo in generale. Gli studi scientifici americani, confrontando sulla base di dati ufficiali i redditi prima e dopo l'introduzione di tali divieti, hanno chiaramente dimostrato che, tanto i ristoranti quanto i bar e gli hotel non hanno deplorato perdite di redditi<sup>121</sup>. L'introduzione a partire da gennaio 1998 di un divieto di fumare nei bar californiani con più di 5 impiegati è stata ben accolta ed ha permesso di ridurre sensibilmente i problemi respiratori del personale già dopo qualche mese<sup>122</sup>.

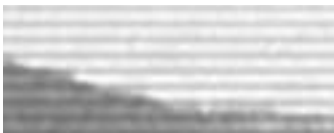
<sup>119</sup> Etter J.-F. et al., *J. Epidemiol. Community Health*, 1999, 53, 710–715

<sup>120</sup> Olive K., Ballard J., *Southern Medical Journal*, 1996, 89, 699–706;

Evans W. et al., *National Bureau of Economic Research*, maggio 1996

<sup>121</sup> Hyland A. et al., *Journal of Public Health Management Practice*, 1999, 5, 14–21;  
Glantz S. e Charlesworth A., *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281, 1911–1918

<sup>122</sup> Gottlieb S., *British Medical Journal*, 1999, 318, 8



## 6.2 Miglioramento della salute

### Obiettivo 4:

**I fumatori sono motivati a smettere di fumare e a tale scopo sono messi a loro disposizione mezzi adeguati**

Smettere di fumare migliora le condizioni di salute del fumatore, incita gli altri fumatori a seguire la stessa via, disincentiva i giovani a fumare, preserva la salute altrui e facilita la vita comunitaria.

Siccome in materia di disassuefazione le conoscenze evolvono rapidamente, i servizi federali seguiranno da vicino gli sviluppi della situazione (nuovi medicinali, riduzione dei rischi – harm reduction – fra i fumatori incalliti ecc.) e favoriranno la diffusione delle informazioni.

### Esempi di misure:

Una campagna mirata dei mezzi d'informazione, accanto a diverse attività sul terreno, incita i fumatori a smettere di fumare e ad interrogarsi sul loro consumo.

I metodi di disassuefazione – in particolare il sistema esperto lanciato nel 1998 dalla Lega svizzera contro il cancro – sono costantemente valutati e migliorati secondo le esigenze.

Un contratto di prestazioni è elaborato con i partner operanti al fine di perfezionare la formazione dei medici, dei dentisti e del personale di cura nel campo dei metodi di disassuefazione.

Fra i 1,9 milioni di fumatori che si contano in Svizzera, la maggioranza desidera smettere di fumare, essenzialmente perché preoccupata per la sua salute. Gli 1,3 milioni di ex fumatori che sono riusciti a liberarsi dal tabagismo sanno fino a che punto sia

difficile smettere di fumare. Anche con il migliore sostegno, il grado di successo dopo 12 mesi non arriva a superare il 20%<sup>123</sup>. Andranno superati ulteriori ostacoli, in particolare a livello di personale medico. Troppo spesso quest'ultimo non è consapevole delle dimensioni dell'effetto preventivo ottenuto con lo smettere di fumare. Altri fattori scoraggiano i medici a consigliare di smettere di fumare o a instaurare un accompagnamento terapeutico: tasso di ricadute troppo elevato, reazioni negative di taluni fumatori, assenza della presa a carico da parte delle casse malati di prodotti di sostituzione, formazione insufficiente in materia di disassuefazione.

Tuttavia, lo smettere di fumare è associato a un messaggio molto positivo che deve essere trasmesso: per un fumatore, la misura isolata è di gran lunga la più benefica per la sua salute. Indipendentemente dall'impatto sulla salute del fumatore, lo smettere di fumare esercita un effetto positivo sull'ambiente circostante: anche se parecchi ex fumatori si trasformano in ardenti difensori dei non fumatori per paura di ricaderci, essi possono capire i fumatori e motivarli a compiere un tentativo. Questi messaggi rappresentano l'occasione per sviluppare una campagna volta a motivare ed incoraggiare i fumatori a smettere di fumare, pur mostrando loro che un'eventuale ricaduta non è che una tappa normale verso la rinuncia definitiva al tabagismo. La campagna dovrà essere rivolta anche ai fumatori che non prevedono di smettere di fumare, al fine di condurli ad interrogarsi sulla loro relazione con il fumo.

Dato che le conoscenze in materia di disassuefazione evolvono rapidamente, si tratta di mettere a disposizione del personale curante programmi di formazione adattati ai gruppi target e che tengano conto delle conoscenze più recenti sul piano delle tecniche di disassuefazione, della farmacoterapia e della psicologia (consulenza). La Confederazione sostiene la diffusione di tali programmi. Visto che la dipendenza dalla nicotina è riconosciuta

<sup>123</sup> Fiore et al.: Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research, US Dep. of Health and Human Services, 1996

dall'OMS quale malattia, occorre valutare se non sia il caso di rimborsare i prodotti utilizzati nella disassuefazione. Qualora tale proposta dovesse essere approvata, dovrebbero essere elaborati dei criteri per stabilire le condizioni di tale rimborso da parte delle casse malati.

Nel messaggio destinato ai professionisti della salute andrebbe fatta presente l'esistenza di un effetto incrociato fra la disassuefazione e l'inizio del consumo: se i genitori smettono di fumare prima che il loro figlio raggiunga l'età di 9 anni, la probabilità che quest'ultimo cominci a fumare è ridotta della metà<sup>124</sup>.

Gli economisti si sono certamente impegnati a confrontare l'efficacia della prevenzione basata sullo smettere di fumare con quella di altri tipi di prevenzione (controllo dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia, mammografia, ecc.). Prendendo come parametro il costo necessario per guadagnare un anno di vita, essi hanno potuto dimostrare sistematicamente che lo smettere di fumare costituisce il tipo di prevenzione più vantaggioso: in dollari USA, un anno di vita guadagnato si traduce in 24 000–51 000 dollari per la prevenzione dell'ipertensione, a 136 000–224 000 dollari per la prevenzione dell'ipercolesterolemia e a soli 1000–20 000 dollari per lo smettere di fumare<sup>125</sup>. Per tale ragione, gli autori anglosassoni considerano a ragione che la disassuefazione dal tabagismo rappresenti la «golden standard» delle misure di prevenzione realizzabili in uno studio medico<sup>126</sup>.

### 6.3 Informazione e sensibilizzazione

#### Obiettivo 5:

**La popolazione è consapevole dell'importanza che la problematica del tabagismo riveste nell'ambito della sanità pubblica**

Una consapevolezza generale della necessità di sviluppare una prevenzione globale del tabagismo e sulla sua utilità per l'insieme della società sono una condizione preliminare necessaria al raggiungimento degli obiettivi della prevenzione. Le esperienze fatte all'estero hanno dimostrato la grande efficacia dell'impiego dei media per la sensibilizzazione dell'opinione sull'importanza della prevenzione del tabagismo<sup>127</sup>. Senza il loro appoggio, la maggior parte delle misure riconosciute per la loro efficacia non esplicherebbero tutti i loro effetti.

#### Esempio di misure:

Campagne d'informazione sui diversi temi da parte dei media.

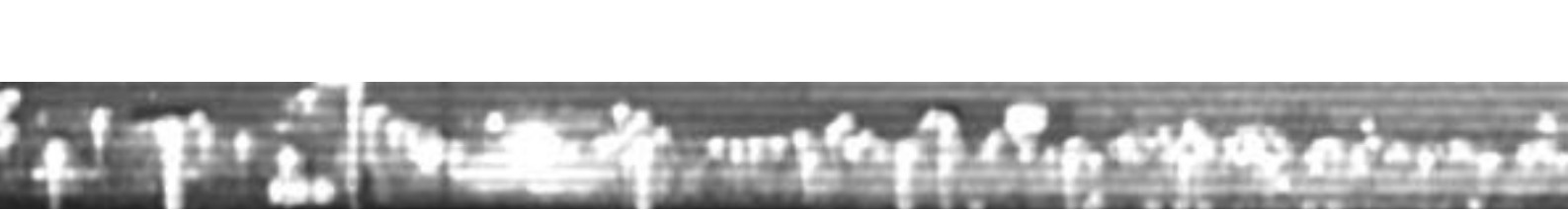
Rispetto al grande interesse manifestato dalla popolazione per i diversi aspetti relativi alla protezione della salute (organismi geneticamente modificati, Aids), la problematica del tabacco è in genere scarsamente presente sulla scena pubblica, sebbene interessi direttamente 2 milioni di fumatori e una maggioranza della popolazione sia esposta al fumo. Per illustrare il potenziale impatto dell'informazione sulla popolazione, occorre menzionare il caso della pubblicazione, nel 1972, del rapporto Herzfeld sulle componenti tossiche delle sigarette. Questa pubblicazione ha infatti coinciso con una riduzione importante del consumo: se

<sup>124</sup> Farkas A. et al., *Preventive Medicine*, 1999, 28, 213–218

<sup>125</sup> Warner K., *Pharmacoeconomics*, 1997, 11, 538–549. Riguardo allo smettere di fumare, i costi per ogni anno di vita guadagnato sono minimi nel caso di interventi mediante opuscoli o campagne mediatiche, e più elevati qualora la consulenza del medico è utilizzata congiuntamente a un prodotto di sostituzione a base di nicotina.

<sup>126</sup> Tratto da Warner K., *Pharmacoeconomics*, 1997, 11, 538–549

<sup>127</sup> Reid D., *British Medical Journal*, 1996, 52, 108–120



nel 1972 il consumo svizzero raggiungeva un record storico con 19,7 miliardi di sigarette, due anni dopo esso era già sceso a 16,7 miliardi.

Consapevole del suo dovere di informare il pubblico sui pericoli del fumo, la Confederazione intende adempiere il suo ruolo realizzando campagne d'informazione su diversi temi: effetti del tabacco sulla salute degli adulti e dei bambini, beneficio tratto dallo smettere di fumare, rischio di dipendenza, ecc. Parallelamente, una simile misura favorirà la maggiore comprensione del ruolo e della necessità di una prevenzione globale del tabagismo.

È possibile diminuire l'impatto del tabagismo sul piano sanitario mediante una politica di prevenzione efficace e globale che combini gli interventi di tipo classico menzionati precedentemente (misure educative presso i giovani, aiuto a smettere, formazione del personale curante, ecc.) con le misure legislative. In Francia, ad esempio, l'introduzione della legge Evin nel 1992, accompagnata da forti aumenti del prezzo delle sigarette, ha permesso di diminuire il consumo totale di sigarette, passato da 97 miliardi a 84 miliardi fra il 1991 e il 1998<sup>128</sup>. L'adozione di queste misure presuppone una consapevolezza generale dei problemi connessi al tabagismo e dei vantaggi della sua prevenzione.

#### **Obiettivo 6:**

#### **Nel corso dei prossimi cinque anni sarà formulata una politica nazionale sul tabacco**

In considerazione del parere dei Cantoni e delle organizzazioni non governative e altre cerchie interessate, i Dipartimenti e gli Uffici federali responsabili definiscono una politica globale sul tabacco fino al 2005. Tale politica ingloberà gli aspetti tecnici del prodotto stesso (componenti,

dichiarazione, ecc.), le condizioni di immissione sul mercato (vendita, tassazione, pubblicità e promozione ecc.), e le misure preventive (campagne d'informazione, programmi scolastici, protezione dei non fumatori, ecc.). A partire dal 2006 circa, la realizzazione di questa politica nazionale sul tabacco sarà attuata progressivamente ed effettuata parallelamente a quella degli altri prodotti implicanti dipendenza.

#### **Esempio di misure:**

Un gruppo di lavoro che riunisce tutti gli Uffici interessati alla problematica del tabacco è istituito allo scopo di sviluppare una politica nazionale.

All'estero diversi governi, come ad esempio quello francese o inglese, hanno riconosciuto la necessità di affrontare la problematica del tabagismo in modo globale, tenendo conto dei diversi aspetti, da quello economico alla coerenza con la politica governativa in materia di altre droghe illegali o legali ecc. Un simile approccio permette non solamente di utilizzare le sinergie fra i diversi tipi di misure, bensì anche di conferire al pubblico l'immagine di una politica coerente, in particolare nel caso in cui esso percepisce l'esistenza di un conflitto d'interessi fra la preoccupazione dello Stato di prelevare le tasse e il suo desiderio di promuovere la prevenzione<sup>129</sup>.

In Svizzera i diversi aspetti della problematica legata al tabacco sono attualmente disciplinati da molteplici disposizioni che rientrano nelle competenze dei diversi Dipartimenti: il Dipartimento federale dell'interno (l'UFSP è responsabile della prevenzione e delle prescrizioni sui prodotti retti dalla legge sulle derrate alimentari), il Dipartimento federale dell'economia (al quale spetta anche il controllo dei prezzi, il seco, dato che è respon-

<sup>128</sup> Centro di Documentazione e d'Informazione sul Tabacco, Parigi: [www.cdit.fr/fiches/conso.html](http://www.cdit.fr/fiches/conso.html)

<sup>129</sup> Nel suo studio, il Prof. Holly giunge alla conclusione seguente: l'imposizione del tabacco è certamente legittimata da considerazioni inerenti alla sanità pubblica. Dal punto di vista economico, tale imposizione assolve in effetti l'obiettivo di correggere la cattiva percezione dei rischi che i consumatori hanno a proposito del loro consumo. Inoltre, l'esistenza di una dipendenza al tabacco impedisce al consumatore di esercitare liberamente la sua scelta.

sabile dell'applicazione delle disposizioni che proteggono gli impiegati sul loro posto di lavoro) e il Dipartimento federale delle finanze (la tassazione dei prodotti del tabacco è di competenza della Direzione generale delle dogane che è l'organo di sorveglianza della SOTA). In passato, la tassazione dei prodotti del tabacco era considerata soprattutto come uno strumento della politica finanziaria della Confederazione piuttosto che uno strumento utile alla prevenzione. È indispensabile che, in futuro, i diversi partner dell'amministrazione si accordino meglio e che definiscano una politica nazionale che tenga conto di tutte le questioni legate al tabagismo. Una tale politica nazionale dovrà beninteso iscriversi nel contesto della politica sulla salute sviluppata a livello nazionale e tener conto della politica in materia di promovimento della salute. Fino allora è evidente che si proseguirà con lo sviluppo di misure legislative negli ambiti menzionati qui sotto.

### 6.4 Misure legislative

Al pari delle misure concernenti la protezione dei non fumatori, le misure strutturali non necessitano di alcun finanziamento particolare e sono oltretutto suscettibili di diminuire a lungo termine i costi della salute. Un aumento ragionevole dell'imposizione – pur tenendo conto della riduzione della domanda che essa suscita – genera inoltre importi ingenti<sup>130</sup>.

Una convergenza delle disposizioni legali svizzere verso le disposizioni dell'Unione europea dovrebbe, in un settore prioritario per i Ministri europei della sanità, facilitare l'avvicinamento all'Europa e gli scambi commerciali. L'adozione di nuove misure legislative da parte dei parlamenti polacco (novembre 1999) e ungherese (dicembre 2000) può essere interpretata in tal senso (cfr. il capitolo 2.10).

#### Obiettivo 7:

#### La pubblicità e la promozione sono rivolte esclusivamente ai consumatori

Al fine di supplire alla perdita dei suoi consumatori, (che hanno smesso di fumare o sono deceduti), l'industria del tabacco tenta incessantemente di accaparrarsi nuovi fumatori, essenzialmente fra i minorenni. La pubblicità e la promozione rivestono un ruolo cruciale a tale riguardo poiché rappresentano uno strumento che permette di veicolare un'immagine rassicurante e banalizzante del prodotto. La Confederazione analizza in quale misura ulteriori restrizioni della pubblicità e della promozione siano adeguate, riservandosi il diritto di proporre una modifica della legge sulle derrate alimentari.

#### Esempio di misure:

La presenza della pubblicità e la promozione dei prodotti del tabacco è limitata ai punti di vendita.

Di fronte all'esigenza da parte dell'industria del tabacco di ricercare incessantemente nuovi consumatori, è naturale che gli adolescenti rappresentino un bersaglio favorito: infatti, il 90% dei fumatori ha cominciato a fumare prima di avere raggiunto i 20 anni<sup>131</sup>. Inoltre, i consumatori restano molto fedeli alla loro marca di sigarette. Svitati studi sottolineano che la pubblicità e la promozione non servono unicamente a convincere i fumatori a cambiare marca, bensì che influiscono sul consumo contribuendo a creare nuovi adepti del tabagismo:

- i bambini di 6 anni riconoscono il personaggio di Joe Camel® al pari di Topolino®<sup>132</sup>. In Turchia, i giovani dai 7 ai 13 anni d'età

<sup>130</sup> Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999

<sup>131</sup> «L'insegnamento che va tratto dagli ultimi dieci anni è che l'industria è dominata dalle aziende che meglio rispondono alle esigenze dei giovani fumatori adulti.» Marketing plan de Imperial Tobacco, Canada, 1987–88. Più oltre, il documento definisce il gruppo bersaglio di diverse marche: «uomini d'età fra i 12 e i 17 anni», «uomini e donne d'età fra i 12 e i 34 anni». Marketing plan de Imperial Tobacco, 1987

<sup>132</sup> Fischer P. et al., Journal of the American Medical Association, 1991, 266, 3145–3148



riconoscono il logo Camel® più spesso di quello di McDonald's® o di Coca Cola®<sup>133</sup>. In Svizzera il 46% dei giovani di 15 – 16 anni ritiene che la pubblicità della Camel® è «piacevole e divertente»<sup>134</sup>.

- uno studio realizzato fra gli adolescenti americani d'età fra i 12 e i 17 anni ha permesso di seguire la loro evoluzione durante 3 anni<sup>135</sup>: il possedere un oggetto promozionale rappresenta un eccellente indicatore per pronosticare l'inizio del consumo da parte degli adolescenti
- si constata regolarmente che le marche di sigarette fumate più frequentemente fra i giovani sono quelle con un budget pubblicitario più elevato

D'altronde è pressoché inconcepibile che la pubblicità non esprima alcun effetto sul consumo di tabacco<sup>136</sup>. Inoltre essa banalizza questo prodotto e permette di conferire un'immagine rassicurante delle sigarette «light», come dimostra la reazione di taluni giovani: «Se il tabacco fosse così pericoloso come vorrebbero farci credere, le autorità ne avrebbero già vietato da tempo la pubblicità.»

In una rassegna della letteratura sul tema del presunto impatto esercitato da un divieto della pubblicità e della promozione, la Banca mondiale giunge alla conclusione che un divieto sul modello della direttiva europea del 1998 potrebbe ridurre il consumo del 7%<sup>137</sup>.

Ben inteso, l'attuazione di campagne di prevenzione riesce a compensare una parte non indifferente della diminuzione dei redditi generata dalle limitazioni della pubblicità sul tabacco.

Sulla base di questi fatti, la Confederazione osserva l'evoluzione delle conoscenze e delle pratiche europee, analizza in quale misura le restrizioni supplementari della pubblicità e della promozione siano adeguate e realizzabili e, infine, propone le misure che ritiene appropriate.

#### **Obiettivo 8:**

#### **L'imposizione dei prodotti del tabacco in Svizzera è aumentata**

L'aumento dell'imposizione dei prodotti del tabacco costituisce l'unica misura avente l'effetto preventivo più incisivo a corto termine. Il suo impatto sulla riduzione del consumo è pronunciato e rapido. Inoltre tale misura è facilmente attuabile e finanziariamente conveniente per lo Stato.

#### **Esempio di misure:**

L'imposizione dei prodotti del tabacco si avvicina ai minimi in vigore nell'Unione europea.

È intensificata la collaborazione internazionale nell'ambito della lotta al contrabbando.

In Svizzera l'aliquota d'imposizione delle sigarette è stata oggetto di uno studio effettuato dall'Università di Losanna su mandato dell'UFSP. Siffatto studio ha messo in evidenza che tale aliquota d'imposizione è insufficiente e non adempie le condizioni vigenti nell'Unione europea, le quali prevedono un'aliquota d'imposizione minima specifica pari al 57% del prezzo di vendita al dettaglio<sup>138</sup>. Nel 1999, per poter rendere compatibile la tassazione delle sigarette in Svizzera con le direttive dell'Unione europea, si sarebbe dovuto aumentare la tassazione in modo da portare il prezzo del pacchetto di sigarette da 4.50 a 5.20 franchi<sup>139</sup>. D'altronde è incomprensibile che vi siano sigarette di marche identiche più care in Francia, un paese in cui il potere d'acquisto è inferiore al nostro.

Al pari di altri studi precedenti, quello losannese del prof. Holly ha evidenziato che un aumento del prezzo – ad esempio del 10% – provocherebbe un abbassamento rapido e progres-

<sup>133</sup> Emri S. et al., Tobacco Control, 1998, 7, 386–392

<sup>134</sup> Krebs H.: Motivstudie Rauchen: Die Rauchgewohnheiten und deren Hintergründe bei 13- bis 19-jährigen Jugendlichen in der Deutsch- und Westschweiz. Zurigo, 1999

<sup>135</sup> Pierce J. et al., Journal of the American Medical Association, 1998, 279, 511–515

<sup>136</sup> È quanto constatata anche E. Foote, un ex presidente dell'agenzia di pubblicità McCann-Ericson: «Mi diverto sempre quando s'insinua che la pubblicità, il cui ruolo consiste nell'aumentare il consumo di qualsiasi prodotto, cesserebbe miracolosamente di funzionare nel caso dei prodotti del tabacco.»

<sup>137</sup> Curbing the Epidemic, p. 50 : The World Bank, Washington DC, 1999

<sup>138</sup> Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999

<sup>139</sup> Weber F., Rivista delle dogane, 1999, 4, 8–11

sivo del consumo, nel caso specifico del 4% circa. I giovani reagiscono più sensibilmente agli aumenti di prezzo; di conseguenza, un aumento del 10% permetterebbe di ridurre il loro consumo nella misura del 7% – 8%<sup>140</sup>. Lo smettere di fumare potrebbe in tal modo essere facilitato: uno studio realizzato in Svizzera sui giovani di 16 – 17 anni ha infatti dimostrato che le probabilità di smettere di fumare aumentano nel caso in cui il consumo è debole<sup>141</sup>. In Gran Bretagna, il recente abbassamento del numero dei fumatori osservato presso i giovani da 11 a 15 anni è stato messo in relazione con un aumento, in questo gruppo d'età, dei possessori di cellulare, un oggetto diventato pure esso simbolo dell'età adulta. I ricercatori fanno notare che con le risorse finanziarie limitate di cui dispongono i giovani inglesi – un pacchetto di sigarette in Gran Bretagna costa più di 11 franchi – fumare potrebbe diventare un lusso non più competitivo rispetto ad altri oggetti che conferiscono lo stesso status<sup>142</sup>.

In Svizzera, un aumento dell'imposizione del tabacco tale da fare salire il prezzo del pacchetto al di sopra di 4.80 franchi necessita tuttavia di una revisione della legge sull'imposizione del tabacco. Una tale revisione è pianificata e la Direzione generale delle dogane ha previsto di sottoporre al Consiglio federale una proposta in tal senso nel corso del 2001.

### Obiettivo 9:

#### I minorenni non hanno accesso ai prodotti del tabacco

La regolamentazione attuale – è più facile procurarsi le sigarette rispetto ad altri prodotti di prima necessità – contribuisce ampiamente a banalizzare i prodotti del tabacco, sia fra gli adulti sia fra i giovani. Se applicato in modo coerente, un divieto di vendita ai minorenni può contribuire a correggere tale immagine.

### Esempio di misure:

La vendita dei prodotti del tabacco è vietata ai minori di 16 anni, e le misure repressive contro i venditori che contravengono a tale divieto sono fortemente dissuasive.

Secondo uno studio commissionato nel 1996 dall'industria del tabacco<sup>143</sup>, l'80% delle persone interrogate è favorevole ad un divieto di vendita dei prodotti del tabacco per gli adolescenti d'età inferiore ai 16 anni. L'industria stessa ha affermato pubblicamente a più riprese di essere favorevole ad una simile misura in Svizzera, senza escludere la possibilità che il limite sia fissato a 18 anni.

La tentazione a credere che il divieto di vendita dei prodotti del tabacco ai minorenni risolverà tutti i problemi oppure che, al contrario, tale divieto ravviverà l'interesse di questa fetta della popolazione per il tabacco incrementandone il consumo, può essere grande. Se i controlli sono sufficientemente frequenti e le multe nel caso di infrazioni sono altrettanto dissuasive, i divieti di questo genere possono esplicare un effetto limitato diminuendo il consumo o ritardandone l'inizio<sup>144</sup>. In un rapporto di recente pubblicazione, il prof. Killias sottolinea la necessità di prevedere e di applicare misure fortemente dissuasive per accompagnare tali restrizioni di vendita in Svizzera<sup>145</sup>. Un divieto di vendita dei prodotti del tabacco ai minorenni contribuisce nel contempo a conferire la giusta connotazione a tali prodotti, evitandone la banalizzazione e trasmettendo un messaggio molto chiaro al pubblico.

Per ragioni legate all'accettabilità e alla fattibilità di questa misura, è preferibile fissare l'età limite per l'acquisto dei prodotti del tabacco a 16 anni.

<sup>140</sup> Holly A.: Relations entre la consommation tabagique et la taxation du tabac. iems, Università di Losanna, 1999  
Un aumento della tassazione dei prodotti del tabacco è finanziariamente benefico per la Confederazione. Nel caso di un aumento del prezzo del pacchetto di sigarette da fr. 4.50 (a fr. 5.– tra il 1999 ed il 2000), la Confederazione compenserebbe ampiamente la diminuzione del consumo mediante un'entrata supplementare. Calcolato su questa base, il guadagno annuo per le finanze della Confederazione aumenterebbe fino a raggiungere ad esempio 230 milioni di franchi nel 2008.

<sup>141</sup> Schmid H. et al., SuchtMagazin, 1999, 25, 3–13

<sup>142</sup> Charlton A., Bates C., British Medical Journal, 2000, 321, 1155

<sup>143</sup> Schweizerinnen und Schweizer im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Reglementierung. Infosuisse, Zurigo, 1997

<sup>144</sup> Breve rassegna della letteratura presentata in Blewden M. e Spinola C., Drug and Alcohol Review, 1999, 18, 83–91

<sup>145</sup> Killias M.: De l'efficacité des mesures de protection de la jeunesse, en particulier en relation avec la consommation de substances engendrant la dépendance. Losanna, febbraio 1999

#### **Obiettivo 10:**

##### **La dichiarazione dei prodotti del tabacco informa i consumatori in modo oggettivo**

La dichiarazione del prodotto assolve l'obiettivo di conferire ai consumatori informazioni oggettive sul prodotto. A tale riguardo dovranno essere aggiornati i metodi di misura delle diverse componenti del fumo. Dev'essere assicurata una certa trasparenza, in particolare per quanto concerne l'utilizzazione di additivi e la dichiarazione del prodotto.

#### **Esempio di misure:**

La dichiarazione delle sostanze tossiche è adattata alle norme europee e le avvertenze sono stampate in modo ben visibile.

I tenori di catrame e di nicotina figuranti sugli imballaggi sono determinati secondo un metodo di misura obsoleto che non riflette il comportamento reale dei fumatori e che contribuisce ad ingannarli (cfr. il capitolo 2.2). In mancanza di un nuovo metodo di misura affidabile, dev'essere ripensata la dichiarazione dei tenori di catrame e di nicotina. Inoltre sarà effettuata una valutazione concernente la dichiarazione di altre sostanze nocive.

Va seriamente considerata la possibilità di vietare i suffissi («Light» ecc.) che danno al consumatore una falsa impressione di sicurezza.

Sia in America sia in Europa sono stati effettuati test, i quali hanno dimostrato che le avvertenze di maggiore effetto, sia dal profilo del testo sia da quello della sua visibilità, contribuiscono ad una migliore percezione dei rischi da parte dei fumatori nonché a una modifica delle loro attitudini<sup>146</sup>.

La Confederazione valuta e propone disposizioni destinate ad aggiornare la dichiarazione dei prodotti del tabacco allo scopo di informare meglio i consumatori. A tale riguardo essa seguirà attentamente l'evoluzione della politica delle autorità sanitarie europee.

#### *6.5 Integrazione internazionale*

#### **Obiettivo 11:**

##### **La Svizzera partecipa ai negoziati della Convenzione quadro dell'OMS sulla lotta anti-tabacco e la ratifica**

La Svizzera ha il dovere di ricercare l'integrazione internazionale, anche per quanto concerne la prevenzione del tabagismo. A tale riguardo essa dovrà continuare a partecipare attivamente al processo di negoziazione della Convenzione.

#### **Esempio di misure:**

La Svizzera partecipa attivamente ai negoziati della Convenzione-quadro e dei suoi protocolli con l'obiettivo di poterli ratificare.

Diversi problemi relativi alla lotta contro il tabagismo rivestono una dimensione internazionale: pubblicità nelle riviste pubblicate all'estero o alla tivù, coltivazione del tabacco, norme relative alla misura dei tenori di catrame o di nicotina, importazione/esportazione di merce, contrabbando ecc.

La Svizzera partecipa attivamente ai negoziati che dovrebbero permettere di elaborare entro il 2003 una Convenzione-quadro sul controllo del tabagismo. Questi negoziati rappresentano per

<sup>146</sup> Qualitative (focus group) report regarding health warning labels and images on cigarette packages. Rapporto commissionato dall'Ufficio di controllo del tabacco, dipendente dal Ministero della Sanità, marzo 1999: [www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/ehd/tobacco/pdf/warning.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/ehd/tobacco/pdf/warning.pdf)

## Settori d'intervento

la Svizzera un'eccellente opportunità che le permette di situarsi rispetto agli altri Paesi europei, di approfittare dell'esperienza degli altri Paesi e di unirsi ai loro sforzi.

Siccome la Svizzera esporta la metà della sua produzione di sigarette, essa è evidentemente interessata a partecipare alla definizione di norme tecniche internazionali. Inoltre, la lotta contro il contrabbando di sigarette, per essere efficace, deve poter beneficiare di una vasta cooperazione su scala internazionale.

cazione, fra cui Internet, rappresentano una fonte d'informazioni e di scambi indispensabile che va gestita efficacemente. Parallelamente, gli specialisti della prevenzione devono essere formati adeguatamente, in particolare nel settore della comunicazione.

I progetti di ricerca sono parte integrante di una gestione sistematica delle conoscenze («Wissens-Management»). La Confederazione dirige progetti di ricerca applicata nei diversi settori (progetti scientifici, inchieste presso la popolazione ecc.) e ne comunica i risultati ai gruppi interessati.

### 6.6 Gestione delle conoscenze

#### **Obiettivo 12:**

#### **L'acquisizione e la trasmissione delle conoscenze e dell'esperienza sono assicurate**

Mediante un contatto diretto con i diversi settori della prevenzione in Svizzera e all'estero, UFSP si adopera affinché le esperienze accumulate all'estero siano messe a profitto nelle attività di prevenzione in Svizzera. La riunione e il trasferimento di conoscenze sono indispensabili per una pianificazione strategica basata su prove scientifiche.

#### **Esempio di misure:**

I partner della prevenzione si accordano in merito all'istituzione di un centro d'informazione sul tabagismo.

Su esempio delle aziende private che hanno capito la necessità di uno scambio delle conoscenze a livello internazionale, i responsabili della prevenzione devono essere in grado di trarre profitto dalle esperienze e dalle competenze disponibili sul piano internazionale. A tale riguardo, i nuovi sistemi di comuni-



# Ripartizione dei compiti e dei ruoli



## 7 Ripartizione dei compiti e dei ruoli

In Svizzera la prevenzione del tabagismo è opera di una vasta rete di partner, la maggior parte dei quali è attiva da molto tempo, spesso in maniera più o meno autonoma. La disparità degli agenti e dei compiti rende indispensabile la coordinazione fra tali partner al fine di migliorare la ripartizione dei ruoli che dovrebbe essere definita in funzione delle competenze, di assicurare lo scambio d'informazioni, di massimizzare le sinergie in termini di risorse umane e finanziarie nonché di evitare i doppioni o la concorrenza.

In quanto istanza di direzione strategica della prevenzione del tabagismo in Svizzera, l'UFSP:

- è responsabile dell'elaborazione della strategia nazionale e della sua direzione
- coordina la prevenzione del tabagismo nel suo insieme e mobilita le forze necessarie a una promozione della prevenzione (organizzazioni, responsabili delle decisioni ecc.)
- delega i compiti operazionali ai partner della prevenzione atti a questa mansione mediante mandati
- segue l'evoluzione della situazione a livello internazionale e ne deduce progetti e misure a livello nazionale
- assicura le basi scientifiche indispensabili all'adozione di decisioni razionali e avvia, se necessario, progetti di ricerca per tener conto dei bisogni e delle specificità svizzere
- elabora o contribuisce all'elaborazione di leggi che permettono di creare condizioni quadro favorevoli alla prevenzione
- dirige campagne d'informazione a livello nazionale

Secondo tale definizione, il ruolo dell'UFSP consiste più precisamente nello sviluppare una politica nazionale in materia di tabacco improntata alla tutela della salute, nel proporre misure legislative compatibili con la Costituzione, nel favorire l'integra-

zione internazionale e nello sviluppare strumenti di lavoro. Negli altri settori d'intervento, il suo ruolo consiste essenzialmente nella coordinazione delle attività fra i partner e nella delega della gestione dei progetti. È il caso, in particolare, per determinate reti di scuole attive nel promovimento della salute nonché per programmi di promovimento della salute extra scolastica destinati ai giovani.

Nonostante l'impegno della Confederazione in questi ultimi anni nell'intento di risolvere determinati problemi di sanità pubblica come l'Aids o le dipendenze, spetta ai *Cantoni* espletare i compiti che sono di loro competenza. I Cantoni rivestono un ruolo importante poiché dispongono di prerogative estese: disciplinamento nell'ambito degli enti pubblici (cfr. la discussione sul tabagismo passivo), organizzazione del sistema sanitario (cfr. a tale riguardo il capitolo sulla disassuefazione), sistema di educazione (cfr. la discussione concernente l'inizio del consumo) ed esecuzione di alcune leggi (OTab, LDerr ecc.). Essi sono quindi predestinati ad agire sulle tre linee principali. Una cooperazione fra i dipartimenti cantonali deve inoltre permettere l'attuazione di una politica coordinata, anche sul piano cantonale.

Per quanto concerne la nuova *Commissione federale per la prevenzione del tabagismo*, istituita nel mese di maggio 1998, essa è incaricata di consigliare il Dipartimento dell'interno nelle questioni specifiche del tabagismo. Inoltre, partecipa alla definizione di una strategia nazionale della prevenzione del tabagismo, seguendone la realizzazione, contribuisce a potenziare la collaborazione tra i diversi partner della prevenzione e informa le cerchie interessate e la popolazione in merito alla prevenzione del tabagismo.

Vista la definizione del ruolo assunto dalla Confederazione e dai Cantoni nella prevenzione del tabagismo, sarà necessario definire le modalità di collaborazione con *le organizzazioni non*

## Ripartizione dei compiti e dei ruoli

*governative*, ripartire i compiti – all’occorrenza mettendoli a concorso – utilizzando al meglio le competenze e le risorse esistenti, e consolidare il rispettivo ruolo dei diversi partner. Tra i partner possono essere menzionati: l’Associazione svizzera per la prevenzione del tabagismo (AT), la Fondazione 19, la Lega svizzera contro il cancro, la Lega polmonare svizzera, pro aere, l’Associazione svizzera dei non fumatori, l’Istituto svizzero della prevenzione dell’alcolismo e altre tossicomanie (ISPA), i centri di prevenzione regionali e CIPRET, la Federazione svizzera dei medici (FMH), la Società svizzera di farmacia, le ditte farmaceutiche, gli istituti universitari di medicina preventiva ecc.

Le attività di prevenzione nonché la ripartizione dei ruoli tra i partner seguono nella loro evoluzione i cambiamenti intervenuti in questo campo negli ultimi tempi. In questa ottica, presentiamo brevemente i ruoli assunti attualmente dai principali partner, senza pregiudizio per una ripartizione futura di tali ruoli.

L’AT, vista la sua funzione di organizzazione mantello, ha il ruolo di piattaforma mobile dell’informazione tra i partner e i media. È inoltre responsabile della gestione di mandati che riguardano la prevenzione presso i giovani, coordina le attività dei centri regionali e partecipa alla concezione della maggior parte delle altre misure preventive contro il tabagismo.

La *Fondazione 19* è attiva nel quadro di tre programmi prioritari: gioventù e salute (I), attività fisiche, alimentazione e rilassamento (II), nonché salute sul posto di lavoro (III). Promuove numerosi progetti destinati a migliorare l’ambiente scolastico e extra scolastico dei giovani, partecipa a un concorso destinato alle classi di non fumatori, sostiene una rete di ospedali attivi nel promovimento della salute e dirige una campagna di sensibilizzazione per la promozione della salute.

La *Lega svizzera contro il cancro* coordina il Programma nazionale della lotta contro il cancro. Nell’ambito della parte dedicata alla lotta contro il cancro ai polmoni, è specializzata nei progetti relativi alla disassuefazione: campagna «milestone» (ribattezza-

ta «Let it be»), formazione dei medici, istituzione di centri di consulenza per la disassuefazione nell’ambiente ospedaliero.

La *Lega polmonare svizzera* svolge dei seminari di perfezionamento nell’ambito della disintossicazione destinati ai centri regionali e ha adattato uno spettacolo sulla prevenzione destinato agli allievi.

L’associazione *pro aere* consacra la sua attività essenzialmente alla difesa dei non fumatori e in quest’ottica svolge una campagna di sensibilizzazione sul tema del fumo passivo e dei suoi effetti sui bambini in tenera età.

L’*ISPA* sviluppa e gestisce diversi progetti destinati ai giovani. Svolge delle inchieste relative a questo gruppo target e ne assicura l’interpretazione. Allestisce inoltre una banca di dati statistici che è a disposizione del pubblico.

Oltre alle loro attività relative alla ricerca fondamentale, gli *Istituti universitari* di medicina sociale e preventiva dirigono dei progetti che hanno un impatto diretto sulla prevenzione: valutazione delle misure preventive (Università di Berna e Zurigo), sviluppo e valutazione della consulenza sulla disassuefazione destinata al grande pubblico (Università di Ginevra) o ai medici (Università di Losanna), ricerca sugli effetti dell’esposizione al fumo passivo in condizioni reali (Università di Basilea). Altri Istituti svolgono un ruolo più specifico.

La *Federazione svizzera dei medici* e le sue organizzazioni specializzate partecipano allo sviluppo e alla diffusione di un programma di formazione in disassuefazione destinata ai medici.

La *Società svizzera di farmacia* organizza e coordina misure di promovimento della disassuefazione nelle farmacie.

L’*Industria farmaceutica* sostiene diversi progetti, in particolare nell’ambito della disassuefazione.

Allo scopo di trovare un consenso sulla distribuzione dei ruoli e dei compiti nonché sulle priorità concernenti le misure da realizzare, è prevista l’organizzazione regolare di una conferenza sotto l’egida dell’UFSP che riunirà i più importanti partner

coinvolti sul terreno (AT, Fondazione 19, Lega svizzera contro il cancro, Lega polmonare svizzera, pro aere, Associazione svizzera dei non fumatori, ISPA, alcuni centri regionali ecc.).

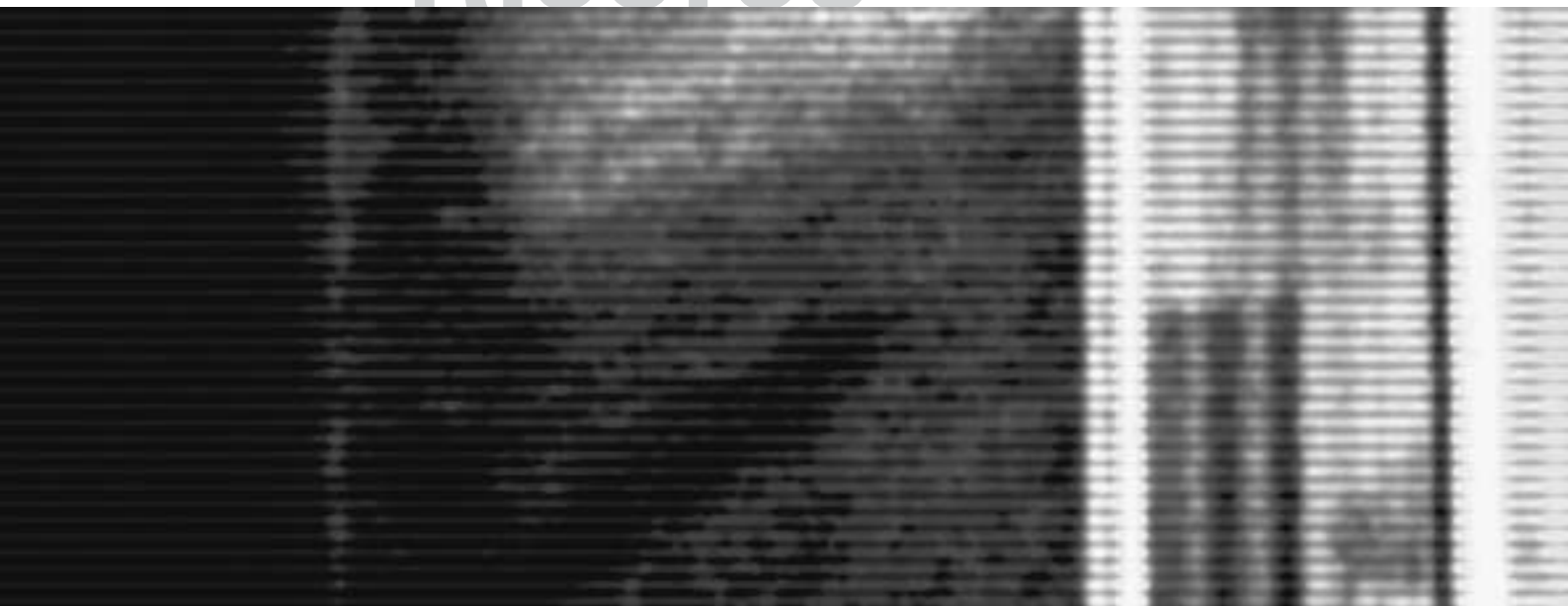
Sarà inoltre attribuita grande importanza a un'estensione del partenariato della prevenzione, in modo da stringere alleanze con tutte le parti aventi un interesse nella prevenzione del tabagismo. Tra queste si possono menzionare le casse malati, la Società svizzera di odontologia e stomatologia, le organizzazioni di consumatori nonché i sindacati. Si dovrebbe tentare anche una collaborazione con gli ambienti economici importanti che condividono determinati interessi della prevenzione del tabagismo (associazione degli impiegati o delle associazioni professionali ecc.).

Per quanto riguarda l'auspicio espresso dall'industria del tabacco in vista di collaborare con gli ambienti della prevenzione del tabagismo, è difficile immaginare come potrebbe essere concretizzata nell'interesse di una prevenzione efficace, pur preservando la credibilità dei partner della prevenzione e di quella delle autorità della sanità pubblica<sup>147</sup>.

---

<sup>147</sup> Cfr. rapporti pubblicati dall'OMS sui tentativi di manipolazione da parte dell'industria del tabacco: Tobacco Company Strategies to Undermine Control Activities at the WHO, Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents, July 2000 ([www.who.int/genevahearings/inquiry.html](http://www.who.int/genevahearings/inquiry.html)), nonché: The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy Making in Switzerland, Lee C.Y., Glantz S., University of California, January 2001 (<http://tobacco.who.int/documents/InquirySwiss.pdf>)

# Risorse



## 8 Risorse

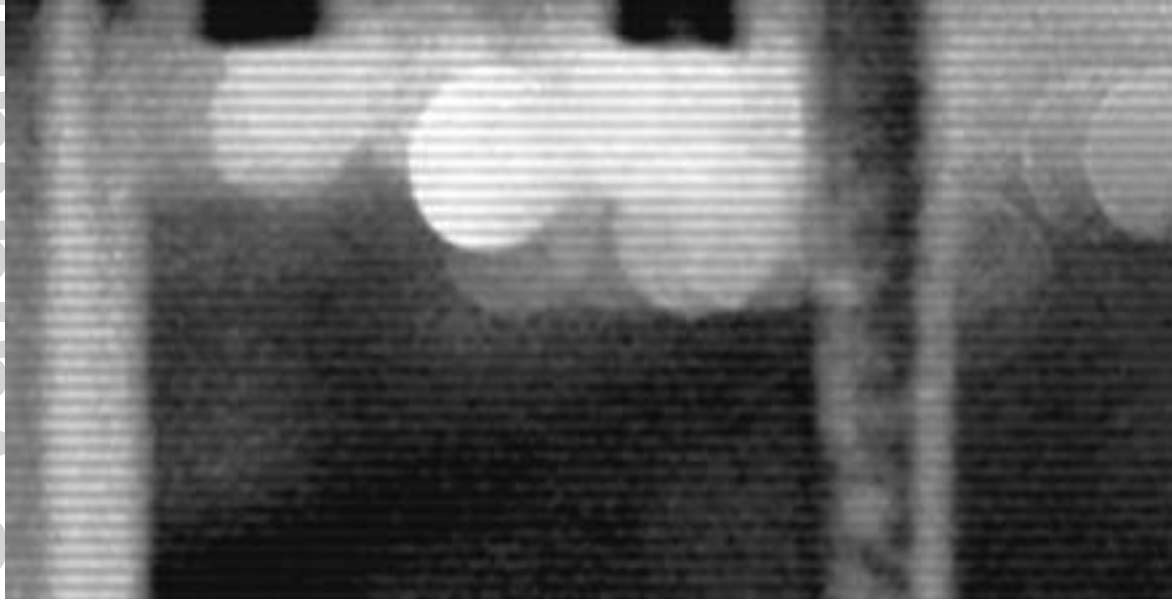
I mezzi messi a disposizione della prevenzione del tabagismo nel quadro del budget dell'UFSP ammontano a 4,9 milioni di franchi per il 2001. Nell'ambito di un aumento progressivo dei budget attribuiti alla prevenzione del tabagismo questa somma sarà incrementata entro il 2005 sino a 10 milioni di franchi. Nel corso dei prossimi anni questi budget saranno sottoposti al Consiglio federale e al Parlamento affinché concedano i mezzi adeguati.

A titolo di confronto, il Center for Disease Control and Prevention, un organismo al servizio del governo americano, ha pubblicato delle direttive destinate agli Stati americani concernenti le buone pratiche in materia di prevenzione del tabagismo<sup>148</sup>. Per realizzare l'insieme delle misure raccomandate da siffatto organismo, s'impongono costi complessivi (infrastruttura dello Stato compresa) valutati a \$ 5–16 per persona, corrispondenti per la Svizzera a un importo globale fra 45 e 144 milioni di franchi. Tale importo totale include le misure pubblicitarie per una campagna di prevenzione, il cui costo è valutato a \$ 1–3 per persona, corrispondenti per la Svizzera a un importo da 9 a 27 milioni di franchi. Lo sviluppo della prevenzione del tabagismo e la messa in atto del Programma 2001–2005 secondo le modalità cui si è fatto accenno più sopra necessitano anche risorse sufficienti di personale. Tenuto conto del fatto che è indispensabile un aumento del numero dei posti, si prevede di utilizzare una parte dei crediti di prevenzione al fine di assicurarne il finanziamento.

---

<sup>148</sup> Best Practice for Comprehensive Tobacco Control Programs.  
Center for Disease Control and Prevention, agosto 1999

# Qualità, controllo della qualità e valutazione



## 9 Qualità, controllo della qualità e valutazione

Per qualità s'intende il miglioramento costante delle strutture, dei processi e dei risultati. La questione della qualità deve dunque essere posta a differenti livelli (progetti, programmi, istituzioni). Oltre a questa definizione fondamentale, la promozione della qualità è un processo che richiede la partecipazione di tutti. In una prima tappa si tratterà di definire i criteri di qualità e di controllare l'applicazione di tutte le misure sviluppate nel quadro del programma 2001–2005.

Gli individui, le organizzazioni e le istanze statali formulano delle esigenze ragionevoli per quanto attiene alla realizzazione degli interventi e delle attività; essi definiscono i criteri di qualità per la loro valutazione. Lo sviluppo di un senso della qualità e i principali criteri e nozioni della qualità devono costituire l'oggetto di un'istruzione delle istanze dirigenti e delle persone implicate, al fine di facilitare il varo dei processi di gestione della qualità. Un controllo della qualità si applicherà a tutti i mandati assegnati dai poteri pubblici.

Gli interventi effettuati – ivi comprese le disposizioni legali messe in atto – dovranno essere oggetto di una valutazione che permetta di stimare l'impatto e di effettuare gli aggiustamenti necessari. Oltre agli strumenti specifici sviluppati nell'ambito di un mandato di valutazione, determinati dati ottenuti nel quadro di una intensificazione delle attività di ricerca (sistema di monitoraggio per seguire l'evoluzione dell'incidenza e delle attitudini) potranno essere utilizzati a tale scopo.

# Realizzazione e priorità



## 10 Realizzazione e priorità

Per la messa in opera del programma 2001–2005, sarà elaborato un piano di misure concrete in grado di definire gli obiettivi fondamentali e il modo di realizzarli.

Al fine di fissare delle priorità tra i 12 obiettivi definiti nel programma 2001–2005, sono presi in considerazione i seguenti criteri:

- efficacia in termini di prevenzione
- esistenza di una volontà politica
- accettazione da parte dei principali interlocutori
- disponibilità delle risorse finanziarie e di personale

Nella situazione attuale, e tenendo conto delle riflessioni formulate nell'ambito della procedura di consultazione, nel corso dei primi anni risultano prioritari i seguenti obiettivi:

- consapevolezza della popolazione in merito alla problematica legata al tabacco (obiettivo 5)
- miglioramento dell'inserimento sociale dei giovani (obiettivo 1)
- protezione dei non fumatori (obiettivo 3)
- promozione della disassuefazione per i fumatori (obiettivo 4)

Sulla base degli obiettivi prioritari definiti saranno formulati, per ognuno di essi, degli obiettivi intermedi e i loro indicatori. Alla fine sarà elaborato, in funzione degli obiettivi intermedi definiti, un piano di misure concrete, integrato da obiettivi paralleli, operativi e quantificabili. Questo piano, integrato da un calendario, sarà periodicamente aggiornato.

Saranno fissate anche delle priorità sul piano legislativo.

Durante una prima tappa che va dal 2001 al 2002, è prevista la proposta delle seguenti modifiche:

- modifica della Legge federale sull'imposizione del tabacco in vista di concedere al Consiglio federale delle nuove competenze per la tassazione dei prodotti del tabacco, competenze che gli permetteranno così di avvicinare il tasso d'imposizione delle sigarette a quello minimo definito nelle direttive dell'Unione europea (obiettivo 8)
- divieto di vendita ai minori di anni 16 (obiettivo 9)
- adattamento delle disposizioni concernenti le avvertenze sulla salute figuranti sul pacchetto come anche dei limiti che definiscano i valori massimi delle sostanze tossiche, in conformità alla direttiva europea in materia (obiettivo 10)

In una seconda tappa, posteriore al 2002, dovranno essere realizzate altre misure:

- restrizioni supplementari della pubblicità la cui ampiezza e le cui modalità dovranno essere ancora valutate (obiettivo 7); saranno proposte nel quadro di un progetto di modifica della Legge sulle derrate alimentari