

NOTA INTRODUTTIVA

In questo capitolo dopo un excursus sulle dimensioni assunte dalla diffusione del fumo tra la popolazione e tra i giovani in particolare, vengono evidenziati i rischi derivanti dall'esposizione dei bambini, sia in epoca prenatale che postatale, al fumo di tabacco.

Vengono inoltre prese in esame le strategie impiegate dall'Industria del Tabacco per promuovere i propri prodotti fra le nuove generazioni. Dopo aver esaminato aspetti legislativi della tutela dei bambini vengono prese in esame le strategie che possono essere impiegate per proteggere le persone e i bambini, in particolare, dai rischi costituiti dall'uso e dall'esposizione al tabacco per la salute e per aiutarli a sviluppare le abilità psico-sociali (Life Skills) che aiuterebbero bambini e giovani ad evitare l'uso del tabacco.

Capitolo 11

Fumo e tutela dei bambini

A. DI PUCCHIO, E. PIZZI, R. PACIFICI e P. ZUCCARO

INTRODUZIONE

Secondo la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia tutti i bambini hanno un diritto assoluto alla salute e allo sviluppo. Di conseguenza, l'uso e l'esposizione dei bambini ai noti rischi da tabacco costituisce una violazione di diritti dell'infanzia¹.

Nel 1999, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riunito gli esperti dei paesi sviluppati e in via di sviluppo, per esaminare il problema e concordare un programma di intervento per la riduzione degli effetti nocivi e l'eliminazione dell'esposizione dei bambini al fumo^{2,3}. La consultazione ha concluso che il fumo rappresenta un reale rischio per la salute e che le politiche sanitarie pubbliche devono proteggere e garantire il diritto di ogni bambino a crescere libero da fumo di tabacco, in accordo con la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia¹.

Nell'ambito della tutela dei bambini è importante riconoscere che anche le strategie impiegate dall'Industria del Tabacco per promuovere i propri prodotti ledono i diritti dei bambini. I loro messaggi, diretti e indiretti, intenzionalmente mirati ai bambini, associano il consumo di tabacco con un'attraente immagine di benessere creando le premesse per la crescita di un futuro "fumatore". Come conseguenza, si sta assistendo ad un aumento di giovani fumatori nei paesi in via di sviluppo in particolare in Cina, India, Egitto e Thailandia. Questi rappresentano per l'industria del tabacco i "nuovi mercati" per la vendita dei loro prodotti⁴.

Questa tendenza può essere contrastata solo attraverso strategie altrettanto efficaci con l'obiettivo di proteggere i bambini e gli altri non fumatori, di ridurre il numero di nuovi fumatori e aiutare i fumatori a smettere⁵. Tali strategie richiedono impegno a tutti i livelli e l'introduzione di specifiche politiche sanitarie, e di misure fiscali, legislative ed educative. Queste ultime sono di particolare importanza. Infatti, l'OMS ha evidenziato come l'inizio del fumo nella seconda decade di vita sia associato ad una mancanza di accesso alle informazioni o di opportunità di sviluppare le abilità psico-sociali (Life Skills), come il pensiero critico e la gestione dello stress, che aiuterebbero bambini e giovani ad evitare l'uso del tabacco³.

DIMENSIONI DEL PROBLEMA

A livello mondiale i fumatori sono circa un miliardo e cento milioni mentre ogni anno circa 4 milioni di persone muoiono prematuramente per malattie correlate al tabacco⁵. In Europa sono stati stimati di circa 230 milioni di fumatori, pari al 30% dell'intera popolazione europea⁶. Il numero dei morti attribuibili al fumo sono oltre un milione in Europa, di cui circa la metà sono cittadini della Unione Europea. Si stima che nei paesi dell'Unione Europea il 25% di tutte le morti per cancro e il 15% di tutte le morti possono essere attribuite al fumo⁷. In Italia i fumatori attivi sono 13 milioni con una prevalenza del 31,1% per gli uomini e del 22,3% per le donne di età superiore ai 14 anni⁸.

Rispetto all'esposizione dei bambini al fumo passivo, l'OMS stima che circa 700 milioni, almeno la metà dei bambini nel mondo, respirano aria che contiene fumo di tabacco, in particolare a casa: nella maggior parte dei casi questo avviene senza possibilità di scelta da parte del bambino.

In Italia, i dati ISTAT documentano preoccupanti livelli di esposizione al fumo dei bambini⁹. Il 47,6% dei neonati e dei bambini fino a 5 anni ha almeno un genitore che fuma e il 12,4% ha entrambi i genitori fumatori. La percentuale di esposti ad almeno un genitore fumatore è uguale per bambini e ragazzi di 6-14 anni con una maggior frequenza di casi in cui entrambi i genitori sono fumatori (14,5%).

Nonostante siano ben accertati gli aspetti nocivi del fumo in gravidanza e sul feto meno del 50% della fumatrici smette in gravidanza e il 21,7% dei neonati ha una madre fumatrice⁹.

Mentre le ricerche sul fumo passivo prendono in considerazione in particolare i bambini di età inferiore ai 14 anni, i dati sul fumo attivo nell'infanzia si riferiscono a ragazzi di età superiore ai 14 anni.

Dalle ricerche emerge che l'82% dei fumatori inizia a fumare durante l'adolescenza, cioè prima dei 18 anni, e continua nell'età adulta¹⁰.

Anche nel resto dell'Europa il 60% dei fumatori inizia a fumare ad un'età inferiore ai 13 anni ed il 90% prima dei 18 anni⁷; mentre nei paesi in via di sviluppo questi dati sono ancora più allarmanti e in continua crescita⁴.

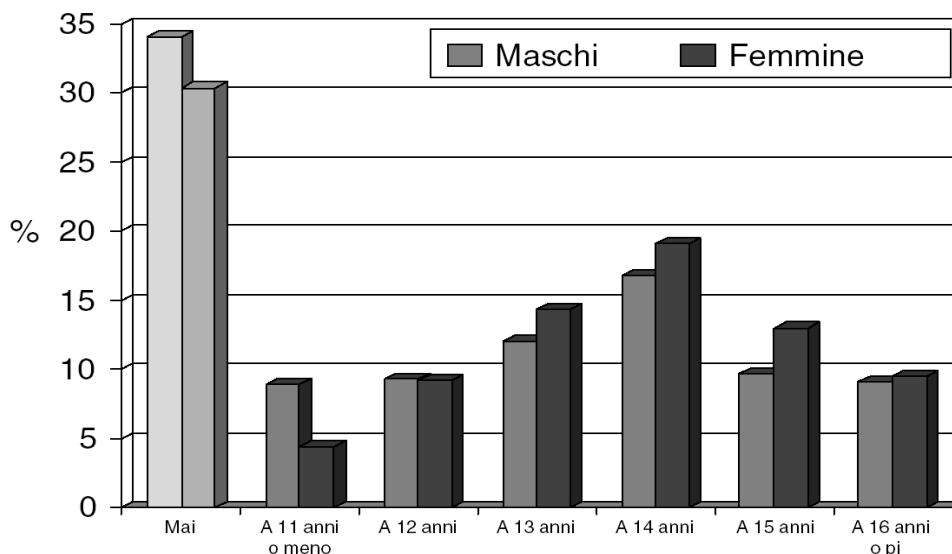
Secondo una ricerca condotta in Italia nel 2000 dall'ESPAD, il 47% dei ragazzi e delle ragazze di età compresa fra i 15 e i 20 anni dichiara di aver fumato la prima sigaretta prima dei 14 anni. L'8,9% dei maschi e il 4,4% delle femmine dichiara di aver fumato la prima sigaretta prima degli 11 anni¹¹ (vedi Fig. 11-1).

La diffusione del fumo tra i giovani è influenzata da pressioni sociali, bisogni psicologici e influenze ambientali, ma anche da conoscenze, attitudini e opinioni sul fumo. Le ricerche evidenziano un'abitudine al fumo strutturata già in ragazzi di età di poco superiore a 14 anni.

Dato che in Italia è proibita la vendita di tabacco ai minori, una ricerca del 2003 ha cercato di raccogliere informazioni circa le abitudini al fumo e le modalità di acquisto

delle sigarette tra giovani d'età tra 13 e 17 anni. Da questa indagine è risultato che il 12% del campione è rappresentato da fumatori correnti e che l'87% di questi acquista personalmente le sigarette.

11 - FUMO E TUTELA DEI BAMBINI



	Mai	A 11 anni o meno	A 12 anni	A 13 anni	A 14 anni	A 15 anni	A 16 anni o pi	Totale
Maschi	34,1%	8,9%	9,3%	12,0%	16,8%	9,7%	9,1%	100,0%
Femmine	30,4%	4,4%	9,2%	14,4%	19,1%	13,0%	9,5%	100,0%

Adattamento OssaFAD da¹¹

Fig. 11-1. Esperienza d'uso di tabacco per maschi e femmine 15-20 anni: a che età hai fumato la prima sigaretta?

Il 27% acquista le sigarette presso i distributori automatici almeno 2 volte alla settimana, il 52% solo sporadicamente (non più di una volta la settimana) e il 21% mai¹².

Il fumo tra bambini compromette lo sviluppo, in primo luogo aumentando l'incidenza di infezioni respiratorie durante l'infanzia. Inoltre, mentre i disturbi coronarici e vascolari che si evidenziano in fumatori adulti raramente si presentano nei bambini, il fumo tra gli adolescenti è stato associato ad un aumento del rischio di disturbi cardiovascolari nell'età adulta. Poiché le malattie associate al fumo sono in relazione a quanto e da quanto tempo una persona fuma, iniziare a fumare da giovani aumenta il rischio potenziale sulla salute; circa metà delle persone che fumano in adolescenza sarà fumatore all'età di 35 anni⁵.

I ragazzi difficilmente hanno una percezione reale delle conseguenze a lungo termine dei loro comportamenti: i rischi dell'uso di tabacco vengono percepiti come lontani, e vi è la tendenza a sottostimare la dipendenza creata dal tabacco e le difficoltà associate allo smettere, minimizzati dagli effetti immediati derivanti dall'uso^{4,5}.

ESPOSIZIONE DEI BAMBINI AL FUMO DI TABACCO

Nonostante il riconoscimento dei numerosi effetti nocivi del fumo sulla salute, l'esposizione al fumo di tabacco nel bambino avviene sia in epoca prenatale (fumo in gravidanza) che postnatale (fumo ambientale).

Il fumo in gravidanza

È noto che l'esposizione al fumo di tabacco durante la gravidanza espone il nascituro a rilevanti effetti sulla salute. Gli effetti non si limitano al periodo di gravidanza o a quello del parto, ma possono manifestarsi anche in anni successivi.

Studi epidemiologici basati sulla determinazione di markers biologici, come la cotinina plasmatica ed urinaria, hanno quantificato l'esposizione al fumo in gravidanza, anche nel caso di esposizione al fumo passivo di altri conviventi¹³.

Da diversi studi risulta che la cotinina nel sangue di cordone di neonati è correlata con il consumo di sigarette della madre e all'esposizione al fumo passivo in gravidanza¹⁴. Anche la cotinina urinaria di neonati da madri fumatrici, è associata al numero di sigarette fumate dalla madre e a sintomi caratteristici delle sindromi di astinenza¹⁵.

La nicotina e il monossido di carbonio hanno effetti diretti sul feto e sulla sua crescita e possono compromettere la conclusione stessa della gravidanza. Infatti, il monossido di carbonio attraversa la barriera placentare e, legandosi all'emoglobina del feto, impoverisce l'apporto di ossigeno; la nicotina per i suoi effetti vasocostrittori impedisce una buona circolazione uteroplacentare e, passando attraverso la placenta, influisce negativamente sullo sviluppo del sistema nervoso centrale¹⁶.

Il fumo è infatti uno dei fattori di rischio per la sindrome da morte improvvisa del neonato, è causa del basso peso alla nascita, della riduzione della fertilità, di aborti spontanei e di complicazioni durante la gravidanza^{17,18}.

Il rischio di aborto spontaneo è più alto per le donne che fumano più di 10 sigarette al giorno durante il primo trimestre della gravidanza, mentre non si riscontra un aumento del rischio nelle donne che smettono di fumare dopo il concepimento¹⁹.

La nicotina come le altre sostanze contenute nel fumo è presente nel latte materno e viene assunta dal bambino durante l'allattamento: dato il limitato peso del neonato rispetto all'adulto e il consumo di un'elevata quantità di latte (rispetto al suo peso) assunto dal neonato, il fumo della madre durante l'allattamento espone il neonato al rischio di intossicazione nicotinic¹⁶.

Il fumo ambientale

Il fumo ambientale (Environmental Tobacco Smoke – ETS), noto anche come fumo di seconda mano, è una complessa miscela di più di 4000 sostanze, che comprende

cancerogeni chimici e composti tossici. Le ricerche sul ETS hanno dimostrato che non esistono livelli “sicuri” di esposizione al fumo e non ci sono standard univoci per valutare il grado di inquinamento ambientale da fumo di sigaretta²⁰.

La misura e il monitoraggio dell’esposizione all’ETS avviene attraverso lo studio di specifici composti (carbossi-emoglobina, nicotina, cotinina, ecc.) che possono rappresentare degli “indicatori biologici di dose” dell’avvenuta esposizione all’ETS. La misura della cotinina nel sangue, nelle urine e nella saliva, rappresenta, attualmente il migliore standard per la valutazione del fumo passivo.

TAB. 11-1. STIMA DEGLI EFFETTI DELL’ESPOSIZIONE A FUMO PASSIVO IN AMBITO FAMILIARE IN ITALIA (CASI E MORTI PER ANNO) ANNO 1999

Bambini con genitori fumatori

Morte improvvisa del lattante	87 morti
Infezioni respiratorie acute (0-2 anni)	76.954 casi
Asma bronchiale (6-14 anni)	27.048 casi prevalenti
Sintomi respiratori cronici (6-14 anni)	48.183 casi
Otite acuta (6-14 anni)	64.130 casi

Adattamento OssFAD da¹⁸

L’esposizione dei bambini al fumo ambientale è forse il rischio più importante e più subdolo associato all’uso del tabacco oggi. L’ETS è direttamente associato con un’ampia varietà di effetti sulla salute dei bambini. Infatti tra i figli di genitori fumatori si osservano^{20,21}:

- un rischio doppio di infezioni polmonari;
- un’ aumentata frequenza di otiti, irritazioni agli occhi, tosse e disturbi respiratori;
- un aumento del rischio e della gravità di crisi di asma;
- un aumento dei ricoveri in ospedale per motivi di salute.

Nel tempo, inoltre, i bambini che sono esposti al fumo hanno una maggiore probabilità di sviluppare dipendenza.

In base a revisioni sistematiche¹⁸ della letteratura scientifica, è stato valutato l’impatto dell’esposizione dei bambini a fumo passivo che sono sintetizzate nella Tabella 11-1.

MARKETING DEL TABACCO E BAMBINI

Per l'industria del tabacco i ragazzi di oggi sono i potenziali consumatori regolari di domani: a loro sono rivolte la maggior parte delle iniziative e indagini di mercato per la diffusione del prodotto. Svolgendo vere e proprie indagini degli stili di vita e delle motivazioni umane, l'industria del tabacco ha orientato la pubblicità dei suoi prodotti proponendo, soprattutto attraverso i mass media, un'immagine positiva del tabacco e del suo uso.

Sono stati ricercati nuovi canali di diffusione individuando strategie alternative alla pubblicità diretta (in molti paesi contrastata da disposizioni legislative).

Tra le strategie di pubblicità indiretta ricordiamo: mostrare personaggi ritratti in quadri, racconti e film con la sigaretta; distribuire in modo gratuito sigarette; sponsorizzare eventi sportivi e di intrattenimento; creare linee di abiti; riprodurre il marchio su capi di abbigliamento, macchine e negozi.

Per rimpiazzare i consumatori che ogni giorno smettono o muoiono, l'industria del tabacco deve continuamente reclutare nuovi fumatori⁵. Alcuni documenti resi pubblici hanno evidenziato che l'industria del tabacco ha indirizzato ai bambini le maggiori attenzioni per attirare nuovi fumatori⁵. Studiando da vicino le abitudini e attitudini sociali dei bambini, l'industria è stata in grado di indirizzare efficacemente le loro campagne ai bambini, usando vari mezzi di comunicazione: TV, radio, display dei negozi, quotidiani, riviste e internet.

Attraverso la pubblicità diretta e indiretta, l'industria del tabacco associa il consumo del tabacco con il successo personale, forza atletica, attrazione sessuale, indipendenza, avventura ed autoaffermazione. Questo insieme contrastante di messaggi indirizzati ai bambini non solo li incoraggia ad assumere comportamenti nocivi per lo sviluppo fisico, mentale e sociale, ma lo fa in un modo fuorviante.

Associando il fumo allo sport o a stili di vita sani e senza citare i danni legati al fumo, la pubblicità del tabacco è intrinsecamente ingannevole.

L'impatto di questa pubblicità ingannevole non può essere sottostimata. Uno studio del 1995 ad esempio, ha trovato che la pubblicità ha più probabilità di influenzare i teenagers al fumo che ogni altra pressione dal gruppo di pari e che l'esposizione alla pubblicità del fumo è predittiva del fumo tra gli adolescenti²².

La stessa ricerca ha anche mostrato che in seguito a messaggi con marchi indirizzati ai giovani, la prevalenza di uso di quei marchi e la prevalenza di fumo, aumentano.

I bambini sono esposti ad un'immagine positiva del tabacco non solo attraverso la pubblicità delle industrie del tabacco e la promozione, ma anche attraverso la cultura popolare, legittimata da persone con ruoli sociali rilevanti.

L'immagine del fumare attraverso i mass media legittima, normalizza, enfatizza questo comportamento e può avere un ruolo determinante nella rappresentazione che il bambino ha del fumo.

In una ricerca svolta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è emerso che la Televisione Italiana mostra in media una scena di fumo ogni 32 minuti. In generi orientati ai ragazzi, come cartoon e video musicali, si è registrata addirittura la vista di un fumatore ogni 6 e ogni 21 minuti rispettivamente per cartoon e video musicali²³. Anche altri studi hanno documentato un aumento della rappresentazione dell'uso di tabacco in film, nella moda, in tv, in video musicali, cartoni e riviste²⁴. Questi studi indicano che:

- gli “atti di fumo” in tv sono più frequenti che nella vita reale;
- la rappresentazione del fumo è in aumento, specialmente tra donne;
- i fumatori continuano ad essere descritti come persone di successo;
- le sigarette vengono usate dal personaggio principale per descrivere aspetti positivi o caratteri ribelli.

Dato il ruolo chiave giocato dagli adulti e dai mezzi di comunicazione (Internet, Tv, Cinema) nella determinazione di pattern comportamentali dei giovani, questo ritratto del tabacco incoraggia i bambini al fumo.

LA LEGISLAZIONE A TUTELA DEI BAMBINI

La legge costituisce una concretizzazione di movimenti di opinione, di evoluzione culturale, sociale ed economica e di interessi di gruppi più o meno allargati.

Essa causa mutamenti nelle opinioni, favorisce un'evoluzione e offre scenari di interventi a nuovi gruppi.

In materia di tutela dei diritti dei bambini è molto importante la Convenzione sui Diritti del Fanciullo ratificata il 20 Novembre del 1989 a New York, firmata da ben 191 paesi e ratificata in Italia con la legge del 27 Maggio 1991 n. 1791.

Essa segue la Dichiarazione dell'ONU del 1959 e costituisce il trattato internazionale più diffuso nel mondo. Ratificando la convenzione gli stati accettano di rispettare i diritti dei bambini.

L'articolo 24 della Convenzione, anche se non esplicitamente riferito al tabacco, è particolarmente pregnante e dichiara che: “Gli stati riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare dei servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi”.

La Costituzione Italiana recita all'articolo 32, che la tutela della salute è un “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”.

La vendita e la somministrazione del tabacco ai minori di anni 16, è di fatto già vietata in Italia dall'articolo 25 del Regio Decreto n. 2316 del 24 dicembre 1934, limitazione questa fino ad oggi facilmente aggirabile attraverso l'uso di distributori automatici di sigarette, istituiti con la Legge 8 agosto 1977, n. 556. Sono allo studio

misure per impedire l'accesso dei minori ai distributori automatici mediante l'uso di carte di credito. Anche l'OMS nella Convenzione quadro per il controllo del tabacco approvata il 21 maggio 2003 a Ginevra prevede all'art. 16 misure per impedire l'acquisto delle sigarette da parte dei giovani⁵.

Un segno chiaro in ambito legislativo a favore della tutela dei diritti dei minori e delle donne in gravidanza è rappresentato dall'articolo 52 comma 20 della Legge Finanziaria 2002 (GU n. 301 del 29/12/2001 – Suppl. Ordinario n. 285) che prevede che “la misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni”; e dalla legge 16 gennaio 2003, n. 3 (GU n. 15 del 20/1/2003 – Suppl. Ordinario n. 5) che estende il divieto di fumo in tutti gli ambienti chiusi, a tutela della salute dei non fumatori.

Tali iniziative si collocano nell'ambito delle attività di tutela della salute dai danni da fumo di sigaretta, che il Ministero della Salute italiano ha individuato tra gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e prevede sia interventi normativi che campagne informative di sensibilizzazione verso stili di vita sani⁶.

Il fumo deve essere bandito in tutti gli spazi pubblici, in particolare dove ci sono i bambini, quali le scuole, i posti dove si pratica sport, i ristoranti.

È noto tuttavia che solo attraverso la condivisione della legge essa viene rispettata e fatta rispettare. Oltretutto la legislazione non può arrivare negli spazi privati e, in questo caso, solo attraverso programmi educativi e di prevenzione rivolti agli adulti si possono cambiare comportamenti e abitudini.

STRATEGIE DI PREVENZIONE

Nell'organizzare programmi di prevenzione nella lotta al fumo devono essere considerati i fattori ambientali, socio-demografici, individuali e comportamentali, individuati quali fattori predittivi del fumo tra i giovani¹⁰.

Come si evince dalla Tabella 11-2, i genitori fumatori rappresentano un fattore associato al rischio di iniziare a fumare. Infatti molti studi hanno ripetutamente mostrato che i bambini con genitori fumatori hanno maggiori probabilità di diventare fumatori a loro volta. Anche l'esposizione al fumo passivo è correlato al background socio-economico della famiglia²⁶.

Mentre il fumo dei coetanei ha una certa influenza, il ruolo dei genitori rimane un fattore chiave soprattutto quando i figli sono piccoli. L'influenza dei genitori diminuisce durante gli anni dell'adolescenza, quando invece cresce l'influenza del gruppo dei pari⁵. I bambini, infatti, percepiscono che il fumo è un comportamento da adulti, “imitabile” per apparire più grandi.

Familiari, insegnanti, operatori sanitari, sono alcune delle persone che rivestono un ruolo educativo nella società e che vengono assunti come modelli da bambini e giovani²⁷.

I bambini ricevono, infatti, messaggi contraddittori: sebbene esista un consenso sulla prevenzione, in molti paesi il fumo è considerato un normale comportamento sociale, è poco costoso ed è facilmente accessibile⁵.

Nelle revisioni sistematiche della Cochrane Library sono stati presi in esame tre principali approcci di prevenzione del fumo nei giovani: gli interventi a livello scolastico, le campagne attraverso i mass media e i programmi di comunità¹⁰.

Da questa analisi emerge che non è possibile utilizzare una sola strategia nei programmi di prevenzione per i bambini e i giovani, e che è necessario impiegare molte risorse con programmi coordinati e a lungo termine.

TAB. 11-2. FATTORI ASSOCIATI AL RISCHIO DI INIZIARE A FUMARE

Ambientali	Socio-demografici	Comportamentali-individuali
<ul style="list-style-type: none"> • Genitori fumatori • Atteggiamento dei genitori • Fratelli fumatori • Ambiente familiare, attaccamento ai genitori • Coetanei fumatori • Atteggiamenti e norme osservati nei coetanei 	<ul style="list-style-type: none"> • Età • Provenienza etnica • Livello socio-economico dei genitori • Indipendenza economica 	<ul style="list-style-type: none"> • Resa scolastica • Stile di vita • Autostima • Atteggiamento verso il fumo e i fumatori • Stress • Preoccupazioni per la salute

Fonte¹⁰

I programmi devono coinvolgere attivamente i genitori, gli altri membri della comunità e il contesto scolastico pianificando interventi diversi per le varie età dei soggetti ai quali si rivolgono

Non è sufficiente informare i genitori sui danni da fumo passivo per i bambini quando gli altri contesti dove il bambino è inserito vanno nella direzione opposta. È auspicabile ad esempio che la scuola, dove i bambini trascorrono una parte significativa del proprio tempo, sia capace di promuovere benessere fisico, cognitivo e relazionale e che gli adulti inseriti nel sistema-scuola esprimano loro stessi comportamenti di salute.

È da ritenere fondamentale un forte coordinamento per contrastare il fumo tra le varie realtà educative nelle quali il bambino è inserito.

Dai vari approcci educativi sperimentati risulta che è necessario educare alla salute e quindi a comportamenti salutari già in età precoce. È ormai condivisibile che i

programmi di prevenzione frammentari in diversi settori (ad es., contro l'AIDS, contro il tabacco, contro l'alcol), non sono né efficaci né sufficienti²⁸.

Si fa avanti sempre più l'ipotesi che gli individui vanno resi competenti a fare scelte consapevoli.

A tale riguardo, di particolare interesse appaiono iniziative di formazione che sono ampiamente utilizzate nel panorama internazionale, come i programmi delle cosiddette "Life Skills Education" (LSE). Si tratta di programmi educativi primari che mirano a rendere i bambini capaci di tradurre conoscenze, atteggiamenti e valori in vere e proprie abilità²⁹.

Le "Life Skills" sono definite dall'OMS come una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale³.

Le abilità o competenze psicosociali, che vengono individuate come centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti, sono le seguenti: Capacità di prendere decisioni, Capacità di risolvere i problemi, Pensiero creativo, Pensiero critico, Comunicazione efficace, Capacità di relazioni interpersonali, Autoconsapevolezza, Empatia, Gestione delle emozioni, Gestione dello Stress.

In conclusione, è importante muoversi in un'ottica di promozione della salute basata su un approccio ecologico ossia di "interdipendenza tra individuo e sottosistemi dell'eco-sistema (la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale). Per promuovere la salute, questo ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano gli stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute"³⁰.

Attraverso la promozione di abilità e di risorse individuali gli individui, fin da piccoli, possono imparare a gestire la loro salute e a rispondere ai propri bisogni in modo funzionale e sano.

Bibliografia

1. UNICEF: I diritti dei bambini nelle Convenzioni ONU, <http://www.unicef.it/convenzione.htm>, 2003.
2. Action on Smoking and Health - ASH.
WHO Report on Tobacco Smoke and Child Health.
NCD/TFI/ETS/99.2, 1999.
3. World Health Organization - WHO.
V. Life Skills Education for children and adolescents in schools.
WHO/MNH/PSF/93.7A. Rev. 1, 2, 3, 1993.
4. World Health Organization - WHO.
International Consultation on Tobacco and Youth, What in the World Works?, Final Conference Report. Singapore, 28-30 September, 1999.
5. World Health Organization - WHO.
Tobacco & The rights of the child.
WHO/NMH/TFI/01.3 Rev. 1, 2001.
6. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, G.U. 139, 18 Giugno 2003.
7. Unione Europea: Public Health.
Tobacco, <http://europa.eu.int/comm/health/>, 2003.
8. Gallus S, Colombo P, Scarpino V et al.
Fumo in Italia 2002.
Tumori 88 (6): 453-456.
9. Istituto Nazionale di Statistica ISTAT. Fumo e non fumatori.
Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana anno 1999".
http://www.sedes.it/Documenti/Fumo/dati_istat.htm, 2001.
10. Effective Health Care edizione italiana.
Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani. 4(3):1-12, 2000.
11. Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2001.
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Dipartimento delle Politiche Sociali e Previdenziali, 2002.

12. Pacifici R, Pichini S, Pizzi E, et al.
I giovani e il Fumo. Indagine Doxa 2003. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità. <http://www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0015.pdf>, 2003.
13. Pichini S, Puig C, Garcia-Algar O, et al.
Efectos neonatales del hàbito tabàquico durante el embarazo y determinantes sociodemogràficos en Barcelona.
Med Clin (Barc) 118 (2): 53-56, 2002.
14. Pichini S, Basagana XB, Pacifici R, et al.
Cord serum cotinine as a biomarker of fetal exposure to cigarette smoke at the end of pregnancy.
Environ Health Perspect 108 (11):1079-1083, 2000.
15. Garcia-Algar O, Puig C, Mendez C, et al.
Neonatal nicotine withdrawal syndrome.
J Epidemiol Community Health 55(9):687-688, 2001.
16. Nardini S, Barbano G, Cinti C, et al.
Perché e come aiutare le donne gravide a smettere di fumare. Un programma educativo per operatori sanitari e pazienti.
Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 17:137-148, 2002.
17. Gilliland FD, Berhane K, McConnell G, et al.
Maternal smoking during pregnancy, enviromental tobacco smoke exposure and childhood lung function.
Thorax 55:271-276, 2000.
18. Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, et al.
Valutazione quantitativa dell'impatto sanitario dell'esposizione a fumo passivo in Italia. Relazione al Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, 31 maggio.
<http://www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0007.pdf>, 2001.
19. Chatenoud LC, Parazzini F, Di Cintio E, et al.
Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion.
Ann Epidemiol 8:520-526, 1998.

20. Dalmaso F. Fumo Passivo. In Nardini S, Donner C.
L'epidemia di fumo in Italia.
Pisa, Edi AIPO Scientifica,
2000, pp. 67-80.
21. Corbo GM, Agabiti N, Forastiere F, et al.
Lung function in children and adolescents with occasional exposure to environmental tobacco smoke.
Am J Respir Crit Care Med 154(3 Pt 1):695-700, 1996.
22. Evans N, Farkas A, Gilpin E, et al.
Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking.
J Natl Cancer Inst 87(20):1538-1545, 1995.
23. Pacifici R, Pichini S, Pizzi E, et al.
Fumo e televisione: indagine 2003.
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga,
Istituto Superiore di Sanità, <http://www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0016.pdf>, 2003.
24. Crystal NG, Bradley D.
Tobacco at the Movies. Tobacco use in PG-13 Films.
<http://masspirg.org/reports/TobaccoattheMovies.pdf>, 2003.
25. World Health Organization - WHO.
WHO Framework Convention on Tobacco Control, Fifty-Sixth World Health Assembly,
21 May. WHA56.1, 2003
26. Dell'Orco V, Forastiere F, Agabiti N, et al.
Household and community determinants of exposure to involuntary smoking: a study of urinary cotinine in children and adolescents.
Am J Epidemiol 142(4):419-427, 1995.
27. Bandura A.
Social Cognitive Theory of Mass Communication.
Media Psychology 3:265-299, 2001.
28. Telefono Azzurro "Convenzione sui diritti dell'infanzia –
Il Rapporto Supplementare di Telefono Azzurro.
Le osservazioni della Commissione ONU" Telefono Azzurro, Bologna, 2003.

29. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP.

I programmi di Life Skills Education nel quadro della moderna Psicologia della Salute.
In Braibanti P (a cura di): Pensare la salute, Milano, Franco Angeli, 2002, pp 199-218.

30. Zani B, Cicognani E.

Psicologia della salute.

Bologna, Il Mulino, 2000.