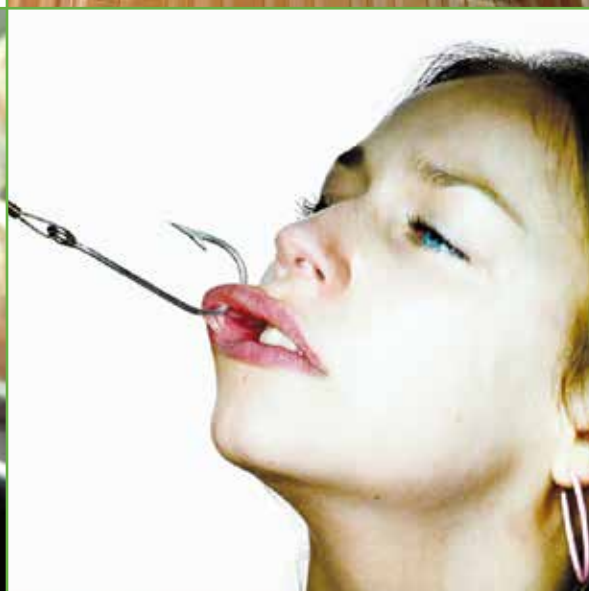
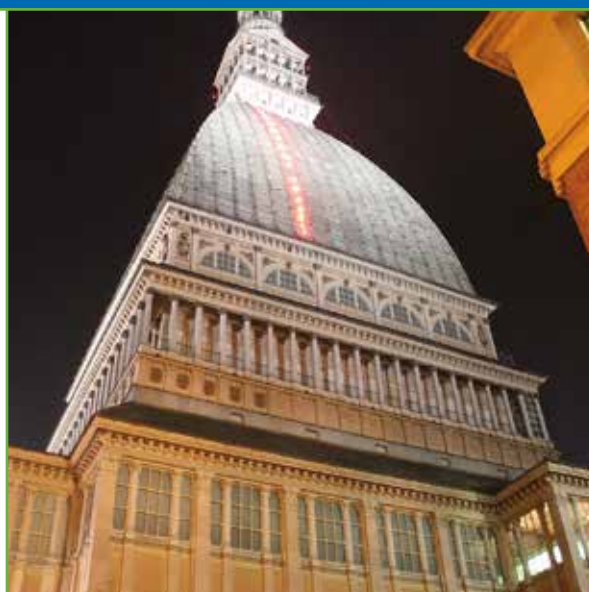


TABACCOLOGIA

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study of tobacco, tobacco use and tobacco-related diseases



Smokefree movie
A 10 anni dalla Legge Antifumo
Atti del X Congresso Nazionale SITAB
Usò medico assistito della sigaretta elettronica



Cosa bolle in redazione

Oui, aussi nous sommes Charlie Hebdo

Cari lettori di Tabaccologia

L'inizio del 2015 purtroppo è stato funestato dalla esecrabile strage dei redattori di «Charlie Hebdo» a Parigi e ai quali, a modo nostro, noi di Tabaccologia rendiamo omaggio in questo numero.

A fronte di questo tragico evento, il 10 gennaio abbiamo festeggiato il decimo anno dell'entrata in vigore della **legge antifumo** (10 gennaio 2005-15), convenzionalmente detta Legge Sirchia, dall'ex ministro della Salute che se ne fece promotore e paladino per l'entrata in vigore. In questo numero ne ricordiamo le ansie, le polemiche e le fibrillazioni, assieme alle soddisfazioni di chi si è battuto in prima linea, dei non fumatori e della popolazione generale.

Nell'incontro commemorativo, avvenuto a Roma presso la scuola Visconti e organizzato dall'Agenzia Nazionale della Prevenzione, ha visto per la prima volta la presenza di due Ministri del Governo della Repubblica (Lorenzin e Lanzetta) e un ex Ministro, il prof. Girolamo Sirchia, padre della legge in questione. In quella sede, nell'ottica della prevenzione primaria del tabagismo nei giovani, il Ministro della Salute Lorenzin ha sferzato e sollecitato autori, registi e produttori, a dotarsi di un codice etico di autoregolamentazione degli eventi fumo nei film e nelle fiction televisive.

Ovviamente ciò ha sollevato un vespaio e una levata di scudi degli interessati sventolando, a sproposito, un presunto attentato alla libertà di espressione.

Su questo tema ritorna da par suo il nostro Direttore nel suo consueto editoriale. Da questo numero, nell'ottica di un sempre maggiore miglioramento di Tabaccologia e al fine di dare una più ampia visibilità, anche internazionale, tutti gli editoriali saranno pubblicati in doppia lingua (italiano e inglese), grazie alla disponibilità del dr. Daniel L. Amram, già punto di forza della nostra redazione.

Gran parte di questo numero è impegnato dal report del **X Congresso Nazionale SITAB** e dalla pubblicazione degli abstract delle interessanti comunicazioni scientifiche che si sono succedute il 14 e 15 novembre 2014. Nella sezione degli articoli originali vi segnaliamo quello di Zamboni, Lugoboni et al. sul fumo di sigaretta nei tossicodipendenti da eroina, in terapia sostitutiva metadonica, in uno studio di confronto a distanza di dieci anni.

Altro articolo originale è quello del neo-presidente SITAB, Fabio Beatrice, che assieme al Direttore OSSFAD Robeta Pacifici et al, espone i dati preliminari a 4 mesi di uno studio sull'uso medico assistito della sigaretta elettronica (e-cig) nella riduzione del danno da tabagismo. Le prime conclusioni vanno nella direzione di una utilità della e-cig, a patto che venga utilizzata in «maniera corretta...».

Vincenzo Zagà

✉ caporedattore@tabaccologia.it

Sommario

EDITORIALI

- Storie di cinema e di proteste [G. Mangiaracina] **3**
A story of cinema and protest
- Quello splendido lungo addio [V. Zagà] **7**
That marvellous long good-bye
- A favore di una strategia endgame del tabacco in Italia **11**
 [AIE, SITI, SNOF, SITAB, et al.]
A plea for a tobacco "endgame strategy" in Italy

X CONGRESSO NAZIONALE SITAB

- La tabaccologia italiana a congresso **15**
 [P. Lancia, M.S. Cattaruzza]

ATTI DEL X CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

- Insieme per un ambiente sanitario libero dal fumo: l'esperienza di 14 Aziende Sanitarie del Piemonte e Valle d'Aosta [C. Piccinelli, A. Coppo, L. Giordano, G. Fornero, O. Bertetto] **18**
- Farmacoterapia e auricoloterapia per la cessazione del fumo: studio osservazionale [C. De Marchi, D. Concina] **18**
- Anni di vita guadagnati e riduzione del rischio di morte con lo smettere di fumare **19**
 [G. Gorini, A. Martini, L. Carrozzini, F. Pistelli, F. Falcone, G. Viegi, G. Carreras]
- La nicotina e le funzioni affettive [F. Cosci] **20**
- Incidenza e conoscenze relative al tabagismo in pre-adolescenti e adolescenti **20**
 [V. Zagà, E. Truffelli, L. Simonetti, M. Bisconti]
- Cessazione del fumo in Italia [G. Gorini, S. Gallus, G. Carreras] **21**
- Tabagismo e fertilità **21**
 [F. Zucchetto, B. Tinghino, M.B. Dal Canto, F. Brambillasca, M. Mignini Renzini, R. Fadini]
- Valutazione del rischio chimico da vaporizzatori (e-cigarette) nei luoghi di lavoro [C.C. Lombardi, G. Di Cicco, G. Mangiaracina, V. Zagà] **22**
- L'aumento del prezzo del tabacco in Italia: una politica vantaggiosa? [C. Piccinelli, N. Segnan] **23**
- Valutazione dell'astensione dal fumo di sigaretta sul medio-lungo termine dopo la partecipazione al progetto *Smoke Free Class Competition* [V. Zagà, A. De Blasi, P. Gremigni] **23**
- Conviene investire in politiche per promuovere lo smettere di fumare o in un programma di screening per tumore del polmone? [G. Gorini, G. Carreras, E. Paci] **24**
- L'ipnosi nella disassuefazione dal fumo: un'esperienza ospedaliera decennale [N. Aldo] **24**
- Valutare ed accrescere la motivazione al cambiamento: utilizzo delle scale vmc2-t [V. Spiller] **25**
- Lo screening cervicale come occasione per fare counselling sullo smettere di fumare [G. Gorini, G. Carreras, A. Iossa, E. Chellini, L. Giordano, A. Coppo, E. Anghinoni, F. Talassi, M. Galavotti] **26**

ORIGINAL ARTICLE

- Il fumo di sigaretta nei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva metadonica. Dieci anni dopo cosa è cambiato? [L. Zamboni, F. Lugoboni, C. Resentera, P. Guadagnini, L. Morbioli, M. Zerman, GICS] **27**
Cigarette smoking among heroin addicts in methadone maintenance treatment. Ten years later, what has changed?
- Risultati preliminari a 4 mesi di uno studio sull'uso medico assistito della e-cig nella riduzione del danno da tabagismo [F. Beatrice, S. Pichini, S. Graziano] **31**
Preliminary results after 4 months of a study on medically assisted use of the electronic cigarettes in tobacco smoking harm reduction

- NEWS & VIEWS **38**



Direttivo Nazionale SITAB 2014-2017

PRESIDENTE

Dott. Fabio Beatrice
Direttore S.C. Otorinolaringoiatria, Osp. S. Giovanni Bosco, Torino. Direttore del Centro per la Cura e la Prevenzione del Tabagismo, ASLTO2.
presidenza@tabaccologia.it

VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO

Dott. Vincenzo Zagà
Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL Bologna, caporedattore Tabaccologia.
caporedattore@tabaccologia.it

PAST PRESIDENT

Dott. Biagio Tinghino
Responsabile U.O. Dipendenze e Centro per il Trattamento del Tabagismo ASL di Monza, Commissione per gli Stili di Vita, Regione Lombardia.
tinghino.biagio@aslmb.it

TESORERIA

Dott. Stefano Cifiello
Tesoriere: Stefano Cifiello (Psicologo, Coordinatore CAF Regione Emilia-Romagna, responsabile CAF AUSL di Imola).
s.cifiello@auslimola.bo.it

SEGRETERIA

Dott.ssa Francesca Zucchetta
Psicologa, Segreteria SITAB.
segreteria@tabaccologia.it

DIRETTORE di TABACCOLOGIA

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

CONSIGLIERI

Dott.ssa Maria Sofia Cattaruzza
Università degli Studi di Roma Sapienza.
mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it

Fiammetta Cosci
Dipt. di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze.
fiammetta.cosci@unifi.it

Dott. Fabio Lugoboni
Servizio di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera di Verona, Scuola di Specialità di Medicina Interna e Psichiatria, Università di Verona.
fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.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

www.tabaccologia.it

Tabaccologia

TABACCOLOGIA

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

ORGANO UFFICIALE SITAB SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

Direttore Scientifico: Gaetano Maria Fara (Roma)
gaetanomaria.fara@uniroma1.it

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

Comitato Scientifico-Redazionale: Daniel L. Amram (Pisa), M. Sofia Cattaruzza (Roma), Christian Chiamulera (Verona), Fiammetta Cosci (Firenze), Charilaos Lygidakis (Bologna), Giovanni Pistone (Novara), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico italiano: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Lucio Casali (Pneumologia-Università di Perugia), Mario Del Donno (Benevento), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Nolita Pulerà (Livorno), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Girolamo Sirchia (Università di Milano), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Giovanni Viegi (Direttore CNR, Palermo), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma).

Comitato scientifico internazionale: Michael Fiore (University of Wisconsin, Madison-USA), Mariella Debiasi (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic-Rochester USA), Richard Hurt (Mayo Clinic-Rochester USA), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Oxygene, Svizzera), Jean François Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerström (Smokers Clinic and Fagerström Consulting - Svezia), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Jacques Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Brianna Rego (Antropologia Stanford University, USA), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania).

Con il Patrocinio: Associazione Pazienti, BPCO, FederAasma, LILT, Fondazione ANT Italia, ALIBERF - Associazione Liberi dal Fumo

Segreteria di redazione/marketing: tabaccologia@gmail.com

Realizzazione editoriale: Graph-x Studio (www.graph-x.it)

Stampa: Ideostampa via del Progresso s.n.
61030 Calcinelli di Saltara (PU)

Si ringrazia per le traduzioni Daniel L. Amram

Tutti i diritti riservati, è vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore. Per le immagini pubblicate restiamo a disposizione degli aventi diritto che non si siano potuti reperire.

*Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003
Cod. ISSN 1970-1187 (Tabaccologia stampa)
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)*

Finito di stampare nel mese di febbraio 2015.



Storie di cinema e di proteste

A story of cinema and protest

Giacomo Mangiaracina

“**N**ick Nailor non nasconde la verità... la filtra”. Per mesi fu lo strillo italiano del trailer di “Thank You for Smoking”, fortunatissimo film con un insuperabile Aaron Eckhart nei panni di un lobbista-faccendiere delle compagnie del tabacco, che il suo lavoro lo fa per convinzione e vocazione, per fede autentica nei valori della retorica e del business aziendale.

È un film che consiglio come strumento di lavoro per tabaccologi e operatori della prevenzione, e che uso nella formazione, che permette a studenti e allievi di capire quale lavoro attento, meticoloso e costante sta alla base del consolidamento del mercato del tabacco.

I colossi del tabacco, nella sola Italia, ne hanno 31 di *Nick Nailor*, più faccendieri che lobbisti nel senso puro del termine, il cui lavoro è sempre occulto nell'incontro con i politici, più fuori dal palazzo che dentro. E la corruzione è sempre dietro l'angolo, a tutto vantaggio degli interessi economici dell'azienda e persino della nazione. Lo testimoniano la visita e il discorso inaugurale del presidente Renzi alla Philip Morris, dove non una sola parola pronunciò sui problemi del tabacco, ma celebrò unicamente le 600 assunzioni strategiche. D'altro canto perché mai la PM avrebbe scelto l'Italia per impiantare l'unica fabbrica europea della sua “iQos”? Chi avrebbe avuto il coraggio di opporsi? Altresì lo strano nome “iQos” sembra ispirarsi all'IKOS, un modello matematico ed economico per le strategie commerciali, perché di questo in fondo si tratta.

Nick Nailor insegna poi a tutti che le compagnie del tabacco sono le prime a non volere che la gente muoia precocemente, perché ciò limiterebbe i profitti e che sono pronte ad investire un enorme patrimonio per la prevenzione. In Italia lo hanno fatto con il MOIGE, la LIAF e con il Mentoring, ossia il tutoraggio faccia a faccia tra un operatore e un adolescente. Per raggiungere qualche risultato con il mentoring (di matrice Usa), un milione di operatori italiani dovrebbero lavorare senza

“**N**ick Nailor doesn't hide the truth, he filters it”. For months it was the Italian catchphrase for the “Thank you for smoking” trailer, a very successful movie with a superlative Aaron Eckhart playing the role of a lobbyist fixer of the tobacco companies, who does his job with conviction and vocation, with genuine faith in values of rhetoric and in companies' businesses. It's a movie that I advice everyone to see as a work instrument for tobaccologists and prevention operators, that I use for formation purposes, which helps students and learners to understand what kind of scrupulous, meticulous and continuous work is needed to consolidate the tobacco market.

The colossal industries of tobacco, only on the Italian boundaries have 31 *Nick Nailors*, more fixers than lobbyists from a purist point of view, whose job is always in the shade, encountering politicians, more often outside the palace than inside. And corruption is always behind the corner, all to the advantage of economical interests of the firms and even of the Nation. A proof of this is the recent inaugural speech pronounced by Prime Minister Renzi to the Philip Morris Company (PM) firm, in which not even a word was spent for tobacco linked health problems; instead he only celebrated the strategically important 600 employments. Why else would PM have chosen Italy to establish the only European factory of her “iQos”? Who would have had the courage to show opposition? On the other hand the strange name “iQos” seems to be inspired by IKOS, a mathematic and economical model for commercial strategies, because, at the end, this is what it is all about.

Nick Nailor teaches to us all that the tobacco companies are the first ones to not want people to die too early, because that would reduce the profits and they are ready to invest a huge amount of money for prevention purposes. In Italy, this was done with the MOIGE, the LIAF and the Mentoring, that is to say a face-to-face mentoring between a caregiver and a teenager. In order to get to some



mai fermarsi per quarant'anni. Ma al tempo stesso mostra con disinvoltura l'ambito di eccellenza che permette di tenere e sviluppare il mercato del tabacco: il Cinema. C'è proprio tutto in questo scrigno d'arte cinematografica.

Che il Cinema sia la fabbrica dei miti è noto a tutti, e i miti hanno spesso avuto una sigaretta fra le labbra. Il Cinema ha plasmato e plasma gli atteggiamenti e i comportamenti umani, in una parola, la cultura. Lo sappiamo da sempre ma è consolidato dalla letteratura scientifica mondiale il fatto che gli atti-fumo nel Cinema e nella televisione influenzano l'adozione di comportamenti tabagici nei giovani perché ritenuti *cool*. Bere e fumare sono comportamenti *cool*, ammantati di fascino e bellezza. E l'OMS si è espresso con chiarezza a riguardo, mettendo a disposizione documentazione in rete [1].

Va ricordato che nel 2002, Di Franza, con Nancy Rigotti ed altri collaboratori, coniarono il termine appropriato di *Hooked On Nicotine Checklist (HONC)*, ovvero di ragazzi "agganciati, presi all'amo nella lista della nicotina", sulla base delle evidenze [2]. E venne pure elaborato un questionario che qualche anno dopo fu commentato da Claudio Poropat su *Tabaccologia* [3, 4].

Anche le linee guida per l'attuazione dell'articolo 13 della *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*, ratificata dall'Italia, sono esplicite in materia di pubblicità e di sponsorizzazioni [5]. Queste le raccomandazioni reiterate e spesse volte ripetitive perché non vi sia fraintendimento, per le quali dovrebbe essere vietato quanto segue:

- Ogni forma di promozione e di sponsorizzazione, senza alcuna eccezione.
- Ogni forma di pubblicità diretta e indiretta, promozione e sponsorizzazione.
- Gli atti che mirano a promuovere o che avrebbero comunque effetti promozionali.
- La promozione sia dei prodotti che del consumo di tabacco.
- Le comunicazioni, le raccomandazioni e le azioni commerciali.
- I contributi a qualsiasi tipo di evento, attività o persona.
- La pubblicità e la promozione di marchi di tabacco e qualsiasi promozione aziendale attraverso i media tradizionali (stampa, televisione e radio) e tutte le piattaforme mediatiche (internet, cellulari e nuove tecnologie) come anche per i film.

I "film" sono citati alla fine delle raccomandazioni ma ci sono. D'altro canto la Giornata mondiale senza tabacco del 2003 aveva proprio per tema

result with mentoring (American style), one million Italian operators should work without stopping for forty years. But in the same time, it shows without concealment the field of excellence which permits to keep and develop the tobacco market: movies. There is all of this in the treasure trove of cinematographic art.

That movies be the factory of myths is a well known statement, and myths often had a cigarette between his or her lips. Movies had influenced human ways of being and behaviours in a word, culture, and they still do. We know that for a long time, but it is consolidated by an international scientific literature, that smoking correlated actions on movies and on television influence the choice of using tobacco oriented behaviours among youngsters who consider that cool. Smoking and drinking alcohol are cool behaviours, adorned by fascination and beauty. And the WHO gave clear declarations on that subject, delivering available on-line documents [1]. It should be remembered that in 2002, Di Franza, Nancy Rigotti and other collaborators, coined the appropriate expression "Hooked on Nicotine Checklist (HONC)" that is, kids that got hooked by nicotine, on evidence basis [2]. A questionnaire on this argument was applied, and a few years after it was commentated by Claudio Poropat on "Tabaccologia" [3, 4]. Also the guidelines for the execution of article 13 of the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), approved by Italy, are explicit on publicity and sponsorship arguments [5]. Here are the recommendations many times repeated in order to not be misunderstood, by which the following should be forbidden:

- Any kind of promotion and sponsorship, without any exception.
- Any kind of direct or indirect advertisement promotion and sponsorship.
- Actions which aim to promote or which may have promotional effects.
- Promotion of both products and consumption of tobacco.
- Communications, recommendations and commercial actions.
- Contributions to any type of event, activity or person.
- Advertisement and promotion of tobacco brands and any firm promotion by means of traditional media (newspapers, televisions, radios) and each media platform (internet, mobile phones and new technology) also such as movies.

Even if "Movies" are mentioned at the end of the recommendations, they still are. On the other



“Tobacco free films, tobacco-free fashion”, cinema e moda senza tabacco [6], per il quale sono chiare le raccomandazioni dell’OMS:

- Chiedere una dichiarazione dei registi che non ricevano soldi dalle compagnie del tabacco
- Vietare la visualizzazione di marchi di sigaretta nei film
- Proiettare pubblicità “antitabacco” prima della visione di un film con scene di fumo
- Vietare ai minori la visione dei film con atti-fumo.
- Vietare l’accesso a sovvenzioni pubbliche di film con atti-fumo.

Tutto questo è stato riproposto in chiave di comunicazione dalla campagna britannica “Smokefree”, finanziata dal Sistema sanitario nazionale inglese, dai toni molto forti: “The average smoker needs over five thousand cigarettes a year. Get unhooked” (la media dei fumatori ha bisogno di oltre cinquemila sigarette l’anno. Non farti agganciare). I toni forti sono stati quelli delle immagini e dei filmati, che hanno sollevato persino proteste di cittadini, dove si vedono persone e ragazzi brutalmente presi all’amo come pesci, strattonati e trascinati da un filo di lenza, da classico dell’horror, fino a essere condotti a fumare [7].

Allora cos’è questa storia dei registi italiani che ai primi di gennaio 2015 protestano contro il ministro della salute Beatrice Lorenzin per il timore che nei film venga attuato il divieto di atti fumo? Semplicemente un’idiozia. Chi ha sparso questa voce? Nessuno. È stata creata ad arte da qualcuno, e i poveri registi italiani per una volta sono stati sottoposti senza volerlo ad un’altra alta regia. Occulta. Se si fossero rivolti a noi prima di dare l’adesione al becero documento, avremmo offerto loro spiegazioni giuste e sensate. Perché quella protesta non ha senso. E lo spieghiamo. È stata una reazione spropositata a ciò che è avvenuto il 9 gennaio a Roma, alla celebrazione del decennale della Legge Sirchia.

In quella occasione presentammo il progetto “The Answer, la risposta siamo noi”. Si tratta di un progetto cinematografico di cui abbiamo costruito la storia con una classe di ragazzi dell’istituto Visconti, con tre mesi di *focus group* che ho realizzato personalmente con la supervisione di due

hand, the 2003 World Smoke-Free Day had the theme “Tobacco free films, tobacco free fashion”, for which the WHO recommendations were clear [6]:

- *Ask the directors to sign up a declaration that no funds are accepted from the tobacco companies.*
- *Forbid the sight of cigarette brands in the movie.*
- *Project “anti-smoke” advertisement before the sight of a movie containing smoking scenes.*
- *Rate movies with smoking scenes.*
- *Forbid access to public funds for movies containing smoking scenes.*

All this had been proposed in a communicative key by the “Smokefree” campaign in UK, financed by the British National Health System, with strong tones: “The average smoker needs over five thousand cigarettes a year. Get unhooked”. The strong tones were those of the images and the movies,



which had even been criticised by some citizens, in which people and kids were harshly hooked like fish, yanked and dragged by a fishing line, just as if it were a typical horror film, and be obliged to smoke [7].

So what’s all this story about some Italian movie directors who, in the beginning of January 2015, protested against the Italian Health Minister Beatrice Lorenzin, fearing that it could be forbidden to smoke during the movies? Simply an idiocy. Who spread that voice? Nobody. It had been artfully created by somebody, and the poor Italian movie directors, once in their lives, had been unwittingly obliged to obey to another higher director. Occult. If they had addressed themselves to us, before giving membership to that boorish document, we could have given them the right and meaningful explanations. Because that protest has no sense. And we can explain why. It was an exaggerated reaction to what had happened on January 9 in Rome during the celebration of the tenth anniversary of the Sirchia Law.

In that occasion, we presented the “The Answer, la risposta siamo noi” project. It is a film-project in which we elaborated a story with a High School class of the Visconti Institute in Rome, with three months of focus group activity that I personally realised with the supervision of two psychotherapists of the National Agency of Prevention, and built up

psicoterapeuti dell'agenzia nazionale per la prevenzione, e costruito anche la sceneggiatura in collaborazione con l'attore e regista Ludovico Fremont. Le riprese inizieranno ad aprile. Il film è strutturato per diventare uno strumento di lavoro per le scuole e gli insegnanti, per fare prevenzione del tabagismo.



Abbiamo voluto utilizzare in forma sperimentale lo stesso strumento che da decenni utilizzano le compagnie del tabacco, il Cinema. Scendiamo sul loro terreno anche se con risorse non paragonabili alla loro potenza economica. E diciamo subito a quei poveri registi che hanno aderito a questa inutile fantasmatica protesta che è del tutto impensabile oltre che impossibile vietare il fumo nei film, perché si tratta di forme artistiche che raccontano la vita così com'è. Protestiamo però con forza contro la promozione di sigarette come *product placement* che nulla ha a che vedere con l'arte ma con il business. Chi fa cinema sa perfettamente di cosa stiamo parlando. I produttori conoscono bene *Nick Nailor*, che porta loro tanti bei soldoni e poi lo rivela al mondo intero con candore.

Perciò niente timori, cari Sorrentino, Ammaniti, Virzì, Muccino, Archibugi, Salvatores e compagnia bella. Fate pure cinema tranquillamente, continuate a regalarci opere preziose, ma in nome dell'onestà. Per il bene di tutti.

Ma se c'è un appunto da fare lo facciamo a Fabio Fazio, che nel suo "Che tempo che fa" del 17 gennaio ha inviato un messaggio esplicitamente incoraggiante ai fumatori. Partendo dal fatto che fumare faccia male e che lui pertanto non fuma, ha usato toni sarcastici sulla questione della protesta sul presunto quanto inesistente "divieto-di-fumo-nei-film", dicendo che senza la sigaretta l'ispettore Maigret farebbe le bolle di sapone, Clint Eastwood in "per un pugno di dollari" avrebbe in bocca una cerbottana, James Dean ciuccerebbe una girella di liquirizia e Audrey Hepburn esibirebbe un grissino, concludendo squallidamente: "Mi verrebbe voglia di cominciare a fumare". La disinformazione è un vero regalo alle compagnie del Tabacco. ■

also the scenery with the collaboration of the film director and actor Ludovico Fremont. We started shooting in April. The movie is structured to become an instrument for schools and teachers, for anti-tobacco prevention purposes. We wanted to use experimentally the same instruments that since decades the tobacco industries use, the cinema

films. We use their very arms, even if with funds not even near their economical strength. And let's say right away to those poor film directors who signed in this useless so-called protest, that it is completely out of mind not only to forbid smoking in films, because to be considered as a kind of artistic form of telling how life really is. We protest however with vigour against promotion of cigarettes as a product placement that has nothing to do with art; its only business. Those who make movies know perfectly what we are talking about. The producers know Nick Nailor, who brings to them lots of nice dough, very well, and then they reveal to the whole world their innocence. And so, my dear friends Sorrentino, Ammaniti, Virzì, Muccino, Archibugi, Salvatores and so on, no fear. You may keep on your filmmaking, keep on gifting us with your precious work, but in the name of honesty. For the well being of everyone.

But there is a remark we would like to give to Fabio Fazio, who, during his "What is the weather" TV show on Jan. 17, sent a explicit message to encourage smokers. From a starting point that smoking is dangerous, and that for that reason he is not a smoker, he used sarcastic tones upon the question of the protest and on the so-called and never existed "smoking-ban-in-films", saying that without smoking Inspector Maigret would make soap bubbles, Clint Eastwood in "for a fistful of dollars" would be sucking on a liquorice stick and Audrey Hepburn would show a breadstick, miserly concluding: "It would give me the urge to start smoking". Misinformation is a true gift to tobacco companies. ■

Giacomo Mangiaracina ✉ direttore@tabaccologia.it
MMG, Roma, Direttore di Tabaccologia

BIBLIOGRAFIA

1. www.who.int/tobacco/publications/marketing/smoke_free_movies_2nd_edition/en/.
2. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, Coleman M, Wood C. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths (DANDY) Study. Archives of Pediatric Adolescent Medicine. 156:397-403.2002.
3. www.livingwellseontario.ca/livingwell/assets/File/Webinars/Hooked%20on%20Nicotine%20Checklist.pdf.
4. Poropat C, Montina G, Sponza A. Il fumo negli adolescenti: dall'uso alla dipendenza. Tabaccologia, 2005, 1:29-34.
5. www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf?ua=1.
6. www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2003/en/.
7. <http://it.adforum.com/creative-work/ad/player/6691956>.



Legge Sirchia: 10 gennaio 2005-15 / *The Sirchia Law: January 10, 2005-2015*

Quello splendido lungo addio

That marvellous long good-bye

Vincenzo Zagà

“**H**anno sognato, tramato, strillato, preteso, minacciato per un rinvio, fino all'ultimo momento, che non c'è stato. Ufficialmente un rinvio a termine, tre-sei mesi. Segretamente sine die. E la lobby pro-tabacco ha dato il meglio di sé, richiamando a raccolta i suoi figli migliori. Il ministro Sirchia ha così dovuto fronteggiare levate di scudi di politici e ministri fumatori sostenuti, con mille distinguo, da un fertile sottobosco di ex e non fumatori viscidamente basculanti fra garantismo e salutismo e da una Federazione Italiana Pubblici Esercenti (FIPE) e Confcommercio con l'ineffabile allora presidente Billè, “sinceramente” preoccupato di un apocalittico quanto improbabile tracollo economico degli esercizi pubblici! Tutto ciò non era casuale visto che la Confcommercio/FIPE era diventata azionista di minoranza della British American Tobacco Italia (BAT) che aveva acquistato dal Ministero delle Finanze e del Tesoro gli ex Monopoli di Stato” [1].

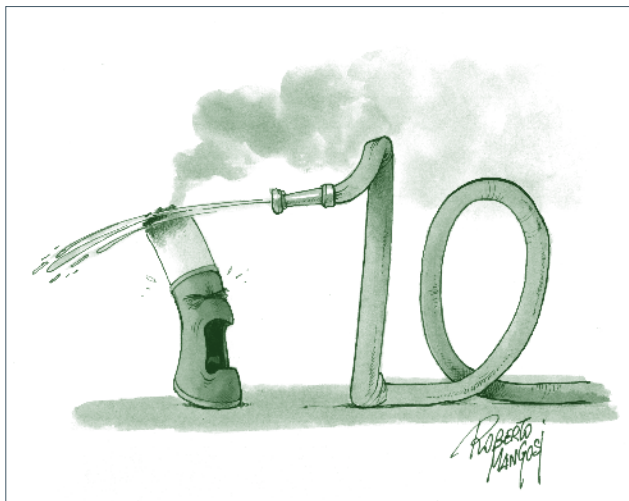
È quanto riportavamo su “Tabaccologia” all'indomani dell'entrata in vigore della legge antifumo. Fotografavamo così l'Italia dei fumatori e dei lobbisti pro-tabacco praticamente sull'orlo di una crisi di nervi e in fibrillazione per quel lungo e sofferto, ma per noi splendido lungo addio ad ancestrali e consolidate usanze, abitudini, ritualità assolutamente non curanti dei non fumatori. Ma l'ora X finalmente era arrivata, ineluttabile, a dispetto degli abituali italiani andazzi levantini, grazie all'ostinata e granitica tenacia dell'allora Ministro della Salute, prof. Girolamo Sirchia, a non cedere all'assedio mass-mediatico

“**T**hey dreamed, intrigued, yelled, pretended, menaced for a postponement, which, at the end, they didn't obtain. Officially they demanded a three to six months delay. Secretly they wanted a no end delay. The pro-tobacco lobby did its best, calling to arms its best sons. The Minister, Mr. Sirchia, had to face smoking politicians and ministers'swords and shields, by means of thousands of distinctions, supported by a fertile ground of ex and not smokers slimly tilting back and forth from sponsorship to health concernment, and by an Italian Federation of Public Enterprises (FIPE) e and Confederation of Commerce (Confcommercio) and it's at that time President Billè, “sincerely” orried of an apocalyptic and unlikely economical collapse of the public enterprises! All this was non by chance since Confcommercio/

FIPE had become a minor shareholder of British America Tobacco (BAT) which had bought from the Ministry of Finances and Treasure the former State Monopoly” [1].

This is what we reported on “Tabaccologia” the day after the enter in force of the anti-smoking law. We imaged in that way that Italy

made of smokers and lobbyists advocating tobacco use, almost in prey of a nervous tantrum and in fibrillation for that long and suffered, but for us, splendid long farewell to ancient and consolidated ways of being, habits, customs which had no concern whatsoever for non smokers. But now the X- hour had arrived, ineluctable, in spite of the habitual eastern-like Italian ways of being, thanks to the incredibly stubborn tenacity of the former



messo in atto e a minacce di ricatti, più o meno larvate, a vari livelli e di vario tipo, che lo costringeranno alle dimissioni non più tardi di due mesi dopo l'entrata in vigore della legge. La battaglia è stata titanica per non fare affossare, come regolarmente avveniva da 40 anni, la legge in discussione. Ci si sentiva come Davide contro Golia, a mani nude contro i carri armati. Ma l'occasione era da non perdere per noi, "brancaleonica" lobby antifumo, consapevoli come eravamo che o passava o veniva tutto riaffossato come sempre e sine die. Ma in questo assedio il Ministro non rimase solo, grazie all'appoggio e solidarietà di Società Scientifiche come la SITAB che coinvolse il circuito internazionale di Globalink, i Centri Antifumo, le Associazioni di ex e non fumatori, Associazioni di consumatori, personaggi mass-mediatici e soprattutto gli italiani non fumatori che invocavano l'entrata in vigore della legge. Tutto ciò a dispetto delle numerose campagne di stampa ad opera di editorialisti anche di fama che, nel nome del contrasto allo Stato etico e, più in particolare, delle libertà civili, invocavano che il provvedimento venisse rigettato. Ma così non fu ed il provvedimento, entrato con l'*escamotage* del suo inserimento sotto forma di un solo articolo, il 51, nel contesto del Collegato alla Finanziaria, che poi divenne Legge 16 gennaio 2003, n°3, art. 51, ed entrò in vigore il 10 gennaio 2005.

Per capire le difficoltà che l'ex Ministro Sirchia ha dovuto affrontare nel varare la legge antifumo attualmente in vigore in Italia basta avere percezione dell'entità e del lavoro svolto come una tela del ragno dalle Multinazionali del Tabacco (*Big Tobacco*) da almeno 40 anni, coinvolgendo la società a tutti i livelli (politico, massmediatico, medico-scientifico) per non far passare a livello nazionale leggi contro la pubblicità e il fumo passivo [2-7].

A dispetto delle apocalittiche previsioni di FIPE e Confcommercio i locali pubblici cominciarono a riempirsi ancora di più con, a parte qualche isolato fatto di intolleranza alla norma in vigore, un'impensabile, per alcuni ma non per noi, senso di partecipazione e di civiltà. È ormai consueto vedere disciplinatissimi clienti che si infilano il cappotto, estraggono dalle tasche accendino e pacchetto e vanno a fumarsi una sigaretta fuori dal locale. È ormai diventata, oltre che per convinzione per alcuni e per costrizione per altri, una tranquilla ritualità. In tutta questa vicenda, il popolo italiano ha superato se stesso ed i suoi stucchevoli cliché di levantino menefreghismo e insubordinazione. L'isteria collettiva dei fumatori, soprattutto di alcune categorie di fumatori, arrivò a minacciare ricorsi a TAR e Corte Costituzionale ovviamente senza

Public Health Minister, Prof. Girolamo Sirchia, to not give in to the mass-media siege, more or less concealed blackmailing threats, of many a kind and level, which would have obliged him to resign a few months after the enter in force of the law. The battle to avoid the shelving of the law under discussion, which had occurred in the last forty years, was titanic. We felt like David against Goliath, naked fists against tanks. But the opportunity could not be lost for us, almost "impromptu" anti-smoking team, well aware of what we were and of this "now or never" occasion. But during the siege, the Minister did not walk alone, thanks to the support of Scientific Societies such as SITAB which called to arms the international circuit of Globalink, the anti-smoke clinics, the associations of ex- and non smokers, Associations of consumers, mass-media opinion leaders and most of all the Italian non smoking citizens who advocated the enter in force of the law. All this against all the press campaigns by even renowned editorialists who, for the sake of countering the ethic State, particularly the civil liberties, invoked the repulse of the measure. But all this didn't happen and the measure, entered in force with the trick of being one single article, n.51, in the midst of the Financial Law, which became the Law n. 3, Jan. 16 2003, art. n. 51), and entered in force on Jan. 10, 2005.

In order to understand the difficulties that former Minister Sirchia had to overcome in order to launch the current antismoking law in Italy, we may perceive the amount and the work done by the spider web sewn by the multinational Tobacco industries (Big Tobacco) since at least 40 years, involving societies at every level (political, mass-media, scientific) in order to not admit the entrance of national laws against publicity and second hand smoke [2-7].

Against the apocalyptic previsions of FIPE and Confcommercio, public premises began to fill with a sense of participation and civilisation quite unthinkable for certain persons, but not for us. It is now a custom to see very disciplined customers who put their coats on, pull out from their pockets lighters and cigarettes to smoke out of the public premise. It became, on the one hand for convincement for some people, or on the other hand, for constriction for others, a pacific habit and in all this story, the Italian People had overcome herself and her nauseating cliché of eastern patterned who cares attitude and insubordination. The collective smokers' hysteria, mostly certain types of smokers, got to menace an appeal to juridical entities (TAR and Corte Costituzionale which are constitutional and administrative courts), without any result. At that



esito. E a tale riguardo il prof. Ugo Ruffolo scriveva l'11/01/05 sul Resto del Carlino che "Codice alla mano, le norme di Sirchia sono inattaccabili. La censura di incostituzionalità è francamente risibile. E l'eventualità di referendum abrogativo è altrettanto implausibile. Stavolta la lobby fumo deve arrendersi". Il malcontento dei fumatori che si registrò in quei giorni fu ben stigmatizzato in un suo editoriale da Guglielmo Pepe, direttore di Salute Repubblica, come "una polemica ipocrita perché si appella a principi liberali, i quali vengono deformati a proprio uso e consumo Ma quale libertà. È pura arroganza quella di chi rivendica la possibilità di fumare sempre e comunque, a dispetto di norme, regole e multe. La nostra libertà individuale ha dei confini che non vanno superati: chi lo fa deve conoscere le conseguenze e pagare i prezzi". Quanto alla lobby del tabacco, ancora oggi cerca ed esplora costantemente ogni possibilità di rapporto "collaborativo" con varie organizzazioni, compresa la nostra società scientifica, che per ovvi motivi, etici e di principio, lo rifiuta, oltre che con la politica e la società civile, in cerca di una nuova verginità che peraltro non ha mai avuto.

Questa legge fece molto scalpore spazzando molti osservatori internazionali per la precisione tecnica e linearità della normativa e per il sostanziale rispetto della legge da parte degli italiani per cui si cominciò a registrare un calo delle vendite di sigarette, un calo dei fumatori, nessun danno economico per gli esercizi pubblici e una diminuzione di eventi acuti respiratori e cardiovascolari [8]. A tutt'oggi, a 10 anni dall'entrata in vigore, il calo dei fumatori rispetto al 2004 è stato di 2,700 milioni pari al 4,2% (dai 14 milioni pari al 26,2% del 2004 agli 11,3 milioni pari al 22% del 2015) [9] e la legge è molto rispettata perché la popolazione l'ha fortemente voluta e la difende, a parte qualche sacca di resistenza, con impegno e consapevolezza. Alle Istituzioni e ai non fumatori spetta non abbassare la guardia. In particolare concordiamo con l'appello prof. Sirchia lanciato nel 2010 dalle pagine di questa rivista per i 5 anni della legge che sarebbe auspicabile che le organizzazioni mediche, in unità con il Ministero della Salute, imponessero all'attenzione del Governo e

concern, Prof. Ugo Ruffolo wrote on Jan 11, 2005 for the "Resto del Carlino" newspaper, that "law book in hand, the norms of Minister Sirchia are unassailable. The censor of being against the Constitution is honestly risible. And the eventuality of an abrogative referendum is also improbable. This time the lobbies have to give up". The discontent of the smokers which was registered in those days was well represented by Guglielmo Pepe, director of Salute Repubblica, a popular Italian newspaper, in an editorial as a "hypocritical controversy because it calls on liberal principles, which are modelled to

fit personal benefits... What kind of liberty is it? It is pure arrogance of those who claim to be able to smoke whenever and wherever they feel, ignoring rules and fines. Our individual liberty have boundaries that should not be violated: those who do so must know about the consequences and pay the toll". As far as the lobbies are concerned, today they still look for and explore every chance for a "collabo-

rative relationship" with different organisations, including our scientific society, which, for obvious reasons, of principles and ethics, refuse it, and with politics and the civil society, to re-obtain a new innocence that they never had.

This law impressed many surprised international observers for its technical precision and linearity of the regulation and for the substantial respect of the law of the Italians, to the point that it was possible to register a decrease of sale of tobacco products, a reduced number of smokers, no economical loss for the public premises and a decrease of acute respiratory and cardiac events [8]. Up to today, 10 years after the enter in force, the reduction of smokers compared to 2004 had been 2,7 million persons, 4,2% of total smokers (from 14 million smokers which were 26,2% of general population in 2004 to 11,3 million smokers which are 22% of general population in 2015 [9]), and the law is very much observed because people strongly wanted it and defend it, except some small handful of resisters, with commitment and awareness. Non smokers and institutions are called to defend the law. In detail, we agree with Prof. Sirchia's appeal sent out in 2010 from the pages of this Journal,



del Parlamento un'azione più decisa di contrasto al fumo e non assecondassero l'inerzia o la *malpractice* politica. Inoltre, le stesse organizzazioni mediche dovrebbero assumersi il compito di impegnare tutti i medici ad esercitare un'azione di contrasto al fumo iniziando dall'identificare i fumatori, consigliare loro di smettere e sostenerli in tale decisione soprattutto se adulti con figli in età minore [10]. In conclusione, possiamo affermare che la legge Sirchia rappresenta una delle più belle pagine nella storia sanitaria dell'Italia repubblicana, uno spartiacque che ha iniziato a cambiare in meglio, lentamente ma progressivamente e inesorabilmente, lo stato di salute degli italiani. ■

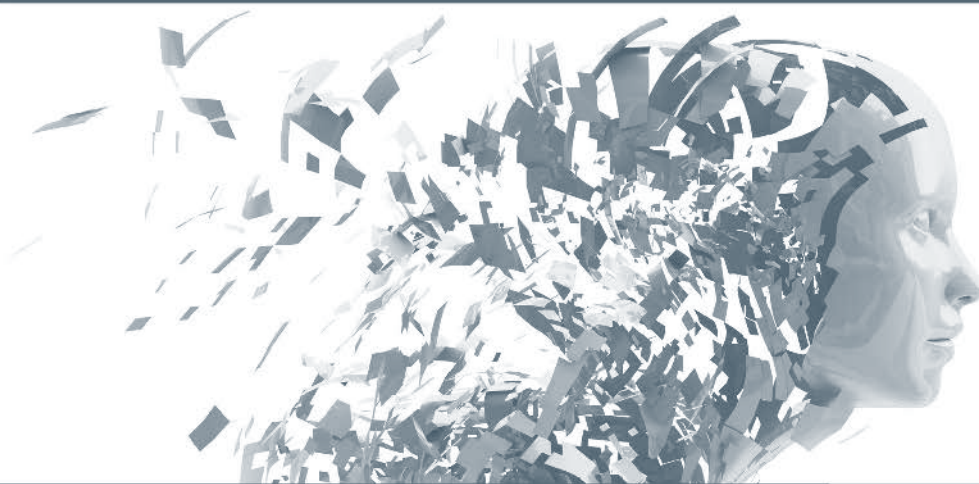
Vincenzo Zagà ✉ caporedattore@tabaccologia.it
Centro Antifumo, Pneumotisiologia Territoriale - AUSL di Bologna

in occasion of the fifth anniversary of the enter in force of the anti-smoking law: "it would be hopeful that medical organisations, together with the Public Health Ministry, put on view of the Government and Parliament, a stronger action of contrast against smoking and not encourage inertness and "malpractice politics". Moreover, the same medical organisations should take the burden of involving every physician in assessing smokers, to give advice for cessation e to assist them in taking that decision, above all in case of adults with young children" [10]. In conclusion, we can state that the Sirchia Law represents one of the best pages of the medical history of the Italian Republic, a milestone which enhanced a slow, but progressive and inexorable change, for a better health of the Italian people. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Vatteroni C, Laurentino LE, Torquemada, D'Angeli M. Speciale 10 gennaio 2005. Il lungo addio. Tabaccologia 2005; 2: 6-8.
2. Zagà V, Salvati F. La tela del ragno della lobby del tabacco. Gole profonde Quello che i fumatori (e i non fumatori) non fanno. PNEUMORAMA 2006; 42, XII, 1: 16-20. http://www.midiaonline.it/pdf/pneumorama_01_06//pneumorama_01_06_f.pdf.
3. Zagà V, Mangiaracina G. Le strategie di Big Tabacco. Tabaccologia 2003; 1: 11-12.
4. Barnes DE, Boero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. Jama 1999; 279: 1566-1570.
5. Terracini B. Epidemiologia & Prevenzione e le multinazionali del tabacco. Epid Prev 2000; 24(3): 99-100.
6. Forastiere F. I ricercatori non sapevano. Epid Prev 2000; 24(3): 108.
7. Clementi ML. Breve viaggio negli archivi della Philip Morris. Epid Prev 2000; 24(3): 103-107.
8. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events Circulation 2008; 117: 1183-88.
9. Rapporto annuale sul fumo DOXA/OSSFAD 2014: http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/31_maggio_2014_fumo_PACIFICI.pdf
10. Sirchia G. La legge italiana per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo. Tabaccologia 2010; 2: 18-23.

Qualità e Sostenibilità: le sfide per la Pneumologia



XLIII  **AIPO**
CONGRESSO NAZIONALE
ASSOCIAZIONE ITALIANA
PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

 **FIP**
Federazione Italiana
della Pneumologia

NAPOLI
Mostra d'Oltremare

11-14 Novembre **2015**

www.fip2015.it



Powered by
AIPO
RICERCHE 
fip2015@aiporicerche.it



Manifesto delle società scientifiche di Sanità Pubblica italiane per la “fine corsa” del tabacco

A favore di una strategia endgame del tabacco in Italia

A plea for a tobacco “endgame strategy” in Italy

A manifesto of Italian Public Health Societies for tobacco’s “last station”

AIE, SITI, SNOPI, SITAB, et al.

Il tabacco è ancora la prima causa prevenibile di morte e di malattia a livello mondiale: provoca globalmente oltre 6 milioni di morti l’anno, è responsabile del 4% degli anni di vita persi, il 12% in Europa (Global burden of disease 2010), e di un costo economico stimato in 500 miliardi di dollari l’anno (WHO). Un fumatore costa in media 71.600 euro in più ai servizi sanitari rispetto ad un non fumatore [1]. Eppure in Italia, dopo i successi ottenuti nella lotta al fumo passivo e l’approvazione della Convenzione quadro per il controllo del tabacco (*Framework convention on tobacco control*), il trattato internazionale messo a punto dall’Organizzazione mondiale della sanità e sottoscritto da centinaia di Paesi, c’è una stasi nel varo di strategie efficaci contro questo flagello.

Ogni intervento efficace di lotta al tabagismo fa diminuire il consumo di sigarette fumate, e produce immediati effetti sulla salute. Ma in Italia questo comporta anche una riduzione del gettito fiscale dovuto all’accise sul tabacco. Gli operatori economici, legati alla produzione, lavorazione e distribuzione dei prodotti del tabacco, ed i centri di consulenza da essi finanziati, esercitano pressioni sui governi, sui parlamentari e sulle agenzie centrali agitando lo spettro della diminuzione delle entrate dello Stato. Si tratta di un conflitto reale fra le istanze economiche (circa 13 mld di €/anno di gettito fiscale, un giro d’affari di oltre 20 mld di €/anno, oltre a circa 200.000 occupati nel settore) e quelle di salute. Per queste ultime non esistono dati certi. Uno studio commissionato dalla Commissione Europea ha stimato che per il nostro paese nel 2007 i costi del tabacco sono stati di 21,5 mld di euro (9 mld di euro di costi diretti e 12,5 mld di euro di costi indiretti) [2], che non

Tobacco smoking is still the main predictable cause of mortality and morbidity in the world: it is responsible for more than 6 million deaths world-wide per year, a 4% of lost years of life, 12% in Europe (Global burden of disease 2010), and an incremental economical cost estimated to be an average of 71.600 Euros with respect to non smokers [1]. And yet, in Italy, after the successes obtained in the fight against second hand smoke and the approval of the Convention for tobacco control (*Framework Convention on Tobacco Control*), the international treaty approved by the World Health Organisation and undersigned by hundreds of Countries, there is a standstill situation as far as enhancing effective strategies against this plague is concerned.

Each effective intervention in the fight against tobacco smoke entails a reduction of cigarette smoking, and produces immediate effects on health. But in Italy this causes also a reduction in income taxes because of excise duty on tobacco. The economists, tied to the production and distribution of tobacco products, and the consulting centres financed by them, give pressure on the Governments on Parliaments and on Central Agencies, waving the spectre of reduced incomes of the State. It is a veritable conflict between economical needs (about €13 billion per year of tax revenue, business turnover of more than €20 billion per year, and 200.000 employees in this trade sector) and those of health. For the latter, no certain data is available. A 2007 European Commission study estimated that costs due to tobacco are around €21,5 billion (€9 billion direct costs and €12,5 indirect costs), [2] which does not include the “intangible” cost of about 70.000 deaths in Italy due to Tobacco smoking [3]. However, politicians still struggle to find the courage to promote far sighting

includono il costo “intangibile” dei circa 70.000 morti provocati dal tabacco [3].

La politica però stenta a trovare il coraggio per promuovere politiche lungimiranti atte ad ottenere benefici essenziali per la popolazione, anche se talvolta lontani nel tempo, a costo di effetti economici, talvolta immediati.

Le società scientifiche e professionali di sanità pubblica italiane, che operano per migliorare la salute della popolazione, non possono però accettare questa situazione. Per questo sottoscrivono questo Manifesto che sollecita lo Stato Italiano a definire una strategia a lungo termine di “fine corsa” per il tabacco in Italia, che, a livello internazionale, è chiamata “tobacco endgame strategy” [4].

Cosa è una strategia di *endgame*? Abbiamo oggi prove scientifiche che alcuni interventi siano capaci di ridurre sostanzialmente la frequenza di fumatori: politiche di prezzo e di limitazione d’uso, informazione efficace, campagne di mass media, strategie di disassuefazione, interventi di prevenzione primaria. Una programmazione articolata e graduale della loro attuazione nel tempo può portare alla riduzione, progressiva e sostanziale, del numero di fumatori, fino ad arrivare al “fine corsa” in 20-25 anni: l’eradicazione del tabagismo, cioè una prevalenza al di sotto del 5%.

Alcune nazioni hanno già elaborato proprie strategie, e anche fissato la data dell’endgame: la Nuova Zelanda e l’Irlanda nel 2025, la Scozia nel 2034, la Finlandia nel 2040. Altri stati si stanno muovendo in questa direzione come l’Australia, l’Uruguay e il Canada [5]. Una strategia a lungo termine permette di articolare nel tempo gli interventi di riduzione del numero di fumatori, in parallelo con quelli di riequilibrio economico, per consentire di assorbire gli effetti indesiderati dell’auspicato calo delle vendite, sostituendo le fonti di entrata delle accise, orientando diversamente le aziende impegnate nella coltivazione del tabacco e nella sua trasformazione e distribuzione.

Il supporto da parte dei cittadini sarà probabilmente elevato: già oggi più della metà dei cittadini italiani (57.8%), ma anche il 42% dei fumatori, sarebbe a favore di un divieto totale dell’uso di tabacco [6].

La strategia di “fine corsa”, oltre che includere tutti gli interventi cui lo Stato italiano si è impegnato sottoscrivendo la Convenzione quadro per il controllo del tabacco, deve arricchirsi di altre azioni efficaci ed innovative scaglionate nel tempo, quali ad esempio:

- aumenti progressivi della tassazione;
- estensione progressiva delle aree di divieto di fumo (ad esempio aree di competenza sanita-

politics which would obtain essential benefits for the population even if some of them further in the future, with the toll of some immediate economical effect. The Italian scientific and professional societies of public health, which strive to ameliorate people’s health, cannot accept this situation. For this reason, they subscribe this Manifesto which urges the Italian State to define a strategy which finally leads to “the final station” of tobacco in Italy, which is internationally known with the term “tobacco endgame strategy” [4].

What is an endgame strategy? We today have scientific evidence that some interventions are able to drastically reduce the prevalence of smokers: price politics, use limitations, effective information, mass media campaigns, cessation strategies, primary prevention interventions. An articulated and gradual programming of their realisation may finally get to a continuous and important reduction of the number of smokers, and get to the “final station” in 20-25 years: the eradication of tobacco dependence, that is a prevalence of smokers less than 5% of general population. Some nations already elaborated their own strategies, and even fixed the date of endgame: New Zealand and Ireland in 2025, Scotland in 2034, Finland in 2040. Other countries are moving on that direction such as Australia, Uruguay and Canada [5]. A long-termed strategy permits a time based articulation of the interventions of reduction of smokers’ number, in parallel with a economical re-equilibrium, to let undesirable effects of the hoped reduction of sales to be absorbed, by changing the sources of tax revenues, differently orientating the firms occupied in tobacco cultivation, transformation and distribution. The support of Italian citizens will be probably high: already now more than half of them (57.8%) but also 42% of the smokers, would back a total ban of tobacco use [6]. The “last station” strategy, aside including all the interventions that Italy had subscribed to carry out by signing the Framework Convention, should be enriched by other effective and innovative actions spaced out in time, such as for example:

- *progressive higher taxation rates;*
- *progressive extension of smoke banned areas (for example sanitary areas, children playgrounds, cars with child passengers, sports areas);*
- *progressive reduction of nicotine content in tobacco [7];*
- *launch of cessation strategies, centred on effective treatment free of charge, supported by promotion interventions by means of communication campaigns;*
- *economical programme of substitution of taxation entries in the State budget. This could be an-*



ria, parchi per bambini, automobili in presenza di bambini, strutture sportive ecc);

- riduzione progressiva del contenuto massimo di nicotina nel tabacco [7];
- varo di una strategia di cessazione, incentrata su prestazioni efficaci e gratuite, e supportata da interventi di promozione della cessazione, ad esempio tramite campagne di comunicazione;
- un programma economico di sostituzione delle entrate delle accise nel bilancio dello Stato. Questo potrebbe essere anticipato da una strategia di transizione, che preveda che una parte delle accise venga investita in interventi di prevenzione e cessazione (ad esempio in campagne di mass media, a supporto dei centri antifumo);
- un programma di riconversione dell'industria del tabacco in Italia e di riqualificazione degli occupati nel settore;
- un programma di riconversione del settore della tabacchicoltura;
- l'adozione di confezioni generiche per i pacchetti di sigarette e di tabacco;
- l'incentivazione della sostituzione del tabacco con prodotti alternativi meno dannosi, come ad esempio prodotti rilascianti nicotina [8];
- una strategia di "narrazione" dell'endgame che miri a de-normalizzare l'uso del tabacco in Italia, a cui dovrebbero contribuire campagne di mass media, e una condivisione dei valori della strategia con membri influenti della società civile, in modo che concorrano quando possibile alla sua diffusione.

La strategia dovrebbe inoltre anche considerare un intervento innovativo e di grande impatto comunicativo, adottato in tutti i paesi che si sono dotati di una strategia di "endgame":

- la decisione di vietare il tabacco per tutte le generazioni nate successivamente ad un dato anno, ad esempio il 2005 [9].

Le società scientifiche di Sanità Pubblica italiane che hanno sottoscritto questo manifesto, chiamano le istituzioni interessate, il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e finanze, il Ministero delle politiche agricole, il Ministero dello sviluppo economico, oltre che la Presidenza del Consiglio, ad un confronto sulla strategia per l'endgame in Italia, e si dichiarano fin d'ora disponibili ad ogni collaborazione al fine di una sua rapida definizione. ■

9 dicembre 2014

Per ulteriori informazioni, dati scientifici di supporto e per le adesioni individuali e di nuove società scientifiche: www.tobaccoendgame.it.

anticipated by a transition strategy, which foresees that a part of tax incomes be placed in prevention and cessation programmes (for example pro cessation clinics mass media campaigns);

- a conversion programme of tobacco industries in Italy and conversion of the employees in that field;
- a conversion programme of the culture of tobacco;
- use of generic packs of cigarettes and tobacco;
- incentive for tobacco replacement with less harmful alternative products, such as for example nicotine releasing products [8];
- a "narrative" strategy of endgame which aims to de-normalise tobacco use in Italy, to which mass media campaigns should contribute, and sharing valour of the strategy with influent members of the civil society, who would most possibly help its diffusion. The strategy should also consider an innovative intervention of great communicative impact, adopted by each country which elaborated an "endgame" strategy;
- the decision to ban tobacco to all generations born after a certain year date, for example 2005 [9];

The Italian Societies that subscribed this Manifesto, address to the interested institutions, the Ministry of Health, the Ministry of economy and finances, the Ministry of agriculture, Ministry of Economic Development, and the Presidency of the Council, a meeting on the strategies for endgame in Italy, and claim their availability for any collaboration to get to a quick definition. ■



December 9th, 2014.

For any information, supporting scientific data and individual and new scientific society adhesions: www.tobaccoendgame.it

Hanno aderito e sostengono questo Manifesto: **AIE** - Associazione Italiana di Epidemiologia - www.epidemiologia.it · **Siti** - Società Italiana di Igiene - www.societaitalianaigiene.org · **SNOP** - Società Nazionale Operatori della Prevenzione - www.snop.it · **SITAB** - Società Italiana di Tabaccologia - www.tabaccologia.it · **CIIP** - Consulta Interassociativa Italiana della Prevenzione (rappresenta 15 associazioniscientifiche e professionali attive nel campo della prevenzione) - www.ciip-consulta.it · **Consulta-SCV** - Consulta delle società scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare (rappresenta 16 società scientifiche attive nel campo della prevenzione cardiovascolare) - www.consulta-cscv.it · **SIMG** - Società Italiana di Medicina Generale - www.simg.it · **SISMEC** - Società Italiana Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica - www.sismec.info · **AIRTUM** - Associazione Italiana Registri Tumori - www.registri-tumori.it · **AIOM** - Associazione Italiana di Oncologia Medica - www.aiom.it · **Allineare Sanità e Salute** - <http://fondazioneallinearesanitaesalute.org> · **Associazione Ambiente e Lavoro** - www.amblav.it · **AIAS** - Associazione professionale Italiana Ambiente e Sicurezza - www.aias-sicurezza.it · **ANPEQ** - Ass. naz. Prof.le Esperti Qualificati in Radioprotezione - www.anpeq.it · **SIA** - Società Italiana di Alcolologia - www.alcologiaitaliana.com · **ISI** - Istituto Stomatologico Italiano - www.isimilano.eu/fondazione-isi · **Legambiente** - www.legambiente.it · **Slow Medicine** - www.slowmedicine.it · **ANMA** - Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti - www.anma.it · **AIFOS** - Associazione Italiana Formatori ed Operatori della Sicurezza - www.aifos.eu · **ISDE** - Associazione Medici per l'Ambiente - www.isde.it · **Fondazione ANDI** - Fondazione Associazione Nazionale Dentisti Italiani - www.fondazioneandi.org · **AIRM** - Associazione Italiana di Radioprotezione Medica - www.airm.name · **SITD** - Società Italiana Tossicodipendenze - www.sitd.it

BIBLIOGRAFIA

1. Ioannidis JP, Henriksen L, Prochaska JJ. Endgame: engaging the tobacco industry in its own elimination. *Eur J Clin Invest.* 2013 Dec;43:1366-70.
2. Assessment. Final report. RAND Europe, September 2010
3. Gallus S et al. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med* 2011; 52: 434-438.
4. Malone RE. Imagining things otherwise: new endgame ideas for tobacco control. *Tob Control* 2010;19:349-50
5. Thomson G et al. What are the elements of the tobacco endgame? *Tob Control* 2012;21:293-95
6. Gallus S et al. Support for a tobacco endgame strategy in 18 European countries. *Pre Med* 2014; 67: 255-58
7. Malone RE. Tobacco endgames: what they are and are not, issues for tobacco control strategic planning and a possible US scenario. *Tob Control.* 2013;22:i42-i44.
8. Van der Eijk Y. Development of an integrated tobacco endgame strategy *Tob Control* 2013;0:1-5.
9. Berrick AJ. The tobacco-free generation proposal. *Tob Control* 2013;22:i22-i26



save the date

Grado

Grand Hotel
Astoria

XI Congresso Nazionale
Società Italiana di Tabaccologia

15 e 16 ottobre 2015
TABAGISMO

PATOLOGIE
E RIDUZIONE
DEL RISCHIO

Segreteria Organizzativa
e Provider ECM



V3io

idee in salute

per informazioni:
info@victoryproject.it



X Congresso Nazionale SITAB - Torino, 14-15 novembre 2014

La tabaccologia italiana a congresso

Paola Lancia, Maria Sofia Cattaruzza

Al centro della magnifica città di Torino, presso l'Auditorium della Banca Popolare di Novara in piazza S. Carlo, si è svolto l'atteso appuntamento annuale della tabaccologia italiana.

Venerdì 14 novembre: I giornata

Il "padrone di casa" Fabio Beatrice, presentato dall'uscente presidente SITAB Biagio Tinghino, ha salutato i partecipanti sottolineando il piacere di ospitare il X Congresso Nazionale SITAB e il piacere di farlo in una giornata di sole dopo tanta pioggia! In modo originale e coinvolgente, la prima parte del Congresso ha dato voce ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) (dizione che dovrebbe sostituire quella di "Centri Antifumo") suddivisi nelle 4 macro-aree del territorio nazionale: NordOvest, NordEst, Centro, Sud ed Isole. L'esperienza in piccoli gruppi ha permesso un maggiore confronto e una maggiore conoscenza tra i partecipanti. La consegna data da Daniela Orlandini, coordinatrice area tabagismo della Regione Veneto, era quella di condividere le esperienze sia degli operatori dei centri che dei pazienti segnalando criticità e punti di forza, con l'obiettivo di contrastare disuguaglianze organizzative e cliniche.

La criticità più importante, comune alle 4 macro-aree, è stata la scarsa collaborazione tra i Centri e i Medici di Medicina Generale, dovuta a carente comunicazione e conoscenza reciproche; a seguire poi la carenza di risorse e la logistica del CTT che, collocato spesso all'interno del Sert, non facilita il contatto con il fumatore (che non vuole sentirsi equiparato ad un tossicodipendente eroinomane o cocainomane).

È emerso poi un differente approccio alla disponibilità delle strutture deputate alla terapia del tabagismo tra le varie Regioni e la Regione Emilia-Romagna. Qui infatti, utilizzando il codice "014.304" (codice di esenzione ticket per stupefacenti e sostanze psicotrope) il percorso per smettere di fumare è gratuito. I farmaci antifumo restano invece a carico del fumatore come per tutte le altre realtà regionali.

Dal confronto delle varie esperienze sono arrivate alcune proposte: creare canali preferenziali ospedale-territorio per esempio tra CTT e ospedali; avere spazi dedicati e standardizzati come chiari punti di riferimento a maggiore impatto;

facilitare il rispetto del divieto di fumo nelle strutture sanitarie.

Infine, è emersa una constatazione "nazionale": la necessità di una specifica formazione degli operatori. A parte il caso di Verona, fiore all'occhiello in Italia, dove, per il terzo anno parte il Corso di Formazione Post Universitario annuale in Trattamento del Tabagismo (<http://www.medicina.univr.it/fol/?ent=cs&id=586&tc-s=P&lang=it>), l'offerta formativa va decisamente ampliata e tesa a formare "equipe multi-professionali" che garantiscano un'efficacia maggiore perché in grado di differenziare i trattamenti personalizzandoli per ciascun fumatore.

Interessanti e positive le esperienze dei medici del lavoro, delle direzioni del personale e delle aziende con programmi di disassuefazione aperti ai dipendenti e in alcuni casi anche alle loro famiglie. Un esempio riuscito è il programma di accreditamento per le Aziende libere dal fumo della Regione Lombardia che ha vinto il premio CSR (Corporate Social Responsibility).

Nella seconda sessione del pomeriggio, Fabrizio Faggiano ha letto e commentato il manifesto europeo "The End Games" che propone al nostro Governo nazionale di definire subito una strategia di "endgame" per il tabacco in Italia. Le prove scientifiche di efficacia di interventi in grado di ridurre sostanzialmente la prevalenza di fumatori riguardano: politiche di prezzo e di limitazione di uso, campagne di mass media, strategie di disassuefazione, interventi di prevenzione primaria. Una programmazione articolata e graduale della loro implementazione nel tempo può portare alla riduzione, progressiva ma sostanziale, della prevalenza di fumatori, e alla possibilità di sradicare il tabagismo in Italia in 20-25 anni. "Entro il 2035 l'Italia potrebbe essere un paese NO SMOKING - ha spiegato Biagio Tinghino, Past President SITAB - insieme alle altre nazioni che hanno elaborato le loro





strategie e fissato la data dell'endgame: la Nuova Zelanda e l'Irlanda nel 2025, la Scozia nel 2034, la Finlandia nel 2040".

Nel confronto diretto tra specialisti, Roberta Pacifici, Responsabile dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OS-SFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha fatto notare che la prevalenza di fumatori è diminuita drasticamente negli anni '70-'80 probabilmente per la consapevolezza dei danni e per i primi divieti, ma che dal 2008 si registra una fase di stallo intorno ad un 20-22% senza significative riduzioni. Solo una virtuosa operazione "lobbistica" di contrasto alle multinazionali del tabacco potrà favorire un'inversione della tendenza. Il cambiamento epocale sulla percezione del fumo si è avuto sicuramente grazie all'entrata in vigore della legge Sirchia, che il 10 gennaio 2015 ha compiuto 10 anni!

Sabato 15 novembre: Il giornata

Il convegno è ripreso sabato mattina con l'intervento di Biagio Tinghino dal titolo: "La Pista dei Soldi". Il presidente uscente della SITAB, affrontando il tema dell'epidemia di tabacco nel mondo, suggerisce di seguire i flussi di denaro come nei telefilm americani! Si scopre così che dal 2008, le multinazionali del tabacco hanno paventato la crisi dei mercati e la perdita degli acquirenti e dei posti di lavoro, ma in realtà hanno registrato un incremento dei loro utili (+9,1% negli ultimi 3 anni) e prevedono un'ulteriore crescita nei prossimi 2 anni (+ 3,5%), ricordando che soltanto 50 aziende su 500 (indice S&P di Wall Street) hanno guadagni simili sul mercato mondiale!

Si scopre inoltre che molti governi e politici hanno detto di voler combattere il tabagismo, ma in realtà sono i maggiori azionisti pubblici e privati dei produttori del tabacco. In Italia in particolare, le accise del tabacco sono le più basse d'Europa e sono state aumentate solo dello 0,2% dopo 10 anni, i governi hanno rinunciato a perseguire l'evasione fiscale di Big Tobacco, hanno proposto di tassare il "fumo freddo" il 50% in meno delle sigarette e hanno autorizzato la Marlboro ad investire in Italia (stabilimento nei pressi di Bologna) per la produzione della Marlboro "HeatStick" IQOS (la "sigaretta fredda" IQOS).

Inoltre, le recenti azioni di promozione dello "smokeless tobacco" (sigaretta elettronica, fumo freddo, snus) promosse da Big Tobacco col dichiarato intento di ridurre il danno, abbassare la pericolosità e far smettere di fumare, in realtà mascherano il vero interesse delle multinazionali: "generare nuovi profitti senza cannibalizzare i profitti attuali" cioè conquistare nuove fette di mercato, i giovani e i non-fumatori, e non spostare il mercato dei fumatori di sigarette verso questi nuovi prodotti! Che in realtà non sono completamen-

te nuovi, perché già si parlava di smokeless tabacco nel 1971 ma senza successo. Gli attuali investimenti e le dichiarazioni sulle forme «meno pericolose» di fumo servono solo per una questione di immagine e di benefici politici.

Con queste considerazioni e con l'osservazione che la prevalenza di fumatori in Italia è rimasta pressoché costante dal 2008 ad oggi, l'epidemia di tabacco è ancora presente e non sembra essere a rischio di estinzione, anzi! Ben venga quindi ogni occasione per discutere le strategie da mettere in atto per l'"End Game".

Con la moderazione di Daniela Galeone (direttore dell'ufficio II, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Ministero della Salute), il Congresso è continuato con il confronto del ruolo delle organizzazioni del lavoro nella lotta al tabagismo. Un'utile panoramica con esperienze del mondo sanitario e non. Si è analizzato così il fenomeno paradossale della maggiore prevalenza di fumo tra il personale sanitario rispetto alla popolazione generale. Indicando alcuni possibili motivi, si è sottolineata l'importanza degli "accertatori" che devono essere ben formati per essere autorevoli nel far rispettare i divieti di fumo ed eventualmente comminare le sanzioni. Si è sottolineato l'importanza di promuovere il "wellness aziendale" organizzando interventi per la cessazione gratuiti, in orario di lavoro, con argomenti in grado di "agganciare" la curiosità dei fumatori e facilitare gli incontri successivi e che vedano il coinvolgimento anche dei sindacati. Pertanto si è sottolineato l'importanza di inserire la lotta al tabagismo nella "Responsabilità Sociale d'Impresa" (la CSR o Corporate Social Responsibility), che prenda in considerazione le implicazioni di natura etica all'interno della visione strategica d'impresa, in quanto la percezione etica di un'impresa da parte del mercato ormai gioca un ruolo importante nella promozione dei profitti (si pensi al boicottaggio dei prodotti che sfruttano il lavoro minorile). Infine si è raccomandata l'importanza di fare "rete", che permette di organizzare progetti e iniziative che abbiano una grande partecipazione, non gravino sui costi del SSN e permettano la realizzazione di buone pratiche, come il programma di accreditamento lombardo (la rete WHP Lombardia).

La sessione successiva, moderata da Johanna Rossi Mason, giornalista che si occupa di medicina e scienza dal 1996, ha riguardato il ruolo dei clinici nella lotta al tabagismo. Tra le figure istituzionali riunite a confrontarsi la domanda principe è stata: quali sono le sinergie possibili? Molta rilevanza è stata posta sulla formazione esistente a livello universitario e sanitario. Le iniziative per estendere le conoscenze degli effetti del tabagismo sono tante: tesi in campo audiometrico per dimostrare quanto il fumo incida anche sull'udito;



inserimento, ancora su base volontaria, nei corsi di laurea in medicina e nei corsi di specializzazione di ore dedicate alle problematiche del tabagismo, cartelle cliniche informatizzate con presenza di allarmi per segnalare la mancanza di informazioni sul tabacco, Medici di Medicina Generale, Dentisti, Allergologi, Cardiologi, Oncologi uniti per sensibilizzare i pazienti, ampliare la formazione specialistica includendo nei curricula di docenza sempre il tabagismo e sostenere un lavoro di rete utile e necessario.

A conclusione della mattinata si è affrontato l'argomento della sigaretta elettronica che è stato dibattuto sia come strumento che potrebbe favorire l'iniziazione a fumare (12% nel 2014) che come ausilio per aiutare a smettere o almeno a ridurre il danno in chi lo desidera. Roberta Pacifici, Responsabile OSSFAD dell'Istituto Superiore di Sanità, ha presentato gli ultimi dati: l'uso della sigaretta elettronica è in calo (si è passati da un 4,2% ad un 1,6% di utilizzatori dal 2013 al 2014), l'utilizzatore ha in media 42 anni, è una persona di genere maschile (66%) e la utilizza prevalentemente con la nicotina. Poiché i fumatori che si rivolgono ai CTT sono meno dell'1% di tutti i fumatori, i dati sul contributo della sigaretta elettronica a smettere non sono chiari e il suo utilizzo non sembra essere sempre soddisfacente, è stata avviata, dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla ASL TO2 di Torino, una sperimentazione. Lo studio si propone di dimostrare che l'uso della sigaretta elettronica supportato e gestito in ambito sanitario da un'equipe che sostiene ed affianca il fumatore è uno strumento utile di riduzione del danno sull'apparato respiratorio di fumatori che non vogliono smettere di fumare, ma vogliono migliorare il loro stato di salute. La sperimentazione è ancora in corso, ma i primi risultati sono soddisfacenti: grazie alla guida e all'assistenza fornite, la sigaretta elettronica sembra essere in grado di "traslare" una buona parte dei fumatori, cioè i fumatori riescono a lasciare le sigarette tradizionali, sicuramente più dannose, e a sostituirle in tutto o in parte con quella elettronica, prima utilizzando le ricariche con nicotina poi quelle senza! Se il 50% dei fumatori passasse alla sigaretta elettronica, si stima che si potrebbero salvare 19mila vite ogni anno e risparmiare quasi 2 miliardi di costi sanitari! "Nell'arco di cinque anni una ipotesi del genere produrrebbe un guadagno di 9 miliardi di euro e salverebbe 96.000 vite solo in Italia." ha spiegato il dottor Fabio Beatrice, Presidente del Congresso, "La sigaretta elettronica pur presentando una sua tossicità che va anco-



ra indagata, potrebbe eliminare quasi del tutto il rischio di contrarre cancro e altre patologie fumo-correlate".

Il presidente SITAB ha consegnato una medaglia ai volontari che hanno partecipato alla sperimentazione italiana sulla sigaretta elettronica e un premio in denaro di 500 euro (Premio multidisciplinare SITAB) al miglior abstract pervenuto presentato da autori esterni al Comitato Direttivo e alla Commissione esaminatrice. Il premio quest'anno è stato assegnato al Dottor Piccinelli per l'abstract dal titolo: "Insieme per un ambiente sanitario libero dal fumo: l'esperienza di 14 aziende sanitarie di Piemonte e Valle D'Aosta".

Assemblea elettiva SITAB

Durante l'Assemblea SITAB, tenutasi alla fine della giornata congressuale del 14 novembre, si sono effettuate le votazioni per il rinnovo delle cariche elettive del Direttivo Nazionale per il triennio 2014-17, che risulta così composto:

- Presidente: Fabio Beatrice (*Direttore ORL dell'Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino*);
- Vicepresidente/Presidente eletto: Vincenzo Zagà (*U.O. Pneumotisiologia Territoriale, Coordinatore Centri Anti-fumo - AUSL di Bologna; caporedattore di Tabaccologia*);
- Past President: Biagio Tinghino (*Direttore SERT di Monza*);
- Tesoriere: Stefano Cifiello (*Psicologo, Coordinatore CAF Regione Emilia-Romagna, responsabile CAF AUSL di Imola*);
- Segreteria: Francesca Zucchetta (*Psicologa, Monza*);
- Consiglieri:
 - Maria Sofia Cattaruzza (*Dipartimento di Sanità Pubblica, Sapienza Università, Roma*),
 - Fiammetta Cosci (*Ricercatore, Università di Firenze*),
 - Fabio Lugoboni (*Medicina delle dipendenze - Policlinico Borgo Roma, Verona*),
 - Giacomo Mangiaracina (*MMG, Roma, Direttore di Tabaccologia*).

L'Assemblea elettiva dei soci SITAB ha anche nominato i "probi viri" (Massimo Baraldo, Nolita Pulerà e Christian Chiamulera). Un bel Congresso ricco e stimolante. Grado (Trieste) è stata indicata come sede del prossimo Congresso Nazionale SITAB, ottobre 2015. ■

Paola Lancia ✉ paola.lancia@gmail.com

Area formazione SITAB, Roma

Maria Sofia Cattaruzza ✉ mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it

Dip. di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

Atti del X Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Insieme per un ambiente sanitario libero dal fumo: l'esperienza di 14 Aziende Sanitarie del Piemonte e Valle d'Aosta

Cristiano Piccinelli¹, Alessandro Coppo¹, Livia Giordano¹, Giulio Fornero², Oscar Bertetto³

¹Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte - CPO Piemonte; ²Rete Health Promoting Hospital - Piemonte; ³Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

Introduzione

Alcune indagini hanno fatto emergere come nelle strutture sanitarie il divieto di fumo non sia adeguatamente rispettato. Risulta inoltre che la percentuale di operatori sanitari che fumano (sia donne che uomini) sia più alta rispetto a quella nella popolazione generale italiana. Il divieto di fumo negli ospedali, negli ambulatori e in tutti i luoghi di lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie è strategicamente importante per una struttura il cui scopo è curare e garantire la salute del cittadino.

Materiali e metodi

Il progetto parte nel 2012 da una collaborazione tra Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, la Rete regionale Health Promoting Hospital (HPH) e il Centro di Prevenzione Oncologica (CPO Piemonte) e prevede l'attivazione di policy di contrasto al fumo nelle strutture sanitarie ospedaliere/territoriali. Attraverso l'organizzazione di percorsi formativi, di una campagna di comunicazione, di materiale operativo, e mediante un'azione di progettazione assistita e partecipata, è stato innescato un processo di coinvolgimento e di attivazione degli operatori di alcuni aziende sanitarie del Piemonte e della Valle d'Aosta al fine di attivare policy anti-fumo e strategie coordinate di contrasto del tabagismo.



Consegna al dott. Cristiano Piccinelli (primo da sinistra) del premio SITAB per il miglior abstract presentato al Congresso.

Risultati

Hanno aderito al progetto 14 aziende di Piemonte e Valle d'Aosta. Ogni azienda ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc e ha realizzato un'analisi dell'entità del problema nella propria organizzazione, 8 aziende hanno deliberato un regolamento specifico volto a controllare il fumo nel proprio ambiente, 6 aziende hanno realizzato azioni di promozione del divieto, offerto programmi per smettere di fumare pensati per i dipendenti, infine 3

aziende hanno realizzato un programma di formazione specifica per i dipendenti. È stato adottato un modello comune per monitorare il rispetto del divieto e per comunicare il rafforzamento della policy aziendale. Uno studio pilota in una delle aziende coinvolte ha mostrato, su un campione di circa 1000 lavoratori, seguiti per 4 anni dalla medicina del lavoro, una riduzione del numero di fumatori del 36%.

Conclusioni

Il progetto è stato in grado di orientare e organizzare le risorse per il contrasto del tabagismo già presenti all'interno delle singole realtà. Il coordinamento delle azioni ha permesso di creare sinergie tra le aziende così da ottimizzare le risorse. La strategia adottata può costituire un modello per affrontare altri comportamenti a rischio nel setting sanitario. ■

Farmacoterapia e auricoloterapia per la cessazione del fumo: studio osservazionale

De Marchi Cornelia¹, Concina Diego²

¹Ambulatorio Tabagismo, SerT Cossato - ASLBI-Biella; ²Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale - Novara.

Introduzione

S'investiga l'efficacia terapeutica di protocolli farmacoterapici, di schemi ad-hoc di agopuntura auricolare e di

combinazioni dei due approcci terapeutici nel trattamento di fumatori gravi per alti indici di dipendenza e comorbidità somatiche e psichiche. Si sono revisionate le cartelle di

una coorte di soggetti trattati nel periodo 2009-2013 presso l'Ambulatorio Tabagismo dell'ASLBI-Biella; si sono studiati gli effetti dei trattamenti di auricoloterapia in integrazione con i trattamenti farmacologici standard per la cessazione del fumo.

Materiali e metodi

È stata sottoposta a intervista clinica una coorte di soggetti trattati precedentemente presso l'Ambulatorio Tabagismo per la cessazione del fumo. I soggetti considerati presentavano una gravità clinica da media a molto alta, a causa di comorbidità con patologie somatiche, e/o patologie psichiche, e/o disturbo da uso di altre sostanze. Alcuni di loro avevano completato il trattamento, altri l'avevano interrotto prima di ottenere la remissione completa, per scelta volontaria o altri eventi, e altri soggetti erano stati persi dopo la prima visita. La farmacoterapia contemplava l'uso di farmaci di prima e seconda linea; l'auricoloterapia riprendeva gli schemi terapeutici proposti da David Alimi nel corso di *Diplôme Interuniversitaire d'Auriculothérapie-Université Paris13*.

Risultati

Si descrivono in dettaglio i protocolli terapeutici e quali caratteristiche fisiopatologiche guidano le scelte terapeutiche. I

pazienti affetti da disturbo da uso di tabacco, in comorbidità con alcuni tipi di patologia, manifestano una maggiore ricorrenza del disturbo. Si ipotizza il meccanismo fisiopatologico, sulla base del quale appare efficace l'azione dell'auricoloterapia per la cessazione del fumo. In base all'analisi dei dati registrati in cartella e delle risposte ottenute all'indagine di *follow-up* si è potuto evidenziare che l'auricoloterapia appare tanto efficace quanto la farmacoterapia, al fine della riduzione del *craving* per la nicotina e dell'ottenimento della remissione (*early full remission*) del disturbo da uso di tabacco in questa classe di pazienti.

Conclusioni

Il lavoro descrive i protocolli di trattamento con farmaci di prima e seconda scelta, i protocolli di agopuntura auricolare, che appaiono efficaci quanto la terapia con farmaci di prima e seconda linea, nell'indurre la cessazione del fumo e nel controllare la sindrome di astinenza da nicotina. Si spiega il razionale, che guida la scelta e l'integrazione dei due diversi approcci. Si avanza una spiegazione fisiopatologica dei risultati ottenuti e si suggerisce l'ambito, in cui meriterebbe indirizzare future ricerche cliniche, al fine di definire le caratteristiche dei singoli pazienti e il tipo di trattamento il più idoneo a ciascuno di loro. ■

Anni di vita guadagnati e riduzione del rischio di morte con lo smettere di fumare

Giuseppe Gorini¹, Andrea Martini¹, Laura Carrozzi², Francesco Pistelli³, Franco Falcone³, Giovanni Viegi⁴, Giulia Carreras⁵

¹Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze; ²Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; ³Direzione Generale, AIPO Ricerche, Milano;

⁴Istituto di Fisiologia Clinica, CNR Pisa; ⁵Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze.

Introduzione

È importante comunicare efficacemente il guadagno in salute derivante dallo smettere di fumare. Il numero di anni di vita guadagnati smettendo di fumare, così come la riduzione del rischio di morte per alcune patologie fumo-correlate, è sicuramente un messaggio semplice ed efficace per i fumatori. L'obiettivo di questo lavoro è quello di quantificare tale beneficio e di creare uno strumento per la diffusione.

Materiali e metodi

Sono state calcolate le curve di sopravvivenza per fumatori ed ex-fumatori e stimato il guadagno in anni di vita derivante dallo smettere di fumare a varie età specifico per sesso e numero di sigarette fumate al giorno (sig/die). Inoltre è stata calcolata la riduzione del rischio di morire nei prossimi 10 anni per infarto, tumore del polmone, ictus e BPCO derivante dallo smettere di fumare a varie età, specifica per sesso e sig/die. È stato prodotto un software online (<http://www.6elle.net>) che permette di simulare il guadagno inserendo le caratteristiche del fumatore (sesso, età, sig/die). Il software fornisce anche una stima del risparmio economico derivante dallo smettere. Tutti questi conti possono essere forniti al fumatore che si reca al centro anti-fumo.

Risultati

Smettere di fumare, ad esempio, a 50 anni comporta un guadagno di circa 5 anni di vita per gli uomini e 4 per le donne che fumavano una media di 10-19 sig/die. Inoltre comporta una riduzione del rischio di morte nei prossimi 10 anni per infarto, tumore del polmone, ictus e BPCO rispettivamente del 35 e 38%, 48 e 40%, 47 e 53%, 55 e 49% per gli uomini e le donne rispettivamente. Infine, smettendo di fumare ora ed ipotizzando un costo di 4,00 per un pacchetto di sigarette, si potrà risparmiare circa €90 tra un mese e €1000 in un anno. I forti fumatori (>20 sig/die) hanno un guadagno maggiore in anni di vita dallo smettere rispetto ai lievi fumatori. All'aumentare dell'età, la cessazione del fumo determina una minore riduzione del rischio di infarto, ma benefici sempre notevoli per tutte le altre patologie.

Conclusioni

Smettere di fumare a qualsiasi età determina un notevole guadagno in anni vita e riduzione del rischio di morire per varie patologie fumo-correlate, soprattutto per i forti fumatori. Questo studio fornisce uno strumento utile ed efficace per comunicare il guadagno in anni di vita per i fumatori italiani che vogliono smettere di fumare in relazione al loro consumo giornaliero di sigarette. ■

La nicotina e le funzioni affettive

Fiammetta Cosci

Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

Introduzione

L'osservazione che la nicotina modula l'affettività negativa deriva spesso da studi non sperimentali condotti su soggetti in astinenza ed è spiegata in modo indiretto in quanto si ipotizza che la nicotina moduli l'affettività perché allevia i sintomi astinenziali. Tuttavia, gli studi sperimentali suggeriscono che la nicotina possa modulare le funzioni affettive in modo diretto. Questa seconda ipotesi è stata verificata attraverso una revisione sistematica della letteratura.

Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca computerizzata (PubMed/Medline 1960-2012) per recuperare il materiale da includere. I criteri di inclusione erano: 1. articoli scritti in lingua inglese pubblicati in riviste peer-reviewed; 2. studi con disegno di esperimento o quasi esperimento; 3. adulti non in condizione di astinenza; 4. presenza di una condizione di controllo; 5. assenza di disturbi psichiatrici di Asse I o II.

La revisione sistematica è stata condotta nel rispetto delle linee guida **Prisma**.

Risultati

Ventuno articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione descritti. La nicotina è risultata capace di alleviare la depressione sia nei fumatori che nei non fumatori, soprattutto se depressi o vulnerabili alla depressione.

Tale effetto potrebbe essere dovuto all'attivazione del sistema dopaminergico. Non è emerso un effetto chiaro della nicotina sull'ansia mentre non sono emersi studi che trattassero funzioni affettive diverse da depressione e ansia.

Conclusioni

Tali ricerche potrebbero chiarire il ruolo della nicotina sull'ansia e su altre funzioni affettive quali ad esempio la paura o l'ansia anticipatoria, tuttavia altri studi sarebbero estremamente utili per aumentare le conoscenze in questo campo, spesso negletto.

Inoltre, permetterebbero di testare ulteriori meccanismi biologici attraverso i quali la nicotina potrebbe esercitare il suo effetto psicotropo. ■

Incidenza e conoscenze relative al tabagismo in pre-adolescenti e adolescenti

Vincenzo Zagà¹, Elisa Truffelli², Laura Simonetti³, Mario Bisconti⁴

¹Pneumologo e coordinatore Centri Antifumo - AUSL di Bologna; ²Dipartimento Scienze dell'Educazione - Università degli Studi di Bologna; ³Metodologia e Ricerca Empirica nelle Scienze Sociali - Università degli studi di Firenze; ⁴Direttore U. O. di Pneumologia di Galatina e Lecce - ASL LE1

Introduzione

Poiché il fumo di tabacco è la singola causa di morbilità e mortalità prevenibile, riteniamo che la prevenzione debba essere indirizzata principalmente ai pre-adolescenti e adolescenti, che si trovano nella fase cruciale di potenziale iniziazione al fumo, e che debba avere tra i suoi obiettivi primari il ritardo o la prevenzione dell'iniziazione. Anche la giusta informazione sul problema tabagismo può concorrere in maniera significativa a perseguire e raggiungere questo obiettivo unitamente alle competenze sociali, influenza sociale e combinazione di più strategie.

Materiali e metodi

La presente indagine è stata realizzata nella seconda metà dell'anno scolastico 2013/2014 in tre scuole secondarie di primo grado e due scuole secondarie di secondo grado nelle provincie, rispettivamente di Lecce e Bologna. Il campione era costituito da 378 studenti le cui classi hanno aderito volontariamente a un programma di prevenzione al fumo. Per la raccolta dei dati relativi a comportamenti e conoscenze legati al tabagismo è stato somministrato prima dell'intervento formativo un questionario strutturato che conteneva

una sezione dedicata a variabili socio-demografiche, una relativa a comportamenti inerenti il fumo e infine una terza costituita da un breve test di conoscenza.

Risultati

La pratica del tabagismo negli adolescenti esaminati mostra un significativo legame ($p=.00$) con l'età dei soggetti e con l'esempio osservato in famiglia ($p=.00$). La percentuale di adolescenti fumatori del campione infatti cresce al crescere dell'età e all'aumentare del numero di soggetti fumatori che fanno parte delle famiglie di questi ragazzi.

I consumatori di cannabis, presenti in numero limitato, sono in larga parte anche fumatori di tabacco: la correlazione tra chi utilizza queste due sostanze è significativa con $p<.005$. Per quanto concerne le conoscenze relative al tabagismo, esse risultano complessivamente scarse. Per quasi tutti gli item somministrati la percentuale di risposte corrette è significativamente più elevata nei soggetti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. Non si evidenziano invece in questo senso relazioni significative con il genere di appartenenza dei rispondenti né con l'indice di istruzione della famiglia di provenienza.

Conclusioni

Il consumo di tabacco nel campione preso in considerazione appare un fenomeno già presente anche a livello di scuola secondaria di primo grado, a fronte di uno scarso livello di conoscenze di questi studenti in merito al tabagismo.

Questa pratica sembra essere in parte legata alle caratteristiche del contesto familiare di provenienza. Da questi elementi appare evidente l'opportunità che le istituzioni scolastiche, affiancate da esperti in questo campo, continuino a promuovere e realizzare percorsi di sensibilizzazione e di informazione sui reali rischi connessi al tabagismo. ■

Cessazione del fumo in Italia

Giuseppe Gorini¹, Silvano Gallus², Giulia Carreras³

¹Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze; ²Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri - Milano; ³Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze.

Introduzione

Negli ultimi decenni la prevalenza di fumo in Italia è diminuita in seguito ad una minore iniziazione ed una maggiore cessazione del fumo, e può essere in parte attribuita allo sviluppo di politiche per il controllo del tabagismo. Da un'indagine multiscopo italiana infatti è stata stimata una diminuzione dell'iniziazione al fumo dal 1994 ad ora per le donne e per gli uomini. Per quanto riguarda la cessazione del fumo invece, non esistono stime per l'Italia.

Materiali e metodi

È stato sviluppato un modello matematico che descrive l'evoluzione demografica della popolazione italiana in relazione all'abitudine al fumo tenendo in considerazione, per gli ex-fumatori, degli anni da cui hanno smesso di fumare ed assumendo la possibilità di riprendere a fumare per chi ha smesso.

Il modello è stato utilizzato per stimare le probabilità di cessazione del fumo nel periodo 1986-2009.

Risultati

Le probabilità di cessazione stimate sono risultate basse, soprattutto nelle classi di età 30-49 anni con valori medi del 2.2% e del 2.4% nelle donne e negli uomini rispettivamente. Le cessazioni più alte sono state stimate per le giovani donne con valori intorno all'8.8% e per le donne e gli uomini di età superiore ai 60 anni con valori intorno al 9.1% per entrambi. Per le giovani donne le alte cessazioni sono presumibilmente dovute ad una maggiore attenzione per la salute derivante dall'intenzione di avere figli, mentre per le persone più anziane derivano probabilmente dalla comparsa a tale età dei sintomi di malattie fumo-correlate.

Conclusioni

La cessazione al fumo in Italia è ancora bassa per molte classi di età, in particolare per fumatori dai 30 ai 50 anni ed è quindi necessario implementare ulteriori interventi per il controllo del tabagismo o potenziare le politiche già esistenti. ■

Tabagismo e fertilità

Francesca Zucchetta¹, Biagio Tinghino², M.B. Dal Canto¹, F. Brambillasca¹, M. Mignini Renzini¹, R. Fadini¹

¹Centro di Medicina della Riproduzione, Istituti Clinici Zucchi, Monza - ²Centro per il trattamento del tabagismo, ASL MB,

Introduzione

Le coppie infertili rappresentano il 20% della popolazione e molte di queste si rivolgono ai centri di procreazione medicalmente assistita (PMA). Diverse sono le cause dell'infertilità umana, fra le quali conta anche lo stile di vita. È noto che il fumo di sigaretta è associato a un tasso più basso di fertilità e a un più alto rischio di fallimento nelle procedure di PMA.

Materiali e metodi

La popolazione oggetto dello studio era costituita dalle coppie afferenti al Centro di Medicina della Riproduzione Biogenesi, Istituti Clinici Zucchi di Monza, dove si effettuano circa 2000 cicli di PMA l'anno. Sono stati rilevati i dati relativi al periodo gennaio 2013 - giugno 2014, con un totale di 1808 trattamenti (FIVET - ICSI) per 1189 coppie. Il campione è stato stratificato in relazione al numero di sigarette/die

fumate dalle donne. Si è poi fatto il confronto con le coppie dove entrambi non fumavano.

Risultati

Nelle donne che fumavano meno di 2 sigarette/die (N. 36), il test ematico di β HCG positivo era del 46,6%, il tasso di aborto del 5,6% e il tasso di bambini nati (LBR) del 25%. Tra le fumatrici di 3-15 sigarette/die (N. 111), le β HCG positive erano del 44,1%, il tasso di aborto del 5,4% e la percentuale di LBR del 23,4% mentre nel gruppo delle donne che fumavano più di 15 sigarette/die (N. 73) la probabilità di ottenere un test ematico di β HCG positivo è stata del 41,7%, il tasso di aborto dell'11% e il tasso di LBR del 16,4%. Nelle coppie dove entrambi i partner non fumavano (N. 777), la percentuale di β HCG positiva è stata del 42,3%, quella di aborto del 5,7% e la percentuale di LBR del 23,9%. Le per-

centuali delle β HCG positive non erano statisticamente significative tra i vari gruppi. La percentuale di aborto era significativamente più alta se le donne fumavano più di 15/die.

Conclusioni

La maggiore efficacia dei trattamenti di PMA si verifica quando le coppie non fumano o le donne sono fumatrici lievi (<2/die). Le donne fumatrici moderate (3-15 sigarette al dì) e le severe fumatrici (> 15 /die) presentano una percentuale di test ematico di β HCG positivo non significativamente differente rispetto ai vari gruppi. La probabilità invece di gravidanza in evoluzione e di LBR si riduce si-

n. Sigarette die	Probabilità di partorire un figlio per una coppia che intraprende un percorso di PMA in relazione a quante sigarette fuma la donna				F=0 & M=0
	0	<=2	3-15	>15	
n.coppie	969 (81,4%)	36 (3%)	111 (9,3%)	73 (6,1%)	777
n. β HCG positivo	414 (42,7%)	17 (46,6%)	49 (44,1%)	30 (41,7%)	329 (42,3%)
n. aborti	57 (5,9%)	2 (5,6)	6 (5,4%)	8 (11%)	44 (5,7%)
n. LBR (life birth rate)	237 (24,5%)	9 (25%)	26 (23,4%)	12 (16,4%)	186 (23,9%)

gnificativamente per l'incremento delle perdite precoci embrionali e fetali (gravidanze biochimiche e aborti precoci). È stato infine calcolato che la prevalenza totale dei fumatori era il 18,5% per le donne e il 29,7% per gli uomini. Ulteriori indagini sono in atto per continuare a monitorare il fenomeno e per

incrociare altre variabili rispetto alla popolazione oggetto di studio. Il fine sarà di implementare specifici approcci motivazionali, per chi decide di intraprendere una PMA, posto che il fumo potrebbe essere utilizzato da queste coppie anche come meccanismo di compensazione dell'ansia, generata proprio dall'idea stessa della PMA. ■

Valutazione del rischio chimico da vaporizzatori (e-cigarette) nei luoghi di lavoro

Carmine Ciro Lombardi¹, Giuliana Di Cicco², Giacomo Mangiaracina³, Vincenzo Zagà⁴

¹ENEA-UT BIORAD Casaccia; ²ENEA-FRA MED Frascati; ³Sapienza Università di Roma; ⁴Pneumologo e coordinatore Centri Antifumo - AUSL di Bologna.

Introduzione

L'evoluzione del fenomeno "sigaretta elettronica", in assenza di un chiaro quadro regolatorio e di evidenze scientifiche circa la loro nocività, impone una riflessione e una valutazione al loro libero utilizzo negli ambienti confinati.

L'uso dei vaporizzatori in ambito lavorativo, comporta notoriamente una certa contaminazione degli ambienti di lavoro da parte delle sostanze nebulizzate. Pertanto il datore di lavoro ha l'obbligo di documentarsi e di avere una valutazione dettagliata del Rischio Chimico così come previsto dal titolo IX del D.L 81/08 e s.m.i.

Materiali e metodi

Viene descritta una metodologia valutativa del Rischio Chimico per la salute basata su uno specifico algoritmo che prende in esame una serie di fattori di rischio. Ai diversi fattori sono stati assegnati valori numerici scalari proporzionali al grado di pericolosità detti VAP (valori arbitrari di pericolosità).

La definizione di un valore limite di riferimento consente la categorizzazione del rischio chimico da e-cig in rischio "irrilevante" o "non irrilevante" per la salute.

Dall'analisi della letteratura risulta che diversi agenti chimici e microparticolato vengono prodotti durante l'utilizzo della e-cigarette.

Poiché le sostanze chimiche variano in relazione alle diverse marche, la metodologia valutativa è stata applicata solo per gli agenti chimici più rappresentativi, come nicotina, glicol propilenico e aldeide formica. Il modello valutativo può essere applicato in tutti gli ambienti di lavoro, uffici, corridoi, ecc.

Risultati

La risoluzione dell'algoritmo e il confronto con il Valore Limite di Riferimento consente di categorizzare il rischio inalatorio da vaporizzatori in tutti i luoghi confinati e di lavoro in particolare. Per ricavare il valore limite di riferimento del rischio da uso di vaporizzatori, ai fattori selezionati vengono assegnati valori proporzionali al grado di pericolosità degli agenti chimici, al modo di utilizzo e al tempo di esposizione. I valori sono assegnati prendendo come riferimento alcuni modelli di valutazione del rischio chimico già accreditati e utilizzati in altri contesti: dagli indici di pericolosità (VAP) si ottiene il valore limite di riferimento $R = 200$, che rappresenta il valore limite da non superare, altrimenti il rischio è "non irrilevante" per la salute dei lavoratori.

I risultati sul Rischio Chimico per nicotina, formaldeide e glicol propilenico sono stati rispettivamente: $R=1.650$, $R=2.065$, $R=412$.

Conclusioni

Nonostante il numero di agenti chimici presenti nei vaporizzatori sia notevolmente ridotto rispetto alle sigarette tradizionali, il loro contributo tossicologico non è nullo e il rischio per la salute dei lavoratori esiste e va considerato nella sua dimensione. Ne consegue che l'utilizzo delle e-cig negli ambienti di lavoro va fortemente sconsigliato.

Seppure preliminari, questi dati indicano che l'uso dei vaporizzatori negli ambienti confinati comporta un rischio di un certo rilievo per la salute dei lavoratori. Poiché è impensabile che in uffici e locali di servizio i lavoratori possano usare mascherine protettive, il datore di lavoro deve necessariamente vietare l'uso dei vaporizzatori. ■

L'aumento del prezzo del tabacco in Italia: una politica vantaggiosa?

Cristiano Piccinelli, Nereo Segnan

Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte - CPO Piemonte.

Introduzione

Negli ultimi 30 anni la prevalenza di fumatori in Piemonte (come in Italia) è diminuita da circa il 36% a circa il 25% del 2012. Nonostante questa diminuzione del numero di fumatori, in Piemonte circa 5.500 persone muoiono ogni anno per malattie fumo-correlate (2.250 circa nella fascia di età 34-75 anni). Il carico di malattia stimato in Piemonte è di circa 123.000 DALY's (anni di vita vissuti con disabilità) ogni anno. Questi dati ci fanno riflettere su quelli che sono i costi per la nostra società imputabili al tabagismo.

Materiali e metodi

In questo studio abbiamo cercato di stimare l'impatto di una politica di aumento dei prezzi delle sigarette sia per gli effetti che potrebbe avere sulla salute della popolazione piemontese, ma anche con una particolare attenzione al risparmio che porterebbe negli anni al sistema sanitario regionale. Il lavoro è stato svolto attraverso una approfondita ricerca bibliografica per trovare degli studi che definissero gli effetti di una politica analoga applicata in altri Paesi.

Sono stati utilizzati i flussi i dati regionali disponibili (Fatti e Cifre del fumo di tabacco in Piemonte, 2013), e le stime italiane dei carichi di malattie attribuibili al tabagismo (Health Metrics - GBD).

Risultati

Un aumento del 50% dei prezzi del tabacco porterebbe ad una diminuzione del consumo di circa il 20% (IARC, 2011).

Attuando una politica che preveda un aumento del genere, in Piemonte potrebbero essere evitate circa 1.100 morti (450 su una popolazione di età compresa tra 34-75 anni) e circa 25.000 DALY's ogni anno (con una latenza compresa tra i 5 ed i 20 anni).

Per quanto riguarda i costi diretti per il sistema sanitario regionale, ogni anno a causa del tabacco in Piemonte si effettuano 14000 ricoveri, con un costo di circa 25 milioni di euro l'anno. Una riduzione della prevalenza, a fronte di un aumento dei prezzi del tabacco, porterebbe una riduzione delle malattie attribuibili con un conseguente risparmio stimato di 5 milioni di euro ogni anno (considerando solo i costi sanitari diretti).

Conclusioni

Questa stima grezza mostra come l'aumento del prezzo del tabacco sia una politica costo-efficace perché riduce il carico di patologia (morti e disabilità evitate) e riduce i costi per il sistema sanitario.

In Italia circa il 75% delle entrate del tabacco va allo Stato come imposte, con un bilancio di 14 miliardi di euro l'anno. Il timore è il potenziale calo delle entrate per lo Stato, ma sappiamo che l'aumento del prezzo del tabacco porterebbe un aumento dei ricavi (P Jha, R Peto, 2014).

Speculazioni economiche a parte ricordiamo che una politica di aumento sostanziale del prezzo del tabacco risulta essere l'intervento più efficace per ridurre le malattie croniche non trasmissibili (Assemblea Mondiale della Sanità, 2013). ■

Andamento prezzo sigarette/consumo

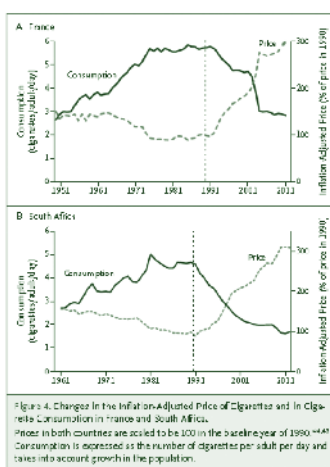


Figure 4. Changes in the Inflation-Adjusted Price of Cigarettes and in Cigarette Consumption in France and South Africa. Prices in both countries are scaled to be 100 in the baseline year of 1990. *AF Consumption is expressed as the number of cigarettes per adult per day and takes into account growth in the population.

Valutazione dell'astensione dal fumo di sigaretta sul medio-lungo termine dopo la partecipazione al progetto *Smoke Free Class Competition*

Vincenzo Zagà¹, Adriano De Blasi², Paola Gremigni³

¹U.O. di Pneumotisiologia e coordinatore Centri Antifumo - AUSL di Bologna, ²Sociologo, AUSL di Bologna; ³Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Bologna.

Introduzione

In tema di prevenzione primaria del tabagismo è importante intervenire il più tempestivamente possibile per prevenire o ritardare l'iniziazione al fumo tra i giovani e giovanissimi ed il passaggio dalla sperimentazione al fumo abituale. Scopo di questo studio osservazionale di follow-up degli esiti di un intervento non farmacologico, con un gruppo di controllo

parallelo non randomizzato, è stato quello di indagare gli esiti della Smoke Free Class Competition (SFCC), un programma di prevenzione del fumo di sigaretta rivolto agli studenti delle scuole superiori. La SFCC è un programma scolastico di prevenzione del tabagismo la cui efficacia finora è stata valutata da vari studi positivamente nel breve-medio periodo (fino a 2 anni).

Materiali e metodi

hanno partecipato allo studio 382 studenti di 2 Istituti Statali d'istruzione di II grado della provincia di Bologna frequentanti le classi terze, quarte e quinte superiori. Principali misure di outcome: astinenza dal fumo di sigaretta a un follow-up a 3-5 anni dopo un intervento di prevenzione specifico non farmacologico.

Risultati

Dopo 3-5 anni dalla partecipazione allo SFCC i fumatori partecipanti al programma erano il 17,8% e il 28,4% tra i non partecipanti ($\chi^2 = 5.86$, $p = 0.01$). L'incremento medio dei fumatori è stato del 7,4% tra i partecipanti alla SFCC e del 18,7% tra le classi di controllo. Non avere parenti fumatori e l'aver frequentato il programma SFCC, hanno avuto un ef-

fetto positivo sul mantenimento dell'astensione dal fumo di sigaretta, che varia a seconda dell'età e del tempo trascorso dal programma di prevenzione.

Conclusioni

I risultati di questo studio pilota suggeriscono che l'efficacia dei programmi scolastici di prevenzione primaria del tabagismo è valutabile e apprezzabile meglio nel lungo periodo che nel breve e che la Smoke Free Class Competition mostra una significativa efficacia nel limitare l'incremento del numero di fumatori nel lungo periodo (fino a 4-5 anni). Questo studio può contribuire ad incoraggiare l'uso del programma Smoke Free Class Competition nelle scuole della Comunità Europea, per ritardare e scoraggiare gli adolescenti ad iniziare a fumare. ■

Conviene investire in politiche per promuovere lo smettere di fumare o in un programma di screening per tumore del polmone?

Giuseppe Gorini, Giulia Carreras, Eugenio Paci
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze

Introduzione

L'introduzione di politiche di contrasto al tabagismo (PCT) è considerata la strategia di prevenzione primaria di primo piano per ridurre la prevalenza di fumatori ed i morti attribuibili al fumo (MAF) a livello di popolazione. D'altra parte, studi randomizzati hanno recentemente provato l'efficacia dello screening con TC spirale a basse dosi nella riduzione della mortalità per tumore del polmone. Obiettivo di questo studio è quello di prevedere i morti attribuibili a fumo per il tumore del polmone se introdotte PCT e lo screening per tumore del polmone con TC spirale.

Materiali e metodi

È stato sviluppato un modello per descrivere l'evoluzione dell'abitudine al fumo ed utilizzato per prevedere i MAF per tumore del polmone e per tutte le cause sotto diversi scenari: mantenere lo status quo; introdurre politiche di trattamento della cessazione (rimborso del trattamento per smettere, creazione di una quitline attiva, diffusione del counseling tra gli operatori sanitari); introduzione di un programma di screening con TC spirale annuale in tre cicli per forti fumatori ed ex fumatori di età 55-74 anni.

Risultati

Rispetto allo status quo lo screening ha mostrato un effetto di riduzione costante annua del 3,0% nei MAF per tumore del polmone ed una diminuzione nei MAF per tutte le cause 1,7% annuo, di cui metà dovuto alla riduzione delle malattie respiratorie. L'effetto è stato evidente dopo pochi anni dalla introduzione dello screening.

Le politiche di trattamento della cessazione hanno mostrato un effetto a partire da 5 a 10 anni dopo la loro introduzione con un aumento dell'effetto anno dopo anno. Infatti i MAF per tumore del polmone e per tutte le cause si sono ridotti del 8,4% e del 12,0% nel 2030, rispettivamente, e del 16,1% e del 20,0% nel 2040.

Conclusioni

Le politiche di trattamento della cessazione hanno un effetto maggiore dello screening nel ridurre i MAF per tutte le cause perché lo smettere di fumare comporta una riduzione nei MAF anche per malattie cardio-vascolari e altri tumori e, soprattutto, permette di ridurre anno dopo anno il rischio di sviluppare tutte le patologie fumo-correlate. ■

L'ipnosi nella disassuefazione dal fumo: un'esperienza ospedaliera decennale

Nagar Aldo
Responsabile (1992-2002) dell'ambulatorio di Ipnositerapia e disassuefazione dal fumo dell'Ospedale S. Giovanni Battista e della città di Torino.

Introduzione

Sono esaminate le possibilità dell'ipnosi nella disassuefazione tabagica e la sua attuazione in un ambulatorio ospeda-

liero. L'ipnosi permette di ridurre grazie a particolarità sue specifiche (suggestione post ipnotica, autoipnosi) la dipendenza farmacologica, comportamentale, psicologica dal fu-

mo affrontandone anche le problematiche che ne possono essere all'origine. Può anche essere utilizzata per il trattamento di eventuali comorbilità presenti migliorando la risposta terapeutica (DAP, alcool-dipendenza, DCA).

Materiali e metodi

Nei pazienti, inviati con impegnativa dal medico di base segnalante l'importante patologia che richiede la disassuefazione dal fumo, vengono valutate le problematiche mediche e psicologiche presenti e verificata l'assenza di controindicazioni all'ipnosi.

Le sedute individuali, da sei a dieci con intervalli temporali sempre più distanziati, coprono un anno. Controlli telefonici, effettuati nei quattro anni successivi permettono di verificare la persistenza dell'astensione. Le induzioni ipnotiche, registrate e variabili nei contenuti in relazione all'evolversi della terapia, sono consegnate al paziente con l'invito a risentirle per aumentarne la valenza suggestiva ed attivare l'autoipnosi. Un approccio cognitivo comportamentale associato è essenziale.

Risultati

Sono stati esaminati nel corso di tre anni (2000-2002) 691 fumatori, 396 uomini (57%), 295 donne (43%). Patologia assente in 8 pazienti (1,2%), significativa in 218

(31,5%), grave in 384 (55,7%), molto grave in 81 (11,7%). Il 43% dei soggetti si situava in una età tra 40-60 anni, il 35% in età superiore ai 60.

Sono stati giudicati non idonei al trattamento 17 uomini e 14 donne.

Hanno abbandonato la terapia entro il secondo incontro 138 uomini (36,41%), 75 donne (26,69%) Hanno raggiunto una iniziale astinenza 102 uomini su 376 (27%), 82 donne su 281 (29%). A quattro anni di distanza l'astinenza persisteva in 29 donne (il 10% delle 281 fumatrici entrate in terapia, il 35% delle 82 astinenti iniziali) in 31 uomini (1'8% dei 379 fumatori entrati in terapia, il 30% dei 102 astinenti iniziali.)

Conclusioni

In una patologia così complessa e deludente come la dipendenza tabagica, i risultati raggiunti con l'ipnosi in un ampio campione di fumatori affetti da patologie che pur gravi non sono riuscite a determinare la cessazione dal fumo, dimostrano che tale intervento dai costi estremamente contenuti, sia per le strutture sanitarie (assenza di spese strumentali o farmacologiche) che per il paziente (solo ticket), si dimostra in mani esperte mezzo efficace per ottenere l'astensione dal fumo in una percentuale significativa di pazienti ad alta dipendenza. ■

Valutare ed accrescere la motivazione al cambiamento: utilizzo delle scale VMC2-T

Spiller Valter

Psicologo, ASL3 Genovese.

Introduzione

Si intendono presentare i presupposti teorici e clinici, la struttura, le caratteristiche e alcuni risultati della prima applicazione della scala VMC2-T, ideata per valutare la motivazione a smettere di fumare.

Materiali e metodi

Il VMC2-T si fonda sui riferimenti teorici del *Counseling Motivazionale* e, partendo da strumenti italiani già validati, integra nuovi elementi concettuali derivati dalle più recenti ricerche in campo motivazionale. Vengono illustrati inoltre alcuni risultati della sua prima applicazione delle scale su un campione di 801 soggetti fumatori che hanno richiesto un intervento per smettere di fumare.

Risultati

L'analisi dei dati dimostra una buona consistenza interna della scala. Le correlazioni fra le variabili considerate sono elevate e assolutamente congruenti con il modello teorico.

È stata effettuata una Cluster Analysis nel tentativo di classificare i soggetti in gruppi con caratteristiche motiva-

zionali simili: sono stati ottenuti tre gruppi differenti con caratteristiche sostanzialmente comparabili con i primi tre "stadi del cambiamento" del Modello Transteorico di Prochaska e DiClemente.

L'analisi della Regressione Lineare Multipla delle otto variabili del VMC2 ha permesso di ottenere un modello che descrive la significatività dell'interdipendenza fra gli aspetti valutati dal VMC2-T.



Conclusioni

Seppur ancora nella fase di primo utilizzo, i dati ricavati dalla somministrazione del VMC2-T sembrano fornire elementi piuttosto interessanti per comprendere l'evoluzione dei processi motivazionali delle persone che intendono smettere di fumare. La scala si dimostra sufficientemente affidabile,

fornendo dati congruenti con la teoria di riferimento. Alla luce dell'attenzione che gli aspetti motivazionali hanno da sempre avuto nel tabagismo, le scale VMC2 possono essere considerate un efficace sostegno alle attività professionali di valutazione e promozione della motivazione a smettere di fumare. ■

Lo screening cervicale come occasione per fare counselling sullo smettere di fumare

Giuseppe Gorini¹, Giulia Carreras¹, Anna Iossa¹, Elisabetta Chellini¹, Livia Giordano², Alessandro Coppo², Emanuela Anghinoni³, Fiorella Talassi³, Maurizio Galavotti³

¹Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - Firenze; ²CPO Piemonte - Torino; ³ASL Mantova.

Introduzione

Il programma di screening cervicale è un'occasione per fare counselling sullo smettere di fumare (SF) alle donne in attesa di fare il Pap test. A tale counselling potrebbe aggiungersi la promozione di attività fisica (AF). Lo studio SPRINT ha valutato l'efficacia di un intervento che offriva counselling su SF e su AF alle donne in attesa di fare il Pap test nell'ambito dello screening cervicale.

Materiali e metodi

Le partecipanti in entrambi i bracci di intervento e nella fase motivazionale di "preparazione" per lo SF, ovvero le donne che fumano e che sono pronte e motivate a smettere entro un mese, hanno raddoppiato la loro probabilità di smettere di fumare rispetto ai controlli. Inoltre, le partecipanti nei bracci di intervento in fase di "contemplazione", ovvero che pensano di smettere nell'arco di 6 mesi, sono risultate più propense a ridurre il loro consumo giornaliero di sigarette dopo l'intervento. Le donne nei bracci di intervento in "precontemplazione", ovvero che non hanno alcuna intenzione di SF, sono risultate meno propense a smettere rispetto ai controlli. Lo studio non ha mostrato alcun effetto del counselling sulla AF.

Risultati

Lo studio SPRINT ha mostrato che ha senso fare il counseling per SF durante lo screening cervicale solo alle donne nella fase di "preparazione" a SF secondo il modello degli stadi del cambiamento di Di Clemente-Prochaska.

In Italia le donne in fase di "preparazione" sono state stimate essere intorno allo 6-8% delle donne afferenti allo screening cervicale, quindi solo 1 donna su 12-16 afferenti che potrebbe essere individuata tramite un breve questionario, da proporsi in sala d'attesa.

Conclusioni

Lo studio SPRINT ha mostrato che ha senso fare il counseling per SF durante lo screening cervicale solo alle donne nella fase di "preparazione" a SF secondo il modello degli stadi del cambiamento di Di Clemente-Prochaska.

In Italia le donne in fase di "preparazione" sono state stimate essere intorno allo 6-8% delle donne afferenti allo screening cervicale, quindi solo 1 donna su 12-16 afferenti che potrebbe essere individuata tramite un breve questionario, da proporsi in sala d'attesa. ■

Dona alla SITAB il tuo  x 1000

c.f. 96403700584

Un piccolo aiuto per una grande causa



Il fumo di sigaretta nei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva metadonica. Dieci anni dopo cosa è cambiato?

Cigarette smoking among heroin addicts in methadone maintenance treatment. Ten years later, what has changed?

Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni, Chiara Resentera, Patrizia Guadagnini, Laura Morbioli, Maristella Zerman, GICS

Riassunto

Introduzione. Il tabagismo è notoriamente una patologia trascurata a livello medico, nonostante la sua alta prevalenza di morbilità e di mortalità. Ciò è ancor più vero se consideriamo le popolazioni marginali, come i pazienti con disturbo da uso di sostanze.

Obiettivi. Valutare la prevalenza di fumo e lo "smoking status" negli eroinomani in terapia presso alcuni SerD italiani, confrontando tali dati con un'analoga indagine, svoltasi esattamente 10 anni addietro (2004) tra molti dei SerD che hanno collaborato con la presente ricerca.

Metodi. Sono stati reclutati 493 pazienti in trattamento metadonico presso 16 SerD del Nord Italia, 377 maschi, 116 femmine.

Risultati. La prevalenza di fumatori correnti è risultata essere, cumulativamente, del 92.49 %, del 91,51 % nei maschi, del 95.68 % nelle femmine. Il numero di sigarette fumate, cumulativamente, è stato di 16.3 sigarette/die. Solo il 29 % aveva provato a smettere di fumare almeno una volta nella vita.

Conclusioni. Nonostante più della metà dei SerD considerati fosse censito come centro antifumo, non si sono rilevate differenze di prevalenza di fumo negli eroinomani in carico. I dati, confrontati con quelli di 10 anni prima, hanno fatto rilevare una debole flessione del fumo, sia in termini di prevalenza che di sigarette fumate, molto inferiori ai cali registrati nella popolazione generale. Il fumo rimane un problema trascurato anche in questi servizi che avrebbero competenza e mezzi per affrontarlo.

■ **Parole chiave:** fumo, metadone, trattamento, SerT, prevalenza.

Abstract

Introduction. Tobacco addiction is known to be an often neglected disease, despite its high prevalence and mortality. This is even more true if marginal populations such as patients with substance use disorders are considered.

Objectives. To evaluate the prevalence of cigarette smoking and smoking status in heroin addicts in treatment at some Italian Addiction Clinics (SERD), comparing these data with a similar survey, which took place exactly 10 years ago (2004) among many of SERD who collaborated with this research.

Methods. 493 patients in methadone maintenance treatment (377 males, 116 females), attending at 16 SERD Northern Italy were enrolled.

Results. The prevalence of current smokers was found to be, cumulatively, of 92.49% (91.51% in males, 95.68% in females). The number of cigarettes smoked, cumulatively, was 16.3 cigarettes / day. Only 29% had tried to quit smoking at least once in their life

Conclusion. Despite more than half of SERD considered were entitled as tobacco smoke cessation clinics for the general population, there were no differences in the prevalence of smoking among heroin addicts. The data, compared with those of 10 years earlier, actually detected a slight reduction of cigarette smoking, either in terms of prevalence and in number of daily cigarettes assumption, but it resulted to be much lower than the declining trend observed in the general population. Smoking remains to be a neglected issue even among SERD services that would flaunt to have tobacco cease competence and means to achieve treatment for cigarette smokers

■ **Keywords:** smoking, methadone, treatment, addiction clinic, prevalence.

Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni, Chiara Resentera, Patrizia Guadagnini, Laura Morbioli

✉ fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it

Unità di Degenza di Medicina delle Dipendenza, Policlinico GB Rossi, Verona.

Maristella Zerman

SerT di Zevio, ULSS 21 della Regione Veneto.

GICS: Arzillo C., Bersani N., Bersani P., Biasin C., Bossi C., Bottazzo A., Bove A., Cantanchin F., Cantiero D., Canzian G., Cargnelutti D., Casari R., Civitelli GP, De Cecco L., Dellantonio E., Dersini F., Faccini M., Fadelli M., Favero E., Fontana N., Franceschini A., Gaiga M., Gardiolo M., Gentile N., Ghezzi N., Giacomini MA., Manzato E., Melchiori S., Meneghello D., Mihalcea C., Milan E., Montresor M., Pani A., Pavani V., Righetti P., Ripoli MA., Riscica P., Rizza C., Rizzetto V., Rossi A., Rovea A., Ruffato A., Ruzziconi C., Sembianti N., Smacchia C., Stimolo C., Zerbetto E.).

Gruppo InterSerD di Collaborazione Scientifica: SerD di Bassano, Bolzano, Bussolengo, Dolo, Este, Gemona, Legnago, Mantova, Mestre, Monselice, Oderzo, Rovigo, Treviso, Gravellona Toce, Villafranca, Zevio.

Introduzione

Il fumo di tabacco è il killer principale nei paesi maggiormente sviluppati. In Italia fuma il 22% della popolazione generale, il 25,4 % dei maschi ed il 18,9 % delle femmine. I decessi correlati al fumo sono stimati essere 77.000 all'anno, in Italia, contro 390 decessi per overdose da droghe [1, 2]. Nonostante questo i medici non trattano questa patologia con la dovuta attenzione e perizia che imporrebbe. Se questo è valido per i fumatori della popolazione generale lo è ancor di più per tutte le popolazioni marginali [3, 4].

Vari studi controllati hanno confermato che l'uso delle droghe, ma in particolare quelle ad azione oppioide, tendono ad indurre una aumentata assunzione di nicotina. La maggior parte dei pazienti in terapia metadonica (PTM), (popolazione che ammonta a circa 100.000 soggetti in Italia) fuma, con prevalenze che oscillano intorno al 70-90 % [2, 5-10]. Fumare è spesso considerato accettabile per i PTM che sono raramente incoraggiati a smettere ed ancor meno sostenuti nel farlo, come avviene per i pazienti psichiatrici, seguiti presso i Centri di Salute Mentale [3, 4]. In entrambi i casi è spesso falsamente ritenuto che smettere di fumare possa peggiorare la salute psichica dei pazienti e che smettere sia per loro di scarsa importanza [11-14].

Obiettivi

Gli scopi del nostro studio sono stati: valutare la prevalenza di fumo nei PTM in carico presso alcuni SerD italiani e valutare alcune semplici notizie inerenti lo *smoking status*, p.es. il numero di sigarette fumate, il numero di tentativi di smettere, il numero di periodi liberi dal fumo. Abbiamo poi avuto modo di confrontare tali dati con un'analoga indagine, svoltasi esattamente 10 anni addietro (2004) tra molti dei SerD che hanno collaborato con la presente ricerca [15].

Metodi

A 493 pazienti in trattamento metadonico da almeno 3 mesi (PTM), presso 16 SerD del Nord Italia (Bassano del Grappa, Bolzano, Bussolengo, Dolo, Este, Gemona, Legnago, Mantova, Mestre, Monselice, Oderzo, Rovigo, Treviso, Gravellona Toce, Villafranca, Zevio) sono stati reclutati per lo studio. 377 erano maschi, 116 femmine. Criteri di esclusione erano una dipendenza primaria diversa dall'eroina e/o essere in terapia con trattamenti diversi dal metadone (buprenorfina, naltrexone, *drug-free treatment*). La categoria non-fumatore è stata definita come consumo life-time inferiore a 100 sigarette. Lo studio non prevedeva compensi in denaro, né sotto nessun'altra forma di facilitazione od incentivazione. I test erano completamente anonimi ed auto compilati e comprendevano alcune semplici domande anagrafiche e sullo *smoking-status* (numero di sigarette fumate, tentativi di smettere, periodi *smoke-free*). I PTM venivano invitati a compilarlo a casa, con calma e senza interferenze da parte del personale. Le schede, uguali per tutti i SerD, sono state fornite e raccolte dal personale infermieristico dei SerD stessi. In circa la metà dei SerD è stato possibile eseguire un test

MINI-MAC/T, per misurare la disponibilità al cambiamento [16, 17]. Il MINI-MAC/T consente di definire il profilo motivazionale del fumatore, evidenziando:

- Lo stadio del cambiamento
- La frattura interiore - ambivalenza
- L'autoefficacia nel cambiamento

L'analisi del MINI-MAC/T è immediata e permette interventi propri di *counseling* motivazionale [16, 17]. Non essendo il personale sufficientemente preparato ad usare il test dappertutto, abbiamo eseguito il test solo dove veniva normalmente usato. Tutti i partecipanti allo studio hanno sottoscritto un consenso informato.

Risultati

La quasi totalità dei questionari sono risultati validi. La percentuale d'adesione è stata tra il 65% ed il 75%. La prevalenza di fumatori correnti è risultata essere, cumulativamente, del 92.49 %; del 91,51 % nei maschi, del 95.68 % nelle femmine. La media del numero di sigarette fumate, cumulativamente, è stato di 16.3 sigarette/die. Solo il 29 % aveva provato a smettere di fumare almeno una volta nella vita. Il 53.8% dei soggetti in metadone (MTD) viveva con un fumatore.

Confrontati con i risultati della ricerca del 2004 si sono avuti i risultati sotto riportati (*tabella 1*).

Un'ulteriore valutazione è stata effettuata per notare se ci fossero differenze nelle percentuali di fumatori e non fumatori nei SerD che sono anche censiti come centri antifumo nel registro OSSFAD (Osservatorio Fumo Alcol Droga). Le diversità sono risultate minime: nei 12 SerD aventi un centro anti fumo il 91% dei pazienti esaminati risulta fumatore contro il 92% nei 4 SerD sprovvisti di tale servizio.

Solo alcuni SerD sono stati in grado di eseguire una valutazione del grado di motivazione al cambiamento (smettere di fumare) tramite test MAC-T. Circa metà dei PTM (252 soggetti) sono stati così studiati anche dal punto di vista motivazionale riguardo allo stadio del cambiamento (secondo il modello Prochaska-DiClemente), alla frattura interiore (se-

Tabella 1 Stadio del cambiamento N 255

	Fumatori 2004 N (%)	Fumatori 2014 N (%)
Numero totale	298 (97.2)	456 (92.49)
Maschi	248 (98.8)	345 (91.51)
Femmine	50 (92.6)	111 (95,68)
Età media in anni	34.4	37.35
Conviventi fumatori		
No	106 (35.6)	201 (44,07)
Si	192 (64.4)	255 (55,92)
N medio di sigarette/die	22.7	16.2
N tentativi di smettere di fumare		
0	66 (22.1)	321 (70.39)
1 o più	232 (77.9)	135 (29.6)

condo il modello della dissonanza cognitiva di Festinger) e dell'autoefficacia (secondo Bandura).

Stato del cambiamento (ruota del cambiamento, di Prochaska e di Clemente) (*tabella 2*).

Nel 68% dei soggetti vi era una Frattura Interiore molto alta, mentre nella maggior parte dei soggetti vi era un'autoefficacia molto bassa (*tabella 3-4*).

Discussione

Questo studio multicentrico, cross-sectional, ha confermato una prevalenza estremamente alta di fumatori tra i PTM. La prevalenza riscontrata è tra le più alte segnalate in letteratura in setting analoghi e supera di 4 volte la prevalenza di fumatori in Italia [1, 6-10]. Inoltre la prevalenza di fumo pare

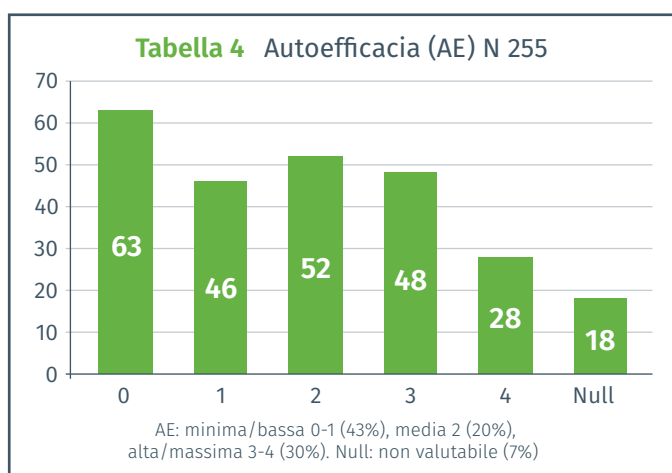
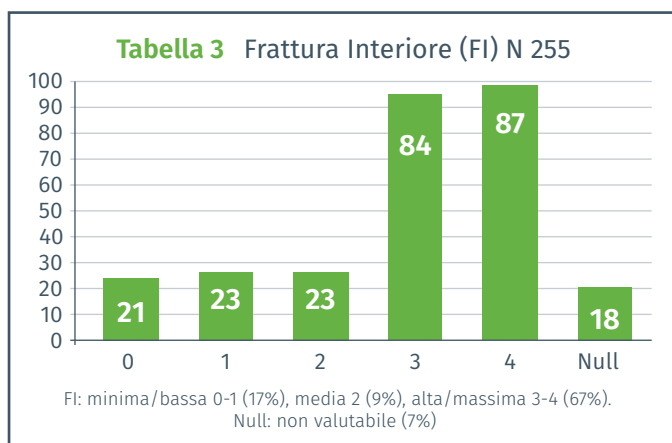
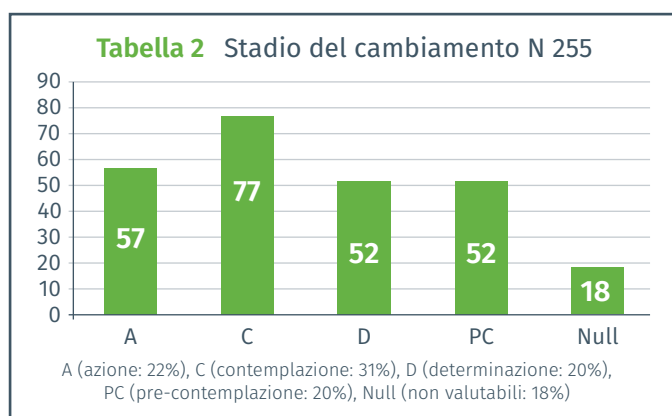
essere praticamente sovrapponibile a quella segnalata in un amplissimo campione di eroinomani attivi italiani, quindi non in terapia sostitutiva (5). Essere seguiti da un SerD non comporterebbe quindi alcun vantaggio o aiuto nello smettere di fumare, nemmeno nei SerD dove esiste un centro antifumo riconosciuto dall'OSSFAD.

I dati attuali inoltre, se confrontati con quelli di 10 anni fa in molti dei SerD oggetto dello studio attuale, mostrano qualche differenza di prevalenza: in calo globalmente, dovuto al decremento della sola componente maschile; le femmine nel 2014 fumano di più, rispetto al 2004. In altre parole, una decade è passata, nella quale è stata approvata una legge molto severa sul fumo (Sirchia, 2005) ma tutto questo sembra non aver lasciato grandi tracce nei SERD. Una differenza riguarda il numero delle sigarette fumate, in calo significativo nel presente studio.

Questo ultimo dato non fa che confermare quello che viene normalmente percepito come operatori del settore: la sostanziale mancanza di programmi di sostegno per smettere di fumare nei SerD italiani. È difficile da accettare il dato che segnala la stessa prevalenza di fumo tra i tossicomani dediti all'eroina ed i pazienti in cura, spesso da anni, presso strutture specialistiche che dispongono, caso quasi unico al mondo, di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori. Anche se solo il 5% dei fumatori della popolazione generale italiana hanno smesso con l'aiuto di un sanitario e che l'Italia è solo al 14° posto in Europa come prescrizione di farmaci etici per smettere di fumare [1], il fatto di trovare una prevalenza di fumo così alta e, sostanzialmente, poco modificata a distanza di 10 anni, deve essere motivo di riflessione. Nella classe d'età più confrontabile con quella dei PTM (25-44 anni) della popolazione generale italiana, la prevalenza di fumatori è scesa di circa 10 punti percentuali [1]. Il paradosso è che, in Italia, sono proprio i SerD le strutture territoriali che maggiormente offrono supporto ai fumatori della popolazione generale. Dei 354 centri antifumo, più di metà sono allocati in SerD; tra l'altro va sottolineato che il 54,3 % dei centri antifumo sono situati nel Nord Italia, proprio nell'area nazionale dove si è svolto il nostro studio [1] e che quasi tutti i SerD considerati risultava essere censito in tal senso.

Altro dato sconcertante è la percentuale di PTM che hanno tentato di smettere, calata nettamente negli ultimi 10 anni. Alcuni studi di letteratura hanno segnalato in popolazioni simili un desiderio di smettere ma una grande paura a farlo [19-22].

Da questo punto di vista sono interessanti i dati segnalati dal MINI-MAC/T, strumento più idoneo a misurare la motivazione a smettere [23]. Solo un quinto dei soggetti non era interessato a smettere (pre-contemplazione), una netta minoranza. Una percentuale analoga si trovava addirittura in uno stadio di azione, ossia stava presumibilmente cercando di smettere o limitare le sigarette. Ma se la maggioranza desiderava smettere di fumare (frattura interiore elevata), allo stesso tempo si sentiva non in grado di farlo (bassa autoefficacia), come spesso segnalato in altri studi. Si tratta quindi della situazione dove un intervento di sostegno è maggior-



mente utile ed indicato [23]. La comorbilità depressiva, segnalata in numerosi studi in questa tipologia di fumatori, può rappresentare un ulteriore fattore di ostacolo al processo di cessazione del fumo, sia in termini di auto-efficacia che di gravità dei sintomi astinenziali e quindi di successo terapeutico [24-26]. Il tono dell'umore andrebbe sempre misurato e monitorato in questi pazienti, nel momento in cui decidano di smettere di fumare [27, 28].

Nessun paziente dovrebbe sentirsi dire da un operatore sanitario che il fumo rappresenta per lui un male minore, ancor meno i PTM che frequentano strutture specialistiche per le dipendenze e che non sembrano poi così diversi dai fumatori che chiedono aiuto, magari alle stesse strutture (i SerD) per smettere [15]. È paradossale e disdicevole che i pazienti eroinomani in terapia sostitutiva presso i Servizi per le Dipendenze (SerD) italiani, se fumatori, siano sostanzialmente trascurati per questo aspetto essenziale della loro salute potendo potenzialmente contare su una professionalità certamente superiore da parte dei loro terapeuti, riguardo al fumo, rispetto a pazienti psichiatrici dei Centri di Salute Mentale, per fare

un esempio di un ambiente terapeutico caratterizzato da alta prevalenza di fumo e di scarsa offerta terapeutica [3, 4].

La più rilevante criticità nell'intervento per smettere di fumare, come attualmente impostato in Italia, è la scarsa accessibilità dei programmi terapeutici: si calcola che acceda al trattamento circa un decimo dell'utenza potenziale, se riferita alla popolazione generale, drammaticamente meno nel caso degli utenti in terapia sostitutiva oppioide. Alla base di questa situazione vi sono vari fattori, sia di tipo "culturale" che legati alle modalità organizzative dei Servizi ed all'impostazione dei programmi di trattamento, non sempre allineati alle attuali evidenze scientifiche. Riteniamo che aiutare a smettere questi pazienti che in questo momento sembrano paradossalmente ostacolati ad accedere a un programma di cessazione del fumo di tabacco migliorerebbe enormemente la relazione terapeutica tra paziente ed operatori, coinvolgendo positivamente anche la sfera della terapia sostitutiva metadonica. ■

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

BIBLIOGRAFIA

- Osservatorio Fumo and Alcol e Droga (OssFAD). Relazione annuale sul tabagismo. Indagine DOXA. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2014.
- Use of Illicit Drugs in Italy. Dati 2012. www.quotidianosanita.it
- Smoke alarm: mental illness and tobacco. *Lancet* 2013;381:1071
- Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008;10:1691-715.
- Pajusco B, Boschini A, Chiamulera C, Benigni M, Smacchia C, Lugoboni F. Tobacco smoking prevalence in a large sample of heroin users accessing rehabilitation. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2011;3:5-10.
- Elkader AK, Brands B, Selby P, Sproule BA. Methadone-nicotine interactions in methadone maintenance treatment patients. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29:231-8.
- Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction* 2002; 97:1317-28.
- Stein MD, Weinstock MC, Herman DS, Anderson BJ, Anthony JL, Niaura R. A smoking cessation intervention for the methadone-maintained. *Addiction* 2006;101:599-607.
- Spiga R, Martinetti MP, Meisch RA, Cowan K, Hursh S. Methadone and nicotine self-administration in humans: a behavioral economic analysis. *Psychopharmacology* 2005;178: 223-31.
- Richter KP, Hamilton AK, Hall S, Catley D, Cox LS, Grobe J. Patterns of smoking and methadone dose in drug treatment patients. *Exp Clin Psychopharmacol* 2007;15:144-53.
- Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009;104:719-33.
- Shadel WG, Stein MD, Anderson BJ, Herman DS, Bishop S, Lessor JA, Weinstock M, Anthony JL, Niaura R. Correlates of motivation to quit smoking in methadone-maintained smokers enrolled in a smoking cessation trial. *Addict Behav* 2005;30:295-300.
- Clarke JG, Stein MD, McGarry KA, Gogineni A. Interest in smoking cessation among injection drug users. *Am J Addict* 2001;10:159-166.
- Richter KP, Gibson CA, Ahluwalia JS, Schmelzle KH. Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. *Am J Public Health* 2001;91:296-9.
- Pajusco B, Chiamulera C, Quaglio G, Moro L, Casari R, Amen G, GICS, Lugoboni F. Tobacco Addiction and Smoking Status in Heroin Addicts under Methadone vs. Buprenorphine Therapy. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9:932-42.
- Spiller V. Le scale VMC2. Semplici strumenti per valutare la motivazione al cambiamento. *Italian Journal on Addiction* 2014; 1:25-34.
- V Spiller, M Scaglia, S Meneghini, A Vanzo Assessing motivation for change toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two sets of instruments. *Mediterr J Nutr Metab* 2009; 2: 41-47.
- Lugoboni F, Pajusco B, Chiamulera C, Moro L and GICS. Figli di nessuno: lo smoking status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva. Confronto con i fumatori della popolazione generale intenzionati smettere. *Tabaccologia* 2011; 4: 16-23.
- Kozlowski LT, Skinner W, Kent C, Pope MA. Prospects for smoking treatment in individuals seeking treatment for alcohol and other drug problems. *Addict Behav* 1989;14:273-8.
- Frosch DL, Shoptaw S, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Interest in smoking cessation among methadone maintained outpatients. *J Addict Dis* 1998; 1:9-19.
- Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *J Subst Abuse Treat* 2009; 36:205-19.
- Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatients substance abuse treatment programs in the United States. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34:165-72.
- Lugoboni F, Mezzelani P, Quaglio GL, Pajusco B, Casari R, Lechi A. Migliorare la compliance in Medicina Interna: il Colloquio Motivazionale. *Ann It Med Intern* 2004; 3:155-62.
- Stapleton J, Watson L, Spirling LI. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008; 103:146-154.
- Japuntich SJ, Smith SS, Jorenby DE, Piper ME, Fiore MC, Baker TB. Depression predicts smoking early but not late in a quit attempt. *Nicotine Tob Res* 2007; 9:677-86.
- Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A. Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. *Ann It Med Int* 2003; 28:73-82.
- Lugoboni F. "Smoking cessation in patients with mental disorders" in: *Advances in smoking cessation*, R. Polosa & P. Caponetto Edts., Future Medicine, 2013 UK.
- Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A. Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Intern Emerg Med* 2007; 2:196-201.

Risultati preliminari a 4 mesi di uno studio sull'uso medico assistito della e-cig nella riduzione del danno da tabagismo

Preliminary results after 4 months of a study on medically assisted use of the electronic cigarettes in tobacco smoking harm reduction

Fabio Beatrice, Simona Pichini, Silvia Graziano, Giuseppina Massaro, Roberta Pacifici

Riassunto

Introduzione. Le attuali strategie di trattamento, sebbene si avvalgano di metodologie integrate, tendono a non superare il 50% di cessazione al 12 mesi. Negli ultimi anni si è andato pragmaticamente diffondendo il concetto della riduzione del danno che potrebbe essere un ulteriore strumento di azione clinica rivolto a contenere le attuali cifre di mortalità per tabagismo. In questo quadro l'avvento della sigaretta elettronica (e-cig) ha rimescolato le carte, pur fra mille polemiche e contrarietà, con la diffusa consapevolezza tra gli addetti ai lavori che la e-cig pur presentando una sua tossicità, sulla quale ancora molti aspetti restano da chiarire, non produce combustione ai cui prodotti sono legati gli effetti tossici del fumo di tabacco. In questo lavoro è stato realizzato uno specifico percorso per fumatori che non sono riusciti a smettere con le tecniche tradizionali e che presentano una disponibilità individuale alla sigaretta elettronica. Ciò al fine di chiarire se un uso della e-cig con una gestione personalizzata del quantitativo di nicotina aspirata ed assorbita unito ad una specifica strategia di counseling, possa orientare e consolidare inizialmente un passaggio dalla sigaretta normale alla e-cig e, successivamente, favorire una progressiva riduzione della nicotina somministrata.

Metodi. Il campione oggetto dello studio era formato da 34 fumatori, maschi e femmine, di età compresa tra 35 e 60 anni e con consumi di sigarette maggiori di 15/die, in cui è stato sperimentato un percorso medicalmente assistito e tecnicamente integrato di utilizzo della e-cig che è consistito nella fornitura di un device elettronico con liquidi e ricambi, di una assistenza tecnica all'uso, di un counseling interattivo di gruppo mirato alla sostituzione delle sigarette con la e-cig, e del monitoraggio seriato del CO espirato/HbCO, della cotinemia.

Risultati. Al quarto mese la quota dei fumatori completamente tralati, che usavano cioè solo e-cig, si attestava al 50% dei par-

Abstract

Introduction. Actual treatment strategies, even using integrated methods, do not entail cessation rates after 12 months higher than 50%. Since a few years, the diffusion of "harm reduction" concepts is pragmatically taking place, which may yield to other fields of clinical action in order to contrast mortality rates of cigarette smoking. In this frame, the e-cigarette (e-cig) changed the game rules, even with much a controversy and contrariness, by means of a widespread awareness among the insiders that the e-cig, even having a certain own toxicity, which still has to be completely clarified, does not produce combustion which generates most toxic effects of tobacco smoke. In this work, a specific pathway for smokers who could not quit by means of traditional techniques was realised, which includes individual availability of e-cig. The aim of this was to clarify if e-cig use, with a personalised and controlled quantity of inhaled and absorbed nicotine, together with a specific counselling programme may at first encourage shifting from tobacco smoke to e-cig, and later foster a progressive diminution of self-administrated nicotine.

Methods. We analysed 34 smokers, males and females, aged between 35 and 60 years, smoking more than 15 cigarettes per day, for which a medically assisted and technically integrated treatment course by means of e-cig use, consisting in supplying the device together with e-liquids and replacements, technical assistance for use, interactive group counselling aiming to replace tobacco smoking with e-cig vaping, and a serial monitoring of exhaled CO / HbCO, blood nicotine and cotinine levels, was given.

Results. By month 4, the share of smokers who had completely shifted to vaping – thus using only e-cig – was around 50% of the participants. 24% smoked around 1-5 tobacco cigarettes and vaped e-cig together; and 26% failed to shift to

Fabio Beatrice

✉ presidenza@tabaccologia.it
S. John Bosco Hospital, ASL TO2

Simona Pichini, Silvia Graziano, Roberta Pacifici

Drug Abuse and Doping Unit Department of Therapeutic Research
and Medicines Evaluation - Istituto Superiore di Sanità

Giuseppina Massaro

Free Researcher

tecipanti. Il 24% fumava in maniera mista (sigarette da 1 a 5 ed e-cig) ed il 26% continuava a fumare sigarette senza mai essere riusciti a traslare, anche solo temporaneamente, sulla e-cig. I fumatori di sola e-cig e misti presentavano valori di CO espirato significativamente più bassi raggiungendo livelli cosiddetti normali (Hb-CO: 0,3-0,5%) presenti nella popolazione non fumatrice. Si consolidava il forte calo del fumato dichiarato. La cotinina sierica rimaneva su concentrazioni simili a quelle di partenza nei tre gruppi. Nei fumatori puri (solo sigarette di tabacco) i valori medi di cotinina e trans-3-idrossicotinina plasmatiche restavano stabili rispetto al tempo iniziale dello studio nonostante la significativa riduzione del numero di sigarette quotidiane fumate.

Conclusioni. La sigaretta elettronica si dimostra uno strumento significativo nell'avvicinamento dei fumatori resistenti o di coloro che per diverse ragioni non sono interessati a smettere di fumare nell'ambito della riduzione del rischio e più efficace nell'abbandono delle sigarette quando utilizzata correttamente.

■ **Parole chiave:** sigaretta elettronica, e-cig, fumo di tabacco, monossido di carbonio, nicotina, cotinina.

e-cig vaping, even temporarily. Only e-cig vapers showed exhaled CO levels significantly lower attaining so-called normal levels (Hb-CO: 0,3-0,5%) evidenced in non smokers. A strong reduction of declared smoking amount was consolidated. In only tobacco cigarette smokers. Serum levels of cotinine were around the same level of the starting point in all three groups of patients. In the pure smokers group (smoking only tobacco cigarettes) median plasma levels of cotinine and trans-3-idrossicotinina were stable compared to the initial point of the study, despite the reduction of daily number of cigarettes smoked.

Conclusion. *The e-cig shows to be a significant instrument for resistant smokers or those who for some reason are not interested in quitting to smoke, in a harm reduction point of view, and even more efficient as an cessation tool if well used.*

■ **Keywords:** *electronic cigarette, e-cig, tobacco smoking, carbon monoxide, nicotine, cotinine.*

Introduzione

Esiste una forte discrepanza tra il numero dei fumatori (11,3 milioni nel 2014 in Italia) [1] e coloro che giungono nei centri antifumo, stimati da 20 a 38 mila all'anno. La maggioranza dei tentativi per smettere di fumare è autogestita e produce fallimenti in larga parte. Ma anche le attuali strategie di trattamento, sebbene si avvalgano di metodologie integrate, tendono a non superare il 50% di cessazione al 12 mesi. Negli ultimi anni si è andato pragmaticamente diffondendo il concetto della riduzione del danno che potrebbe essere un ulteriore strumento di azione clinica rivolto a contenere le attuali cifre di mortalità per tabagismo che in Italia si valutano dalle 70 mila alle 80 mila unità all'anno. In questo quadro l'avvento della sigaretta elettronica (e-cig) ha rimescolato le carte: i fumatori le hanno decretato un iniziale successo, la classe medica è stata inizialmente ostile, l'autogestione dell'uso della e-cig ha determinato un suo fallimento in termini di cessazione ed un rapido tramonto. In questo contesto si è però anche diffusa consapevolezza tra gli addetti ai lavori che la e-cig pur presentando una sua tossicità, sulla quale ancora molti aspetti restano da chiarire non produce combustione ai cui prodotti sono legati gli effetti carcinogenetici e una serie di patologie croniche che ha determinato un forte interesse di oncologi, pneumologi e cardiologi.

L'avvento sul mercato della sigaretta elettronica nella cessazione del tabagismo ha indubbiamente rappresentato una speranza per i fumatori ma l'autogestione ne ha decretato il

fallimento analogamente a quanto succede per la maggioranza dei tentativi autogestiti di smettere di fumare [2, 3].

La classe medica ha accolto con iniziale diffidenza se non di ostilità l'irrompere della e-cig sul mercato della smoking cessation, ma poi, la possibilità di una sua utilizzazione clinica nell'ambito della riduzione del danno, ha aperto la strada ad alcune sperimentazioni che hanno fornito conclusioni non univoche [4-8].

Mentre persistono dubbi sulla efficacia della sigaretta elettronica nella cessazione rispetto ad altre metodiche di utilizzo della nicotina [6], è possibile che, se il suo uso fosse opportunamente assistito, essa potrebbe costituire un aiuto nella riduzione se non della cessazione del fumo di tabacco. A tale proposito devono però essere indagati e chiariti vari aspetti che riguardano le modalità di uso della sigaretta elettronica nell'ambito di un percorso assistito. In questo lavoro è stato realizzato uno specifico percorso per fumatori che non sono riusciti a smettere con le tecniche tradizionali e che presentano una disponibilità individuale all'utilizzo della sigaretta elettronica.

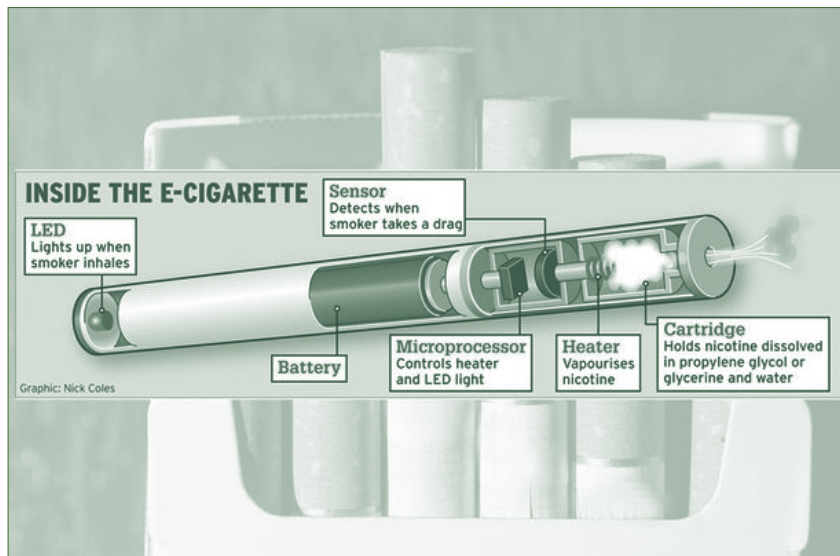
Ciò al fine di chiarire se, un uso della e-cig con una gestione personalizzata del quantitativo di nicotina aspirata ed assorbita unito ad una specifica strategia di counseling, possa orientare e consolidare inizialmente un passaggio dalla sigaretta normale alla e-cig e, successivamente, favorire una progressiva riduzione della nicotina somministrata. Obiettivo dello studio è anche quello di verificare i casi e le ragioni di eventuali insuccessi al fine di migliorare il supporto clinico nei fumatori più resistenti e di oggettivare eventuali effetti collaterali dell'uso della sigaretta elettronica.

Materiali e Metodi

Sono stati reclutati 34 fumatori, maschi e femmine, di età compresa tra 35 e 60 anni con consumi di sigarette maggiori di 15/die. Si trattava di soggetti non interessati a smettere di fumare per diverse ragioni. Di ciascun fumatore è stato

considerato: il numero di sigarette reali fumate al giorno, la marca di sigarette utilizzata, la quantità di nicotina giornaliera assorbita, l'attività fisica sportiva con tipologia e frequenza, il peso, l'altezza, eventuali patologie presenti, livello culturale. Per ognuno oltre al numero di sigarette consumate al giorno, è stato valutato anche il quantitativo di nicotina utilizzato ed assorbito al tempo 0 prima dell'introduzione della e-cig ed il valore di CO espirata espressa in percentuale di carbossiemoglobina (HbCO%). I dati medi suddivisi per maschi e femmine sono presentati nella **Tabella 1**.

Al momento dell'arruolamento (tempo 0) è stato eseguito test di Fagestrom, test motivazionale semplificato, test CO in espirium/Hb-CO%, colloquio motivazionale breve, prelievo di sangue per la titolazione della cotinina sierica. La me-



diologia di sostegno si è articolata in 8 sedute secondo lo schema classico dei gruppi di mutuo-aiuto con 11-12 fumatori per gruppo con cadenza delle 8 sedute: 2 a settimana per 3 settimane, 1 dopo una settimana, 1 dopo quindici giorni. Periodo globale 40 giorni. Dalla fine del corso è stato conteggiato il periodo di astensione dalle sigarette per un periodo previsto di uno, quattro e sei mesi.

La misurazione del Monossido di carbonio espirato (CO ppm), convertito in automatico in carbossiemoglobina espressa in %, è stata eseguita con misuratore microCO MicroMedical di SensorMedics Italia srl, Via Balzaretti 15 20133 Milano (Italia).

A tutti gli arruolati è stato proposto l'uso della e-cig in sostituzione delle normali sigarette ed è stato fornito ai partecipanti un kit completo con il device elettronico, caricabatteria ed una serie di liquidi contenenti nicotina scelti dal fumatore in base alle sue preferenze sugli aromi. Il dosaggio di nicotina della e-cig è stato individualmente deciso sulla base di parametri clinici e di consumo disponibili per ciascun fumatore al tempo zero. Le azioni tecniche si sono svolte secondo una precisa procedura e modulistica adotta-

Tabella 1 Tempo 0 - Reclutamento: 34 fumatori volontari non interessati a smettere di fumare.

	Partecipanti (n)	uomini (%)	donne (%)
	34	52.9	47.1
Età (M ± DS)	40.6 ± 12.1	40.7 ± 12.6	40.6 ± 11.9
Peso (M ± DS)	70.9 ± 13.5	76.4 ± 10.4	64.8 ± 14.1
Sigarette quotidiane (M ± DS)	21.5 ± 9.0	21.1 ± 10.8	21.9 ± 13.9
Anni da fumatore (M ± DS)	22.0 ± 11.0	23.4 ± 11.2	20.5 ± 11.2
HbCO %	2,61	2,43	2,80
Educazione			
Scuola elementare	2.9	2.9	0
Scuole medie	44.1	20.6	23.6
Scuole superiori	44.1	32.4	11.8
Laurea	8.8	2.9	5.9
Impiego			
Disoccupato			
Parzialmente qualificato	11.8	11.1	12.5
Lavoratore qualificato	61.8	55.6	68.8
Manager	17.6	16.7	18.8
	8.8	16.7	0

ta dall'equipe e previamente allestita, denominata MB. La procedura comprende aspetti tecnici, educazionali e comportamentali.

L'analisi statistica ha preso in considerazione i parametri ematici (cotinina sierica) quale target dei consumi di nicotina vaporizzata e sono stati applicati metodi di statistica descrittiva (media e deviazione standard, mediana e range interquartile, coefficiente di variazione, percentili), e valutati gli indici di asimmetria, kurtosis e normalità. Sono state eseguite analisi mediante i coefficienti di correlazione di Pearson, o coefficienti non parametrici (Spearman's rank correlation), se più appropriati. Sono stati utilizzati altri test nel confronto con altre grandezze cliniche specifiche dei fumatori definiti in base alle caratteristiche cliniche ed ai precedenti consumi di tabacco con test parametrici (t-test, ANOVA) o non-parametrici (Mann-Whitney test, Kruskal Wallis test).



Caratteristiche del device e liquidi utilizzati

A tutti è stato fornito un device caratterizzato da un contenuto di 1,5 ml, per un consumo medio di 3/ml die, con vita media di giorni 15. Impedenza: OHM 2,2. Capacità m.A. 550. Voltaggio: Volt 3,9. Autonomia: 4/5 h. Dimensioni: mm 143 X 19. Peso: gr. 40. Produttore: Puff Cigarette Corso Re Umberto 7, 10121 Torino (TO) Italy.

Ai fini della tossicità nota, la composizione dichiarata dei liquidi utilizzati era: Glicerolo USP, Glicole propilenico USP, Nicotina USP/EP, acqua deionizzata, aromi. Nicotina utilizzata: mg/gr 0-4-8-16 (confezioni da 10 ml e 20 ml). Titolazione di nicotina in laboratorio con metodo analitico validato da ACCREDIA conforme ad UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 "Requisiti generali per l'accreditamento dei laboratori di prova e taratura" con numero di Accredimento n. 0729, mediante gascromatografia con spettrometria di massa (GC-MS). Determinazione metalli: EPA 3550B 1996 + EPA 6010C 2007. Determinazione benzene EPA 3550B 1996 + EPA 5030C 2003. Determinazione glicoli con gascromatografia con spettrometria di massa (GC-MS). Unità produttiva in camera bianca ad ambiente ed atmosfera controllata, lavorazione in cappa chimica serie MA95 certificata EN 14175-2, bilance tecniche per dosaggio LAB Mettler-Toledo, risoluzione 0,01 gr, linea imbottigliamento automatizzato. Certificazioni: ISO 9001:2008-TUV. L'analisi tossicologica sull'evaporato è stata effettuata da GSC Chemical Advice & Analyses (Olgiate Com'asco-CO).

Risultati

Nella **Tabella 2** che riassume i risultati del passaggio dalla sigaretta alla e-cig (traslazione) dopo 30 giorni di astensione si osserva una riduzione statisticamente significativa delle sigarette fumate dichiarate al T0 sia nei soggetti traslati ($p < 0.0001$), che cioè hanno sostituito completamente le sigarette normali con la e-cig, sia nei soggetti a comportamento misto ($p < 0.0002$). Si è rilevata una riduzione statisticamente significativa del CO espirato nei traslati, espresso in HbCO%, e, seppure minore, nei misti. I valori della cotinina rimanevano stabili.

Nella **Tabella 3** si conferma che il 50% dei fumatori mantiene la traslazione completa a 4 mesi. Il fumato dichiarato diminuisce in maniera statisticamente significativa. I valori medi di CO espirata si riducono per tutti in maniera statisticamente significativa con diversi ordini di grandezza. La cotinina è rimasta stabile.

Discussione

In Italia nel 2014 sono stati censiti dalla DOXA per l'OSFAD dell'ISS [1], 11,3 milioni di fumatori: il 22% della popolazione, di cui 6,2 milioni uomini (pari al 25,4%) e 5,1 milioni donne (pari al 18,9%).

Il 52,2% fuma meno di 15 sigarette, il 39,1 fuma 15-24 sig/die ed il 3,67% fuma oltre le 25 sigarette al giorno. Tra i 45-65 anni si osservano i consumi maggiori. Si fuma maggiormente al centro ed al sud Italia. Il 73% circa dei fumatori non pensa di smettere nei prossimi sei mesi. Tutti questi fumatori producono solo in Italia da 70.000 ad 80.000 decessi all'anno venendo a costituire un grande problema sociale, umano ed economico. Le cause della mortalità sono da ricercare nei prodotti di combustione del tabacco, nicotina compresa. La combustione è responsabile del rischio tumorale e delle patologie polmonari croniche [9] e condiziona pesantemente tutto l'organismo interagendo con altri fattori di rischio quali l'aumento di peso e l'obesità [10]. La nicotina invece è la responsabile chimica della dipendenza, media il danno cardio-vascolare [3, 11, 12] e rende difficile smettere di fumare [13].

Risulta secondo i dati DOXA-ISS del 2014 [1] che solo l'1,6% (4,2% nel 2013) dei fumatori italiani utilizza abitualmente la e-cig e di questi il 66,2% utilizza liquidi con nicotina. Con la e-cig ha smesso di fumare il 18,8% di coloro che

Tabella 2 T 1 a 30 giorni dalla traslazione. Riduzione statisticamente significativa delle sigarette fumate dichiarate al T0 nei traslati e nei misti. Riduzione statisticamente significativa di CO espirata riportata come HbCO% nei traslati e seppure minore nei misti. Valori di cotinina stabili.

	Traslati alla e-sig	Fumatori misti	Fumatori classici
Partecipanti (n= 34)	73.5% (n=25)	17.6% (n= 6)	8.8% (n= 3)
Età (anni, M ± DS)	40.4 ± 11.5	41.5 ± 17.3	40.7 ± 8.3
Fagestrom (M ± DS)	5.3 ± 2.2	5.0 ± 2.0	5.3 ± 2.5
Sigarette al tempo T0 (M ± DS)	19.8 ± 5.7	23.3 ± 6.1	31.7 ± 25.7
Sigarette al tempo T1 (M ± DS)	0	2.3 ± 1.5	19.0 ± 18.5
p-test	<0.0001	<0.0002	0.5
HbCO% da Monossido di carbonio esp. al tempo T0 (M ± DS)	2.4 ± 1.3	2.5 ± 0.6	4.6 ± 1.3
HbCO da Monossido di carbonio esp. al tempo T1 (M ± DS)	0.3 ± 0.1	0.5 ± 0.3	4.5 ± 2.5
p-test	<0.0001	<0.0001	0.9
Cotina plasmatica al tempo T0 (M ± DS)	152.3 ± 92.3	115.1 ± 65.8	279.8 ± 15.6
Cotina plasmatica al tempo T1 (M ± DS)	156.1 ± 108.6	151.5 ± 71.0	210.6 ± 88.7
p-test	0.9	0.4	0.3
Trans-3-idrossicotinina plasmatica al tempo T0 (M ± DS)	49.0 ± 24.8	41.6 ± 37.7	93.0 ± 63.2
Trans-3-idrossicotinina plasmatica al tempo T1 (M ± DS)	45.5 ± 31.5	56.5 ± 34.3	99.5 ± 52.0
p-test	0.7	0.5	0.9

Tabella 3 Il 50% conferma la traslazione. Il fumato dichiarato diminuisce in maniera statisticamente significativa. I valori medi di CO espirata riportata come Carbossiemoglobina (HbCO%) si riducono per tutti in maniera statisticamente significativa con diversi ordini di grandezza. La cotinina è stabile.

	Traslati alla e-sig	Fumatori misti	Fumatori classici
Partecipanti (n= 34)	50 (n=17)	23.5 (n= 8)	26.5 (n= 9)
Età (anni, M ± DS)	40.8 ± 12.6	39.6 ± 11.3	41.3 ± 13.1
Fagestrom (M ± DS)	5.1 ± 2.1	5.6 ± 2.7	5.3 ± 1.9
Sigarette al tempo T0 (M ± DS)	18.8 ± 5.2	21.9 ± 6.5	26.1 ± 14.3
Sigarette al tempo T1 (M ± DS)	0	2.4 ± 1.4	5.7 ± 3.4
p-test	<0.0001	<0.0001	0.001
HbCO% da Monossido di carbonio esp. al tempo T0 (M ± DS)	2.1 ± 1.2	2.9 ± 1.5	3.3 ± 1.3
HbCO da Monossido di carbonio esp. al tempo T1 (M ± DS)	0.3 ± 0.2	0.7 ± 0.1	1.7 ± 0.8
p-test	<0.0001	0.001	0.005
Cotina plasmatica al tempo T0 (M ± DS)	139.3 ± 96.7	148.8 ± 88.6	197.5 ± 85.1
Cotina plasmatica al tempo T1 (M ± DS)	98.8 ± 79.2	127.3 ± 77.3	143.5 ± 63.6
p-test	0.2	0.6	0.1
Trans-3-idrossicotinina plasmatica al tempo T0 (M ± DS)	42.9 ± 27.5	51.8 ± 27.4	67.7 ± 43.1
Trans-3-idrossicotinina plasmatica al tempo T1 (M ± DS)	29.3 ± 24.4	29.4 ± 27.5	35.5 ± 21.6
p-test	0.1	0.1	0.06

l'hanno provata, il 41,8% ha diminuito il numero di sigarette, mentre il 25,1 % non ha avuto alcuna modifica dei suoi comportamenti. I maggiori consumi di e-cig si hanno tra i maschi (66%) e l'84% di questo consumo avviene tra i 25 ed i 64 anni con una diminuzione del consumo col progredire dell'età. Il 39,4% è convinto che la e-cig faccia meno male poiché non brucia tabacco ed il 35,3% crede che sia un buon mezzo per smettere di fumare.

Relativamente ai tentativi di cessazione il 74,9% dei fumatori che volevano smettere hanno provato da soli con ricadute altissime intorno al 90% entro poche settimane o pochi mesi, il 3,8% ha provato supporti farmacologici senza prescrizione medica, solo il 5% è stato seguito da professionisti presso Centri Antifumo con supporti psicologici e farmacologici [1].

In sostanza nonostante l'incidenza del fumo sia in diminuzione in Italia (dal 2004: meno 2,7 milioni), i fumatori appaiono sfiduciati e la stragrande maggioranza dei tentativi di cessazione è autogestita. Ciò comporta grandi percentuali di ricadute e frustrazione nel fumatore che viene a trovarsi in una sorta di vicolo cieco. Di fatto su 11,3 milioni di fumatori in Italia si stima che giungano nei Centri Antifumo, a seconda delle fonti, dai 20 mila a 38 mila fumatori [1,2].

Anche la sigaretta elettronica ha risentito per varie ragioni del meccanismo dell'autogestione ed i frequenti insuccessi che si verificano con il suo ausilio ulteriormente alimentano sfiducia nel riuscire a smettere.

In base alle linee guida [14,15] per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, sono validate una serie di indicazioni per i medici condivise dal "Cochrane Drugs and Alcohol Group":

- domandare a tutti i soggetti, indipendentemente dal motivo della visita, se sono fumatori.
 - Raccomandare a tutti i fumatori di smettere di fumare fornendo consigli chiari, forti e personalizzati.
 - Fornire materiale cartaceo di supporto quali manuali ed opuscoli.
 - Proporre terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno e risultino al test della dipendenza di Fagestrom con punteggio superiore a 5.
 - Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, la terapia cognitivo-comportamentale o il counseling professionale.
- Un fumatore può essere definito "ex" solo dopo sei mesi dall'ultima sigaretta e le percentuali di cessazione con

le varie metodiche proposte in letteratura indicate come cessazione a 12 mesi non sono confortanti: senza supporto il 5%, con terapia comportamentale il 12%, con sostituti della nicotina 16,8%. La Vareniclina risulta efficace nel 25% [16]. Integrando tra loro i singoli supporti è possibile aumentare la percentuale di successo del trattamento.

In questo contesto si è verificato negli ultimi anni il tumultuoso e rapido avvento della sigaretta elettronica che ha determinato una spaccatura tra i fumatori ed il mondo scientifico. La sigaretta elettronica ha conquistato ampie fette di mercato ed ha incontrato per varie ragioni una forte resistenza nella classe sanitaria. Ragioni legate alla incertezza sulla tossicità del prodotto [17], alla affidabilità dei contenuti di nicotina [18], al timore che potesse invogliare al fumo persone e soprattutto i giovani [19,20]. Su questi aspetti si sono successivamente inseriti aspetti normativi e commerciali che non hanno semplificato la situazione.

Negli ultimi 50 anni, è stato definitivamente chiarito il concetto della riduzione del danno da tabacco [21]. I sostituti della nicotina sono ampiamente utilizzati come un aiuto clinico per la cessazione [2],

riduzione o temporanea astensione per periodi di tempo anche lunghi ed in questo ambito il rapido avvento della sigaretta elettronica ha in un certo senso rimescolato le carte.

Mentre persistono dubbi sulla efficacia della sigaretta elettronica nella cessazione rispetto ad altre metodiche di utilizzo della nicotina [6], è possibile che, se il suo uso fosse opportunamente assistito, essa potrebbe costituire un aiuto nella riduzione del fumo di tabacco ed in definitiva nella riduzione del danno [22,23].

Nel corso della nostra sperimentazione non sono stati osservati aspetti significativi relativamente ad intolleranza o effetti collaterali dovuti all'uso dei device elettronici adottati per la sperimentazione. Alla fine del primo mese il 74% dei partecipanti usava solo e-cig ed il 18% fumava ancora sigarette (da 1 a 5) in regime misto con la e-cig. L'8% continuava a fumare solo sigarette. Gli svapatori (sola e-cig) ed i soggetti con comportamento misto presentavano valori di CO espirato significativamente più bassi raggiungendo livelli cosiddetti normali (HbCO: 0,3-05%) presenti nella popolazione non fumatrice. Contemporaneamente si verificava un crollo del fumato dichiarato in tutti i gruppi. La cotinina sierica manteneva concentrazioni simili a quelle di partenza nei tre gruppi. Questo dato indica che i fumatori di e-cig diventano capaci di assumere in una sorta di automedica-



zione tutta la nicotina necessaria per evitare la sindrome di astinenza e il craving.

Al quarto mese la quota dei fumatori completamente tralati, che usavano cioè solo e-cig, si riduceva al 50% dei partecipanti. Il 24% fumava misto (sigarette da 1 a 5 ed e-cig) ed il 26% continuava a fumare sigarette. Anche in questo caso i fumatori di sola e-cig e misti presentavano valori di CO espirato significativamente più bassi raggiungendo livelli cosiddetti normali (HbCO: 0,3-05%) presenti nella popolazione non fumatrice. Si consolidava il forte calo del fumato dichiarato. La cotinina sierica rimaneva su concentrazioni simili a quelle di partenza nei tre gruppi. Nei fumatori “puri” (di sole sigarette di tabacco) i valori medi di cotinina e trans-3-idrossicotinina plasmatiche restavano stabili rispetto al tempo iniziale dello studio nonostante la significativa riduzione del numero di sigarette quotidiane fumate: è ipotizzabile che questa riduzione, in 4 mesi, sia stata talmente lenta da non permettere l’insorgenza del classico craving ma anche che, pur riducendo il numero di sigarette, si sia avuto un diverso modo di fumarle (aumentando numero e volume della boccata) per garantirli il proprio livello standard di nicotina in circolo. Quindi la sigaretta elettronica si dimostra uno strumento significativamente interessante nell’avvicinamento della gran parte della popolazione dei fumatori verso una riduzione del numero di sigarette fu-

mate al giorno che per diverse ragioni non è interessata a smettere di fumare (i cosiddetti “irraggiungibili”). La e-cig potrebbe essere uno strumento di interesse medico per quanto attiene alla gestione clinica operativa della cosiddetta “risk reduction” da tabagismo nei fumatori resistenti alla cessazione.

Conclusioni

L’approccio medico assistito all’uso corretto del device elettronico si rivela essenziale ai fini della comprensione del suo utilizzo e del processo di “traslazione”. Non si sono verificati effetti collaterali significativi nel periodo attuale di osservazione. Si è rivelato molto efficace il sostegno tecnico ed educativo-comportamentale che deve rispettare una specifica procedura (MB) con diversi step secondo una progressione logica di azioni a sostegno della “traslazione”. La sostituzione necessita di un consolidamento all’uso del device elettronico in una tempistica di almeno tre mesi. Resta ancora da esplorare la gestione clinica della riduzione del consumo di nicotina mentre ulteriori studi necessitano in tema di tossicità sul lungo periodo della sigaretta elettronica. ■

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

BIBLIOGRAFIA

- Rapporto DOXA-ISS sul fumo in Italia 2014: http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/31_maggio_2014_fumo_PACIFICI.pdf
- Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, et al. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Antitabacco, Quaderno n. 3, Maggio 2007. Copia del documento è scaricabile dai siti www.oed.piemonte.it e www.cpo.it
- Beatrice F, Pacifici R. Il punto sulla sigaretta elettronica e i risultati della sperimentazione italiana. Relazione tenuta al X Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia: News in tema di tabagismo. Torino 14-15 Novembre 2014.
- Brown J, Beardn E, Kotz D, Michie S, West R. Real word effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross sectional population study. *Addiction* 2014; 109(9), 1531-1540.
- Fillon M J. Electronic cigarettes might not help cancer patients quit smoking. *Natl Cancer Inst* 2015; 6 (107(1).
- Bullen C, Collin H, Laugesen M, Parag V, Williman J, Walker N. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Lancet* 2013; 16(382): 1629-1637.
- Etter JF. A longitudinal study of electronic cigarette users, Bullen C. *Addict Behav* 2014; 39(2), 491-494.
- Martinez-Sanchez JM, Balbè M, Fu M, et al. Electronic cigarette use among adult population: a cross sectional study in Barcelona, Spain (2013-2014). *BMJ Open* 2014; 4(8): e005894.
- Hecht SS, Szabo E. Fifty years of tobacco carcinogenesis research: from mechanisms to early detection and prevention of lung cancer. *Cancer Prev Res* 2014; 7(1):1-8.
- Mackay DF, Gray L, Pell JP. Impact of smoking and smoking cessation on overweight and obesity: Scotland-wide, cross-sectional study on 40,036 participants. *BMC Public Health* 2013; 13: 348-354.
- Fagestrom KO, Bridgman K. Tobacco harm reduction: the need for new products that can compete with cigarettes. *Addict Behav* 2014; 39(3):507-511.
- Pollock JD, Kouslova E, Hoffman A, Shurtleff D, Volkow N.D. Treatment for nicotine addiction should be a top priority. *Lancet* 2009; 375(9689):513-514.
- Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the arm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007 ; 369: 1047-1053.
- OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell’abitudine al fumo. Aggiornamento 2008, Centro Stampa De Vittoria srl, Roma maggio 2008. http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf
- Commissione Regionale Anti-tabacco. Cessazione del fumo di tabacco. Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Quaderno n.3, Centro Stampa Regione Piemonte, maggio 2007.
- Clementi F, Dragani L, Gorio R, Principe R. Manuale di sensibilizzazione e informazione sulle tematiche collegate al fumo di tabacco. Istituto Superiore di Sanità, 1-82, De Vittoria srl. Ed, maggio 2012.
- Burstyn I. Peering through the mist: systematic review of what the chemistry of Contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. *BMC Public Health* 2014; 14(1):18:1-27.
- Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Voudris V. Evaluating nicotine levels selection and patterns of electronic cigarette use in a group of “vapers” who had achieved complete substitution of smoking. *Subst. Abuse* 2013; 7: 139-146.
- Carr ER. E-cigarettes: facts, perceptions, and marketing messages. *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18 (1) : 112-116.
- Tinghino B, Pacifici R, Di Pucchio A, Palmi I, Solimini R, Faggiano F, Gorini G. Focus on electronic cigarettes. *Epidemiol. Prev.* 37 (4-5):303-307,2013.
- Fagestrom KO, Bridgman K. Tobacco harm reduction: the need for new products that can compete with cigarettes. *Addict Behav* 2014; 39(3):507-511.
- Dawkins L, Corcoran O. Acute electronic cigarette use : nicotine delivery and subjective effects in regular users. *Psychopharmacology (Berl)* 2014; 231 (2): 401-407.
- Sarewitz D. Allow use of electronic cigarettes to assess risk. *Nature* 2014; 512 (7515) 349.

NEWS & VIEWS

Decennale della “Legge Sirchia”, una giornata da ricordare

Il 10 gennaio 2005 entrava in vigore l'art. 51 della Legge 3/2003 sulla pubblica amministrazione. Un comma tosto e senza fronzoli, poche righe di una norma di civiltà che hanno cambiato i comportamenti di molti italiani, che hanno prodotto benessere sociale e individuale, e salvato vite umane. Per questo motivo il 10 gennaio è una data che va ricordata e celebrata. Di quella data abbiamo

fatto la Giornata per i Diritti dei Nonfumatori, progettata anni prima dall'associazione “Gea Progetto Salute” e successivamente integrata nell'Agenzia nazionale per la prevenzione (ANP), a cui hanno aderito più di 60 organizzazioni e celebrata da pagine internet dedicate (www.nonfumatori.it, www.gea2000.org/preferiscolaria.htm). I Nonfumatori (unica parola con la N maiuscola) a cui ci riferiamo e di cui si rende necessario tutelare i diritti, sono essenzialmente i giovanissimi, tutelati principalmente dalla legge piuttosto che dal buon senso, invocato spesso e a sproposito. A questi si aggiungono i malati delle patologie croniche soprattutto respiratorie.

Quest'anno ricorderemo anche il 9 gennaio, data in cui ANP, con la Consulta sul Tabagismo e la Fondazione “Il Sangue” di Milano, hanno organizzato la conferenza stampa per il decennale della legge “antifumo” a Roma, al Visconti, prestigioso istituto scolastico incastonato nel fianco dei mercati di Traiano. Il conquistatore della Dacia, celebrato dalla



Il Ministro della Salute Lorenzin con l'ex Ministro Sirchia.

famosa colonna distante due spanne dall'istituto, non poteva immaginare che uno sei suoi silos per lo stoccaggio delle derrate alimentari dell'impero, duemila anni dopo sarebbe stato la location di una memorabile conferenza stampa.

Al prestigio della sede, anche quello della partecipazione. Per cominciare due ministri, Maria Carmela Lanzetta, ministro per gli Affari

regionali, e Beatrice Lorenzin, ministro della Salute. Poi cinque direttori generali, rappresentanti di organizzazioni, una folta rappresentanza della stampa, comprese le videocamere di Rai e Mediaset, e soprattutto i ragazzi del Visconti, quelli della “seconda C” con i quali ho lavorato in un focus group durato tre mesi durante il quale abbiamo creato una storia per farne un film “antifumo” che tratta di ambiente e non di danni alla persona. Una storia “sartoriale”, cucita addosso ai loro desideri, alle loro preferenze, alle loro speranze, alle loro paure con un lavoro certosino, completamente videoripreso e sottoposto a supervisione continua

da parte di due collaboratori psicoterapeuti, la dott.ssa Lancia e il dott. Bernacchia. Alla fine è nato il racconto, nel quale tutti i ragazzi si sono ritrovati, successivamente sceneggiato dall'attore e regista Ludovico Fremont e dal sottoscritto. Le riprese del film, finanziato dalla fondazione “Il Sangue” di Milano cominceranno ad aprile-maggio secondo le previsioni, con fruizione dalla rete, un



Roma, 9 gennaio 2015, Istituto Visconti.



web-film interattivo e coinvolgente destinato a divenire uno strumento di lavoro per la prevenzione del tabagismo nelle scuole.

Per la prima volta si prova a scendere sullo stesso terreno delle compagnie del tabacco anche se con esigue risorse rispetto alla loro potenza economica, quello del Cinema.

L'ex ministro Sirchia ha auspicato "un Paese senza tabacco", un sogno in apparenza, perché si tratta di una visione a lungo termine che alcuni paesi hanno già adottato per mostrare quale sia lo sbocco possibile di una politica della salute con misure capaci di prevenire l'iniziazione dei giovani al tabacco, riducendone la disponibilità, limitando le pressioni a fumare, facilitando la cessazione, eliminando i rischi del fumo passivo. Tutte misure da attuare in modo graduale e sistematico, accompagnandole con una comunicazione efficace per eradicare un giorno il tabagismo.

A beneficio dei giovani studenti, il ministro Lorenzin ha ricordato i tempi (prima del 1975) in cui si fumava nei cinema e nei teatri, sui treni e sui mezzi pubblici, nei luoghi di lavoro e nei locali aperti al pubblico. L'art. 51 della Legge n.3 del 16 gennaio 2003, nota come "Legge Sirchia" o "legge antifumo" ha relegato tutto questo in un passato remoto. È stata un percorso in difesa della salute che tuttavia ha incontrato l'opposizione delle compagnie del tabacco e delle loro organizzazioni di facciata che, anche con la partecipazione di testimonial, agitavano la bandiera della libertà contro il diritto alla salute delle persone esposte al fumo passivo, alle organizzazioni di commercianti timorose di perdite economiche.

La legge è stata inve-



Intervento del direttore di Tabaccologia, Giacomo Mangiaracina.

urbane e luoghi ad alta densità di persone come gli stadi, come già avviene in altri Paesi.

Il ministro Lorenzin ha dichiarato che si impegnerà a recepire la nuova Direttiva europea che prevede l'apposizione di immagini esplicite sui danni del fumo sul 65% della superficie dei pacchetti di sigarette, e a promuovere campagne di comunicazione, estendendo il divieto di fumo anche ad aree frequentate da minori, oltre che negli abitacoli di autoveicoli che trasportino minori.



Intervento di Maria Carmela Lanzetta, Ministro degli Affari Regionali e delle Autonomie.

assicurato che attraverso la conferenza Stato-Regioni e la conferenza Stato-Città verranno dati ai Comuni indicazioni sulle procedure per la lotta alla dispersione dei mozziconi con cospicuo danno all'ambiente.

Una giornata destinata a rimanere nella memoria non solo di chi l'ha voluta e organizzata, grazie anche alla collaborazione di Mason&Partners (www.masonandpartners.com) che ha curato gratuitamente l'ufficio stampa di ANP, a cui va il nostro ringraziamento.

Speciale
Legge Antifumo 1 anno dopo

Tabaccologia 1/2006



La legge antifumo spegne la prima candelina

500mila fumatori in meno e... El mundo mira la Italia!



La legge Sirchia, che ha introdotto il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi dal 10 gennaio 2005, ha festeggiato il suo primo compleanno e il risultato più rilevante è rappresentato dalla notizia che l'Italia registra 500 mila fumatori in meno.

Lo ha comunicato, con grande soddisfazione, il Ministero della Salute nel corso di un convegno organizzato nei giorni scorsi a Roma, dalla quale

novembre del 2005 si è osservata una riduzione complessiva nelle vendite del 5,7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Sono invece quasi raddoppiate le vendite dei farmaci antifumo, in particolare quelli a base di nicotina. Un altro aspetto importante riguarda il successo riscosso fra la popolazione che, nonostante le polemiche iniziali, ha gradito e quindi

to positivo, peraltro invidiato ed ammirato all'estero, come si legge in un articolo del *Scoble Times* a proposito del cambiamento delle

GM

TABACCOLOGIA

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study of tobacco, tobacco use and tobacco-related diseases



TABACCOLOGIA

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study of tobacco, tobacco use and tobacco-related diseases



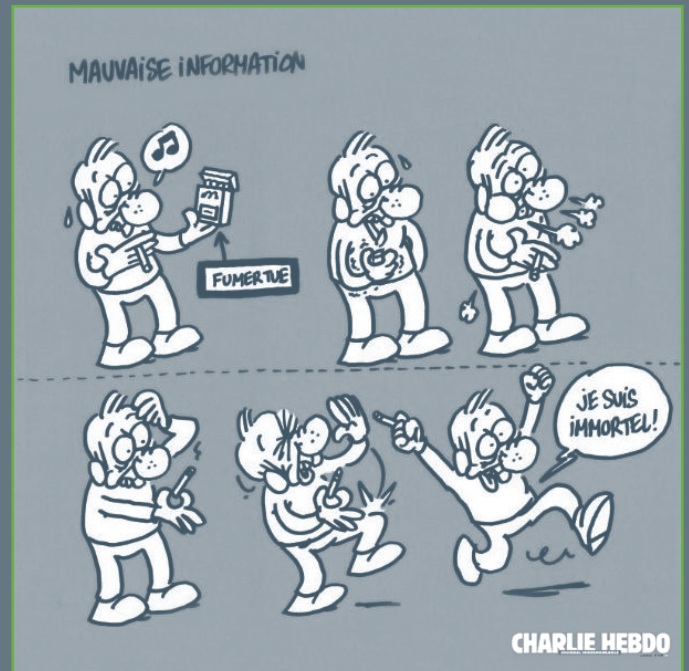
TABACCOLOGIA

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study of tobacco, tobacco use and tobacco-related diseases



TABACCOLOGIA

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study of tobacco, tobacco use and tobacco-related diseases



Istruzioni per gli Autori

Tabaccologia (*Tobaccology*) 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 di 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/engl). Tutti gli editoriali saranno pubblicati in doppia lingua (ita/engl). 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 devono includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere 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 razionale 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:** Dopo il manoscritto devono essere indicate le referenze citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato fra parentesi quadra. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Le voci bibliografiche devono indicare, seguendo il noto Vancouver Style: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e la pagina di inizio e fine. Per esempio, Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-25. I capitoli dei libri devono indicare il cognome e le iniziali degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill New York, 1998.

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

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, .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.

Segretaria di redazione e marketing: tabaccologia@gmail.com

Come ricevere la rivista:

- tramite abbonamento di €40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI 03032; IBAN: IT02U030202401010000001062
- oppure diventando socio SITAB.

Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2015 è di €50,00 (€25 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: IT02U030202401010000001062

Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.it ed inviato alla dr.ssa Francesca Zucchetta:

- per posta ordinaria: c/o Qi Studio, P.zza G. La Pira 18, Lissone (MB)
- per fax 0393940283
- per e-mail francesca.zucchetta@tin.it

Instructions to Authors

Tabaccologia (*Tobaccology*) 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, Materials and 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 800 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:** After 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), or 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 and marketing secretary: tabaccologia@gmail.com

How to receive the journal

- By paying the annual subscription fee of €40,00. Please send the amount by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI 03032; IBAN: IT02U030202401010000001062
- By becoming member of SITAB. The journal Tabaccologia is sent to all members of SITAB by mail.

How to become SITAB member

The SITAB membership fee for 2015 is €50,00 (€25,00 for nurses, undergraduate and postgraduate students and residents) to be sent by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI 03032; IBAN: IT02U030202401010000001062. Please also download the membership form from the SITAB website www.tabaccologia.it and send it to Dr. Francesca Zucchetta:

- by mail: c/o Qi Studio, P.zza G. La Pira 18, Lissone (MB)
- by fax 0393940283
- by e-mail francesca.zucchetta@tin.it