

Atti del XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Firenze, 8-9 novembre 2018



Scenari in movimento

Daniel L. Amram

I Sessione: Tobacco Control (Davide affronta Golia)

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

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

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

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

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

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

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



Roberta Pacifici.



Daniela Galeone.



Biagio Tinghino e
Maria Sofia Cattaruzza.

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

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

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

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



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

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

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

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

III Sessione: Il Tabagismo di genere

(Putting Gender on the Agenda
– mettere il genere fra le priorità)

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

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

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

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

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

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

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

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



SITAB a Congresso.

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

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

IV Sessione: Impatto del tabacco sulla salute

(Peggior del tabacco
c'è solo il tabacco)

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



Federico Rea.



Paola Martucci.

V Sessione: Management e trattamento dei casi complessi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Silvano Gallus.

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

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



Fabio Beatrice.

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

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

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

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



Giacomo Mangiaracina.

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

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

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

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

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

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

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

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



Biagio Tinghino.

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

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

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

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

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

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

VIII Sessione: Comunicazioni libere (Gli scenari in movimento)

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

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

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

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