



# Tabaccologia

## Tobaccology

Poste italiane SPA  
Spedizione in  
Abbonamento Postale  
70%-LO/BG

Congresso Nazionale SITAB 2018:  
La tabaccologia italiana a Congresso

Politici e tabacco

Indipendenza delle Società e altre  
Istituzioni Scientifiche italiane dall'industria del tabacco

*Position paper* sulla indipendenza  
delle Società Scientifiche italiane da Big Tobacco

World No Tobacco Day 2018/Report ISS:  
tabagismo, un problema anche di cuore

Report ISS/DOXA 2018 sul fumo in Italia

Un modello integrato  
per la lotta all'uso adolescenziale di sostanze

Fumo di tabacco in gravidanza e *counseling* ostetrico  
per attuare percorsi di disassuefazione

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco,  
del tabagismo e delle patologie fumo-correlate

Quarterly scientific journal for the study of tobacco,  
tobacco use and tobacco-related diseases



**sintex**  
EDITORIA

editoria@sintexservizi.it



Trimestrale per professionisti dell'area pneumologica, strumento di formazione e aggiornamento multidisciplinare



Trimestrale di informazione, prevenzione e benessere, rivolto prevalentemente al cittadino/paziente, quale strumento di educazione a un corretto stile di vita



Rivista trimestrale di SITAB dedicata allo studio del tabagismo e delle patologie fumo-correlate



Rivista scientifica a elevato interesse clinico che pubblica in lingua italiana una selezione di articoli della prestigiosa rivista internazionale Chest

Una realtà dinamica e qualificata che crede nella sinergia delle competenze

**IL SAPERE SCIENTIFICO  
COME FONTE DI AZIONE  
SINERGICA**

**sintex**

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano

+39 02 66703640 - azienda@sintexservizi.it - www.sintexservizi.it

SEGUICI SU



## Dalla Redazione

### Firenze 2018

La culla del Rinascimento italiano, Firenze, ha ospitato, nei giorni 8 e 9 novembre scorsi, per la prima volta, il nostro Congresso nazionale che ha visto presente gran parte dei tabaccologi italiani, provenienti da diverse branche specialistiche e da varie parti d'Italia nonché dall'estero (Canton Ticino, Romania). Il Congresso è stato l'agorà ideale per discutere e per un confronto fra *opinion leader* e operatori sanitari che si occupano di tabagismo, oltre a rappresentare un'occasione per fare il punto su molti temi di interesse clinico e scientifico. Colgo l'occasione per ringraziare tutti della loro partecipazione e vi anticipo che sul prossimo numero di Tabaccologia seguirà un report dedicato al Congresso, ma ora vediamo che cosa potrete leggere di interessante in questo fascicolo.

Col Presidente del Congresso, **Giuseppe Gorini**, presentiamo e vi anticipiamo alcuni temi caldi sul tabagismo che sono stati trattati e discussi nelle ricche sessioni congressuali.

Segue il sempre atteso e intrigante editoriale del nostro **Direttore Responsabile** sulla commistione tra politica e multinazionali del tabacco. Chiude la sezione degli editoriali un articolo/*endorsement* del Prof. **Silvio Garattini** e collaboratori al *position paper*, pubblicato in questo numero, sul perché è bene che la comunità scientifica stia alla larga dalle multinazionali del tabacco.

La sezione Focus On apre col consueto rapporto ISS/DOXA 2018 sul fumo in Italia da parte di **Roberta Pacifici**. La sezione di Tribuna si apre con il *Position Paper* promosso dall'Istituto Mario Negri e firmato dalle principali Società Scientifiche e *opinion leader* in tabagismo contro le interferenze di Big Tobacco nella ricerca scientifica. Quindi a seguire il report di **Daniel L. Amram** sul sempre interessante Convegno del 31 maggio a Roma presso l'ISS e l'articolo su un modello integrato per la lotta all'abuso adolescenziale di sostanze di **Martina Antinozzi** e **Maria Sofia Cattaruzza**.

L'Islanda negli ultimi vent'anni ha studiato dettagliatamente il fenomeno e ha scoperto delle crucialità di intervento che sembrerebbero avere un impatto significativo sull'uso di sostanze psicoattive tra i giovani. Da queste ricerche nasce il progetto Youth in Iceland che con gli anni ha catturato l'attenzione di altri Stati membri dell'UE che hanno deciso di creare un progetto europeo sulla falsariga di quello islandese.

**Stefano Scuotto e coll.** ci presentano un articolo originale sul fumo di tabacco in gravidanza e sul *counseling* ostetrico. Infine non mancate di curiosare nella sezione Lettere a Tabaccologia. Buona lettura.

Vincenzo Zagà  
caporedattore@tabaccologia.it

## Sommario

### EDITORIALS

[La tabaccologia italiana a Congresso](#) 5  
[Vincenzo Zagà, Giuseppe Gorini]  
*Italian tobaccology at the Congress*

[Politici e tabacco](#) 7  
[Giacomo Mangiaracina]  
*Politicians and Tobacco*

[Indipendenza delle Società e altre Istituzioni Scientifiche italiane dall'industria del tabacco](#) 10  
[Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Silvio Garattini]  
*Independence of the Italian scientific societies from the tobacco industry*

### FOCUS ON

[Indagine ISS-DOXA 2018](#) 14  
[Il fumo di tabacco in Italia](#)  
[Roberta Pacifici, Ilaria Palmi, Luisa Mastrobattista]  
*Tobacco smoking in Italy*

### TRIBUNA DOCUMENT

[Position Paper](#) 17  
[Indipendenza delle Società Scientifiche italiane: difendiamo la libertà del dibattito scientifico dall'influenza dell'industria del tabacco](#)  
*Position Paper*  
*Independence of Italian Scientific Societies: we must defend the freedom of scientific debate from the influence of tobacco industry*

### TRIBUNA REPORT

[XX Convegno Nazionale Tabagismo](#) 21  
[Istituto Superiore Sanità - Roma 31 maggio 2018](#)  
[Tabagismo, un problema anche di cuore](#)  
[Daniel L. Amram]  
*Tobacco addiction, a problem also of the heart*

### TRIBUNA ARTICLE

[Un modello integrato per la lotta all'uso adolescenziale di sostanze psicoattive](#) 29  
[Martina Antinozzi, Maria Sofia Cattaruzza]  
*An integrated model of countering adolescent psychoactive substance use*

### ORIGINAL ARTICLE

[Fumo di tabacco in gravidanza e counseling ostetrico per attuare percorsi di disassuefazione a Empoli-Valdelsa e Valdarno](#) 38  
[Stefano Scuotto, Silvana di Nauta, Maura Tedici, Giuseppe Gorini, Elisabetta Chellini, Claudio Baldini, Lorian Meini]  
*Tobacco smoking in pregnancy and counseling by midwives to facilitate referrals to the local smoking cessation center in Empoli area, Tuscany*

### LETTERA A TABACCOLOGIA

[Marchionne e il tabacco](#) 42



## DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2017-2020

### PRESIDENTE

**Dott. Vincenzo Zagà**  
Medico Pneumologo, Bologna  
Giornalista medico-scientifico  
Caporedattore di Tabaccologia  
presidenza@tabaccologia.it

### VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO / SEGRETERIA

**Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza**  
Professore associato di Epidemiologia e Demografia,  
Sapienza Università di Roma, Direttore Scientifico di Tabaccologia  
vicepresidenza@tabaccologia.it - direttorescientifico@tabaccologia.it

### PAST PRESIDENT

**Dott. Biagio Tinghino**  
Dirigente Responsabile UOS Alcolgia e Nuove Dipendenze,  
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST di Vimercate (MB)  
b.tinghino@tabaccologia.it

### TESORERIA

**Dott. Giuseppe Gorini**  
Medico Epidemiologo, Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete  
oncologica (ISPRO) - Firenze  
b.gorini@tabaccologia.it - segreteria@tabaccologia.it

### CONSIGLIERI

**Prof. Giacomo Mangiaracina**  
Professore a contratto, facoltà di Medicina e Psicologia,  
Sapienza Università di Roma, Direttore Responsabile di Tabaccologia  
direttore@tabaccologia.it

**Dott. Fabio Lugoboni**  
Servizio di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera di Verona,  
Scuola di Specialità di Medicina Interna e Psichiatria, Università di Verona  
f.lugoboni@tabaccologia.it

**Prof. Massimo Baraldo**  
Dipartimento di Scienze Mediche Sperimentali e Cliniche, Cattedra di Farmacologia,  
Università degli Studi di Udine, Centro Antifumo, Azienda Policlinico di Udine  
m.baraldo@tabaccologia.it

**Dott. Roberto Boffi**  
Medico Pneumologo, Istituto Nazionale Tumori (INT), Milano  
r.boffi@tabaccologia.it

**Dott. Alessandro Vegliach**  
Psicologo-psicoterapeuta, Struttura Complessa Dipendenze dell'Azienda  
per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isonzia  
a.vegliach@tabaccologia.it

La SITAB è l'unica Società Scientifica in Italia che dà maggiore significato e forza all'impegno di chi a vario titolo lavora nella ricerca, nella prevenzione, nel trattamento e nelle strategie di controllo del tabacco. Per aderire alla SITAB compila il modulo di adesione nel sito: [www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)

### SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

CF: 96403700584  
via G. Scalia 39, 00136 Roma  
Tel. 06 39722649 - Fax 06 233297645, 178 2215662  
✉ presidenza@tabaccologia.it  
✉ segreteria@tabaccologia.it  
✉ ufficioprogetti.sitab@gmail.com

### Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2018 è di € 50,00 (€ 30,00 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto).  
Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie:  
Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401;  
ABI 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062  
Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web [www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it) e inviato per e-mail all'indirizzo: segreteria@tabaccologia.it  
L'iscrizione a SITAB dà diritto a ricevere la rivista gratuitamente.

### Relazioni esterne e pubblicità

Sintex Editoria

### Edizione

Sintex Servizi S.r.l. - via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano  
Tel. 02 667 036 40 - direzione@sintexservizi.it - [www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)

**sintex**

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

# Tabaccologia

[www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)

## ORGANO UFFICIALE SITAB SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

Direttore Responsabile: **Giacomo Mangiaracina** (Roma)  
direttore@tabaccologia.it

Direttore Scientifico: **Maria Sofia Cattaruzza** (Roma)  
direttorescientifico@tabaccologia.it

Caporedattore: **Vincenzo Zagà** (Bologna)  
caporedattore@tabaccologia.it

COMITATO SCIENTIFICO-REDAZIONALE: **Daniel L. Amram** (ASL-Pisa), **Eugenio Bianchi** (Giornalista-Bologna), **Christian Chiamulera** (UNI-Verona), **Fiammetta Cosci** (UNI-Firenze), **Silvano Gallus** (Istituto Mario Negri-MI), **Charilaos Lygidakis** (UNI-Lussemburgo), **Stefano Picciolo** (UNI-ME), **Giovanni Pistone** (ASL-Novara), **Gherardo Siscaro** (Fondazione Maugeri, Agrigento), **Biagio Tinghino** (ASL-Monza), **Alessandro Vegliach** (ASL-Trieste).

COMITATO SCIENTIFICO ITALIANO: **Massimo Baraldo** (Farmacologia, UniUD), **Fabio Beatrice** (ORL-Torino), **Roberto Boffi** (Pneumo-oncologia, INT-Milano), **Lucio Casali** (Pneumologia-Università di Perugia), **Enrico Clini** (Università di Modena e Reggio Emilia), **Gennaro D'Amato** (Allergologia, Napoli), **Francesco de Blasio** (Pneumologia, Clinical Center, Napoli), **Mario Del Donno** (Benevento), **Liana Fattore** (CNR, Cagliari), **Vincenzo Fogliani** (Pneumologia, Messina), **Stefania La Grutta** (Pediatria, CNR, Palermo), **Fabio Lugoboni** (Medicina Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi, Verona), **Paola Martucci** (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), **Claudio Micheletto** (Pneumologia, Legnago-VR), **Roberta Pacifici** (Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Nolita Pulerà** (Livorno), **Antonio Sacchetta** (Medicina, Osp. San Camillo, Treviso), **Franco Salvati** (Oncologia, FONICAP, Roma), **Girolamo Sirchia** (Università di Milano), **Elisabeth Tamang** (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto-VE), **Riccardo Tominz** (Epidemiologia, Trieste), **Pasquale Valente** (Medicina del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), **Giovanni Viegi** (Direttore CNR, Palermo), **Francesca Zucchetta** (Psicologia, Monza).

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE: **Michael Fiore** (University of Wisconsin, Madison - USA), **Kamal Chaouachi** (Antropologo e Tabaccologia, Parigi - Francia), **Maria Paz Corvalán** (Coordinadora Comisión de Tabaco, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias - Santiago del Cile), **Ivana Croghan** (Mayo Clinic, Rochester - USA), **Mariella Debiasi** (Riceratrice, Philadelphia, Pennsylvania - USA), **Carlo Di Clemente** (USA), **J. Taylor Hays** (Mayo Clinic Rochester - USA), **Karl Fagerström** (Smokers Clinic and Fagerström Consulting - Svezia), **M. Rosaria Galanti** (Karolinska University Hospital, Stoccolma - Svezia), **Jacque Le Houezec** (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), **Ryan Hurt** (Mayo Clinic, Rochester - USA), **Robert Molimard** (Past President e fondatore Société de Tabacologie, Parigi - Francia), **John Studdard** (Presidente CHEST, Jackson Pulmonary Associates, Mississippi - USA), **Antigona Trofor** (Pneumologa e Tabaccologia, Università di Iasi - Romania), **Michel Underner** (Université de Poitiers, FR) **Constantine Vardavas** (Hellenic Cancer Society - Athens).

Con il Patrocinio: **Associazione Pazienti BPCO**, **FederAsma**, **LILT**, **Fondazione ANT Italia**, **ALIBERF Bologna** (Associazione Liberi dal Fumo).

Segreteria di redazione: **Mirka Pulga**,  
[mirka.pulga@sintexservizi.it](mailto:mirka.pulga@sintexservizi.it)

Realizzazione editoriale: **Sintex Servizi S.r.l., Milano**

Grafica, impaginazione e stampa:

**Artestampa S.r.l., Galliate Lombardo (VA)**, [www.arte-stampa.com](http://www.arte-stampa.com)

Si ringrazia per le traduzioni: **Daniel L. Amram**

Tutti i diritti riservati, è vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore.

Reg. Tribunale di Bologna n. 7319 del 24 aprile 2003.

Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)

Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online) 

### Come ricevere la rivista:

- tramite abbonamento di € 40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca INTESA SANPAOLO S.p.A. di Milano, Filiale 01894, piazza De Angeli 2; IBAN: IT52 P030 6909 5151 0000 0009 885  
Prezzo copia: € 12,00
- oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2018.

# La tabaccologia italiana a Congresso

Vincenzo Zagà, Giuseppe Gorini

La medicina rinascimentale dovette misurarsi con le molte epidemie che decimavano la popolazione europea: peste, lebbra, sifilide e tubercolosi sono gli esempi più noti. Con la scoperta del Nuovo Mondo, e quindi con l'importazione e diffusione del tabacco, il Vecchio Continente ha dovuto cominciare a confrontarsi progressivamente, ma inesorabilmente, con una nuova epidemia che, sebbene non infettiva, ha mietuto nel XX secolo qualcosa come 100 milioni di fumatori, come dire più delle due Guerre Mondiali messe assieme.

Purtroppo l'epidemia da tabacco continua inesorabilmente a miete-

re ancora vittime: in Italia (80mila/anno), in Europa (600mila/anno) e nel mondo (> 7 milioni/anno), senza contare l'incremento di incidenza delle malattie croniche fumo-correlate che pesano fortemente sull'economia nazionale e mondiale.

I decessi da fumo di tabacco avvengono soprattutto per tumori, ma-



lattie cardiovascolari e respiratorie, con la malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO) in forte aumento, specie nelle donne, per le quali il tumore polmonare ha superato per mortalità quello della mammella. Cambiano gli scenari del tabagismo, ma non cambiano le minacce che questa dipendenza costituisce per la salute.

Bisogna cominciare a pensare al tabagismo come a una malattia "contagiosa" mortale e non più solo come a un semplice fattore di rischio. Per salvarsi la vita esiste un solo modo, quello di smettere di fumare.

## Italian tobaccology at the Congress

Vincenzo Zagà, Giuseppe Gorini

Renaissance medicine had to cope with the epidemics that decimated the European population; plague, leprosy, syphilis and tuberculosis are the best known examples. With the discovery of the New World, and therefore with the importation and diffusion of tobacco, the Old Continent had to begin to confront progressively but inexorably with a new epidemic, which although not infectious, claimed something like 100 million smokers in the 20th century, more than the victims of the two World Wars put together.

Unfortunately, the tobacco epidemic continues inexorably to still reap victims: in Italy (80,000 per year), in Europe (600,000 per year) and

in the world (> 7 million annually), without counting the increase in incidence of smoking-related chronic diseases that heavily weigh on the national and global economy.

Deaths from tobacco smoke occur mainly due to tumors, cardiovascular and respiratory diseases, with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) increasing sharply, especially in women, in which lung cancer mortality has exceeded breast cancer mortality. Smoking scenarios change, but the threats this addiction causes do not change. We must begin to think of tobacco as a "contagious" mortal disease and no longer just as a simple risk factor. There is only one way to save lives: quitting smoking.

For decades the World Health Organization (WHO) has proposed tobacco control policies as the most effective interventions in terms of primary prevention of smoking-related diseases, but the strong economic interests that weigh on the tobacco trade restrain and contrast tobacco control policies. On one hand, the world of scientific research is flattered by the "market" of harm reduction, through the marketing of new products containing nicotine. On the other hand, scientific research is subjected to a ruthless "court" by the tobacco multinationals, that are desperately searching for support by researchers. In this scenario it is urgent that the Government Institutional

Da decenni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) propone una serie di politiche di contrasto al tabagismo come l'intervento di maggiore efficacia in termini di prevenzione primaria delle patologie fumo-correlate, ma i forti interessi economici che gravano sul commercio del tabacco frenano e contrastano le politiche di controllo del tabagismo. Il mondo della ricerca medico-scientifica è da una parte lusingato dal "mercato" della riduzione del rischio, attraverso la commercializzazione di nuovi prodotti contenenti nicotina, dall'altra è sottoposto a una "corte" spietata da parte delle multinazionali

del tabacco, alla disperata ricerca di sponde istituzionali e scientifiche. In questo scenario è urgente che gli Organi Istituzionali Governativi rendano rimborsabili la presa in carico e il trattamento del tabagismo, vista l'elevata costo-efficacia dei trattamenti antifumo.

La Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) è determinata a diffondere le giuste informazioni al pubblico e a fornire occasioni e strumenti di formazione agli operatori sanitari. In questa ottica il Congresso Nazionale SITAB di Firenze, che si è svolto l'8 e 9 novembre scorsi è stato l'occasione per la presentazione delle Linee Guida SITAB-ENSP

per il trattamento della dipendenza da tabacco, tradotte e adattate alla realtà italiana, e per discutere, confrontarsi fra *opinion leader* e fare il punto su molti temi di interesse clinico e scientifico. Il nostro auspicio è che dalla culla del Rinascimento italiano nasca una maggiore consapevolezza, nei politici e negli operatori sanitari tutti, del problema tabagismo al fine di arginare questo sterminio prematuro di vite umane. Evitabile.

[Tabaccologia 2018; 3:5-6]

### Vincenzo Zagà

Presidente della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

### Giuseppe Gorini

Presidente del Congresso Nazionale SITAB 2018, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO)

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*



Lezione di anatomia del Dr. Frederik Ruysch (Adriaen-Backer-1670)



Veduta degli Uffici o sia Curia Fiorentina presa dalla Loggia presso Arno

Bodies reimburse smoking cessation treatments, given the high cost-effectiveness of smoking cessation aids.

The Italian Tabaccology Society (SITAB) is determined to disseminate the right information to the public and to provide opportunities and training tools for health professionals. With this in mind, the SITAB National Congress in Florence, which took place on 8 and 9 November, was the occasion for the presentation of the SITAB-ENSP Guidelines for the treatment of tobacco dependence, translated into Italian and adapted to the Italian context, and for discussing on many topics of clinical and scientific interest. Our hope is that from the cradle of the Italian Renaissance, a greater awareness – in politicians and health professionals – of the problem of tobacco smoking will be born, in order to stem this premature extermination of human lives. Avoidable.

# Politici e tabacco

Giacomo Mangiaracina

**E**ravamo al Senato il 18 settembre del 2012, per un atteso convegno sul tema "Generazione in fumo: strategie per non cominciare, strumenti per smettere". Da un soggetto di questa portata ci si aspettava impegni politici precisi per obiettivi altrettanto precisi. Tanto più che al tavolo dei relatori c'era il ministro della Salute Renato Balduzzi (giurista), il Presidente della Commissione Sanità del Senato, Antonio Tomassini (medico) e il senatore Ignazio Marino (medico). La sala era gremita di giornalisti e rappresentanti di varie organizzazioni. Tutto lasciava presagire un convegno di alto profilo che ponesse

al centro i giovani e le misure più efficaci per il contenimento della dipendenza da tabacco. Tutto, se non fosse stato per una presenza fuori dal coro. All'estremità del tavolo, accanto al ministro e al presidente della Commissione Sanità, sedeva un quarto personaggio che vedevo per la prima volta in quel contesto. Non era un rappresentante della ricerca scientifica, né un esperto, tanto più che la SITAB non aveva ricevuto neppure un invito per l'occasione. Era Giovanni Carucci, Vicepresidente della British American Tobacco (BAT-Italia). L'obiettivo del convegno era quello di presentare uno studio realizzato

dalla fondazione *I-Think* presieduta dal senatore Marino, con lo scopo dichiarato di *"individuare le ragioni per cui i ragazzi iniziano a fumare, capire di quali strumenti si dispone per far smettere o ridurre il danno da fumo e giungere a una proposta concreta di prevenzione..."*. Il seguito però induceva sensibilmente a qualche sospetto: *"che si allontani dalle posizioni più estreme e sanzionatorie"*.

Per prima cosa, il documento metteva sul piatto i dati dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità e prospettava uno scenario problematico del fumo giovanile. Poi indicava

# Politicians and Tobacco

Giacomo Mangiaracina

**W**e were at the Senate on the 18<sup>th</sup> of September 2012, for an expected conference on the topic "Generation in smoke: strategies for not starting, tools to quit". From a subject of this magnitude we expected precise political commitments for equally precise objectives. Especially since at the table of speakers there was the Minister of Health Renato Balduzzi (a jurist), The Chairman of the Health Commission of the Senate, Antonio Tomassini (physician) and the Senator Ignazio Marino (physician). The hall was full of journalists and representatives of various organisations. Everything seemed to presage a high-profile conference that

would focus on young people and the most effective measures to curb tobacco dependence. Everything, if it were not for a presence out of the chorus. At the end of the table, next to the minister and the president of the Health Commission, sat a fourth figure whom I saw for the first time in that context. He was not a representative of scientific research, nor an expert, even more that SITAB did not receive a single invitation for that occasion. He was Giovanni Carucci, Vice President of the British American Tobacco Company in Italy (BAT-Italia). The aim of the conference was to illustrate a study carried out by the *I-Think Foundation* presided over

by Senator Marino, with the stated aim of *"identifying the reasons why the children start smoking, understanding what tools are available to stop or reduce smoking damage and come to a concrete prevention proposal..."*. The following, however, sensibly led to some suspicion: *"...that moves away from the most extreme positions and sanctions"*. First of all, the document put on the plate, data of the Alcohol-Smoking Drugs Observatory of the National Health Institute (ISS), and illustrated a worrying scenario for youth smoking. Then it briefly indicated the accredited intervention strategies, without adding or removing anything to the data

per sommi capi le strategie di intervento accreditate, senza peraltro aggiungere o togliere qualcosa ai dati che ogni esperto in verità conosce bene. Marino e Tomassini erano già stati protagonisti di un disegno di legge (n. 8) nel 2008 che contestai, a nome della SITAB, in una audizione al Senato. Ogni enunciato di quel disegno di legge presentava delle anomalie, a cominciare dal "bugiardino" all'interno del pacchetto che elencasse le sostanze più dannose. Per comprendere l'anomalia basti pensare che proprio la Philip Morris aveva fatto una proposta simile anni prima. In un editoriale del tempo su Tabaccologia sostenni pure che al posto de "Il fumo uccide", avrei preferito perfino un paradossale "Buona fortuna!" che avrebbe portato quantomeno a fare gli scongiuri [1].

Quando Carucci prese la parola parlò di "fumo minorile". Il termine fu più volte da noi contestato, da

quando i tabaccai italiani ebbero avallata la proposta di scrivere su un lato del pacchetto di sigarette, l'avvertenza supplementare: "I minori non devono fumare". Non è altro che un sottinteso invito a fumare, dato che i "minori" non vedono l'ora di essere, e anche apparire, "maggiori". Poi passò a illustrare la bontà del *Mentoring* per contrastare il consumo giovanile di tabacco. Ero stato due anni prima alla presentazione dei primi dati sul *Mentoring*, introdotto in Italia dalla siculo americana Matilde Raffa, moglie dell'ex governatore dello stato di New York, Mario Cuomo. Si parlò di una imprecisata formazione di oltre 400 mentori in grado di sviluppare un intervento basato sul rapporto *face to face*, di uno a uno, a Salerno e provincia. Tradotto su scala nazionale avrebbe voluto dire che per dissuadere un milione di giovani dal fumare ci sarebbero voluti un milione di mentori formati,

per un programma destinato a durare almeno mezzo secolo. Queste sono le "genialità" che amano i colossi del Tabacco. L'aspetto più inquietante ebbe luogo quando all'entusiasta Dott. Sergio Cuomo, Presidente dell'associazione *Mentoring USA-Italia*, chiesi i dati sui risultati conseguiti nella prevenzione del tabagismo. Non ebbi alcuna risposta e di lui si persero le tracce. Scoprii anni dopo che la fondazione *I-Think*, presieduta dal senatore Ignazio Marino, organizzatore ufficiale del convegno al Senato, era finanziata da BAT-Italia [2]. Da quel momento è stata una caccia ai finanziamenti dei giganti del tabacco ai nostri politici, e questo è quanto emerge semplicemente digitando in rete:

- PM ha finanziato l'*International culture and strategic analysis*, organismo fondato dall'ex ministro dell'Interno, Marco Minniti (PD) [3].

that every expert in truth knows well. Marino and Tomassini had already been the authors of a bill (No. 8) in 2008 that I contended, on behalf of SITAB, in a hearing in the Senate. Each statement of that bill had anomalies, to begin with the "warning label" in the package that listed the most harmful substances. To understand the anomaly, just think that Philip Morris had made a similar proposal years before. In an editorial of the time on Tobaccology, I also argued that instead of "Smoking kills", I would have preferred even a paradoxical "Good luck!" That would have led at least to make a rub on a hunchback's hump [1].

When Carucci spoke he mentioned about "juvenile smoking". The term was repeatedly challenged by us, since the Italian tobacconists had endorsed the proposal to write on one side of the pack of cigarettes,



- PM e BAT hanno finanziato la Fondazione Italianeuropei dell'ex ministro Massimo D'Alema [4].
- BAT ha finanziato il viceministro Pier Paolo Baretta (PD) [5].
- BAT ha sponsorizzato la Magna Carta dell'ex ministro Gaetano Quagliariello (Forza Italia).
- BAT ha finanziato la Fondazione "Costruiamo il Futuro" dell'ex ministro Maurizio Lupi (Forza Italia) [6].
- BAT ha finanziato l'Istituto per lo Studio della Politica Internazionale [7].
- BAT ha finanziato la Fondazione "Open" dell'ex premier Matteo Renzi (PD) [8].
- Big Tobacco finanzia tutti [9].

Non è una esagerazione affermare che la politica italiana sia stata fortemente contaminata e corrotta dalle ingerenze delle compagnie del tabacco. Dalla nostra parte, la Scienza. Perché se da un lato il Tabacco nu-

ce gravemente alla salute, crediamo ancora che la ricerca possa nuocere gravemente al Tabacco.

[*Tabaccologia 2018; 3:7-9*]

### Giacomo Mangiaracina

✉ direttore@tabaccologia.it

Direttore Responsabile di Tabaccologia

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

### Bibliografia

1. Mangiaracina G. Trasmutazione improbabile. *Tabaccologia* 2009;7:3-4.
2. BAT Italia. [http://www.batitalia.com/group/sites/BAT\\_8D3MRA.nsf/vwPagesWebLive/DO8MTLHJ?opendocument](http://www.batitalia.com/group/sites/BAT_8D3MRA.nsf/vwPagesWebLive/DO8MTLHJ?opendocument).
3. Il Sole 24 Ore. [http://stream24.ilsole24ore.com/video/notizie/procuratore-capaldo-approccio-globale-contro-traffici-illeciti/AEkqETeC?refresh\\_ce=1](http://stream24.ilsole24ore.com/video/notizie/procuratore-capaldo-approccio-globale-contro-traffici-illeciti/AEkqETeC?refresh_ce=1).

4. ADUSBEF. <http://www.adusbef.it/consultazione.asp?id=7505&T=G>.

5. Il Fatto Quotidiano. <http://www.ilfattoquotidiano.it/premium/articoli/baretta-e-la-donazione-della-lobby-del-tabacco/>.

6. Linkiesta. <http://www.linkiesta.it/it/blog-post/2012/04/09/i-partiti-aziendana-nella-postdemocrazia-italiana/5420/>.

7. Linkiesta. Idem.

8. L'Espresso. <http://espresso.repubblica.it/plus/articoli/2016/01/07/news/fondazioni-i-soldi-nascosti-dei-politici-1.245756#gallery-slider=undefined>.

9. L'Espresso. <http://espresso.repubblica.it/palazzo/2009/10/12/news/l-oro-delle-fondazioni-br-il-boom-dei-think-tank-1.16301>.

the additional warning: "Minors must not smoke". It is nothing but an implicit invitation to smoke, since the "minors" can not wait to be, and appear, "adults".

Then he went on, illustrating the validity of *Mentoring* to combat youth consumption of tobacco. I attended, two years before, to the presentation of the first data on *Mentoring*, introduced in Italy by the American Sicilian Matilde Raffa, wife of the former governor of the State of New York, Mario Cuomo. It was about an undefined training of over 400 mentors able to develop an intervention based on the face to face relationship, one by one, in Salerno and the province. Translated on a national scale, it would have meant that in order to dissuade one million young people from smoking it would have taken one million trained mentors, for a program destined to last at

least half a century. These are the "great ideas" that the Tobacco giants most cherish.

The most disturbing aspect took place when I asked for data on the results achieved in the prevention of smoking to the enthusiastic Dr. Sergio Cuomo, president of the US-Italy Mentoring association. I had no answer and lost track of him. I discovered years later that the *I-Think* foundation, presided over by Senator Ignazio Marino, the official organiser of the convention in the Senate, was funded by BAT-Italy [2]. Since then, the tobacco giants hunted our politicians for funding, and this is what emerges simply by searching in the web:

- PM has financed the International Culture and Strategic Analysis, a body founded by the former Minister of the Interior, Marco Minniti (PD) [3].

- PM and BAT financed the Italian-European foundation of the former minister Massimo D'Alema [4].
- BAT financed the Deputy Minister Pier Paolo Baretta (PD) [5].
- BAT has financed the foundation "Costruiamo il Futuro" of the former minister Maurizio Lupi [6] (Forza Italia).
- BAT financed the Institute for the Study of International Politics [7].
- BAT financed the "Open" foundation of former Prime Minister Matteo Renzi (PD) [8].
- Big Tobacco finances everyone [9].

It is not an exaggeration to say that Italian politics has been heavily contaminated and corrupted by the interference of tobacco companies. On our side, Science. Because if on one hand, Tobacco seriously harms our health, we still believe that, on the other hand, research can seriously damage Tobacco.

# Indipendenza delle Società e altre Istituzioni Scientifiche italiane dall'industria del tabacco

Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Silvio Garattini

---

Quando si scopre che un prodotto in commercio provoca effetti avversi che minacciano la salute della popolazione, tale prodotto viene generalmente ritirato dal commercio dagli stessi produttori o dal governo che ne vieta immediatamente la produzione, la vendita e il consumo. Questo capita tutti i giorni per prodotti alimentari nocivi, automobili difettose e farmaci non sicuri. Questo non è capitato per i prodotti del tabacco.

Eppure, era il 1950, quando Ernest L. Wynder ed Evarts A. Graham [1], Richard Doll e Bradford Hill [2] hanno per primi pubblicato l'evidenza di un'associazione diretta tra fumo di tabacco e rischio di tumore del polmone. Nel corso dei successivi 70 anni, migliaia e migliaia di studi epidemiologici hanno sistematicamente confermato tale associazione e hanno dimostrato che il fumo di tabacco è responsabile di una moltitudine di tumori, di malattie

respiratorie e cardiovascolari [3,4]. Ciononostante, l'industria del tabacco non ha mai ritirato dal commercio i propri prodotti. Anzi, le compagnie di tabacco hanno preferito piuttosto negare o nascondere le evidenze sui danni del fumo che si accumulavano nei decenni.

La strategia usata era quella di cercare di influenzare parte della comunità scientifica al fine di mitigare o controllare le sempre più frequenti accuse su quanto il fumo

## Independence of the Italian scientific societies from the tobacco industry

Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Silvio Garattini

---

When a commercial product causes adverse effects threatening the health of the population, that product is usually withdrawn from the market by the manufacturer itself or by the government that immediately bans its production, sale and consumption. This happens every day for harmful food products, defective cars, or unsafe drugs. This did not happen for tobacco products.

It was 1950 when Ernest L. Wynder and Evarts A. Graham [1] and Richard Doll and Bradford Hill [2] first published the evidence of a direct association between tobacco smoking

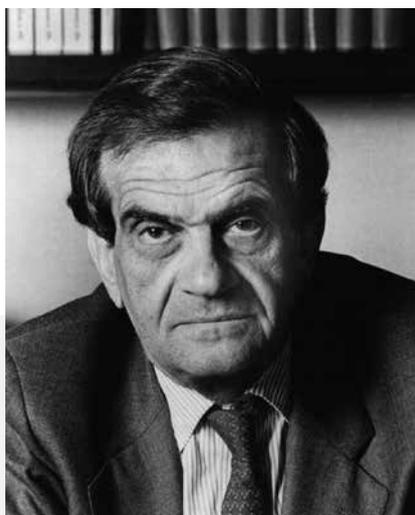
and lung cancer risk. Over the subsequent 70 years, thousands and thousands of epidemiological studies systematically confirmed this association, and found that tobacco smoking was also responsible of several other neoplasms and a number of other chronic conditions, including respiratory and cardiovascular diseases [3,4]. This notwithstanding, the tobacco industry did not withdraw its products from the market. Tobacco companies rather preferred to deny, or even hide, the evidence of the harms of smoking.

The strategy used by the tobacco industry was to try to influence part of the scientific community in order to mitigate or control the more and more frequent allegations on the harmful effects of tobacco smoking. Consequently, during the second half of the twentieth century, the tobacco industry has secretly engaged a large number of conniving researchers providing to them financial support for researches often resulting in misleading conclusions [5,6]. At the end of the twentieth century, the verdicts of important US legal processes forced "Big Tobacco" to reveal their

di tabacco fosse nocivo per la salute. L'industria del tabacco, nella seconda metà del ventesimo secolo, ha così arruolato di nascosto un gran numero di ricercatori conniventi ai quali finanziare ricerche dai risultati spesso fuorvianti [5,6]. Alla fine del ventesimo secolo, le sentenze di alcuni processi legali statunitensi obbligarono le più importanti compagnie del tabacco a svelare i propri segreti: milioni di pagine di rapporti confidenziali e di documenti interni furono resi pubblici e disponibili online. Ciò ha consentito di mettere in evidenza

come l'industria fosse riuscita, fino ad allora, nell'intento di influenzare la comunità scientifica, e di smascherare il nome di quei ricercatori che avevano accettato di scendere a patti con l'industria del tabacco [7-9]. Inoltre, all'inizio del nuovo millennio l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) istituiva la *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), un trattato con cui raccomandava all'Italia e agli altri 167 paesi firmatari le strategie da adottare per proteggere le generazioni presenti e future dagli effetti dannosi del fumo. Uno de-

gli articoli del FCTC (articolo 5.3) raccomandava di evitare l'influenza dell'industria del tabacco sulla decisione delle politiche da adottare in ogni Paese [10]. Insomma, aumentava finalmente l'attenzione della comunità scientifica, e in particolare dell'OMS, verso i possibili conflitti d'interesse della ricerca sul tabacco. Si pensava dunque che da lì a poco sarebbe scemato il pericolo d'ingerenza nel dibattito scientifico da parte delle compagnie produttrici di tabacco. Purtroppo non è andata così.



Ernest L. Wynder



Evarts A. Graham

**Landmark Article**

May 27, 1950  
(*JAMA* 1950;143:329-336)

**Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor  
in Bronchiogenic Carcinoma**

**A Study of Six Hundred and Eighty-Four Proved Cases**

Ernest L. Wynder and Evarts A. Graham, M.D.  
St. Louis

secrets: millions of pages of confidential reports and internal documents were made publicly available online. This made it possible to put in evidence how the industry had succeeded, until then, in influencing the scientific community, and to unmask the name of those researchers who agreed to collaborate with the tobacco industry [7-9]. Moreover, at the beginning of the new millennium, the World Health Organization (WHO) established the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), a treaty recommending to Italy and other 167 signatory countries the strategies to be adopted to protect the present and future generations from the harmful effects of smoking. One

of the FCTC articles (article 5.3) recommended avoiding any influence from the tobacco industry on the debate on the tobacco controls policies to be implemented in each country [10]. Thus, the attention of the scientific community, and in particular of the WHO, towards the possible conflicts of interest in tobacco research was finally increasing. It seemed therefore that the risk of interference of tobacco companies in the scientific debate could decrease thereafter. Unfortunately, this did not happen. Around 2010, the electronic cigarette entered into the market of several countries worldwide, including the Italian one [11]. Tobacco control

Intorno al 2010 è entrata in commercio nei mercati di mezzo mondo, e anche in Italia [11], la sigaretta elettronica. Gli esperti di tabagismo si sono divisi tra coloro che consideravano questi nuovi prodotti come un'alternativa più salutare alle sigarette convenzionali [12] e coloro che li vedevano come un ulteriore mezzo per creare generazioni di persone schiave dalla nicotina [13]. È verosimile che la sigaretta elettronica sia un prodotto meno dannoso rispetto alla sigaretta convenzionale. Tuttavia non è priva di rischi e, a oggi, gli effetti a lungo termine sulla salute delle persone non sono ancora noti [14,15]. È quindi comprensibile e auspicabile che la comunità scientifica apra un dibattito sulla relativa importanza della riduzione del danno rispetto alla riduzione della nicotina [16]. Ciò che non è accettabile, invece, è che le compagnie

di tabacco abbiano una voce attiva all'interno di questo dibattito [17]. Oggi, invece, cavalcando la scia della riduzione del danno, Philip Morris International (PMI) e le altre compagnie di tabacco promuovono i propri dispositivi scalda-tabacco di nuova generazione, come l'IQOS, cercando di guadagnare un ruolo attivo nel dibattito scientifico. Ed è così già capitato più volte nell'ultimo anno, che in Italia PMI si sia fatta invitare a dibattiti o congressi nazionali, organizzati da Enti istituzionali, università, e Società Scientifiche, anche autorevoli. Come reazione, l'Istituto Mario Negri ha preso l'iniziativa e, in collaborazione con molti esperti del controllo del tabagismo, tra i quali il gruppo promotore di [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it) [18], ha preparato un comunicato volto a ribadire l'importanza dell'indipendenza della ricerca dall'industria del tabacco.

Tale comunicato, già sottoscritto da molte Società e altre Istituzioni Scientifiche e che vede SITAB tra i primi firmatari, viene pubblicato anche in questo numero di Tabaccologia (pag. 17). È possibile aderire ancora a questo comunicato visitando il sito dell'Istituto Mario Negri (alla pagina: [http://www.marionegri.it/it\\_IT/home/Indipendenza+dall%27industria+del+tabacco/221013,News.html](http://www.marionegri.it/it_IT/home/Indipendenza+dall%27industria+del+tabacco/221013,News.html)), dove è anche disponibile l'elenco sempre aggiornato dei sostenitori.

In questo momento è di fondamentale importanza che l'intera comunità scientifica nazionale sia unita nel dare un chiaro messaggio d'indipendenza dall'industria del tabacco. Recentemente, infatti, PMI ha investito quasi un miliardo di dollari per i prossimi 12 anni per finanziare *Smoke-Free World*, una fondazione paradossalmente nata per rendere il mondo libero dal fumo [6,19]. Quindi, PMI sta verosi-

experts split between those who considered the new products as a healthier alternative to conventional cigarettes [12] and those who considered them as a further means of creating nicotine-addicted generations [13]. The electronic cigarette is likely a less harmful product than the conventional cigarette. However, it is not risk-free and, to date, its long-term effects on human's health are still unknown [14, 15]. It is therefore clear and desirable that the scientific community starts a debate on the relative importance of harm reduction compared to nicotine reduction [16]. What is not acceptable, however, is that tobacco companies have an active voice in this debate [17]. Today, however, taking advantage of the discussion on harm reduction, Philip Morris International (PMI) and other tobacco companies are promoting their heated tobacco products, new devices

such as IQOS, seeking to gain an active role in the scientific debate. For this reason, PMI has already been invited to recent national debates or congresses, organized by Italian institutional bodies, universities, and scientific societies. Mario Negri Institute reacted to such involvement of the tobacco companies in the scientific debate, preparing, in collaboration with many tobacco control experts including the promoter group of [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it) [18], a statement aimed at reaffirming the importance of research independence from the tobacco industry. This statement, already signed by many scientific societies and institutions, including SITAB as one of the first signatories, is reported in the present issue of Tabaccologia [page 17]. It is possible to adhere to this position paper, visiting the Mario Negri Institute's website ([http://www.marionegri.it/it\\_IT/](http://www.marionegri.it/it_IT/)

[home/Indipendenza+dall%27industria+del+tabacco/221013,News.html](http://www.marionegri.it/it_IT/home/Indipendenza+dall%27industria+del+tabacco/221013,News.html)), where the updated list of signatories is also available. This is the right moment for the research community to claim for independence from the tobacco industry. Recently, in fact, PMI has allocated almost a billion dollars for the next 12 years to finance *Smoke-Free World*, a foundation paradoxically born to make the world free from smoking [6,19]. Therefore, PMI is likely trying to understand which companies, institutions or researchers could be sought for collaboration in the near future. The large and growing support to this position paper, which commits the signatories to decline any proposal of payment or funding from the tobacco companies, underlines that in Italy a large part of the scientific community is not prepared to come to terms with the tobacco industry.

milmente cercando di capire con quali Società, Istituzioni o ricercatori potrà collaborare in un prossimo futuro. La grande e crescente adesione a questo comunicato, dove i firmatari si impegnano, tra le altre cose, a non accettare alcun com-

penso o finanziamento da parte delle compagnie del tabacco, sottolinea come in Italia una grande parte della comunità scientifica non sia disposta a venire a patti con l'industria del tabacco.

[*Tabaccologia* 2018; 3:10-13]

**Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Silvio Garattini**

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

## Bibliografia

1. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. *J Am Med Assoc* 1950;143:329-36.
2. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J* 1950;2:739-48.
3. IARC (2012) IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 100E. A review of human carcinogens – Personal habits and indoor combustions. Lyon, France.
4. U.S. Department of Health and Human Services (2004) The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
5. Fields N, Chapman S. Chasing Ernst L Wynder: 40 years of Philip Morris' efforts to influence a leading scientist. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:571-8.
6. Daube M, Moodie R, McKee M. Towards a smoke-free world? Philip Morris International's new Foundation is not credible. *Lancet* 2017;390:1722-4.
7. Dyer C. Confidential tobacco documents enter public domain. *BMJ* 1998;316:1186.
8. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet* 2000;355:1253-9.
9. Malone RE, Balbach ED. Tobacco industry documents: treasure trove or quagmire? *Tob Control* 2000;9:334-8.
10. WHO (2003) World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). Available online: <http://www.who.int/fctc/en/>.
11. Gallus S, Lugo A, Pacifici R, Pichini S, Colombo P, Garattini S, La Vecchia C. E-cigarette awareness, use, and harm perceptions in Italy: a national representative survey. *Nicotine Tob Res* 2014;16:1541-8.
12. Wise J. Doctors should state clearly that vaping is much lower risk than smoking, says report. *BMJ* 2018;360:k575.
13. Flint SW, Jones AW. The irresponsible promotion of e-cigarettes and Swaptober. *Lancet Respir Med* 2018;6:e3-e4.
14. Chen IL. FDA summary of adverse events on electronic cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2013;15:615-6.
15. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med* 2016;4:116-28.
16. Newton JN, Dockrell M, Marczylo T. Making sense of the latest evidence on electronic cigarettes. *Lancet* 2018;391:639-42.
17. Bialous SA, Glantz SA. Heated tobacco products: another tobacco industry global strategy to slow progress in tobacco control. *Tob Control* 2018.
18. Gallus S, Cattaruzza MS, Gorini G, Faggiano F; Italian Tobacco Endgame Group. Vatican beats Italy 1-0 in the tobacco endgame. *Tob Control* 2018 Apr 25. pii: tobacco-control-2018-054341.
19. Chapman S. Tobacco giant wants to eliminate smoking. *BMJ* 2017;358:j4443.

## Indagine ISS-DOXA 2018

# Il fumo di tabacco in Italia

## Tobacco smoking in Italy

Roberta Pacifici, Ilaria Palmi, Luisa Mastrobattista

Ogni anno, il 31 maggio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove la Giornata Mondiale senza Tabacco con l'obiettivo di mettere in luce i rischi associati all'uso del tabacco e di promuovere politiche efficaci a ridurre il consumo. La Giornata Mondiale senza Tabacco coincide con numerose iniziative nel mondo volte ad affrontare l'epidemia di tabacco e il suo impatto sulla salute pubblica. In Italia, si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il XX Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale": in tale occasione è stato presentato dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS il *Rapporto Nazionale sul fumo, 2018*.

### Il fumo degli italiani

In merito all'abitudine al fumo degli italiani il Rapporto indica che i fumatori nel nostro Paese sono il 23,3% della popolazione (erano il 22,3% nel 2017), pari a 12,2 milioni di persone. Sono fumatori il 27,7% degli uomini e il 19,2% delle donne, mentre sono ex-fumatori il 12,9% degli italiani, ovvero 6,8 milioni di persone (**Figura 1**, ISS-DOXA 2018). Esaminando la serie storica delle indagini ISS-DOXA circa la prevalenza del fumo di sigaretta tra gli italiani (1957-2017) è possibile osservare come nel 2018 si riscontrino sostanzialmente le stesse percentuali di fumatori e fumatrici rilevate nel 2007, a testimonianza della scarsa efficacia delle politiche antitabacco messe in atto nell'ultimo decennio (**Figura 2**). La prevalenza maggiore di fumatori (35,7%) si registra nella fascia di età 25-44 anni

mentre la prevalenza più elevata di fumatrici (26,2%) si registra nella fascia d'età 45-64 anni; le prevalenze minori si riscontrano tra gli over 65 (17,7% di fumatori e 6,5% di fumatrici).

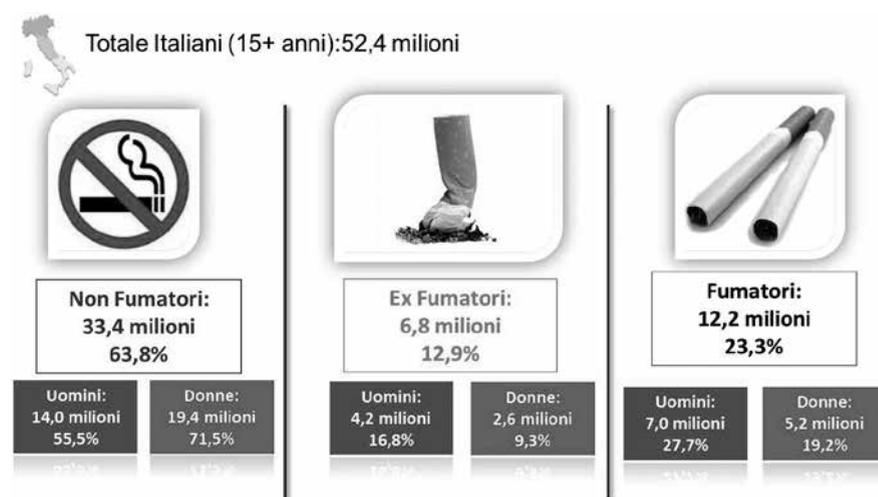
La distribuzione dei fumatori per macro area geografica mostra che la maggior prevalenza di fumatori (28%) si riscontra nel Centro Italia mentre la prevalenza più elevata di fumatrici (22,6%) si registra nel Nord del Paese.

I fumatori consumano in media 12,3 sigarette al giorno, valore in diminuzione rispetto all'anno precedente quando si fumavano in media 13,6 sigarette/die; risulta in aumento la percentuale dei fumatori leggeri, ovvero coloro che fumano fino a 9 sigarette al giorno (19,9% nel 2017 vs 26,6% nel 2018) e dei fumatori medi, ovvero coloro che consumano tra le 10 e le 19 sigarette/die (45,9% nel 2017 vs 48% nel 2018) e per contro si registra una diminuzione della percentuale dei forti

fumatori, ovvero coloro che fumano 20 o più sigarette/die (28,5% nel 2017 vs 23,7% nel 2018).

L'età media di iniziazione al fumo è di 18,4 anni con uno scarto di poco meno di un anno tra uomini e donne (18 anni per i maschi vs 18,9 anni per le femmine). Il 71,3% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 ed i 20 anni (fascia di età che nel tempo si conferma "critica" per l'iniziazione al fumo), sebbene l'11,4% di essi abbia iniziato addirittura prima dei 15 anni (percentuale pari al 12,2% nel 2017).

L'influenza dei pari è il motivo principale per il quale si inizia a fumare: anche quest'anno, infatti, il 59,4% dei fumatori ha dichiarato di aver iniziato in situazioni ludiche o ricreative e di aver subito l'influenza degli amici o dei compagni di scuola. L'88,3% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate mentre il 16,9% dei fumatori utilizza anche o esclusivamente sigarette fatte a mano



**Figura 1** Distribuzione percentuale del campione in base all'abitudine al fumo (analisi secondo il sesso).

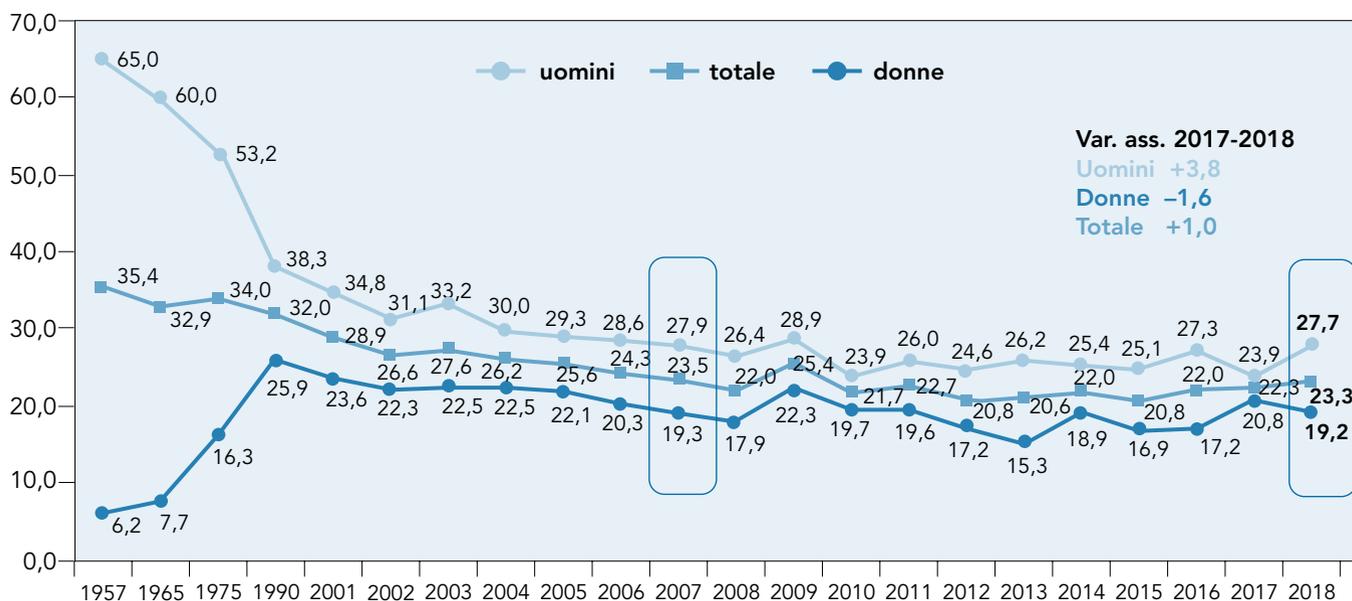


Figura 2 Serie storica delle indagini DOXA sulla prevalenza del fumo in Italia (1957-2017).

(tabacco trinciato). Il consumo di sigarette fatte a mano risulta in linea con quello dell'anno precedente (9,6% nel 2017 vs 9,4% nel 2018) e risulta maggiormente diffuso tra i maschi, giovani (età 15-24 anni) e appartenenti alle regioni del Centro Italia.

L'indagine ha messo in luce come i divieti legislativi, a partire dalla legge antifumo del 2003 (legge Sirchia) fino ai più recenti divieti, abbiano avuto un impatto significativo sui modelli culturali degli italiani: soltanto il 2,2% dei non fumatori ha infatti dichiarato di aver viaggiato in auto nell'ultimo mese con un fumatore che ha fumato nell'abitacolo in presenza di bambini o donne in gravidanza.

Le immagini forti e le avvertenze sui rischi per la salute riportate sui prodotti del tabacco non sono risultate indifferenti ai tabagisti. L'indagine rileva che sono state notate dal 91,1% dei fumatori, nel 77,7% dei casi hanno portato a pensare ai rischi per la salute, nel 56,4% dei casi hanno fatto aumentare il desiderio di smettere di fumare e nel 37,7% dei casi hanno spinto a rinunciare ad accendere una sigaretta nell'ultimo mese. Tra coloro che hanno notato le immagini shock riportate sulle confezioni dei pro-

dotti del tabacco il 32,8% dei non fumatori ha dichiarato di essersi ulteriormente convinto di aver fatto la giusta scelta a non fumare, dichiarazione condivisa dal 42,1% degli ex fumatori che si dicono sempre più convinti della scelta fatta.

### La sigaretta elettronica e i prodotti del tabacco di nuova generazione

Gli utilizzatori (abituali e occasionali) di sigaretta elettronica (e-cig) sono il 2,1% degli italiani (circa 1,1 milioni di persone), dato in lieve diminuzione rispetto a quanto registrato nell'anno precedente (2,5% nel 2017). Di questi, il 60,3% sono fumatori anche di sigarette confezionate, il 32,3% sono ex-fumatori e il 7,4% sono persone che non hanno mai fumato sigarette tradizionali. Rispetto all'uso dei prodotti del tabacco di nuova generazione (tabacco riscaldato) il 2,7% della popolazione (circa 1,4 milioni di persone) dichiara di averli provati; di questi il 54,5% sono fumatori, l'11,4% sono ex fumatori mentre il 34,1% dichiara di non aver mai fumato sigarette tradizionali. La notorietà di questi prodotti è sensibilmente aumentata nell'arco degli ultimi tre anni passando dal 21,5% del 2015 al 52,3% del 2018.

### Telefono Verde contro il Fumo (TVF)-800.554.088 dell'ISS

Il TVF (anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00) è un servizio che offre orientamento, sostegno e informazione ai cittadini e supporta, attraverso attività di *counseling*, sia i fumatori che decidono di smettere di fumare sia coloro che hanno già intrapreso un percorso di disassuefazione.

In 15 anni di attività il TVF ha gestito circa 50.000 telefonate. Fino al 2012 gli operatori rispondevano mediamente a 1.000 telefonate l'anno; a partire da ottobre 2012, in virtù delle disposizioni legislative che hanno inserito il numero verde sulle confezioni dei prodotti del tabacco, le telefonate sono aumentate fino a oltre 15.000 nel solo anno 2017. La maggior disponibilità del numero telefonico ha determinato un ampliamento del bacino di utenza del servizio raggiungendo popolazioni che in passato più difficilmente contattavano il TVF, come i giovani e gli anziani. Infatti la percentuale dei fumatori under 25 che si è rivolta al servizio è passata dal 3% del decennio 2003-2012 al 15,7% del triennio 2016-2018.

Ugualmente si è registrato un incremento delle telefonate degli ultrasessantacinquenni che rappresentano, nell'ultimo triennio, il 15,4% del totale delle chiamate. A ogni modo l'utenza che si è rivolta al servizio nell'arco della sua attività rimane composta principalmente da uomini (61,2% maschi vs 38,8% femmine) e da persone di età compresa tra 45 e 64 anni (45-64 anni 29,7%; 25-44 anni 22,8%; under 25 11,9%; ultrasessantacinquenni 11,5%).

A contattare il servizio sono storicamente i fumatori (85,8%) che nell'ultimo triennio sono ulteriormente aumentati fino a rappresentare il 93,8% dell'utenza. Non mancano contatti dei familiari che chiedono suggerimenti per aiutare i propri cari a smettere di fumare.

I contatti al servizio giungono da tutto il Paese (32,5% Sud e Isole; 31,6% Nord; 20,4% Centro) e il pacchetto di sigarette rimane la fonte pressoché esclusiva di conoscenza del servizio.

## Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo)

Al fine di sostenere gli utenti nello smettere di fumare il TVF promuove l'attività dei Centri Antifumo. Si tratta di strutture dedicate che rivestono un ruolo centrale nel processo di disassuefazione, offrendo percorsi specialistici ed eterogenei basati prevalentemente su terapie farmacologiche, interventi individuali e interventi di gruppo.

L'OssFAD dal 2000 si occupa del censimento e dell'aggiornamento annuale delle informazioni anagrafiche e dell'offerta assistenziale dei Centri Antifumo, lavoro che ha portato alla creazione di un *network*, nel panorama nazionale, in continuo aggiornamento. Attualmente la rete conta 365 Centri Antifumo (301 afferiscono al Servizio Sanitario Nazionale; 60 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; 4 sono strutture del Privato Sociale) di-

tribuiti su tutto il territorio nazionale (59% al Nord; 18% al Centro; 23% al Sud del Paese).

[Tabaccologia 2018; 3:14-16]

### Roberta Pacifici

Direttore Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### Ilaria Palmi, Luca Mastrobattista

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### Corresponding author:

#### Roberta Pacifici

Direttore Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma  
✉ roberta.pacifici@iss.it

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

# ACQUISTA UNA COPIA



**FORMATO:** 15x21 cm  
**EDITORE:** Sintex Editoria  
**PAGINE:** 188  
**ISBN:** 978-88-943312-1-9  
**RILEGATURA:** brossura  
**PREZZO:** € 24,00

Il volume illustra gli attuali standard di cura del paziente adulto con Fibrosi Cistica secondo le più recenti ricerche scientifiche e linee guida per il trattamento della malattia.

**PAOLO PALANGE**  
 UOC Medicina Interna e Disfunzioni Respiratorie,  
 UOS Fibrosi Cistica Adulti, Policlinico Umberto I,  
 Sapienza Università di Roma

PER ORDINARE UNA COPIA SCRIVI A:  
[editoria@sintexservizi.it](mailto:editoria@sintexservizi.it)



Via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano  
 ☎ +39 02 66703640 - ✉ editoria@sintexservizi.it  
 🌐 www.sintexservizi.it

SEGUICI SU   

*Position Paper*

# Indipendenza delle Società Scientifiche italiane: difendiamo la libertà del dibattito scientifico dall'influenza dell'industria del tabacco

Le Società Scientifiche, le Istituzioni e gli esperti che sottoscrivono questo documento intendono richiamare l'attenzione dell'intera comunità medico-scientifica italiana e dell'opinione pubblica su alcuni importanti aspetti legati all'*indipendenza dall'industria del tabacco*, e in particolare al pericolo di ingerenze da parte delle compagnie del tabacco o di suoi rappresentanti in sedi di dibattito scientifico.

Per contrastare l'epidemia del tabacco, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito nel 2003 la convenzione quadro sul controllo del tabacco (FCTC-WHO). Uno degli articoli di questo trattato (articolo 5.3) è diretto specificamente a evitare l'influenza dell'industria del tabacco sulla decisione delle politiche da adottare in ogni Paese. Visto l'inconciliabile conflitto tra gli interessi dell'industria e quelli di sa-

lute pubblica, è di primaria importanza che *gli enti istituzionali, ospedali, università, e Società Scientifiche italiane non coinvolgano né invitino le compagnie del tabacco a dibattiti medici o congressi scientifici nazionali*.

Purtroppo, recentemente, ciò è già accaduto in molteplici occasioni. Addirittura, alcune associazioni hanno ricevuto finanziamenti da parte delle compagnie del tabacco, in

*Position Paper*

# Independence of Italian Scientific Societies: we must defend the freedom of scientific debate from the influence of tobacco industry

The scientific societies, the institutions and the experts who sign this position paper wish to draw the attention of the entire Italian scientific community and of the public opinion on some important aspects related to the *independence from the tobacco industry*, and in particular to the threat of intrusion of the tobacco companies or their representatives

in scientific debate venues. To counter the tobacco epidemic, in 2003 the World Health Organization set up the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC-WHO). One of the articles of this treaty (article 5.3) is specifically aimed at avoiding the influence of the tobacco industry on the decision of the policies to be adopted in each country. Given the irrecon-

cilable conflict between industrial and public health interests, it is of primary importance that *institutional bodies, hospitals, universities, and Italian scientific societies do not involve or invite tobacco companies to medical debates or national scientific congresses*.

Unfortunately, recently, this has already happened on many occasions. Indeed, some associations have

particolare da *Philip Morris International*, per l'organizzazione dei propri convegni. Così facendo, si permette ai produttori di tabacco di guadagnare un ruolo attivo nel dibattito scientifico e di usare a fini promozionali le sedi tradizionali della lotta contro il fumo. Non si deve dimenticare che l'industria del tabacco continua a vendere prodotti che provocano nel mondo 7 milioni di morti all'anno (più di 70 mila solo in Italia). Con questo comunicato, non si vuole colpevolizzare le Società Scientifiche e le altre Istituzioni che già hanno invitato l'industria del tabacco ai propri congressi, ma si vuole evitare che ciò accada di nuovo.

Seguendo una strategia solo apparentemente paradossale, *Philip Morris International* ha recentemente creato *Smoke-Free World*, una fondazione per rendere, a loro dire, il mondo libero dal fumo, investendo per i prossimi 12 anni quasi un miliardo di dollari da dedica-

re alla ricerca sul tabacco. L'obiettivo principale di Philip Morris è quello di guadagnare una posizione di interlocutore scientifico o di *influencer*, diretto e indiretto, all'interno della comunità scientifica internazionale. Questa ambizione mette a rischio l'integrità della ricerca, e di tutti i ricercatori e le Istituzioni coinvolte. Per questa ragione va contrastata con ogni mezzo. Le Società Scientifiche, le Istituzioni, le professioni sanitarie, le organizzazioni ordinistiche e gli esperti che sottoscrivono questo documento si impegnano a:

- non accettare alcun compenso o finanziamento, diretto o indiretto, da parte delle compagnie del tabacco;
- non coinvolgere ad alcun titolo le compagnie del tabacco in sedi di dibattito scientifico;
- condurre attività di *advocacy* verso altri attori in ambito di lotta al tabagismo affinché aumenti la consapevolezza delle conse-

guenze riprovevoli di una connivenza tra comunità scientifica e industria del tabacco.

[*Tabaccologia 2018; 3:17-20*]

1 ottobre 2018

received funding from the tobacco companies, and in particular from *Philip Morris International*, for the organization of their conferences. By doing so, tobacco producers are allowed to gain an active role in the scientific debate, and to use the traditional sites of the fight against smoking for promotional purposes. We should not forget that the tobacco industry continues to sell products that cause 7 million deaths worldwide every year (more than 70 thousand in Italy alone). With this position paper, we do not want to blame the scientific societies and other institutions that have already invited the tobacco industry to their congresses, but we want to prevent this from happening again.

Following an only apparently paradoxical strategy, *Philip Morris International* recently created *Smoke-Free World*, a foundation intended

to save the world from smoking. *Philip Morris International* allocated nearly a billion dollars for tobacco research for the next 12 years. The real goal of Philip Morris is to gain a position as influencer, direct and indirect, within the international scientific community. This ambition threatens the integrity of research, and of all the researchers and institutions involved. For this reason it should be countered with every means.

*The scientific societies, the institutions, the health professions, and the experts who sign this document commit themselves to:*

- avoid accepting any direct or indirect remuneration or financing from the tobacco companies;
- avoid involving the tobacco companies in any way in scientific debate venues;
- conduct *advocacy* activities towards other actors in the fight

against smoking to increase awareness of the reprehensible consequences of a connivance between the scientific community and the tobacco industry.

1 October 2018

## Firmatari

### Subscribers

#### Esperti di controllo del tabagismo

##### *Tobacco Control experts*

- **Silvano GALLUS**  
Istituto di Ricerche Farmacologiche  
Mario Negri IRCCS  
Gruppo promotore di [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it)
- **Silvio GARATTINI**  
Istituto di Ricerche Farmacologiche  
Mario Negri IRCCS
- **Francesco BARONE ADESI**  
Università degli Studi del Piemonte Orientale
- **Fabio BEATRICE**  
Società Italiana di Tabaccologia
- **Lalla BODINI**  
Società Nazionale degli Operatori  
della Prevenzione.  
Gruppo promotore di [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it)
- **Roberto BOFFI**  
Istituto Nazionale dei Tumori
- **Salvatore CARDELLICCHIO**  
Centro Antifumo dell'A.O.U. Careggi di Firenze
- **Antonella CARDONE**  
European Network for Smoking and  
Tobacco Prevention (ENSP)
- **Laura CARROZZI**  
Università di Pisa
- **Maria Sofia CATTARUZZA**  
Università di Roma "La Sapienza"
- **Paolo D'ARGENIO**  
Gruppo promotore di [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it)
- **Enrico DAVOLI**  
Istituto di Ricerche Farmacologiche  
Mario Negri IRCCS
- **Alice FABBRI**  
Charles Perkins Centre, The University of Sydney
- **Fabrizio FAGGIANO**  
Università degli Studi del Piemonte Orientale
- **Bruno FEDERICO**  
Università di Cassino e del Lazio Meridionale
- **Giuseppe GORINI**  
Istituto per lo studio, la prevenzione  
e la rete oncologica (ISPRO).  
Gruppo promotore di [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it)
- **Sergio HARARI**  
Ospedale San Giuseppe, MultiMedica
- **Hamid KASHANPOUR**  
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Udine
- **Xioqiu (Julia) LIU**  
Istituto di Ricerche Farmacologiche  
Mario Negri IRCCS
- **Alessandra LUGO**  
Istituto di Ricerche Farmacologiche  
Mario Negri IRCCS
- **Fabio LUGOBONI**  
Responsabile di Medicina delle Dipendenze,  
Policlinico di Verona
- **Giacomo MANGIARACINA**  
Direttore Responsabile "Tabaccologia",  
organo ufficiale SITAB
- **Francesco PISTELLI**  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
- **Rosastella PRINCIPE**  
Ospedale S. Camillo-Forlanini di Roma
- **Maria Francesca POLO**  
UO di Pneumologia AOU Sassari
- **Biagio TINGHINO**  
Past President della Società Italiana  
di Tabaccologia (SITAB)
- **Giovanni VIEGI**  
Istituto di Biomedicina e Immunologia  
Molecolare (IBIM) Consiglio Nazionale  
delle Ricerche (CNR)
- **Vincenzo ZAGÀ**  
Presidente della Società Italiana  
di Tabaccologia (SITAB)

#### Società scientifiche

##### *Scientific societies*

- Associazione Ambiente e Lavoro
- Associazione Culturale Pediatri (ACP)
- Associazione di Imprese per la Salute e la Sicurezza del Lavoro (ASSOPREV)
- Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE)
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)
- Associazione Italiana di Radioprotezione Medica (AIRM)

- Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza sul Lavoro (AiFOS)
- Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)
- Associazione Nazionale Professionale Esperti Qualificati in Radioprotezione (ANPEQ)
- Associazione professionale Italiana Ambiente e Sicurezza (AIAS)
- Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP)
- Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG)
- Fondazione AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica)
- Fondazione Allineare Sanità e Salute
- Fondazione GIMBE
- Fondazione ISI – Istituto Stomatologico Italiano
- Fondazione Umberto Veronesi
- Italian Mass Spectrometry Society (IMaSS)
- Società Italiana di Odontoiatria Infantile (SIOI)
- Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)
- Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione (SNOP)

### Istituti

#### *Institutions*

- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS
- Centro di Riferimento Oncologico di Aviano IRCCS
- Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
- Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica
- IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna
- IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar (Verona)
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – IRCCS
- Tobacco Control Unit, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

### Direttori Scientifici IRCCS

#### *Scientific directors (IRCCS)*

- **Silvano BOSARI**  
Direzione Scientifica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

- **Gennaro CILIBERTO**  
Direzione Scientifica, IRCCS Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena"
- **Bruno DALLAPICCOLA**  
Direzione Scientifica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – IRCCS
- **Luigi FRATI**  
Direzione Scientifica, IRCCS Neuromed
- **Alberto MANTOVANI**  
Direzione Scientifica, Istituto Clinico Humanitas IRCCS
- **Alberto MARTINI**  
Direzione Scientifica, IRCCS Istituto Giannina Gaslini
- **Aldo MORRONE**  
Direzione Scientifica, Istituto Santa Maria e San Gallicano IRCCS

### Associazioni di Pazienti

#### *Associations of Patients*

- Associazione Insieme per i Pazienti di Oncologia Polmonare (IPOP) Onlus
- Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (AIMaC)
- Associazione Liberi dal Fumo (ALIBERF)
- Associazione Onlus Vivere Senza Stomaco
- Associazione Salute Donna Onlus
- Europa Donna Italia
- Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO)
- WALCE Onlus (Women Against Lung Cancer in Europe)

### Altri enti, gruppi o professioni sanitarie

#### *Other health organizations or groups*

- Gruppo promotore di [www.tobaccoendgame.it](http://www.tobaccoendgame.it)
- Agenzia Nazionale per la Prevenzione ([www.prevenzione.info](http://www.prevenzione.info))
- Centro di Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna

### Riviste scientifiche

#### *Scientific Journals*

- Epidemiologia e Prevenzione ([www.epiprev.it](http://www.epiprev.it))

# XX Convegno Nazionale Tabagismo

Istituto Superiore Sanità - Roma 31 maggio 2018

## Tabagismo, un problema anche di cuore

*Tobacco addiction, a problem also of the heart*

Daniel L. Amram



Il 31 maggio u.s., in occasione del "World no Tobacco Day", si è tenuto il XX Convegno Nazionale Tabagismo organizzato dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Ministero della Salute, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" e la nostra Società Italiana di Tabaccologia (SITAB). Come ogni anno, il 31 maggio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il partner di tutto il mondo, celebrano la Giornata Mondiale senza Tabacco, evidenziando i rischi per la salute associati al consumo di tabacco e sostenendo politiche efficaci per ridurre il consumo. La giornata di quest'anno ha affrontato il tema proposto dall'OMS, dal titolo "Tabacco e Cardiopatie", con l'intento di aumentare la consapevolezza sui rapporti tra tabacco, malattie cardiache e altre patologie cardiovascolari come l'ictus, nonché le possibili azioni e misure che possono essere intraprese sia da governi sia da organizzazioni non governative per ridurre i rischi alla salute del cuore provocati dal tabagismo [1].

### I saluti

Senza indugiare, alle 8.30, prende la parola il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, il **Prof. Walter Ricciardi**, che come padrone di casa dà il benvenuto ai presenti che affollano l'aula Pocchiari in ogni ordine di posti. Quindi Ricciardi denuncia il rallentamento dell'Italia in tema di lotta al tabagismo. Il Sud della penisola è ancora più pena-

lizzato rispetto al Nord e il problema è politico. Le direttive sul tabacco non vengono attuate, niente *plain packaging*, nessun importante aumento dei prezzi del pacchetto di sigarette, e il numero dei fumatori in Italia non diminuisce, anzi è in leggero aumento. Ciò che preoccupa è la situazione dei giovani: *in Italia un minore su dieci è consumatore abituale di tabacco, quasi la metà ha fumato o ha provato a fumare o fuma ogni tanto. E i ragazzi spendono oltre 50 euro a settimana senza che i genitori se ne accorgano. "È necessario potenziare sistemi di prevenzione primaria per scongiurare questa nuova linea di tendenza che vede il consumo di tabacco anche tra i giovanissimi prima che a questa dipendenza se ne associno altre"*, accennando alle proprietà "gateway" del tabacco nei confronti delle altre droghe d'abuso.

Secondo l'indagine Explora, che ha realizzato l'identikit "del ragazzo con la sigaretta" su un campione di 15.000 ragazzi tra i 14 e i 17 anni, il tabagismo interessa soprattutto i maschi. In genere frequentano istituti professionali e licei artistici, i genitori hanno un livello di istruzione medio-basso e non controllano le spese dei figli, risultano più propensi al rischio e con una percezione del proprio rendimento scolastico mediocre o appena sufficiente. I giovani tabagisti abituali, inoltre, sono quelli che fanno meno sport e che bevono più *energy drink*. Il dato preoccupante, inoltre, fotografa un maggiore consumo

di alcolici tra loro, anche sotto forma di *binge drinking*. Il dato cresce a dismisura sul consumo di droghe: più della metà dei fumatori abituali (il 65,6%) ha fumato almeno una volta anche cannabis nell'ultimo anno rispetto al 2% dei non fumatori [2]. Sempre nell'indagine Explora, è stato tracciato il profilo del fumatore abituale, rispondente all'11,1%, pari a 254.000 giovani, dei fumatori occasionali, il 13,9%, e dei ragazzi che hanno comunque provato a fumare, il 20,2%. Nella stessa fascia d'età è stato rilevato circa il 2% di ex-fumatori. Il 51,8% dei giovani fumatori inizia nelle scuole superiori, il 43,7% nelle scuole medie (tra gli 11 e 13 anni) e il 4,5% addirittura alle elementari tra i 9 e 10 anni di età.

Il **Prof. Claudio D'Amario**, della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute ha sottolineato la perdita di 10 milioni di anni produttivi, 80.000 decessi/anno e degli esosi oneri per il Servizio Sanitario Nazionale in Italia dovuti al fumo di tabacco. Il fumatore è un paziente che deve essere preso in carico dalle Cure Primarie ed è necessario provvedere alla formazione sul tabagismo anche circulare degli Operatori Sanitari.

Il **Prof. Silvio Garattini**, Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", non nasconde la propria preoccupazione sui dati che emergono dalle indagini DOXA 2018: i fumatori sono in aumento, molto di più del 20%

della popolazione dei Paesi Nordici. In Italia, un pacchetto di sigarette costa la metà del pacchetto nel Regno Unito. Un aumento di € 2 a pacchetto sarebbe auspicabile e avrebbe già un risultato apprezzabile. Occorre estendere i divieti nei luoghi pubblici come stadi, parchi, pertinenze esterne degli ospedali e luoghi di ristorazione all'aperto. Occorre ridurre il fumo passivo, compreso quello dei nuovi sistemi di erogazione della nicotina. Per i giovani occorre costituire dei gruppi di non fumatori (peer) che agiscano sui ragazzi fumatori. Gli Ordini dei Medici devono agire maggiormente sui medici che fumano. Ma soprattutto occorre contrastare le iniziative delle industrie del tabacco che usano i social media e internet come fonti di pubblicità. Occorre diffondere nelle Società Scientifiche e nelle università il principio etico di non accettare soldi dall'industria del tabacco (Big Tobacco). Come già recentemente sottolineato da Zagà e collaboratori in un editoriale pubblicato su Tabaccologia, le università che scendono a patti con Big Tobacco, accettando i vantaggi offerti da sovvenzioni e donazioni, diventano complici nel diffondere "l'epidemia del tabacco" perché il denaro dei finanziamenti deriva direttamente dalla vendita dei prodotti del tabacco. Si tratta di soldi "sporchi" che causano malattia, sofferenza e morte delle persone [3]. Per quanto riguarda il consumo della sigaretta elettronica: "La maggior parte degli svapatori è un consumatore duale – dice Garattini – consuma cioè sia sigarette tradizionali che e-cig. Altro dato del rapporto è quello che riguarda i prodotti del tabacco di nuova generazione, il tabacco riscaldato: in tre anni la notorietà di questi prodotti è più che raddoppiata".

Chiude il giro dei saluti introduttivi, il Presidente della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), il **Dr. Vincenzo Zagà** che ha ribadito l'impegno che la SITAB profonderà nei prossimi mesi nel cercare di



Da sn: D'Amario, Ricciardi, Garattini, Zagà

scardinare lo stagnante *status quo* degli insegnamenti accademici quanto a tabagismo e problemi correlati, allo scopo di far aggiornare i curricula universitari per le scuole di Medicina e Scienze Infermieristiche con l'inserimento della tabaccologia. *"È semplicemente assurdo e anacronistico che a tutt'oggi nella formazione dei futuri medici non si insegni ancora nulla sulla prima causa di morbilità e mortalità evitabile, qual è il tabacco. È un vulnus, scientifico e culturale – ha proseguito Zagà con la passione che lo contraddistingue – che la comunità scientifica italiana, e non solo, si porta dietro e per cui cercheremo di fare i passi necessari presso il MIUR, contando sull'endorsement dell'ISS e del Ministero della Salute. È una partita importante da giocare e vincere. Almeno noi ce la metteremo tutta"*.

A questa proposta/appello ha fatto seguito quella dell'istituzione di un fondo nazionale per la lotta contro il tabacco sulla scia del Governo Francese che lo ha istituito a partire dal 1° gennaio 2017 [4] e quella di istituire una Commissione permanente ministeriale per monitorare i Centri Universitari e Ospedalieri di ricerca contro le infiltrazioni delle Multinazionali del Tabacco come ha già fatto il Governo Brasiliano.

## Le relazioni

Come ogni anno in occasione del *World no Tobacco Day*, la **Dr.ssa Roberta Pacifici**, Direttrice dell'Osservatorio OssFAD e del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, fornisce i dati sul fumo di tabacco in Italia. La prevalenza dei fumatori è cristallizzata dal 2007, e non si vede alcuna inversione di tendenza e anzi si registra un lieve incremento dei fumatori maschi. I giovani rappresentano il serbatoio di riserva del tabagismo che non accenna a diminuire. I dati del 2018 mostrano che sono 12,2 milioni i fumatori in Italia e rappresentano il 23,3% della popolazione (22,3% nel 2017). Le donne fumatrici sono il 19,2% (in diminuzione) mentre i fumatori maschi sono il 27,7% (in aumento).

Tra i giovani di età compresa tra 14 e 17 anni sono fumatori abituali l'11,1% (circa 254.000 giovani), fumatori occasionali il 13,9% e ragazzi che hanno comunque provato a fumare il 20,2%. Questo significa che oltre il 47% dei giovani minorenni è comunque venuto in contatto con i prodotti del tabacco e costituisce un vero e proprio serbatoio di riserva per la popolazione dei tabagisti.

Negli istituti professionali (17,7%) e nei licei artistici (14,7%) si trovano le prevalenze più alte di fumatori abituali mentre nei licei scientifici

e classici si trovano le prevalenze più basse (8,1%). Tra i fumatori abituali, rispetto ai non fumatori, è molto più alta la percentuale di chi dichiara un rendimento scolastico mediocre o insufficiente (17,5% contro il 4,7%) e viceversa la percentuale più bassa di chi dichiara un rendimento ottimo o discreto (11% rispetto al 33%). I fumatori abituali, rispetto ai non fumatori, consumano birra più di 4 volte a settimana (9,3% rispetto allo 0,7%), consumano superalcolici più di 4 volte a settimana (5,4% rispetto allo 0,3%), perdono il controllo ubriacandosi 3 o più volte nell'ultimo mese (12% rispetto all'1,1%), consumano *energy drink* tutti i giorni della settimana (13,1% rispetto al 4,7%). Il 65,6% dei fumatori abituali ha fumato cannabis almeno una volta durante l'ultimo anno (stima popolazione circa 167.000 giovani), rispetto al 2% dei coetanei non fumatori. Il 4,7% dei fumatori abituali ha dichiarato di consumare *smart drugs* rispetto all'1,3% dei non fumatori. Tra i fumatori abituali, rispetto ai non fumatori, c'è la più alta percentuale di chi non pratica attività sportiva (18,5% vs 12%) e la più bassa percentuale di chi pratica sport almeno 2 volte a settimana (54,7% vs 65,1%).

In Italia gli utilizzatori abituali e occasionali di *e-cig* sono circa 1,1 milioni. Di questi il 60,3% sono fumatori, il 32,3% sono ex-fumatori e il 7,4% non ha mai fumato. La maggior parte degli utilizzatori (75,3%) è rappresentata da consumatori duali che fumano le sigarette tradizionali e contemporaneamente l'*e-cig*, in particolare quelle contenenti nicotina. Per quanto riguarda l'uso dei prodotti del tabacco di nuova generazione (tabacco riscaldato, H-N-B), li ha provati il 2,7% della popolazione, circa 1,4 milioni di persone. Di questi il 54,5% sono fumatori, l'11,4% ex-fumatori e il 34,1% non ha mai fumato. La notorietà di questi prodotti in tre anni è quasi triplicata passando dal 21,5% al 52,3%.

Sul versante fumo passivo, Pacifici dice che a 15 anni dall'entrata in vigore della legge Sirchia, la piena osservazione del divieto di fumo nei luoghi pubblici non è garantita, in particolare al Sud. L'estensione dei divieti sul fumo in auto in presenza di minori e di donne in gravidanza è quasi totale, più dell'80%. Secondo l'indagine dell'ISS-DOXA, quasi il 90% degli italiani e l'81,2% dei fumatori è d'accordo con il divieto di fumare in macchina in presenza di minori e donne in gravidanza, in lieve calo rispetto al 2017. Il 3,2% dei fumatori ha dichiarato di aver fumato in auto con bambini o donne incinte, rispetto al 5,3% del 2017.

Per la prima volta c'è anche il dato sul fumo passivo negli animali domestici: il 14% dei fumatori che ha un animale domestico fuma in loro presenza. Il 46% mai. Tra i non fumatori la percentuale di chi non espone al fumo passivo il proprio animale domestico è del 87,6%. Le immagini forti e le avvertenze sui rischi riportate sui pacchetti di sigarette hanno avuto un impatto sui fumatori. Essi sono stati notati dalla quasi totalità dei fumatori (91,1%).

Infine la **Dr.ssa Pacifici** illustra i dati lusinghieri del Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800.554.088. La conoscenza del TVF è giunta principalmente dalle scritte sui pacchetti di sigarette (65,8%) mentre il 16,5% ha saputo del numero verde dal medico.

Dal Ministero della Salute viene l'ormai consueta relazione della **Dr.ssa Daniela Galeone** che fa una carrellata delle strategie internazionali nella lotta al Tabagismo. Il tabacco non è solo una minaccia per la salute ma costituisce anche un danno economico alle Nazioni e occuparsi della lotta al tabacco vuole dire affrontare gli obiettivi individuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dello sviluppo sostenibile, dalla lotta alla povertà (l'uso del tabacco porta a una perdita di 14 mila miliardi di dollari

l'anno per i morti prematuri, capacità produttive e spese sanitarie), alla riduzione delle disuguaglianze (il tabagismo aumenta la povertà dei poveri), al problema ecologico e dell'inquinamento del pianeta (la coltivazione del tabacco è responsabile del 5% della deforestazione globale, 45 mila miliardi di mozziconi vengono dispersi nell'ambiente ogni giorno).

Le soluzioni individuate sono: aumentare tasse e accise sui prodotti del tabacco; favorire il pacchetto senza etichette e marchi, con immagini di monito di grandi dimensioni; eliminare il fumo di seconda mano in tutti gli ambienti interni al lavoro, pubblici e di trasporto; realizzare campagne efficaci a livello di *mass media* educando il pubblico sui danni da tabacco e del fumo di seconda mano. In Italia la piena attuazione del decreto legislativo n. 6 del 12 gennaio 2016 con il divieto di fumo in auto e nelle pertinenze di reparti ostetrici, ginecologici e pediatrici e l'inasprimento delle sanzioni per la vendita di tabacco ai minori sono una priorità. Per i soggetti già ad alto rischio per patologie fumo correlate, promuovere l'adozione di stili di vita salutari con gli obiettivi del progetto ministeriale "Guadagnare Salute" e l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione sono gli obiettivi da raggiungere. La buona notizia è che l'Italia, nella mappa delle Nazioni europee della scala del controllo del tabacco 2016 è tornata fra i Paesi virtuosi, passando dal 15° al 13° posto, ma molto c'è da fare ancora. I prezzi dei prodotti del tabacco sono troppo bassi, la spesa per le campagne antifumo è troppo bassa, non c'è il *plain package* e i trattamenti per la cessazione del fumo non sono rimborsabili. Il pericolo maggiore viene dalle industrie, tese a far passare nei Paesi come strategia di sanità pubblica la riduzione del danno, che è inammissibile.

La **Dr.ssa Adele Minutillo** dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione di alcuni ragazzi delle scuole superiori di Roma ci ha fatto toc-



Dr.ssa Daniela Galeone

care con mano quali video antifumo piacciono e quali no. Il video della campagna francese ha vinto mentre quelli del Ministero della Salute italiano e dell'ISS sono risultati fra i meno graditi. Una campagna antifumo piace quando è provocatoria, chiara, con immagini "crude", senza comicità, di comprensione immediata e della durata "giusta".

Il **Prof. Fabio Beatrice**, Primario ORL dell'Ospedale Don Bosco di Torino e la giornalista dell'Agenzia di comunicazione e media relations Mason&Partners, **Dr.ssa Johann Rossi Mason**, presentano il loro ultimo libro "Senti chi fuma", illustrando

dei vissuti reali di fumatori che raccontano la loro lotta contro il tabagismo grazie anche alla sapiente lettura dei brani da parte dell'attrice Paola De Crescenzo del Teatro Due Stabile di Parma. Il libro propone una forma di medicina narrativa, in cui i pazienti raccontano la loro esperienza come tabagisti, a disposizione di altri fumatori che possono decidere anche loro di intraprendere un percorso di riduzione o cessazione del fumo.

La **Dr.ssa Luisa Mastrobattista** dell'Istituto Superiore di Sanità illustra i dati sul Telefono Verde per la cessazione del fumo di tabacco.

Il servizio è un punto di ascolto di operatori esperti in particolare per i fumatori. Il Telefono Verde ascolta e accoglie le richieste dell'utente, favorisce il desiderio di smettere di fumare, dà informazioni e orientamenti verso i centri per la cessazione del fumo territoriali, informa sulla legislazione antitabagica, e sensibilizza agli effetti di fumo attivo e passivo sulla salute. Dal 2003 ad oggi il trend delle telefonate ricevute è in costante aumento, che è diventato esponenziale dall'entrata in vigore del D.Lgs 6/2016. La prevalenza maschile è netta, con età media intorno ai 45 anni. Sono prevalentemente i fumatori che chiamano, cittadini del Centro e del Nord-est della penisola. Dal giugno del 2017 a maggio del 2018 le chiamate sono state 15.428, il 70,3% con una chiamata congrua. Il 95,8% del motivo della chiamata è la cessazione del fumo di tabacco. I Centri Antifumo sono per il 59% al Nord, il 18% al Centro e il 23% al Sud, e sono principalmente collocati nell'ambito dei dipartimenti delle Dipendenze e delle Pneumologie. Il canale d'invio principale è l'iniziativa spontanea, ma gli utenti ci accedono anche tramite familiari, amici e medici di famiglia. Vengono offerti *counseling* di gruppo e individuale, farmacoterapia (circa 75%) e anche psicoterapia in quasi il 30% dei casi. L'età prevalente degli utenti è fra 45-54 anni con una leggera prevalenza di maschi (54%).



Aula "Pocchiarì" dell'ISS il giorno del Convegno

Il tema del Convegno viene trattato dal **Dr. Silvano Gallus** dell'Istituto Mario Negri che illustra le evidenze scientifiche sull'effetto del tabacco sull'apparato cardiovascolare. Uno ogni tre morti è causato da una malattia cardiovascolare. Anche se il nesso tra tabacco e malattie cardiovascolari era già stato descritto nel 1956 dal *British Medical Journal*, ancora nel mondo la percezione del nesso è molto bassa, specie dove il tabagismo è una vera e propria epidemia come in Cina, in India, nel Sudest Asiatico. Il fatto è che 3 dei 7 milioni di morti causati dal fumo di tabacco ogni anno



Dr. Silvano Gallus

nel mondo sono dovuti a malattie cardiocircolatorie. L'esposizione al fumo passivo aumenta il rischio di malattie coronariche del 25-30%. Più del 50% dei morti per il fumo passivo sono dovuti a malattie ischemiche del cuore. Molte malattie cardiache aumentano il rischio di essere contratte da fumatori sia nell'uomo ma anche e soprattutto nella donna. Le sostanze principalmente chiamate in causa come fattore eziopatogenetico sono il catrame, la nicotina e il monossido di carbonio. Il rischio, sia nell'uomo che nella donna, aumenta con il numero di sigarette fumate al giorno. Non porta a benefici neanche passare a sigarette a basso livello di catrame per quanto concerne il rischio cardiovascolare. I benefici della completa cessazione si possono apprezzare fin da subito: entro 20 minuti il battito cardiaco rallenta e la pressione sanguigna cala, ed entro 1 anno soltanto si dimezza il rischio di una malattia coronarica rispetto al corrente fumatore. Ma i veri benefici si hanno 5-15 anni dopo per cui ovviamente la prevenzione è molto più efficace della successiva cessazione. In Italia le malattie cardiovascolari costituiscono il 37% di tutta la mortalità. Di queste, il 31% sono l'infarto del miocardio, il 26% l'ictus e CBVD. Nel 2011 il 10% delle cause di decesso di

malattie cardiovascolari era tabacco correlata.

La **Dr.ssa Simona Giampaoli** dell'ISS ha illustrato il ruolo del tabagismo nella predizione del rischio cardiovascolare illustrando il progetto CUORE per stimare il rischio di primo evento cardiovascolare (CVD) maggiore (infarto miocardico, ictus) nella popolazione italiana. La stima viene calcolata partendo da un'indagine di base (sesso, età, fumo, storia di diabete, storia di coronaropatie, familiarità MCV e terapia anti-ipertensiva), e misurazioni obiettive pressione arteriosa, colesterolo totale e HDL, trigliceridi e glicemia. Il follow-up era improntato con evidenziazione di eventi come infarto miocardico, morte coronarica, morte improvvisa, emorragia subaracnoidea e intracerebrale, trombosi cerebrale, ictus ed eventi di rivascolarizzazione. Per ogni avvenuto decesso venivano raccolte informazioni da cartelle cliniche, certificati di morte, archivi della medicina generale e valutati secondo i criteri standardizzati MONICA. Per la valutazione del ruolo eziologico dei fattori di rischio, venivano condotte delle analisi statistiche standardizzate (HR, modello di Cox, curva ROC, etc.). Il modello predittivo del primo serio evento di CVD più significativo è risultato essere

il fumo di tabacco sia per i maschi (1,66) che per le femmine (2,17). Inoltre secondo un software elaborato nell'ambito del progetto CUORE, il rischio di CVD in un fumatore di oltre 60 anni diminuisce di 10% dopo appena 1 anno di astensione dal fumo di tabacco. Addirittura per la donna di pari condizioni, la cessazione dopo 1 anno riduce del 50% il rischio per CVD. L'abitudine del fumo è quindi un fattore di rischio cardiovascolare, il rischio è maggiore in età più giovane, smettere di fumare riduce il rischio cardiovascolare, nella predizione il fumo è il fattore di rischio più importante per la donna.

Il **Dr. Claudio Leonardi** della Società Italiana delle Patologie da Dipendenza apre i lavori pomeridiani con una carrellata sulla dipendenza da nicotina. La nicotina raggiunge il cervello dopo meno di 20 secondi attivando dei centri importanti come il nucleo accumbens, l'amigdala e il talamo. Il conseguente rilascio di dopamina, fasico se correlato a stimoli "nuovi" che induce un rialzo della salienza d'incentivazione, oppure tonico per mantenere un obiettivo nella memoria di lavoro aumentando l'attenzione durante il compimento di un comportamento. I fenomeni psicobiologici del cervello sono diversi: euforia/disforia, apprendimento, attivazione del sistema ansia/allarme, astinenza, *craving* e ricaduta sono alcuni di pertinenza della dipendenza da nicotina. La dipendenza è una malattia dello sviluppo che inizia in età della fanciullezza e adolescenziale ma in realtà può instaurarsi perfino in età fetale se la madre fuma. La nicotina stimola le stesse aree cerebrali degli stimoli gratificanti naturali, aumentando a dismisura però il rilascio di dopamina. In acuto provoca una risposta gratificante e di incentivazione cognitiva ma in cronico provoca l'ipoattività delle aree corticali orbitofrontali di controllo provocando una condizione di dipendenza, cioè un consumo incontrollato e compulsivo di nicotina (tabagismo).



Dr. Vincenzo Zagà

Il **Dr. Vincenzo Zagà**, Presidente della Società Italiana di Tabacologia, illustra le strategie farmacologiche della disassuefazione dal fumo di tabacco presentando una carrellata aggiornata della terapia farmacologica del tabagismo, ispirata dalle recentissime Linee Guida europee ENSP, tradotte da un'équipe di professionisti della SITAB [5]. Le

Linee Guida, precisa Zagà, non vanno intese come delle Tavole della Legge o delle gabbie, bensì come delle indicazioni utili per assicurare l'appropriatezza degli interventi terapeutici e per la messa in atto di strategie complesse a livello di comunità.

La terapia del tabagismo, sottolinea Zagà, può essere declinata in tre maniere: a) quella non farmacologica con il *counseling* motivazionale, comportamentale, compreso quello telefonico; b) quella farmacologica, usando la terapia sostitutiva nicotina (NRT), il bupropione, la vareniclina o la citisina; c) oppure la terapia integrata (non farmacologica + farmacologica), che dà i risultati migliori. Questi farmaci di prima linea hanno una efficacia basata sull'evidenza scientifica che aumenta quando sono combinati con la terapia non farmacologica e/o fra di loro. I tre farmaci di prima linea, conclude Zagà, sono efficaci: NRT con scarsi o nulli effetti collaterali, la vareniclina, specie per i medi-forti fumatori e nelle ricadute dopo uso di NRT, il bupropione per le sindromi ansioso-depressive associate al tabagismo, nei problemi di peso e per i fumatori che non hanno usato i due precedenti farmaci. La loro efficacia aumenta a un anno se i tre

farmaci vengono associati al *counseling* psico-comportamentale prolungato e rinforzato nel tempo. La citisina, farmaco ampiamente sperimentato nell'Est Europeo, è efficace per la cessazione del fumo di tabacco, tanto da poter essere considerato come farmaco di prima linea. In Italia la preparazione è galenica e i vantaggi maggiori, rispetto ai 3 farmaci di prima linea, sono il suo basso costo e la buona tollerabilità. Lo schema di trattamento suggerito dalla SITAB è di 40 giorni con fase di induzione iniziale e di scalaggio finale protratto che sembra essere più efficace del trattamento a 25 giorni utilizzato nell'Est Europa. L'auspicio finale del Presidente della SITAB è che l'operatore sanitario che prende in carico il tabagista sia formato ed aggiornato. Un operatore efficace aumenta notevolmente la probabilità di un successo terapeutico in termini di cessazione del fumo da parte del paziente.

Il **Prof. Giacomo Mangiaracina** fa una snella e agevole carrellata di ciò che funziona e ciò che non funziona nella psicologia della cessazione del fumo, argomento molto importante per il trattamento del tabagismo. Le variabili della cessazione sono il contesto sociale, con la denormalizzazione del fumo come incentivazione alla cessazione e la normalizzazione che ha un effetto opposto. Mentre le industrie lavorano sulla normalizzazione attraverso la pubblicità, le campagne preventive efficaci devono mirare alla denormalizzazione del fumo di tabacco, usando i temi di salute, di economia e di ambiente. A oggi le campagne antifumo delle Istituzioni non sono per nulla efficaci specie nei confronti dei giovani. I testimonial sarebbero più adatti per una campagna sulla prevenzione delle patologie prostatiche. Il contesto familiare è sempre utile da tirare in ballo come incentivo per la cessazione. "Lei ha figli" è una domanda di deterrenza efficace per ogni tabagista. Anche il contesto lavorativo con politiche miranti a sco-



Prof. Giacomo Mangiaracina

raggiare il fumo è importante per la cessazione del fumo. Le leggi proteggono i non fumatori, favoriscono la denormalizzazione del fumo, migliorano le condizioni di salute della popolazione e il ripristino della democrazia, essendo i fumatori una sparuta minoranza della popolazione generale. L'offerta di opportunità è un importante elemento che favorisce la cessazione del fumo di tabacco. Vanno garantiti i servizi territoriali del trattamento del tabagismo, un coinvolgimento degli Ordini dei Medici per l'aggiornamento e la formazione dei Medici di Medicina Generale, attivare una scuola permanente di formazione multimediale per operatori sanitari sul modello dell'Università di Verona.

Sul versante della percezione del sé, la personalità del fumatore si costruisce sul voler essere percepito dagli altri in un certo modo nel contesto sociale di riferimento. In un *setting* terapeutico la reale percezione del sé come tabagista viene favorita dalla misurazione del polso e del CO espirato. L'intensità del legame del tabagista con il fumo di tabacco è un deterrente per la cessazione e spesso assai forte. Servono perciò operatori preparati, motivati e formati che si appassionino alla missione del promuovere la cessazione del fumo di tabacco. Il luogo fisico (*setting*) è importante e può favorire oppure ostacolare la relazione terapeutica sia nell'approccio individuale che di gruppo. Il linguaggio ha la sua importanza e l'operatore non deve aver paura di parlare un linguaggio più attinente alla reale situazione del tabagista: un pacchetto sono 20 sigarette; il fumatore è tabagista; "di qualcosa si deve morire" è una vita accorciata di 12 anni...

Infine, i lavori si chiudono con l'intervento del **Dr. Giuseppe Gorini** dell'ISPRO di Firenze che pone una domanda molto provocatoria: *e-cig* e prodotti di nuova generazione: opportunità terapeutica o commerciale?



Dr. Giuseppe Gorini

L'uso del *heat-not-burn* (HnB) è del 3,1% dei fumatori, 0,8% degli ex-fumatori e 1% dei mai fumatori (dato questo inquietante). Tra gli adulti italiani che hanno provato IQOS, i non fumatori sono quasi uguali ai fumatori attuali (329.000 contro 358.000). Le sigarette elettroniche vengono fumate in modalità duale (*e-cig* + sigaretta convenzionale) nel 72% dei consumatori di *vapers*. Gorini ci ricorda che per ridurre il rischio relativo (RR) del tumore del polmone occorre ridurre il fumo quotidiano a < 5 sigarette al giorno e pochi riescono a farlo. D'altra parte la politica su HnB in Italia è un incentivo alla cosiddetta "riduzione del danno" peraltro MAI provata scientificamente, legato esclusivamente all'HnB: metà della tassazione rispetto alla sigaretta, avvertenze sul pacchetto coprono il 30% della superficie (65% nelle sigarette); non ci sono divieti del fumo sull'HnB, la promozione non è bandita (IQOS Embassy). L'uso duale è preponderante e la regolamentazione in Italia favorisce *e-cig* e IQOS, senza alcuna giustificazione scientifica. I dati Cochrane forniti sulla questione *e-cig* cessazione del fumo di tabacco dicono che la *e-cig* con nicotina è più efficace della *e-cig* senza nicotina (OR = 2,29,  $p < 0,05$ ) ma l'ultima *review* su stu-

di longitudinali al contrario conclude per un effetto "non favorevole" delle *e-cig* sulla cessazione del fumo di tabacco rispetto allo "smettere da solo" (OR = 0,74,  $p = 0,05$ ). Anche la posizione del NICE non pone la *e-cig* tra gli interventi *evidence based* per la cessazione: in UK i benefici immediati sono limitati e non ci sono evidenti benefici a lungo termine. Consigliamo quindi di parlare di *e-cig* come "supporto" per smettere ma non sono farmaci testati per questo scopo.

Il fumo passivo alle emissioni di questi dispositivi esiste? Tracce di cancerogeni sono state riscontrate nei fumi di HnB IQOS (come acroleina, formaldeide, acetaldeide, NNN e NNK, e Benzo (a) pirene), certamente in quantità inferiori rispetto alle sigarette convenzionali. Inoltre ci sono metalli pesanti nelle *e-cig* e nelle HnB (es. Ni, Ag e Pb; Ni maggiormente rispetto alle sigarette convenzionali). Lo *switching* completo a *e-cig* espone quindi a una quantità minore di tossici e cancerogeni eccetto Ni e Cr; lo *switching* completo a IQOS espone quindi lo *switching* completo di tossici e cancerogeni eccetto Sn. Lo *switching* completo di *e-cig* espone a una quantità minore di tossici e cancerogeni eccetto Zn, Ni, Cr e Pb

rispetto a IQOS. Infine secondo la *National Academics of Science* alcune sostanze nell'aerosol delle *e-cig* possono causare danni al DNA e mutagenesi. Infine, i dati preoccupanti dei giovani fumatori: le *e-cig* possono reclutare adolescenti a basso rischio per iniziazione al fumo rendendo per loro più probabile iniziare a fumare. Il fenomeno per ora è limitato perché pochi ragazzi che non hanno mai fumato iniziano con *e-cig*. La realtà però è che dell'uso di *e-cig* in Italia sappiamo veramente poco. La riduzione del danno non può essere considerata come una politica attuabile sulla popolazione generale ma in un *setting* di cura specialistica la *e-cig* può essere proposta, in mano di esperti, per alcuni casi individuali particolari. Nel futuro, blindando i ragazzi dall'uso di *e-cig*, limitandola agli

adulti fumatori, e una volta dimostrata la sua efficacia, la *e-cig* potrebbe avere un impatto più forte come mezzo di cessazione del fumo di tabacco.

Con i ringraziamenti della Dr.ssa Pacifici ai convenuti, che in tanti hanno resistito fino alla fine, si conclude così questo bello, ricco e stimolante XX Convegno Nazionale sul tabagismo dell'ISS, dando appuntamento al prossimo anno.

[Tabaccologia 2018; 3:21-28]

### Daniel L. Amram

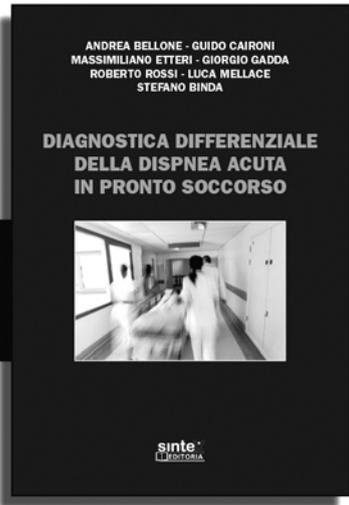
Medico della Prevenzione,  
Ambulatorio Tabaccologico  
Consultoriale, Az. USL 5 Pisa

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

## Bibliografia

1. Sacchetta A. Un'opportunità per riflettere sul rischio cardiovascolare. *Tabaccologia* 2018;16:8-9.
2. Indagine Explora-OssFAD 2018.
3. Zagà V, Cattaruzza MS, Rodriguez Lozano F, Trofor A, Mura M, et al. Perché le Università e il mondo scientifico dovrebbero stare alla larga dalle industrie del tabacco. Viaggio tra gli inganni di Big Tobacco. *Tabaccologia* 2017;15:7-13.
4. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/fonds-de-lutte-contre-le-tabac>.
5. [http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/guidelines\\_2018\\_online.pdf](http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/guidelines_2018_online.pdf).

# ACQUISTA UNA COPIA



ANDREA BELLONE - GUIDO CAIRONI  
MASSIMILIANO ETTERI - GIORGIO GADDA  
ROBERTO ROSSI - LUCA MELLACE  
STEFANO BINDA

DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE  
DELLA DISPNEA ACUTA  
IN PRONTO SOCCORSO

sintex  
L'EDITORIA

**FORMATO:** 15x21 cm  
**EDITORE:** Sintex Editoria  
**PAGINE:** 104  
**ISBN:** 978-88-943312-0-2  
**RILEGATURA:** brossura  
**PREZZO:** € 24,00

Piccolo testo, di facile consultazione ma saturo di tutto il percorso del paziente con dispnea acuta, dal momento del triage alla "porta", dall'entrata in sala visita, alla valutazione clinico-anamnestica, dalla diagnostica di laboratorio ed emogasanalisi all'esecuzione dell'ecografia toracica fino all'utilizzo della metodica della Ventilazione Non Invasiva.

**ANDREA BELLONE**  
PS-MURG, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda,  
Milano

**PER ORDINARE UNA COPIA SCRIVI A:**  
editoria@sintexservizi.it



Via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano  
☎ +39 02 66703640 - ✉ editoria@sintexservizi.it  
🌐 www.sintexservizi.it

SEGUICI SU

# Un modello integrato per la lotta all'uso adolescenziale di sostanze psicoattive

Martina Antinozzi, Maria Sofia Cattaruzza

---

## Riassunto

L'uso di tabacco, droga e alcool tra gli adolescenti mostra un trend in continua crescita che i Paesi dell'area industrializzata, e non solo, devono fronteggiare quotidianamente.

L'Islanda negli ultimi vent'anni ha studiato dettagliatamente il fenomeno e ha scoperto delle crucialità di intervento che sembrerebbero avere un impatto significativo sull'uso di sostanze tra i giovani; da queste ricerche è nato il progetto *Youth in Iceland* che ha definito un nuovo approccio sinergico basato sulla collaborazione tra genitori, personale scolastico, membri della comunità e adolescenti. Questo progetto con gli anni ha catturato l'attenzione di altri Stati membri dell'UE che hanno deciso di creare un progetto europeo sulla falsariga di quello islandese: *Youth in Europe*. Nato nel 2005, ha visto crescere nel corso del tempo un consenso così ampio da ricevere vari fondi dall'UE e da enti privati, favorendone l'ampliamento in durata e diffusione, tanto da risultare oggi ancora in corso.

L'Italia partecipa al progetto con i comuni di Santa Severina in Calabria e Aprilia nel Lazio e sicuramente vi sarà un'ulteriore diffusione negli anni a venire.

Oltre questi interventi di ordine sociologico, vari studi scientifici hanno dimostrato un legame tra l'abitudine al fumo e l'uso di droghe: la cosiddetta *gateway hypothesis*, che ha chiarito i meccanismi molecolari con cui la nicotina accentua la dipendenza da altre droghe.

# An integrated model of countering adolescent psychoactive substance use

Martina Antinozzi, Maria Sofia Cattaruzza

---

## Abstract

*The use of tobacco, drugs and alcohol among adolescents shows a growing trend that Countries all over the world have to face every day.*

*In the last twenty years, Iceland has studied the phenomenon in detail and has discovered crucial interventions that seem to have a significant impact on substance use among young people, hence as a result, the "Youth in Iceland" project, a new synergic approach based on collaboration between parents, schools staff, community members and adolescents, was created.*

*Throughout the years the project gained the attention of other EU Members that decided to create a European project along the lines of the Icelandic one: Youth in Europe, born in 2005, which grew over the years, receiving various funds from the EU and private entities, allowing it to expand in duration and to be still in progress nowadays.*

*Italian cities like Santa Severina in Calabria and Aprilia in Lazio are also part of the project, and more EU members will certainly take part at it in the coming years.*

*Beyond these sociological interventions there have been various scientific studies that evidenced a link between smoking habits and drug use: the so-called gateway hypothesis has clarified the molecular mechanisms with which nicotine accentuates dependence on other drugs. This underlined the importance of an adequate campaign against all drugs, beginning with tobacco control. Thanks to*

Da qui l'importanza di un'adeguata campagna contro tutte le sostanze di abuso, con l'esigenza prioritaria di concentrarsi sui giovani con progetti che li coinvolgano in prima persona, all'interno delle comunità e della vita familiare. Questi studi hanno, inoltre, permesso di comprendere ancor più l'importanza della condivisione di prospettive e risultati tra Stati che si pongano come fine condiviso la promozione della salute.

Concludendo, appare fondamentale diffondere l'idea che sia proprio la condivisione avulsa da preconcetti il primo passo verso la soluzione di problematiche complesse d'ordine socio-sanitario.

**Parole chiave:** Fumo, adolescenti, prevenzione, uso di sostanze, gateway hypothesis.

## Introduzione

L'uso di sostanze illegali, di tabacco e di alcool tra i giovani è un problema d'attualità che interessa il mondo intero: Nord e Sud del pianeta, in modi diversi, si trovano a fronteggiare una lotta impari contro l'industria di queste sostanze sempre più potente, ricca e difficile da contrastare.

Riguardo la legislazione, sia in Italia sia all'estero, ogni giorno vengono varate nuove norme che mirano al controllo del fenomeno e che risultano però avere poi scarsi risultati.

La normativa italiana in materia è vasta, il fulcro risiede nel T.U. 309/90 [1], più volte aggiornato, che naturalmente considera l'argomento dal punto di vista giudiziario, quindi punitivo in caso di cattiva condotta e non delinea possibilità d'intervento in termini di promozione della salute pubblica.

Sulla prevenzione dal punto di vista sanitario invece, sono varie le azioni del Ministero della Salute, intervenuto più volte negli anni con campagne pubblicitarie tramite spot TV, banner web animati e po-

ster (l'ultima contro l'abuso di alcool è del 2016, dal motto: "C'è chi beve e chi si diverte. E tu?") [2].

Importanti anche le iniziative organizzate dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, che ogni anno cerca di sensibilizzare l'opinione pubblica su quel potente nemico legalizzato della salute che è il tabacco, tramite il *World No Tobacco Day* [3], celebrato il 31 maggio; o anche l'*Alcohol Prevention Day* [4], che quest'anno si è svolto il 16 maggio, dedicato all'aggior-

*these evidences has emerged the importance of targeting young people with projects involving them in first person, taking action within the communities in which they live and through their parents.*

*Furthermore, these studies made it possible to further understand the importance of sharing perspectives and results between States that have a shared goal of health promotion.*

*In conclusion, it seems fundamental to spread the opinion that the first step towards the solution of complex social and health problems is precisely data sharing without from preconceptions.*

**Keywords:** Tobacco, adolescents, prevention, substance use, gateway hypothesis.

## Introduction

The use of illegal substances, tobacco, drugs and alcohol among young people is a topical problem affecting the whole world: North and South of the planet, in different ways, are facing an unequal struggle against the drug industry, increasingly powerful, rich and difficult to fight.

Regarding the legislation, both in Italy and abroad, new rules are set up every day aimed at controlling the phenomenon, but unfortunately having poor results.

The Italian legislation on the subject is vast, the fulcrum resides in the T.U. 309/90 [1], updated several times, which naturally considers the subject from the judicial point of view, therefore punitive in the event of misconduct and not outlining the possibility of intervention in terms of promotion of public health.

On the health prevention instead, there are various actions of the Italian Ministry of Health, which has made several advertising campaigns over the years via TV spots, ani-

mated web banners and posters (the latest against alcohol abuse is from 2016, with the motto: "There are those who drink and those who enjoy themselves. What about you?") [2].

Furthermore there are the initiatives organized by the Smoke, Alcohol and Drug Observatory (OSSFAD) of the Istituto Superiore di Sanità, which every year deals with the *World No Tobacco Day* [3], celebrated on May 31<sup>st</sup>, seeking to raise general public awareness on a powerful legalized enemy of health:

namento tecnico-scientifico ed epidemiologico sulle tendenze in atto a livello nazionale, europeo e internazionale sulle tematiche alcohol-correlate.

Tutte queste iniziative sono sicuramente importanti e vanno portate avanti, ma il quesito che si stanno ponendo i Paesi industrializzati negli ultimi tempi è se non ci siano modi alternativi di affrontare il problema attraverso azioni concrete e con una gestione più capillare a livello della popolazione.

## Il modello islandese

In un articolo comparso a dicembre 2008 su *Health Promotion Interna-*



tobacco; or also the Alcohol Prevention Day [4], which this year took place on May 16<sup>th</sup>, dedicated to the technical-scientific and epidemiological update on trends at national, European and international level on alcohol-related issues. All these initiatives are certainly important and must be continued, but the question posed by the industrialized countries in recent times is if there are any alternative ways of tackling the problem of substance abuse through concrete actions combined with a more widespread management at the population level.

## The Icelandic model

In an article published in December 2008 on *Health Promotion International* [5], I. D. Sigfúsdóttir et al. describe how Iceland has tackled the issue of drug use among young people over the past two

*tional* [5], I.D. Sigfúsdóttir e coll. descrivono in che modo l'Islanda abbia fronteggiato la questione dell'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani nell'ultimo ventennio, costituendo il progetto *Youth in Iceland*, divenuto poi un modello esportato in tutta Europa.

Nello studio si parte dall'analisi del fatto che negli anni '90 e nei primi anni 2000, si era osservato un aumento nell'uso di sostanze da parte di ragazzi tra i 15 e i 16 anni in molti Paesi Europei e negli USA. Nello specifico in Islanda, prima della costituzione del progetto, le percentuali di giovani che affermavano di aver fumato quotidianamente avevano subito un aumento dal 15% al 23% dal 1992 al 1998, mentre quelli che ammettevano di aver fumato hashish almeno una volta nella vita erano aumentati dal 7% al 17% nello stesso arco di tempo. Inoltre, uno studio su 26 Paesi europei condotto dalla *European School*

decades, by creating the project called Youth in Iceland, that has since become a model exported across Europe.

The study starts from the analysis of the fact that in the 1990s and early 2000s, the use of substances increased among 15-16 year-olds in many European countries and in the USA.

Specifically, in Iceland, before the project started, the percentages of young people who claimed to have smoked daily had increased from 15% to 23% from 1992 to 1998, while those who admitted having smoked hashish at least once in their lifetime had increased from 7% to 17% in the same period of time.

Furthermore, a study of 26 European countries conducted by the *European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD)* [6] showed that Icelandic adolescents and their Scandinavian companions

*Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)* [6] dimostrava che gli adolescenti islandesi e i loro compagni scandinavi erano più soggetti all'abuso di alcool rispetto ai coetanei di altri Paesi dell'Unione (i giovani di 15-16 anni che ammettevano di essersi ubriacati 10 o più volte negli ultimi 12 mesi corrispondevano al 21%, 28%, 32% rispettivamente in Islanda, Finlandia e Danimarca, rispetto al solo 4% dei coetanei italiani).

Dal momento in cui sono stati raccolti questi risultati, l'Islanda ha però visto un declino nell'uso di sostanze tra gli adolescenti e questo è stato possibile proprio grazie a *Youth in Iceland*.

Il progetto nasce dall'osservazione di numerosi studi che avevano rivelato come la partecipazione ad attività lavorative giovanili supervisionate da adulti o gli sport di vario genere potessero scoraggiare l'uso di sostanze tra gli adolescenti,

were more susceptible to alcohol abuse than their peers in other EU countries. (15-16-year-olds who admitted to getting drunk 10 or more times in the last 12 months corresponded to 21%, 28%, 32% respectively in Iceland, Finland and Denmark, compared to only 4% of Italian peers). From the moment these results were collected, however, Iceland saw a decline in the use of substances among adolescents and this was possible thanks to the Youth in Iceland project.

The project is the result of the observation of numerous studies that revealed how participation in supervised-youth work or different kind of sports discourages substance use among adolescents, creating the opportunity for adults to reach, support and positively influence the new generations.

The project is based on two pivotal points: family and social capital.

creando l'opportunità per gli adulti di raggiungere, supportare e influenzare positivamente le nuove generazioni.

Il progetto si basa su due punti cardine: famiglia e capitale sociale. Per quanto riguarda la **famiglia** si è voluto rivalutare il concetto di tempo, sottolineando l'importanza che la quantità (opposta alla sola qualità) di tempo passata dai giovani in famiglia diminuisse la propensione degli adolescenti all'uso di sostanze.

Sul **capitale sociale** invece, si è voluto investire rafforzando i legami tra genitori e ragazzi nelle comunità locali come deterrente all'uso di sostanze; sfruttando l'azione delle scuole come legante tra i genitori; creando i *parental prowls*, gruppi di genitori che si riuniscono il venerdì e sabato sera, andando in giro a piedi per il vicinato, conoscendosi meglio e al contempo controllando i giovani e le loro azioni.

Regarding the **family**, the project purpose was to re-evaluate the concept of time, underlining the importance that the quantity (opposed to the quality) of time passed by young people in the family decreased the propensity of adolescents to the use of abusing substances.

On the **social capital** instead, the aim was strengthening the bonds between parents and children in local communities as a deterrent to use substances, by using the presence of schools as a binder between parents, creating the *parental prowls*, which is a group of parents who meet on Friday and Saturday night, walking around the neighbourhood, getting to better know each other and keeping an eye on the youth and their actions. The Icelandic model can be resumed in four steps:

Lo sviluppo del modello si è svolto in quattro step:

1. Un gruppo di scienziati si è riunito per analizzare i dati nazionali raccolti con questionari sottoposti agli adolescenti nelle scuole, con lo scopo di identificare il problema su cui concentrarsi e sviluppare l'approccio da seguire.
2. I membri del team di lavoro hanno poi discusso i dati a livello locale, nelle comunità e nei vari quartieri delle città assieme a ricercatori, personale scolastico, genitori e allenatori sportivi.
3. Il terzo step consisteva nella messa in atto delle varie iniziative a livello locale, tramite l'organizzazione di attività extracurricolari pianificate secondo le inclinazioni creative delle singole comunità.
4. L'ultima fase prevedeva una riflessione sui risultati ottenuti, analizzando le numerose attività svolte e raccogliendo nuovi dati.

1. A group of scientists met to analyze national data collected with questionnaires submitted to adolescents in schools, with the aim of identifying the problem to focus on and developing the approach to be followed.
2. The members of the working team then discussed the data at a local level, in the communities and in the various districts of the city, together with researchers, school staff, parents and sports coaches.
3. The third step consisted in the implementation of the various initiatives at the local level, through the organization of extracurricular activities planned according to the creative inclinations of the individual communities.
4. The last phase included a reflection on the results obtained, analyzing the numerous activities carried out and collecting new data.

Alla fine della prima fase di studio sono stati analizzati i dati e confrontati con quelli disponibili prima che il progetto iniziasse nel 1998. Il risultato è stato un notevole decremento nella percentuale di soggetti che avevano risposto in maniera affermativa alle seguenti domande: *Ti sei mai ubriacato negli ultimi 30 giorni?* Dal 42% nel 1998 si è passati al 18% nel 2008; *Fumi sigarette quotidianamente?* Dal 23% al 10%; *Hai usato hashish una o più volte nella tua vita?* Dal 17% al 7% (**Figura 1**).

Parallelamente, si è registrato un incremento nelle risposte che riguardavano il tempo passato con i genitori durante i giorni feriali, che è passato dal 23% nel '97 al 31% nel 2006 e il controllo dei genitori sulle frequentazioni serali dei propri figli, che è aumentato dal 49% al 67%.

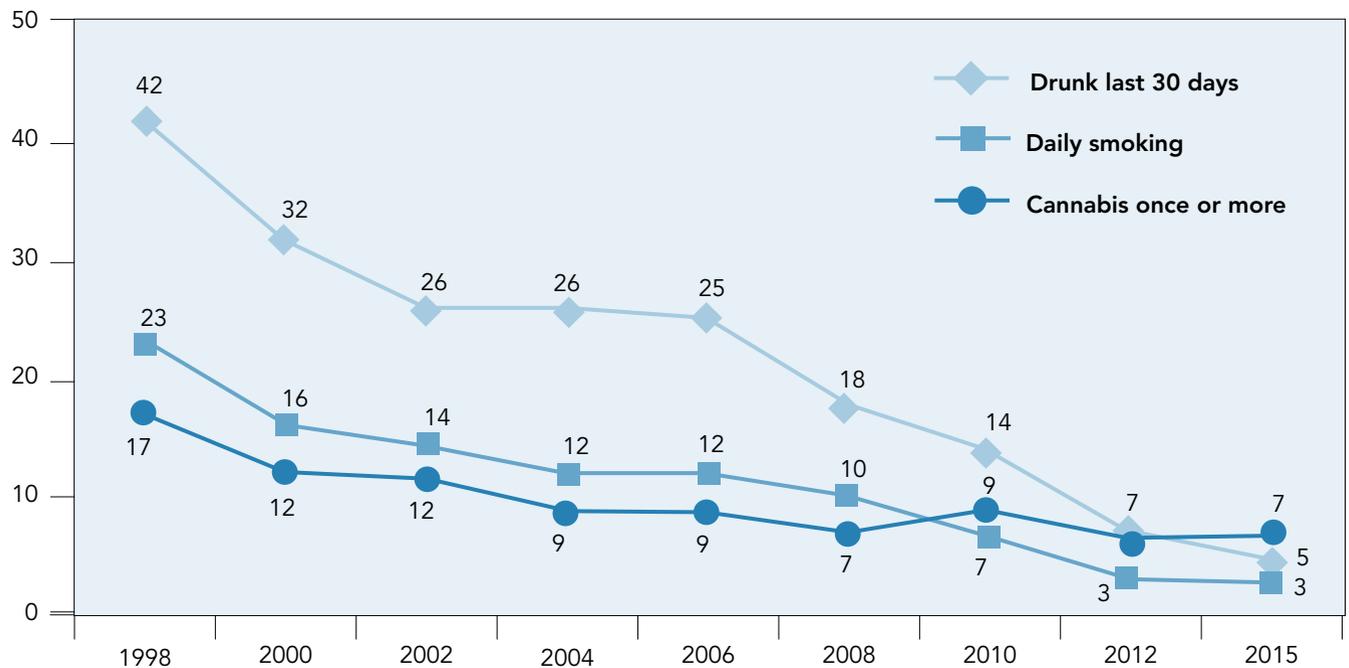
Naturalmente i ricercatori hanno considerato anche il fatto che

At the end of the first phase of the project, the data collected were analyzed and compared with those available in 1998 before the creation of the study.

The result was a noticeable decrease in the percentage of subjects who had answered affirmatively to the following questions: Have you ever got drunk in the last 30 days? From 42% in 1998 to 18% in 2008; Do you smoke cigarettes every day? From 23% to 10%; Have you used hashish one or more times in your lifetime? From 17% to 7%.

In addition, there was an increase in responses regarding the time spent with parents during the weekdays, which went from 23% in '97 to 31% in 2006 and the parents' control over the evening activities of their children, which increased from 49% to 67%.

Obviously, the researchers considered that Iceland is a territory with a reduced extension and with a



**Figura 1** Uso di alcool, tabacco e cannabis tra i ragazzi di 15-16 anni. Islanda 1998-2015 ([www.ecad.net](http://www.ecad.net)).

l'Islanda è un territorio a estensione ridotta e con una popolazione di soli trecentomila abitanti, in cui

è sicuramente più facile diffondere e applicare un modello di questo tipo.

Tuttavia, sulla base di questi risultati, gli studiosi continuano a sostenere che la prevenzione dell'uso

population of only three hundred thousand inhabitants, in which it is certainly easier to spread and apply a model of this type.

However, based on these findings, Icelandic researchers continue to support the idea that prevention of substance use among adolescents in European and North American societies can pass through the definition and implementation of well-organized steps that promote adolescent emotional well-being, but overall through actions carried out at various levels directly in the communities.

Nonetheless, all these efforts must be started early, around 12-13-year-old, when the intervention has the best chances of success in stopping young generations from trying these abusing substances.

The crucial point is to reach young people as early as possible in schools and also to involve parents, a critical element for success.

### Youth in Europe: a European paradigm

The Youth in Iceland study, achieving such good results, soon attracted the attention of various EU institutions and in particular the ECAD (European Cities Against Drugs) [7], a non-profit organization based in Sweden that has decided to spread the Icelandic model of action throughout the European continent, through the creation of a broader project: this is how Youth in Europe was born.

The real beginning of the European project dates back to the 4<sup>th</sup> of February 2005, when the ECAD Board Meeting was held in Rimini (Italy), there the members of the conference decided to propose the topic to the annual meeting of the institution (which would be held in Oslo the following May).

In Oslo then took place the final creation of a program aimed at implementing effective measures to

prevent the distribution, sale and use of illegal substances.

The proposal was finally approved on May 25<sup>th</sup>, 2005 with the approval of Ireland, Germany, Finland, Norway, Sweden, Iceland, Russia and Latvia. Professor DB Eggertsson of Reykjavik and Mr. T. Hallberg, ECAD's representative in Stockholm, were instructed to draw up a detailed program to be submitted to the institution's Advisory Board the following autumn.

All of this was finally sponsored by Dr. Ólafur Ragnar Grímsson, the Icelandic President.

Thus, a five-year evidence-based program was born, based on the results of the Icelandic studies held between 1997 and 2002.

The aim of the project was the creation of an international network allowing multidisciplinary comparison and collaboration between States on prevention strategies, emphasizing a holistic approach to substance use prevention [8].

di sostanze tra adolescenti nella società Europea e Nord-Americana possa passare attraverso la definizione e l'implementazione di step ben organizzati che promuovano il benessere emotivo degli adolescenti con azioni svolte a vari livelli direttamente nelle comunità.

Tutto questo sforzo deve però essere iniziato precocemente, attorno ai 12-13 anni, momento in cui l'intervento ha le migliori chance di riuscita nel bloccare la sperimentazione di tali sostanze.

Il punto cruciale è raggiungere i giovani il prima possibile nelle scuole e coinvolgere anche i genitori che sono un elemento critico per il successo dell'iniziativa.

### Youth in Europe: un paradigma europeo

Gli incoraggianti risultati ottenuti dal programma *Youth in Iceland* ha indotto l'ECAD (*European Cities Against Drugs*) [7], un'organizzazio-



ne *no-profit* con sede in Svezia, a diffondere il modello d'azione nell'intero continente europeo tramite la creazione di un più ampio progetto sulla falsariga del modello islandese e dando vita così a *Youth in Europe*.

Il progetto europeo ha dunque inizio il 4 febbraio 2005, quando si tiene a Rimini il *Board Meeting* dell'ECAD. In tale sede venne concordato di proporre alla riunione annuale dell'ente, che si sarebbe tenuta a Oslo nel maggio successivo, la creazione di un programma che avesse l'obiettivo di implementare misure efficaci per prevenire la distribuzione, la vendita e l'uso di sostanze illegali.

Il programma venne dunque approvato definitivamente il 25 maggio 2005 con il benestare di Irlanda, Germania, Finlandia, Norvegia, Svezia, Islanda, Russia e Lettonia. Il professor D. B. Eggertsson di Reykjavik e il signor T. Hallberg, rappresentante dell'ECAD a Stoccolma, vennero incaricati di stilare un piano dettagliato da presentare all'*Advisory Board* dell'ente nell'autunno successivo, con il patrocinio del Dr. Ólafur Ragnar Grímsson, il Presidente islandese.

Nacque così un programma *evidence-based* della durata di cinque anni, che si fondava sui risultati ottenuti dagli studi islandesi tenutisi tra il 1997 e il 2002.

Lo scopo del progetto era la creazione di un *network* internazionale che permettesse il confronto multidisciplinare e la collaborazione tra Stati sulle strategie di prevenzione, enfatizzando un approccio olistico alla prevenzione dell'uso di sostanze [8].

Basically, the application of the Youth in Europe model consists in the administration of an anonymous questionnaire of 80 questions (in English, then translated in the language of the participating country) to a target of pupils aged 15-16; the target is always the same for every entity that participates in the project, to give the possibility to compare the collected data in the end.

The answers are always sent to Iceland, where the experts of the ICSRA (Icelandic Center for Social Research and Analysis) [9] analyze the data and then draw up a technical report that is sent to each participating institution.

Over the years, other EU Member States have decided to take part in the project, which has therefore been extended beyond the initial five years and is still ongoing.

Furthermore, in 2015, given the importance of the data collected and the benefit derived from it in

different European States, the project received the award of two grants: ERASMUS + / KA2 funds [10] and funding from Greenland (Vestnordisk hovedstadsfond), with the aim of spreading the program to ten new European locations.

Specifically, as regards Italy, the model was applied in two cities: Santa Severina in Calabria and Aprilia in Lazio.

In Santa Severina (Crotone, Calabria-Italy), the questionnaire was administered on October 28<sup>th</sup> 2015 to two classes of 15-16-year-olds students of the D. Borrelli Liceo Classico, for a total of 50 students [11].

The results were as follows: 12% of the boys who answered the questionnaire, admitted to making a daily use of tobacco, 79% say they have used alcohol at least once in their lifetime; only 1% admit they got drunk in the last month. In addition, 20% of boys who smoke cigarettes started at age of 14 and

also 12% of those who smoke daily had started at the same age.

28% of the children who tried alcohol started at age of 14, 18% at 15 and 14% at 13; 18% of the boys got drunk for the first time at 14 years old, 16% at 15 years old.

In the second part of the questionnaire, which deals with the relationship with the parents, it was highlighted that: 73% of the children spend time with the family on the weekend and that 80% of the parents are against the use of cigarettes; 94% of parents are against cannabis use and 74% of parents are against the using of alcohol.

The third part concerns the relationship with peers and it turned out that 45% of the boys have friends who drink alcohol and only 16% receive advice on personal affairs.

The fourth part concerning leisure time says that 50% of the boys can stay out after midnight, while 70% remain at home all evening.

Nella pratica, l'applicazione del modello *Youth in Europe* consiste nella somministrazione di un questionario anonimo di 80 domande (in inglese, tradotto di volta in volta nella lingua del Paese partecipante) a un target di alunni di 15-16 anni; il target è sempre lo stesso per ogni ente che partecipa al progetto così da poter confrontare i dati raccolti.

Le risposte vengono poi inviate in Islanda dove gli esperti dell'ICSRA (*Icelandic Centre for Social Research and Analysis*) [9] analizzano i dati raccolti, redigendo un report tecnico che poi viene inviato ad ogni ente partecipante.

Nel corso degli anni altri Stati membri dell'UE hanno deciso di prendere parte al progetto, che è stato quindi prolungato oltre i cinque anni inizialmente previsti e risulta tuttora in essere. Inoltre, nel 2015, data l'importanza dei dati raccolti e il beneficio che ne era stato tratto nei vari Stati aderenti, il progetto

ha ricevuto l'assegnazione di due sovvenzioni: i fondi ERASMUS +/KA2 [10] e un finanziamento da parte della Groenlandia (*Vestnordisk hovedstadsfond*), con il fine di diffondere il programma in altre dieci nuove località europee.

Nello specifico, per quanto riguarda l'Italia, il modello è stato applicato in due città: Santa Severina in Calabria e Aprilia nel Lazio.

A Santa Severina (KR), il questionario è stato somministrato il 28 ottobre 2015 a due classi di alunni di 15-16 anni del Liceo Classico D. Borelli, per un totale di 50 alunni [11].

I risultati sono stati i seguenti: il 12% dei ragazzi che hanno risposto al questionario, ha ammesso di fare un uso giornaliero di tabacco, il 79% dice di aver usato alcool almeno una volta nella vita; solo l'1% ammette di essersi ubriacato nell'ultimo mese. Inoltre, il 20% dei ragazzi che fumano sigarette ha iniziato a 14 anni e ha iniziato alla stessa età anche il 12% di quelli

che fumano quotidianamente.

Il 28% dei ragazzi che hanno provato l'alcool ha iniziato a 14 anni, il 18% a 15 anni e il 14% a 13 anni; il 18% dei ragazzi si è ubriacato la prima volta a 14 anni, il 16% a 15 anni.

Nella seconda parte del questionario, che affronta il rapporto con i genitori, si è evidenziato che: il 73% dei ragazzi trascorre tempo in famiglia nel fine settimana e che l'80% dei genitori è contrario all'uso di sigarette; il 94% dei genitori è contrario all'uso di cannabis e il 74% dei genitori all'uso di alcool.

La terza parte riguarda invece il rapporto con i coetanei e ne è risultato che il 45% dei ragazzi ha amici che bevono alcool e solo il 16% riceve consigli su affari personali.

La quarta parte riguardante il tempo libero dice che il 50% dei ragazzi può rimanere fuori dopo mezzanotte, mentre il 70% rimane a casa tutta la sera. Dalla quinta

From the fifth part dedicated to the sport it is clear that 47% of the boys have never practiced one.

And finally, the sixth part concerning extracurricular activities and well-being at school shows that 47% have never participated in extracurricular activities; 11% of boys are often ill at school in general terms; 10% often does not fit well with teachers; 10% find that studying is useless.

What emerges from the questionnaire is that apparently the erroneous idea that alcohol is less dangerous could be spread among young people; also considering the results concerning the perception of school activities, it seems clear that the well-being at school is functional to the well-being of children in general terms and that there is a need to work also on peer relationships as a key element of adolescent well-being.

For what concerns the village of Aprilia (Latina, Lazio-Italy), we know

that the study involved 288 students of which 148 boys and 140 girls, but the full results have not yet been made public.

Based on this evidence, it seems clear that thirteen years after its establishment, the Youth in Europe project is still an open challenge and an excellent opportunity for the European Union to tackle the problem of substance use among adolescents with a collaborative approach and overall by a thorough data sharing between EU members States.

### **The Gateway hypothesis: the fight against drugs should start by fighting against smoking**

*"The gateway hypothesis for tobacco is based on the fact that hardly some individual passes to the so-called heavy drugs without being transited by tobacco and/or*

*alcohol and that even the use of such substances can be predictive of a future consumption of other drugs such as cannabis and cocaine in the population"* [12].

To support this hypothesis come the researches of the spouses Eric and Denis Kandel [13-14] who, through studies on mouse models, have scientifically demonstrated the existence of a molecular basis of the properties of nicotine gateways in relation to other drugs and in particular to cocaine.

The study analysed the effect of boosting that nicotine has when co-administered with cocaine, acting on synaptic plasticity, FosB transcription and histone acetylation at the striatum level, where the reward mechanism (the pathogenetic basis of drugs abuse) is activated. In 2011, before the Kandel, the study "Epigenetics of nicotine: another nail in the coughing" by Professor N. D. Volkow [15] had

parte dedicata allo sport si evince che il 47% dei ragazzi non ne ha mai praticato uno.

E infine, la sesta parte riguardante le attività extracurricolari e il benessere a scuola evidenzia che il 47% non ha mai partecipato ad attività extracurricolari; l'11% dei ragazzi sta spesso male a scuola in termini generali; il 10% spesso non si trova bene con i docenti; il 10% trova che studiare sia inutile.

Ciò che si evince dal questionario è che apparentemente tra i giovani potrebbe essere diffusa l'idea erronea che l'alcool sia meno pericoloso; inoltre, considerando i risultati riguardanti la percezione delle attività scolastiche, sembra chiaro che il benessere a scuola sia funzionale al benessere dei ragazzi in termini generali e che ci sia il bisogno di lavorare anche sui rapporti tra coetanei come elemento chiave del benessere adolescenziale.

Per quanto riguarda il Comune di Aprilia (LT) invece, sappiamo che lo

studio ha riguardato 288 studenti di cui 148 ragazzi e 140 ragazze, ma i risultati completi ancora non sono stati resi pubblici.

Sulla base di queste evidenze, sembra chiaro che a tredici anni dalla sua costituzione, il progetto sia ancora una sfida aperta e un'ottima possibilità per l'Unione Europea di fronteggiare il problema dell'uso di sostanze tra adolescenti con un approccio basato sulla collaborazione e la condivisione di dati tra gli Stati membri.

### **Gateway hypothesis: la lotta all'uso di sostanze deve iniziare da quella al tabagismo**

*"La gateway hypothesis per il tabacco, si basa sul fatto che difficilmente un individuo passa alle cosiddette droghe pesanti senza essere transitato dal tabacco e/o dall'alcool e che addirittura l'uso di tali sostanze possa essere preditti-*

*vo di un futuro consumo di altre droghe come cannabis e cocaina nella popolazione"* [12].

A supporto di questa ipotesi giungono le ricerche dei coniugi Eric e Denis Kandel [13,14] che, tramite studi su modelli murini, hanno dimostrato scientificamente l'esistenza di una base molecolare delle proprietà gateway della nicotina nei confronti di altre droghe e in particolar modo della cocaina.

Lo studio ha analizzato l'effetto di potenziamento che la nicotina ha se somministrata in concomitanza alla cocaina, agendo sulla plasticità sinaptica, sulla trascrizione di FosB e sull'acetilazione degli istoni a livello dello striato, dove viene attivato il meccanismo del reward alla base dell'uso di droghe.

Prima dei Kandel, l'argomento era già stato analizzato dalla professoressa N. D. Volkow, che con i suoi studi aveva evidenziato come le tappe comportamentali, elettrofisiologiche e geniche alla base del

already been carried out, highlighting how the behavioural, electrophysiological and genetic stages of the addiction process were accelerated by the administration of nicotine.

Considering these scientific evidences, it seems essential to also focus on smoking as a key objective in the fight against addictions.

## **Conclusion**

By the aforementioned studies, it is clear that the problem of substance dependence is very complex and cannot be reduced to a mere social or health problem but must necessarily be analysed under a more complete vision, in the light of evidence coming from numerous scientific fields: from the medical sector to the political-sociological field.

The clarification of the molecular mechanisms behind addictions, has

allowed us to better understand the etiological basis of the use of substances such as tobacco, alcohol and drugs and certainly must be taken into account, but must fit into a broader assessment of the phenomenon that can help in planning the goals of a new and more sound health prevention policy.

Undoubtedly, a fundamental and indispensable element is the collaboration between the different nations, the exchange of protocols and studies gives the opportunity to improve the prevention planning and to shorten the timing in the implementation of more effective health policies.

A first step in this direction was made with the sharing of the Icelandic model, through the making of the Youth in Europe project [16]. Moreover, as a preventive measure, it should be recalled that in December 2017 "The Joint Action on Tobacco Control" (JATC) [17] was

launched in Athens, that is a program to support the Member States in the implementation of the Tobacco Products Directive with the aim of supporting policies to combat smoking.

Therefore, it is clear that the next step towards a more widespread control of youth dependencies cannot be separated from the confrontation between States and that a serious health promotion policy necessarily depends on the continuous updating of the scientific and health personnel, but also on an all-round vision of the world in which we live.

The goal for the future must be to not only focus on analysing the results coming from the academic world, but also to have the ability to integrate these fundamental and essential notions with the creativity that only come from the observation of the world surrounding us without preconceived ideas.

processo di dipendenza fossero accelerate dalla somministrazione di nicotina [15].

Considerando queste evidenze scientifiche, sembra dunque fondamentale concentrarsi anche sul tabagismo come obiettivo chiave nella lotta alle dipendenze.

## Conclusioni

Sulla base degli studi sopracitati, appare chiaro come il problema della dipendenza da sostanze sia così complesso da non poter essere ridotto a un mero problema sociale o sanitario, ma debba essere necessariamente analizzato sotto una visione più completa possibile, alla luce di evidenze provenienti da numerosi campi scientifici: dal settore medico a quello politico-sociologico.

Il chiarimento dei meccanismi molecolari dietro le dipendenze, ci ha permesso di comprendere meglio le basi eziologiche dell'uso di sostanze quali tabacco, alcool e droghe e può essere un buon punto di partenza da inserirsi però in un

quadro più ampio di valutazione del fenomeno che può aiutare nella pianificazione degli obiettivi di una nuova e più solida politica di prevenzione sanitaria.

Un elemento fondamentale e imprescindibile è la collaborazione tra le diverse Nazioni, lo scambio di protocolli e studi permette di migliorare le pianificazioni in termini di prevenzione e di abbreviare le tempistiche nella messa in atto di politiche sanitarie più efficaci.

Un primo passo in questo senso è stato fatto con la condivisione del modello islandese sopracitato, tramite il progetto *Youth in Europe* [16].

Sempre a scopo preventivo, va ricordato che nel dicembre 2017, con l'obiettivo di supportare le politiche di contrasto al tabagismo, è stato lanciato ad Atene *The Joint Action on Tobacco Control (JATC)* [17], un programma di supporto agli Stati membri per l'attuazione della direttiva sui prodotti contenenti tabacco.

È chiaro quindi che il prossimo passo verso un controllo più capillare

delle dipendenze giovanili non possa prescindere dal confronto fra Stati e che una seria politica di promozione della salute dipenda necessariamente dal continuo aggiornamento del mondo scientifico e sanitario, ma anche da una visione a tutto tondo del mondo in cui viviamo.

L'obiettivo per il futuro dev'essere quello di non fermarsi solo ad analizzare i risultati provenienti dal mondo accademico, ma avere anche la capacità di integrare tali nozioni, fondamentali e imprescindibili, con la creatività che può nascere solo dall'osservazione di ciò che ci circonda senza idee precostituite.

[*Tabaccologia* 2018; 3:29-37]

**Martina Antinozzi,  
Maria Sofia Cattaruzza**

Dipartimento di Sanità Pubblica e  
Malattie Infettive, Sapienza Università,  
Roma, Italia

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

## Bibliografia

1. Governo Italiano. Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti. D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309.
2. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_6\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=109](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=109).
3. Istituto Superiore di Sanità. <http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/GM2018.asp>.
4. Epicentro, ISS. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd18Programma.asp>.
5. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson AL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promot Int* 2008; 24:16-25.
6. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other Drug Use among Students in 26 European Countries. Stockholm, Sweden, 2004.
7. <http://ecad.net/>.
8. [http://www.ecad.net/activ/Youth\\_Programme.pdf](http://www.ecad.net/activ/Youth_Programme.pdf).
9. <http://www.rannsoknir.is/en/home/>.
10. [https://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus/actions/key-action-2-cooperation-for-innovation-and-exchange-good-practices\\_en](https://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus/actions/key-action-2-cooperation-for-innovation-and-exchange-good-practices_en).
11. <http://www.comune.santaseverina.kr.it/index.php?action=index&p=452>.
12. Amram DL, Zagà V. Nicotina come "gateway drug". *Tabaccologia* 2015;1:12-7.
13. Kandel ER, Kandel DB. A molecular basis for nicotine as a gateway drug. *N Engl J Med* 2014;371:932-943. DOI:10.1056/NEJMsa1405092.
14. Kandel D, Kandel E. The Gateway Hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives. *Acta Paediatrica* 2015;104:130-7.
15. Volkow ND. Epigenetics of nicotine: another nail in the coughing. *Sci Transl Med* 2011; 3:107-109.
16. <http://youthineurope.org/>.
17. [https://ec.europa.eu/health/health-eu-newsletter-208-focus\\_en](https://ec.europa.eu/health/health-eu-newsletter-208-focus_en).

# Fumo di tabacco in gravidanza e *counseling* ostetrico per attuare percorsi di disassuefazione a Empoli-Valdelsa e Valdarno

## *Tobacco smoking in pregnancy and counseling by midwives to facilitate referrals to the local smoking cessation center in Empoli area, Tuscany*

Stefano Scuotto, Silvana di Nauta, Maura Tedici, Giuseppe Gorini, Elisabetta Chellini, Claudio Baldini, Lorian Meini

---

### Riassunto

**Introduzione:** La pratica tabagica in gravidanza è causa di malattia per la donna, il feto e il neonato fino alle età successive. Scopo di questo studio è analizzare la prevalenza dell'abitudine al fumo in gravidanza nelle donne afferenti ai consultori dell'ex-ASL 11 Empoli e di valutare il ruolo dell'ostetrica nell'erogare un *counseling* breve per smettere di fumare e nel facilitare l'accesso al Centro Antifumo (CAF) di Empoli delle donne gravide o dei loro partner fumatori per un percorso di cura.

**Metodi:** Studio osservazionale su donne in gravidanza al momento della consegna dei libretti di gravidanza presso i consultori della ex-ASL 11 di Empoli nel 2012-2016. La compilazione di un questionario anonimo ha consentito di identificare l'abitudine al fumo delle donne in gravidanza. Le ostetriche hanno effettuato un *counseling* breve alle donne fumatrici ed ex-fumatrici con proposta di invio al CAF locale.

**Risultati:** Hanno risposto al questionario 4.860 donne in gravidanza (69,0% delle donne invitate): 3.225 non avevano mai fumato (66,6%), 1.105 erano ex-fumatrici (22,7%), 530 (10,9%) fumatrici. Tra le ex-fumatrici e fumatrici, 780 donne (47,7%) hanno ricevuto *counseling* breve per smettere di fumare da parte delle ostetriche e tra queste, 32 (4,1% = 32/780) hanno richiesto di essere contattate dal CAF di Empoli, ma solo 3 (0,4% = 3/780) hanno effettivamente iniziato un percorso di cura. Nessun partner ha chiesto una presa in carico al CAF.

**Conclusioni:** Le ostetriche possono effettuare, in maniera sistematica, un *counseling* breve sulle donne in gravidanza fumatrici. La proposta di invio al CAF non è utilizzata dalla donna in gravidanza fumatrice né dai partner fumatori. Sono ipotizzabili nuovi percorsi per incentivare la cessazione del fumo in gravidanza alternativi all'invio al CAF.

**Parole chiave:** Gravidanza, counseling, ostetrica, centro antifumo.

### Abstract

**Introduction:** Smoking during pregnancy is a cause of illness for women, fetuses, newborns, and children. Aim of this study was to estimate smoking prevalence during pregnancy in women attending midwife services in Empoli area and to evaluate the role of the midwife in delivering brief smoking cessation counseling and to facilitate the referral to the local stop smoking service (CAF) of women smoking during pregnancy and their smoking partners.

**Methods:** Observational study of pregnant women attending midwife services in Empoli area in 2012-2016. Smoking status was identified administering an anonymous questionnaire. Midwives delivered brief smoking cessation counseling to smokers during pregnancy, and suggested a referral to the local stop smoking services (CAF).

**Results:** 4,860 pregnant women accepted to participate in the study (69.0% of the invited women): 3,225 were never (66.6%), 1,105 former (22.7%), and 530 (10.9%) current smokers. Among former and current smokers, 780 women (47.7%) received brief smoking cessation counseling from midwives and, among them, 32 (4.1% = 32/780) accepted referral to the local CAF. Only 3 women (0.4% = 3/780) started a smoking cessation treatment at local CAF. No partner asked to quit using support by the local CAF.

**Conclusions:** Midwives can systematically deliver brief smoking cessation counseling to smokers during pregnancy. The referral to the local CAF has not been much used by smokers during pregnancy and their smoking partners. New pathways can be hypothesised to encourage quitting smoking during pregnancy as alternatives to a referral to local CAF.

**Parole chiave:** Pregnancy, counseling, midwife, stop smoking service.

## Introduzione

La pratica tabagica durante la gravidanza è tra le principali cause di distacco placentare, aborto spontaneo, parto prematuro, basso peso alla nascita, danni nello sviluppo polmonare del feto, morte improvvisa in culla, alterazioni nello sviluppo neurologico comportamentale [1]. Inoltre, il fumo in gravidanza è correlato a disturbi respiratori e otorinolaringoiatrici nei bambini, con tumori dell'età infantile come leucemie e tumori cerebrali e con un maggiore rischio di dipendenza da nicotina in età adulta [2].

Dai dati dello studio Passi relativi al periodo 2013-2016 [3], in Italia l'abitudine al fumo è più diffusa tra i giovani, in particolare nella fascia di età tra i 24 e i 34 anni (31,6%) e anche se gli uomini ancora fumano di più (30,8%), la percentuale di donne fumatrici è attorno al 22,1%. La Regione Toscana è da molti anni sensibile alle problematiche del tabagismo e ha attuato numerose iniziative di contrasto alla pratica tabagica. In particolare, con la Delibera Regionale 583 dell'11 luglio 2011 [4] e con il Piano Regionale per la Prevenzione 2010-2012 [5], si è inteso attivare percorsi di prevenzione e cura con interventi coordinati dei Centri Antifumo Toscani sia per i fumatori affetti da una malattia fumo-correlata sia per le donne in stato di gravidanza fumatrici.

Il presente studio ha lo scopo di analizzare la prevalenza dell'abitudine al fumo in gravidanza nelle donne afferenti ai Servizi di Ostetricia della zona dell'ex-ASL 11 di

Empoli al momento della consegna dei libretti di gravidanza oppure presso l'ambulatorio delle gravidanze a rischio e di valutare il ruolo dell'ostetrica nell'erogare un *counseling* breve per smettere di fumare e nel facilitare l'accesso al Centro Antifumo di Empoli delle donne gravide o dei loro partner fumatori per un percorso di cura.

## Metodi

Si tratta di uno studio osservazionale con arruolamento di 4.860 donne in gravidanza al momento della consegna dei libretti di gravidanza afferenti ai 16 consultori ginecologici dell'ex-ASL 11 di Empoli fra il 1 febbraio 2012 e il 31 gennaio 2013 e fra il 1 maggio 2014 e il 15 giugno 2016. Le donne che hanno accettato di partecipare allo studio hanno compilato anonimamente un questionario sull'abitudine al fumo. Nel caso la donna in gravidanza riportasse un'abitudine al fumo attuale o pregressa oppure il partner fosse fumatore, erano previsti un breve *counseling* da parte della ostetrica per informare dei vantaggi dello smettere di fumare in gravidanza, e, se autorizzato e accettato dalla paziente, l'invio al Centro Antifumo (CAF) di Empoli di un recapito telefonico per concordare una prima visita tabaccologica. Le ostetriche sono state formate ad erogare *counseling* breve tramite un corso sul *counseling* per smettere di fumare, sviluppato nell'ambito dello studio SPRINT, che riguarda un intervento informativo per smettere di fumare durante l'effettuazione del Pap test [6]. Successi-

vamente al colloquio, l'ostetrica compilava un questionario relativo al *counseling* stesso, alla distribuzione di materiale informativo e alla presenza del partner. Annotava infine se la donna o il partner intendessero essere ricontattati dal CAF dell'ASL di Empoli.

## Risultati

Nel periodo di studio sono stati distribuiti dalla ASL di Empoli un totale di 7.041 libretti di gravidanza. Hanno accettato di rispondere al questionario 4.860 donne (69,0%), di cui 3.225 (66,6%) non avevano mai fumato. Ex-fumatrici erano il 22,7% (1.105 donne, di cui 422 avevano smesso almeno 6 mesi prima, in previsione della gravidanza e 683 avevano smesso proprio in occasione della gravidanza). Le fumatrici invece erano il 10,9% (530 attuali fumatrici di cui 496 con riduzione del numero di sigarette fumate quotidianamente e 34 senza riduzione). Tra le donne fumatrici o ex-fumatrici, 780 (47,7%) hanno ricevuto il *counseling* breve da parte dell'ostetrica e di queste 32 (4,1%) hanno accettato di essere ricontattate dagli operatori del CAF. Tre donne contattate successivamente dal CAF, hanno riportato di aver smesso di fumare dopo il colloquio informativo ostetrico e quindi non hanno avuto bisogno di un intervento di disassuefazione. Invece, altre tre donne si sono poi recate presso il CAF per una prima visita e una ha portato a termine il programma di disassuefazione. Nessun partner fumatore ha richiesto una presa in carico da parte del CAF.

## Discussione

Il 10,9% delle donne in gravidanza che hanno partecipato allo studio risulta fumatrice. Delle gravide, ex-fumatrici e fumatrici, a cui è stato erogato il *counseling*, 32 (4,1%) hanno accettato di essere ricontattate dagli operatori del CAF. Di queste, 3 donne (9,4%) hanno riportato di aver smesso di fumare subito dopo *counseling* ostetrico e quindi non necessitavano di usufruire del CAF; altre 3 donne (9,4%) hanno effettivamente iniziato un programma di disassuefazione, ma solo una lo ha effettivamente concluso (3,1%). La prevalenza di fumo in gravidanza registrata in questo studio (10,9%) risulta di poco più elevata di quanto riportato in una precedente indagine che documenta una prevalenza di fumatrici in gravidanza dell'8,4% in Toscana [2], mentre è in linea con quanto osservato in Canada nel 2010 [7] e inferiore al dato statunitense del 2011-2012, pari al 15,9% [8].

Non sappiamo quante donne abbiano effettivamente smesso di fumare dopo l'intervento da parte delle ostetriche perché non è stato possibile attuare un *follow-up* delle donne sottoposte a *counseling* ostetrico essendo il questionario anonimo. Certo è che l'efficacia del *counseling* per smettere di fumare in donne in gravidanza è accertata dalla revisione Cochrane del 2017 fatta su 30 studi: un intervento informativo sulle problematiche del tabagismo effettuato nei primi mesi di gravidanza aumenta del 44% la probabilità di diventare astinenti nell'ultimo trimestre di gravidanza [9]. Abbiamo visto anche nel presente studio che 3 donne su 32 (9%) che avevano richiesto un contatto con il CAF per iniziare un percorso di disassuefazione presso lo stesso, avevano precedentemente smesso di fumare in seguito all'intervento informativo effettuato dall'ostetrica. Un limite dello studio è il fatto che non è stato possibile verificare come sia stato erogato l'intervento di *counseling* dalle ostetriche in quan-

to non rigidamente strutturato. Dalla letteratura sappiamo che le donne che continuano a fumare in gravidanza appartengono nella maggioranza dei casi a gruppi di popolazione svantaggiata economicamente o socialmente [10]. Un altro limite dello studio è stato quello di non registrare nel questionario il titolo di studio o il livello socio-economico delle partecipanti, al fine di verificare questa ipotesi proveniente dalla letteratura, che avrebbe probabilmente in parte spiegato il basso utilizzo dei CAF.

Considerando lo scarso afflusso al CAF e rifacendosi a esperienze di altri Paesi, si potrebbero proporre altri metodi per favorire la cessazione alle donne che fumano in gravidanza, che sembrano ancora più efficaci se attuati su donne ripetizione fumatrici appartenenti soprattutto a una bassa condizione socio-economica. Infatti, si stanno sempre di più affermando, negli ultimi anni, altri metodi per smettere di fumare per la donna gravida. Gli incentivi economici, ad esempio, pagamenti in denaro, buoni acquisto per prodotti o anche la riconsegna dei soldi depositati dalle stesse partecipanti, raddoppiano la probabilità di smettere di fumare in gravidanza [9]. Inoltre, sempre di più i fumatori si rivolgono a strumenti digitali per interrompere la pratica tabagica utilizzando sistemi con l'invio di messaggi di testo o e-mail motivazionali, o applicazioni sul cellulare, fino a vere e proprie piattaforme con profilazione dell'utente fumatore. Ci sono evidenze che suggeriscono che questi nuovi strumenti funzionano per i fumatori attivi di entrambi i sessi; sono ancora da verificare se tali mezzi informatici hanno lo stesso effetto sulle donne in gravidanza fumatrici [11,12]. Altre evidenze suggeriscono che effettuare un *counseling* maggiormente strutturato con anche un *follow-up* telefonico possa facilitare la sospensione da fumo [13,14].

## Conclusioni

Lo studio effettuato nella zona dell'ex ASL 11 di Empoli ha messo in evidenza come sia possibile introdurre un intervento sistematico di *counseling* per smettere di fumare da parte dell'ostetrica al momento del rilascio dei libretti di gravidanza alla donna in gravidanza fumatrice o ex fumatrice e che la proposta di un invio al CAF invece non è utilizzato dalla maggioranza di donne gravide fumatrici, nonostante siano state messe a conoscenza dalle ostetriche della possibilità di un percorso specialistico per smettere di fumare. Sarebbe auspicabile da parte delle ostetriche chiedere abitualmente dell'abitudine al fumo alle donne in gravidanza e, nel caso di fumatrici correnti, fornire un *counseling* breve finalizzato alla cessazione della pratica tabagica. Negli Stati Uniti, ad esempio, gli enti che accreditano i servizi sanitari, hanno incluso il trattamento della dipendenza da tabacco come un indicatore di qualità delle cure negli ospedali per acuti, tanto che è diventato un requisito indispensabile per ottenere l'accreditamento. Nell'ambito delle procedure raccomandate per medici e infermieri e altro personale sanitario del comparto sono incluse:

1. attuare una anamnesi tabacologica verso tutti i pazienti e inserire il dato nella cartella clinica;
2. fornire supporto (*counseling*) e offrire un'eventuale farmacoterapia con *follow-up* di supporto [15].

Maggiori risultati nelle donne gravide si potrebbero ottenere se l'intervento di *counseling* da parte dell'ostetrica avvenisse non solo al momento del rilascio del libretto di gravidanza, ma in tutte le occasioni di incontro che intercorrono tra l'ostetrica e la donna in gravidanza. Ipotizzabile, in associazione al *counseling* ostetrico, è l'introduzione di supporti di secondo livello alternativi all'invio al CAF, come ad esempio l'attuazione di specifici interventi che prevedano anche una

incentivazione economica, o di strumenti digitali, come piattaforme web per smettere o vere e proprie applicazioni sul cellulare adattate alla donna gravida.

## Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le ostetriche dei 16 Servizi di Ostetricia dell'ex-ASL 11 di Empoli che con passione, scrupolo ed attenzione hanno reso possibile questo studio che, da un punto di vista temporale, è avvenuto anche durante un periodo di trasformazione Aziendale e di impegni aggiuntivi. Un grazie alla Regione Toscana per aver dimostrato, ancora una volta, attenzione sulle problematiche fumo correlate e un rin-

graziamento particolare e sentito va a tutte le donne che, pazientemente e collaborando, hanno risposto al questionario rendendo attuabile questa indagine.

[*Tabaccologia* 2018; 3:38-41]

**Stefano Scuotto, Silvana di Nauta, Maura Tedici**

UFC Dipendenze di Empoli,  
Centro Antifumo ASL Toscana Centro

**Giuseppe Gorini,  
Elisabetta Chellini**

S.S. Epidemiologia dell'ambiente  
e del lavoro – S.C. Epidemiologia  
dei fattori di rischio e degli stili di vita,  
Istituto per lo Studio e la Prevenzione  
Oncologica (ISPO), Firenze

**Claudio Baldini**

Dipartimento Assistenza Infermieristica  
e Ostetrica, SOC Outsourcing e  
Appropriatezza. Consumi ASL  
Toscana Centro

**Loriana Meini**

Dipartimento Assistenza Infermieristica  
e Ostetrica, SOC Assistenza  
Infermieristica Area Territoriale  
Empoli ASL Toscana Centro

**Corresponding author:**

**Stefano Scuotto**

UFC Dipendenze di Empoli,  
Centro Antifumo ASL Toscana Centro  
✉ stefano.scuotto@uslcentro.toscana.it

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

## Bibliografia

1. Department of Health U, Services H, for Disease Control C, Center for Chronic Disease Prevention N, Promotion H, on Smoking O. Executive Summary (The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General). [cited 2017 Dec 4]; Available from: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/exec-summary.pdf>.
2. Nutini S, Carrozzi L, Melani A, Pistelli F, Aquilini F, De Bernardo T, et al. Cigarette smoking in pregnancy: observational prospective study in three towns of Tuscany Region (Central Italy). *Epidemiol Prev* 2013;37:145-52.
3. Epicentro. Abitudine al fumo dati sorveglianza Passi [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 4]. Available from: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp>
4. Giunta Regione Toscana. DGRT 1176/2010 "Piano Regionale Prevenzione" – Azione progettuale "Percorso assistenziale al fumatore con patologia fumo correlata e alla donna in gravidanza in Regione Toscana: integrazione fra interventi di I e II livello". Determinazioni.
5. Giunta Regionale Toscana. Piano Regionale Prevenzione 2010-2012. 2010 [cited 2017 Nov 18]; Available from: [http://www.epicentro.iss.it/igea/raccolta/Allegati/toscana/Toscana\\_piano-regionale.pdf](http://www.epicentro.iss.it/igea/raccolta/Allegati/toscana/Toscana_piano-regionale.pdf)
6. Gorini G, Carreras G, Giordano L, Anghinoni E, Iossa A, Coppo A, Talassi F, Galavotti M, Chellini E; SPRINT Working Group. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012;12:740.
7. Al-Sahab B, Saqib M, Hauser G, Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:24.
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS. Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
9. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Feb 14;2:CD001055.
10. Graham H, Hawkins SS, Law C. Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy. *Soc Sci Med* 2010;70:582-7.
11. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD007078.
12. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD006611.
13. Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Robben PB, Mackenbach JP. Provision and effect of quit-smoking counselling by primary care midwives. *Midwifery* 2015;31:986-92.
14. Barron J1, Petrilli F, Strath L, McCaffrey. Successful interventions for smoking cessation in pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:42-7.
15. Sarna L, Bialous SA. Implementation of tobacco dependence treatment programs in oncology settings. *Semin Oncol Nurs* 2016;32:187-96.

# Marchionne e il tabacco

Caro Direttore di Tabaccologia, in occasione del decesso del Top Manager Sergio Marchionne, Vittorio Feltri ha pubblicato un commento su Libero on line (<http://www.liberoquotidiano.it/news/personaggi/13363944/sergio-marchionne-vittorio-feltri-morto-colpo-della-sfiga-piu-che-del-fumo.html>), un piccolo trattato della negazione più totale dei danni da fumo di tabacco. Nel suo commento si evidenziano tutte le più classiche tematiche che ogni medico sente dire da parte dei fumatori in pre-contemplazione: *"mia mamma fumava come una ciminiera ed è morta a 90 anni"*; *"vivo nella città più inquinata d'Italia"*; *"il tabacco fa male ma anche l'obesità, la carne, il pesce"*, etc... Arriva perfino a dare una parvenza di scientificità alle sciocchezze che scrive *"l'aria schifosa è un toccasana, le statistiche lo confermano"*, pur di trincerarsi sotto l'assioma costruito dalla sua mente di tabagista: *"non è il tabacco che uccide, è la sfiga"*.

Alla fine, come da copione, sfida la malasorte accendendo la sigaretta, attribuendo a quel gesto perfino *"una volontà di dio"*.

Tutto questo in fondo, nella nostra pratica quotidiana, lo sentiamo migliaia di volte, quando abbiamo davanti un paziente tabagista pre-contemplativo. Ma quando queste sciocchezze vengono volutamente pubblicate da un direttore di una testata giornalistica, credo che diventi una cosa eticamente deplorabile da condannare. Vorrei un Suo parere in merito. Cordiali saluti.

**Daniel L. Amram**  
ASL Pontedera-Pisa

## Risposta

Ho letto anch'io questo editoriale di Feltri. E ogni volta che mi capita di imbattermi in analoghe castro-nerie da parte di persone comunemente definite "colte" e aduse

al ragionamento critico del giornalista navigato, giungo sempre alla stessa conclusione. La dipendenza patologica è davvero una brutta bestia. Oltre a impedirti di dire "NO", come massima espressione di libertà dell'individuo, ti costringe paradossalmente a dire "SI" sempre e comunque, a riconoscere come libertà la patologia.

Facile fare diagnosi di regressione cognitiva e di personalità. È quella cosa che ti fa aggrappare a mezzi e mezzucci da adolescente pescato con le mani nella marmellata pur di giustificare la negazione dell'evidenza. Da un lato verrebbe da dire "povero Feltri...", dall'altro, in considerazione della sua autorevolezza come giornalista e opinion leader, lo denuncerei per incentivazione al malessere sociale, ma tale imputazione non è al momento prevista dal Codice Penale.

**Giacomo Mangiaracina**  
Direttore Responsabile Tabaccologia

UNA MANO PER UNA  
GRANDE CAUSA



Dona alla SITAB il tuo



Un piccolo aiuto per una grande causa

Come Società Italiana di Tabaccologia, con il nostro organo ufficiale, Tabaccologia/Tobaccology, lavoriamo da 19 anni con un obiettivo preciso: fornire aggiornamento scientifico in un campo dove l'aggiornamento non c'era prima.

Abbiamo arricchito il panorama scientifico italiano con studi originali, documentazione, informazioni e discussioni sulla patologia dominante del nostro tempo, la dipendenza da tabacco.

Lavorando per il bene comune, senza nulla pretendere. Questa è la nostra mission.

Ora tocca anche a te dare una mano. L'attribuzione del 5 per mille attraverso una firma non ti costerà nulla, e darà più ossigeno ai polmoni degli italiani.

Codice Fiscale SITAB: 96403700584

## Istruzioni per gli Autori

**Tabaccologia** (*Tabaccology*) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medico-scientifica a libero accesso. Essa viene pubblicata con cadenza trimestrale (più eventuali supplementi). Vengono pubblicati editoriali, articoli originali, rassegne, "Tribuna", "Focus On" e "Perspective & Research" su argomenti legati alla tabaccologia (tossicologia del fumo di tabacco, prevenzione e terapia del tabagismo, patologie tabacco-correlate). Su Tabaccologia sono pubblicati articoli provenienti non solo dall'Italia ma anche dall'estero in maniera gratuita senza alcun costo per gli Autori. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Word (.doc) tramite e-mail all'indirizzo [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Le Figure e le Tabelle devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint (.ppt), .tif o .jpg. Il testo deve essere in formato Times New Roman corpo 12 con doppia interlinea e numerazione riportata a fondo pagina.

Tutti gli articoli verranno sottoposti alla valutazione con un doppio referaggio anonimo. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno dichiarare via e-mail il trasferimento del copyright alla rivista Tabaccologia.

Vengono presi in considerazione per la pubblicazione articoli scritti in italiano e in inglese. Avranno precedenza di pubblicazione quelli in doppia lingua (ita/eng). Tutti gli editoriali saranno pubblicati in doppia lingua (ita/eng). Gli articoli in italiano devono comunque contenere titolo, riassunto (summary) e parole chiave in lingua inglese. Gli articoli in inglese verranno tradotti in italiano a cura della Redazione.

La prima pagina del manoscritto deve includere: a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi e cognomi degli Autori; c) le istituzioni di appartenenza degli Autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria; i numeri di telefono, fax e indirizzo e-mail dell'Autore di riferimento. La seconda pagina degli articoli originali e delle rassegne deve includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere le 250 parole. Il riassunto degli articoli originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. A seguire il summary in inglese, che nel caso degli articoli originali, deve essere così strutturato: Introduction, Methods, Results, Conclusions, e dalle 3 a 5 keywords. Il corpo del manoscritto segue dalla terza pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editoriali che non devono eccedere le 1000 parole. Gli articoli originali devono essere strutturati nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni. Le Introduzioni e Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani o animali devono chiaramente indicare sotto la responsabilità degli Autori nei "Metodi" che il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio e che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli standard etici stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli Autori devono esprimere il rationale del loro approccio, e dimostrare che

## Instructions to Authors

**Tabaccologia** (*Tabaccology*) is the official journal of the Italian Society of Tabaccology (SITAB) and is an open-access quarterly scientific-medical journal. Four issues per year are published, as well as eventual supplements. Editorials, Original Articles and Reviews, as well as "Focus On" and "Perspective & Research" about tobacco-related topics i.e. tobacco, Tabaccology, pathologies due to cigarette smoking, addiction and prevention, are considered for publication. All contributions must be sent in a Word (.doc) format by e-mail to the following address: [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Figures are to be sent in separate files in formats such as Powerpoint (.ppt), .tif or .jpg. The editors welcome the submission of contributions from Italy and from all over the World.

No publication charge or article processing charge is required. All accepted manuscripts will be published free of charge.

The text should be double spaced, using a Times New Roman font, 12pt. character size. Pages should be enumerated at the end of each page.

All non-invited contributions will be sent to two different referees in double blind for evaluation.

Correspondences regarding submitted manuscripts will take place by means of e-mail. The authors of accepted papers will be asked to sign in an agreement to transfer the manuscript's copyright to Tabaccologia.

Original articles in Italian and English languages are mandatory for publication. Articles written in both languages (Italian and English) will have publication priority. All editorials will be published in both (Italian and English) languages. In case of articles in Italian, the title, abstract and key words must be translated in English by the Authors. English written articles will be translated in Italian by the journal editor office.

The first page of the manuscript should include: a) the title of the article in Italian and/or in English; b) authors' names; c) authors' institution(s); d) mail address, phone number, fax and e-mail address of the corresponding author.

The second page of original articles and reviews should include the summary (abstract), and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions; and finally, when requested (as discussed before), the summary in English. The manuscript body should follow at page three. There is no word limit for the articles, except for the Editorials, which should not exceed 1000 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions. Review articles should provide for Conclusions as well.

Original Articles that are based on human or animal experiments must include a statement under the authors' responsibility in the "methods" section, that all experiments were carried out in accordance to the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and to the 1975 Helsinki Declaration,

il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti di dubbio dello studio. Quando vengono riportati esperimenti su animali, gli autori devono indicare quale guida istituzionale o nazionale hanno seguito per il trattamento e l'utilizzo degli animali da laboratorio.

Alla fine del corpo del manoscritto gli Autori devono indicare i seguenti punti:

1. **Conflitto di interessi:** tutti gli Autori devono indicare eventuali conflitti di interesse. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o istituzione dell'autore) ha una relazione finanziaria o personale che influenza in maniera inappropriata (bias) la sua condotta (queste relazioni sono anche conosciute come commitments, competing interests, o competing loyalties).

2. **Fonti di finanziamento** (solo per articoli originali): tutte le eventuali fonti di finanziamento devono essere dichiarate dagli Autori. Tabaccologia applica un embargo a tutti i lavori che abbiano ricevuto finanziamenti dalle industrie e compagnie del tabacco. Pertanto gli articoli non verranno presi in considerazione per la pubblicazione.

3. **Eventuali ringraziamenti.**

4. **Bibliografia:** ai termine del manoscritto devono essere indicate le referenze citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato fra parentesi quadra. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Le voci bibliografiche devono indicare, seguendo il noto Vancouver Style: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e la pagina di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-25. I capitoli dei libri devono indicare il cognome e le iniziali degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. *Bullous diseases of the lung*. In: Fishman AP, *Pulmonary diseases*. McGraw-Hill New York, 1998.

I siti web citati devono indicare il titolo del soggetto e l'indirizzo web. Per esempio: Carbon Monoxide – Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm).

Le Tabelle e le legende delle Figure devono seguire il corpo del manoscritto e devono essere numerate consecutivamente. Le Figure devono essere inviate in file separati e devono essere in formato Powerpoint (.ppt), .tif o .jpg.

Tabaccologia si riserva il diritto di apportare cambiamenti formali nel testo. Gli articoli non redatti secondo queste istruzioni non verranno considerati per la pubblicazione.

**Segreteria di redazione:** [mirka.pulga@sintexservizi.it](mailto:mirka.pulga@sintexservizi.it)

revised in the year 2000. In case of any residual doubt whether the research was accomplished in accordance with the Helsinki Declaration or not, the authors must clarify the rationale of their approach and give explicit proof of the institutional review body approval in respect to the doubtful aspects of their study. When reporting experiments on animals, authors should indicate which institutional and national guidelines for care and use of laboratory animals were followed.

At the end of the manuscript body the authors must relate on the following aspects:

1. **Conflict of interest:** all authors should declare any occurring conflict of interest. Conflict of interest may subsist if an author (or the author's institution) has economical or personal relationships that may inappropriately influence his or her actions (biases).

2. **Source of funding** (for Original Articles only): any source of funding should be declared by the authors. Tabaccologia applies an embargo policy towards contributions that received funding from tobacco industries and/or companies. Therefore, these contributions shall not be considered for publication.

3. **Bibliography:** at the end of the manuscript body, quoted references should be listed in order of appearance in the text. No limits are given for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in brackets. For information on the Vancouver Style used by this journal please visit <http://www2.le.ac.uk/library/help/citing/vancouver-numbered-system/vancouver-numbered-system>. Quoted journal's articles should indicate: surname and name initials of all authors (maximum 6 authors), complete title of the article in its original language, abbreviated information of the journal, according to the Medical Index, publication year, volume and pages (beginning and end).

For example: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-25. Book chapters should indicate the authors' surnames, names initials, the chapter title, surnames and names initials of the authors of the book, editor, place and year of publication. For example: Murphy DM, Fishman AP. *Bullous diseases of the lung*. In: Fishman AP, *Pulmonary diseases*. McGraw-Hill New York, 1998.

**Websites** should indicate the subject title and web address. For example: Carbon Monoxide – Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm).

**Tables and image** captions should follow the manuscript body and be enumerated consecutively. Images should be sent in separate files in Powerpoint (.ppt), in .tif or .jpg.

Tabaccologia has the right to provide for corrections on the text. Articles not complying with the above instructions may not be considered for publication.

**Editorial secretariat:** [mirka.pulga@sintexservizi.it](mailto:mirka.pulga@sintexservizi.it)



**Da oggi la fisioterapia respiratoria  
ha un nuovo alleato: Flaem ProLine®.  
Solo per professionisti.**



### **Vibroflow®**

Unico dispositivo poli-funzionale che garantisce una rimozione rapida ed efficace delle secrezioni; combina due efficaci tecnologie in ambito di disostruzione bronchiale, le vibrazioni e un sistema PEP, alla funzione di nebulizzazione.

(Sviluppato in collaborazione con LINDE)

### **NeoSpire®**

Dispositivo professionale studiato per la rimozione delle secrezioni tracheobronchiali in modo fisiologico: funziona senza stimolare la tosse, senza irritare le vie aeree del paziente e senza richiederne la collaborazione.

### **AspiraGo<sup>30</sup>®**

Aspiratore chirurgico professionale con grande potenza di aspirazione: 30lt/min. Grande autonomia: batteria al Litio e massima praticità: solo 2,5 kg di peso. Grande versatilità: applicazione modulare di un vaso aggiuntivo.

### **AirPro3000<sup>Plus</sup>®**

Dispositivo aerosol pneumatico professionale elevata potenza compressore: 3,5 Bar granulo metrica certificata TÜV. Filtraggio aria professionale, flusso all'ugello regolabile per una personalizzazione della terapia.

#### **FLAEM NUOVA S.p.A**

25015 S. Martino d/Battaglia, BS (ITALY)  
Phone (+39) 030 9910168

#### **CONTATTI**

Luigi Carani  
Sales & Marketing Mgr. Medical Product Group  
luigi.carani@flaemnuova.it  
[www.fluem.it](http://www.fluem.it)



# LA GL●BALIZZAZIONE E LE NUOVE FR●NTIERE

## IL CONFRONTO E LE PROPOSTE DELLA PNEUMOLOGIA ITALIANA

Endorsement



13 | 16  
NOVEMBRE  
2019

FIRENZE FORTEZZA DA BASSO



[WWW.PNEUM●L●GIA2019.IT](http://WWW.PNEUM●L●GIA2019.IT)