



Tabaccologia

Tobaccology

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

Da Firenze a Napoli via Bruxelles

Nuove "sigarette", vecchi pericoli, soliti inganni

Italian Declaration on Tobacco Control

Report del XIV Congresso Nazionale SITAB

Atti: Premio SITAB "Fondazione U. Veronesi"

Atti: Premio SITAB "G. Invernizzi"

Atti: Comunicazioni libere

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



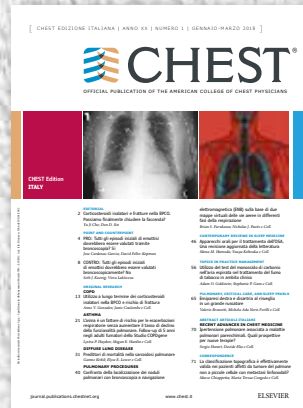
Trimestrale per professionisti dell'area pneumologica, strumento di formazione e aggiornamento multidisciplinare



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, Bruxelles, Napoli

Cari amici SITAB e lettori di Tabaccologia, questo numero è in gran parte dedicato agli Atti del XIV Congresso Nazionale di Tabaccologia (SITAB) celebratosi a Firenze lo scorso novembre. È stato indubbiamente un Congresso molto partecipato che ha interessato i convenuti per qualità e modalità degli argomenti trattati. Gli Atti si aprono, soprattutto a beneficio di chi non ha potuto essere presente, con il report di Daniel Amram. Seguono gli abstract degli studi presentati per il premio SITAB "Giovanni Invernizzi" sulla ricerca in tabaccologia e per quello della Fondazione "Umberto Veronesi" su fumo e donna. Alcuni di questi contiamo di pubblicarli nei prossimi numeri come articoli originali. La cosa sorprendente scaturita dalla partecipazione a questi due bandi di concorso è stata la ricchezza di ricerche che i vari Centri avevano messo in atto e che probabilmente non sarebbero mai state messe a conoscenza della comunità tabaccologica italiana.

Il numero si apre con un editoriale in cui stigmatizziamo la corte serrata e senza badare a spese che le multinazionali del tabacco con in testa *Philip Morris* e *British American Tobacco* stanno esercitando su Società Scientifiche e Centri di Ricerca. Loro fanno il loro mestiere mentre alcune Società Scientifiche, con risibili e comunque poco etiche motivazioni, ci cascano accettando finanziamenti e facendo loro così da sponda.

In Tribuna Document pubblichiamo l'*Italian Declaration* che, come SITAB assieme al Prof. Garattini e altri *opinion leader* in tema di controllo del tabacco, abbiamo presentato, il 4 dicembre 2018, presso il Parlamento Europeo di Bruxelles, grazie al supporto organizzativo dell'ENSP (*European Network for Smoking and Tobacco Prevention*). Durante questo incontro è stata illustrata la situazione del consumo di tabacco in Italia e le proposte per contrastare il fumo sottoscritte da numerose Società Scientifiche e Associazioni impegnate nella lotta al tabagismo.

Infine, come Presidente SITAB, un appello ai nostri soci storici e a tutti coloro a cui sta a cuore la tabaccologia italiana: quest'anno celebriamo i 20 anni della nostra Società Scientifica (1999-2019); abbiamo iniziato dal nulla in uno scenario mediatico in cui la parola tabaccologia sembrava un peregrino neologismo e in uno reale in cui tutto veniva preso in grande considerazione dal punto di vista medico-scientifico e politico tranne la prima causa di morte evitabile. Con impegno, sacrificio, un pizzico di incoscienza e tanto entusiasmo abbiamo faticosamente invertito questo trend nel nostro Paese con l'aiuto di tutti voi. Non siamo ancora in tanti come vorremmo e dovremmo essere ma agguerriti culturalmente ed eticamente sì. La vostra adesione a SITAB e la donazione del vostro 5x1000 avrà il significato di un piccolo grande gesto per un'enorme causa! La scheda iscrizione la potete trovare sul nostro sito: www.tabaccologia.it.

Come conclusione un importante SAVE THE DATE: il 27-28 giugno 2019 Napoli ospiterà il nostro XV Congresso Nazionale SITAB. Tenetevi liberi!

Buona lettura.

Vincenzo Zagà
caporedattore@tabaccologia.it

Sommarario

EDITORIAL

- Nuove "sigarette", vecchi pericoli, soliti inganni 5
[Vincenzo Zagà, Giuseppe Gorini, Maria Sofia Cattaruzza, Silvano Gallus]
New "cigarettes", old dangers, usual deceptions

TRIBUNA DOCUMENT

- European Parliament Event 11
La Posizione degli Esperti per l'avanzamento delle politiche di contrasto al tabagismo in Italia 4 December 2018 – European Parliament Brussels
Italian Declaration on Tobacco Control
Experts Position to advance Tobacco Control policies in Italy

ATTI DEL XIV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA Firenze, 8-9 novembre 2018

- Scenari in movimento 15
[Daniel L. Amram]

- "Fumo e donna" 23
Premio SITAB "Fondazione Umberto Veronesi"

- "La ricerca scientifica in tabaccologia" 26
Premio SITAB "Giovanni Invernizzi"

- Comunicazioni libere 30



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
g.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

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 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

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Tabaccologia

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 Zucchetto** (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

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

Grafica, impaginazione e stampa:


Artestampa S.r.l., Galliate Lombardo (VA), 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 febbraio 2019.

Nuove "sigarette", vecchi pericoli, soliti inganni

Vincenzo Zagà, Giuseppe Gorini, Maria Sofia Cattaruzza, Silvano Gallus

Cambiano i tempi e il mercato si adegua. Succede con gli smart-phone, con la tecnologia digitale e succede anche con le sigarette, che ora si trasformano e diventano "a basso rischio". Almeno così sostengono i produttori che in queste settimane stanno promuovendo nuovi prodotti costituiti da tabacco che non brucia, ma che viene riscaldato – *heated tobacco products (HTPs)* come IQOS della Philip Morris International (PMI) o GLO della British American Tobacco (BAT) – per rilasciare vapori ricchi di nicotina e altre sostanze tossiche, seb-

bene molto meno di quelle rilasciate dalle sigarette convenzionali. Il consumatore è bombardato da messaggi contrastanti, dal momento che le multinazionali stanno puntando tutto su una immagine positiva di questi prodotti, sostenendone la maggiore sicurezza (riduzione del danno), ragion per cui possono costituire l'alternativa per chi non vuole smettere di fumare o non riesce.

Nella scorsa primavera, a Bologna, i tossicologi italiani si sono confrontati su questo tema durante il Congresso Nazionale della Società Ita-

liana di Tossicologia (SITOX), ma, purtroppo, le porte dei lavori si sono spalancate anche per i produttori di tabacco. Cosa insolita e, per dirla con un eufemismo, scandalosa che in un Convegno di una Società Scientifica fossero invitati in plenaria come "*invited speakers*" membri delle compagnie del tabacco (nella fattispecie della PMI e della BAT) chiamati a illustrare i loro prodotti, come se fosse l'ultimo ritrovato scientifico capace di debellare l'epidemia da tabacco. Cosa singolare, perché le Istituzioni sanitarie internazionali (tra cui

New "cigarettes", old dangers, usual deceptions

Vincenzo Zagà, Giuseppe Gorini, Maria Sofia Cattaruzza, Silvano Gallus

Time passes by and the market changes as well. It happened with smartphones, with digital technology and it also happens with cigarettes, which are now transformed and become "at low risk". In recent weeks Philip Morris International (PMI) and British American Tobacco (BAT) are promoting their new heated tobacco products (HTPs), IQOS, and GLO, respectively. These HTPs release vapours with nicotine and other toxic substances, although at a much lower concentration than that recorded in conventional cigarettes. The consumer is bombarded by conflicting mes-

sages, since multinationals are focusing on a positive image of these products, supporting their greater safety (harm reduction), which is why they can be the alternative for those who do not want to quit or fail to quit.

In spring 2018, in Bologna, Italian toxicologists were confronted on this issue during the National Congress of the Italian Society of Toxicology (SITOX), but, unfortunately, the SITOX Congress doors were opened up also for tobacco producers. Unusual that in a Congress of a scientific society tobacco industries (in this case PMI and BAT)

were invited in one plenary session as invited speakers to illustrate their products, as if it were the latest scientific discovery capable of eradicating tobacco epidemic. International health institutions (including WHO) have always refused contacts, sponsorships and donations from the tobacco multinationals. In fact, the article 5.3 of the Framework Convention on Tobacco (WHO-FCTC) and its guidelines [1] recommend that public health officials, such as doctors of the National Health System, officials of the Ministry of Health, and, for obvious ethical and scientific reasons, from

l'OMS) da sempre rifiutano contatti, sponsorizzazioni e donazioni dalle multinazionali del tabacco (*Big Tobacco*). Infatti, l'articolo 5.3 della Convenzione Quadro sul Controllo del Tabagismo (WHO-FCTC) e le sue linee guida [1] raccomandano di non utilizzare fondi o sponsorizzazioni dell'industria del tabacco da parte di "public health officials", ovvero di medici del Sistema Sanitario Nazionale, funzionari del Ministero della Salute, e, per ovvietà etico-scientifica, dalle Università e Società Scientifiche [2]. La SITOX non è stata l'unica Istituzione medico-scientifica ad aver invitato nell'ultimo anno le compagnie del tabacco in dibattiti e congressi scientifici nazionali. Fra le ultime del 2018 ad aver accettato finanziamenti o ad aver ospitato l'industria del tabacco al proprio Congresso Nazionale ricordiamo la SIAPAV (Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare) e

la SIdCO (Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica). Grande assente a tutti questi congressi, non a caso, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che ha scelto peraltro da diverso tempo di non partecipare a eventi in cui siano presenti a vario titolo (sia come sponsor che come relatori) produttori di tabacco e di armi. Al congresso SITOX, il dibattito è stato serrato, soprattutto grazie alla presenza del Dr. Biagio Tinghino, Past President della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), Società Scientifica che ha come mission lo studio dei danni da tabacco e il contrasto al tabagismo, ed è, a tutt'oggi, la prima e unica Società Scientifica ad aver introdotto nel proprio statuto l'incompatibilità, a qualsiasi titolo, con le industrie del tabacco.

Come ha ben spiegato all'assemblea il Dr. Tinghino, uno dei problemi principali è che "le analisi

effettuate dalle aziende produttrici per dimostrare la ridotta pericolosità di questi prodotti sono incomplete. Sono state effettuate per lo più in vitro, su colture di cellule e sui topi, non sull'uomo. È possibile che siano corrette, ma non sono certamente sufficienti in quanto i danni sull'uomo si vedono spesso dopo diversi anni".

Ma il problema più importante è quello strategico: "Diffondere l'idea che un prodotto a base di tabacco sia poco nocivo è molto pericoloso, incoraggia i giovani a provarlo e si propone come alternativa alla cessazione definitiva". Perciò è ragionevole pensare che se qualcuno aveva in mente di smettere di fumare, troverà adesso una scorciatoia (vista come "a basso rischio") che però lo farà restare, probabilmente per sempre, legato alla nicotina, con forte rischio di cedere alla tentazione di tornare alle più apprezzate sigarette convenzionali.

Universities and Scientific Societies, could not use funds or sponsorships of the tobacco industry [2]. SITOX was not the only medical scientific institution to invite tobacco companies in their national scientific debates and congresses over the last year. Among the last of 2018 to have accepted funding and to have hosted the tobacco industry at its National Congress, we mention the SIAPAV (Italian Society of Angiology and Vascular Pathology) and the SIdCO (Italian Society of Odontostomatologic Surgery). Big absent at all the above mentioned congresses, and not by chance, was the Istituto Superiore di Sanità (ISS; the Italian National Health Institute), which has chosen not to participate in events in which tobacco or weapon producers are present as sponsors or speakers. The debate at the SITOX congress has been tightened, above all, thanks to the presence of Dr. Biagio

Tinghino, past-president of the Italian Society of Tabaccology (SITAB), a scientific society which is the first and only Italian scientific society to have introduced in its regulation the incompatibility, in any way, with tobacco industries. As Dr. Tinghino explained to the assembly, one of the main problems is that "analyses carried out by the manufacturing companies to demonstrate the reduced danger of these products are incomplete. They were mostly carried out in vitro, on cell cultures and on mice, not on humans. It is possible that they are correct, but they are certainly not sufficient, given that human damages are often seen after several years".

The most important problem is strategic: "Spreading the idea that a tobacco product is not harmful is very dangerous; it encourages young people to try it and tobacco smokers to use it as an alternative

to complete smoking cessation". So, it is reasonable to think that if someone had in mind to stop smoking, he/she will now find a shortcut (seen as "at lower risk"), and he/she will remain, probably forever, tied to nicotine addiction, with a strong risk of relapsing to conventional cigarettes that are more satisfying. In fact, if it is true that combustion produces most of the damage (but not all), it is also true that nicotine produces dependence in almost 100% of smokers. This chemical is the tool by which experimenters become lifetime "consumers", since it is very difficult to stop using it.

A survey conducted by DOXA in Italy in 2017, showed that among those who had tried HTPs (in this case, the IQOS) or among those interested in trying this new product, there were even more people who had never smoked or people who had already stopped smoking

Infatti, se è vero che è la combustione a produrre la maggior parte dei danni (ma non tutti) è anche vero che la nicotina produce dipendenza quasi nel 100% dei fumatori. Questa sostanza chimica è lo strumento per cui da sperimentatori si diventa "consumatori" per tutta la vita, dal momento che smettere di usarla è molto difficile.

Una indagine condotta da DOXA in Italia nel 2017 ha mostrato come tra coloro che avevano provato gli HTP (nella fattispecie, l'IQOS) o tra gli interessati a provare questo nuovo prodotto vi fossero addirittura più persone che non avevano mai fumato o persone che avevano già smesso di fumare da tempo, rispetto ai fumatori [3].

Tre fumatori su quattro, sosteneva pochi anni fa Margareth Chan, ex-Direttrice dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), vorrebbero smettere di fumare. Il punto è che non conoscono i servizi per il

tabagismo (Centri Antifumo), non sanno che esistono delle cure e perciò sperimentano ciò che hanno: il fai-da-te, che però funziona nell'1-5% dei casi. Per questo motivo le persone si scoraggiano e non continuano nei tentativi di cessazione. I Centri Antifumo hanno tassi di successo molto elevati, ma il punto dolente è che la politica di invio a questi Centri e la conoscenza di questa opportunità sono poco diffuse.

Alla cruciale domanda se deve venire prima la riduzione del danno o la cura, Tinghino ha risposto secondo logica: prima la cura. Solo nei forti fumatori "non responder" alle terapie consigliate dalle linee guida e curati con elevata professionalità, si può pensare a una strategia di ripiego. E continua con un efficace paradosso: *"Proporre a 12,2 milioni di fumatori italiani la riduzione del danno quando non hanno mai provato a curarsi, è come proporre a*

un malato di cancro le cure palliative, senza avere neanche tentato i trattamenti che potrebbero portarlo a guarigione definitiva".

La riduzione del danno, in questi casi, si fa sotto supervisione medica e non può essere proposta, a nostro avviso, come una strategia commerciale di liberalizzazione della vendita dei prodotti del tabacco, spacciata come strumento di sanità pubblica. La riduzione del danno rientra tra gli obiettivi dell'OMS attraverso la riduzione del consumo di tabacco ma non con altre strade. Il WHO-FCTC [4] spinge gli Stati nazionali ad adottare strategie efficaci di controllo del tabagismo, perché si sa che quando le sigarette costano molto, quando si favorisce l'accesso alle cure per la dipendenza da tabacco, quando si introducono i pittogrammi, il pacchetto generico e campagne mediatiche anti-fumo, e quando si introduce il divieto di fumo nei luoghi pubblici,

for some time, compared to smokers [3].

Three out of four smokers – Margaret Chan, former director of the World Health Organization (WHO), argued a few years ago – would like to quit smoking. The point is that many smokers do not know the National-Health-System Smoking Cessation Centers, they do not know that there are cessation treatments and therefore they try to stop using "the do-it-yourself" strategy, which however works in less than 5% of them. For this reason, people are discouraged and fail their quit attempts. Smoking Cessation Centers record high quit rates, but sending smokers to these Centers and knowing this opportunity are not widespread.

To the crucial question of whether harm reduction or smoking cessation comes first, Tinghino answered that, according to logic: cessation first. Only with those heavy smok-

ers who are "non-responders" to treatments recommended by smoking cessation guidelines, one can think of a fallback strategy. Tinghino went on with an effective paradox: *"Proposing harm reduction to 12.2 million Italian smokers, when they have never tried to quit, is similar to propose a palliative care to a cancer patient, without even having tried treatments that could bring him or her to definitive healing".*

So, harm reduction must be under medical supervision and should not be proposed, in our opinion, as a commercial strategy to liberalize the sale of tobacco products. Harm reduction is one of the WHO objectives only by reducing tobacco consumption. The Framework Convention on Tobacco Control [4] recommends parties to adopt effective strategies to control tobacco because there is evidence that when cigarettes cost very much, when the access to treatment for tobacco

addiction is improved, when pictograms, plain packages, and anti-tobacco mass media campaigns are introduced, and when smoking is banned in public places, fewer young people start smoking, and more smokers try to stop.

As a reaction to Big Tobacco's massive offensive towards the scientific community, the Mario Negri Institute drew up a statement signed by many Italian companies and scientific institutions, with SITAB among the first signed, to underline the importance of the independence of the scientific community from tobacco industry. We re-launched this issue in the Italian Declaration on Tobacco Control that was publicly released in a meeting held on December 4th, 2018 at the European Parliament in Brussels, organized by the European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). In this Declaration we reported the tobacco epidemic in Italy and the proposals

meno giovani iniziano a fumare e più adulti smettono di fumare. È evidente che si tratta di strategie di direzione opposte a quelle che oggi si vorrebbe far passare.

Come reazione alla massiccia offensiva di *Big Tobacco* verso la comunità scientifica, l'Istituto "Mario Negri" ha redatto un comunicato sottoscritto da molte Società e Istituzioni Scientifiche italiane, con SITAB tra i primi firmatari, per sottolineare l'importanza dell'indipendenza dall'industria del tabacco della comunità scientifica. Per sottolineare tale emergenza abbiamo rilanciato con un incontro tenutosi il 4 dicembre 2018 al Parlamento Europeo di Bruxelles, organizzato dallo *European Network for Smoking and Tobacco Prevention* (ENSP), durante il quale è stata lanciata l'*Italian Declaration on Tobacco Control* che illustra la situazione del consumo di tabacco in Italia e le proposte per contrastarlo sottoscritte da nu-

merose Società Scientifiche e Associazioni impegnate nella lotta al tabagismo, e che viene pubblicata in questo numero. I lavori, presieduti dal Prof. Silvio Garattini, Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, sono stati introdotti da Nicola Caputo, Parlamentare Europeo, Francisco R. Lozano, Presidente ENSP e Antonella Cardone, ENSP. A seguire gli interventi degli esperti Silvano Gallus, Istituto Mario Negri; Roberto Boffi, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; Vincenzo Zagà, Presidente SITAB; Maria Sofia Cattaruzza, Vicepresidente SITAB; Biagio Tinghino, Past President SITAB; Laura Carrozzi, Università di Pisa; Giuseppe Gorini, ISPRO, Firenze. Fra i 5 punti portanti dell'*Italian Declaration* segnaliamo l'aumento delle tasse sul tabacco di almeno un euro da far confluire, in parte, in un fondo nazionale per la lotta contro il tabacco, da istituire sulla scorta

di quanto già fatto dal Governo Francese dal 1° gennaio 2017.

A nostro avviso, ancora più importante come deterrente per il mondo scientifico per non lasciarsi sedurre e inquinare da Big Tobacco, e come già attuato dal governo brasiliano, sarebbe l'istituzione di una Commissione Ministeriale permanente che monitori i Centri di ricerca, universitari e non, e le Società Scientifiche affinché non instaurino rapporti economici, diretti e indiretti, con le industrie del tabacco pena la cancellazione dell'accreditamento presso il Ministero con tutto quel che ne consegue, come l'impossibilità, per esempio, di emanare Linee Guida (Decreto Ministeriale 2/8/2017, in attuazione della Legge 8 marzo 2017 n. 24).

Discorso analogo vale per le sigarette elettroniche (*e-cig*). Già da anni, come SITAB, abbiamo indicato delle raccomandazioni chiare. Sappiamo, dagli studi disponibili,

for countering it. This Declaration, published in this issue, was signed by some scientific societies and associations involved in the fight against smoking. The workshop at the European Parliament was chaired by Prof. Silvio Garattini, President of the Mario Negri Institute for Pharmacological Research, was introduced by Nicola Caputo, European Parliamentarian, Francisco R. Lozano, President of ENSP, and Antonella Cardone, ENSP. Then, brief interventions of tobacco control experts followed: Silvano Gallus, Mario Negri Institute; Roberto Boffi, National Cancer Institute of Milan; Vincenzo Zagà, President of SITAB; Maria Sofia Cattaruzza, SITAB Vice-President; Biagio Tinghino, Past President SITAB; Laura Carrozzi, University of Pisa; Giuseppe Gorini, ISPRO, Florence. Among the five cornerstones of the Italian Declaration we point out that part of the increase in taxes on tobacco

of at least one euro goes to a national tobacco control fund, to be set up, on the basis of what has already been done by the French Government since the 1st January 2017. Even more important, in our opinion, as a deterrent for the scientific world not to be seduced and polluted by Big Tobacco and as already implemented by the Brazilian government, would be the creation of a permanent Health Ministry Commission to monitor Research Centers, Universities and Scientific Associations in order to not establish direct and indirect economic relations with the tobacco industries, penalty the cancellation of the accreditation at the Ministry and the impossibility, for example, to issue Guidelines (Ministerial Decree 2/8/2017, implementing the Law 8 March 2017 n. 24).

The same applies to electronic cigarettes (*e-cig*). As SITAB, we published clear recommendations.

We know from the studies available that *e-cigs* are less dangerous than traditional smoking, but more research is needed to establish their toxicity over the medium and long term.

As usual, however, the point is to understand which is the audience we address. If selected and quality controlled products are used by specialists in a smoking cessation setting, for a limited period of time, to support smoking cessation in psychiatric patients, in a relatively limited number of heavy smokers, including patients with serious cardiovascular or respiratory diseases who can not stop or patients with main failed quit attempts, *e-cigs* can be useful, even if more studies are needed in order to understand medium and long term effects of *e-cig* use.

If we want, both for HTPs and *e-cigs*, to liberalize their sales, to lower their taxes (as it recently

che le e-cig sono meno pericolose del fumo tradizionale, ma serve altra ricerca per stabilirne la tossicità sul medio e lungo termine.

Come al solito, però, il punto è capire qual è il pubblico a cui ci rivolgiamo. Se prodotti selezionati e di qualità controllata sono usati dagli specialisti in un *setting* di *smoking cessation*, per un tempo limitato, al fine di sostenere la cessazione del fumo in quei relativamente pochi e selezionati forti fumatori tra i pazienti psichiatrici, pazienti con patologie cardiovascolari o respiratorie gravi che non riescono a smettere o pazienti con varie ricadute alle spalle, tutto ciò può essere utile, anche se il tutto dovrebbe essere meglio standardizzato e studiato per gli effetti sul medio e lungo termine.

Se invece vogliamo, sia per le HTP sia per le e-cig, liberalizzarne la vendita *urbi et orbi*, abbassarne le tasse (come è stato già recente-

mente fatto) e pubblicizzarle, allora dobbiamo dire che ci sono notevoli rischi da un punto di vista di salute pubblica. Il primo è di "normalizzare" l'immagine dello "svapatore" di e-cig o del fumatore HTP, che sono "parenti stretti" del fumatore di sigarette. Ciò può avere effetti catastrofici sui ragazzi in quanto è un incoraggiamento ad avvicinarsi al mondo della sigaretta tradizionale: perché mai, prima o poi, non provare l'originale? Dal 6 al 13% (ma anche più, secondo alcuni studi) degli adolescenti americani ha fatto così e chi usa sigarette elettroniche, ci dicono varie ricerche, ha il doppio del rischio di diventare fumatore tradizionale esclusivo o duale [5,6]. Effettivamente, negli USA la e-cig sta diventando un vero e proprio *status symbol* fra gli adolescenti e fra i giovani adulti [7]. Un altro problema è che per la sigaretta elettronica e l'HTP la legge italiana permette, per ora, di elude-

re il divieto di fumo, e così facendo molti fumatori trovano il modo di stare con "due piedi in una scarpa", fumare fuori e svapare/fumare dentro i luoghi chiusi, procrastinando così la decisione definitiva di smettere veramente.

E è in quest'ottica che va la recente messa a punto da parte di SITAB, AIPO e altre Società Scientifiche e *opinion leader* del settore, del *Position Paper* sui nuovi prodotti da fumo [8] e di quello promosso dal "Mario Negri" e dalla SITAB sulla indipendenza delle Società Scientifiche italiane [9].

In sostanza, la ricetta per sostenere con efficacia il *tobacco endgame* è quella di puntare fortemente sulle terapie efficaci e radicali (e non su quelle "palliative"): aumentare le tasse sul tabacco e sui derivati, promuovere l'informazione dell'opinione pubblica sui danni e la formazione dei futuri medici sul tabagismo fin dall'università, formare

happened) and to publicize them, then, we have to say that these products are not risk-free from a public health perspective. The first risk is to "normalize" the image of the vaper of e-cig or the HTP smoker, who are "close relatives" to cigarette smokers. Second risk is that "normalization" can have catastrophic effects on children as it is an encouragement to approach the world of traditional cigarette: why, sooner or later, do not try the original tobacco smoking? From 6% to 13% (but even more, according to some studies) of American teenagers did so, and those who used e-cigs has twice the risk of becoming an exclusive or dual traditional tobacco smoker [5,6]. Indeed, in the US e-cig is becoming a real status symbol among adolescents and young adults [7]. Another problem is that for e-cig and HTP, Italian law allows, up to now, to circumvent the ban on smoking, and in

doing so many smokers find the way to "play two hands": smoking outdoor and vaping or smoking in enclosed places, thus procrastinating the decision to quit for good.

The Position Paper on new smoking products [8] promoted by SITAB, AIPO, other Scientific Societies, and tobacco control opinion leaders, and the Position Paper promoted by Mario Negri Institute and SITAB on the independence of Italian scientific societies [9], were developed with the above-mentioned issues in mind.

In conclusion, the recipe to effectively target the tobacco endgame is to focus strongly on effective and radical therapies and not on palliative ones, such as increasing taxes on tobacco products and similar products, promoting public information on tobacco health damages, training physicians and all health professionals since the University curricula on brief motivational

counseling and tobacco addiction treatments, supporting Smoking Cessation Centers, and preventing Big Tobacco's interference. Tobacco consumption is the first preventable cause of deaths in the West and its defeat must become the first item on the agenda of decision makers in public health.

tutti gli operatori sanitari al *counselling* motivazionale breve e alle cure per la dipendenza da tabacco, sostenere i Centri per il trattamento del tabagismo e scongiurare le interferenze di *Big Tobacco*. Il consumo di tabacco è la prima causa di morte evitabile in Occidente e la sua sconfitta deve diventare il primo punto all'ordine del giorno dei decisori in sanità pubblica.

[*Tabaccologia 2018; 4:5-10*]

Vincenzo Zagà

Presidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), Medico Pneumologo, Giornalista medico-scientifico, Bologna

Giuseppe Gorini

SS Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro, SC Epidemiologia dei fattori di rischio e degli stili di vita, Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), Firenze

Maria Sofia Cattaruzza

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

Silvano Gallus

Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS, Milano

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

Bibliografia

1. WHO-FCTC: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf.
2. Zagà V, Cattaruzza MS, Rodriguez Lozano F, Trofor A, Mura M, Mangiaracina G, Tinghino B. Perché le Università e il mondo scientifico dovrebbero stare alla larga dalle industrie del tabacco. Viaggio tra gli inganni di Big Tobacco/ Why Universities and the scientific world should stay away from the tobacco industry. *Journey in Big Tobacco deception*. *Tabaccologia 2017;4:7-13*.
3. Liu X, Lugo A, Spizzichino L, Tabuchi T, Pacifici R, Gallus S. Heat-not-

burn tobacco products: concerns from the Italian experience. *Tob Control 2018* Jan 26. pii: tobaccocontrol-2017-054054. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054054. [Epub ahead of print].

4. WHO-MPOWER: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43888/9789241596633_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1.

5. NIDA: https://teens.drugabuse.gov/blog/post/e-cigs-are-risky-whatever-they-look-like?utm_source=teenTwitter&utm_medium=social&utm_content=nf&utm_term=NPP5&utm_campaign=teen-N4T.

6. US Surgeon General: https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/?s_cid=bb-osh-sgr2016-001.

7. *Tobaccofreekids*: <https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0394.pdf>.

8. AAVV. Position Paper. Nuovi prodotti del tabacco. *Tabaccologia 2018;2:17-9*.

9. AAVV. Position Paper. Indipendenza delle Società Scientifiche Italiane: difendiamo la libertà del dibattito scientifico dall'influenza dell'industria del tabacco. *Tabaccologia 2018;3:17-20*.

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 20 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

European Parliament Event

La Posizione degli Esperti per l'avanzamento delle politiche di contrasto al tabagismo in Italia

4 December 2018 – European Parliament Brussels
Italian Declaration on Tobacco Control

Il 4 dicembre 2018, presso il Parlamento Europeo di Bruxelles si è tenuto un incontro, organizzato da ENSP (*European Network for Smoking and Tobacco Prevention*), in cui è stata illustrata la situazione del consumo di tabacco in Italia e le proposte per contrastare il fumo sottoscritte da numerose Società Scientifiche e Associazioni impegnate nella lotta al tabagismo. I lavori, presieduti dal Prof. Silvio Garattini, Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS, sono stati introdotti da: Nicola Caputo, Parlamentare Europeo, Francisco R. Lozano, Presidente ENSP e Antonella Cardone, ENSP. A seguire gli interventi degli esperti: Silvano Gallus, Istituto "Mario Negri"; Maria Sofia Cattaruzza, Vicepresidente SITAB; Roberto Boffi, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; Vincenzo Zagà, Presidente SITAB; Biagio Tinghino, Past President SITAB; Laura Carrozzi, Università di Pisa; Giuseppe Gorini, ISPRO. Di seguito viene presentato il documento dell'*Italian Declaration on Tobacco Control*.



European Parliament Event

Experts Position to advance Tobacco Control policies in Italy

On the 4th of December, a meeting was held at the European Parliament in Brussels, organized by ENSP (*European Network for Smoking and Tobacco Prevention*), which illustrated the situation of tobacco consumption in Italy and the potential strategies to counteract tobacco which were signed by a number of scientific societies and associations involved in the fight against smoking.

The work, chaired by Prof. Silvio Garattini, President of the Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, was introduced by: Nicola Caputo, Member of the European Parliament, Francisco R. Lozano, President of the ENSP and Antonella Cardone, ENSP. Invited speakers were the experts: Silvano Gallus, Mario Negri Institute; Maria Sofia Cattaruzza, SITAB Vice-President; Roberto Boffi, National Cancer Institute of Milan; Vincenzo Zagà, President of SITAB; Biagio Tinghino, Past President SITAB; Laura Carrozzi, University of Pisa; Giuseppe Gorini, ISPRO.

The document of the Italian Declaration on Tobacco Control is reported below.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il consumo di tabacco rimane a oggi la prima causa mondiale di morte evitabile, con un carico pesante di invalidità e cronicità per patologie oncologiche, respiratorie e cardiovascolari. A fronte di una riduzione dei consumi di sigarette confezionate (27% in meno di vendite rispetto al 2000), il mercato del tabacco in Italia registra un incremento del 10% di sigarette rollate a mano e un segmento del 2-3% di utilizzo di sigarette elettroniche. Su tutto prevale l'incremento d'uso dei prodotti di tabacco di nuova generazione (*heated tobacco products*).

Mentre la prevalenza dei fumatori si è quasi dimezzata negli uomini (dal 42% nel 1986 al 25% nel 2017 secondo i dati ISTAT), nelle donne, nello stesso arco di tempo, si è ridotta di poco (dal 25% al 21%) e negli adolescenti 15-16enni è in stallo intorno al 20%-25% dal

1995 (indagine ESPAD - uso di tabacco nell'ultimo mese).

Inoltre, si assiste a un aumento dell'uso corrente della sigaretta elettronica tra gli adolescenti, secondo l'indagine GYTS, passando dall'8% nel 2014 al 18% nel 2018.

Nonostante dal 1990 al 2016 la mortalità attribuibile al fumo si sia ridotta da 165 a 146 decessi per 100.000 abitanti, le ricadute sulla salute sono ancora pesanti: ancora oggi più di 70.000 Italiani muoiono ogni anno a causa del fumo.

Le misure di controllo non fanno i progressi che si erano sperati nel 2005, quando l'Italia fu tra i primi Paesi nel mondo a vietare il fumo nei luoghi chiusi di lavoro e di svago raggiungendo l'ottavo posto nella classifica europea degli Stati con le politiche *no-smoking* più avanzate. Successivamente è scesa al 16° posto per risalire al 13° solo recentemente, grazie all'introduzione nel 2016 delle misure della

Direttiva 2014/40/UE. L'Italia oggi risulta ancora poco avanzata su politica fiscale, campagne di prevenzione e servizi terapeutici.

Gli ostacoli che tradizionalmente rendono difficili i progressi sono di diverso genere:

- Le politiche fiscali sono affidate al Ministero dell'Economia che le amministra attraverso l'Agenzia dei Monopoli. La tassazione è modulata in base all'andamento del mercato e non in base alle esigenze della salute. I dirigenti sono a torto convinti che un aumento della tassazione comporterebbe una riduzione del gettito fiscale e favorirebbe il contrabbando. Conta scarsamente la voce del Ministero della Salute, in minoranza su questi temi, anche a causa degli interessi dei coltivatori di tabacco rappresentati dal potente Ministero dell'Agricoltura.
- Le grandi compagnie del tabacco portano avanti una intensa attività

According to the World Health Organization, tobacco consumption is worldwide the leading cause of avoidable deaths from cancer, respiratory, and cardiovascular diseases. Tobacco market in Italy from 2000 up to now, recorded a 27% reduction in consumption of manufactured tobacco cigarettes, and a 10% increase of Roll-Your-Own (RYO) cigarettes. Moreover, 2%-3% of Italians use electronic cigarettes, and there is an increase in consumption of new heated tobacco products (HTPs).

While tobacco smoking prevalence has almost halved in men (from 42% in 1986 to 25% in 2017), in women it has slightly decreased in the same period (from 25% to 21%), and in adolescents aged 15-16-year-old, current smokers have stalled around 20%-25% since 1995 (ESPAD survey - use of tobacco in the last month). Furthermore, there is an increase from 8% in 2014 to 18% in 2018 in current electronic cigarette users

among adolescents aged 13-15 years old.

Even though annual smoking attributable mortality rates decreased from 165 deaths per 100,000 in 1990 to 146 deaths per 100,000 in 2016, the smoking burden is still heavy: even today more than 70,000 Italians each year die because of smoking.

In Italy, few tobacco control measures have been implemented after the 2005 smoking ban. Italy was among the first Countries worldwide banning smoking in enclosed public places, reaching the eighth position in the ranking of European Countries based on the level of development of tobacco control policies, the so-called "Tobacco Control Scale". Then, Italy fell to the 16th position in the Tobacco Control Scale, and recently, in 2016, Italy moved up to the 13th position, thanks to the introduction of the Directive 2014/40/EU. In Italy today tobacco fiscal policies, anti-smoking

mass media campaigns and smoking cessation supports have not yet fully developed.

Obstacles that traditionally make difficult to implement other tobacco control measures are of different kinds:

- Levels of tax policy are defined by the Ministry of Economy and Finance, which administers them through the Agency of Monopolies. Taxation is modulated according to the market performance and not to the health needs. Managers of the Ministry of Economy and Finance are wrongly convinced that an increase in tobacco taxation would result in a reduction in tax revenues and would encourage smuggling. The voice of the Ministry of Health on tobacco taxation is scarcely listened, also because of interests of tobacco growers represented by the powerful Ministry of Agriculture.

di lobbismo governativo e pubbliche relazioni, finanziando fondazioni legate ai partiti politici, Istituti economici e gruppi di *influencer* per la conduzione di studi i cui risultati faziosi vengono presentati ai *policy maker nazionali ed europei*.

- La Philip Morris International ha scelto appositamente l'Italia, paese con grave crisi occupazionale, per la produzione di IQOS, il suo prodotto di tabacco di nuova generazione, assumendo 600 giovani, in modo da ottenere agevolazioni e normative di favore. Tenta, inoltre, di sedurre il mondo della salute con offerte di finanziamento a Società Sscientifiche.
- Una voce troppo debole e frammentata si oppone ai lobbisti e ai loro alleati: il Ministero della Salute (Direzione Prevenzione), l'Istituto Superiore di Sanità, alcuni medici *leader d'opinione*, alcuni ricercatori, un numero esiguo di specialisti dei servizi per il

trattamento del tabagismo (Centri Antifumo) e alcune associazioni per la tutela della salute.

- Il mondo della salute ritiene ancora che fumare sia una scelta consapevole, anche se oltre il 50% dei fumatori inizia prima dei 18 anni soprattutto perché influenzato dal gruppo dei pari. Nonostante ciò, il fatto che il fumo sia la prima causa di morte e invalidità è ormai condiviso dai professionisti della salute, non ancora pronti a iniziative di *advocacy*.
- La ricerca sul controllo del tabagismo è ancora troppo distante dalla pratica della promozione della salute. Virtuosi gruppi di ricerca, anche italiani, pubblicano infatti su autorevoli riviste scientifiche una considerevole quantità di studi, ma in Italia i risultati non

sono comunicati efficacemente a coloro che possono usarli come arma nel dibattito pubblico sulle politiche di controllo del tabagismo.

Cosa chiedono gli Esperti ai politici e alle Istituzioni

- Aumentare in modo consistente la tassazione sulle sigarette di almeno 1 euro a confezione (pacchetto); adeguare il carico fiscale del tabacco per sigarette rollate a mano, degli altri prodotti del tabacco e dei prodotti del tabacco di nuova generazione (*heated tobacco products*) a quello delle sigarette convenzionali.
- Implementare l'attuale legge sui divieti di fumo, estendendola agli spazi aperti ad alta affluenza di pubblico, come pertinenze dei

- Tobacco companies are carrying out an intense activity of lobbying and public relations at the governmental level, funding foundations linked to political parties, funding economic institutions and groups of influencer in order to carry out studies whose factious results are presented to policy makers of Italian and European Parliaments.
- Philip Morris International has specifically chosen Italy, a Country with serious youth employment crisis, for the production of IQOS, its new generation tobacco product, employing about 600 young workers, in order to obtain tax benefits. Furthermore, tobacco companies try to seduce health professionals funding conferences of scientific societies.
- A voice too weak and fragmented is opposed to the lobbyists and their allies: The Ministry of Health (Prevention Department), the Istituto Superiore di Sanità



(the National Institute of Health), few medical opinion leaders, researchers, a small number of smoking cessation specialists, and few health protection associations.

- Health professionals still believe that smoking is an informed choice, even if more than 50% of smokers start before the age of 18, mainly because they are influenced by peer groups. Even though health professionals know that smoking is one of the lead-

ing causes of death and disability, they are not yet ready for *advocacy* initiatives.

- Tobacco control research is still too far from health promotion practice. Research groups, including Italian, publish a considerable amount of studies in authoritative scientific journals, but the results in Italy are not effectively communicated in the public debate on tobacco control policies.

luoghi di cura, università, spiagge, stadi, concerti, stazioni, fermate dei mezzi pubblici, indipendentemente dalla presenza di bambini e donne in gravidanza.

- Estendere l'attuale divieto di fumo nei luoghi chiusi pubblici, nei luoghi di lavoro pubblici e privati e applicare i divieti sulle pubblicità anche alle sigarette elettroniche e agli *heated tobacco products*.
- Fornire Linee Guida a livello nazionale per l'accreditamento dei Centri per il trattamento del tabagismo individuando risorse specifiche a sostegno di tale servizio, facilitando l'accesso dei fumatori e supportando allo stesso tempo i percorsi di formazione continua dei *caregiver*; implementare e rendere stabili percorsi didattici sulla prevenzione e sul trattamento del tabagismo nelle università per i corsi di laurea di tutte le figure sanitarie; rendere rimborsabili i farmaci di provata efficacia per il trattamento del tabagismo,

secondo criteri di appropriatezza, a partire dai pazienti già affetti da patologie croniche fumo-correlate.

- Utilizzare le maggiori entrate derivanti dall'aumento della tassazione (circa 2 miliardi per ogni euro di aumento a pacchetto): per incrementare le risorse nel Piano Nazionale della Prevenzione per le attività strutturali e continuative di prevenzione del tabagismo, in particolare tra i giovani e le donne. Sostenere, inoltre, i servizi per il trattamento del tabagismo, le *Quit Line* e le campagne di informazione e sensibilizzazione. Infine, allocare parte delle entrate per la conduzione di ricerca sul controllo del tabagismo che sia indipendente dall'industria del tabacco e della sigaretta elettronica.

Il documento è stato redatto da *Italian Tobacco Endgame Group*, SITAB e Istituto "Mario Negri" sulla

base di quanto segue dei seguenti tre *position paper*:

1. **Appello per l'aumento della tassazione dei prodotti del tabacco "La tassa che allunga la vita", promosso dal Tobacco Endgame Group:** <http://www.tobaccoendgame.it/>.
2. **Position paper "I nuovi prodotti del tabacco", promosso della Società Italiana di Tabaccologia:** http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/documento_e_sottoscrizioni_consensus_paper_5.pdf.
3. **Position paper "Indipendenza delle Società Scientifiche italiane: difendiamo la libertà del dibattito scientifico dall'influenza dell'industria del tabacco", promosso dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS, Milano:** http://www.tabaccologia.it/PDF/Indipendenza_da_industria_del_tabacco_1Ott_v2.pdf.

[*Tabaccologia 2018; 4:11-14*]

What the Experts ask politicians and institutions is:

- Increasing taxes on cigarettes by at least 1 euro per package; balancing tax levels of hand-rolled cigarettes, of other tobacco products, and of new generation tobacco products (heated tobacco products) to those of conventional cigarettes.
- Extending the current smoking ban to outdoor areas in hospitals and health services, universities; implementing smoke-free beaches, stadiums, outdoor concerts, train stations, bus stops.
- Extending the current smoking ban in all enclosed public places and workplaces and banning advertisements of electronic cigarettes and heated tobacco products.
- Providing National Guidelines to certificate Smoking Cessation Centers (SCCs), identifying specific resources to support SCCs, facilitating SCC access, and train-

ing SCC health professionals; implementing training courses on smoking cessation treatments in university curricula for all health professionals; reimbursing evidence-based smoking cessation treatments, starting with patients already suffering from smoking-related chronic diseases.

- Using the revenues deriving from the increase in taxation (about 2 billion for each euro of package price increase), in order to increase resources in the National Prevention Plan for smoking prevention interventions, particularly among young people and women; sustaining SCCs, *Quit Line* and anti-tobacco mass media campaigns. Finally, allocating some revenues to carry out tobacco control research independent from the tobacco and electronic cigarette industries.

The document was summarized by the Italian Tobacco Endgame Group, SITAB and Istituto di Ricerche Far-

macologiche Mario Negri IRCCS based on the following Call to Actions with hundreds of signatories:

1. **Claim for an increase in the taxation of tobacco products "The tax that increases life", promoted by the Tobacco Endgame Group:** <http://www.tobaccoendgame.it/>.
2. **Position paper: "New tobacco products", promoted by the Italian Society of Tabaccology:** http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/documento_e_sottoscrizioni_consensus_paper_5.pdf.
3. **Position paper "Independence of the Italian scientific societies: we defend the freedom of scientific debate from the influence of the tobacco industry", promoted by the Mario Negri Institute of Pharmacological Research, Milan:** http://www.tabaccologia.it/PDF/Indipendenza_da_industria_del_tabacco_1Ott_v2.pdf.

Atti del XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Firenze, 8-9 novembre 2018



Scenari in movimento

Daniel L. Amram

I Sessione: Tobacco Control (Davide affronta Golia)

Il XIV Congresso Nazionale SITAB inizia con il prologo dei saluti del Presidente SITAB, Dr. **Vincenzo Zagà** e del Presidente del Congresso, Dr. **Giuseppe Gorini**. A seguire arriva la sorpresa dei saluti d'oltreatlantico registrati del Prof. **Michael Fiore** e della Dr.ssa **Giullia Veronesi**, Fondazione U. Veronesi. L'inizio ufficiale avviene in maniera "hollywoodyana" sulle note della sigla della Twenty Century Fox.

La prima giornata si apre con le relazioni della Dr.ssa **Roberta Pacifici**, della Dr.ssa **Daniela Galeone**, del Dr. **Francesco Barone Adesi** e del Dr. **Giuseppe Gorini** che tracciano un quadro del consumo di tabacco in Italia (e nel mondo) alquanto preoccupante. I fumatori del Belpaese sono 12,2 milioni, cifra che rimane sostanzialmente stabile dal 2007. Il gap fra fumatori uomini e donne si assottiglia ulteriormente, e quasi la metà dei giovani in età scolare è venuto già a contatto con il tabacco, di cui l'11% è già fumatore abituale. È molto di "moda" specie fra i ragazzi, l'uso del "roll your own", sigaretta fai da te. I ragazzi che fumano sono prevalentemente frequentatori degli Istituti Professionali, hanno un rendimento mediocre e sono scarsamente controllati dai loro genitori. Consumano anche alcolici,

spesso come "binge drinking", cannabis ed *energy drinks*, praticano poco sport. La nicotina conferma di essere una porta d'ingresso per il consumo di altre sostanze psicoattive e le campagne di prevenzione "istituzionali" sono le meno gradite dai ragazzi stessi.

La sigaretta elettronica (*e-cig*) è consumata da 1.100.000 Italiani, di cui il 7,4% non aveva mai fumato sigarette combustibili. La maggioranza di essi sono fumatori "duali", consumando sia le *e-cig* che le sigarette combustibili. È in aumento, grazie anche a una feroce campagna promozionale, l'uso di prodotti del tabacco "heat not burn". Diversi italiani ne hanno sentito parlare e molti hanno dichiarato di voler provare questa ultima creazione di Big Tobacco, la quale, al momento, è ben protetta da vuoti legislativi sia come pubblicità sia come obblighi

di presenza di immagini informative sui danni, dimostratesi efficaci quando inserite, e del numero verde dell'ISS per la cessazione del fumo di tabacco.

Manca ancora il controllo stringente sui divieti di vendita ai minori, che possono acquistare con facilità le sigarette anche tramite i distributori automatici.

Gli interventi di prevenzione devono migliorare di "effectiveness" e cioè di efficacia reale, perché vari studi dimostrano che interventi su forte base teorica, pur essendo di buon livello di *efficacy*, alla fine possono fallire nel ritardare o contrastare l'iniziazione al fumo di tabacco dei giovani e dei giovanissimi. Gli strumenti di lotta esistono e sono efficaci, come il pacchetto generico adoperato in Australia e l'aumentare della tassazione sui prodotti del tabacco.



Roberta Pacifici.



Daniela Galeone.



Biagio Tinghino e
Maria Sofia Cattaruzza.

Le relazioni successive della Prof.ssa **Maria Sofia Cattaruzza** (UNI-Sapienza RM) e del Dr. **Biagio Tinghino** illustrano il prezioso lavoro sulla versione italiana delle linee guida ENSP 2018 sul trattamento del tabagismo, impreziosite da un duplice sistema di valutazione basata sull'evidenza scientifica: l'ABC *grading scale* e il GRADE. La revisione delle raccomandazioni è stata garantita da un comitato scientifico sia interno che esterno. Il nuovo impegno è sulla linea guida TOB-G per il trattamento dei gruppi a rischio come pazienti con patologia tabacco correlata (CVD), tabagiste in gravidanza, fumatori diabetici, con patologie mentali, etc.

La struttura delle linee guida è la seguente: parte prima, sull'uso del tabacco e sulla dipendenza da tabacco/nicotina; parte seconda dedicata al trattamento *evidence based*; parte terza sulla necessità di accreditamento e formazione curriculare di medici, infermieri, psicologi e decisori sanitari sulla tabaccologia. **Tinghino** annuncia la nascita del National School of Medical Tobacco, iniziativa di formazione multi-livello dalla formazione online a quella residenziale per i medici di medicina generale, specialisti e operatori sanitari in generale.

II Sessione: Ricerca in Tabaccologia (La Scienza nuoce gravemente al Tabacco)

I professori **Michele Zoli** (UNI-MO-RE) e **Cristian Chiamulera** (UNI-VR) presentano orizzonti di ricerca dai quali si potranno, in un futuro più o



Da sinistra: Domenico Galetta,
Vincenzo Zagà, Cristian Chiamulera.

meno vicino, concepire nuovi trattamenti personalizzati per la cessazione del fumo di tabacco.

La genetica del tabagismo è un dominio importante per comprendere come varianti genetiche possano influire sull'iniziazione, sulla gravità della dipendenza e sul trattamento del tabagismo. Dal concetto di metabolizzazione lenta o veloce della nicotina alle variazioni dei recettori nicotinici dell'acetilcolina (nAChRs) che sono presenti in molte parti dell'organismo, dall'epitelio polmonare, ai centri cerebrali della gratificazione (mesocorticolimbico) e dell'avversione (Habenulare), influenzando pesantemente il passaggio dalla iniziazione alla dipendenza, l'astinenza e la ricaduta, ma anche il migliore trattamento personalizzato per la cessazione.

Ma anche l'ambiente può essere determinante. Esiste, secondo recenti studi che usano la realtà virtuale, una "tossicità dei luoghi" dove si fuma che può aumentare in modo determinante il *craving*. Una reattività a stimoli che costituiscono un vero e proprio *background* che sta dietro il fumo. Il meccanismo cerebrale è studiato con l'*imaging*: sono chiamati in causa l'ippocampo e l'insula, sia nella *cue reactivity* sia nel *context reactivity*. A fine sessione segue la relazione della Dr.ssa **Francesca Colombo** (INT-MI) che riceve, dal Dr. **Zagà** e dal Dr. **Roberto Boffi** (INT-MI), il Premio SITAB dedicato a Giovanni Invernizzi per il miglior studio di ricerca in tabaccologia (Studio farmacogenetico di sette polimorfismi in tre subunità del recettore nicotinico dell'acetilcolina nella terapia di disassuefazione dal fumo di sigaretta).

III Sessione: Il Tabagismo di genere (Putting Gender on the Agenda – mettere il genere fra le priorità)

Molto interessante la lettura magistrale della Prof.ssa **Liana Fattore** (CNR e UNI-CA) che tratta la dipendenza di genere. La Dr.ssa **Elizabeth Tamang** affronta il "tabagismo trasformativo di genere", le Dr.sse **Patrizia Gai** e **Antonella Manfredi** riportano un case study su una tabagista anoressica, il Prof. **Massimo Baraldo** (UNI-UD) affronta le differenze di genere nel trattamento. Essere maschio o femmina fa la differenza, soprattutto sul piano terapeutico.

La dipendenza è frutto di numerosi fattori di rischio ambientali, tratti comportamentali, comorbilità psichiatrica. Poi ci sono fattori biologici come l'età e il sesso. L'età è una variabile ben studiata con moltissimi lavori scientifici sull'iniziazione del misuso di sostanze in età adolescenziale. Ma il sesso è il fattore di rischio meno studiato. Molti studi sono sui maschi, specie quelli pre-clinici. Gli uomini usano con maggiore frequenza alcool, sigarette e sostanze illecite. Le donne iniziano più tardivamente, spesso in correlazione con il partner, in condizioni di comorbilità. La differenza di genere negli adolescenti sembra meno evidente. La differenza nella prevalenza del fumo di tabacco in Italia è minima. Ma le differenze sono sul piano socio-culturale, farmacocinetico, ormonale e neurobiologico. Sulla farmacocinetica, le donne hanno il metabolismo P4502A6 mediato più veloce.

La farmacocinetica dei farmaci usati nella *smoking cessation*, sottolinea il Prof. **Baraldo**, hanno una cinetica differente tra uomo e donna. Le caratteristiche di solubilità ottanolo/acqua (O/W) sono diverse tra NRT, che è molto idrosolubile, rispetto al bupropione e vareniclina, meno idrosolubile. Ma, per questi farmaci non esiste una posologia diversa tra uomo e donna. Nelle donne, soprattutto se sono obese, aumenta il volume apparente di distribuzione (Vd) e, direttamente, l'emivita (T1/2) di farmaci liposolubili. Quindi, mentre la nicotina degli NRT, essendo più idrosolubile (meno liposolubile),

non risente di questi cambiamenti di Vd, i farmaci meno idrosolubili (più liposolubili) potrebbero variare il loro Vd ed il T1/2 e di conseguenza le concentrazioni plasmatiche e l'efficacia terapeutica/tossicità.

La nicotina viene prevalentemente metabolizzata dal CYP2A6 a Cotinina e 3-OH-Cotinina. C'è differenza tra uomo e donna? Il gene che codifica per l'enzima CYP2A6 è altamente polimorfico, con più di 40 varianti caratterizzate fino a oggi. Questo enzima è coinvolto nel metabolismo o bio-attivazione di diverse terapie cliniche, agenti cancerogeni e sostanze dietetiche. È stato stabilito che nella donna, il metabolismo della nicotina è influenzato da alimenti che possono indurlo (broccoli) o inibirlo (succo di pompelmo, caffeina), dall'evolvere dell'età, dalla differenza di sesso, dal ciclo mestruale, dai contraccettivi, gravidanza e funzione del rene. È risaputo che: a) la *clearance* (Cl) della nicotina e cotinina sono più elevate nelle donne che negli uomini e le donne hanno un metabolismo più veloce della nicotina; b) i contraccettivi orali aumentano la Cl della nicotina e cotinina nelle donne vs gli uomini, nelle donne che li assumono vs le donne che non li assumono; c) la gravidanza ha un marcato effetto induttivo sulla nicotina e soprattutto sulla cotinina con una Cl aumentata del 60 e del 140%, rispettivamente, in gravidanza rispetto al postpartum; d) le donne, durante la fase follicolare, l'ovulazione e la fase luteinica subiscono dei cambiamenti endocrini, collegati a funzioni dell'organismo che influenzano il metabolismo della nicotina (sembra che iniziare il trattamento in fase follicolare anziché in fase luteinica preservi di più dalle recidive). Quindi può essere importante decidere nelle donne quando iniziare una *smoking cessation*. Le donne quindi si comportano in maniera differente dagli uomini nel fumare e nella *smoking cessation*. Tuttavia i *trial* sono pochi, e, anche se alcune metanalisi sono state pubblicate, saranno necessari più studi.

Sul piano ormonale, gli effetti di rinforzo positivo, mediati dagli estrogeni portano a una diversità di com-

portamento di uso di nicotina a seconda della fase del ciclo. I recettori degli estrogeni sono presenti in tutto il circuito mesolimbico della gratificazione. Gli steroidi provocano un'alterazione dell'eccitabilità di membrana cellulare neuronale che provoca differenze di genere in tutte le fasi della dipendenza. Le donne sono più vulnerabili, diventano più velocemente dipendenti e il quadro clinico è più severo (noto come l'effetto telescopio), hanno una maggiore ricerca per la sostanza in astinenza e sono più sensibili alla ricaduta. Hanno perciò maggiori difficoltà a smettere. Rispondono anche meno ai trattamenti e possono sviluppare più facilmente sintomi depressivi alla cessazione. Le differenze neurobiologiche sono nella struttura e morfologia del cervello, nella neurochimica dei neurotrasmettitori e nel connettoma, cioè la mappa comprensiva delle connessioni neurali del cervello. Il cervello dei maschi ha un volume maggiore delle aree della corteccia paralimbica fronto mediale, dell'amigdala e dell'ipofisi. Le donne hanno un ippocampo di volume maggiore, mentre l'area tegmentale ventrale maschile è più attiva. La dopamina è più bassa nella donna, ma con un *turnover* aumentato. Il GABA, il glutammato e il neuroadattamento del NMDA hanno differenze fra maschi e femmine, nella *down/up regulation*. Per il connettoma l'uomo ha connessioni prevalentemente intra-emisferiche mentre la donna ha connessioni inter-emisferiche. Il maschio ha quindi efficaci connessioni di tipo sensiti-

vo-motorie mentre le donne hanno spiccate attitudini sociali e motivazionali. Occorre quindi mettere in agenda prioritaria la vulnerabilità femminile rispetto alle dipendenze. Un milione e mezzo di donne fumano al mondo, e il numero sta aumentando. Le differenze portano a patologie e severità differenti: gli uomini sviluppano più enfisema, le donne più BPCO e un maggiore rischio per le malattie cardiovascolari. Le donne gestiscono in modo negativo lo stress, non hanno voce sulla famiglia, sono oggetto di target da parte dell'industria del tabacco. Il problema del tabagismo al femminile non può essere "semplicemente" rapportato a quello maschile, ma neanche essere affrontata con stereotipi (stigma della gravidanza). La salute della donna in riferimento al tabacco non è solo gravidanza ma deve riguardare tutti i momenti nell'arco della sua vita, combattendo quindi la disuguaglianza. La donna deve guardare agli aspetti positivi per smettere di fumare, essere cioè "*empowered*" di poter scegliere autonomamente la propria salute in modo multidisciplinare. Fare uno "*shift*" consapevole tra fumare e non fumare, tenendo conto anche delle vulnerabilità. Il 45% delle fumatrici in gravidanza ha subito un qualche trauma nella vita. Il 53% delle donne stuprate fuma. La scelta consapevole e attiva passa attraverso una *health literacy*, l'educazione sui rischi, un accesso ai servizi, la decisionalità in casa, la libertà di movimento, l'autostima e l'uguaglianza di diritti alla salute.



SITAB a Congresso.

La donna fumatrice anoressica è una paziente particolarmente impegnativa. Molte sono le affinità ma anche le differenze tra anoressia e tossicodipendenza. C'è necessità di linee guida sulla gestione di pazienti difficili, e questo caso presentato ne è un paradigma. Occorre anche sempre indagare il rapporto con il cibo in ogni fumatrice.

A fine sessione il Dr. **Zagà** e la giornalista **Donatella Barus** (Fondazione Umberto Veronesi) proclamano il vincitore del Concorso dedicato al Prof. Umberto Veronesi su "Fumo e donna" nella persona della Dr.ssa **Giulia Carreras** (ISPRO-FI) che tiene la sua relazione sulla ricerca premiata illustrando la ricerca fumo e carcinoma mammario col carico di morti e disabilità dovuto al tabagismo, sia come fumo attivo che come fumo passivo. Globalmente, il 4,3% dei decessi e il 4,7% dai DALY (anni di vita persi o vissuti in disabilità) per il tumore al seno sono attribuibili al fumo, sia attivo che passivo. L'esposizione al fumo è un fattore di rischio evitabile e in particolare il fumo passivo che deve essere importante oggetto di politiche di prevenzione.

IV Sessione: Impatto del tabacco sulla salute

(Peggior del tabacco
c'è solo il tabacco)

Le presentazioni del Prof. **Stefano Nardini** (SIP), Prof. **Mauro Di Bari** (UNI-FI), Prof. **Federico Rea** (UNI-PD), Dr.ssa **Paola Martucci** (Osp. Cardarelli-NA) e Dr.ssa **Chiara Veronesi** (INT) affrontano, nell'ordine, il ruolo del fumo di tabacco nella genesi e nel trattamento della BPCO, dell'impatto del tabacco sul sistema cardiovascolare, sulla tubercolosi, e sulle interferenze fumo-farmaci. Le cause di queste malattie sono multifattoriali ma il fumo di tabacco costituisce l'80-90% delle BPCO nei maschi. Smettere di fumare riduce il declino del FEV₁, che è paradigmatico delle sindromi BPCO. Il 50% dei pazienti con BPCO ha dei tratti depressivi che rendono difficoltosa la cessazione.



Federico Rea.



Paola Martucci.

V Sessione: Management e trattamento dei casi complessi

(Tutti i fumatori hanno il diritto
di smettere di fumare)

La seconda giornata di lavori inizia con una lettura magistrale della Prof.ssa **Antigona Carmen Trofor** (UNI-Iasi, Romania) "Impatto delle linee guida per il trattamento del tabacco sui gruppi ad alto rischio: cardiovascolari, diabetici e BPCO". La cessazione del fumo è l'intervento più efficace per arrestare la progressione della malattia in fumatori ad alto rischio come pazienti cardiovascolari, BPCO e diabetici. Il progetto TOB.G dell'ENSP ha messo a punto una batteria di linee guida specializzate in un programma pilota dedicato a questi pazienti sviluppati all'Ospedale delle Malattie Polmonari di Iasi in Romania. A questi pazienti è stato fornito un intervento di *counselling* diretto o tramite telefono di 4 sessioni. Il livello di astinenza è stato valutato a 1, 2 e 6 mesi con un'attenta osservazione delle barriere e delle inconvenienti insorte in un *setting* clinico di vita reale. La cessazione del fumo era documentata, nei 150 pazienti arruolati, al *follow up* a 6 mesi con il 36% di astinenti nel gruppo CVD (validazione biochimica del 22%), 63,3% (40,8% validati) nel gruppo diabete e 64% (51% validati) nel

gruppo BPCO. Le maggiori barriere erano osservate in fumatori BPCO di grado severo, nei fumatori con CVD lieve e in fumatori con scarsa *compliance* alla cura del diabete. Le linee guida TOB.G per CVD, diabete e BPCO si sono mostrate efficaci per promuovere e produrre aumenti significativi delle cessazioni del fumo dei pazienti e miglioramenti degli esiti della loro malattia.

Il Dr. **Fabio Lugoboni** (Policlinico-VR) presenta la relazione "Smoking cessation in psichiatria: ciò che bisogna far sapere e cosa fare". I pazienti con malattie mentali fumano più sigarette, fanno più fatica a smettere, hanno peggiori sintomi di astinenza ma hanno minore attenzione da parte degli operatori per la cessazione del tabacco, specie i pazienti con disturbi da uso di sostanze (SUD). I pazienti con disturbi di personalità hanno astinenze "violente". Questo fatto diventa cruciale in presenza di una comorbilità psichiatrica. Trattamenti dimostratisi validi per ridurre i sintomi astinenziali e aumentare le probabilità di successo sono la vareniclina, il bupropione e la NRT. Anche nei soggetti con malattie mentali questi farmaci sono stati riconosciuti validi e ben tollerati. Smettere di fumare non è stato correlato significativamente a un peggioramento della malattia di base. Anzi, smettere di fumare può portare netti miglioramenti psichici in questi soggetti, sia dal punto di vista propriamente sanitario che sociale. Tali interventi si sono dimostrati efficaci anche in termini di costo-beneficio e possono avere risultati in termini di anni di vita salvati. Esiste un evidente ostacolo rappresentato dagli operatori sanitari che si occupano di salute mentale, spesso loro stessi fumatori, e che ritengono il fumo un problema minore temendo ripercussioni sulla gestione dei loro pazienti, soprattutto per un aumento di irriabilità che se c'è può riguardare al massimo i primi tre mesi. Occorre inoltre che gli operatori rimodulino il trattamento di un paziente psichiatrico che smette di fumare per l'interazione in negativo del tabacco sulla terapia farmacologica. Utile anche associare più

formulazioni di farmaci come per esempio i cerotti alla nicotina con lo spray o gomma e il trattamento deve essere di durata maggiore rispetto alla popolazione generale.

La Dr.ssa **Antonella Serafini** ha trattato il tabagismo e le cure palliative. Il trattamento della insufficienza respiratoria cronica in Cure Palliative ha come parole chiave per questi pazienti "lavoro in team", "educazione del paziente e della famiglia alla consapevolezza di malattia", "empatia", "ascolto attivo", "qualità di vita". Ripensare le cure, associando ai trattamenti tradizionali le cure palliative in grado di alleviare la fame d'aria, significa non solo migliorare la qualità di vita dei pazienti ma anche limitare gli accessi in pronto soccorso nonché i ricoveri inappropriati in reparti di degenza per acuti se non addirittura in reparti intensivi e quindi limitare i costi a carico del sistema sanitario nazionale.

Il Dr. **Martino L. Cammarata** (SERD di Novara) fa il punto sui danni alla salute da co-utilizzo di tabacco e cannabis, suggerendo alcune strategie terapeutiche. Dal punto di vista del danno, tabacco e cannabis si influenzano a vicenda in maniera non sommativa. THC e nicotina si rafforzano a vicenda e il danno globale è superiore alla somma dei danni della singole sostanze. In ambito onco-pneumologico, l'uso cronico ricreativo di cannabis, pur in assenza di prove conclusive, sembra essere associato a un aumentato rischio di cancro ai polmoni che diventa più elevato nell'uso congiunto di cannabis e tabacco. In ambito odontoiatrico e ORL, questo tipo di fumo, analogamente ai prodotti di combustione del tabacco, può agire come carcinogeno e associarsi a mutazioni della mucosa oro-faringea in senso displastico, nei suoi vari gradi, fino a realizzare vere e proprie lesioni precancerose della mucosa orale. A livello cerebrale, con tecnica SPECT, si osserva che nei consumatori di cannabis vi è una progressiva diminuzione del flusso sanguigno nella corteccia prefrontale e nella porzione posteriore delle orbite-temporali bilateralmen-

te, che giustifica una riduzione della funzione cognitiva e decisionale. Gli effetti cardiovascolari sono l'effetto tachicardizzante, aumento di rischio di infarto dopo consumo di cannabis, invecchiamento del sistema cardiovascolare e aumento del rischio dello *stroke* cerebrovascolare. Da non sottovalutare nei consumatori di cannabis anche arteriti periferiche simili al morbo di Buerger. Dalla letteratura si evidenzia, inoltre, l'allarme per l'azione esercitata dall'esposizione al fumo passivo di cannabis-tobacco sulla funzione vascolare endoteliale. Le strategie terapeutiche più gettonate in letteratura sono l'uso della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), l'uso delle ricompense (*Contingency Management*) e rinforzo motivazionale (*Motivational Interviewing*) che nelle donne può essere rafforzato da tecniche di *Mindfulness*. Studi condotti per il trattamento comprendono anche trattamenti basati sull'uso del computer. Sul piano farmacologico ci sono studi sull'impiego di vari farmaci, i più promettenti dei quali sembrano essere gabapentina, N-acetilcisteina, vareniclina. L'uso di cannabis, in aumento, finirà con rafforzare specie nei giovani il co-uso di tabacco ed alcol, aggiungendo ulteriori sfide per la salute pubblica.

VI Sessione: Tavola Rotonda su Harm Reduction (Prima di tutto la cessazione)

La Dr.ssa **Cinzia De Marco** (INT-MI) parla dei pro e dei contro, sicurezza ed efficacia delle sigarette elettroniche (*e-cig*). Il mercato delle *e-cig* è aggressivo e ricalca fedelmente strategie e intenti del mercato delle sigarette di tabacco. Le multinazionali del tabacco dichiarano infatti che i loro prodotti sono disegnati per portare adulti fumatori verso la cessazione del fumo del tabacco, ma in realtà sono dei dispositivi che attraggono i ragazzi. I dispositivi più moderni, i JUUL, sono contenuti nel prezzo, discreti, ed erogano alte dosi di nicotina. L'esposizione ad alte concentrazioni di nicotina nell'adolescente è associa-

ta a un aumentato rischio di problemi di umore e attenzione. Vengono percepiti come "meno dannosi" e "una novità cool". Gli effetti tossici delle *e-cig* sui polmoni non sono nulli: studi dimostrano una globale riduzione di NOx esalato, sviluppo di sintomi respiratori negli adolescenti, citotossicità in laboratorio, iperreattività delle vie aeree e aumento delle resistenze, ridotta attività antimicrobica, ridotto sviluppo alveolare con alto livello di deposizione di particolati. Invero, rispetto al fumo di sigarette i danni sono molto ridotti sia a breve che a lungo termine. I consumatori però sono in maggioranza utilizzatori duali. In essi le conclusioni scientifiche sono che non vi è evidenza disponibile se l'uso a lungo termine di *e-cig* fra fumatori (uso duale) cambi la morbilità o la mortalità rispetto a coloro che fumano esclusivamente sigarette di tabacco combustibili. C'è insufficiente evidenza che l'uso di *e-cig* cambi gli esiti avversi della salute sul breve termine in fumatori che continuano a fumare le sigarette di tabacco combustibili (uso duale).

Il Dr. **Silvano Gallus** (Istituto "Mario Negri" Milano) precisa subito che i dispositivi "heat not burn" sono "heated tobacco products" (HTPs) a sottolineare che si tratta comunque di prodotti del tabacco. L'Italia è stata scelta come luogo di lancio di questi prodotti nel 2014. La diffusione della conoscenza dei prodotti HTPs è stata velocissima grazie a una campagna aggressiva da parte dell'industria del tabacco. Nell'indagine DOXA 2017-18 risulta che IQOS è stata provata da 489.000 fumatori attuali e ben 250.000 mai fumatori. Nel futuro, sempre secondo



Silvano Gallus.

l'indagine, 859.000 attuali fumatori e 647.000 mai fumatori intendono provarlo. Il vero problema è che i HTPs sono "esenti" da una serie di restrizioni previste dalla legislazione italiana: avvertimenti visivi sui pacchetti, divieto di fumo in ambienti chiusi aperti al pubblico e, soprattutto, il divieto di pubblicità. Come mezzo di cessazione del fumo di tabacco, i HTPs non saranno mai approvati dagli organi di farmacovigilanza perché non sicuri, né c'è prova scientifica della loro efficacia per la cessazione del fumo, eppure sono reclamizzati come "mezzi per ridurre il danno". Rispetto alle sigarette convenzionali, IQOS presenta livelli di nicotina paragonabili (57-84%) come pure di particolato (89-122%). Gli HTPs emettono livelli ridotti, ma misurabili, di nitrosamine cancerogene, acroleina, acetaldeide e formaldeide. C'è la conferma che IQOS presenti livelli più bassi di 58 costituenti dannosi o potenzialmente dannosi (HPHC). Tuttavia, IQOS mostrava livelli significativamente più elevati rispetto alle sigarette di altre 56 sostanze il cui impatto sulla tossicità è ancora sconosciuto. Sulle *e-cig*, conclude **Gallus**, uno studio italiano dimostra che ci sono più persone che iniziano (o riprendono) a fumare le sigarette convenzionali rispetto a quelle che smettono. Questi prodotti, piuttosto che fornire un'alternativa più sicura per i forti fumatori, in realtà favoriscono la creazione di nuove generazioni di dipendenti da nicotina. I notevoli benefici (fiscali e regolatori) dei HTPs in Italia, rispetto alle sigarette convenzionali, dovrebbero essere urgentemente rivalutati.

Il Prof. **Fabio Beatrice** (Ospedale S.G. Bosco-TO) affronta il tema della riduzione del rischio e Centri Antifumo (CAF). In Italia i fumatori sono 12,2 milioni mentre i CAF sono appena 366 e accolgono circa 16 mila fumatori. Rispetto all'uso di *e-cig* nel CAF, non viene suggerito l'uso del fumo digitale perché renderebbe non credibile la proposta di cessazione, ma non viene contrastato l'uso del fumo digitale in caso di fallimento della cessazione. La posizione troppo rigida del-



Fabio Beatrice.

l'esperto comprometterebbe il dialogo con il fumatore. Se l'esperto ha competenza clinica e tecnologica sul fumo digitale può facilitare lo *switch* completo evitando il consumo duale che può essere anche una possibile propensione al cambiamento. Gli esperti devono educare gli utilizzatori di *e-cig* in un'ottica di cessazione del fumo di tabacco nei confronti anche di errori che possono commettere come l'uso di nicotina a livelli inferiori ai loro abituali consumi analogici, l'uso del *device* come un ciuccio, e l'uso duale protratto, oltre 15 giorni. In questi casi spesso c'è il ridotto livello di soddisfazione della *e-cig* rispetto alla sigaretta convenzionale. Considerare che la *e-cig* sia peggiore della normale sigaretta o avere una certa cultura divulgativa scientifica "contro a prescindere" non giova. Non fa notizia che l'82% dei fumatori inizi a fumare prima dei 18 anni, mentre fa notizia che i giovani possano essere attratti dalla sperimentazione della sigaretta elettronica e che il fumo elettronico possa costituire una porta di ingresso al fumo di sigaretta. Nel tabagismo percorrere la strada della riduzione del danno per la componente clinica significa agire nel presente creando alleanze secondo una politica di ascolto della parte più debole (i fumatori) e formulando proposte ricevibili e realisticamente percorribili. È auspicabile una sintesi abbandonando posizioni dogmatiche e ideologiche. La componente clinica e quella degli esperti di salute pubblica devono confrontarsi e proporre soluzioni condivise che tengano in considerazione le difficoltà della parte dei fumatori.

La Dr.ssa **Giuseppina Massaro** (Torino), parla della promozione della

salute e la priorità del tabagismo e la gestione nelle organizzazioni del lavoro. Lavorare in buona salute fa parte della Strategia Europea 2014-2020. Lo stile di vita rappresenta il profilo di pensiero e di azione caratterizzante un individuo o un gruppo di individui. I luoghi di lavoro sono dei posti di intercettazione di una grande quantità di fumatori a cui si può proporre un percorso di cambiamento. Il tabagismo entra a far parte dello stile di vita. I fattori di rischio sono il tabagismo, il sovrappeso, il ridotto consumo di frutta e verdura, l'ipercolesterolemia, la sedentarietà e l'ipertensione. Nello stile di vita i comportamenti sono embricati fra loro: tabagismo, alimentazione, movimento. Uno stile di vita corretto consta di tre numeri magici: 0 sigarette, 5 porzioni di frutta e di verdura, 30 minuti di attività fisica moderata al giorno. Viene presentato un progetto (Progetto FCA) sui luoghi di lavoro di 150 fumatori con *coupon* di adesione al mercato della salute. Vengono fatte conferenze motivazionali interattive a gruppi di 5-10 lavoratori, con approfondimento individuale e *staging*, incontri individuali con sportello di ascolto del fumatore. I dati preliminari su 143 fumatori hanno dato il 36% di cessazione, il 29% di riduzione, il 24% di *switch* a uso di *e-cig* (di cui il 23% duale) e l'11% di insuccesso. C'è una resistenza generica dei fumatori e delle aziende ad aderire a proposte di cessazione dal tabagismo. Il confronto individuale con colloqui strutturati migliora la *compliance* dei fumatori. L'obiettivo da offrire è la cessazione, ma di fronte alla resistenza al cambiamento la duttilità dell'esperto consente di stabilizzare la riduzione del fumato e di orientare il fumo digitale a chi ne fa domanda. La richiesta di informazioni/utilizzo sul fumo digitale è molto alta tra i fumatori.

Il Prof. **Giacomo Mangiaracina** (UNI-Sapienza, Roma) illustra il rationale della Riduzione del Danno. L'"harm reduction" è sempre stato un cavallo di battaglia delle compagnie del tabacco. Anzi, il decalogo delle strategie dei colossi del tabacco è



Giacomo Mangiaracina.

sempre stato: minimizzare, mettere in discussione, contrastare le azioni, influenzare, corrompere, distorcere le informazioni, rassicurare i consumatori (es. *Frank Statement*), promuovere l'immagine, offrire significati, proporre la riduzione del danno. Immagini di medici che fumano e slogan che garantiscono leggerezza e assenza di sintomi, dentisti che raccomandano filtri che offrono al fumatore un "fumo pulito"; per pochi centesimi in più garantirsi i nuovi filtri microscopici (risultati poi essere costituiti di amianto crocidolite). I brand delle sigarette erano rafforzati con la dizione *light* e *ultralight*.

Le variabili del *risk* e *harm reduction* sono nel contesto sociale (la normalità del rischio), nel contesto clinico (quanto pesa la convinzione dell'operatore sui propri strumenti di riduzione del danno e del rischio?), nel contesto lavorativo (*no smoking policy*), nelle norme (pacchettamento, divieti, costi), nella percezione del danno (fa male ma quanto?) e del rischio (fumatori adolescenti), e nelle esternalità pilotate (il *pressing* delle lobby). L'inganno più riuscito dei colossi del tabacco è quello di avere fatto del fumare un modello di comportamento NORMALE. Uno dei fattori di riduzione del rischio è la DENORMALIZZAZIONE: fumo e fumatori sono sgradevoli e oltretutto danneggiano l'ambiente e l'economia nazionale. Per la percezione del rischio gli interrogativi sono: parlereste di rischi di malattie fumo-correlate agli adolescenti? Con quali argomenti potreste "convincere" un tabagista a decidere di smettere? Cosa risponderete a un tabagista che vi chiede le percentuali di successo del vostro "metodo"? Sapete che potreste essere condannati per mancate istru-

zioni trattamentali a un tabagista? Anche di fronte a un dimostrato minor costo del danno, non si dovrà mai rinunciare alle strategie validate di prevenzione anziché preferire l'utilizzo di nuovi prodotti del mercato. Sarebbe un reiterato fallimento della Prevenzione. Alla fine un'esortazione per tutti noi: "Il Tabacco nuoce gravemente alla Salute. La Ricerca nuoce gravemente al Tabacco".

VII sessione: Sui temi caldi in tabaccologia (Sfatare i miti del tabagismo)

Un tema "caldissimo" viene affrontato dal Dr. **Biagio Tinghino** (Vimercate - MB), e cioè il fumatore allo specchio: cessazione del fumo, sovrappeso, *food addiction*. L'aumento di peso è una delle barriere più importanti per la *smoking cessation*. Circa il 38% dei fumatori teme questa evenienza.

Molti adolescenti (soprattutto femmine) iniziano a fumare pensando così di evitare di ingrassare.

Gli adolescenti con una percezione di sovrappeso hanno più probabilità di iniziare a fumare (+7,9%).

I dati ci dicono che l'aumento di peso (*Post Cessation Weight Gain*, PCWG) è di 2,8 Kg per gli uomini e di 3,8 Kg per le donne; l'aumento di peso è > 13 Kg nel 9,8% degli uomini e nel 13,4% delle donne, chi fuma > 15 sigarette è a più alto rischio di un aumento maggiore di peso. I fumatori abitualmente pesano meno di chi non fuma. Dopo la cessazione il peso dei due gruppi tende a essere simile. Più si fuma, più si rischia alla cessazione di aumentare di peso. Lo studio Framingham ha evidenziato che a 20 anni i fumatori di 20 sigarette/die aveva-



Biagio Tinghino.

no un aumento di +5,1 Kg; quelli di 5 sigarette al giorno di +1,8 Kg. Il fumo è associato a un più basso BMI: la cessazione del fumo induce un incremento del BMI di 0,7 Kg/m² (1,2-5 kg). Il rischio di obesità è più alto nei primi 6 mesi dalla cessazione e si riduce allontanandosi da quella data. Dopo 30 anni, chi ha smesso di fumare ha lo stesso rischio di obesità di chi non ha mai fumato. Il fumo aumenta di circa il 10% il consumo energetico nelle 24 ore, aumenta il dispendio energetico durante l'esercizio e dopo il pasto rispetto a riposo. Ciò corrisponde a una spesa giornaliera di 200 Kcal, cosa che può comportare la perdita fino a 8-10 Kg di grasso "diffuso" nell'arco di un anno. Ma, paradossalmente, incrementa il grasso viscerale, il VAI (*Visceral Adiposity Index*), e perciò anche l'insulino-resistenza e il rischio CV. I fumatori sono quindi "magri ma malati". C'è una stretta correlazione fra dipendenza da sostanze e disturbi alimentari, con aumento di prevalenza del 20-40%. Studi con RMN dimostrano che gli obesi hanno una deplezione numerica dei recettori D2/D3, come in tutti i casi di *addiction*. Nonostante l'aumento di peso alla cessazione del fumo di tabacco, il coefficiente di rischio (*Hazard ratio*) per infarto al miocardio rimane molto minore tra chi ha smesso di fumare rispetto a chi continua a fumare, nonostante l'aumento di peso (HR: 0,37; 95% CI 0,32-0,43). Quindi, anche se, in generale, l'aumento di peso induce diabete di tipo 2, sindrome metabolica e aumento di rischio CV, quando si smette di fumare il rischio CV si riduce, nonostante il PCWG. Una componente importante può essere costituita dallo *switch* verso forme di alimentazione compulsiva (es: *food addiction*). Non esistono farmaci efficaci o trattamenti psicologici per impedire nel lungo termine l'aumento di peso. L'approccio educativo sulla gestione del peso non funziona. È efficace una gestione personalizzata del peso e dell'alimentazione. È efficace l'esercizio fisico, con dati valutati anche a 12 mesi. È consigliabile il controllo dell'assunzione di alcool. Ovviamente, smettere di fumare funziona sempre.

Il Dr. **Luca Cavalieri d'Oro** (ATS Monza-Brianza), interviene con un'analisi dal titolo "Tabagismo, ma quanto mi costi? Valutazione dei costi sanitari da patologie fumo-correlate". È da anni scientificamente provato che il fumo incide su numerose patologie tumorali: leucemia mieloide, cervice, colon-retto, rene, laringe, fegato, polmone, cavità nasali e seni paranasali, esofago, cavo orale, ovaio, pancreas, faringe, stomaco, uretere, vescica. Ma oltre alle patologie neoplastiche vi sono moltissime altre condizioni patologiche acute e cronico-degenerative estremamente diffuse nella popolazione (malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, acute e croniche polmonari, etc.) parimenti riconducibili al tabagismo. Dalle analisi condotte dal Servizio di Epidemiologia dell'ATS Brianza sui dati del Registro Tumori e del Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM) risulta come in ATS Brianza (1.211.000 residenti nel 2018) ogni anno vi siano circa 6.800 nuovi casi di tumore maligno. Per gli uomini il cancro ai bronchi e al polmone risulta essere la seconda patologia dopo quello alla prostata; per le donne è la terza dopo il cancro al seno e quello al colon retto. Tuttavia, bisogna considerare che la mortalità legata al tumore al polmone è tra le più elevate in ambito oncologico. Bisogna inoltre aggiungere che proprio il tumore polmonare rappresenta la patologia neoplastica in cui la quota di mortalità attribuibile al fumo risulta essere tra le più alte (84%), seguita da tumore alla laringe (79%) e bronchite cronica ostruttiva (76%). Le diagnosi in questione influenzano inoltre un enorme quantitativo di ricoveri come diagnosi secondarie: verosimilmente i numeri totali di ricoveri attribuibili al fumo sono decisamente più elevati. Quanto costano le patologie fumo-correlate alla sanità pubblica? Nel territorio di Monza e di Lecco è emerso che il conto è davvero salato: rispetto a una spesa totale per ricoveri ospedalieri pari a poco più di 95 milioni di euro, quella per le patologie collegate al fumo è di oltre 25 milioni di euro. A queste cifre però vanno aggiunti altri costi diretti (spese ambulatoriali, spesa farmaceutica, spese di assistenza, etc.) e indiretti (perdita di giornate lavorative,

spese di viaggio, etc). A livello regionale lombardo, la stima dei costi per le stesse patologie e con la stessa modalità di calcolo (considerando cioè solo i ricoveri con diagnosi principale fumo-correlabile) porta a considerare attribuibili al fumo circa 218 milioni di euro nel solo 2016 rispetto a un totale di oltre 804 milioni di euro di spesa per ricoveri per le stesse patologie. Il danno da fumo descritto come perdita economica, pur colpendo per l'enormità della spesa evitabile, non considera un elemento fondamentale legato al drammatico peggioramento della qualità della vita dei pazienti e alla morte prematura: occorre dare il giusto peso al valore delle vite perse e alla pessima qualità degli ultimi anni di vita di chi ha sviluppato cronicità da fumo. Il tabagismo deve essere considerato come una dipendenza importante che richiede una seria riflessione in sanità pubblica.

Infine il Dr. **Roberto Boffi** (INT-MI) ci parla di una "sfida tra agenti inquinanti" che potrebbe sembrare impari: "Fumo di sigaretta contro motori a benzina e diesel: chi inquina di più?".

Uno studio dell'Istituto Nazionale dei Tumori ha esaminato in tempo reale la concentrazione di polveri sospese totali (TSP) e delle polveri fini e ultra fini (PM_{10} , PM_{7} , $PM_{2.5}$ e PM_1) che si liberano nell'aria di una stanza per l'accensione di una singola sigaretta, e quella rilevata in un locale pubblico dotato di aree riservate fumatori/non-fumatori indipendenti. Le concentrazioni di particolato *indoor* dovute al fumo di sigaretta sono risultate superiori fino a 100 volte ai limiti di legge per l'*outdoor*. Un altro studio che paragona 3 sigarette e un motore diesel (di una Ford Mondeo) acceso in folle per 30 minuti in un garage di 60 mq dimostra che il fumo delle sigarette ha prodotto particelle inquinanti fino a 10 volte di più rispetto al motore diesel. Un simile esperimento è stato condotto successivamente dall'*équipe* del Dr. Boffi e serve come strumento educativo potentissimo per i ragazzi delle scuole, specie tecniche e professionali, dove il fumo di tabacco (e di cannabis) è una vera emergenza. L'inquinamento da sigaretta era

molto più elevato rispetto a quello prodotto da un camion diesel. La media dei due test era: PM_{10} , camion 125 (47), sigarette 231,7 (90,9) $p = 0,002$; $PM_{2.5}$, camion 250,8 (98,7) sigarette 591,8 (306,1) $p = 0,006$; PM_{10} , camion 255,8 (52,4), sigarette 624 (321,6) $p = 0,002$. Il paragone tra polveri inquinanti *outdoor* è stato oggetto di uno studio della stessa *équipe*: confrontare con analizzatori di particolato e sensori di nicotina dalle ore 12:00 del sabato alle 11:00 della domenica i livelli di polveri (PM_{10} , $PM_{2.5}$ e PM_1) e della nicotina nella pedonale via Fiorichiarri con la parallela via Pontaccio aperta al traffico. Dalle ore 18:00 alle ore 24:00 sono stati contattati 150 fumatori e 700-1000 macchine all'ora rispettivamente nelle due vie considerate. Dalle ore 18:00 alle ore 24:00 i particolati (PM_{10} , $PM_{2.5}$ e PM_1) sono risultati significativamente più elevati per i PM_{10} , $PM_{2.5}$ e PM_1 , ponendo un problema per i residenti e per i lavoratori dei bar, ristoranti, pub, etc., nonché per gli anziani e i bambini particolarmente sensibili. La risposta legislativa (legge Sirchia) per il problema del fumo passivo deve essere rafforzata da studi scientifici, campagne di stampa e dalla mobilitazione degli operatori sanitari e della sicurezza.

VIII Sessione: Comunicazioni libere (Gli scenari in movimento)

Molteplici comunicazioni libere su tematiche del tabagismo hanno testimoniato la direzione verso la quale si muove la ricerca, mostrando scenari in movimento verso il *Tobacco Endgame*.

La sfida continua, dice Vincenzo Zagà, Presidente della SITAB a conclusione del Congresso.

L'appuntamento è per l'anno prossimo per il XV Congresso Nazionale della SITAB, in un luogo del Centro-Sud del nostro Paese... Non mancheremo!

Daniel L. Amram
Medico della Prevenzione,
Ambulatorio Tabaccologico
Consuloriale, Az. USL 5 Pisa

"Fumo e donna"

Premio SITAB "Fondazione Umberto Veronesi"



Fumo e tumore al seno

G. Carreras

Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze

Introduzione

L'esposizione a fumo passivo ha un impatto maggiore rispetto al fumo attivo e i motivi di questa differenza sono ancora poco chiari. In Italia nel 2017, le fumatrici sono il 15% e le donne esposte a fumo passivo il 14%. L'obiettivo di questo lavoro è stimare il numero di morti e di anni di vita vissuti con disabilità (DALY) per tumore al seno attribuibili all'esposizione a fumo attivo e passivo nel 2014 in Italia.

Materiali e metodi

La mortalità e morbosità per tumore al seno attribuibile all'esposizione

a fumo è stata ottenuta stimando la frazione attribuibile di popolazione (FAP) per fumo attivo e passivo. Il numero di decessi e DALY per tumore al seno attribuibili a fumo è stato poi ottenuto moltiplicando il numero dei decessi/DALY per tumore al seno per la corrispondente FAP.

Risultati

Eliminando l'esposizione a fumo passivo si potrebbe evitare il 2,7% delle morti per tumore al seno e il 3,4% di DALY. Se le fumatrici smettessero di fumare, si potrebbero evitare l'1,6% dei decessi per tumore al seno e l'1,3% dei DALY.



Da sinistra: Vincenzo Zagà, Giulia Carreras, Donatella Barus, Maria Sofia Cattaruzza.

Conclusioni

La stima di impatto del fumo passivo sul tumore al seno è stata introdotta solo nel 2017 nelle stime che il Global Burden of Disease produce annualmente per tutto il mondo. Questo contributo è il primo lavoro che stima l'impatto del fumo sul tumore al seno in l'Italia. È importante che venga diffuso il legame fra fumo e tumore al seno, una relazione ancora poco nota fra la popolazione.



Mortalità per cancro del polmone: effetti sulla speranza di vita femminile in Toscana

L. Kundisova¹, N. Nante¹⁻², G. Messina¹⁻², A. Martini³, L. Giovannetti³, E. Chellini³

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena; ²Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena; ³Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica, Firenze

Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel mondo ogni anno 1,5 milioni di donne perdono la vita per colpa dell'uso del tabacco. Con il presente lavoro abbiamo valutato l'impatto della mortalità per tumore del polmone (TP) sulla speranza di vita alla nascita (SV) nella Regione Toscana.

Materiali e metodi

Sono stati utilizzati i dati del Registro di Mortalità Regionale Toscano dal 1987 al 2015, suddivisi in due sottoperiodi: dal 1987/1989 al 1999/2001 e dal 1999/01 al 2013/2015. È stata

effettuata la scomposizione di guadagno di SV per mortalità causa ed età-specifica (con focus sul TP) con il metodo di Pollard (software Epidat).

Risultati

Nei maschi, nel primo periodo, il rallentamento della mortalità per TP ha prodotto un guadagno di SVn di 0,28 anni; nel periodo successivo di 0,36 anni. Il guadagno maggiore è stato osservato tra i 55-89 anni (età oltre la quale si è registrata una perdita). Nelle donne toscane è stata invece osservata una perdita di anni di SV sia nel primo periodo (-0,03 anni) che nel secondo (-0,11

anni). La fascia d'età maggiormente interessata è stata quella tra i 55-70 anni.

Conclusioni

È stato quantificato il positivo impatto ottenuto grazie a leggi e campagne antifumo condotte negli ultimi 30 anni con la riduzione della prevalenza di fumatori. Di tale guadagno di SV ha beneficiato soprattutto il sesso maschile. Infatti, nel periodo studiato, è stata osservata una maggiore perdita di anni di SV a causa del TP nelle donne toscane, per le quali vanno dunque intensificate le misure di prevenzione primaria.



Il rischio di tumore dell'ovaio per le donne fumatrici

A. Lugo

Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS, Milano

Introduzione

Complessivamente, il fumo di sigaretta non è stato associato al tumore ovarico epiteliale, mentre un aumento del rischio è stato osservato per il carcinoma mucinoso e una riduzione del rischio per quello endometrioidico e quello a cellule chiare. L'obiettivo di questo studio è quello di fornire la stima più accurata e aggiornata dell'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di tumore ovarico epiteliale.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto una revisione sistematica e meta-analisi utilizzando una metodologia innovativa che combina una revisione ad ombrello

e una revisione sistematica tradizionale. A partire da 74 articoli originali identificati, abbiamo considerato 37 studi, 14 dei quali riportavano una stima del rischio relativo (RR) per almeno un sottotipo istologico.

Risultati

L'RR per il fumo di sigaretta era 1,05 (intervallo di confidenza al 95%, IC: 0,95-1,16) complessivamente, con differenze significative a seconda del sottotipo istologico: l'RR era 1,78 per il sottotipo mucinoso, 0,77 per il tumore a cellule chiare e 0,81 per quello endometrioidico. Abbiamo inoltre osservato differenze sostanziali a seconda dell'invasività, con

associazioni più forti riscontrate per i tumori maligni borderline (RR: 1,48) rispetto a quelli completamente maligni (RR: 0,96).

Conclusioni

Questa meta-analisi conferma il diverso ruolo del fumo di sigaretta sui vari sottotipi di tumore ovarico: mentre il fumo non rappresenta un fattore di rischio per il carcinoma ovarico sieroso (il sottotipo più frequente), risulta leggermente protettivo per il carcinoma endometrioidico e quello a cellule chiare (sottotipi rari) e fortemente associato al sottotipo mucinoso (7%-14% di tutti i tumori ovarici epiteliali primari).

FOCUS FUMO DONNA: Dalla ricerca all'operatività per un trattamento di genere

E. Brugin¹, D. Orlandini¹, V.Spiller² & Gruppo di lavoro Focus Fumo Donna³

¹AULSS 3 Serenissima; ²USL 3 Genova; ³Gruppo di lavoro Focus Fumo Donna: Tiziana Caneva (Regione Veneto), Paolo Civitelli (Ulss7 Pedemontana), Marianna Ferraro (Ulss7 Pedemontana), Maria Grazia Pasinato (Ulss2 Marca Trevigiana), Caterina Peron (Ulss6 Euganea), Annarosa Pettenò (Regione Veneto), Marzia Sarto (Ulss3 Serenissima), Anna Silvestri (Ulss2 Marca Trevigiana), Alice Tono (Ulss3 Serenissima), Rosalba Tunno (Ulss8 Berica)

Introduzione

Questo studio è nato da un'esigenza clinica di alcuni operatori impegnati nel Trattamento del Tabagismo negli Ambulatori Veneti di 2° livello, in relazione ai dati emersi da una precedente ricerca (Focus Fumo) che avevano evidenziato tendenze di genere: sono state studiate determinate caratteristiche correlate all'esito del trattamento e utili per stilare un piano terapeutico.

Metodi

Ogni Ambulatorio aderente allo studio ha somministrato a 116 fumatrici un set di strumenti psicometrici di approfondimento al t0 e dopo 12 mesi (t12). La rilevazione specifica di genere ha riguardato

autoefficacia, motivazione, rischio/tentazione, *craving*, area relazionale, sostegno famiglia-ambiente, qualità di vita.

Risultati

Al t12 sono state ricontattate 88 donne (75,9%) del campione originale, di cui 28,4% risultate non fumatrici (NF) e 71,6% fumatrici (F). All'ingresso in trattamento più della metà del campione teme di ingrassare. Significativo il sostegno nella scelta di non fumare nelle NF, come anche la maggior sensibilità alle pressioni ambientali. Nelle NF sono diminuite in modo significativo depressione e ansia, la qualità della vita ha avuto un significativo miglioramento.

Conclusioni

Nel trattamento del tabagismo di genere le 3 aree di intervento principali per un buon esito sono il sostegno sociale e relazionale, la sofferenza psicologica, gli stati ansiosi, il controllo del peso. Il questionario WHOQOL-breve si è rivelato un ottimo strumento in fase di valutazione perché consente di individuare aree da approfondire durante i colloqui.

Tabagismo e fumo passivo in gravidanza: risultati di un *quality improvement project*

P. Faverio¹, M. Della Zoppa¹, E. Munarini², R. Boffi², A. Pesci¹, P. Vergani³, V. Giardini³

¹Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano-Bicocca, Monza; ²Tobacco Control Unit, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; ³Dipartimento di Ostetricia e Ginecologica, Università di Milano-Bicocca, Monza

Introduzione

È assodato che il fumo durante la gravidanza metta a rischio la salute della madre e del feto, può quindi rappresentare un importante "teachable moment".

Materiali e metodi

Abbiamo somministrato un questionario anonimo a un campione di donne, in qualsiasi fase della gravidanza o puerpere, afferenti al reparto di ostetricia di un ospedale del nord Italia.

Risultati

Centocinquantacinque donne hanno risposto alla survey, di cui il 65% non erano mai state fumatrici, il 7%

erano fumatrici attive, e il 28% erano ex-fumatrici. Cinquanta donne (32%) riferivano esposizione a fumo passivo durante la gravidanza, la maggior parte in ambiente domestico. Il 32% delle ex-fumatrici ha smesso al concepimento, nella maggior parte dei casi senza riferire difficoltà nel smettere di fumare e senza ricevere aiuto da parte di professionisti sanitari. Le undici pazienti fumatrici attive in gravidanza risultavano avere un numero medio di pacchi/anno maggiore rispetto agli altri gruppi, ed erano esposte con maggiore probabilità al fumo passivo (p-value = 0,004). Queste pazienti riferivano nel 91% dei casi di essere state informate dei rischi

fumo-correlati, ma solo una minoranza riferiva una proposta da parte di personale sanitario di aiuto concreto; il 55% affermava che avrebbe rifiutato un percorso di cessazione.

Conclusioni

Il target a cui rivolgere gli interventi educazionali dovrebbe coinvolgere pazienti con più alta dipendenza da fumo ed esposte a fumo passivo.

Le prospettive future comprendono l'implemento della survey, per personalizzare l'intervento terapeutico, e l'inizio di uno studio per valutare l'impatto del fumo durante la gravidanza.




 Società Italiana di Tabaccologia
20 ANNI
 SITAB

XV CONGRESSO NAZIONALE
 NAPOLI
 27-28 GIUGNO 2019
 Hotel Ramada

T A B A G I S M O

PRIORITÀ ATTUALI E STRATEGIE FUTURE

SEGRETERIA SCIENTIFICA



SITAB - Società Italiana di Tabaccologia
 via G. Scalia, 39 - 00136 Roma
 Tel. +39 06 39722649
 Fax +39 06 23297645 - +39 06 178 2215662

Sintex Servizi s.r.l.
 via Antonio da Recanato, 2 - 20124 Milano
 Tel. +39 02 667 036 40
 info@sintexservizi.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
 E PROVIDER ECM 4921



Un modo nuovo di comunicare in Sanità

"La ricerca scientifica in tabaccologia"

Premio SITAB "Giovanni Invernizzi"



Studio farmacogenetico di sette polimorfismi in tre subunità del recettore nicotinico dell'acetilcolina nella terapia di disassuefazione dal fumo di sigaretta: prospettive future verso un approccio terapeutico sempre più personalizzato

G. Pintarelli¹, A. Galvan², P. Pozzi^{3,4}, S. Noci¹, G. Pasetti², F. Sala², U. Pastorino⁵, R. Boffi³, F. Colombo¹

¹Dipartimento di Ricerca, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ²Dipartimento di Medicina Predittiva e per la Prevenzione, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ³Centro Antifumo, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁴Unità di riabilitazione cardiopolmonare, Azienda Socio-sanitaria Territoriale Lariana, Ospedale Sant'Antonio Abate, Cantù (CO); ⁵Dipartimento di Chirurgia, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Introduzione

Il fumo di sigaretta è, in tutto il mondo, la principale causa evitabile di mortalità. Tuttavia, smettere di fumare è difficile a causa della dipendenza dalla nicotina che si sviluppa nei fumatori. Diversi studi genetici hanno dimostrato che la dipendenza dalla nicotina è geneticamente determinata. Tra i diversi loci cromosomici che sono stati associati a questo fenotipo, alcuni contengono i geni codificanti per le subunità dei recettori nicotinici dell'acetilcolina. Alcuni polimorfismi in questi geni sono stati associati anche alla risposta alle terapie antifumo.

Materiali e metodi

In questo studio, abbiamo genotipizzato sette polimorfismi in 3 subunità dei recettori nicotinici (*CHRNA4*, *CHRNA5*, *CHRNA2*) in 337 fumatori adulti, sottoposti a terapia antitabagica. Abbiamo valutato la possibile associazione tra queste varianti genetiche e la dipendenza dalla nicotina (misurata in termini di numero di sigarette fumate quotidianamente o di livelli di monossido di carbonio espirato) o la risposta alla terapia farmacologica.

Risultati

Quattro polimorfismi nel locus del gene *CHRNA5* (rs503464, rs55853698, rs55781567 e rs16969968) sono risultati significativamente associati a entrambi i fenotipi di dipendenza dalla nicotina e rs503464, in particolare, è risultato associato anche alla risposta alla terapia. I nostri risultati supportano il ruolo della costituzione genetica individuale nella capacità di smettere di fumare.

Conclusioni

Ulteriori studi che coinvolgano un più ampio numero di soggetti sono necessari per validare i risultati ottenuti. Questi studi permetteranno di dimostrare l'utilità clinica della genotipizzazione del polimorfismo rs503464, nell'ottica di una terapia personalizzata di disassuefazione dal fumo, in cui si potrà scegliere il trattamento farmacologico migliore in base alla costituzione genetica dell'individuo.



Vincenzo Zagà e Francesca Colombo.



Spegnila e respira: la prevenzione respiratoria in Farmacia

C. Veronese, A.C. Ogliari, E. Munarini, S. Trussardo, G. Angellotti, R. Boffi

Centro Antifumo, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Introduzione

Nonostante in Italia il numero di fumatori sia 11,7 milioni è sempre una minoranza quella che si rivolge ai 360 CAF esistenti. Obiettivo di questo progetto è stato quello di informare i cittadini sulle patologie respiratorie, sullo stato di salute dei loro polmoni e di favorire l'accessibilità ai percorsi di disassuefazione da fumo attraverso il coinvolgimento di 60 Farmacie di Milano e provincia.

Materiali e metodi

I farmacisti sono stati formati attraverso corsi ECM e FAD sulla prevenzione delle patologie respiratorie e sulla disassuefazione dal fumo.

Le farmacie aderenti hanno poi ospitato i professionisti dell'INT in due giornate. La prima giornata era dedicata a tutti i pazienti che volessero essere informati sulla propria funzionalità respiratoria (spirometria e consulenza pneumologica). La seconda giornata era dedicata esclusivamente a pazienti fumatori che manifestassero il desiderio di essere aiutati a smettere di fumare.

Risultati

656 spirometrie:

- 92 pazienti con deficit respiratorio (46 ostruiti, 46 ristretti)
- di questi 92, 44 non erano in terapia.

Nei secondi incontri sono stati valutati 389 soggetti:

- 350 fumatori, 25 ex-fumatori, 14 fumatori passivi
- fumatori - 54 anni, 17 sig/die per 33 anni, P/Y 29
- 115 fumatori sono stati rimandati ai CAF, 83 hanno accettato la NRT e 46 hanno manifestato la volontà di provare e-cig

Tra il 2016 e il 2018 sono stati formati più di 130 farmacisti.

Conclusioni

È emersa una risposta favorevole del pubblico alla proposta di individuare le farmacie quali punti di primo livello per la sensibilizzazione delle patologie respiratorie e per la disassuefazione dal fumo.



Fumo, ergo gioco e bevo: pregiudizio o dato di realtà? Relazione tra fumo di sigaretta, gioco d'azzardo e consumo di alcolici nella popolazione adolescenziale

R. Giordano, S. Carli, L. Zamboni

Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Verona

Introduzione

L'esposizione alla nicotina può essere un fattore di rischio rispetto allo sviluppo di altre dipendenze da sostanze; per tale ragione, il seguente studio è volto a indagare la prevalenza degli adolescenti fumatori e a valutare la relazione tra tabacco, alcool e gioco d'azzardo e l'influenza della prossimità di sale slot, bar e tabacchi sul consumo di tabacco e alcool e sulla presenza di studenti che giocano d'azzardo.

Materiali e metodi

Costituiscono il campione 708 studenti frequentanti le terze, quarte e quinte classi di 4 Istituti Superiori veronesi e 9 mantovani, 379 maschi (54%) e 329 femmine (46%) con

età media di 17,41 anni (DS \pm 1,15).

È stata loro richiesta la compilazione di un questionario creato ad hoc e di questionari standardizzati per la valutazione di variabili psicologiche.

Risultati

164 studenti fumano quotidianamente sigarette (23,16%) con una media di 7 sigarette/die (DS \pm 6); di questi, il 98,1% consuma alcolici. Giocano d'azzardo 223 adolescenti (31,5%) su 707, il 37,21% dei quali fuma quotidianamente. 623 degli studenti coinvolti (88%) consumano alcolici, compreso l'86,85% dei minori. 117 ragazzi su 155 (75,48%) hanno riferito di avere una sala slot o un bar, tabacchi a meno di 500 m da scuola.

Conclusioni

La maggior parte dei ragazzi che fumano quotidianamente, gioca d'azzardo (50,9%) e beve alcolici (98,1%). È stata rilevata una significatività ($p < 0,05$) tra il fumo di sigarette e: il consumo di bevande alcoliche, la messa in atto di comportamenti di gioco d'azzardo e la presenza di sale slot, tabacchi e bar a meno di 500 m dalla scuola.

Impatto del fumo passivo nei bambini

G. Carreras

Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze

Introduzione

L'esposizione a fumo passivo (FP) durante la gravidanza e l'infanzia causa una considerevole morbosità e mortalità infantile. In Italia, l'esposizione a FP negli ultimi anni è diminuita notevolmente. L'obiettivo di questo studio è stimare il numero di anni di vita vissuti con disabilità (DALY) per le patologie attribuibili all'esposizione a FP nei bambini negli anni 2006-2014 in Italia.

Materiali e metodi

Sono state selezionate le seguenti patologie: basso peso alla nascita (BPN), SIDS, infezioni delle basse

vie respiratorie (IBVR), insorgenza di asma e otite media (OM).

Per ciascuna malattia i DALY (decessi per la SIDS) attribuibili all'esposizione a FP sono ottenuti calcolando la frazione attribuibile (FA) di popolazione. Il numero di DALY (decessi per la SIDS) attribuibili a FP è stato stimato moltiplicando i DALY per ogni malattia per la FA.

Risultati

Per tutte le patologie eccetto l'OM si osserva un andamento decrescente nei DALY attribuibili a FP. Si osservano infatti riduzioni relative 2006-2014 del 52,5%, 97,2%, 71,2% e 65,3% rispettivamente per l'inci-

denza di asma, IBVR, OM e BPN. Le FA a FP nel 2014 non sono però ancora trascurabili, con percentuali che variano dal 1,5% per l'OM al 5,9% per il BPN.

Conclusioni

Questo studio permette per la prima volta una quantificazione dell'impatto del FP su tutte le patologie pediatriche. I risultati mostrano un notevole effetto delle leggi antifumo nella riduzione delle patologie FP-correlate. Ciò nonostante, il numero di DALY attribuibili a FP è ancora non trascurabile ed è possibile ridurlo ulteriormente eliminando l'esposizione al fattore di rischio.

Sigarette Scalda-Tabacco in Italia

X. Liu

Laboratorio di Epidemiologia degli Stili di Vita, Dipartimento di Ambiente e Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS, Milano

Introduzione

Le sigarette scalda-tabacco (*heated tobacco products*, HTP) sono prodotti di tabacco di nuova generazione, dove un dispositivo elettronico riscalda una sigaretta confezionata, senza raggiungere la combustione per generare un aerosol contenente nicotina. IQOS, uno di questi prodotti, lanciato nel 2014 da Philip Morris International in Italia come paese pilota per il mercato europeo, è l'HTP principale in Italia.

Materiali e metodi

Uno studio trasversale sul fumo e sull'uso di sigarette elettroniche viene condotto annualmente in Italia. Questa indagine "faccia a faccia" coinvolge circa 3000 soggetti ogni anno, rappresentativi della popolazione generale italiana ≥ 15 anni (52,4 milioni), in termini di sesso, età, area geografica e caratteristiche socioeconomiche. Nel 2017 e

nel 2018, una sezione del questionario era dedicata alla consapevolezza e all'uso di IQOS.

Risultati

Sia la conoscenza che la sperimentazione di IQOS sono aumentate significativamente dal 19,5% nel 2017 al 28,6% nel 2018 e dall'1,4% all'1,7%, rispettivamente. L'1,4% degli uomini e l'1,7% delle donne aveva già provato IQOS. I fumatori l'avevano provato più frequentemente (4,1%) rispetto agli ex-fumatori (1,1%) e ai non fumatori (0,7%). Gli svapatori (6,3%) e gli ex-svapatori (8,8%) l'avevano provato più frequentemente rispetto a chi non aveva mai usato le sigarette elettroniche (1,2%).

Conclusioni

I nostri dati indicano che quasi 810.000 adulti hanno già provato IQOS, tra cui 250.000 persone che

non hanno mai fumato. 1.500.000 adulti, compresi quasi 650.000 non fumatori, hanno intenzione di provare IQOS in futuro. I nostri dati dovrebbero fare riflettere sul rapporto beneficio-rischio di questi nuovi prodotti, che sembra essere fortemente negativo.

Studio pilota per la valutazione dell'impatto del fumo di tabacco su risposta ed effetti collaterali dei farmaci immunoterapici nelle neoplasie fumo-correlate

C. Veronese, R. Boffi

Pneumologia, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Introduzione

Scopo di questo studio è stato quello di fare una prima analisi di un campione di pazienti affetti da tumori fumo correlati trattati con farmaci immunoterapici al fine di valutare:

- possibile interazione tra status di fumatore e risposta alla terapia immunologica
- possibile interazione tra status di fumatore e insorgenza degli effetti collaterali e della loro gravità.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato le cartelle di 149 pazienti oncologici con tumori metastatici trattati esclusivamente con agenti immunoterapici. È stato creato un database avente come informazioni:

- età e sesso del paziente
- status tabagico (fumatore, ex-fumatore, non fumatore)
- tipo di tumore (uro-vescicale, renale, NSCLC, microcitoma)
- agente immunoterapico (anti PD-1, anti PD-L1, anti CTLA-4)
- tipo di immunoterapia (agente singolo o combinazione di due agenti)
- risposta all'immunoterapia (completa, parziale, stabile o progressione)
- effetti collaterali (da G1 a G5)
- effetti collaterali gravi (grado G3-G4-G5).

Risultati

I dati raccolti sono stati analizzati valutando tutte le descrittive del campione e applicando il test esatto

di Fisher. Nonostante le categorizzazioni non si evince nessuna significatività (tranne in un caso dove è presumibilmente dovuta al caso, non essendo confermato da altre prove).

Conclusioni

Tale analisi non ha mostrato evidenze statistiche che individuino delle forti associazioni, sia per quanto riguarda la risposta alla terapia immunologica sia per quanto riguarda l'insorgenza e l'aggravamento degli effetti collaterali. Poiché tale risultato potrebbe essere dovuto alla ristretta numerosità del campione rispetto al numero delle categorie sarà necessario ampliare la casistica e utilizzare modelli multivariati.

Scuole superiori, fumo di sigaretta e ADHD. Una triade da non sottovalutare

L. Zamboni

Psy, Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Introduzione

Il legame tra dipendenza e deficit d'attenzione e iperattività (ADHD) ha trovato negli anni sempre più riscontri scientifici, una meta-analisi riporta come il rischio di sviluppare una *addiction* in età adulta aumenti nei bambini con ADHD. Se si aggiunge un ambiente familiare dove la dipendenza da sostanze non è estranea, il rischio di sviluppare una dipendenza aumenta. La dipendenza tabagica non è estranea a questo rischio.

Metodi

14 scuole medie secondarie (trienni) in una raccolta dati di 708 soggetti ritenuti validi. Compilazione di un

questionario *self-report* della durata di circa 40 minuti.

Il questionario ASRS v 1.1. (utilizzato nello studio) non è diagnostico, bensì di *screening*, i soggetti risultati positivi non possono essere definiti affetti da ADHD. Vengono valutati gli stati umorali dei soggetti presi in esame utilizzando il questionario SCL-90-R.

Risultati

La percentuale di positività al questionario ASRS nei fumatori è risultata maggiore e significativa, rispetto ai non fumatori (21,34% vs 13,20%). Emergono inoltre maggiori problematiche ansioso-depressive e del sonno nei soggetti positivi al ASRS.

Conclusioni

Un pz con problematiche di ADHD o comunque difficoltà nella gestione degli impulsi, è un soggetto più complesso da trattare per la dipendenza tabagica. Questo perché la modalità di fumare è più compulsiva e comporta un aumento del numero di sigarette consumate giornalmente. Inoltre a queste problematiche di gestione degli impulsi, emerge l'accompagnarsi di sintomatologia ansioso depressiva e problematiche del sonno. Il trattamento del tabagista non può a nostro avviso non tenere in considerazione questi aspetti per offrire un pacchetto di cessazione della dipendenza completo e flessibile.

Comunicazioni libere

Mozziconi di sigaretta? *Not In My Backyard*

C.C. Lombardi¹, G. Mangiaracina², V. Zagà³

¹Agenzia Nazionale per la Prevenzione (ANP); ²Sapienza Università di Roma; ³Presidente SITAB

Introduzione

I mozziconi di sigaretta sono la tipologia di rifiuto più presente su strade, marciapiedi e spiagge di tutto il mondo. A causa di carenze normative e culturali, i tabagisti si liberano dei mozziconi disperdendoli nell'ambiente senza alcuna attenzione o considerazione. Per il loro contenuto tossico-nocivo sono da considerarsi un rifiuto pericoloso e come tale dovrebbero essere gestiti. Il malcostume dei fumatori e la scarsa vigilanza nonostante la sanzionabilità del gettare i mozziconi con noncuranza fa sì che tale rifiuto è presente in modo ubiquitario ovunque. Ciò comporta un elevato impatto ambientale con relativa contaminazione della catena alimentare marina e umana.

Materiali e metodi

L'acronimo NIMBY deriva dall'inglese *Not In My Backyard*, ossia "non nel mio giardino". Rappresenta una forma di protesta verso insediamenti e strutture che presumibilmente possono costituire una minaccia per la salute dei cittadini e per l'ambiente. In questa logica si riconoscono tutti coloro che non vogliono che si faccia qualcosa nelle vicinanze del luogo in cui vivono. Molte persone sono contrarie per ragioni estetiche a ospitare nel loro territorio impianti fotovoltaici e pale eoliche; le stesse persone però sembrano non vedere il tappeto di cicche che sporca le nostre città. Tutto questo è legato alla scarsa accettazione sociale verso gli impianti e infrastrutture potenzialmente inquinanti. I cittadini sono pronti a contrastare qualsiasi impianto nel loro territorio, ma non manifestano alcun tipo di protesta sul fatto che si gettino i mozziconi

di sigaretta in parchi, spiagge, strade, marciapiedi, ovunque vivano e giochino i loro figli o portino a passegiare i loro cani. In tutti questi luoghi, la presenza dei mozziconi, il più delle volte, passa inosservata. Eppure, oltre a deturpare il decoro urbano, tale rifiuto inquina più degli scarichi industriali. La loro dispersione può anche essere un pericolo per l'ingestione accidentale di bambini e animali con ripercussioni anche gravi sulla salute. Sulla scorta dell'esperienza inglese, abbiamo pertanto intervistato un campione di 400 pazienti di uno studio medico sulla percezione che ne hanno, utilizzando la procedura NIMBY.

Risultati

Nonostante l'esiguità del campione, appare evidente il fatto che applicando la procedura NIMBY sulla dispersione selvaggia delle cicche di sigaretta, circa il 90% dei non fumatori e l'80% dei fumatori hanno giudicato molto negativamente la dispersione delle cicche in strada e si sono dichiarati favorevoli ad azioni di denuncia di tale comportamento.

In pari percentuale hanno invece manifestato timore e reticenza a redarguire un fumatore colto nell'atto di gettare la cicca sul suolo del proprio territorio, nei luoghi in cui vive o che frequenta, per timore di reazioni indesiderate.

Conclusioni

Applicare su larga scala la procedura NIMBY riferita ai tabagisti potrebbe considerarsi una strategia per indurre una modifica del comportamento e incentivare l'uso sia dei posacenere fissi attualmente disponibili, purtroppo ancora solo



in alcune città, che l'utilizzo di quelli tascabili da svuotare in appositi contenitori. Questo favorirebbe finalmente un sistema di raccolta differenziata che ne permetterebbe un successivo utilizzo. I mozziconi infatti, sono un rifiuto pericoloso per l'ambiente ma da cui è possibile recuperare sia energia che materia (acetato di cellulosa).

L'applicazione della metodologia NIMBY come forma di protesta verso chi sporca le città, le strade, le spiagge e inquina i mari con le cicche di sigaretta, potrebbe: (a) comportare notevoli vantaggi per l'ambiente e il decoro cittadino; (b) migliorare le conoscenze dei cittadini sulla pericolosità ambientale di tale rifiuto e avere risvolti positivi sul proprio territorio di residenza sensibilizzando i tabagisti verso comportamenti ecocompatibili, innescando un processo positivo di cambiamento; (c) facilitare la messa in atto di un sistema di raccolta differenziata per ricavare materia e produrre energia con un rifiuto finora ignorato; (d) infine, sensibilizzare le Amministrazioni Comunali per rendere pienamente esecutiva la Legge 221/2015, art. 40 (Legge sulla Green Economy), entrata in vigore il 2 febbraio 2016, che impone di sensibilizzare la cittadinanza sul problema, arredare l'ambiente urbano con appositi raccoglitori e sanzionare gli eventuali trasgressori, facendo cassa così in maniera virtuosa.

MEBICAR: nuova opportunità galenica

V. Bellelli¹, G. Braccioli²

¹Sales Representative ACEF; ²Responsabile B.U. Farmacie ed Integratori ACEF

Introduzione

Il MEBICAR (ADAPTOL®) è un ansiolitico sviluppato nell'ex URSS (<https://nauchforum.ru/studconf/med/xlv/22125>), che trova impiego anche nelle terapie combinate per favorire la disassuefazione dal fumo e nel trattamento della dipendenza da alcool.

Materiali e metodi

Il principio attivo agisce a livello centrale, mimando gli effetti del sistema GABAergico e M-colinergico, attivando il sistema serotoni-

nergico e inibendo i sistemi eccitatori adrenergici e glutammatergici. Dal punto di vista farmacologico è simile ad alcune amine endogene, ma allo stesso tempo è inerte dal punto di vista tossicologico. Non induce tolleranza, dipendenza o astinenza, non altera l'attività mentale e fisica, non induce cambiamenti nell'umore e normalizza il sonno.

Conclusioni

Il suo ampio ventaglio d'azione ne permette l'utilizzo nel trattamento dell'ansia, nel controllo della pres-

sione arteriosa nei pazienti sotto stress, nel controllo dei disturbi legati alla menopausa, nel trattamento della depressione.

In pediatria può essere adoperato nei pazienti affetti da tic motori, nevrosi e nel disturbo da deficit dell'attenzione. In terapie combinate per la disassuefazione del fumo e per il controllo dei sintomi da astinenza da alcool. Il MEBICAR in Italia è disponibile come preparazione galenica su ricetta medica ripetibile.

"ZERO SMOKING". Programma di cessazione dal fumo per i dipendenti ospedalieri in termini di benessere - sicurezza - produttività

R. Principe¹, D. Orazi², C. Resti³

¹Pneumologo, Centro Antifumo, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma; ²Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma; ³Chirurgo Generale, UOSD Medicina del Lavoro-Sorveglianza Sanitaria, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma

Introduzione

Un obiettivo importante di una strategia di controllo del tabagismo è offrire al dipendente fumatore, incapace con le sue sole forze di smettere, l'opportunità di accedere ai trattamenti di cessazione più efficaci. Nella nostra Azienda Ospedaliera il personale interno è una popolazione di 2000 persone con una presumibile presenza del 22% di fumatori, se consideriamo la stessa incidenza di fumatori misurata dalla Doxa-ISS 2017 sulla popolazione generale. Di qui l'importanza di coinvolgere nel progetto i Medici Competenti (MC), affinché dedichino una parte della loro visita all'offerta di un *counselling* strutturato, per i lavoratori fumatori; intervento breve o minimo o "5A" degli autori: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE. Poiché le visite annue della medicina di sorveglianza sono circa 1500 ci aspettiamo circa 330 fumatori come potenziali accessi al CAF.

Metodi

Il progetto "ZERO SMOKING", approvato nel 2016 e promosso dal

Centro Antifumo (CAF), insieme alla UOSD Medicina del Lavoro in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione dai Rischi e con la Direzione Sanitaria, ha come obiettivo finale la riduzione a zero del fumo passivo (ETS, *environmental tobacco smoke*) negli ambienti di lavoro di tutto l'ospedale, compresi gli uffici amministrativi, per migliorare la salute di operatori e utenti. Nel 2015-16 si sono svolti 4 corsi formativi con ECM su "Salute e stili di vita" rivolti a tutto il personale interno ospedaliero. Nel 2017 i Medici Competenti (MC) formati hanno iniziato l'intervento breve sul fumo durante le visite di sorveglianza al personale sanitario e amministrativo e nei fumatori disponibili hanno richiesto una consulenza del Centro Antifumo CAF per il trattamento del tabagismo. Il Medico del CAF valuta la richiesta attraverso il test motivazionale e per la dipendenza alla nicotina quindi prescrive dodici incontri ambulatoriali per la cessazione dal fumo nel contesto della cartella clinica del lavoratore, evitando così l'accesso con ticket e

possibili anche durante l'orario di servizio (eventuali esami diagnostici per patologie fumo correlate restano a carico dell'utente interno).

Risultati

Nel 2017 si sono presentati 50 utenti interni dei quali 10 a un anno hanno smesso di fumare, 14 hanno abbandonato il percorso, 2 sono ricaduti a fumare e 24 sono in corso di trattamento. Il programma come da delibera aziendale è estensibile agli anni futuri.

Riteniamo che simili programmi, poiché possono perdurare nel tempo, siano in grado di migliorare non solo la salute ma anche l'efficienza dei lavoratori per l'azienda, come già documentato in letteratura.

Bibliografia di riferimento

- Smoking Cessation in the Workplace: <http://www.gosmokefree.gc.ca>.
- Moher M, Hey K, Lancaster T (2004). Workplace Interventions for Smoking Cessation (Cochrane Review). *Cochrane Library*, Issue 1.

Interruzione del tabagismo ed effetti a breve termine sugli indici spirometrici

F. Dominici¹, V. De Rose¹, G. Napoli¹, A. Quercia¹, A. Innocenti²

¹UO SPRESAL, Centro prevenzione e cura del tabagismo, ASL Viterbo; ²Medico del lavoro

Introduzione

Il decremento fisiologico del FEV₁ in soggetti sani, non fumatori, di 35-65 anni di età, è stimato in un valore medio di 30 ml/anno con un limite superiore del range normale di 50 ml/anno. Il decremento è più elevato nei fumatori. Obiettivo dello studio è verificare la variazione del FEV₁ a breve termine in fumatori dopo cessazione del fumo e astinenza a 12 mesi.

Materiali e metodi

Su un totale di 488 soggetti astinenti a 12 mesi, sono stati selezionati 213 soggetti (131 M e 82 F; età media 51,3 anni; media *pack/year*: 33,77) con due spirometrie, a inizio trattamento e dopo 12 mesi di astinenza, di grado A, B o C secondo i criteri PLATINO. È stato definito miglioramento un incremento del FEV₁ nelle due prove > +30 ml (-30 ml decremento fisiologico, +30 ml variabilità strumentale, +30 ml criterio cautelativo) e peggioramento un decremento > -90ml (-30 ml de-

cremento fisiologico, -30 ml variabilità strumentale, -30 ml criterio cautelativo).

Risultati

Un gruppo di 72 soggetti [33,8%] (età media 47,7 anni; media *pack/year* 30,8) mostra un significativo incremento del FEV₁ (media 170 ml, min. 40 max 520) associato a un significativo incremento della CV (media 120 ml, min. -34 max 810); un gruppo di 71 soggetti [33,3%] (età media 49,7 anni; media *pack/year* 31,9) mostra variazioni non significative del FEV₁ (intervallo -90 ml e +30 ml) nelle due spirometrie; un gruppo di 70 soggetti [32,8%] (età media 51,5 anni; media *pack/year* 35,1) mostra un significativo peggioramento (decremento > 90 ml) del FEV₁. Il miglioramento consensuale di FEV₁ e CV osservato nel primo gruppo è compatibile con condizioni di bronco-ostruzione reversibile che regredisce con il cessare dello stimolo irritante del fumo. Il primo gruppo ha, alla prima spirometria, una età media più bassa e

presenta un maggior numero di ostruiti (31,9%) rispetto a quelli che peggiorano (13,0%), mentre dopo 1 anno la percentuale è analoga nei due gruppi (21,7 vs 26,3: n.s.).

Conclusioni

Lo studio ha evidenziato nel campione esaminato, in particolare nei soggetti più giovani e con *pack/year* più basso (media p/y 30,8), che la partecipazione a corsi antifumo e la cessazione dell'abitudine tabagica, se effettuata precocemente, hanno un effetto significativo anche sulla funzionalità polmonare. Questo risultato, probabilmente, è da imputare a una ostruzione ancora reversibile delle vie aeree, dal momento che il fumo di tabacco causa infiammazione acuta e cronica delle vie aeree; quando la patologia è cronicizzata, pur restando importante l'astensione dal fumo, non è possibile recuperare la funzionalità persa. Sarebbe importante l'osservazione della funzionalità polmonare per tempi più lunghi di 1 anno.

La prevenzione del tabagismo nei giovani studenti. Primi risultati di uno studio longitudinale

F. Tarantino

Dirigente Centro Antifumo di Copertino, Asl Lecce, Responsabile Regionale SITAB, Psicologo Psicoterapeuta

Introduzione

La lotta al fumo nelle scuole è attuata con diverse modalità ma con risultati non univoci poiché manca uno studio sistematico sull'efficacia degli interventi, tanto nella prevenzione primaria quanto nei trattamenti. Il presente studio evidenzia come il contrasto del tabagismo negli studenti, frequentanti il primo anno di scuola secondaria di secondo grado (15° anno di età), riduca in maniera significativa il nume-

ro dei fumatori, nello stesso gruppo di ragazzi, a distanza di quattro anni e soprattutto rispetto a un analogo gruppo di studenti a cui non sono stati effettuati interventi. In particolare si rileva che l'uso di valide strategie antifumo, al culmine dell'età preadolescenziale, funge da efficace intervento di prevenzione in quanto può fermare l'uso di tabacco in coloro che hanno iniziato a fumare e nello stesso tempo rinforzare i non fumatori a non fumare.

Materiali e metodi

Sono stati presi in esame in totale 544 studenti (307 maschi, 237 femmine) con età compresa tra i 15 e 19 anni. Il campione, diviso in due gruppi di cui uno sperimentale e uno di controllo, è stato sottoposto inizialmente al *Fagerström Test Nicotine Dependence* (FTND). Nel primo gruppo di studenti, pari a 12 prime classi, sono stati effettuati interventi di contrasto del fumo con strategie relazionali e cognitivo-com-

portamentali utilizzando il diario del fumatore e il rinforzo delle abilità di *coping*. In totale, nel corso del primo anno scolastico, il trattamento ha incluso tre incontri nel gruppo-classe, ognuno di 90 minuti circa, nell'arco temporale di tre mesi. In generale gli interventi sono stati effettuati in sintonia con le Linee Guida Antifumo Nazionali. Nel gruppo di controllo non sono stati effettuati interventi. Gli stessi gruppi sono stati riesaminati, dopo circa quattro anni, per valutare l'efficacia degli interventi (effettuati in precedenza) attraverso l'FTND e con una discussione nel gruppo-classe al fine di riscontrare quanto emerso nello stesso FTND. In un piccolo gruppo di giovani fumatori adulti (circa il 10%) è stato possibile monitorare i risultati finali anche attraverso la misurazione del Monossido di Carbonio.

Risultati

I risultati migliori si sono avuti nel gruppo sperimentale in cui è stato effettuato il trattamento di contrasto del fumo. Sotto il versante longitudinale della ricerca, a distanza di

quattro anni, i fumatori del gruppo sperimentale sono diminuiti di circa la metà rispetto al gruppo iniziale delle prime classi (21% circa di fumatori), mentre, rispetto al gruppo di controllo sono scesi di circa due terzi. Sotto il versante trasversale la riduzione degli studenti fumatori, frequentanti le quinte classi della scuola media superiore (18-20 anni), è significativa in quanto il numero dei fumatori è sceso praticamente dal 30% al 12% circa rispetto al gruppo di controllo. In definitiva l'intervento nelle prime classi permette, secondo questo studio, una riduzione di giovani fumatori nelle quinte classi di circa il 18% in meno rispetto al gruppo degli studenti in cui non si è effettuato alcun intervento antifumo.

Conclusioni

Gli esiti di questa ricerca propedeutica, sebbene provvisori e bisognosi di ulteriori riscontri, sono incoraggianti. La situazione globale è molto differenziata tra il gruppo sperimentale, in cui sono stati effettuati gli interventi antifumo, e quello di

controllo. In altre parole l'assenza di un trattamento antifumo nelle prime classi delle scuole secondarie di secondo grado non solo non riduce il numero dei fumatori ma accresce in maniera significativa il tabagismo. Ciò è rilevante se si tiene conto dell'ultimo rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità (2018) secondo il quale quasi la metà dei ragazzi prova a fumare rappresentando una fonte di scorta per la popolazione dei tabagisti. Il presente lavoro evidenzia come il trattamento antifumo, con metodologie accreditate sul piano delle evidenze scientifiche, abbia da un lato una valenza di prevenzione in quanto impedisce la diffusione del tabagismo negli adolescenti, dall'altro di "cura" nei confronti di coloro i quali hanno iniziato a fumare. Si auspica pertanto che i risultati di questo lavoro possano stimolare altre ricerche "sul campo" sul ruolo degli interventi antifumo nei giovani studenti, frequentanti le prime classi delle scuole medie superiori, proprio per la crescente diffusione del fumo negli adolescenti.

Motivazione, impulsività e dipendenza tabagica: l'esperienza del Centro Antifumo in un Istituto Oncologico

D. Bafunno, V. Lamorgese, A. Catino, A. Daniele, M. Montrone, V. Lapadula, F. Pesola, P. Pizzutilo, V. Longo, P. Petrillo, N. Varesano, A. Mastrandrea, D. Ricci, D. Galetta

S.S.D. Oncologia Medica per la Patologia Toracica, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS, Bari

Introduzione

Il National Comprehensive Cancer Network raccomanda la presenza di centri antifumo negli Istituti Oncologici sia a scopo preventivo sia per migliorare le cure e la qualità di vita dei pazienti oncologici. Pertanto, a seguito dell'istituzione del Centro Antifumo presso l'Istituto oncologico abbiamo condotto un'indagine per rilevare nei pazienti: 1. la modalità di accesso; 2. le motivazioni e il profilo psicologico; 3. le dimensioni psicologiche/comportamentali che favoriscono la cessazione del fumo.

Materiali e metodi

Lo studio ha coinvolto un campione di 65 soggetti (55% maschi; età media: 53 anni d.s.:12,6) tra coloro che hanno aderito al percorso diagnostico/terapeutico nel corrente anno. Per tutti i soggetti è stata compilata, prima di iniziare il trattamento, una cartella clinica per indagare l'abitudine tabagica e sono stati somministrati 5 questionari per indagare ansia (Stai-2), depressione (BDI), dipendenza fisica (Fagerström), comportamentale (GNSNQ) e motivazione/autoefficacia (MINIMAC/t).

Abbiamo rilevato, a scopo esplorativo, i livelli di benessere generale GHQ-12, autostima (Rosenberg) e impulsività (BIS 11).

Risultati

I dati mostrano che il 75% degli utenti del Centro Antifumo è esterno all'Istituto, il 13% sono pazienti in trattamento, l'11% loro familiari e l'1% è dipendente. Gli utenti giungono prevalentemente dopo aver contattato il numero verde (67%) mentre solo il 5% dietro indicazione del proprio medico. Le motivazioni

riportate dagli utenti sono: le condizioni di salute (35,7%), il timore di malattie future (25%); perché il fumo fa male (14%); le eccessive pressioni (7%); il desiderio di autocontrollarsi (7%); motivi economici (9%) e la nascita di un figlio (2,3%). I soggetti riferiscono di aumentare il numero di sigarette in stato di stress (48%). Il 72% ha già provato a smettere di fumare almeno una volta senza riuscirci. In riferimento ai questionari è emersa un'alta dipendenza fisica (55%) e comportamentale (35%) che correlano tra loro ($r = 0,33$; $p < 0,05$). Analizzando il profilo motivazionale il 5% dei fumatori giunge al servizio in uno stadio precontemplativo; il 53% contemplativo, il 32% di determinazione e il 10% di azione; nello specifico, coloro che immaginano

più difficile il percorso sono quelli in fase precontemplativa ($r = 0,35$; $p < 0,05$) e si percepiscono meno autoefficaci ($r = 0,40$; $p < 0,005$). Inoltre i pazienti più esposti al fumo passivo, seppur preoccupati, percepiscono molto piacevole il fumare (stadio contemplativo) ($r = 0,33$; $p < 0,05$). Analizzando i profili psicologici, il 47% riferisce livelli d'ansia medio/alti, mentre il 30% ha contenuti depressivi (i valori di ansia e depressione correlano tra loro, $r = 0,50$; $p < 0,005$). Inoltre alti livelli di impulsività correlano con minore senso di autoefficacia ($r = -0,57$; $p < 0,05$). Infine i soggetti che dopo il trattamento hanno smesso di fumare (40%) sono quelli che inizialmente avevano livelli motivazionali più alti rispetto a chi ha fallito (Kruskall-Wallis, $p < 0,05$).

Conclusioni

Lo studio dimostra la scarsa partecipazione dei dipendenti dell'Istituto e la carenza di informazioni relativa alla dipendenza tabagica da parte dei medici generalisti. Tale riscontro dimostra l'importanza di promuovere il servizio ai dipendenti e ai medici. In riferimento al profilo degli utenti emerge la necessità di orientare il percorso di disassuefazione incrementando i livelli di motivazione, autoefficacia ma anche dando un supporto nella gestione dell'ansia e depressione che amplificano la dipendenza dei pazienti al fumo. A livello esplorativo, l'indagine sulla dimensione impulsiva merita un ulteriore approfondimento al fine di implementare un intervento mirato anche sull'autoregolazione.

Prevalenza e conoscenza del tabagismo e delle strategie antifumo in un istituto oncologico: l'esperienza di una survey

D. Bafunno, V. Lamorgese, A. Catino, M. Montrone, V. Lapadula, F. Pesola, P. Pizzutilo, V. Longo, P. Petrillo, N. Varesano, A. Mastrandrea, D. Ricci, D. Galetta

S.S.D. Oncologia Medica per la Patologia Toracica, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS, Bari

Introduzione

Gli studi confermano il rapporto causa-effetto tra tabagismo e neoplasie polmonari e l'efficacia della cessazione del fumo anche durante le terapie antineoplastiche. È fondamentale pertanto che un dipendente di un istituto oncologico sia proattivo ed efficace nel dissuadere un paziente fumatore, ritenendo meno efficace questa azione se il dipendente stesso è fumatore. Pertanto è stata realizzata una survey per esplorare: 1. la prevalenza del fumo tra gli operatori dell'istituto oncologico "Smoke-free"; 2. l'atteggiamento verso i danni del fumo; 3. la conoscenza e il grado di rispetto delle normative antifumo.

Materiali e metodi

Il questionario di indagine anonimo (36 item) è composto da una parte anagrafica (8 item) e 3 sezioni

che distinguono i fumatori (sezione 1, 16 item); gli ex-fumatori e i non fumatori (sezione 2, 12 item). Lo strumento ha indagato le conoscenze relative al fumo passivo, alla sua possibile esposizione e il livello di disagio percepito; la possibilità di avere aree per fumatori e l'utilità del progetto "ospedale smoke-free". Inoltre è stata indagata l'abitudine tabagica dei dipendenti fumatori, le motivazioni e i metodi che hanno aiutato gli ex-fumatori a smettere. Il questionario è stato somministrato a 104 dipendenti (67% donne, età media = 45,3; d.s. = 10,5) di cui il 76% di comparto, il 14% dirigenti medici; il 6% dirigenti SPTA; il 4% contrattista.

Risultati

I fumatori attivi sono il 19% del campione; il 24% ha smesso di fumare mentre oltre la metà non ha

mai fumato (57%). I dipendenti fumatori, nella maggioranza donne (74%), riferiscono di voler smettere di fumare (70%) mediante personali tentativi (70%) e partecipando a corsi specifici (92%) ma non mediante la sigaretta elettronica (15%) pur essendo utile per fumare ovunque (45%). Gli ex-fumatori riferiscono di aver smesso a scopo preventivo (30%) senza supporti esterni (77%). Rispetto ai danni da fumo, i dipendenti non fumatori ed ex fumatori ritengono più dannoso il fumo passivo rispetto ai fumatori ($t(74) = 2,17$, $p < 0,005$) e percepiscono livelli medio-alti di disagio. Analizzando le normative antifumo il 74% degli intervistati ritiene che nell'istituto il divieto venga rispettato, e il 77% pensa che sarebbe utile attrezzare un'area per fumatori all'esterno. Inoltre, il progetto "Ospedali Smoke-free" è ritenuto un

valido modo per garantire la tutela alla salute (66%) ed evitare il fumo passivo (46%), mentre solo il 10% lo ritiene eccessivamente restrittivo e senza vantaggi. Infine, l'attuale legge antifumo in vigore in Italia risulta nota al 37% degli intervistati.

Conclusioni

L'esperienza della *survey* ha permesso di identificare i livelli di cono-

scenza e atteggiamenti dei dipendenti verso il tema del tabagismo, rilevando una buona sensibilità e attenzione al fenomeno. Tuttavia resta alto il numero dei fumatori, soprattutto donna, in linea con i recenti dati Istat, contribuendo in misura minore al potenziale modello positivo del dipendente in oncologia, per i quali si auspica di favorire la cessazione attraverso la recente

istituzione del Centro Antifumo all'interno dell'Istituto e la diffusione del regolamento *smoke-free* e delle normative di riferimento. Infine, ci auspichiamo di aver incoraggiato e promosso nei dipendenti una maggiore consapevolezza del fenomeno del tabagismo e un comportamento virtuoso mediante il loro coinvolgimento nella *survey* e nella diffusione dei risultati.

La sperimentazione tabagica di un gruppo di adolescenti scolarizzati (ADS) in Friuli Venezia Giulia (AS 2017/18)

G.B. Modonutti, F. Costantinides

Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

Il fumo di tabacco è un fattore di rischio evitabile e la precocità degli interventi di prevenzione (IP) uno strumento di contrasto dei problemi tabacco correlati.

Materiali e metodi

Per acquisire elementi utili alla prevenzione in ambiente scolastico abbiamo proposto (AS 2017/18) a 232 studenti (M:66,9%; F:34,1%) dell'Istituto Brignoli G. di Gradisca d'Isonzo (GO) – età 13-20aa, in media 16,1aa – di rispondere a un questionario sul loro rapporto con il fumo di tabacco. Le informazioni ottenute sono state codificate, inserite in computer ed elaborate (t-Test di Student e del Chi-quadrato) con lo Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

Al momento, il 52,6% degli ADS (M: 54,9%; F: 48,1%) ha già provato a fumare (Sp) – tutti prima dei 18 aa –, in media a 13,7 aa, il 2,6% fra i 6-10 aa (M: 3,3%; F: 1,0%), un altro 19,8% fra gli 11-13 aa (M: 20,9%; F: 14,0%) e il 32,8% fra i 14-17 aa (M: 34,0%; F: 24,0%).

L'iniziazione tabagica è avvenuta per l'83,0% degli Sp (M: 88,8%; F: 73,0%; $p < 0,05$) in ambiente ex-

tradomestico (Od), il 26,8% (M: 32,0%; F: 16,2%) la riconduce "fuori casa", il 22,3% "a scuola e fuori scuola" (M: 24,0%; F: 18,9%), il 17,9% in "bosco, campi, festa, fiera, montagna, parco, sagra" (M: 16,0%; F: 21,6%).

Meno numerosi (Od vs Id=> ; M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,05$; MF: $p < 0,0005$) e pari al 22,3% sono gli Sp (M: 17,3%; F: 32,4%; $p < 0,07$) per i quali l'evento è avvenuto "in ambiente domestico" (Id), il 17,9% lo ha fatto "a casa" (M: 13,3%; F: 27,0%), il 2,7% "a casa con amici" (M: 4,0%; F: 0,0%), lo 0,9% "a casa con la nonna" (M: 0,0%; F: 2,7%) o "da solo" (M: 0,0%; F: 2,7%).

"L'incontro con gli amici" è stata l'occasione dell'iniziazione per il 44,6% degli Sp (M: 46,7%; F: 40,5%), per il 17,9% la "voglia di provare, curiosità" (M: 14,7%; F: 24,3%), per il 10,7% una "festa, sagra" (M: 13,3%; F: 5,4%). Ancora, il 6,3% degli Sp indica come occasione della prima fumata la "ricreazione, dopo scuola, aspettando la corriera, dopo catechismo" (M: 9,3%; F: 0,0%), altrettanti la "noia, stanchezza, malessere, tensione quotidiana" (M: 4,0%; F: 10,8%).

Conclusioni

La diffusa e precoce sperimentazione tabagica degli ADS, riconduci-



bile e crescente dalla Scuola Primaria alla Scuola Secondaria di 2° grado, evidenzia la prevalenza dei potenziali esposti a rischio tabagico e la possibile datazione degli IP. I "luoghi" e le "occasioni" dell'iniziazione tabagica degli ADS devono indurre la famiglia e la scuola a dedicare maggiore "attenzione e partecipazione" al tempo libero e alle frequentazioni rispettivamente delle/dei figlie/i e delle/dei propri studenti.

Comportamento tabagico di un gruppo di adolescenti scolarizzati (ADS) in Friuli Venezia Giulia (AS 2017/18)

G.B. Modonutti

Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

L'impatto socio sanitario del fumo di tabacco richiede informazioni aggiornate sul comportamento tabagico (Bts) degli adolescenti per programmare "percorsi didattici finalizzati" alla dissuasione dal fumo, alla riduzione della prevalenza dei fumatori e dei rischi tabacco correlati (Rtr).

Materiali e metodi

Pertanto, all'inizio dell'AS 2017/18 abbiamo chiesto a 232 studenti (M: 66,9%; F: 34,1%) dell'Istituto Brignoli G. di Gradisca d'Isonzo (GO) – età 13-20 aa, età media 16,1 aa – di compilare un questionario sul proprio comportamento tabagico. Le risposte disponibili, sottoposte a editing, sono state codificate, computerizzate ed elaborate (t-Test di Student e del Chi-quadrato) utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

Affermano di fumare (Smo) il 30,6% degli ADS, hanno fra 13-19 aa, me-

diamente 15,9aa (M: 18,9 aa; F: 16,0 aa) e l'81,7% è minorenni (M: 85,7%; F: 72,7%).

I consumi tabagici (0,003-20,0 sig/die) sono in media di 2,2 sig/die (M: 2,0 sig/die; F: 2,7 sig/die), il 15,9% degli SDA che fuma < 1,0 sig/die è un "fumatore occasionale" e il 14,7% che consuma ≥ 1,0 sig/die è un "fumatore abituale".

Il 27,6% degli Smo fuma "a casa", il 21,4% "al bar." – "da solo" (M: 17,9%; F: 22,6%) o "con amici" (M: 3,0%) –, il 19,4% lo fa "a scuola", un altro 11,2% "fuori casa". Ancora, fuma "alle feste, fiere" il 9,2% degli Smo, il 5,1% nei luoghi di "incontro con amici" ed altrettanti "dove voglio".

La "compagnia" – amici (M: 32,4%; F: 37,5%), parenti (F: 6,3%), ragazzo (F: 6,3%) – è per il 40,0% degli Smo un'occasione per fumare (M: 32,4%; F: 56,3%), per il 10,0% lo sono "le feste", il 14,0% "l'uscita, prima e dopo scuola", un altro 6,0% la trova nei "momenti di solitudine" (M: 8,0%), il 4,0% "dopo i

pasti" (M: 5,9%), il 2,0% "quando bevo" (M: 2,9%), oppure "quando mi annoio" (M: 2,9%).

Dichiara di fumare "perché mi piace, mi diverte" il 29,9% degli Smo (M: 32,3%; F: 25,0%), il 24,7% fuma per far fronte "allo stress, alla noia, alla depressione, tristezza" (M: 20,0%; F: 34,4%), un altro 22,7% perché "mi rilassa, mi fa star bene" (M: 24,6%; F: 18,8%).

Ricorre al fumo "per stare in compagnia, per integrarsi, per fare il figo, per sentirsi grande" il 9,3% dei fumatori, mentre il 6,2% lo fa per "vizio, dipendenza" (M: 7,7%; F: 3,1%).

Conclusioni

La prevalenza dei Smo, la giovane età e i consumi tabagici descrivono l'entità degli ADS esposti a Rtc. La conoscenza del "luogo", "occasione" e "motivo" del fumo delineano il Bts dei Smo e definiscono la necessità e gli ambiti di attenzione degli interventi di promozione della salute.

La percezione del rischio tabacco correlato espressa da un gruppo di adolescenti scolarizzati (ADS) del Friuli Venezia Giulia (AS 2017/18)

G.B. Modonutti

Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

La consapevolezza dei rischi tabacco correlati (Rtr) deve far parte precocemente del *background* culturale della popolazione in quanto è un potenziale deterrente della sperimentazione e dell'affermarsi di una carriera tabagica.

Materiali e metodi

Per valutare la consapevolezza degli ADS nei confronti dei Rtr abbiamo proposto (AS 2017/18) a 232

studenti (M: 66,9%; F: 34,1%) dell'Istituto Brignoli G. di Gradisca d'Isonzo (GO), età 13-20 aa (M: 13-20 aa; F: 13-19 aa), età media 16,1 aa (M: 16,0 aa; F: 16,1 aa), di rispondere a un questionario sul comportamento tabagico e gli atteggiamenti nei confronti del fumo di tabacco. Le informazioni acquisite, sono state sottoposte a revisione critica, codificate, computerizzate ed elaborate (t-Test di Student e del Chi-quadrato) con lo Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

Il 39,7% degli ADS è dell'idea che "non si può fumare senza nuocere alla salute (SmN)" (M: 35,9%; F: 46,8%), mentre il 28,0% dei coetanei (M: 30,1%; F: 24,1%) ritiene "innocuo fumare" (SmY) (SmN vs SmY = > F: 0,005; FM: p < 0,01).

Gli ADS che pensano sia "innocuo fumare" risultano decisamente più numerosi (ADSY vs ADSN M: p < 0,0005; MF: p < 0,0005) fra i fumatori (ADSY) (M: 63,3%; F: 45,5%; MF: 57,7%) rispetto a quelli censiti

fra i non fumatori (ADSN) (M: 23,1%; F: 47,4%; MF: 31,7%).

Per gli ADS sono innocui consumi di 2,0 sig/die (M: 2,3 sig/die; F: 1,5 sig/die), secondo gli ADSY non sono a rischio consumi di 2,3 sig/die (M: 2,1 sig/die; F: 2,7 sig/die) mentre i ADSN non ritengono nocivi consumi di 1,8 sig/die (M: 2,5 sig/die; F: 1,1 sig/die).

Dal confronto fra i consumi tabagici medi dichiarati dai ADSY ed i consumi dagli stessi ritenuti a rischio per la salute emerge che il

29,6% dei ADSY (M: 30,6%; F: 27,7%) mantiene un comportamento "coerente (Co)" – consumo inferiore a quello ritenuto a rischio –, mentre il 57,7% dei ADSY (In vs Co = > M: $p < 0,0$; F: $p < 0,0$; FM: $p < 0,005$), manifesta un comportamento "incoerente" (M: 59,2%; F: 54,5%) – consumo superiore a quello ritenuto a rischio (In).

Conclusioni

La tolleranza manifestata dagli ADS nei confronti del fumo di tabacco,

i consumi tabagici ritenuti innocui e la diffusione di comportamenti incoerenti fra i fumatori, mette in luce quanto: a) sia superficiale, poco responsabile e pericolosamente permissivo l'atteggiamento manifestato dagli studenti nei confronti dei Rtr; b) sia necessario prestare attenzione agli atteggiamenti degli ADS al momento della programmazione didattica e attuazione degli interventi di promozione della salute.

Modalità di approccio e d'uso del fumo di tabacco degli studenti di alcuni Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Trieste, Roma e Catania (Anno Accademico 2016/2017)

G.B. Modonutti¹, L. Leon¹, A. Mistretta², A. Gambera³

¹Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste; ²Dip. di Sc. Mediche, Chir. e Tecnologiche Av. "G.F. Ingrassia" Università degli Studi di Catania; ³Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania

Introduzione

Il contributo del personale sanitario medico e non medico alla promozione della salute riveste notevole importanza e il *background* culturale e comportamentale delle figure professionali coinvolte è in grado di condizionare.

Materiali e metodi

La ricerca si propone di documentare la sperimentazione e il comportamento tabagico dei futuri Infermieri al fine di valutare tempi, modalità e ambiti della programmazione di interventi finalizzati alla cessazione del fumo di tabacco, riduzione della prevalenza dei fumatori e degli esposti a rischio di problemi psico-medico-sociali tabacco correlati. Agli studenti di alcuni Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Trieste, Roma-Sapienza e Catania è stato chiesto di rispondere alle domande di un questionario sui rapporti con il fumo di tabacco. Le informazioni acquisite, sono state codificate, sottoposte a *editing*, inserite in computer ed elaborate – Test di Student e Chi-quadrato – utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

Hanno risposto al questionario 394 studenti (Maschi 25%; Femmine 75%) fra i 18 e i 44 anni (età media 22 anni) di cui il 76% ha affermato di aver sperimentato il fumo di tabacco in media all'età di 15 anni (Maschi 78%; Femmine 75%), ma un 2,0% prima degli 11 anni (Maschi 5%; Femmine 2%) e un 19% fra gli 11 e i 13 anni (Maschi 21%; Femmine 19%); il 67% ha sperimentato il fumo di tabacco mentre era ancora minorenne (Maschi 69%; Femmine 67%).

Al momento dell'indagine, il 45% degli studenti ha dichiarato di fumare (Maschi 47%; Femmine 44%). Il consumo varia da meno di 1 fino a 30 sigarette al giorno (per le femmine il massimo dichiarato è stato 20 sigarette al giorno) con una media di 5,4 sigarette al giorno (Maschi 6,3; Femmine 5,1). I "fumatori occasionali" (coloro cioè che dichiarano di fumare meno di 1 sigaretta al giorno) sono risultati essere il 13,5% (Maschi 15%; Femmine 13%) e i "fumatori abituali" il 32% (senza differenze tra maschi e femmine).

Conclusioni

I dati raccolti denunciano una preoccupante esposizione dei giovani al fumo di tabacco, in linea con quanto documentato dall'Istituto Superiore di Sanità in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco (31/05/2018), dal Ministero della Salute e dalle indagini promosse dall'OMS (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC e Global Youth Tobacco Survey – GYTS). L'ambito sanitario potrebbe costituire un'occasione per sensibilizzare e promuovere comportamenti salutari, ma, in Italia, si assiste a un fenomeno "paradosso" in quanto medici, infermieri e altri professionisti della salute fumano più della popolazione generale! L'iniziazione precoce al fumo di tabacco, l'elevata prevalenza di fumatori e di fumatori abituali emerse anche in questa indagine, evidenziano la diffusione di comportamenti a rischio tra i futuri infermieri e la necessità di implementare da subito, nel corso della formazione, gli interventi di informazione/sensibilizzazione nei confronti del fumo di tabacco con l'intento di adeguare lo stile di vita agito alle proposte di qualità e salubrità delle quali saranno promotori.

La percezione del rischio tabacco correlato manifestata dagli studenti di alcuni Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Trieste, Roma e Catania (Anno Accademico 2016/2017)

G.B. Modonutti¹, F. Costantinides¹, M. Amendola², M.S. Cattaruzza²

¹Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste; ²Dip. di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione

La conoscenza e la percezione dei rischi associati all'uso di sostanze voluttuarie o all'adozione di comportamenti non salutari deve far parte integrante dello stile di vita dell'infermiere, testimone e promotore della salute.

Materiali e metodi

La percezione del rischio correlato all'uso del tabacco manifestata dagli studenti di alcuni Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Trieste, Roma e Catania è stata valutata attraverso la somministrazione di un questionario contenente domande volte ad indagare lo stile di vita e le opinioni a proposito dei rischi associati al consumo di tabacco. Dopo revisione critica, le risposte sono state codificate, computerizzate ed elaborate (test di Student e Chi quadrato), utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

Hanno aderito all'indagine 394 studenti (maschi 25%, femmine 75%) fra i 18 e i 44 anni (età media 22

anni). Complessivamente il 43% degli studenti ritiene che "è consentito fumare senza che la salute ne risenta". Questa idea è condivisa dal 49% dei "fumatori" (senza differenze tra maschi e femmine) e dal 37% dei "non fumatori" (con una percentuale più alta tra le femmine rispetto ai maschi). Per contro, solo il 37% dei futuri Infermieri pensa che "fumare nuoce alla salute" senza differenze importanti tra "fumatori" e "non fumatori". Il consumo di sigarette che "consente di fumare senza che la salute ne risenta" è riportato essere in media di 1-2 sigarette al giorno (maschi 2 e femmine 1; $p < 0,01$). Paradossalmente, i non fumatori ritengono innocui consumi più alti (1,7 sigarette al giorno) rispetto ai fumatori (1,1 sigarette al giorno); in particolare, i maschi non fumatori ritengono che fumare in media 3,6 sigarette al giorno sia innocuo (le femmine 1,2; $p < 0,002$). Infine, l'81% dei fumatori (maschi 85%, femmine 80%) dichiara consumi tabagici quotidiani superiori rispetto a quelli ritenuti da loro stessi nocivi per la salute.

Conclusioni

Da questa indagine emerge come gli studenti di alcuni Corsi di Infermieristica considerino innocuo il fumo di tabacco se il consumo è inferiore a dei valori soglia da loro decisi arbitrariamente e diversamente a seconda del genere maschile o femminile, riflettendo alcune delle convinzioni attualmente in voga tra i giovani.

Il Codice deontologico degli Infermieri, al capo IV, articolo 19 recita: "L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione".

Le contraddizioni espresse dagli studenti in questa indagine e la tolleranza verso il tabagismo sono in netto contrasto con quanto enunciato dal codice deontologico che recita come gli infermieri siano promotori di stili di vita sani e di salute. Queste criticità sono da tenere in considerazione nella programmazione del percorso didattico dei Corsi di Laurea in Infermieristica, inserendo per esempio insegnamenti specifici sulle problematiche del tabagismo, della sua prevenzione e del suo trattamento.

Efficacia nel mondo reale di un programma personalizzato per smettere di fumare attraverso internet

M. Amendola¹, S. Morchón², J.M. Ramon-Torrell^{2,3,4}

¹Department of Public Health and Infective Disease, Sapienza University; ²Smoking Cessation Clinic, Preventive Medicine Department, University Hospital of Bellvitge, Feixa Larga s/n, L'Hospitalet de Llobregat, Catalonia (Spain); ³Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), Preventive Medicine Department, University Hospital of Bellvitge, Feixa Larga s/n, L'Hospitalet de Llobregat, Catalonia (Spain); ⁴Clinical Science Department, School of Medicine, University of Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Catalonia (Spain)

Introduzione

In tutto il mondo, il fumo di tabacco è la causa principale di malattie prevenibili e morte prematura. Si stima che il consumo di tabacco uccida

7 milioni di persone ogni anno. Se le attuali tendenze continueranno, entro il 2030 il tabacco contribuirà alla morte di oltre otto milioni di persone all'anno, con l'80% di que-

ste previste nei paesi in via di sviluppo. Internet ha il potenziale per offrire interventi di cambiamento comportamentale, contiene una vasta raccolta di risorse mediche ed è un

canale innovativo per l'erogazione del trattamento, offrendo il potenziale per un approccio di autogestione alla promozione della salute. Tuttavia, l'efficacia dell'invio di e-mail personalizzate che forniscano motivazione, supporto e informazioni per smettere di fumare non è ancora conosciuta.

Materiali e metodi

Il Centro Antifumo dell'Ospedale di Bellvitge di Barcellona, Spagna, ha attivato un intervento personalizzato tramite invio di email all'interno di un programma di cessazione della dipendenza dal tabacco. Per valutarne l'efficacia, è stata scelta come misura di esito (*outcome*) il tasso di astinenza continuativa (CAT)

a 30, 60 e 90 giorni di *follow-up*. Dal 1° gennaio 2015 fino al 30 aprile 2017, un totale di 431 fumatori ha contattato il Centro Antifumo dell'Ospedale di Bellvitge utilizzando il sito web www.bellvitgehospital.cat. Attraverso un modulo online sono state raccolte le informazioni preliminari per tracciare il profilo del fumatore, quindi successivamente è stata avviata una consultazione personalizzata attraverso l'invio di email. È stato fornito materiale di supporto ed è stato raccomandato un trattamento medico in base alle informazioni raccolte.

Risultati

Dei 431 partecipanti che inizialmente hanno contattato il Centro Antifumo, il 18,5% (n = 80) ha partecipa-

to al *follow-up* a 30, 60 e 90 giorni. Durante il *follow-up*, il *patch* alla nicotina è stato il trattamento più utilizzato, seguito dai prodotti contenenti nicotina orale e dalla vareniclina. Il Tasso di astinenza continuativa (CAT) a 30, 60 e 90 giorni è stato rispettivamente del 15,4% (n = 66), 12% (n = 52) e 9,6% (n = 41).

Conclusioni

Il trattamento online sembra costituire una valida alternativa per i fumatori che, per motivi personali, non possono mettersi in contatto con il medico specialista. Una maggiore numerosità campionaria e studi condotti in altre realtà si rendono necessari per confermare i risultati ottenuti in questo studio.

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche: un nuovo piano di studi orientato anche alla prevenzione delle dipendenze

R. Latina¹, D. De Nuzzo², V. Gazzaniga³, M.S. Cattaruzza⁴

¹Infermiere, Direttore Didattico CdL in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Sede San Camillo, Sapienza Università di Roma; ²Infermiere, Direttore Didattico CdL in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Sede Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; ³Professore ordinario, Vice Presidente CdL in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Sedi San Camillo e Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; ⁴Professore associato, Presidente CdL in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Sedi San Camillo e Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Introduzione

Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (CdLSIO) rappresenta il secondo livello di formazione accademica per i laureati in Infermieristica, Infermieristica pediatrica e Ostetricia. Lo scenario dei piani di studio sul territorio nazionale ad oggi è eterogeneo, sebbene i profili professionali dei tre professionisti della prima classe di laurea pongano l'accento sulle competenze che questi professionisti devono possedere al termine del percorso di laurea abilitante, quali la prevenzione, la cura e la riabilitazione, per quanto di competenza. A oggi, in riferimento alle necessità epidemiologiche di questo Paese, in cui prevalgono malattie cronico degenerative e oncologiche e si diffondono nuove dipendenze, diventa necessario, come dalla mo-

zione dello stesso CUN, ridefinire i percorsi di studio del laureato magistrale. Infatti, fino a oggi, questi hanno avuto un approccio più disciplinare che professionale, caratterizzato da contenuti rivolti per lo più al metodo e al sapere scientifico che alla prevenzione o alle competenze professionali specializzate applicate nei contesti di cura. L'apprendimento di competenze spendibili nell'area dell'educazione alla salute, della formazione di base e continua, del *management*, della ricerca di base e dell'assistenza avanzata rappresenta quindi un nuovo obiettivo, in linea con l'aggiornamento necessario per rendere la professione attuale e utile alla società. **Obiettivo:** descrivere la proposta di nuovo piano di studi (manifesto) del CdLSIO attivato dall'a.a. 2018-19.

Materiali e metodi

Partendo dall'esperienza maturata dall'istituzione del CdL nel 2004 (prima Laurea Specialistica) ad oggi, e dalle variazioni di contesto osservate nel campo epidemiologico e nei profili professionali, è stata effettuata una revisione del piano di studi da parte di un gruppo ristretto di docenti, universitari e non, del medesimo CdLSIO, che ha prodotto una prima stesura. Il documento ottenuto è stato discusso attraverso un *brainstorming* con il Decano del Corso di Studi e un ricercatore MED/45, ottenendo una seconda versione che è stata ulteriormente discussa in sede di Consiglio dei Docenti del Corso di Laurea e che attraverso altre proposte e variazioni ha portato alla versione finale, approvata e inviata al manager

didattico di facoltà, e inserita nella programmazione didattica dell'a.a. 2018-19.

Risultati

È stato ottenuto un nuovo piano di studi, che ha dato enfasi in particolare alle seguenti nuove aree di apprendimento: 1) processi assistenziali in cure palliative e terapia del dolore; 2) scienze della salute e *management* del tabagismo; 3) processi assistenziali e modelli or-

ganizzativi (orientati alla cronicità). Inoltre in maniera trasversale è stato dato risalto alla medicina di genere. Dopo poco più di un decennio dalla sua istituzione, questo corso di studi ha inserito, formalmente e per la prima volta, un insegnamento interamente dedicato alla prevenzione del tabagismo e al suo trattamento. Il tabagismo infatti è la forma più diffusa di dipendenza non solo tra la popolazione, ma anche tra gli stessi operatori sanitari.

Conclusioni

L'inserimento di tale insegnamento mira a sviluppare competenze specifiche nella prevenzione e gestione della dipendenza da tabacco, e a valorizzare la componente riflessiva degli stessi operatori, dato sia il ruolo di "modello" per la popolazione che di "risorsa" in un contesto sanitario sempre più efficiente ma non sempre efficace.

Correlazioni tra cronotipo, sensibilità al cambio di stagione e consumo di tabacco e altre sostanze psicoattive legali: uno studio trasversale tra gli studenti di medicina italiani

M. Santini¹, B. Unim¹, M. Nicoli², A. Solimini¹, C. De Vito¹, M.S. Cattaruzza¹

¹Dipartimento di Salute Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ²Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione

Il cronotipo è l'orologio biologico naturale che è determinato dalle attività giornaliere e dalle preferenze riguardo gli orari di sonno. Il fattore ciclico che determina questa preferenza è chiamato preferenza circadiana, che dipende largamente dalle caratteristiche costituzionali dell'individuo.

Il Disturbo Affettivo Stagionale (DAS) consiste in episodi ricorrenti di depressione maggiore che iniziano solitamente in inverno.

Sostanze psicoattive legali come tabacco, alcol, caffè, tè e "energy drink", sono abbondantemente consumate dagli studenti universitari in tutto il mondo, influenzando la loro qualità di vita.

Materiali e metodi

Lo scopo di questa ricerca trasversale è di trovare correlazioni tra i cronotipi degli studenti, la loro sensibilità al cambio stagionale e il consumo di tabacco o altre sostanze psicoattive legali. Le caratteristiche del cronotipo sono state valutate con il "Morningness-Eveningness Questionnaire" versione autosomministrata (MEQ-SA), mentre la su-

scettibilità al cambio di stagione è stata studiata con il "Seasonal Pattern Assessment Questionnaire" (SPAQ). Ulteriori domande all'interno del questionario sono state sintetizzate per valutare il consumo di tabacco e altre sostanze psicoattive legali da parte di studenti universitari di medicina italiani.

I partecipanti sono stati arruolati su base volontaria a partire da ottobre 2017 e hanno completato questionari autosomministrati anonimi.

Risultati

Il gruppo di studio è risultato costituito per il 52,6% da cronotipi serotini e per il 47,4% da cronotipi mattutini (abbiamo usato il punteggio del MEQ per valutare l'orientamento verso uno dei due cronotipi invece di utilizzare le categorie del MEQ). Quasi tutti gli studenti avevano una sensibilità al cambio di stagione da media (59,5%) ad alta (37,8%). La maggior parte degli studenti fumatori consumava più prodotti del tabacco (23,7% vs 13,2%) o altre sostanze psicoattive legali (63,2% vs 23,7%) durante la parte del giorno opposta alla preferenza circadiana. Inoltre, la mag-

gior parte degli studenti fumatori consumava più prodotti del tabacco (23,7% vs 13,2%) o altre sostanze psicoattive legali (57,9% vs 28,9%) in determinate stagioni piuttosto che altre. La metà degli studenti (50,0%) ha dimostrato di essere condizionata sia dal cambio di stagione che dal cronotipo nel consumare prodotti del tabacco o altre sostanze psicoattive legali.

Conclusioni

Lo studio del cronotipo, della sensibilità al cambio di stagione e del consumo di prodotti del tabacco e altre sostanze psicoattive possono fornirci nuove informazioni sulle interazioni tra stile di vita, fattori costituzionali e vulnerabilità all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive. I risultati di questo studio suggerirebbero di includere l'igiene del sonno e una maggiore consapevolezza agli eventuali disturbi affettivi legati al cambio di stagione all'interno delle campagne preventive, per renderle più efficaci nella lotta contro il consumo di tabacco e il consumo eccessivo di sostanze psicoattive.

Validazione di un questionario per valutare i comportamenti legati all'acquisto di prodotti del tabacco su studenti universitari di medicina in Italia

M. Santini¹, B. Unim¹, M. Nicoli², A. Solimini¹, C. De Vito¹, M.S. Cattaruzza¹

¹Dipartimento di Salute Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ²Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione

I comportamenti legati all'acquisto di prodotti del tabacco sono stati investigati in più occasioni nel passato al fine di comprendere le strategie di acquisto adottate dai fumatori, minorenni e adulti, ma sempre solo marginalmente, in quanto questo aspetto non è stato mai considerato un "main topic" come invece è stato fatto qui. Due principali caratteristiche dei comportamenti legati all'acquisto sono: la "rete sociale" (un insieme di contatti costituiti da fumatori di tutte le età dai quali ogni altro fumatore può facilmente ottenere prodotti del tabacco) e la "mancanza di rispetto per le leggi" che proibiscono la vendita di tabacco ai minori da parte di: rivenditori autorizzati, altri adulti e distributori automatici.

Materiali e metodi

Lo scopo di questo studio trasversale è stato quello di validare il nostro questionario, incentrato sui comportamenti legati all'acquisto di prodotti del tabacco nel tempo presente e nell'età minorile, tra gli studenti italiani di medicina, e di

comparare le differenze tra questi diversi periodi della loro vita. Questo questionario anonimo è stato somministrato da settembre 2018 a studenti fumatori ed ex-fumatori su base volontaria.

Risultati

Per quanto riguarda l'età a cui si fuma, anche parzialmente, la prima sigaretta, il 91,1% degli studenti ha dichiarato di essere minorenne al primo consumo. La maggioranza (81,8%) degli studenti ha ammesso di aver offerto sigarette a giovani fumatori, nonostante le possibili conseguenze legali. Tutti i fumatori ed ex-fumatori che hanno iniziato a fumare nell'età minorile, da minori sono riusciti a farsi offrire sigarette da altri minori (100%), hanno acquistato sigarette da altri minori (65,4%) o giovani adulti (57,7%). Sono anche riusciti ripetutamente ad acquistare sigarette dai tabaccai nonostante la minore età, e hanno dichiarato che i loro documenti non sono stati mai (8,3%) o raramente (83,3%) richiesti. Una considerevole parte di loro (84,6%) sono riusciti a bypassare il sistema di verifica dell'età dei distributori automatici

di sigarette utilizzando documenti di adulti e giovani adulti e addirittura esisteva un sistema per essere informati, da altri fumatori, riguardo distributori automatici di sigarette con sistema di rilevazione dell'età difettoso, dai quali si potevano facilmente ottenere sigarette nonostante la minore età (61,5%). Un altro modo comune di ottenere sigarette, nonostante il divieto della legge italiana, era quello di mandare adulti e giovani adulti ad acquistare sigarette al posto loro (76,9%).

Conclusioni

Lo studio approfondito dei comportamenti legati all'acquisto può fornire ulteriori informazioni per comprendere il dilagare del consumo di prodotti del tabacco da parte di adulti e minorenni.

I risultati del presente studio potrebbero essere utilizzati per valutare l'efficacia delle campagne anti-fumo, verificarne punti di forza e debolezze, e migliorarle attraverso un più stretto controllo del processo di acquisto di prodotti del tabacco in Italia.

Influenza del consumo di tabacco sulla composizione del microbiota intestinale: uno studio trasversale tra gli studenti universitari

M. Antinozzi¹, F. Gallè², F. Valeriani³, N. Postiglione², J. Preziosi Standoli¹, V. Romano Spica³, G. Liguori², M.S. Cattaruzza¹

¹Sapienza Università di Roma, Roma; ²Università di Napoli Parthenope, Napoli; ³Università di Roma Foro Italico, Roma

Introduzione

Il microbiota intestinale (MI) è un regolatore cruciale degli stati di salute e malattia e per questo negli ultimi anni numerosi studi si sono concentrati su di esso con il fine di

ottenerne una maggiore comprensione. Il fumo di sigaretta è un fattore di rischio conclamato quasi per ogni patologia e recentemente si è iniziato a valutare i possibili effetti del consumo di tabacco non so-

lo come componente patogenetico in malattie su base multifattoriale, ma anche come elemento capace di influenzare l'ecosistema che alberga all'interno del nostro organismo.

Diverse evidenze scientifiche hanno dimostrato il ruolo del tabacco nell'influenzare la composizione del microbiota intestinale, non correlata a concomitanti cambiamenti nella dieta. Obiettivo del presente studio è quello di studiare l'influenza degli stili di vita con particolare riferimento a dieta, movimento e fumo, sul microbiota.

Materiali e metodi

Agli studenti di alcuni corsi si laurea delle Università degli Studi di Napoli Parthenope e di Roma Sapienza è stato proposto di partecipare allo studio fornendo un campione di feci per valutarne la com-

posizione microbica e compilando alcuni questionari. In particolare, sono stati utilizzati l'International Physical Activity Questionnaire – IPAQ e il Mediterranean Diet Adherence Screener – MEDAS per valutare rispettivamente l'attività fisica e la dieta e sono state proposte alcune domande per valutare l'eventuale abitudine al fumo. L'analisi del MI dei partecipanti è stata effettuata tramite la tecnica di Next Generation Sequencing (NGS) applicata al DNA estratto dai campioni fecali, al fine di ottenere un quadro generale della biodiversità, dei generi e phyla presenti e delle rispettive quantità.

Risultati

Lo studio, tuttora in corso, ha arruolato 42 studenti che hanno accettato di compilare i questionari e fornire campioni di feci.

I risultati preliminari suggeriscono un'associazione tra composizione del MI e stili di vita.

Conclusioni

Una migliore composizione del MI sembra essere associata con i soggetti attivi fisicamente, aderenti alla dieta mediterranea e non fumatori, in linea con la letteratura emergente.

Il ruolo del MMG nella motivazione al cambiamento. Esperienza di un Centro Antifumo nella Casa della Salute della ASL Roma 4 Distretto 2

L. Cacciotti, G. Donato, C. Zaccari, G. Quintavalle

Casa della Salute Ladispoli-Cerveteri, A.S.L. Roma 4, Distretto 2

Introduzione

Nel mese di aprile 2016 è stato istituito nella Casa della Salute del distretto 2, Cerveteri-Ladispoli, della ASL Rm4, un Centro Antifumo di primo livello. L'iniziativa ha preso vita all'interno del percorso di cura integrato per la gestione della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Attualmente i due percorsi, PDTA della BPCO e Centro Antifumo, sono distinti. La responsabile del Centro è un medico di famiglia, *counselor* sistemico, che ha seguito un addestramento all'uso dei farmaci nel Centro Antifumo di Il livello dell'ospedale S. Camillo di Roma. Si riportano i risultati dell'attività di 18 mesi, sei dell'anno 2016 e dodici tra maggio 2017 e aprile 2018.

Materiali e metodi

Il percorso è offerto gratuitamente ai cittadini del distretto 2 della ASL Roma 4. Durante i primi sei mesi le

persone sono state arruolate solo dagli specialisti (Cardiologi, Pneumologi, Diabetologi) in servizio nella Casa della Salute, proprio per sottolineare l'appropriatezza della cessazione del fumo in condizioni di alto rischio cardiovascolare; successivamente sono stati coinvolti anche i Medici di famiglia. L'invio dei pazienti avviene attraverso la compilazione di un modulo nel quale vengono elencate le patologie del paziente fumatore. Il ritmo delle visite è inizialmente settimanale, diventa quindicinale, poi mensile e trimestrale dopo la cessazione del fumo, fino al compimento dei dodici mesi.

Risultati

In diciotto mesi hanno avuto accesso al centro antifumo 54 pazienti; di questi 12 (22,2%) hanno smesso di fumare. I restanti 42 (78,8%) hanno rinunciato al percorso.



Conclusioni

Il ruolo del Medico di famiglia è centrale nella motivazione al cambiamento, ancora di più nella lotta al tabagismo. Considerando l'esiguità del numero degli accessi, 54 persone nell'arco di 18 mesi, in un bacino d'utenza di 80.000 persone, riteniamo che un maggiore coinvolgimento dei Medici di famiglia sul fronte del tabagismo, possa essere un'opportunità unica nella diminuzione delle patologie tabacco correlate.

L'esercizio-terapia all'interno di un progetto territoriale per la prevenzione del tabagismo "A spasso senza te, no cikka day"

A. Brignolo, M. Becchio, A. Bursuc, F. Crestanello, L. Vittoria, M. Baruchello, A. Consoli

Dipartimento Dipendenze Centro Trattamento Tabagismo, ASL TO 5, Ospedale di Carmagnola, Torino

Introduzione

Il fumo di tabacco rappresenta ancora oggi un'importante sfida di salute pubblica.

In tema di tabagismo, il Dipartimento Dipendenze dell'ASL TO 5, in questi ultimi anni, ha promosso un miglioramento dei processi ambulatoriali di assistenza dei fumatori di tabacco, attraverso diverse procedure. Nonostante ciò, i tassi di remissione completa e l'astinenza protratta della patologia tabagica rimangono bassi e non superiori al 34%, dati in accordo con quanto riportato dalla letteratura. L'esercizio-terapia può essere considerato un trattamento aggiuntivo per questa tipologia di pazienti per numerosi vantaggi: sollievo dei sintomi di astinenza, riduzione del "craving", miglioramento dello stato di salute e bassi costi. Per avvalorare queste affermazioni, il Dipartimento Dipendenze dell'ASL TO 5 ha strutturato un progetto territoriale di prevenzione del fumo di tabacco: "A SPASSO SENZA TE - NO CIKKA DAY", caratterizzato dall'impiego di tale approccio. L'ASL ha visto la partecipazione dell'Ente locale, unitamente a due Associazioni del territorio, Legambiente e Campus del Cammino, oltre al gratuito patrocinio della SITAB.

Materiali e metodi

Da un punto di vista organizzativo e metodologico si è provveduto, nelle settimane precedenti gli eventi pubblici, a lanciare una diffusa

pubblicità alla popolazione, con invio delle locandine ai Medici di Medicina Generale, agli Specialisti Ospedalieri, alle farmacie del territorio e ai Distretti sanitari.

Il progetto ha previsto un totale di quattro eventi aperti alla popolazione, nel parco della cittadina di Carmagnola, in cui gli Operatori del Ser.D misuravano i livelli di monossido di carbonio prima e dopo la camminata dei partecipanti spontanei all'iniziativa.

Erano inoltre previsti ulteriori momenti di sensibilizzazione e promozione degli stili di vita salutari e di un approccio ecologico al problema, che ha anche previsto una raccolta dimostrativa di cicche di sigarette in luoghi di particolare valore simbolico.

Risultati

Nel corso dei quattro eventi sono stati raccolti dati su un totale di 97 individui, 64 adulti e 33 minorenni, accompagnati dall'insegnante di educazione fisica. L'età media del campione degli adulti è stata di 58 anni ($\pm 11,5$), mentre tra i ragazzi l'età media era di 15 anni ($\pm 0,5$). Tra i 64 adulti, la distribuzione di frequenza dei fumatori era la seguente: 23 fumatori (36%), 20 ex-fumatori (32%), e 21 non fumatori (32%); tra i 33 ragazzi si è riscontrata una prevalenza di fumatori del 60% (20 persone). I livelli di monossido di carbonio medi nell'espirato, misurati prima della passeggiata erano, per gli adulti: fumatori

(CO = 13 ppm), ex-fumatori (CO = 0,55 ppm) e non fumatori (CO = 1 ppm); nei ragazzi che fumavano, i livelli medi di monossido di carbonio erano di 6,65 ppm. I valori di monossido di carbonio, prima e dopo la passeggiata, sono stati misurati a 29 adulti. Quello che risulta significativo è che se l'80% dei fumatori con livelli di CO superiore a zero rimaneva tale anche dopo la passeggiata di un'ora, l'88% degli ex-fumatori e non fumatori con livelli di CO superiore a zero, miglioravano sensibilmente dopo aver camminato per circa un'ora.

Conclusioni

Dall'esperienza effettuata e documentata è possibile confermare che per i fumatori sono necessari tempi più lunghi per ridurre i livelli di monossido di carbonio o allenamenti costanti. Per i non fumatori o ex-fumatori con livelli di monossido di carbonio superiori a zero, la camminata si rileva proficua per il miglioramento del respiro. Inoltre si osserva che l'offerta di attività promozionali e di sensibilizzazione della popolazione facilita il contatto con parte di popolazione sommersa, costituita dai ragazzi, che difficilmente sarebbero giunti in ambulatorio per un consulto e/o per la misurazione del monossido di carbonio. Questi eventi hanno aperto la possibilità di replicare l'esperienza negli altri territori dell'ASL TO 5.

Ringraziamento ai revisori 2018

Si ringraziano i revisori che hanno partecipato ai referaggi degli articoli apparsi sui 4 numeri di Tabaccologia:

Daniel L. Amram, Fabio Beatrice, Maria Sofia Cattaruzza, Fiammetta Cosci, Fulvio Fantozzi, Silvano Gallus, Giuseppe Gorini, Giacomo Mangiaracina, Nolita Pulerà, Antonio Sacchetta, Elisabeth Tamang, Alessandro Vegliach.

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. 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

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 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.

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

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. 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,

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.

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



**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.

AspiraGo³⁰®

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^{Plus}®

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

