

Smoke in Young University Albanians

Lejda Abazi

University "Ismail Qemali" Vlora
Faculty of Humanistic Science, Department of Education

Doi:10.5901/ajis.2013.v2n8p163

Abstract

After an Italian experience of college internship at "Gea" Health Project non-profit organization in the field of Health Psychology, more specifically in the prevention and treatment of Cigarette Smoking and Pathogenic Addiction, finalized with a thesis entitled: "Cigarette smoking among addiction and treatment" the interest of study focuses on smoking in the Albanian context, little explored and known by the public health workers in their promotion intervention-prevention and care. The objective of this study is to build a picture of the smoking problem in Albanian society, the identification of interpretations of the mechanisms of the phenomenon of smoking in young people, bring theoretical insights, study, research, treatment used for years in Italy about smoking now in the Albanian context latest. It appears that the law against smoking in public places was enacted in Albania in 2007, two years after the Law named "Sirchia" in Italy in 2005. A big step for Albania, but what was the consequences of this law? In fact in Albania continues to smoke a little 'everywhere, in restaurants, pubs, bars, even in the corridors of the university or the waiting room in hospitals. This article highlights smoking in young students' college, the target group most vulnerable to "fight" against addiction, customers-patients who did not traceable by health care workers, those most indifferent and passive in risk perception and smoking related diseases.

1. Introduzione

Il Fumo è un carcinogeno di classe "A", al pari dell'Amianto. Quest'ultimo è vietato in modo rigoroso: il primo è un prodotto di libero consumo. Perché?

Tutti sanno che il fumo provoca seri danni alla salute. Viene pure scritto sul pacchetto. Perché si continua a fumare? Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera "il fumo di tabacco la prima causa di morte e malattia evitabili al mondo". Cos'è il fumo di tabacco?

- Vizio,
- Piacere
- Abitudine
- Stile di vita
- Fattore di rischio

DSM IV e IC – 10: "Il fumo è una patologia da dipendenza". In quest'articolo si evidenzia il fumo nei giovani studenti universitari, il gruppo target più vulnerabile alla "lotta" contro le dipendenze, i clienti-pazienti poco rintracciabili dagli operatori sanitari, i soggetti più indifferenti e passivi nella percezione del rischio fumo e malattie correlate. Il lavoro parte da un'osservazione diretta di studenti fumatori in ambienti interni all'università. In realtà in Albania si continua a fumare un po' ovunque, nei ristoranti, al pub, nei bar, perfino nei corridoi delle università o sala d'attesa in ospedali. L'obiettivo di questo studio è quello di costruire un quadro del problema fumo nella società albanese, l'identificazione di chiavi di lettura, dei meccanismi del fenomeno tabagismo nei giovani, riportare spunti teorici, di studio, ricerca, terapia applicata da anni in Italia verso il tabagismo ora anche nel contesto albanese più recente.

2. Materiali e metodi

Il materiale utilizzato per la realizzazione di questo disegno di studio è il Programma Antifumo GFT dell'Università di Roma "La Sapienza" Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia e SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) che si applica nei Gruppi Terapeutici Fumatori presso i Centri per il Trattamento del Tabagismo nei Asl ed ospedali italiani. Questo programma antifumo conteneva delle schede con i suddetti metodi:

- Questionario semistrutturato
- Nicotine Addiction Test (di Fagerstrom)

- Beck Inventory Scale
- Test – SDS (Severità Dependence Score)
- Test – VAS (Visual Addiction Scale)

Il campione dello studio è composto di 49 studenti universitari fuori sede, residenti a Valona nella casa dello studente della città universitaria. È stato scelto un piccolo campione, ma rappresentativo dell'intera popolazione di giovani studenti albanesi composto da 27 studenti maschi e 22 femmine. Si deve tener conto che a differenza di come il programma antifumo si applica nei centri per il trattamento del tabagismo dove sono i fumatori che contattano tramite appuntamento e si rivolgono al primo colloquio all'operatore, nello studio con i studenti universitari era la psicologa e l'infermiera della casa dello studente a distribuire il materiale. Ci sono stati degli studenti che hanno rifiutato di compilare il questionario e i vari test. Questo spiega la scelta di un campione piccolo. Inoltre, il materiale somministrato conteneva vari dati da quelli demografici, questionario semistrutturato, e i vari test, tutto in 8 pagine, quindi molti variabili da misurare.

3. Risultati

27 Studenti maschi: età 19-31 anni			
Stato civile: 23 celibe, 1 convivente, 2 sposati, 1 divorziato.			
Regione: 15 Sud, 8 Nord, 4 Centro			
Età d'inizio a fumare		Marca di sigaretta consumata	
14-16 anni	70.3%	Carelia Slims 0.6 mg nicotina	66.6%
17-19 anni	29.6%	Malboro 0.8 mg nicotina	11.1%
		Uinston 0.7 mg	11.1%
		Philip Morris 0.4 mg	10.7%
		Tabacco senza filtro	10.4%
Fumatori nella famiglia d'origine		Tentativi di smettere a fumare	
Si	59.2%	Nessuno	51.8%
No	40.7%	Più di 1	48%
		Periodo meno di 6 mesi	33.3%
		Periodo di 6 mesi	14.8%
Fumatori convidenti		Da soli	
Si (Partner)	10.4%		44.4%
No	10.4%		
Quantità di sigarette fumate al giorno			
	5-10 sigarette		74.1%
	10-20 sigarette		29.6%
	20-30 sigarette		29.6%
	30-40 sigarette		33.3%
Nicotine Addiction Test (di Fagerstrom)		Beck Inventory Scale	
Dipendenza molto basso (0-2) sigarette	10.7%	Ups and downs considered normal 1-10 score	70.3%
Dipendenza basso (3-4) sigarette	29.6%	Mild mood disturbance 11-16 score	10.3%
Dipendenza medio-alto (5-6) sigarette	44.4%	Borderline clinical depression 17-20 score	18.5%
Dipendenza alto (7-8) sigarette	14.8%	Moderate depression 21-30 score	10.3%
Dipendenza molto alto (9-10) sigarette	10.3%	Severe depression 31-40 score	10.3%
		Extreme depression over 40 score	0%
Test - SDS (Severity Dependence Score)			
Dipendenza lieve (0-5) punti	11.1%		
Dipendenza moderata (5-10) punti	66.6%		
Dipendenza seria (10-15) punti	22.2%		

Fonti:

1. Heatherston et al: The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br. J. Addiction, 1991; 86 1119-1127
2. Haddock KC, Lando H, Klesges C, Talcott GW, Renaud EA. A study of the psychometric and predictive properties of the Fagerstrom Test for nicotine dependence in a population of young smokers. Nicotine and Tobacco Research, 1999 I, 59-66.
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbang J. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry. 1961.4, 561-571.
4. Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross validation. 1974.34, 1148-1186.

22 Studentesse Femmine età 19-30 anni	
Stato civile:	16 nubili, 3 sposate, 3 conviventi
Regione:	Sud 19, Nord 1, Centro 2
Età d'inizio a fumare	Marca di sigaretta fumata
17-19 anni 45.4%	Carelia Slims 0.6 mg nicotina 72.7%
20-22 anni 40.9%	Philip Morris 0.4 mg nicotina 13.6%
23-25 anni 13,6%	Altro (Merit, Wiston) 0.4 mg nicotina 10.4 %
Quantità giornaliera di sigarette fumate	Fumatori nella famiglia d'origine
2-4 sigarette 36.3%	Sì 59.1%
4-6 sigarette 13.6%	No 40.9%
10 sigarette 22.7%	Fumatori conviventi
20 sigarette 27.2%	Sì (il Partner) 22.7%
	No 77.2%
Tentativi a smettere di fumare	Nicotine Addiction Test (di Fagerstrom)
Nessuno 10.9%	Dipendenza molto bassa 63.6%
Più di 1 90.9%	(0-2) punti
Astinenza di 6 mesi 54.5%	Dipendenza bassa 13.6%
Astinenza meno di 6 mesi 36.3%	(2-4) punti
Causa gravidanza 10.9%	Dipendenza medio-alto 13.6%
Da soli 81.8%	(5-6) punti
	Dipendenza alto 10.9%
	(7-8) punti
Beck Inventory Scale	Test-SDS (Seventy Dependence Score)
Ups and downs considered normal 10.4%	Dipendenza lieve 31.8%
(1-10) score	(0-5) punti
Mild mood disturbance 54.5%	Dipendenza moderata 63.6%
(11-16) score	(5-10) punti
Bordline clinical depression 22.7%	Dipendenza seria 45.4%
(17-20) score	(10-15) punti
Moderate depression 10.9%	
(21-30) score	
Severe depression 10.9%	
(31-40) score	
Extreme depression 0%	
(over 40) score	

* A persistent score of 17 or above indicates that you may need medical treatment.

4. Conclusioni e Discussione

Dopo aver fatto l'analisi dei dati ai rispettivi campioni maschile e femminile, si può fare un confronto dei meccanismi attitudinali del fumare, i livelli di dipendenza, la percezione del rischio alla salute. Le diversità del fumare tra studenti maschi e femmine sono:

1. L'età d'inizio del fumare la prima sigaretta è più precoce nei maschi nella fascia d'età 14-16 anni rispetto alle femmine all'età 17-19 anni.
2. La percentuale di famigliari fumatori nella famiglia d'origine è solo 1% più alto nei maschi rispetto alle femmine. Si può ipotizzare che il modello famigliare (padre e fratelli) fumatori, sono seguiti quasi a parità da entrambi i gruppi.
3. Il numero delle sigarette fumate a giorno è più alto nei maschi che arrivano fino a 30-40 sigarette al giorno il

- 33.3% dei studenti. Considerevole nei maschi è anche la % di nessun tentativo a smettere di fumare, ben il 51.8%.
4. I tentativi a smettere di fumare spettano al campione femminile con il 90.9% rispetto il 59.2% dei maschi. Questi tentativi d'astinenza sono stati condotti per periodi di 6 mesi dalle studentesse, rispetto i periodi minore di 6 mesi nei maschi. I dati delle ricerche scientifiche dichiarano che il periodo più critico per una ricaduta dei soggetti che cercano di smettere a fumare sono i primi 3 mesi. Per questo motivo, si fanno dei follow-up tra 3-6 mesi ed 1 anno.
 5. I livelli di dipendenza alla nicotina del Test di Fagerstrom, sono medio-alto nei maschi, invece nelle femmine prevale la dipendenza molto bassa, seguito poi da una parità di punteggi dei livelli di dipendenza basso e medio alto.
 6. I risultati del Beck Inventory Scale dichiarano cambiamenti d'umore considerati normali negli studenti maschi, rispetto le studentesse che si posizionano con un percentuale considerevole di 54.5% nel disturbo moderato d'umore, seguito poi dal livello di depressione clinica borderline. Da questi dati ricavati, si può pensare che i soggetti del sesso femminile sono più vulnerabili nei disturbi d'umore fatto che, può portare ad un'incidenza maggiore nel fumare delle studentesse. Ma i dati del nicotin addiction sembrano non poter appoggiare questa ipotesi, siccome le studentesse si posizionano prevalentemente al livello di dipendenza molto basso. Questo significa che i disturbi d'umore incluso la depressione, non porta necessariamente le giovani donne al comportamento tabagismo, ma può incidere in altri abitudini e stili di vita come la nutrizione, i rapporti interpersonali, prestazione bassa alla formazione accademica.
 7. Per quanto riguarda i risultati del Test SDS (Severity Dependence Score) entrambi i sessi si posizionano nella dipendenza moderata il 66.6% i maschi e il 63.6% le femmine, per seguire poi i livelli di dipendenza seria del 45.4% del campione delle studentesse. Sembra che le studentesse sono più inclini alle dipendenze rispetto i maschi, anche se quest'ultimi hanno punteggi più elevati della nicotin addiction e dichiarano di consumare anche alcolici.
 8. Il 90.9% delle studentesse afferma di avvertire disturbi di tipo respiratorio come tosse, mal di gola frequenti e mancanza di fiato negli sforzi fisici. Invece gli studenti maschi avvertono sia disturbi respiratori anche cardiovascolari come aritmia (battiti cardiaci accelerati) soprattutto nei fumatori forti, consumatori di 15-25 sigarette al giorno. Infatti i studi di fisiopatologia hanno dimostrato che uno dei effetti della nicotina che per stimolazione delle ghiandole del surrene provoca liberazione di adrenalina; ciò causa rilascio di glucosio, incremento della pressione sanguigna, della respirazione e del ritmo cardiaco. Nella terapia di gruppo condotti nei centri antifumo italiani si propone ai soggetti di misurare la frequenza cardiaca sentendo i battiti del polso della mano dopo aver fumato e nei giorni d'astinenza. I soggetti stessi avendo un contatto diretto con il proprio corpo avvertono un calo dei battiti se sono in condizioni d'astinenza dalla nicotina. Un gesto semplice nel sentire il proprio polso che può essere fatto da chiunque è uno dei esempi-esame più chiaro, reale e dimostrativo degli effetti che ha il fumare come condotta-dipendenza, e la nicotina come sostanza per il nostro organismo.
 9. Dalla graduatoria delle ragioni a non fumare i motivi più scelti dagli studenti sono state: la salute, la pressione familiare, la libertà, la prestazione fisica, l'immagine di Sé. Meno scelte sono l'aspetto economico, i motivi familiari, la pressione sociale. Queste motivazioni scelte indicano che i giovani fumatori tengono più all'immagine del Sé, alla prestazione fisica tenendo in considerazione la giovane età e i danni percepibili alla loro bellezza fisica e gli operatori della salute devono far leva su questi aspetti nei colloqui. Una forte ragione è anche la pressione familiare (l'autorità genitoriale) verso il fumo e come questo si rispecchia nei giovani d'oggi, rispetto ad una pressione quasi inesistente sociale (amici, gruppo dei pari) che non consigliano a smettere di fumare ma con i quali già da adolescenti ci si identifica, si fa parte, si inizia la prima sigaretta sotto la loro sollecitazione. Di conseguenza, abbiamo giovani fumatori, ma di carriera di fumatori da 5 anni, che sono poco inclini a smettere di fumare per sollecitazioni dei genitori o amici. In cima alla lista delle ragioni a smettere di fumare è la salute, una delle motivazioni più scelte non solo dai giovani, ma anche dalle persone più mature. Chi ha esperienza nel trattamento del tabagismo prenderebbe con le pinze la motivazione salute. Tutti sanno che il fumo fa male, uccide, ce scritto pure nel pacchetto, ma si fuma lo stesso. Questo perché fumare è una dipendenza da sostanza (la nicotina) vera e proprio che va oltre il vizio, la coscienza, la responsabilità. Soprattutto i giovani avvertono ben poco il rischio alla salute per l'età che hanno, l'energia e la vitalità che possiedono.
 10. Altro punto in comune per gli studenti sia maschi che femmine è la marca di sigaretta consumata, la Carelia

Slims di 0.6 mg di nicotina, forse perché è meno costosa.

11. Un indice molto importante ricavato dall'analisi dei dati e che nessun studente del campione non si è avvalso di terapia farmacologica o nicotina sostitutiva come cerotti, inalatori, Bupropione e Vareniclina. Questi farmaci non sono commerciabili in Albania.

4.1 Epidemiologia del Fumo ed Effetti di Dipendenza

Mondo – Numeri di morti

New York 11 settembre 2001: 2.800
Hiroshima: 5000
Tabacco ogni anno al mondo: 5.000.000
Italia – numeri di morti all'anno
Eroina: 1.100
Incidenti sul lavoro: 1.200
Alcool: 30.000
Tabacco: 85.000

1 fumatore su 2 morirà a causa del fumo (50%).

Il tabacco provoca più decessi invalidità di incidenti stradali, alcool, Aids, droghe, omicidi, e suicidi messi insieme (LILT-Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori).

Il tabacco è il principale fattore di rischio per malattie respiratorie, cardiovascolari e tumorali.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera "il fumo di tabacco la prima causa di morte e malattia evitabili al mondo".

Cos'è il fumo di tabacco?

- Vizio,
- Piacere
- Abitudine
- Stile di vita
- Fattore di rischio

DSM IV e IC – 10: "Il fumo è una patologia da dipendenza".

4.2 Prodotti di combustione del Tabacco

Fra le oltre 4.000 sostanze diverse presenti nel fumo di sigaretta, 4 gruppi sono particolarmente dannosi:

1. Nicotina
2. Monossido di Carbonio (CO)
3. Ossidanti e Radicali Liberi
4. Sostanze Cancerogene

4.3 Principali Patologie Fumo-Correlate

Catrame-----Agenti Ossidanti-----CO-----Nicotina

Tumori-----BPCOe neoplasie-----Patologie Cardiorespiratorie-----Dipendenza ed effetti sistemici

4.4 La dipendenza

- Un comportamento compulsivo anche quando esistano conseguenze negative.
- Tale comportamento è mantenuto dalle proprietà (gratificanti o piacevoli) di rinforzo positivo del farmaco.
- Perdita di controllo nel limitare l'assunzione della sostanza.

Craving: Desiderio smodato e incontrollabile verso uno stimolo di rinforzo (desiderio compulsivo della sigaretta).

La nicotina come droga (N.I.D.A – National Institute of Drug Abuse) USA 2000 Dipendenza

Nicotina 1 A
Eroina 2 A
Cocaina 3 A

Alcol	4 A
Caffeina	5 A
Marijuana	6 A

4.5 Cos'è la nicotina?

- È una delle 4.000 sostanze presenti nel tabacco
- Inalata attraverso il fumo si distribuisce rapidamente in tutto l'organismo e nel Sistema Nervoso Centrale (SNC).
- È metabolizzato principalmente dal fegato in cotinina ad opera soprattutto del citocromo P450.
- Ha un'emivita di circa 2 ore (la cotinina di circa 20 ore).

4.6 Effetti della nicotina

- Ha effetti sul Sistema Nervoso Centrale e Sistema Nervoso Autonomo attraverso i recettori colinergici nicotinici.
- Per stimolazione delle ghiandole del surrene provoca liberazione di adrenalina; ciò causa rilascio di glucosio, incremento della pressione sanguigna, della respirazione e del ritmo cardiaco.
- Provoca diminuzione del rilascio d'insulina da parte del pancreas; ciò determina una moderata iperglicemia presente in molti fumatori.
- Provoca il rilascio di dopamina.

Azione della Nicotina sui recettori nervosi acetilcolinergici (Fagerstrom)

La nicotina tiene il recettore depolarizzato più a lungo dell'acetilcolina, quindi ha una duplice azione: 1) lo stimola 2) poi lo blocca. Questa seconda azione è più forte. Il cervello sceglie di adattarsi e di superare l'effetto bloccante aumentando il numero dei recettori.

Nel cervello dei fumatori i recettori nicotinici sono da 100 a 300 volte più numerosi rispetto ai non fumatori. L'aumento del numero dei recettori sarebbe implicato, oltre che nell'instaurarsi della tolleranza, anche nelle manifestazioni dell'astinenza.

Il malessere che si manifesta durante l'astinenza, suggerisce che il fumatore si automedica con la nicotina, non per stimolare, ma per disattivare i recettori nicotinici e ridurre gli effetti negativi dell'aumentata attività colinergica.

4.7 La tolleranza

L'uso protratto della sigaretta, al pari delle altre sostanze, d'abuso, porta nel tempo ad una ridotta efficacia nell'indurre i suoi effetti, ossia determina il fenomeno della tolleranza.

L'uso cronico di nicotina induce desensibilizzazione ed inattivazione dei recettori nACh; questi recettori colinergici nicotinici si risensibilizzano velocemente (es; dopo l'astinenza notturna).

"la prima sigaretta notturna è la migliore" a detta dei fumatori.

4.8 Astinenza da nicotina comprende 4 o più dei seguenti sintomi:

- umore disforico
- insonnia
- irritabilità, impazienza, aggressività
- aumento dell'ansia
- difficoltà di concentrazione
- irrequietezza
- rallentamento del battito cardiaco
- aumento dell'appetito e del peso.

4.9 Monossido di Carbonio (CO)

- a) È prodotto durante la combustione della sigaretta.
- b) Si lega ai globuli rossi del sangue con un'affinità molto più forte di quella del ossigeno, formando la carbossiemoglobina, così i globuli rossi non possono distribuire più ossigeno al corpo.

4.10 Il Pico Test riesce a misurare:

- la quantità di (CO) misurata in ppm, presente nei polmoni,
- la percentuale presente nel sangue sottoforma di carbossiemoglobina,
- tali quantità vengono utilizzate per classificare il grado di intossicazione.

4.11 Classificazione del grado d' intossicazione

PPM	% CARBOSSIEMOGLOBULINA	
0-5	0-13	Non fumatore
6-10	1.4-2.2	Fumatore leggero
11-20	2.4-3.8	Fumatore medio
21-39	4-6.9	Fumatore forte
40-100	7-13.4	Fumatore molto forte

4.12 Effetti del fumo sul cavo orale

La bocca di un fumatore:

1. ha un alito pessimo
2. ha il senso del gusto alterato
3. ha gengiviti e malattie parodontali che portano alla caduta dei denti
4. è fortemente a rischio di carcinoma orale (pavimento della bocca, lingua, orofaringe, labbra).

4.13 Sport: Sai che i non fumatori hanno migliori risultati ?

In 12 minuti un ragazzo non fumatore (19 anni) corre una distanza di 2613 metri.

Fumatore leggero – (1-10 sigarette/day): - 95 m

Fumatore medio – (10-20 sigarette/day): -242 m

Forte fumatore – (più di 20 sigarette/day): -360 m

Chi non fuma, migliora le prestazioni fisiche.

PO 210 – Fumando 15-20 sigarette al giorno per 1 anno, si riceve una dose di radiazioni e equivalenti a circa 300 radiografie al torace.

(OMS): Rapporto del epidemia globale del tabacco 2011- Profili del Paese Albania Le misure di controllo del tabacco e programmi del 31 dicembre 2010.

OMS relazione sul tabacco Epidemia globale 2011. Profilo paese Albania

Nota: Quando non erano disponibili dati, "..." mostra nella tabella. Dove non sono stati richiesti dati, "-" mostra nella tabella.

Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (FCTC) Stato

Data della firma 29 giugno 2004

Data di ratifica (o equivalente legale) 26 Apr 2006

Contesto socioeconomico Popolazione (migliaia) 3 169

Reddito medio gruppo

4.14 Prevalenza del consumo di tabacco

Dati di uso del tabacco come previsto dal paese da l'ultimo risultato dell'indagine a disposizione dell'OMS al 1 Nov 2010

Eventuali sigarette tabacco fumato

Prevalenza adulti, il fumo (%) * Corrente giornaliero corrente giornaliera

Maschio 60.1

Femminile 18.3

Totale 40.2

Prevalenza adulti, l'uso del tabacco non da fumo (%) * . . .

Maschio. . .

Femmina. . .

Totale. . .

* Età 15 +, la valutazione è la valutazione di prevalenza di fumatori tra la popolazione adulta [15 anni] e sottogruppi di popolazione in Albania e di altri indicatori relativi al consumo di tabacco, 2000

"..." Dati non riportati / non disponibile.

OMS standardizzato per età prevalenza stimata del fumo tra quelli di età 15 anni o più: Anno 2009

Prevalenza adulti, il fumo (%)	Le sigarette		Tabacco fumato	
	Corrente	Giornaliera	Corrente	Giornaliera
Uomo	60	57	60	57
Femmina	19	16	19	16
Totale	40	36	40	36

4.15 Misure e programmi come al 31 dicembre 2010 contro il tabagismo Ambienti senza fumo 2010

4.15.1 Luoghi pubblici con legislazione antifumo:

Strutture sanitarie	Si
Strutture scolastiche, tranne università	Si
Università	Si
Strutture di governo	Si
Uffici interno	Si
ristoranti	Si
Pub e bar	Si
I trasporti pubblici	Si
Tutti gli altri luoghi pubblici	Si
Punteggio di compliance	0
La normativa nazionale impone multe per fumare	No
Sanzioni comminate sulla costituzione	-
Multe al fumatore	-
Fondi dedicati per l'esecuzione	No
Reclami dei cittadini e indagini	No

§ Un punteggio di 0-10, dove 0 è bassa compliance.

Leggi subnazionali in ambienti senza fumo

Giurisdizioni subnazionali non hanno il potere di adottare e attuare leggi antifumo.

4.16 Trattamento della dipendenza da tabacco 2010

Esiste un numero verde telefonico smettere linea / linea d' aiuto con una persona dal vivo a disposizione discutere la cessazione con chiamanti nel tuo paese?	No
Terapia sostitutiva della nicotina (ad esempio, cerotti, gomme, losanga, spray o inalatori) È questo il prodotto legalmente venduto nel paese?	...
Dove e come può questo prodotto legalmente essere acquistato nel vostro paese?	...
Fa l'assicurazione sanitaria nazionale / federale o il servizio sanitario nazionale copre il costo di questo prodotto?	...
È un qualsiasi NRT sulla lista farmaci essenziali del paese?	No
Bupropione (ad esempio, Zyban, Wellbutrin) È questo il prodotto legalmente venduto nel vostro paese?	No
Dove e come può questo prodotto legalmente acquistati nel vostro paese?	
Fa l'assicurazione sanitaria nazionale / federale o il servizio sanitario nazionale copre il costo di questo prodotto?	-
La vareniclina è il prodotto legalmente venduto nel vostro paese?	No
Dove e come può questo prodotto legalmente acquistati nel vostro paese?	-
Fa l'assicurazione sanitaria nazionale / federale o il servizio sanitario nazionale copre il costo di questo prodotto?	-

Per smettere di fumare esiste sostegno disponibili nei seguenti luoghi nel vostro paese? Cliniche o altre strutture Assistenza primaria	
Ospedali	...
Ufficio di un professionista della salute	...
Nella comunità	...
Altro	Si, a volte
L'assicurazione sanitaria nazionale / federale o il servizio sanitario nazionale coprono il costo di questo supporto?	
Cliniche o altre strutture di assistenza primaria	...
Ospedali	...
Ufficio di un professionista della salute	...
Nella comunità	...
Altro	...

4.17 Avvertenze per la salute sulle confezioni di prodotti del tabacco

	Sigarette	Tabacco senza fumo
Fa la legge mandato che le avvertenze sanitarie appaiono sui pacchetti di tabacco?		Si
Qual è la percentuale delle principali aree di visualizzazione del pacchetto è obbligatorio per legge, essere coperto da avvertenze per la salute? ANTERIORE E POSTERIORE COMBINATA		50 50
Qual è la percentuale delle principali superfici della parte anteriore del pacchetto è obbligatorio per legge, essere coperto da avvertenze per la salute?		50 50
Qual è la percentuale delle principali superfici della parte posteriore del pacchetto è obbligatorio per legge, essere coperto da avvertenze per la salute?		50 50
Fa la legge mandato che l'avvertimento essere posizionato in cima alle principali aree di visualizzazione del pacchetto?		No No
La legge mandato stile del carattere, dimensione del carattere e il colore per avvisi di pacchetti?		Si Si
Sono le avvertenze sanitarie sui pacchetti in rotazione?		Si No
Sono le avvertenze sanitarie sui pacchetti scritti nella lingua principale (s) del paese?		Si Si
La legge richiede che le avvertenze sanitarie sui pacchetti non sono oscurate in qualsiasi modo, anche con marcature richieste quali marche da bollo?		Si Si
Fare le avvertenze sanitarie sui pacchetti includono una fotografia o grafica?		No No
Le avvertenze sanitarie appaiono su ogni pacchetto e ogni imballaggio ed etichettatura esterno utilizzato per la vendita al dettaglio?		Si Si
La legge sulle avvertenze sanitarie si applica ai prodotti, sia di produzione nazionale, importata, e per la vendita duty-free?		No No
Fa la legge dello stato che gli avvertimenti sui pacchetti non rimuovono o diminuiscono la responsabilità dell'industria del tabacco?		No No
Le avvertenze sanitarie sui pacchetti descrivono gli effetti nocivi del consumo di tabacco sulla salute?		Si Si
Fa la legge avvertenze specifiche di legge sui pacchetti di sigarette?		Si Si
Quanti avvertenze sanitarie specifiche sono approvati dalla legge?		16 1
La legge richiede o stabilisce sanzioni per le violazioni in materia di avvertenze sanitarie sui pacchetti?		Si Si
Ci sono delle leggi che richiedono che il pacchetto di sigarette e l'etichettatura non utilizzare termini fuorvianti che presumono il prodotto è meno nocivo di altri prodotti simili, come "basso tenore di catrame", "light", "ultra-light" o "mild"?		Si Si
Ci sono delle leggi che richiedono che il pacchetto di sigarette e l'etichettatura non usano figurativi o altri segni, tra cui i colori o numeri, come sostituti per i termini e le descrizioni ingannevoli proibiti?		Si Si
Ci sono delle leggi che richiedono che il pacchetto di sigarette e l'etichettatura non utilizzano descrittore raffigurante sapori? No No		No No
La legge vieta la visualizzazione di informazioni quantitative sui rendimenti delle emissioni (ad esempio, catrame, nicotina e monossido di carbonio) sui pacchetti di sigarette, anche se utilizzato come parte di un marchio o un marchio?		No No
La legge prescrive alle visualizzazione delle informazioni qualitative sulle componenti rilevanti e le emissioni dei prodotti del tabacco sui pacchetti di sigarette?		No No
Fa la legge mandato che queste informazioni sono visualizzate su uno o più dei principali superfici (fronte, retro) del pacchetto? -		No No
La legge impedisce la visualizzazione delle date di scadenza sulle confezioni di sigarette?		No No
E 'obbligatorio per il numero di riga smettere di apparire sulle confezioni o sulle etichette?		No No
La legge mandato imballaggio pianura (cioè vietare l'uso di loghi, colori, immagini di marca o promozionali sugli imballaggi diversi dai nomi di marchi e nomi di prodotti visualizzati in un colore standard e lo stile del carattere)?		No No

4.18 Divieto di pubblicità del tabacco, promozione e sponsorizzazione 2010

4.18.1 *Divieti diretti*

TV e radio nazionali	Si
International TV e radio	No
Riviste locali e giornali	Si
Riviste e giornali nonCartelloni e pubblicità esterna	Si
Punto di vendita	No
Internet	No
Altri divieti diretto	No
Punteggio di conformità di divieti diretti	§ 9

4.18.2 *Divieti indiretti*

Distribuzione gratuita	No
Sconti promozionali	Si
Beni e servizi individuati con marchi di tabacco	Si non-tabacco
Marchio di prodotti diversi dal tabacco usato per il prodotto del tabacco	Si
Aspetto di marche di tabacco in TV e / o pellicole (product placement)	Si
Aspetto di prodotti del tabacco in televisione e / o film	Si
Sponsorizzati eventi	Si
Altri divieti indiretti	No
Punteggio di conformità dei divieti indiretti	§ 6

Sono leggi o regolamenti non subnazionali che vietano alcuni o tutti i tipi di pubblicità del tabacco, promozione e sponsorizzazione di cui alle domande di cui sopra? No

§ Un punteggio di 0-10, dove 0 è bassa compliance.

References

- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV ed 1994).
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbang J. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry. 1961.4, 561-571.
- Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross validation. 1974.34, 1148-1186.
- Fratta W, Massi M, Nencini P. Tossicodipendenza e sostanze d'abuso. In Rossi F, Cuomo V, Riccardi C. " Farmacologia, principi di base e applicazioni terapeutiche. Ed. Minerva Medica. 2005: pag: 899-933
- Heatherton et al: The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br. J. Addiction, 1991; 86 1119-1127
- Haddock KC, Lando H, Klesges C, Talcott GW, Renaud EA. A study of the psychometric and predictive properties of the Fagerstrom Test for nicotine dependence in a population of young smokers. Nicotine and Tobacco Research, 1999 I, 59-66.
- Heatherton et al: The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br. J. Addiction, 1991; 86 1119-1127
- Haddock KC, Lando H, Klesges C, Talcott GW, Renaud EA. A study of the psychometric and predictive properties of the Fagerstrom Test for nicotine dependence in a population of young smokers. Nicotine and Tobacco Research, 1999 I, 59-66.
- Morgan TM et al. A cute effect of nicotine on serum glucose insulin growth hormone and cortisol in healthy smokers. Metabolism 2004; 53; 578-82.
- O'Brien CP. Tossicodipendenza e abuso di farmaci. In: Goodman e Gilman. Le basi farmacologiche della terapia. XI Ed. Mc Graw Hill Italia eds. 2006: pag.606-627.
- World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011.