



Tabaccologia

Tobaccology

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

E la nave va

Qualità di vita e fumo di tabacco

Esposizione al fumo, attivo e passivo,
e tumore al seno in Italia

Report del XV Congresso Nazionale SITAB:
"Sogni passati, priorità attuali e strategie future"

Atti: Premio Fondazione "U. Veronesi"

Atti: Comunicazioni libere

"Gole profonde" della Philip Morris
nell'Agenzia dei Monopoli di Stato

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

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

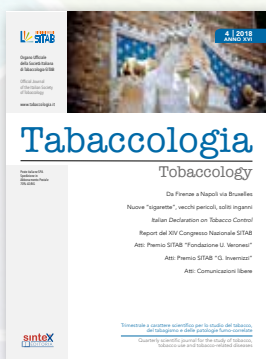
La strada che porta
alla conoscenza è una
strada che passa per
dei buoni incontri.
Baruch Spinoza



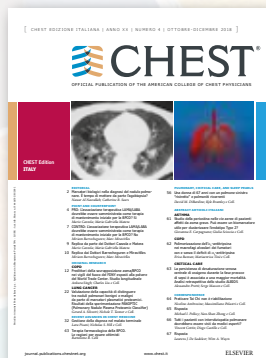
Trimestrale per
professionisti
dell'area
pneumologica,
strumento di
formazione e
aggiornamento
multidisciplinare



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



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



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

Una realtà dinamica e qualificata che crede
nella sinergia delle competenze:
collegare risorse diverse per dare
il passo al cambiamento!

Visita la sezione
Editoria del sito
www.sintexservizi.it

Dalla Redazione

Avvicendamento

Cari amici lettori, con questo ultimo numero di Tabaccologia si conclude, su sua richiesta, l'esperienza di **Giacomo Mangiaracina** come Direttore Responsabile di Tabaccologia, pur restando saldamente nella Redazione scientifica come editorialista di punta. A Giacomo devo un grande grazie, a nome della SITAB e mio personale, per il supporto e l'incoraggiamento costante profuso nell'entusiasmante quanto temerario viaggio nella fondazione della SITAB prima (1999) e della nostra Rivista poi (2003). Tranquilli, perché continuerà a deliziarci con i suoi bei editoriali scientifici calati nel contesto socio-antropologico di tutti i giorni.

A Giacomo subentrerà, dopo la cortese rinuncia del prof. Silvio Garattini per i molti impegni istituzionali, con unanime decisione del Comitato Direttivo Nazionale SITAB, il dr. **Silvano Gallus**, ricercatore fra i più apprezzati e attivi dell'Istituto "Mario Negri" nell'ambito degli studi sul tabacco e patologie fumo-correlate, a cui va il nostro augurio di buon lavoro. Confermati la prof.ssa **M. Sofia Cattaruzza** della Sapienza come Direttore Scientifico e il sottoscritto come Caporedattore. Nell'ultimo editoriale come Direttore Responsabile di Tabaccologia, Giacomo Mangiaracina ci conduce per mano in questa nostra magnifica avventura.

Dalla Mayo Clinic, **Ivana Croghan** e collaboratori ci parlano di come il fumo di tabacco condiziona la qualità di vita dei fumatori.

Con **Giulia Carreras**, ricercatrice dell'ISPRO di Firenze, continuiamo la serie "Tabagismo di genere" con un lavoro originale, già vincitore nel 2018 della II^a Edizione del premio SITAB-Fondazione "Umberto Veronesi", sulla esposizione al fumo attivo e passivo e rischio di tumore alla mammella. Infine, nella corrispondenza pubblichiamo una lettera che ci fa capire quanto potente sia la tentacolare *lobby* del tabacco anche in Italia.

Dulcis in fundo, come di consueto avviene per il nostro quarto fascicolo annuale, la parte più corposa del numero è dedicata agli Atti del nostro Congresso Nazionale svoltosi a Napoli a fine ottobre 2019. Negli Atti troverete il report delle due giornate, alcuni argomenti *hot topic*, gli abstract dei lavori che hanno partecipato al bando per il Premio "Fondazione Umberto Veronesi" e quelli delle comunicazioni libere.

In chiusura un importante *save the date*: il nostro prossimo **XVI Congresso Nazionale SITAB** si svolgerà a Milano presso l'Istituto Nazionale Tumori, il 26-27 novembre 2020.

Cari saluti.

Vincenzo Zagà
caporedattore@tabaccologia.it

Sommarario

EDITORIAL

- [E la nave va](#) 5
[Giacomo Mangiaracina]
And the ship goes

COMMENTARY

- [Qualità di vita e fumo](#) 8
[Ivana T. Croghan, Sarah Schroeder, Rahma Warsame, Jeff Sloan]
Quality of life and smoking

ORIGINAL ARTICLE

- Serie Tabagismo di genere 16
[Esposizione al fumo attivo e passivo e tumore al seno in Italia](#)
[Giulia Carreras, Alessio Lachi, Giuseppe Gorini]
Smoking, second-hand smoke exposure and breast cancer in Italy

ATTI DEL XV CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA 21

[Napoli, 24-25 ottobre 2019](#)

- [Sogni passati, priorità attuali e strategie future](#) 21
[Martina Antinozzi, Maria Sofia Cattaruzza, Vincenzo Zagà]

- ["La ricerca scientifica in tabaccologia"](#) 26
[Premio SITAB "Fondazione Umberto Veronesi"](#)

- [Comunicazioni libere](#) 32

TABAC MAIL

- [Lettera @ Tabaccologia](#)
["Gole profonde" della Philip Morris nell'Agenzia dei Monopoli di Stato](#) 47



DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2017-2020

PRESIDENTE

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

VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO / SEGRETERIA

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

PAST PRESIDENT

Dott. Biagio Tighino
Dirigente Responsabile UOS Alcolologia e Nuove Dipendenze,
Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST di Vimercate (MB)
b.tighino@tabaccologia.it

TESORERIA

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

CONSIGLIERI

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

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

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

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

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

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

SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

CF: 96403700584

via G. Scalia 39, 00136 Roma

Tel. 06 39722649 - Fax 06 233297645, 178 2215662

✉ presidenza@tabaccologia.it

✉ segreteria@tabaccologia.it

✉ ufficioprogetti.sitab@gmail.com

Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2019 è di € 50,00 (€ 30,00 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto).

Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie:
Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401;
ABI 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.it e inviato per e-mail all'indirizzo: segreteria@tabaccologia.it

L'iscrizione a SITAB dà diritto a ricevere la rivista gratuitamente.

Relazioni esterne e pubblicità

Sintex Editoria

Edizione

Sintex Servizi S.r.l. - via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano

Tel. 02 667 036 40 - direzione@sintexservizi.it - www.sintexservizi.it

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Tabaccologia

www.tabaccologia.it

ORGANO UFFICIALE SITAB

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

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

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

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

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

Segreteria di redazione: **Mirka Pulga**,
mirka.pulga@sintexservizi.it

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

Grafica, impaginazione e stampa:

Artestampa S.r.l., Galliate Lombardo (VA), www.arte-stampa.com

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

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

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

Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)

Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online) 

Come ricevere la rivista:

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

b) oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di gennaio 2020.

E la nave va

Giacomo Mangiaracina

La storia umana è storia di conquiste. Dall'Età della pietra all'esplorazione di Marte non si è mai smesso di conquistare. Giorno dopo giorno, in un insignificante frammento di quel tempo di cui si perde memoria, siamo arrivati all'anno 2020 dopo Cristo, al 2773 dalla fondazione di Roma, al 5780 dalla creazione biblica dell'uomo secondo il calendario ebraico. Ci siamo arrivati con una sete spasmodica di conquista delle galassie.

Ma le grandi conquiste sono la sommatoria di quelle apparentemente piccole e individuali. Tutti coloro che sono venuti al mondo hanno dovuto per forza conquistare qualcosa nel corso della vita,

una posizione, uno spazio vitale, un affetto, fosse pure un gradino di scala dove chiedere l'elemosina.

La ricerca scientifica è territorio di conquista per antonomasia. Giorno e notte un esercito di uomini e donne sono votati senza posa alla produzione di dati, di evidenze in ogni campo, di quel sapere che si acquisisce apponendo bandierine, pietre miliari e segnavia. Ci sono anche le nostre. In questo frammento di tempo abbiamo prodotto e collocato parecchi segnavia.

A parte l'invettiva contro il tabacco di King James del 1604 [1] e il primo saggio sulle malattie dei lavoratori del tabacco di Bernardino Ramazzini del 1700 [2], l'inizio della

moderna Tabaccologia può essere datata nella seconda metà del ventesimo secolo, con le ricerche di laboratorio di Ernst Winder sulla cancerogenesi indotta [3] e con il primo studio epidemiologico longitudinale sui medici britannici di Doll e Hill. [4] Tutta la seconda metà del Novecento è un crescendo di ricerche, report e dossier che hanno permesso di definire la *Tobacco Science* in tutte le sue peculiarità, dalla ricerca di base a quella epidemiologica e clinica, dalla prevenzione al trattamento e alle strategie di controllo. A completare questo percorso, proprio allo scandire del nuovo secolo, germoglia in Italia la Società di Tabaccologia (SITAB)

And the ship goes

Giacomo Mangiaracina

History of Mankind is made of conquests. From the Stone Age to the exploration of Mars mankind has never stopped conquering. Day after day, in a trivial fragment of that time in which memory is lost, we enter to the year 2020 after Christ, 2773 after the foundation of Rome, 5780 after the biblical creation of Man according to the Jewish calendar. We got there thanks to an unquenchable thirst to conquer galaxies.

But the great achievements are the sum of the apparently small and individual ones. All those who came into the world had to conquer something throughout their lives, a position, a living space, an

affection, even if it were merely a step from where to beg for alms.

Scientific research is the territory of conquest par excellence. Day and night, an army of men and women are devoted to the production of data, evidence in every field, of that knowledge that is acquired by putting flags, milestones and trail signs. There are also our own. In this fragment of time we too have produced and placed several signposts.

Aside from King James' invective against tobacco of 1604 and Bernardino Ramazzini's first essay on tobacco workers' diseases of 1700, the beginning of modern Tobacco-logy can be dated in the second

half of the twentieth century, with laboratory research by Ernst Winder on induced carcinogenesis and with the first longitudinal epidemiological study on British physicians by Doll and Hill. The whole second half of the twentieth century is a crescendo of research, reports and dossiers that have allowed us to define Tobacco Science in all its peculiarities, from basic research to epidemiological and clinical research, from prevention to treatment and to control strategies. To complete this path, just at the turn of the new century, the Società di Tabaccologia (SITAB), of which we have just celebrated twenty years of activity and work, sprouts in

della quale abbiamo appena celebrato i vent'anni di attività e lavoro. Protagonista è sempre la ricerca, la cui importanza può essere definita da questo mio semplice aforisma: "Se il tabacco nuoce gravemente alla salute, la ricerca nuoce gravemente al tabacco". Produciamo evidenze per curare e prevenire. Chiunque governi deve prendere atto e agire di conseguenza, per il bene dei cittadini. In caso d'indempienza se ne assumano la responsabilità, perché in tal caso la ricerca diviene condanna morale e di governo.

Abbiamo investito energie e risorse per questo strumento di informazione e aggiornamento continuo e dopo due decenni, *Tabaccologia* rimane incontrastata nel contesto scientifico nazionale. Avvia collaborazioni internazionali e riscuote apprezzamenti.

Con buona approssimazione possiamo tratteggiare tre periodi distinti nella storia della rivista. Il primo, quello di esordio, rodaggio

e perseveranza è durato ben dodici anni.

È stato il frutto concreto della scommessa dei pionieri. Avevamo avuto l'endorsement della *Société de Tabacologie* francese, nata già negli anni Ottanta, che però una rivista simile non l'ha mai avuta. È stata la peculiarità che ci collocava un gradino oltre. In quegli anni la rivista veniva stampata direttamente dalla SITAB, in proprio, facendo i conti alla spicciolata, vuotando le tasche e chiedendo col cappello in mano un obolo a qualche azienda farmaceutica. Non si era mai certi che ce l'avremmo fatta a stampare e distribuire a fine trimestre.

Quei soldi alla fine spuntavano e la rivista resisteva. Si presentava in forma volutamente anomala. Doveva distinguersi, a partire dal nome: *Tabaccologia*. Non ha mai avuto le sembianze austere della rivista scientifica tradizionale, al punto da essere giudicata "scandalosa" da chi si era immolato sull'altare della

Scienza che non ammette anomalie di sorta.

Molti altri hanno invece plaudito al nuovo, dove agli articoli di taglio scientifico si uniscono l'informazione e un monitoraggio costante degli accadimenti nella platea mondiale. I miei editoriali hanno avuto principalmente lo scopo di suscitare e tenere alta l'attenzione sul problema del tabacco, del tabagismo e dei problemi fumo-correlati in tutte le molteplici sfaccettature. Il secondo periodo è quello del consolidamento e della maturità. Viene siglato il contratto con la casa editrice MIDIA e si superano i quattro anni di nuova gestione. Il look della rivista si presenta gradevole, sobrio e professionale. Si consolidano le relazioni con i Centri di ricerca internazionali fra cui la Mayo Clinic di Rochester, USA [5] e sempre più autori stranieri pubblicano su *Tabaccologia*, che ora raggiunge più di 40 destinazioni estere.



Giacomo I Stuart.

Italy. Research is always the protagonist, the importance of which can be defined by this simple aphorism of mine: "If tobacco seriously harms health, research seriously harms tobacco". We produce evidence to cure and prevent. Governors, whoever they may be, must take note and act accordingly, for citizens' sake. In case of non-fulfil-

ment, they should be responsible for it, because in this case, research becomes a moral condemnation for the government.

We have invested energy and resources for this tool of information and continuous updating and after two decades, our scientific journal *Tobaccology* remains unchallenged in the national scientific context. It initiates international collaborations and receives appreciation.

With good approximation we can outline three distinct periods in the history of our journal.

The first, that of onset, running in and perseverance lasted twelve years.

It was the concrete result of the pioneers' gamble. We had the endorsement of the French "*Société de Tabacologie*", which was born in the 1980s, but never had a similar periodical. It was the peculiarity that placed us one step further.

In those years, the magazine was printed directly by SITAB, on its own, dealing with dribs and draining pockets and asking for a donation to some pharmaceutical company with a hat in hand. It was never certain that we would be able to print and distribute it at the end of the quarter. That money eventually sprouted and the magazine resisted. It was intentionally anomalous. It had to stand out, starting from the name: *Tabaccologia*. It has never had the austere appearance of the traditional scientific journal, to the point of being judged "scandalous" by those who immolated themselves on the altar of Science who do not admit anomalies of any kind. Many others have instead applauded the new, where scientific articles are combined with information and constant monitoring of events in the world audience. My editorials mainly aimed to increase

Di conseguenza, un numero maggiore di articoli vengono redatti anche in inglese. Molti apprezzamenti ci giungono proprio dall'estero.

Il terzo periodo comincia proprio con questo editoriale, al quale arrivo profondamente convinto che sia necessario un cambio al timone della nave. Ho diretto questa rivista più che altro in forma di supporto alla sua vera anima, quella del compagno di cordata e amico di sempre, "Enzo", al secolo il tenace e vitale Vincenzo Zagà.

Se la rivista esiste e vive la sua nuova giovinezza lo si deve al lavoro costante che vi ha profuso e alle sue amabili sollecitazioni a redigere i miei "pezzi" e a inviarli in redazione, compreso questo. Continuerò a ringraziarlo per quello che ha fatto e che fa come Caporedattore oltre che come Presidente della SITAB. Il ringraziamento si estende a tutti gli altri compagni di cordata per la loro indulgenza alle mie intemperanze oltre le righe.

Il Consiglio Direttivo Nazionale SITAB ha perciò votato e approvato all'unanimità il nuovo nocchiero, Silvano Gallus, capo del laboratorio di "Epidemiologia degli Stili di Vita" dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" di Milano. Come nuovo Direttore responsabile, Silvano guiderà il nuovo corso della rivista affermandone l'autorevolezza, la peculiarità e la trasversalità nel panorama scientifico nazionale. Con i migliori auspici di tutti noi che abbiamo a cuore questo considerevole aspetto del *made in Italy*, quello della ricerca funzionale alla vita. Barra a dritta dunque, e avanti tutta.

[Tabaccologia 2019; 4:5-7]

Giacomo Mangiaracina

✉ direttore@tabaccologia.it

Direttore Responsabile di Tabaccologia

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

Bibliografia

1. Stuart G, Mosca Bonsignore M. (a cura di). *Invettiva contro il tabacco*. Torino: Tirrenia Stampatori, 2003.
2. Ramazzini B. *De Morbis Artificum Diatriba*. Roma, 1700.
3. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: a study of 684 proven cases. *J Am Med Assoc* 1950;143:329-36.
4. Clinical Trial Service Unit & Epidemiological Studies Unit (CTSU). Nuffield Department of Population Health. British doctor study. <https://www.ctsu.ox.ac.uk/research/british-doctors-study>.
5. Hurt RD, Croghan IT. Inpatient or residential treatment for smokers with tobacco dependence. Il ricovero ospedaliero nella terapia del tabagismo. *Tabaccologia* 2008;3:5-6.

awareness towards tobacco, smoking and smoking-related problems in all its many aspects.

The second period is that of consolidation and maturity. The contract with the MIDIA publishing house was signed and the four years of new management passed by. The look of the magazine is pleasant, sober and professional. Relations with international research centers (Mayo Clinic and University of Wisconsin – USA) are consolidated and more and more foreign authors publish on "Tabaccologia", which now reaches more than 40 foreign destinations. As a result, more articles are also written in English. Many appreciations come to us right from abroad.

The third period begins with this editorial, to which I moor, deeply convinced that a change at the helm of the vessel is necessary. I directed this magazine mostly under the sign of support for its true identity,



Bernardino Ramazzini.

that of my climbing partner and all time friend, "Enzo", that is the tenacious and vital Vincenzo Zagà. If the journal exists and lives its new youth it is due to the constant work that he produced and his agreeable solicitations to write my "piec-

es" and to send them to the editorial staff, including this one. I will continue to thank him for what he has done and does as Editor in Chief as well as President of SITAB. My gratitude extends to all the other climbing partners for their indulgence towards my oversteps. The SITAB National Board of Directors therefore unanimously voted and approved the new helmsman, Silvano Gallus, head of the "Lifestyles Epidemiology" laboratory of the "Mario Negri" Pharmacological Research Institute in Milan. As the new Responsible Editor, Silvano is called to guide the new course of the magazine, confirming its authoritativeness, peculiarity and transversality in the National scientific panorama. With the best wishes of all of us who cherish this substantial aspect of Made in Italy, that of research functional to life. So, "rudder steady!", and full speed ahead.

Qualità di vita e fumo

Ivana T. Croghan, Sarah Schroeder, Rahma Warsame, Jeff Sloan

Uccidendo più di 6 milioni di persone ogni anno, l'uso persistente del tabacco continua a essere la causa più importante di morbidità e di mortalità prematura nel mondo [1]. Già da svariati decenni gli studiosi del tabacco si sono resi conto che questo prodotto crea dipendenza e hanno cercato di capire quali strategie possano fronteggiarla. La qualità di vita (QdV) può essere definita come *"un costrutto multidimensionale che caratterizza la valutazione soggettiva di una persona della propria vita, che comprende aspetti non medici della vita di un individuo"* [1]. Anche se la salute è uno dei punti più importanti della QdV globale, altri punti giocano un ruolo

chiave come l'occupazione, la residenza, la scuola, la cultura, i valori e la spiritualità. I pazienti riportano di credere che questi aspetti siano importanti per la cura, ma non sempre sentono di essere a loro agio nell'affrontarli con il loro medico, pensando che sia inappropriato discutere su queste cose in quanto l'operatore sanitario è solitamente più focalizzato sui sintomi e sugli esiti di laboratorio [2]. La varietà di questi punti che declinano la QdV rende quest'ultima una misurazione complessa ma, malgrado ciò, i ricercatori hanno sviluppato delle tecniche utili che aiutano a concettualizzare e misurare questi punti e dimostrare la loro interrelazione. La Qualità della vita correlata alla

salute (HRQoL) è definita dal *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) come *"la salute mentale e fisica percepita da un individuo nel tempo"* [4]. Questa autovalutazione della salute sta diventando un predittore sempre più importante di morbidità e mortalità rispetto a qualsiasi altra misura oggettiva della salute.

La QdV è misurata sulla varietà di scale autovalutate. I pazienti misurano se stessi su un numero di ambiti o temi comuni (a seconda della scala usata) usando delle scale analogiche visuali, scritte con un livello di sei gradazioni. Gli ambiti generalmente includono: dolore corporeo, dolore emotivo, astenia, salute

Quality of life and smoking

Ivana T. Croghan, Sarah Schroeder, Rahma Warsame, Jeff Sloan

Killing over 6 million people a year, persistent tobacco use continues to be the leading cause of preventable morbidity and premature mortality worldwide [1]. Decades ago, tobacco researchers discovered the addictive nature of tobacco and have been studying multiple strategies to address this addiction. The benefits of smoking cessation are substantial, not only can it improve respiratory and overall health; it can also improve life span and quality of life (QoL). QoL can be defined as *"A multidimensional construct that characterizes an individual's personal evaluation of his or her life – encompassing non-medical aspects*

of a person's life" [1]. Although health is one of the most important domains of overall QoL, other domains play a key role including, jobs, housing, school, culture, values, and spirituality. Patients have reported that they believe these issues are important for care, but do not always feel comfortable starting a conversation about them with their clinician as they worry it is inappropriate to discuss such things while the provider is more focused on symptoms and lab results [2]. The variety of these domains makes this a complex measurement, but despite this, researchers have developed useful techniques which help to conceptualize and meas-

ure these domains and show their interrelationship. The Health-Related Quality-of-Life (HRQoL) is defined by the Center of Disease Control and Prevention (CDC) as *"an individual's or group's perceived physical and mental health over time"* [4]. This self-assessment of health is becoming a more important predictor of mortality and morbidity than any objective measure of health.

QoL is measured on a variety of self-assessed scales. Patients grade themselves on a number of domains or common themes (depending on the scale used) using visual analogue scales written at a sixth grade

generale, salute fisica, stato spirituale, vita sociale e vitalità. Quando i pazienti usano una scala numerica, possono tarare questi domini di qualità di vita su una scala da zero a dieci (o da 1 a 5, o da 1 a 3 etc.), con il numero più basso (di norma 0) come la situazione peggiore e il numero più alto (di norma 10) come la migliore.

Storicamente le *visual analogue scale* (VAS) hanno utilizzato numeri ma recentemente è emersa una tendenza in base alla quale, anziché i numeri, esse utilizzano le *emoticon* come modo per catturare le emozioni di un paziente. Le *emoticon* o faccine sono riproduzioni stilizzate di quelle principali espressioni facciali umane che esprimono una varietà di emozioni, realizzate usando combinazioni di caratteri. Ai pazienti viene così chiesto di valutare la loro qualità di vita personale, scegliendo l'*emoticon* dal triste al felice a seconda dello stato emotivo in cui si trovano.

Uno studio recente ha dimostrato che l'uso delle *emoticon* ha un'eccellente correlazione con i numeri sulla *visual analogue scale*, ed è stato adoperato per raccogliere dati QdV su pazienti con cancro sottoposti a chemioterapia [5]. Questo approccio sta guadagnando popolarità grazie alla facilità di approccio e applicabilità. Ci sono molte misurazioni di QdV che sono utilizzate. Queste misurazioni variano da 1 a 100 domande e nessuna è accettata come quella standard. Alcune misurazioni QdV, specifiche di malattie, comprendono *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) [6,7], *Hamilton Anxiety Depression Scale* (HADS) [8], *Profile of Mood States* (POMS) [9,10], *Beck Depression Inventory* (BDI) [11], *Zung Depression Scale* (ZDS) [12,13], e *Yale Geriatric Scale* [14,15].

Alcune misurazioni generali che a volte venivano usate in studi clinici tabaccologici comprendevano la *Short Form Health Survey* (SF36)

[16,17], che consta di 36 domande che esplorano otto domini (vitalità, funzione fisica, dolore corporeo, salute generale, ruolo fisico, ruolo emotivo, ruolo sociale e salute mentale) e può essere anche reperibile in versioni con 12 (SF12) o 8 domande (SF8) e perfino con una sola domanda (SF1); il questionario *Health Status* (HSQ) [18] ha 39 domande in totale ed è sostanzialmente l'SF36 con tre domande in aggiunta che riguardano la depressione. Il *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) [19] contiene 100 domande e misura 6 domini (salute fisica, salute psicologica, livello di indipendenza, relazioni sociali, ambiente e credenze spirituali e personali). Il *WHOQOL-BREF* [20] è una versione più breve del *WHOQOL*, contiene 26 domande e combina alcuni punti riducendo le domande a quattro. Il *Linear Analogue Self-Assessment* (LASA) [21,22] può misurare fino a 5 punti (salute globale, salute fisica, salute emotiva,

level. The domains measured usually include: bodily pain, emotional pain, fatigue, general health, mental health, physical health, spiritual health, social life, and vitality. When patients use a numerical scale, they may rate these quality of life domains on a scale of zero to ten (or one to five or 1 to three, etc); with the lowest number (usually zero) being as bad as things can be and the highest number (usually 10) being as good as things can be. Historically the visual analogue scales (VAS) have utilized numbers but recently a trend has emerged whereby instead of numbers, the visual analogue scales utilizes emoji's as a way to capture a patient's emotions. Emoji's displaying a variety of emotions are pictured and patients are asked to rate their personal quality of life, whereby the sad/unhappy emoji corresponds with the phrase "as

bad as it can be" and the happy emoji corresponds with the phrase "as good as it can be". A recent study has shown that the use of emoji's has excellent correlation with numbers on the visual analogue scale and has been used to collect QoL data on cancer patients undergoing chemotherapy [5]. This approach is gaining popularity due to the ease of its application and approach.

There are many QoL study measures that are used. These measures range from one to 100 questions and not any one is accepted as the standard. Some disease-specific QoL measures include *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) [6,7], *Hamilton Anxiety Depression Scale* (HADS) [8], *Profile of Mood States* (POMS) [9,10], *Beck Depression Inventory* (BDI) [11], *Zung Depression Scale* (ZDS) [12,13], and *Yale Geriatric Scale* (Yale) [14,15]. Some

general measurements which at times have been used in tobacco clinical trials have included, *Short Form Health Survey* (SF36) [16,17] is constructed of 36 questions to measure eight domains (vitality, physical function, bodily pain, general health, physical role, emotional role, social role, and mental health) and can also be found in versions containing 12 (SF12) or 8 questions (SF8) or even one question (SF1); The *Health Status Questionnaire* (HSQ) [18] has 39 questions total and is made of the SF36 with three additional questions regarding depression. *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL) [19] measurement contains 100 questions and measures six domains (physical health, psychological health, level of independence, social relations, environment, and spiritual/personal beliefs). The *WHOQoL-BREF* [20] is a shorter version of the

salute spirituale e salute intellettuale) ed è disponibile con 12 [21], 6 [2] o una domanda [22,23]. Il CDC HRQoL [24] è costituito da 14 domande e si focalizza sul diretto impatto sulla salute del vivere quotidiano (giorni di benessere, limitazione dell'attività e sintomi dei giorni di benessere).

Tra le misure della qualità di vita specifica correlata al fumo di tabacco, quello che emerge è la *Smoking Cessation Quality of Life* (SCQoL) [3,25,26]. Questa ultima misurazione è costituita dal SF36 con 11 domande specifiche sul tabagismo. Le 11 domande aggiunte coprono cinque scale che riguardano la cessazione del fumo di tabacco, come interazioni sociali, autocontrollo, sonno, attività cognitiva e ansietà. Come per tutte le metodologie, ci sono molteplici problemi con le misurazioni della qualità di vita. Per prima cosa ci sono i numerosi e vari test di misurazione della qualità di vita, per cui è difficile fare paragoni fra studi e trarre con-

clusioni quando i ricercatori usano diverse misurazioni; inoltre c'è pochissima standardizzazione tra le misurazioni esistenti [27]. Le scale della qualità di vita sono inoltre auto-riferite e a causa di ciò, hanno un bias di risposta intrinseco. Uno dei problemi più significativi da affrontare riguardo alla misurazione QdV è correlato alla realizzazione pratica [28]. Molti rilevatori dei test continuano a dirsi preoccupati del tempo richiesto durante le attività ambulatoriali per poter discutere in merito agli esiti sulla misurazione del test QdV somministrato, al di là del valore in esso riscontrato [2]. Quindi per affrontare alcuni di questi problemi, una raccomandazione è di riflettere bene sul considerare l'inserimento di una misurazione QdV nei programmi clinici o di ricerca. Occorre specificare ipotesi e obiettivo del lavoro prima dell'inizio dello studio. Non deve essere "vogliamo descrivere la QdV di questa popolazione di pazienti" ma piuttosto "il trattamento avrà

un impatto sull'astenia, dolore e salute globale...?".

Fare questo in anticipo puntualizzerà l'intento di includere il QoL nel programma e permetterà l'interpretazione della misura QoL per influenzare il processo decisionale o il trattamento clinico del paziente. Un esempio di ciò è riscontrabile nello studio di Ridgeway et al. [2] che si concentrava sugli esiti di qualità di vita (PROQOL) riferiti dal paziente come mezzo per migliorare la presa in carico del paziente con diabete.

Questo strumento è attualmente testato in altri campi specifici di cura come l'oncologia e cure palliative [29]. Uno degli obiettivi di maggiore compimento in esiti di qualità di vita riferiti dai pazienti (PROQOL) è il dato di numerosi bersagli potenziali che indagano sulle basi genetiche degli esiti (PROs) [30]. Numerosi marcatori genetici sono stati suggeriti come potenziali basi per l'eziologia di specifici esiti correlati al paziente, compresi quelli

WHOQoL which contains 26 questions and combines some of the domains as to reduce the total amount of domains to four, the Linear Analogue Self-Assessment (LASA) [21,22]. The LASA [21,22] can measure up to five domains (overall health, physical health, emotional health, spiritual health, and intellectual) and is available with 12 [21], six (2), or one question [22,23]. The CDC HRQoL [24] is made up of 14 questions and focused on the direct impact of health on daily living (healthy days, activity limitation and healthy days symptoms). Among the smoking specific quality of life measures, the one that stands out is the *Smoking Cessation Quality of Life* (SCQOL) [3,25,26]. This final measurement is made up of the SF36 and 11 questions specific to smoking. The 11 added questions cover five smoking cessation targeted scales-social interactions, self-control, sleep,

cognitive functioning, and anxiety. As with any methodology, there are multiple problems with QoL measures. First and foremost is the numerous and various measures of quality of life, therefore it's difficult to make comparison across studies and draw conclusions when researchers use diverse measures; additionally, very little standardization between existing measures [27]. Quality of life scales are also self-reported and because of this, have an inherent response bias. One of the most significant issues still facing QoL measure is related to practical implementation [28]. Many providers continue to voice concerns about the amount of time required in clinical visits to discuss further topics (i.e. QoL measure results), regardless of the value seen in it [2]. Therefore to address some of these issues, one recommendation is to think carefully when considering the incorporation of a QoL

measure in your clinical or research program. Specify your hypothesis ahead of time. It should not be "we want to describe the QoL of this patient population" but rather "will the treatment impact patient's fatigue, pain, overall well-being...". Doing this ahead of time will focus your purpose for incorporating QoL into your program and allow for interpretation of the QoL measure to impact clinical decision making or treatment of the patient. An example of this is found in the study by Ridgeway et al. [2] which focused on patient reported outcomes quality of life (PROQOL) as a way to improve patient care in Diabetes. This instrument is currently being tested in other health care disease specific fields such as oncology and palliative care [29].

One major accomplishment in patient-reported outcomes of quality of life (PROQOL) development is the finding of numerous potential

per astenia, insonnia, dolore, nausea, anoressia, umore, attitudine, carico sintomatologico e qualità generale della vita [31]. Questa scoperta fornisce promettente evidenza del coinvolgimento genetico nella qualità di vita. Con una migliore comprensione di questa base genetica, possono essere fatte innovazioni e scoperte per aiutare a migliorare la cura del paziente e della qualità di vita. In futuro, potrebbe essere possibile selezionare specifici marcatori genetici per prevedere la QdV e fornire interventi per prevenirne il deterioramento [31].

Il tabacco è una sostanza estremamente additiva che può notevolmente ridurre la durata della vita e incrementare il rischio di malattia. Il tabagismo è altamente correlato a un decremento in tutti i domini della qualità di vita e sulla qualità di vita globale [32]. Fumare non solo incide sulla qualità di vita degli stessi fumatori ma anche sulla

qualità di vita delle persone intorno a loro. La QdV può essere misurata su scale multiple auto compilate e ha molti esiti clinici positivi. La cessazione del fumo ha mostrato un aumento della qualità di vita globale e in tutti i domini della qualità di vita del fumatore e di tutti intorno a lui. Il fumo è stato negativamente associato con QdV in molti modi, a partire dal fumo di seconda mano (SHS) o fumo passivo [33,34]. Il fumo materno durante la gravidanza è stato associato a basso peso alla nascita come pure ad altre complicanze alla nascita e durante l'infanzia, e uno studio recente ha anche mostrato che il SHS durante la gravidanza è anche associato a mediocre QdV della donna in gravidanza [34]. I bambini con madri fumatrici hanno riportato una QdV ridotta del 2,7% rispetto a bambini di madri non fumatrici [35]. Un elevato livello di esposizione a SHS a casa è associato a punteggi ridotti in diversi domini di

QdV [nelle donne ridotta funzione fisica (-7,8), ruolo fisico (-10,5), dolore corporeo (-9,2) e funzione sociale (-8,1); negli uomini ridotta funzione fisica (-20,0)] [35]. Questa correlazione appare essere dose dipendente; più vi è esposizione più è ridotta la QdV. La correlazione tra madri tabagiste e bambini si è dimostrata essere un predittore della QdV del bambino anche come adulto [3]. Studi hanno riportato un'associazione negativa tra iniziazione del fumare e QdV [36,37]. Le misure della QdV come eventi stressogeni e depressione si sono dimostrate aumentare la probabilità di iniziare a fumare [38]. Inoltre, fumare si è dimostrato essere un fattore di predizione indipendente dei sintomi di ansietà e aumenta la probabilità di essere classificato come depresso. L'entità di queste associazioni sembra dipendere dal numero di sigarette fumate al giorno [39,40]. I fumatori hanno riportato punteggi significativamen-

targets for exploring the genetic underpinnings of patient-related outcomes (PROs) [30]. Multiple genetic markers have been suggested as potential bases for the etiology of specific patient-related outcomes including those for fatigue, insomnia, pain, nausea, anorexia, mood, outlook, symptom burden, and overall quality of life [31]. This discovery provides promising evidence of genetic involvement in quality of life. With a better understanding of this genetic basis, innovations and discoveries can be made to help improve patient care and quality of life. In the future, it may be possible to screen for specific genetic markers to predict for QoL and provide interventions to prevent quality of life deterioration [31].

Tobacco is an extremely addictive substance that can greatly decrease lifespan and increase risk of disease. Tobacco addiction is highly

related to a decrease in all quality of life domains and overall quality of life [32]. Smoking not only affects the quality of life of the smoker themselves, but the quality of life of people around them. Quality of life can be measured on multiple self-reported scales and has many positive clinical outcomes. Smoking cessation has shown an increase in the overall quality of life and all quality of life domains of the smoker and everyone around them. Smoking has been negatively associated with QoL in many ways, beginning with second hand smoke (SHS) or passive smoking [33,34]. Maternal smoking during pregnancy has been associated with low birth weight as well as other birth and childhood complications, and a recent study has also shown that SHS during pregnancy is also associated with poor QoL in the expectant mother [34]. Children with mothers who smoke reported a

quality of life 2.7% lower than children with non-smoking mothers [35]. A high level of exposure to second hand smoke at home is associated with lower scores in several quality of life domains [in women lower physical function (-7.8), role physical (-10.5), bodily pain (-9.2), and social function (-8.1) and in men lower physical function (-20.0)] [35]. This relationship also appears to be dose related; the more exposure the lower the quality of life. The relationship between smoking mothers and children has proved to be a predictor of the child's quality of life even as an adult [3]. Studies have reported a negative association between initiation of smoking and quality of life [36,37]. QoL measures such as stressful events and depression have proven to increase the likelihood of smoking initiation [38]. In addition, smoking has been found to be an independent predictor of symptoms of

te più bassi in domini multipli di qualità di vita rispetto ai non fumatori. In uno studio è stato dimostrato che i fumatori trattati per la dipendenza da nicotina che hanno smesso di fumare per un anno riportano un miglioramento nella qualità di vita rispetto a coloro che continuano a fumare. Paragonati a coloro che continuano a fumare ($n = 60$), i pazienti che erano continuativamente astinenti dal fumo ($n = 146$) per un intero anno avevano maggiore miglioramento dello stato percepito di salute per la scala composita mentale SF-36 ($p = 0,009$) e per le sottoscale SF-36 per limitazione di ruoli ($p < 0,001$) e $p = 0,017$ per emotiva e fisica, rispettivamente), funzionamento sociale ($p = 0,01$) e salute generale ($p = 0,013$) [41]. I fumatori hanno espresso anche un aumento del dolore corporeo, limitazioni di ruolo a causa di problemi emotivi, e giorni insalubri sul piano fisico [25]. Inoltre, i fumatori lamentarono al-

terata salute generale e mentale. I pazienti che fumano e hanno malattie respiratorie (Broncopneumopatie Croniche Ostruttive, BPCO, o malattia coronarica, CAD) hanno maggiori probabilità di avere un'alterata rispetto a non fumatori con le stesse diagnosi. Persone che non hanno mai fumato hanno una vita media più lunga di 10 anni rispetto a forti fumatori. Oltre a determinare una maggiore longevità, questi anni in più sono di migliore qualità [3,40]. Un miglioramento globale della salute generale, salute mentale e fisica è fortemente associato alla cessazione del fumo [3]. Questi effetti sono rapidi e continuano a migliorare con il prolungamento dell'astinenza dal fumo [42,43]. Quanto una persona fuma influenza anche la sua esperienza della cessazione. Uno studio che paragona forti fumatori e fumatori leggeri trovò che i punteggi di QdV erano più elevati tra i fumatori leggeri una settimana dopo la cessa-

zione [44]. Questi punteggi erano più elevati particolarmente nei domini del sonno, funzione cognitiva, ansietà, salute emotiva e salute mentale. I trattamenti per la cessazione del fumo di tabacco possono avere un'associazione indiretta positiva con QdV in quanto possono allungare la durata dell'astinenza e quindi incrementare le probabilità di migliorare la QdV. In un particolare studio clinico multisito in cui i pazienti erano randomizzati a uno di tre trattamenti per la cessazione del fumo di tabacco, gli adulti che ricevevano trattamenti mostravano più di un miglioramento nella salute percepita e auto controllo rispetto ad adulti che non ricevevano trattamenti [42]. In pazienti con cancro, quelli che hanno smesso di fumare avevano una maggiore qualità di vita rispetto a quelli che continuavano a fumare [45]. Dopo interventi chirurgici toracici per cancro, i pazienti che avevano smesso di fumare torna-

anxiety and increases the likelihood of being classified as depressed. The magnitude of these associations appears to be dependent on the number of cigarettes smoked in a day [39,40]. Smokers have reported significantly lower scores in multiple quality of life domains compared to non-smokers. In one study it was shown that smokers treated for nicotine dependence who stop smoking for a year report improvement in quality-of-life compared with those who continue to smoke. Compared with those who continued to smoke ($n = 60$), patients who were continuously abstinent from smoking ($n = 146$) for the entire year had more improvement in perceived health status for the SF-36 mental composite scale ($p = 0.009$) and for the SF-36 subscales for role limitations ($p < 0.001$ and $p = 0.017$ for emotional and physical, respectively), social functioning ($p = 0.010$) and general

health ($p = 0.013$) [41]. Smokers also expressed an increase in bodily pain, role limitations due to emotional problems, and physically unhealthy days [25]. In addition to this, smokers reported impaired general and mental health. Patients who smoke and have respiratory diseases COPD or CAD are more likely to have an impaired quality of life compared to non-smokers with the same diagnosis. People who have never smoked are also reported to live a mean of 10 years longer than heavy smokers. In addition to living longer, these extra years of life are of better quality [3,40].

An overall improvement in general health, mental health, and physical health are strongly associated with smoking cessation [3]. These effects are rapid and continue to improve with longer smoking abstinence [42,43]. How much a person smokes also influences their

experience of quitting. A study comparing heavy smokers and light smokers found that quality of life scores were higher among light smokers one week after quitting [44]. These scores were higher particularly in the sleep, cognitive functioning, anxiety, emotional health, and mental health domains. Smoking cessation medications can have an indirect positive association with QoL in that they can lengthen the duration of abstinence thereby increasing the chances of improvement in QoL. In one particular multisite clinical trial where patients were randomized to one of three smoking cessation medications, adults receiving medications showed more of an improvement in perceived health and self-control versus adults not receiving medications [42]. In patients with cancer, patients who quit had a higher quality of life than patients who continued to smoke [45]. After lung

rono alla linea base della qualità di vita entro 3 mesi, mentre i coloro che continuavano a fumare non ritornarono per i domini funzione fisica, di ruolo o sociale 12 mesi dopo l'intervento, accusando anche un incremento di dolore [3,45].

Le misure della QdV possono essere usate con profitto in un *setting* clinico per aiutare i pazienti a smettere di fumare. Uno *screening* sulla qualità di vita mirato può aiutare a predire i pazienti a più alto rischio per l'iniziazione al fumo e tentativi falliti per la cessazione. La QdV può essere usata per incrementare la motivazione alla cessazione del fumo di tabacco e quindi migliorare gli esiti della cessazione del fumo. Ampliare i parametri di beneficio della cessazione di fumo, per esempio gli effetti sul dolore ed emotivi, può essere determinato solo dal paziente. Individualizzare il trattamento usando misure di QdV per offrire informazioni sull'impatto del trattamento e quindi nella decisionalità. Queste sono ragio-

ni per le quali l'inclusione di misure di QdV nella clinica sono un peso evitabile sui pazienti e un'intrusione rispetto al limitato tempo dedicabile alla clinica, tuttavia sono state usate con successo con adulti. La QdV auto riferita può guidare decisioni fornendo informazioni particolarmente rilevanti sulla cura clinica dell'individuo che potevano altrimenti non essere state sollevate in un *setting* ambulatoriale. Tuttavia, va ricordato che mentre è possibile valutare la QdV, è di scarso valore se le strutture o le competenze per il miglioramento non sono disponibili. L'integrazione della valutazione della QdV nella pratica clinica di *routine* quindi necessita di una considerazione attenta. Vi è un vantaggio nel valutare la QdV se non siamo in grado di agire sui risultati e tentare di migliorarli? Uno dei maggiori ostacoli all'integrazione della valutazione della QdV nell'assistenza di *routine* può essere il costo percepito della raccolta e dell'interpreta-

zione dei dati. È probabile che i costi aumentino a breve termine, ma la speranza è che affrontando i problemi dei pazienti i costi a lungo termine sarebbero ridotti [46]. La domanda che deve essere posta quando si tenta di incorporare una valutazione della qualità di vita in una pratica clinica è quanto è necessaria una valutazione. Come fornitore o ricercatore, è bene chiedersi se si sta osservando l'impatto del proprio intervento sulla qualità complessiva della vita o si sta osservando l'impatto su molti dei domini della qualità della vita?

[Tabaccologia 2019; 4:8-15]

Ivana T. Croghan, Sarah Schroeder, Rahma Warsame, Jeff Sloan
Mayo Clinic, 200 First Street, SW,
Rochester, MN 55905

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

cancer surgeries, patients who quit smoking returned to baseline quality of life within three months, while current smokers had not returned to baseline in physical, role, or social functioning domains 12 months post-op and also experienced increased pain [3,45].

Quality of life measures can be successfully used in a clinical setting to help patients who smoke. Targeted screening of quality of life can help predict patients who are at a higher risk for smoking initiation and failed quitting attempts. Quality of life can be used to increase motivation to stop smoking and thereby improve smoking cessation outcomes. Widening the parameters of benefit of smoking cessation, e.g. pain and emotional effects, can only be determined by the patient. Individualize treatment by using quality of life measures to offer information about the impact of treatment and thus

aid in decision making. There are arguments that inclusion of QoL measures in clinic is an unnecessary burden on patients and an intrusion into the limited clinical time, but they have been used successfully with adults. Self-reported QoL can guide decisions by providing information particularly relevant to the individual's clinical care which may otherwise not have been raised in the outpatient setting. However, it must be remembered that while assessment of QoL is possible, it is of little value if facilities or expertise for improvement are unavailable. Integration of QoL assessment into routine clinical practice therefore needs careful consideration. There is benefit in assessing QoL if we are unable to act upon the results and attempt to improve it. One of the greatest barriers to incorporating QoL assessment into routine care may be the perceived costs of data collection and inter-

pretation. It is likely that costs would increase in the short-term, but the hope is that by addressing patient problems early long-term costs would be reduced [46]. The question that must be asked when trying to incorporate a QoL assessment into a clinical practice is how much of an assessment is needed. As a provider or researcher, you need to ask yourself, are you looking at the impact of your intervention to the overall quality of life or are you looking at the impact on several of the domain of quality of life?

Bibliografia

1. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
2. Ridgeway JL, Beebe TJ, Chute CG, Eton DT, Hart LA, Frost MH, et al. A brief patient-reported outcomes quality of life (PROQOL) instrument to improve patient care. *PLoS Med* 2013;10:e1001548.
3. Goldenberg M, Danovitch I, IsHak WW. Quality of life and smoking. *Am J Addict* 2014;23:540-62.
4. Center for Disease Control and Prevention. Health-Related Quality of Life (HRQOL) [Online]. 2016; <https://www.cdc.gov/hrqol/>. Accessed 15 March 2018, 2018.
5. Thompson CA, Novotny P, Sloan JA, Bartz A, Yost KJ. Association between patient-reported outcomes and physical activity measured on the Apple Watch in patients with hematological malignancies. *Blood* 2017;130:2179.
6. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1989.
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
8. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52:69-77.
9. Gibson SJ. The measurement of mood states in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:P167-174.
10. Lin SC, Hsiao YY, Wang M. Test review: the profile of mood states 2nd Edition. *J Psychoeduc Assess* 2014;32:273-7.
11. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
12. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
13. Zung WW, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl:77-80; discussion 81.
14. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Jr., Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC, Tinetti ME. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990;112:699-706.
15. Lam CK, Lim PP, Low BL, Ng LL, Chiam PC, Sahadevan S. Depression in dementia: a comparative and validation study of four brief scales in the elderly Chinese. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:422-8.
16. Ware JE, Snow KK, Evans RW, Schmidt S, Gomez-Dahl LC, Hurt RD. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute; 1993.
17. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993;306:1437-40.
18. Radosevich DM, Wetzler H, Wilson SM. Health Status Questionnaire (HSQ) 2.0: scoring comparisons and reference data. Bloomington, MN: Health Outcomes Institute; 1994.
19. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
20. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
21. Hyland M, Sodergren S. Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales. *Qual Life Res* 1996;5: 469-80.
22. Locke DE, Decker PA, Sloan JA, Brown PD, Malec JF, Clark MM, et al. Validation of single-item linear analog scale assessment of quality of life in neuro-oncology patients. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:628-38.
23. Singh JA, Satele D, Pattabasavaiah S, Buckner JC, Sloan JA. Normative data and clinically significant effect sizes for single-item numerical linear analogue self-assessment (LASA) scales. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12:187.
24. Centers for Disease Control and Prevention. CDC HRQOL-14 "Healthy Days Measure". Health-Related Quality of Life (HRQOL) 2017; https://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm. Accessed 15 Mar 2018, 2018.
25. Shaw JW, Coons SJ, Foster SA, Leischow SJ, Hays RD. Responsiveness of the Smoking Cessation Quality of Life (SCQoL) questionnaire. *Clin Ther* 2001;23:957-69.
26. Olufade AO, Shaw JW, Foster SA, Leischow SJ, Hays RD, Coons SJ. Development of the Smoking Cessation Quality of Life questionnaire. *Clin Ther* 1999;21:2113-30.
27. Jackson C. Quality of life as a health outcome, as a health predictor. [PowerPoint Slides]. www.health.bcu.ac.uk/craigjackson/QoL.ppt. Accessed 15 March 2018.
28. Sprangers MA, Moinpour CM, Moynihan TJ, Patrick DL, Revicki DA, Clinical Significance Consensus Meeting G. Assessing meaningful change in quality of life over time: a users' guide for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2002;77:561-71.
29. Warsame R, Thompson C, Hubbard J, Fonder AL, Hobbs MA, Hwa L, et al. What are patients' biggest concerns? A patient reported outcome case-management system. *J Clin Oncol* 2017;35(15 (Suppl):6572.
30. Sprangers MA, Sloan JA, Veenhoven R, Cleeland CS, Halyard MY, Abertnethy AP, et al. The establishment of the GENEQOL consortium to investigate the genetic disposition of patient-reported quality-of-life outcomes. *Twin Res Hum Genet* 2009;12:301-11.
31. Sprangers MA, Thong MS, Bartels M, Barsevick A, Ordoñana J, Shi Q, et al.; GeneQol Consortium. Biological pathways, candidate genes, and molecular markers associated with quality-of-life domains: an update. *Qual Life Res* 2014;23:1997-2013.
32. Heikkinen H, Jallinoja P, Saarni SI, Patja K. The impact of smoking on health-related and overall quality of life: a general population survey in Finland. *Nicotine Tob Res* 2008;10:1199-207.

- 33.** Wu TD, Eakin MN, Rand CS, Brigham E, Diette GB, Hansel N, McCormack M. In-home secondhand smoke exposure among urban children with asthma: contrasting households with and without residential smokers. *J Public Health Manag Pract* 2019;25:E7-E16.
- 34.** Kalayasiri R, Supcharoen W, Ouyuanukoon P. Association between secondhand smoke exposure and quality of life in pregnant women and postpartum women and the consequences on the newborns. *Qual Life Res* 2018;27:905-12.
- 35.** Ventegodt S, Merrick J. Long-term effects of maternal smoking on quality of life. Results from the Copenhagen Perinatal Birth Cohort 1959-61. *ScientificWorldJournal* 2003;3:714-20.
- 36.** Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med* 2004;27:258-60.
- 37.** Bass PF, 3rd, Wilson JF, Griffith CH. The association of health-related quality of life and age of initiation of smoking. *J Ky Med Assoc* 2004;102:96-101.
- 38.** Mendelsohn C. Smoking and depression--a review. *Aust Fam Physician* 2012;41:304-7.
- 39.** Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality of life of never-smokers, ex-smokers and light, moderate and heavy smokers. *Prev Med* 1999;29:139-44.
- 40.** Strandberg AY, Strandberg TE, Pitkala K, Salomaa VV, Tilvis RS, Miettinen TA. The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age: a 26-year prospective study. *Arch Intern Med* 2008;168:1968-74.
- 41.** Croghan IT, Schroeder DR, Hays JT, Eberman KM, Patten CA, Berg EJ, Hurt RD. Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *Eur J Public Health* 2005;15:251-5.
- 42.** Hays JT, Croghan IT, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakina AG. Changes in health-related quality of life with smoking cessation treatment. *Eur J Public Health* 2012;22:224-9.
- 43.** Mulder I, Tijhuis M, Smit HA, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med* 2001;33:653-60.
- 44.** Erickson SR, Thomas LA, Blitz SG, Pontius LR. Smoking cessation: a pilot study of the effects on health-related quality of life and perceived work performance one week into the attempt. *Ann Pharmacother* 2004;38:1805-10.
- 45.** Chen J, Qi Y, Wampfler JA, Jatoti A, Garces YI, Busta AJ, et al. Effect of cigarette smoking on quality of life in small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer* 2012;48:1593-601.
- 46.** Eiser C, Davies H, Jenney M, Stride C, Glaser A. HRQOL implications of treatment with dexamethasone for children with acute lymphoblastic leukemia (ALL). *Pediatr Blood Cancer* 2006;46:35-9.



INTERNATIONAL WORKSHOP

Hotel Royal Continental

NAPLES

4TH - 5TH JUNE 2020

I T S
ITALIAN THORACIC SOCIETY

A I P O
ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGICI OSPEDALIERI



State of the Art in PRECISION MEDICINE

CHAIRS

Katerina Antoniou
 Department of Thoracic Medicine
 University of Crete, Heraklion - GR

Venerino Poletti
 Department of Respiratory and Thoracic Diseases
 AUSL della Romagna - G.B. Morgagni - L. Pierantoni Hospital, Forlì - IT
 Department of Respiratory Diseases and Allergy - Aarhus University Hospital, Aarhus - DK

ORGANIZING SECRETARIAT ITALY

A I P O
RICERCHE

Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano - Italy
 T. +39 02 36590350 r.a. - F. +39 02 66790405
 segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

ORGANIZING SECRETARIAT ABROAD

39-41 Lykavittou str. 106 72, Athens - Greece
 T. +30 2103668800 | +30 210 3668842 | F. +30 210 3643511
 www.afea.gr - www.afealuxurytravel.com

A F E A
Traffic and Congress Services



Serie Tabagismo di genere

Esposizione al fumo attivo e passivo e tumore al seno in Italia

Smoking, second-hand smoke exposure and breast cancer in Italy

Giulia Carreras, Alessio Lachi, Giuseppe Gorini

Riassunto

Introduzione: L'abitudine al fumo e l'esposizione a fumo passivo sono fattori di rischio per lo sviluppo del tumore al seno nelle donne. L'obiettivo di questo lavoro è quello di stimare il numero di morti e di anni di vita vissuti con disabilità (DALY) per tumore al seno attribuibili all'abitudine al fumo e all'esposizione a fumo passivo nelle donne in Italia per il 2017.

Metodi: L'impatto dell'abitudine al fumo e dell'esposizione a fumo passivo sul tumore al seno è stato ottenuto stimando le frazioni attribuibili (FA) nella popolazione e applicandole al numero di decessi o DALY. Per stimare il carico attribuibile a fumo passivo, le FA sono state stimate utilizzando la prevalenza di fumo passivo del 2006, al fine di considerare un ritardo temporale tra esposizione e insorgenza della malattia. Per stimare il carico attribuibile all'abitudine al fumo, invece, è stato utilizzato il metodo *Smoking Impact Ratio* per tenere in considerazione la durata e l'intensità dell'abitudine al fumo.

Risultati: In totale circa il 2% delle morti e dei DALY per tumore al seno nelle donne in Italia nel 2017 è attribuibile all'abitudine al fumo e all'esposizione a fumo passivo. Se in Italia le fumatrici smettessero di fumare, si eviterebbero lo 0,7% e lo 0,8% rispettivamente dei decessi e dei DALY per tumore al seno. Eliminando l'esposizione a fumo passivo, invece, si potrebbero evitare l'1,2% e l'1,3% rispettivamente delle morti e dei DALY.

Conclusioni: Le stime prodotte sono le prime calcolate per l'Italia ed è importante che venga diffuso il legame fra abitudine al fumo, esposizione a fumo passivo e tumore al seno, una relazione ancora poco nota.

Parole chiave: Tumore al seno, carico di malattia attribuibile, fumo attivo, fumo passivo.

Abstract

Introduction: Smoking and exposure to second-hand smoke (SHS) are risk factors for breast cancer in women. Aim of this work is to estimate the number of deaths and disability-adjusted life years (DALYs) from breast cancer in women attributable to smoking and SHS exposure in Italy in 2017.

Methods: The impact of smoking and SHS exposure on breast cancer was obtained by estimating the population attributable fractions (AFs) and applying them to the number of deaths or DALYs. To estimate the burden attributable to SHS, AFs were estimated using the prevalence of SHS in 2006 in order to consider a time lag between exposure and disease onset. To estimate the burden attributable to smoking, the *Smoking Impact Ratio* method was used to take into account the duration and intensity of smoking over time.

Results: In Italy in 2017 2% of deaths and DALYs from breast cancer were attributable to both smoking and SHS exposure. If all Italian female smokers quit smoking, respectively 0.7% and 0.8% of deaths and DALYs from breast cancer could be avoided. Removing SHS exposure in women could prevent 1.2% and 1.3%, respectively, of deaths and DALYs from breast cancer.

Conclusions: These results are the first Italian estimates of breast cancer burden in women attributable to smoking and SHS exposure. It is important to widespread the link between smoking, SHS exposure and breast cancer, a relationship that is still little known.

Keywords: Breast cancer, attributable burden, active smoke, second-hand smoke.

Introduzione

Il fumo di tabacco è il più importante cancerogeno per l'uomo e il tumore al seno è la principale causa di decesso per cancro fra le donne nel mondo e in Italia [1,2].

In letteratura, numerosi studi sono stati condotti per valutare l'associazione tra abitudine al fumo e rischio di tumore al seno con risultati contrastanti. Fino al 2004 i rapporti pubblicati da gruppi di esperti (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro – IARC, California Environmental Protection Agency – CalEPA, U.S. Surgeon General) non hanno riportato un'associazione fra abitudine al fumo e tumore al seno [3-7]. Il primo rapporto a stabilire l'esistenza di un'associazione positiva tra abitudine al fumo e rischio di cancro al seno è stato il rapporto CalEPA del 2005 [8], seguito pochi anni dopo dalla relazione di un gruppo di esperti canadesi [9] e dalla monografia della IARC del 2012, che per la prima volta ha menzionato una relazione di causalità [10]. Inoltre, nel 2014 l'U.S. Surgeon General ha aggiornato le proprie conclusioni riportando un aumento del rischio di tumore al seno per le fumatrici, soprattutto nelle donne in post-menopausa [11].

Per quanto riguarda l'esposizione a fumo passivo, il rapporto CalEPA del 1997 indica per la prima volta che gli studi sul fumo passivo e cancro al seno suggeriscono un'associazione. Successivamente, il rapporto CalEPA del 2005 e la relazione del gruppo di esperti canadesi [9] hanno riportato una relazione causale fra esposizione a fumo passivo e insorgenza di tumore al seno, soprattutto nelle donne prima della menopausa. Anche l'U.S. Surgeon General nel 2014 ha riportato una possibile associazione tra donne esposte a fumo passivo e cancro al seno in donne in età pre-menopausale [11].

Nel 2015 è stata condotta una meta-analisi degli studi sia prospettici sia retrospettivi ed è emerso un aumento significativo del 9% nel ri-

schio per le fumatrici e del 20% nelle donne esposte a fumo passivo [12]. Diverse teorie sono state avanzate per spiegare perché l'esposizione a fumo passivo potrebbe avere un effetto più forte sul cancro al seno rispetto all'abitudine al fumo, ma ancora il dibattito è aperto.

La prima teoria prevede che fumare possa essere allo stesso tempo sia un fattore protettivo antiestrogenico sia un fattore di rischio per il tumore al seno. Di conseguenza, la combinazione di questi aspetti si sintetizzerebbe in una debole associazione tra fumo e sviluppo del tumore. La debolezza di questa teoria è che non è noto il meccanismo tramite cui il fumo determini questo effetto protettivo [8].

La seconda teoria prevede che l'esposizione a fumo passivo abbia un effetto predominante nei cancri pre-menopausali, ipotesi fortemente supportata da uno studio di coorte giapponese che ha trovato un rischio di quasi tre volte superiore di sviluppare tumore alla mammella per le donne esposte a fumo passivo in età pre-menopausale, ma non in età post-menopausale [13]. In Italia, negli ultimi anni, l'abitudine al fumo fra le donne è pressoché stabile con circa il 15% di donne fumatrici nel 2017 (fonte ISTAT). L'esposizione al fumo passivo invece è diminuita soprattutto grazie alla legge Sirchia entrata in vigore nel 2005, che ha determinato una drastica riduzione dell'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro e nei locali, contribuendo anche al sensibile aumento di case libere da fumo [14]. Tuttavia, ancora non è stato raggiunto lo scenario ideale di assenza di esposizione, infatti in Italia nel 2017 le donne non fumatrici esposte a fumo passivo sono circa il 14% (fonte Eurobarometer). Quindi circa un terzo delle donne italiane è esposto a uno dei due fattori di rischio: abitudine al fumo o esposizione al fumo passivo.

È importante dunque evidenziare l'impatto che l'abitudine al fumo e l'esposizione al fumo passivo han-

no sulla salute delle donne, determinando sia la perdita della vita ma soprattutto la perdita di anni di vita in buona salute a causa dell'insorgenza di malattie correlate al fumo. Il tumore può infatti impattare non solo sulla mortalità, ma anche sulla qualità della vita determinando una vita vissuta con malattia o disabilità. Quest'ultimo aspetto può essere misurato tramite gli anni di vita aggiustati per disabilità (DALY), che sono dati dalla somma degli anni di vita persi (*Years of Life Lost* - YLL) per morte precoce a causa della malattia e degli anni di vita vissuti con disabilità (*Years Lived with Disability* - YLD) a causa dell'incidenza della malattia.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di stimare il numero di morti e di DALY per tumore al seno nelle donne italiane attribuibili all'abitudine al fumo e all'esposizione a fumo passivo nel 2017, ovvero stimare il numero di decessi e di anni di vita vissuti con disabilità per tumore al seno che si potrebbero evitare eliminando l'esposizione a questi due fattori di rischio.

Metodi

La mortalità e morbosità per tumore al seno attribuibili all'esposizione a fumo passivo è stata ottenuta stimando innanzi tutto la frazione attribuibile (FA_p) a fumo passivo di popolazione tramite la seguente formula [15]:

$$FA_p = \frac{p \cdot (RR - 1)}{p \cdot (RR - 1) + 1}$$

dove p è la prevalenza dell'esposizione al fumo passivo nella popolazione in studio e RR è il rischio relativo, ovvero il rischio di tumore al seno per le donne esposte a fumo passivo rispetto alle non esposte. È stato assunto un ritardo di 10 anni tra l'esposizione al fumo passivo e l'insorgenza o morte per tumore al seno [15].

Il numero di decessi per tumore al seno attribuibili all'esposizione a fumo passivo è stato poi ottenuto

moltiplicando il numero dei decessi per tumore al seno fra le donne non fumatrici per la FA_p a fumo passivo. Analogamente per il numero di DALY.

Le fumatrici sono state escluse dal calcolo perché l'impatto dell'abitudine al fumo potrebbe mascherare l'effetto dovuto all'esposizione a fumo passivo [15]. Il numero di decessi tra le non fumatrici (D_{NF}) è stato ottenuto applicando la seguente formula:

$$D_{NF} = [D - (D \cdot FA_p)] \cdot (1 - p_F),$$

dove p_F è la prevalenza di fumo attivo e FA_F è la frazione attribuibile all'esposizione a fumo attivo. Lo stesso per i DALY.

La frazione attribuibile all'abitudine al fumo (FA_p) è stata calcolata col metodo basato sul tasso di mortalità per tumore del polmone dove, al posto della prevalenza di fumo, nel calcolo della FA, si sostituisce un indice chiamato *Smoking Impact Ratio* (SIR) che rappresenta la mortalità per tumore del polmone in eccesso nella popolazione in studio rispetto a quella di una popolazione di fumatori di riferimento (quelli del *Cancer Prevention Study 2*). Il livello di mortalità per tumore del polmone rispetto ai non fumatori viene utilizzato, al posto della prevalenza di fumo, per misurare il livello di rischio accumulato nel tempo dalla popolazione. Applicando la FA_F al numero di decessi e di DALY per tumore al seno, è possibile, come per il fumo passivo, calcolare il numero di decessi e di DALY attribuibili all'abitudine al fumo.

Per ciascuna stima di decessi e DALY attribuibili all'abitudine al fumo e all'esposizione a fumo passivo è stato calcolato un intervallo di credibilità (ICr) ottenuto con metodo Monte Carlo con 10.000 iterazioni.

Dati

Per la stima delle FA, sono necessari i RR di sviluppare tumore al seno per le donne fumatrici rispetto alle non fumatrici e per le donne

non fumatrici esposte a fumo passivo rispetto alle donne non fumatrici non esposte a fumo passivo. Questi RR sono stati selezionati dalle metanalisi più recenti: per le donne fumatrici rispetto alle non fumatrici $RR=1,09$ (intervallo di confidenza al 95% [IC 95%]: 1,06-1,12); per le donne non fumatrici esposte a fumo passivo rispetto alle non esposte, $RR=1,20$ (IC 95%: 1,07-1,33) [12].

La prevalenza di fumo età-specifica è stata ottenuta dall'inchiesta Eurobarometer per l'anno 2017. La prevalenza di esposizione a fumo passivo a casa, definita come l'essere esposta nella propria abitazione, è stata ottenuta dall'inchiesta Eurobarometer del 2006, al fine di considerare il ritardo temporale fra l'esposizione e l'insorgenza della malattia.

I dati di mortalità e i DALY per le donne italiane nel 2017 sono stati estratti dallo studio *Global Burden of Disease* (GBD) [17], un progetto internazionale che annualmente quantifica e compara a livello mondiale la perdita di salute dovuta a malattie, incidenti e fattori di rischio per età, sesso e area geografica.

Risultati

Su un totale di 12.769 decessi per tumore al seno stimati per le donne italiane nel 2017 (ICr: 11.547-13.928), 90 (ICr: 85-96) sono attribuibili all'abitudine al fumo, mentre 159 (ICr: 129-195) sono attribuibili a esposizione al fumo passivo. In termini di DALY, su un totale di 271.655 anni persi a causa del tumore al seno per disabilità o per morte prematura in Italia nel 2017 (ICr: 228.855-318.234), 2.150 (ICr: 2.015-2.289) sono attribuibili ad abitudine al fumo, mentre 3.462 (ICr: 2.994-3.970) sono attribuibili a esposizione al fumo passivo.

In **Figura 1** sono riportate le FA all'abitudine al fumo e a esposizione al fumo passivo calcolate per mortalità e morbosità, ovvero la proporzione delle morti o dei DALY evitabili. Se le fumatrici smettessero di fumare, si potrebbero evitare lo 0,71% dei decessi per tumore al seno (ICr: 0,67%-0,75%) e lo 0,79% dei DALY (ICr: 0,74%-0,84%). Eliminando l'esposizione a fumo passivo, si potrebbero evitare l'1,24% delle morti per tumore al seno (ICr: 0,99%-1,55%) e l'1,29% dei DALY (ICr: 1,11%-1,49%).

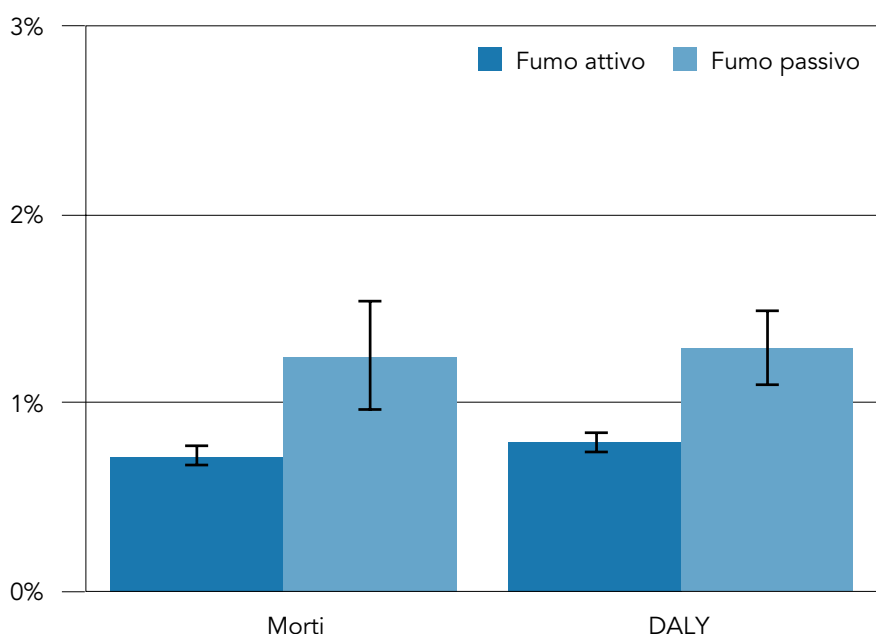


Figura 1 Frazioni attribuibili: percentuale dei morti e dei DALY attribuibili all'abitudine al fumo (fumo attivo) e all'esposizione a fumo passivo sul totale rispettivamente dei morti e dei DALY per tumore al seno, donne, Italia, 2017.

Discussione

L'1,95% delle morti e il 2,07% dei DALY per tumore al seno in Italia nel 2017 sono attribuibili ai due fattori di rischio, abitudine al fumo ed esposizione a fumo passivo. Se le fumatrici smettessero di fumare, si potrebbero evitare 90 decessi e 2.150 anni di vita persi o vissuti con malattia o disabilità a causa del tumore al seno. Eliminando poi l'esposizione al fumo passivo, si potrebbero evitare altri 159 decessi e 3.462 DALY nelle donne non fumatrici.

L'impatto sul tumore al seno dell'esposizione a fumo passivo è maggiore rispetto a quello dell'abitudine al fumo per le donne italiane. Questo è in parte dovuto al rischio relativo più elevato di sviluppare tumore al seno per esposizione a fumo passivo (RR=1,20) rispetto al rischio di sviluppare tumore al seno legato all'abitudine al fumo (RR=1,09). Le motivazioni del maggior impatto del fumo passivo sono ancora poco chiare. Il dibattito su questo punto è ancora aperto e fra le spiegazioni vi è l'effetto protettivo antiestrogenico dell'abitudine al fumo, ma anche un maggiore rischio per le donne in età pre-menopausale legato all'esposizione a fumo passivo [10].

L'impatto maggiore del fumo passivo è dovuto anche al fatto che l'esposizione delle donne italiane a

fumo passivo nel 2006, che è stato assunto aver determinato i tumori al seno del 2017, risulta di poco più elevata del valore di SIR, che è stato utilizzato nel calcolo delle FA all'abitudine al fumo. Infatti, la prevalenza di esposizione al fumo passivo nel 2006 per le donne non fumatrici è del 7,17% (IC 95%: 3,44%-10,90%), mentre il valore del SIR per le donne ultra-trentacinquenni è del 7,24% (ICr: 2,76%-12,49%).

La stima di impatto del fumo passivo sul tumore al seno è stata introdotta nel 2017 per la prima volta nelle stime che il GBD produce annualmente per tutto il mondo. Il nostro contributo è il primo lavoro che stima mortalità e morbosità per tumore al seno attribuibili all'abitudine al fumo e all'esposizione a fumo passivo per l'Italia, utilizzando dati specifici per l'Italia di prevalenza e di mortalità. Il GBD, a differenza di questo lavoro, utilizza stime prodotte da modelli statistici e, per questo motivo, le stime sono accompagnate da intervalli di credibilità molto ampi.

Conclusioni

Le stime prodotte sono le prime calcolate per l'Italia ed è importante che venga diffuso il legame fra abitudine al fumo, esposizione al fumo passivo e tumore al seno, una relazione ancora poco nota nella

popolazione. Sia fumare sia l'esposizione al fumo passivo sono fattori di rischio modificabili su cui si possono sviluppare interventi di prevenzione primaria.

Fonti di finanziamento

Questo lavoro ha ricevuto finanziamenti dal programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 dell'Unione Europea nell'ambito della convenzione n. 681040. Clausola di esclusione della responsabilità: questo manoscritto è stato preparato da membri del consorzio del progetto TackSHS e non riflette necessariamente le opinioni della Commissione Europea. La Commissione Europea non è responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in questo manoscritto.

[Tabaccologia 2019; 4:16-20]

Giulia Carreras, Alessio Lachi, Giuseppe Gorini

Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), Firenze

Corresponding author:

Giulia Carreras

✉ g.carreras@ispro.toscana.it

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

Bibliografia

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68:394-424.
2. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM. I numeri del cancro in Italia 2017. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2017.
3. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans: tobacco smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1986.
4. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2004.
5. California Environmental Protection Agency. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento (CA): California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997.
6. United States Public Health Service, Office of the Surgeon General, Women and smoking: a report of the surgeon general. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

7. United States Public Health Service, Office of the Surgeon General. The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2004.
8. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Sacramento (CA): California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005.
9. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG, et al. Active smoking and second-hand smoke increase tobacco smoking and breast cancer: a life course approach 123 breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tob Control* 2011;20:e2.
10. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans: personal habits and indoor combustions. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2012.
11. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), 2014.
12. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2015;154:213-24.
13. Hanaoka T, Yamamoto S, Sobue T, Sasaki S, Tsugane S; Japan Public Health Center-Based Prospective Study on Cancer and Cardiovascular Disease Study Group. Active and passive smoking and breast cancer risk in middle-aged Japanese women. *Int J Cancer* 2005;114: 317-22.
14. Minardi V, Gorini G, Carreras G, Masocco M, Ferrante G, Possenti V, et al. Compliance with the smoking ban in Italy 8 years after its application. *Int J Public Health* 2014;59:549-54.
15. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011;377:139-46.
16. Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: John Wiley & Sons, 1987.
17. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

UNA MANO PER UNA GRANDE CAUSA



Codice Fiscale SITAB: 96403700584



Come Società Italiana di Tabaccologia, con il nostro organo ufficiale, *Tabaccologia/Tobaccology*, lavoriamo da 20 anni con un obiettivo preciso: fornire aggiornamento scientifico in un campo dove l'aggiornamento non c'era prima. Abbiamo arricchito il panorama scientifico italiano con studi originali, documentazione, informazioni e discussioni sulla patologia dominante del nostro tempo, la dipendenza da tabacco. Lavorando per il bene comune, senza nulla pretendere. Questa è la nostra mission. Ora tocca anche a te dare una mano. L'attribuzione del 5 per mille attraverso una firma non ti costerà nulla, e darà più ossigeno ai polmoni degli italiani.

Atti del XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Napoli, 24-25 ottobre 2019



Sogni passati, priorità attuali e strategie future

Martina Antinozzi, Maria Sofia Cattaruzza, Vincenzo Zagà

Attraversata la deserta quanto bella Galleria Principe di Napoli, con stupore entriamo nella affascinante cornice borbonica della sala comunale Vincenzo Gemito, non prima d'aver salito lo scalone d'ingresso, purtroppo decadente e trascurato. Così, sotto la millenaria e fascinosa incombenza del Museo Archeologico Nazionale, prospiciente il salone congressuale, ha avuto inizio il nostro Congresso Nazionale di Tabaccologia, occasione più unica che rara per i circa 120 congressisti, provenienti da tutta Italia, di incontrare *opinion leader* e condividere esperienze, novità, dubbi, incertezze ed entusiasmi. Innanzitutto il Congresso è stato l'occasione per festeggiare i 20 anni della SITAB (13 dicembre 1999-2019) con la presenza di alcuni padri fondatori come V. Zagà, G. Mangiaracina, E. Sabato, M. Del Donno e con L. Carrozzi e S. Nardini in video-messaggio, che hanno rievocato sogni, difficoltà ed entusiasmi che da quel giorno di Santa Lucia di 20 anni fa ci hanno accompagnato fino a oggi. Nel corso del Congresso è stato premiato il vincitore del Premio SITAB/Fondazione U. Veronesi del valore di 2.500 € nella persona della dr.ssa Sara Trussardo (INT di Milano) con lo studio clinico sulla citisina nel trattamento del tabagismo, il cui abstract viene pubblicato in questi Atti, dopo aver avuto l'onore di presentarlo all'As-

semblea del Congresso. Va dato merito alla Fondazione U. Veronesi, guidata magistralmente da Chiara Veronesi, che ha saputo cogliere l'importanza di stimolare la ricerca dei giovani ricercatori italiani sulla galassia "tabaccologia".

Il Congresso Nazionale di Napoli, inoltre, è stato l'occasione per la presentazione della Scuola Nazionale di Tabaccologia Medica e delle Linee Guida SITAB-ENSP, tradotte e adattate alla realtà italiana.

Il Congresso ha affrontato varie problematiche correlate all'epidemia di tabacco come l'inquinamento da cicche, il rifiuto tossico dimenticato, alcuni danni misconosciuti da fumo di tabacco e i costi sanitari da patologie fumo-correlate in alcune Regioni italiane.

Tanti gli illustri relatori che con le loro relazioni hanno dato lustro e successo a questo congresso della tabaccologia italiana.

Fra queste segnaliamo...



Da sinistra: V. Zagà, S. Trussardo, D. Barus.



Foto di gruppo di docenti della Scuola Nazionale di Tabaccologia Medica.

Mozziconi di sigaretta: il rifiuto tossico dimenticato

Il XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) svoltosi di recente a Napoli (24-25 ottobre) è stato il palcoscenico in cui il prof. **Giuliano Bonanomi**, del Dipartimento di Scienze dell'Agricoltura dell'Università Federico II di Napoli, ha presentato lo studio svolto col suo team, della durata di 5 anni, in cui è stato analizzato se il tipo di suolo e la composizione del microbioma influenzassero la decomposizione dei mozziconi e l'ecotossicità ambientale, durante il processo di decomposizione.

I mozziconi di sigaretta sono il tipo di rifiuto più abbondante dal punto di vista numerico sulla Terra. Si stima che a scala globale, ogni giorno, ne vengono dispersi nell'ambiente più di 12 miliardi. Non sorprende, quindi, che i mozziconi siano il tipo di rifiuto più comune rilevato da studi di monitoraggio condotti in parchi cittadini, sulle spiagge e perfino negli oceani. Oltre a deturpare l'ambiente, i mozziconi rappresentano una seria minaccia per gli or-

ganismi viventi e la salute dell'ecosistema. Quando dispersi, i mozziconi possono essere tossici per i microrganismi, gli insetti, i pesci, gli uccelli e per i mammiferi, uomo compreso. La tossicità dei mozziconi è legata ai composti chimici prodotti durante la combustione

del tabacco, tra questi possiamo citare la nicotina, l'acido cianidrico, l'ammoniaca, l'acetaldeide, la formaldeide, il benzene, i fenoli, le piridine e il piombo 210 e il polonio 210. Oltre a rappresentare un pericolo, in particolare per gli organismi acquatici, i mozziconi di



Da sinistra: M.S. Cattaruzza, G. Bonanomi, V. Zagà.

sigaretta hanno la capacità di accumularsi nell'ambiente a causa della loro limitata bio-degradabilità essendo costituiti da acetato di cellulosa.

In particolare, è stata comparata la decomposizione in tre ambienti: in assenza di suolo per simulare quanto avviene in ambiente urbano (es. asfalto, binari ferroviari, superfici di cemento ecc.), in un prato e su una duna sabbiosa. Durante l'esperimento le alterazioni chimiche e fisiche dei mozziconi sono state quantificate grazie a metodi spettroscopici e all'utilizzo del microscopio elettronico a scansione.

La tossicità è stata monitorata mediante saggi con un batterio (*Aliivibrio fischeri*) e un'alga (*Raphidocelis subcapitata*). Il microbiota è stato studiato mediante tecniche di sequenziamento di nuova generazione. Quanto ai risultati il prof.

Bonanomi ci dice che *"i mozziconi sono soggetti a un processo di decomposizione separato in tre fasi: una iniziale di circa 30 giorni dove si rileva una perdita di massa di circa il 15%, corrispondente all'involucro esterno di carta. Nei due anni successivi, i mozziconi si decompongono molto lentamente con una perdita di massa di circa il 25%. Dal terzo anno la decomposizione si differenzia nettamente, risultando lenta in assenza di suolo e più rapida sulla duna ed in particolare in prateria"*.

*"Quanto alla tossicità – continua Bonanomi – è particolarmente elevata nei mozziconi appena fumati per poi diminuire rapidamente durante il processo di decomposizione. Di particolare interesse è stato rilevare un secondo picco di tossicità verso l'alga *R. subcapitata* dopo tre anni di decomposizione."*

Impatto economico delle patologie fumo-correlate nelle Regioni

Anche questo argomento presentato come lettura magistrale da **Luca Cavalieri D'Oro**, Direttore dell'Epidemiologia dell'Agenzia per la Tutela della Salute (ATS) della Brianza, ha calamitato particolarmente l'attenzione dei congressisti.

L'intuizione, nata nel 2017, degli epidemiologi dell'ATS Brianza, guidati da Cavalieri D'Oro, relativamente alla stima dei costi sanitari direttamente attribuibili al fumo per alcune malattie di notevole diffusione o gravità, ha portato alla presentazione, in sede congressuale, delle stime sui dati a livello regionale lombardo, sulla base di alcune informazioni preliminari relative al 2017 ricevute dal Ministero della Salute, e sui dati, sebbene stimati in modo





Luca Cavalieri D'Oro.

presuntivo, per tre tipi di tumori che riconoscono una quota importante di causalità proprio nel fumo di tabacco: tumore del polmone, del pancreas e della vescica.

Purtroppo è stato possibile fruire solo delle informazioni relative alla spesa per ricoveri ospedalieri in quanto l'interrogazione di altre banche dati risulta complessa a causa di problemi di privacy. Poiché i dati sono stati resi disponibili solo nei giorni scorsi (16 ottobre 2019), gli stessi saranno oggetto di lavoro nel prossimo futuro per determinare per tutte le Regioni quale possa essere la spesa sanitaria attribuibile al fumo. E di sicuro i nuovi dati saranno una delle punte di diamante del prossimo Congresso Nazionale 2020.

Pertanto, pur con le cautele del caso, per il tumore del polmone globalmente nel 2017 a livello italiano potrebbero essere stati spesi circa 277 milioni di euro per ricoveri che non si sarebbero verificati se nessuno avesse mai fumato; i ricoveri attribuibili al fumo per il tumore del pancreas sono stimabili in 23 milioni di euro e per la vescica in 74 milioni di euro.

“È evidente che si parla di cifre importanti – commenta Luca Cavalieri D'Oro – che considerano unicamente la componente di spesa direttamente attribuibile ai ricoveri ospedalieri e dunque tralasciano

gli altri costi diretti sanitari (prestazioni, ambulatoriali, farmaci, ecc.) e sociosanitari/sociali (assistenza riabilitativa per deficit funzionali, assistenza domiciliare, gestione dei soggetti in strutture sociosanitarie) e non sfiorano neppure il carico di malattia anticipatamente sviluppato nei fumatori o gli anni di vita potenzialmente persi dai fumatori, nonché il carico di sofferenza individuale e familiare per la perdita precoce di vite o per l'insorgenza anticipata di malattie croniche che implicano perdita di lavoro e oneri assistenziali importanti”.

“Le risorse sanitarie e sociosanitarie usate per gestire patologie prevenibili sulla base di corretti stili di vita – continuano **Silvano Gallus** del “Mario Negri” di Milano e **Giuseppe Gorini** dell'ISPRO di Firenze e coautori dello studio – potrebbero progressivamente essere risparmiate dal Sistema Sanitario se i fumatori smettessero di fumare e nessuno iniziasse a fumare, per essere messe a disposizione dell'assistenza delle tante malattie per le quali nessun tipo di prevenzione è possibile”.

Vareniclina efficace, sicura e... gratuita per i fumatori BPCO e cardiovascolari

È stato questo l'interessante argomento della *lectio magistralis* tenuta da **Roberto Boffi**, Direttore della Pneumologia dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano. Tenuto conto dell'ecatombe che il fumo di tabacco continua a causare ogni anno in Italia (più di 70.000 decessi ogni anno, la maggior parte dei quali sono riconducibili a neoplasie polmonari e BPCO, 40.000, e a cardiopatie, 20.000), va da sé che “è necessario quindi aiutare concretamente i fumatori nel loro percorso di disassuefazione – afferma Boffi – attraverso la metodologia che ha dimostrato maggior successo: l'approccio psicologico-motivazione integrato a quello di tipo farmacologico”.

Tra i farmaci di prima linea validati nella disassuefazione da fumo (vareniclina, bupropione e terapia ni-



Roberto Boffi.

cotina sostitutiva) la vareniclina, agonista parziale del recettore nicotico dell'acetilcolina, ha dimostrato essere quello più efficace nell'astensione dal fumo di tabacco e sicuro per quanto riguarda l'insorgenza di effetti collaterali gravi (Cochrane Database Syst Rev 2007; Anthenelli RM, et al. Lancet 2016). L'efficacia di questo farmaco a lungo termine, che è stata evidenziata da un importante lavoro di Pascual et al. (Pascual FP et al, Subst Use Misuse 2016), è stata confermata anche da uno studio osservazionale retrospettivo eseguito presso il Centro Antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, condotto su più di 600 pazienti: a 24 mesi dall'assunzione di vareniclina, ben il 42,5% dei soggetti aveva mantenuto l'astensione dal fumo (Veronese C et al, Tabaccologia 2016), dato molto significativo considerando che il tabagismo è stato giustamente definito come patologia cronica recidivante.

“Dopo anni di richieste e trattative, AIFA, l'Agenzia Italiana del Farmaco – ricorda Boffi – con la Determina del 30 agosto 2019 pubblicata in Gazzetta Ufficiale, ha finalmente riconosciuto la **rimborsabilità di vareniclina per i pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (di qualunque stadio di gravità) e in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari.**

La dispensazione verrà garantita esclusivamente in seguito alla compilazione di un apposito piano terapeutico stilabile dai medici dei Centri Antifumo accreditati da ciascuna Regione”.

Il prossimo passo sarà quello di ottenere la rimborsabilità anche per i pazienti oncologici o affetti da altre importanti patologie fumo-correlate e in un futuro, perché no, per tutti i fumatori, anche quelli sani. Intanto possiamo affermare come questo sia un importantissimo passo avanti del nostro Paese per quanto riguarda il riconoscimento del tabagismo non come “brutto vizio”, ma come vera e propria patologia da curare adeguatamente.

I “front groups”. L'ennesimo inganno di Big Tobacco

Uno dei trucchi delle multinazionali (Big Tobacco) del tabacco è la creazione di “front groups” ovvero di associazioni di facciata, che all'apparenza si professano impegnate nella lotta al tabagismo, ma che nella realtà risultano sovvenzionate esclusivamente, o quasi, da Big Tobacco.

È stato questo l'interessante tema affrontato nella teleconferenza, in diretta da Washington, dal dottor **Claudio Tanca**, Associate Director of International Communications della ONG statunitense Campaign for Tobacco-Free Kids. La definizione di “front groups” o gruppo di facciata, come ci spiega Tanca, è quella di “un'organizzazione sulla quale le multinazionali del tabacco hanno un forte controllo. I gruppi di facciata hanno due peculiari caratteristiche: in primo luogo le multinazionali hanno un ruolo chia-

ve nella creazione, nel finanziamento e nella definizione dei criteri di appartenenza al gruppo; inoltre, il gruppo sostiene di agire in modo indipendente rispetto alle multinazionali.

In genere, i gruppi di facciata non rendono pubblici i loro legami finanziari con le multinazionali e spesso affermano di rappresentare e promuovere interessi pubblici o di particolari categorie”. La ONG Campaign for Tobacco-Free Kids si occupa di ridurre l'uso di tabacco e le sue conseguenze mortali negli USA e nel resto del mondo. Tale azione consiste nella creazione di campagne di comunicazione e promozione della salute, a livello nazionale, statale e locale negli USA (in collaborazione con enti come FDA e CDC) e a livello internazionale (con il supporto della Bill & Melinda Gates Foundation e di Bloomberg Philanthropies), in cui si propone l'adozione di soluzioni dimostrate efficaci nel ridurre l'uso di tabacco e salvare così numerose vite umane: esempi sono le proposte di aumento della tassazione sul tabacco o dell'età minima legale per fumare portata a 21 anni, così da minare le industrie del tabacco in uno dei loro target d'età più remunerativi.

L'altro caso analizzato è quello della Foundation for a Smoke Free World (FSFW), ennesimo tentativo di Big Tobacco di fare *healthwashing*, rifarsi il look, presentandosi come parte della soluzione per “porre fine all'epidemia di tabagismo”. La fondazione si presenta con lo scopo di “migliorare la salute globale eliminando, nell'arco di questa generazione, il consumo di sigarette.” Il dottor Tanca sottolinea come si tratti in realtà di “un'organizzazione fondata da Philip Morris International (PMI), parte di una campagna di relazioni pubbliche della multinazionale per presentarsi come uno degli attori capaci di porre un freno all'epidemia di tabagismo. Si noti che PMI – continua Tanca – è l'unico finanziatore di questa fondazione, garantendo 80 milioni di dollari l'anno (oltre un miliardo nei prossimi 12 anni). La fondazione, a partire dal 2017,

ha speso oltre 7,5 milioni di dollari in campagne di comunicazione e di relazioni pubbliche e sta cercando con insistenza di coinvolgere in progetti di ricerca svariate facoltà di sanità pubblica e di medicina del mondo. Con l'obiettivo di sfruttare queste collaborazioni per guadagnare credibilità presso governi, organizzazioni internazionali, opinioni pubbliche...”. Fortunatamente, fino a ora, la reazione della comunità scientifica (OMS, Università del calibro di Harvard, Johns Hopkin, ecc.) è risultata compatta nell'opporci a questo palese tentativo di “pulizia mediatica” di PMI.

Il messaggio che Tanca ci tiene a sottolineare è l'importanza di creare il vuoto intorno alla FSFW; risulta fondamentale dunque “stabilire un dialogo con le facoltà di sanità pubblica e cercare di persuaderle a rifiutare qualsiasi partnership o offerta di finanziamento proveniente dalla fondazione; ma soprattutto farsi portavoce, presso le Istituzioni del mondo accademico e scientifico, dei rischi derivanti dall'accettazione di finanziamenti della fondazione, in quanto l'accettare questi fondi minerebbe la loro credibilità scientifica e i rapporti con le altre Istituzioni accademiche”.

Per mantenere il dibattito acceso sull'argomento, è essenziale “creare materiale di comunicazione, come lettere, presentazioni, profili sintetici, analisi di dati, ecc. Allestire un sito internet dove sia facile reperire il materiale di comunicazione e le informazioni sulla Fondazione. Organizzare o partecipare a conferenze, seminari, gruppi di lavoro dove si possano fornire informazioni sulla fondazione e sui suoi legami con la PMI”.

**Martina Antinozzi,
Maria Sofia Cattaruzza**

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

Vincenzo Zagà

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



Claudio Tanca.

"La ricerca scientifica in tabaccologia"

Premio SITAB

"Fondazione Umberto Veronesi"



Studio osservazionale su efficacia e tollerabilità della citisina nella disassuefazione tabagica

S. Trussardo¹, E. Munarini¹, C. Veronese¹, A.C. Ogliari¹, F. Allegri¹, G. Angellotti¹, U. Pastorino², R. Boffi¹

¹SSD Pneumologia, Centro Antifumo, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT); ²SC Chirurgia Toracica, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT)

Introduzione

Le linee guida internazionali, emanate a partire dalla letteratura scientifica, identificano come più efficace per la disassuefazione tabagica un approccio integrato: trattamento farmacologico associato a *counseling* di supporto. La citisina, prodotto galenico che agisce come agonista parziale dei recettori colinergici nicotinici, rientra tra le terapie proposte per aiutare a smettere di fumare. Obiettivo di questo studio osservazionale è stato quello di verificare l'efficacia a un anno e la tollerabilità di tale farmaco all'interno di un programma di disassuefazione dal fumo in "real life".

Materiali e metodi

Lo studio osservazionale si è svolto presso il Centro Antifumo, dove sono state analizzate le cartelle dei fumatori ai quali è stata somministrata citisina (cps da 1,5 mg) come trattamento antitabagico seguendo lo schema posologico di 40 giorni e con un *follow-up* di almeno 12 mesi. Hanno risposto positivamente ai criteri di inclusione 120 fumatori (61 donne e 59 uomini) con i seguenti parametri medi: 55 anni d'età, 20 sig/die da 36 anni, 36,7 pack-year, CO al *baseline* di 22 ppm, Test di Fagerström di 5 e Mondor di 13. Fumatori che sono stati periodicamente seguiti durante tutto il percorso di disassuefazione fino a un anno dallo stop al fumo tramite un servizio di *counseling* telefonico. L'approccio integrato (citisina + *counseling*) si è rivelato fondamentale in termini di aderenza al trattamento e conseguente efficacia della terapia antitabagica.

Risultati

Durante i controlli al *follow-up*, rispettivamente a 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi, le percentuali di cessazione, verificate sempre con la misurazione del CO esalato, sono risultate le seguenti: a 3 mesi il 59,2% dei pazienti ha smesso di fumare (71 pazienti), a 6 mesi il 51,7% dei pazienti ha proseguito con successo lo stop al fumo (62 pazienti) e a 12 mesi il 46,7% dei pazienti ha mantenuto l'astensione per un anno (56 pazienti). I tassi di insuccesso, invece, corrispondono al 27,5% (33 pazienti), i quali non hanno smesso di fumare in seguito all'assunzione della terapia valutando la citisina come poco efficace sul controllo del desiderio di fumare. La maggior parte di loro (24 pazienti), seppur non raggiungendo lo stop al fumo, ha raggiunto una riduzione del numero di sigarette $\geq 50\%$. Per quanto riguarda la valutazione degli effetti avversi, dalla documentazione clinica analizzata è emerso che, su un totale di 120 pazienti, 81 non hanno manifestato l'insorgenza di effetti collaterali e hanno ben tollerato il farmaco per tutta la durata del trattamento, mentre 39 pazienti hanno riportato uno o più effetti avversi e 11 pazienti di questi hanno sospeso definitivamente la terapia a causa loro. Nello specifico, il 9,2% ha manifestato nausea, il 7,5% gastralgia e/o gonfiore addominale, il 5,8% aumento dell'appetito e altrettanti spossatezza/sonnolenza, il 5% stipsi e sempre il 5% depressione umorale, il 3,3% emicrania e nella stessa percentuale insonnia, il 2,5% un'alterazione dell'attività onirica, l'1,7% secchez-

za delle fauci e lo 0,8% vertigini/confusione e irritabilità. Il 6,7% ha riportato altre tipologie di effetti avversi tra cui: aumento importante dei valori pressori (2 pazienti), tachicardia/cardiopalmo (1 paziente), vampate notturne (1 paziente), calo moderato dei valori pressori (1 paziente), ponfi pruriginosi (1 paziente), poliuria (1 paziente), crisi di artrite acuta alle mani (1 paziente).

Conclusioni

L'ottima percentuale di cessazione a 12 mesi (46,7%) risente anche dell'integrazione con il supporto psicologico-comportamentale che ogni fumatore ha ricevuto durante l'intero suo percorso di disassuefazione. Grazie al trattamento farmacologico e al *counseling* telefonico, il desiderio compulsivo (*craving*) e i sintomi dell'astinenza da fumo si sono ridotti in modo significativo, limitando in tal modo il rischio di possibili ricadute. Gli effetti avversi maggiormente riscontrati, invece, consistevano perlopiù in disturbi gastrointestinali, quali nausea, gastralgia e gonfiore addominale. La maggior parte di questi era di grado lieve-moderato e non ha influito in modo negativo sull'andamento della terapia. In generale, si è verificata una buona aderenza al trattamento farmacologico e anche tutti quei pazienti già in politerapia hanno dimostrato un'ottima *compliance*. Il nostro studio sottolinea l'importanza di questo tipo di interventi, ancora troppo spesso sottovalutati, che però come si è visto possono incidere molto positivamente sulla salute delle persone, migliorando così la qualità della vita.



Il rischio di tumore del tratto digerente associato al fumo di sigaretta

A. Lugo

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

Introduzione

Ogni anno si stima che in Italia vengano registrati quasi 100.000 nuovi casi e più di 50.000 decessi per neoplasie del tratto digerente (escludendo le vie aerodigestive superiori). Sebbene ognuna di queste neoplasie abbia degli specifici fattori eziologici, il fumo di sigaretta costituisce un principale fattore di rischio per la maggior parte dei tumori dell'apparato digerente.

L'obiettivo di questo studio è quello di fornire la stima più accurata e aggiornata dell'entità dell'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di tumore del pancreas, dello stomaco, del colon-retto e della cistifellea.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto alcune revisioni sistematiche e metanalisi utilizzando una metodologia innovativa che combina una revisione a ombrello e una revisione sistematica tradizionale, includendo 78 articoli

originali sul tumore del pancreas, 161 sul tumore dello stomaco, 188 sul tumore del colon-retto e 20 sul tumore della cistifellea. Abbiamo calcolato le stime aggregate del rischio relativo (RR) utilizzando modelli metanalitici a effetti casuali.

Risultati

Il RR per i fumatori rispetto ai non fumatori di tumore del pancreas è 1,82 (intervallo di confidenza al 95%, IC al 95%: 1,73-1,93), quello di tumore dello stomaco è 1,50 (IC al 95%: 1,43-1,56), quello di tumore della cistifellea è 1,33 (IC al 95%: 1,17-1,51) e quello di tumore del colon-retto è 1,14 (IC al 95%: 1,10-1,18). Per quanto riguarda gli ex-fumatori, abbiamo osservato un aumento del rischio del tumore del pancreas (RR: 1,17; IC al 95%: 1,11-1,23), dello stomaco (RR: 1,32; IC al 95%: 1,26-1,39) e del colon-retto (RR: 1,17; IC al 95%: 1,15-1,20), mentre non abbiamo trovato

un'associazione statisticamente significativa per il tumore della cistifellea (RR: 1,07; 95% CI: 0,94-1,23).

Conclusioni

Le revisioni sistematiche e metanalisi descritte forniscono le evidenze più aggiornate, complete e accurate sull'associazione tra fumo di sigaretta e rischio di tumore dello stomaco, pancreas, colon-retto e cistifellea. Complessivamente, abbiamo osservato che il fumo di sigaretta porta a un aumento del rischio di tutti e quattro i tumori dell'apparato digerente considerati, con alcune differenze riguardo l'entità dell'associazione. Questi studi evidenziano l'importanza di evitare il fumo di sigaretta per prevenire lo sviluppo di queste neoplasie frequenti e letali. È inoltre essenziale promuovere la cessazione del fumo di sigaretta in Italia, un paese in cui la prevalenza di fumatori supera ancora il 20%.



Un'affordance verso il cambiamento: efficacia e sicurezza della sigaretta elettronica come device di supporto alla sospensione in fumatori arruolati in percorsi di screening per l'individuazione precoce del tumore al polmone

M. Masiero^{1,3}, C. Lucchiari², K. Mazzocco^{3,4}, G. Veronesi⁵, P. Maisonneuve⁶, C. Jemos⁷, E. Omodeo Salè⁷, S. Spina⁵, R. Bertolotti⁸, G. Pravettoni^{3,4}

¹Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Milan, Italy; ²Department of Philosophy, University of Milan, Milan, Italy; ³Applied Research Division for Cognitive and Psychological Science, European Institute of Oncology, IRCCS, Milan, Italy; ⁴Department of Oncology and Hemato-Oncology, University of Milan, Milan, Italy; ⁵Humanitas Research Hospital, Division of Thoracic and General Surgery, Milan, Italy; ⁶European Institute of Oncology, Division of Epidemiology and Biostatistics, Milan, Italy; ⁷European Institute of Oncology, Division of Pharmacy, Milan, Italy; ⁸Division of Thoracic Surgery, European Institute of Oncology, Milan, Italy

Introduzione

La recente diffusione della sigaretta elettronica ha posto la comunità scientifica dinanzi alla necessità di sviluppare ricerche di ampio respiro, in grado di testare sia l'efficacia nel supportare il processo di sospensione sia la sicurezza in termini di sa-

lute nel breve e lungo periodo. In particolare, la questione è di cruciale importanza per i fumatori appartenenti a popolazioni ad alto rischio, come quelli arruolati in percorsi di screening per l'individuazione precoce del tumore al polmone.

In questo quadro, l'obiettivo primario del presente studio è stato quello di valutare l'impatto di un programma basato sull'uso della sigaretta elettronica sulla funzionalità polmonare e respiratoria, misurata in termini di riduzione del catarro, della tosse e dell'affanno, all'interno del pro-

gramma di *screening* COSMOS II (*Continuous Observation of SMOKing Subjects*). Secondariamente, si è voluta misurare l'efficacia della sigaretta elettronica nel favorire l'astinenza e la riduzione del numero di sigarette fumate.

Materiali e metodi

Lo studio, randomizzato e controllato, è stato condotto presso l'Istituto Europeo di Oncologia dove sono stati arruolati 210 forti fumatori [numero di sigarette giornaliere 19,38 (ds = 7,84); 132 uomini e 78 donne; età media 62,8 anni (ds = 4,58)] e suddivisi rispettivamente in tre gruppi: gruppo con sigaretta elettronica con nicotina (8 mg/ml nicotina); gruppo con sigaretta elettronica senza nicotina; gruppo di controllo.

Tutti i partecipanti hanno ricevuto supporto psicologico telefonico a bassa intensità alle settimane 1°, 4°, 8° e 12°. Alla valutazione basale e nei successivi *follow-up* (6 mesi e 1 anno), ogni partecipante ha compilato una batteria di questionari finalizzati alla profilazione psicologica, all'identificazione del livello di dipendenza e della motivazione a sospendere il fumo di sigaretta

e al monitoraggio del benessere psico-emotivo. Il protocollo completo dello studio è stato approvato come *clinical trial* (identificativo NCT02422914) e pubblicato altrove (Lucchiari et al., 2016).

Risultati

A oggi sono stati analizzati e pubblicati i risultati osservati, rispettivamente a 3 e a 6 mesi (Masiero et al., 2018; Lucchiari et al., *in press*). Alla valutazione a 3 mesi i fumatori che hanno utilizzato la sigaretta elettronica, con e senza nicotina, hanno riportato complessivamente una riduzione nel numero medio di sigarette fumate giornalmente maggiore rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,05$), a cui si associa una riduzione della tosse (21,5%), del catarro (18,5%), e un miglioramento globale della funzionalità respiratoria percepita (14,5%). A 6 mesi, la sigaretta elettronica si è dimostrata efficace nel mantenimento della riduzione, ma con differenze tra sigaretta elettronica con nicotina, gruppo placebo e controllo. Infatti, i fumatori che hanno usato la sigaretta elettronica con nicotina hanno riportato di fumare in media meno sigarette rispetto

agli altri gruppi ($p < 0,020$). Gli ex-fumatori hanno riportato un miglioramento dell'ansia rispetto ai valori basali ($p < 0,007$) e punteggi più elevati nel benessere psico-fisico generale misurato attraverso la scala di misurazione della qualità della vita associata alla tosse (LCQ; $p < 0,001$).

Conclusioni

Dopo sei mesi dall'inizio dello studio, circa il 95% dei partecipanti ha ridotto il numero di sigarette giornaliere, riportando importanti benefici complessivi a livello della funzionalità respiratoria generale percepita. Rispetto ai rischi per la salute il nostro studio non ha evidenziato eventi avversi gravi direttamente collegati all'uso della sigaretta elettronica. Gli effetti collaterali riportati sono stati tollerati senza particolari difficoltà dai partecipanti. Tuttavia, ulteriori studi sono necessari per comprendere meglio l'impatto della sigaretta elettronica e dei liquidi utilizzati sulla salute dei fumatori in contesti naturali, non soggetti cioè allo stretto monitoraggio che caratterizza gli studi clinici.

Sigarette, HTPS ed e-cig: un confronto tra le sostanze dannose generate

C. Veronese, A. Borgini, A. A. Ruprecht, A. Tittarelli, C. De Marco, R. Boffi

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Introduzione

La crescente popolarità delle *e-cigarettes* e dei cosiddetti HTPs (*heated tobacco products*) come alternativa alle sigarette tradizionali e la loro grande eterogeneità rendono sempre più necessari studi che abbiano come focus l'analisi delle emissioni prodotte da tali dispositivi con relativa valutazione sui potenziali rischi per la salute degli utilizzatori soprattutto in termini di particolato (PM) e *black carbon* (BC).

Materiali e metodi

Il PM 10, il PM2.5 e il PM 1 sono stati misurati utilizzando il modello

pre-calibrato Aerocet 531. Le particelle submicrometriche sono state misurate attraverso un contatore di particelle modello profiler 212-2 a 8 canali. Il BC è stato misurato utilizzando il modello AE31 di Magee Scientific. Le misurazioni sono state eseguite all'interno del nostro laboratorio in presenza di un volontario sano, fumatore, e di due ricercatori. La strumentazione presente all'esterno del laboratorio garantisce la rilevazione del *background* urbano. Il confronto è stato eseguito tra sigaretta tradizionale, IQOS, GLO, *e-cig* Ovale, *e-cig* JustFog e JUUL.

Risultati

Il BC presente in notevole quantità nel fumo di tabacco, è stato rilevato, seppure in minor misura, nel fumo freddo delle IQOS ma non sembra essere presente in quello delle GLO. Inoltre, è confermata la mancata produzione di BC dalle sigarette elettroniche. In termini di numero di particelle submicrometriche GLO, JustFog e JUUL sembrerebbero produrne una quantità minore delle sigarette tradizionali ma maggiore rispetto alle IQOS. I valori riportati per il n° di particelle con $PM > 1,0$ risultano contrastanti con le altre misurazione effettuate

e per tale motivo saranno necessarie altre misurazioni e ulteriori approfondimenti. In termini di massa il particolato prodotto da JustFog e JUUL risulterebbe inferiore a quello prodotto dalle sigarette tradizionali ma superiore rispetto a quelli generati dai riscaldatori di tabacco. Entrambi i dispositivi elettronici in termini numerici tra tutte le classi dimensionali rilevate emettono in maggior quantità le particelle più fini in grado di oltrepassare gli alveoli e raggiungere il circolo sistemico.

Conclusioni

I risultati indicano come i dispositivi HTPs e le e-cig producano una sostanziale riduzione delle emissioni rispetto alle sigarette tradizionali. La presenza di BC nelle IQOS e di PM fine e ultrafine anche negli altri dispositivi pone comunque l'attenzione sulla mancanza di divieti sul loro utilizzo nei luoghi chiusi. Nonostante i test suggeriscano che le e-cig e gli HTPs producano un livello inferiore di emissioni di particolato e di BC, solo col

tempo potremo dire se la riduzione di queste sostanze si traduce in una reale riduzione del danno per i fumatori. Inoltre, la presenza di particelle submicrometriche nel vapore pone l'attenzione sulla possibilità che i danni provocati dal loro utilizzo non siano solo prettamente respiratori ma anche cardiovascolari; per questo motivo ci sembra più corretto parlare di "harm modification" e non di "harm reduction".

Progetto di sensibilizzazione e intervento sul fumo attivo e passivo in gravidanza

E. Munarini, R. Boffi, F. Allegri

Tobacco Control Unit, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Introduzione

In Italia la mortalità e l'incidenza di carcinoma polmonare, una delle principali patologie fumo-correlate, sono in calo tra gli uomini, ma in aumento tra le donne, per le quali questa patologia ha superato il tumore allo stomaco, divenendo la terza causa di morte per neoplasia, dopo il tumore al seno e al colon-retto. Oltre alle patologie oncologiche, il fumo è per la donna un fattore di rischio per molteplici problematiche come l'osteoporosi, la menopausa anticipata, la riduzione della fertilità. Da queste considerazioni e dall'interesse per la prevenzione delle malattie fumo correlate dell'associazione Salute Donna Onlus, è nata questa iniziativa il cui fulcro è la collaborazione tra due importanti realtà milanesi: il Centro Antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori e il Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni-ASST Fatebenefratelli Sacco che, con la sua specificità di utenti donne, giovani e in un momento di particolare sensibilità come la ricerca di una gravidanza o il suo svolgersi, è apparso il contesto ideale per attivare un progetto di prevenzione antifumo.

Materiali e metodi

Fase 1

- Incontri iniziali con i referenti dei principali settori sanitari del Presidio per definire le fasi di avviamento del progetto. Le figure coinvolte sono state il Responsabile della Ginecologia, il Direttore Medico e la Responsabile delle Ostetriche.
- Avvio di attività informative e di sensibilizzazione:
 - Incontri sull'allattamento in cui un'ostetrica esperta illustra modalità, tempi, aspetto fisico e psicologico dell'allattamento (ogni 3 settimane).
 - Incontri "Parti con noi" in cui diverse figure sanitarie (ginecologo, anestesista, ostetrica, neonatologa, pediatra) presentano i diversi servizi ambulatoriali e di degenza (mensili).

In entrambi i contesti l'intervento antifumo e di presentazione del progetto è avvenuto con un intervento di circa 20 minuti che vede alternarsi una presentazione con slide e l'interazione con i presenti. I messaggi sono stati tarati sui danni del fumo attivo e passivo in gra-

vidanza, allattamento e sul neonato; particolare attenzione è stata poi dedicata al tema delle sigarette elettroniche di vecchia e nuova generazione e alla prevenzione delle ricadute nelle donne che hanno già smesso da sole. Per queste ultime è stata data la possibilità di entrare in un programma di *follow-up*. Al termine di ogni incontro per gli interessati era possibile avere informazioni e prendere contatti per iniziare il percorso sul fumo.

Fase 2

Nell'aprile 2019 è stato diffuso il materiale informativo cartaceo composto da poster e brochure informative consegnate agli specialisti di diversi ambulatori e reparti perché a un invito del medico allo smettere di fumare, seguisse subito l'offerta di invio a questo servizio. Da giugno 2019 per agevolare l'accesso all'iniziativa, è stato avviato uno sportello antifumo psicologico settimanale all'interno dell'Ospedale Melloni. I fumatori/fumatrici che afferiscono a questo servizio effettuano una valutazione iniziale che prevede la somministrazione

di un questionario per la dipendenza fisica, uno per la motivazione a smettere e la misurazione del monossido di carbonio. Si svolge poi un colloquio per l'ascolto delle esigenze del fumatore e la proposta di un percorso antifumo. Qualora ci sia la necessità di un supporto medico per la prescrizione di farmaci antifumo viene organizzata una consulenza medica presso il Centro Antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori. Gli invii a questo servizio avvengono sia a partire dagli incontri di sensibilizzazione sia dai ginecologi e dagli altri specialisti venuti a conoscenza dell'iniziativa.

Risultati

Gli incontri sull'allattamento e "Parti con noi" in cui è stata fatta sensibilizzazione e presentazione del progetto sono stati 16, per un totale di circa 650 partecipanti. Tra questi 41 hanno voluto informazioni e misura CO, mentre 15 donne hanno fatto richiesta di entrare nel programma di *follow-up* per evitare la ricaduta. Ad oggi sono 18 le persone che hanno intrapreso un percorso di cessazione di cui 11 donne e 7 uomini.

Conclusioni

Questo progetto tocca una serie di livelli diversi e potenzialmente

fruttuosi per la lotta al tabagismo: la collaborazione tra strutture sanitarie profondamente diverse come l'Istituto dei Tumori, l'associazione di pazienti Salute Donna Onlus e l'Ospedale Materno Infantile Melloni, dove quest'ultimo era privo di un'attività antifumo; un lavoro di prevenzione focalizzato sulle donne, ma anche sui loro conviventi e, attraverso le informazioni sul fumo passivo, anche sulla tutela di non fumatori e minori. Il prossimo passo sarà quello di organizzare eventi di formazione in Melloni così da rendere sempre più efficace il personale sanitario nel *Minimal Advice* e quindi negli invii all'ambulatorio antifumo.

Conseguenze del consumo di sigaretta elettronica sullo stato di fumo in Italia nel 2019

X. Liu

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

Introduzione

La sigaretta elettronica riscalda un liquido per generare un vapore che generalmente contiene nicotina e sostanze aromatizzate disciolte in glicole propilenico e/o glicerina. Ancora poche informazioni sono disponibili sulle sigarette elettroniche, compresa la sua efficacia come strumento per smettere di fumare.

Materiali e metodi

Uno studio trasversale sul fumo e sull'uso di sigarette elettroniche viene condotto annualmente in Italia. Questa indagine "faccia a faccia" coinvolge circa 3.000 soggetti ogni anno, rappresentativi della popolazione generale italiana ≥ 15 anni in termini di sesso, età, area geografica e caratteristiche socio-economiche. Nel 2019, una sezione del questionario era dedicata alla conseguenza dell'uso di sigarette elettroniche.

Risultati

Nel 2019, lo 1,7% degli Italiani usava sigaretta elettronica. Tra i 157 consumatori che hanno fornito informazione sulle conseguenze dell'uso della sigaretta elettronica sulle loro abitudini di fumo: il 14,0% (IC al 95%: 8,6%-19,4%; $n = 22$) ha riferito di aver smesso di fumare, modificando il proprio stato di fumo da fumatore a ex-fumatore; il 59,9% (IC al 95%: 52,2%-67,5%; $n = 94$) non ha modificato l'abitudine di fumo, e il 26,1% (IC al 95%: 19,2%-33,0%; $n = 41$) ha riferito di aver iniziato o (re)iniziato a fumare sigarette tradizionali, cambiando il proprio stato di fumo da non fumatore (mai o ex) a fumatore.

Conclusioni

Tra i consumatori italiani di sigarette elettroniche, coloro che (re)iniziano a fumare dopo aver usato le sigarette elettroniche superano quelli che smettono di fumare gra-

zie alle sigarette elettroniche. Dal punto di vista di salute pubblica, le sigarette elettroniche in Italia hanno avuto un effetto complessivo altamente sfavorevole.



L'importanza del supporto gestuale nella terapia per la disassuefazione da fumo. Una prima esperienza

L. Morbioli¹, S. Carli², L. Zamboni², F. Centoni³, R. Giordano²

¹Medico Chirurgo, Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona; ²Psy, Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona; ³Studente in Psicologia presso l'Università degli Studi di Padova, tirocinante presso Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Introduzione

Nonostante le possibilità di trattamento e le campagne di prevenzione, la dipendenza da nicotina è ancora la prima causa di morte prevenibile al mondo, con 70.000-83.000 morti solo in Italia.

Pertanto, è necessario che i servizi specialistici si impegnino a migliorare l'efficacia del trattamento, considerando non solo la dimensione neurochimica ma anche altri aspetti associati al tabagismo. Uno di questi è la gestualità.

Nei fumatori, la regione fronto-parietale si attiva quando i soggetti osservano in una scena, imitano l'atto del fumare o anche solo lo pianificano, indicando come i fumatori possano essere ostacolati

nell'astensione dalla rappresentazione spontanea della gestualità.

Materiali e metodi

L'obiettivo del presente studio è di valutare l'efficacia e l'apprezzabilità dei prodotti presenti in commercio, su cui ci sono ancora pochissime pubblicazioni. Sono stati arruolati 79 pazienti che si sono rivolti al Servizio di Medicina delle Dipendenze di Verona per smettere di fumare e a cui è stata prescritta una terapia antiastinenziale in associazione alle Nirdosh® (da usare solo nei momenti di maggior craving) e a colloqui medici e psicologici.

Risultati

Il follow-up telefonico a 6 mesi di distanza ha mostrato che circa

due terzi dei pazienti hanno utilizzato le Nirdosh® come supporto gestuale, per un tempo medio di 1,22 mesi; solo un soggetto (1,36%) ha dichiarato di aver avuto difficoltà a cessarne il consumo. L'utilità percepita riguarda non solo la gestualità in sé ma anche una maggior gestione del craving e delle emozioni.

Conclusioni

I pazienti stessi sono consapevoli dell'importanza della componente gestuale in un percorso di disassuefazione dal tabacco e sarebbe fondamentale che gli operatori studiassero di più questo aspetto per facilitare la cessazione e prevenire la ricaduta.

ACQUISTA
UNA COPIA



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

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

PAOLO PALANGE

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

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

sintex
EDITORIA

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

SEGUICI SU   

Comunicazioni libere

Spiagge libere dal fumo: il contributo del Centro Antifumo della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori per Bibione

C. De Marco¹, A.A. Ruprecht¹, P. Codognotto², R. Boffi¹

¹Tobacco Control Unit, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ²Sindaco del Comune di San Michele al Tagliamento (VE)

Introduzione

Bibione è una destinazione balneare molto frequentata dagli italiani e da un gran numero di turisti provenienti da molte parti dell'Europa. "Respira il mare" è stata la prima iniziativa presa da un Comune italiano e una delle poche in Europa con lo scopo di vietare il fumo di tabacco sulle spiagge. Nonostante le evidenze dell'effetto dannoso del fumo attivo e passivo sulla salute, quasi un italiano su quattro fuma ancora, esponendo così i non fumatori alle sostanze tossiche in esso contenute.

Uno studio preliminare condotto nel 2014 dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano aveva rilevato che l'esposizione al fumo passivo sulla spiaggia, per persone sottovento a fumatori, può raggiungere valori d'inquinamento comparabili a quelli misurati nella rotonda di ingresso a Bibione e generati dal traffico. Anche se di breve durata, questi picchi possono essere estremamente elevati e frequenti su spiagge affollate, presentando un grave rischio per la salute dei bambini e di soggetti particolarmente sensibili, come donne in gravidanza e asmatici. Nel 2014 il Comune di Bibione vietava il fumo lungo la battigia (lasciando la libertà di fumare tra gli ombrelloni), mentre dal 2019 ha introdotto il divieto assoluto in tutto il litorale del Comune, tranne nelle zone fumatori appositamente realizzate.

Dimostrare quindi il miglioramento della qualità dell'aria nella spiaggia di Bibione a seguito del nuovo provvedimento è stato lo scopo della nostra ricerca.

Materiali e metodi

Strumentazione

a) *Black Carbon* con il modello portatile AE51 della Aethlab di S. Francisco, in grado di valutare la componente di Carbonio Organico (Idrocarburi Policiclici Aromatici: IPA) generata dalla combustione di sigarette, misurando l'attenuazione di una radiazione ultravioletta (UV) a 370 nanometri quando attraversa il particolato (PM) accumulato su un filtro (BCUV). Lo strumento è dotato di una pompa che campiona l'aria e accumula su un filtro la componente di particolato, e un sensore che ogni secondo valuta la attenuazione della radiazione UV e la elabora per ottenere la concentrazione di IPA. È così sensibile che non appena si percepisce l'odore del "Second Hand Smoke" lo strumento mostra un picco entro un secondo.

b) Misura velocità e direzione del vento, temperatura e umidità relativa necessarie per eliminare alcune interferenze con il modello Kestrel 5500.

Procedure

a) Misure nel 2014: lungo la battigia senza fumatori con vento dal mare per stabilire il livello basale e successivamente tra gli ombrelloni, posizionando lo strumento all'altezza di circa 1,6 metri e a circa 5-10 metri sottovento a fumatori

b) Misure nel 2019: stessa procedura del 2014, ma non essendoci fumatori sotto gli ombrelloni

(salvo rarissime eccezioni) le misure sono state fatte sempre alla medesima altezza e distanza ma sottovento ai siti predisposti dal Comune per i fumatori e non tra gli ombrelloni.

Risultati e conclusioni

L'introduzione del divieto di fumo nelle spiagge ha costituito un notevolissimo miglioramento nella qualità dell'aria. Nel 2014 circa 12 persone ogni 9 ombrelloni erano esposte per circa 6 minuti ogni ora a elevate concentrazioni medie e a picchi notevoli di *Black Carbon* (6,08 e 126,58 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ rispettivamente).

Nel 2019, con l'introduzione del divieto assoluto di fumo e l'installazione dei siti per fumatori relativamente lontani dagli ombrelloni, le persone esposte sono drasticamente diminuite perché anche se il vento spira dal mare, porta il fumo di sigarette solo ai passanti sulla strada ed eventualmente ai ristoranti dove comunque si fuma. Se spira da terra, invece, non può raggiungere le ultime file degli ombrelloni, o le raggiunge estremamente diluito, visto che sono abbastanza lontane. Sotto gli ombrelloni non abbiamo notato nessun fumatore, ma abbiamo percepito solo una volta l'odore di fumo e quindi, forse, solamente una decina di persone in tutta la spiaggia sono risultate esposte; le misure effettuate sottovento alla zona fumatori appositamente creata mostrano invece picchi elevati, ma i valori di BC per fumatore risultano inferiori rispetto a quelli rilevati nel 2014.

<i>Black Carbon</i> 2014	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	<i>Black Carbon</i> 2019	$\mu\text{g}/\text{m}^3$	<i>Black Carbon</i> 2019 sotto vento zona fumatori	$\mu\text{g}/\text{m}^3$
Media per fumatore	6,08	Media spiaggia senza fumo	1,99	Media per fumatore	2,38
Media picchi per fumatore	126,58	Media picchi spiaggia senza fumo	3,4	Media picchi per fumatore	229,00

Possiamo quindi affermare che anche una persona che si metta sot-

tovento all'area fumatori, adesso è meno esposta di quella che sta-

va tra gli ombrelloni nel 2014 (vedi media per fumatore).

La percezione del fumo: cosa cambia dalla scuola primaria alla scuola secondaria di I grado

D. Bafunno, A. Catino, V. Lamorgese, G. Del Bene, V. Longo, M. Montrone, F. Pesola, P. Pizzutilo, S. Cassiano, A. Mastrandrea, D. Ricci, P. Petrillo, N. Varesano, A. Zacheo, D. Galetta

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS, Bari

Introduzione

Nel rapporto Nazionale dell'OSSFAD del 2019 emerge che il 21,8% dei giovani tra i 15-17 anni è fumatore (in modo bilanciato tra i generi), il 38% inizia a fumare prima dei 17 anni e il 10% prima dei 15 anni. Risulta importante, pertanto, monitorare i cambiamenti di atteggiamento dei giovani verso il fumo per comprendere le motivazioni che li inducono alla dipendenza tabagica. L'Istituto Oncologico IRCCS di Bari si è posto l'obiettivo di conoscere i possibili cambiamenti relativi all'atteggiamento dei ragazzi verso il fumo che avvengono nel passaggio dalla scuola primaria alla scuola media nel nostro territorio.

Materiali e metodi

Hanno partecipato alla ricerca 508 bambini frequentanti le classi 4 e 5 della scuola primaria (età media = 9 anni; bilanciati per genere). A distanza di due anni sono stati ricoinvolti gli stessi istituti comprensivi, chiedendo ai ragazzi già intervistati nei due anni precedenti, di ricompilare il questionario. In questa seconda fase della ricerca hanno partecipato 332 alunni frequentanti le scuole medie (età media = 11 anni; bilanciati per genere). Tutti i ragazzi hanno compilato nel gruppo classe il questionario anonimo "Questa non me la fumo"

(WALCE – Women Against Lung Cancer in Europe e IRCCS di Bari, 2015) quando frequentavano la scuola primaria (IV e V classe) e la recente scuola secondaria (I e II classe).

Risultati

Analizzando i risultati e confrontando le percentuali dei bambini all'età di 9 anni vs 11 anni è emersa una stabile curiosità nel provare a fumare (8,3% vs 8,7% rispettivamente), tuttavia con un aumento del numero dei compagni fumatori (5,4% vs 18%).

Rispetto alla consapevolezza della pericolosità del fumo si evidenzia con l'età una minore percezione del fumo come dannoso (98,4% vs 86%), mentre cresce la visione del tabagismo come un vizio (da 70% a 89%) e come una malattia (59% vs 62%). Inoltre aumenta la conoscenza dei danni dovuti al fumo passivo (72% vs 82%) e l'interesse verso la sigaretta come mezzo che "aiuta a dimagrire" (da 5,3% a 10,2%).

Si rileva maggiore consapevolezza dei danni specifici causati dal fumo: capelli più deboli (21% vs 39,5%), alito cattivo (77% vs 89,5%) denti gialli (72% vs 89%) e minore crescita (30% vs 49%). Con l'età inoltre i ragazzi percepiscono il fumo non più come un argomento per

soli grandi (da 65% a 50%), ma lo avvertono come tema più vicino a loro. Rimane stabile la percentuale di coloro che ritiene possibile smettere di fumare (da 75% vs 76%).

Conclusioni

Dai dati disponibili emerge la necessità di intervenire già nella scuola primaria dove è presente la curiosità verso il fumo anche se non ancora accompagnata dall'atto del fumare che invece, come atteso, aumenta già a partire dalla I e II media.

Risulta interessante la contraddizione con cui i ragazzi vivono il rapporto con la sigaretta, per cui se da un lato ne riducono la percezione di dannosità generale, dall'altro lato, chiedendo loro una maggiore specificità, ne riconoscono danni a carico di capelli, alito, denti, crescita, anche da fumo passivo. Tale risultato rispecchia la dissonanza con cui i ragazzi vivono il mondo del tabagismo, tra il desiderio di imitare i compagni fumatori e la consapevolezza dei danni da fumo a breve e lungo termine.

Infine, gli autori ribadiscono la necessità di favorire precoci percorsi di prevenzione quali efficaci modalità per fornire corrette informazioni e impostare salutari stili di vita.

La prevenzione del tabagismo nelle scuole primarie: "Questa non me la fumo" un progetto in crescita nella regione Puglia

D. Bafunno, A. Catino, V. Lamorgese, G. Del Bene, V. Longo, M. Montrone, F. Pesola, P. Pizzutilo, S. Cassiano, A. Mastrandrea, D. Ricci, P. Petrillo, N. Varesano, A. Zacheo, D. Galetta

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS, Bari

Introduzione

I dati riportati dall'OFAD nel rapporto Nazionale del 2019 rilevano che il 21,8% dei giovani tra i 15-17 anni è fumatore (in modo bilanciato tra i generi), il 38% inizia a fumare prima dei 17 anni e il 10% prima dei 15 anni.

Questi dati ammoniscono sulla necessità di attivare programmi di intervento sempre più precoci ed efficaci volti a informare i ragazzi e a incrementare le loro abilità sociali (Cavalca et al, 2012). A tal proposito l'Istituto Oncologico IRCCS di Bari ha esteso la campagna di informazione e sensibilizzazione sulla prevenzione del fumo nelle scuole primarie con il progetto "Questa non me la fumo", ideato da WALCE onlus (Women Against Lung Cancer in Europe).

Materiali e metodi

Il progetto è costituito da un kit contenente un gioco, una guida per l'insegnante, volumetti per i ragazzi e un grande volume contenente racconti, assegnato per ogni classe aderente.

Gli obiettivi del progetto sono stati: favorire una corretta conoscenza del tema fumo, promuovere uno stile di vita sano in bambini non ancora esposti al fumo ma particolarmente recettivi alle informazioni, sostenere le scuole nell'affrontare un tema ancora poco discusso in questa fascia di età, coinvolgere e responsabilizzare le famiglie.

Il programma è stato così articolato: un incontro formativo/informativo con i docenti e le famiglie a cura di un oncologo e di una psicologa; nell'ambito delle singole classi, dopo la somministrazione di un questionario per la rilevazione dell'atteggiamento dei bambini verso

il fumo, gli insegnanti hanno letto quattro storie:

1. "Il mostro Giacobfumo", che ha illustrato i componenti della sigaretta e i danni all'ambiente;
2. "Chi fa il duro è un insicuro" che ha stimolato la riflessione sulle pressioni sociali;
3. "Tutti gli odori del mondo" che ha mostrato i corretti stili di vita tra sport e tavola;
4. "Insieme per sempre" che ha presentato i danni del fumo passivo.



Infine ogni classe ha partecipato a un gioco finale per favorire una maggiore interiorizzazione dei contenuti appresi. Alle insegnanti sono stati suggeriti anche dei percorsi interdisciplinari tra fumo e materie scolastiche. Infine, è stata effettuata la risomministrazione dello stesso questionario dopo 24 mesi dal primo intervento per valutarne l'efficacia, misurata con un gruppo di controllo costituito da studenti che non hanno aderito al progetto, e per poter confrontare gli esiti finali dei questionari.

Risultati

Nel 2016 il progetto, già patrocinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha visto il coinvolgimento del comune di Bari con la partecipazione di 12 scuole e 2.510 alunni. Nell'a.s. 2016/2017 hanno aderito anche scuole della provincia di Bari, Brindisi e BAT, con il coinvolgimento di oltre 1.800 alunni provenienti da 15 Istituti scolastici. Negli anni scolastici 2017/2018 e 2018/2019 il progetto, riconosciuto per la sua validità, è stato inserito all'interno del "Piano Strategico della Promozione della Salute nelle Scuole della Regione Puglia" e dell'Ufficio Scolastico regionale e ha coinvolto tutte le scuole della Regione ottenendo ulteriori adesioni dalle province di Foggia, Taranto e Lecce con la partecipazione di oltre 4.000 alunni nell'ultimo biennio. Inoltre, sono stati impiegati altri 2.000 studenti come campione controllo, per poter valutare l'efficacia del progetto sugli oltre 8.000 alunni coinvolti.

Conclusioni

Il progetto, che ha visto il suo ampliarsi nell'ultimo triennio, continua a essere operativo nel territorio pugliese rappresentando uno strumento utile ed efficace sul tema fumo in una fascia di età così precoce. Inoltre, accogliendo le richieste degli Istituti Superiori, con la finalità di sensibilizzare e informare gli studenti sulla prevenzione e sui danni causati dal tabagismo, è stato sviluppato un nuovo progetto che coinvolge il mondo del cinema (Blaam #smoke-free movie) basato sull'assunto che la prevenzione rappresenta la più utile ed efficace modalità per favorire comportamenti adeguati e stili di vita sani.

Il contrasto del tabagismo tramite corsi di formazione ECM. Analisi di un'esperienza settennale

F. Tarantino

Centro Antifumo di Copertino-ASL Lecce, Resp. Regionale SITAB, Psicologo Psicoterapeuta

Introduzione

Le strategie di contrasto del tabagismo sono varie: dalle leggi anti-fumo ai trattamenti terapeutici indicati nelle Linee guida Antifumo Nazionali e Internazionali. La lotta al fumo, in progressiva espansione negli ambienti sanitari, è attuata con diverse modalità ma con risultati non univoci poiché manca uno studio sistematico sull'efficacia degli interventi. Il presente "studio sul campo", di carattere propedeutico, evidenzia come il contrasto del tabagismo negli operatori sanitari, in un'Azienda Sanitaria Locale tramite specifici corsi ECM, con *counseling*, riduca il numero dei fumatori nel relativo personale e accresca la domanda di richiesta di cure da parte dell'utenza. Questo studio, svolto in circa sette anni di attività, è stato preceduto da un'indagine sul personale dell'ASL in cui si è evidenziata la quantità dei fumatori e, nello stesso tempo, la richiesta di aiuto per la *smoking cessation*. Sono stati proprio i risultati di questa indagine a spingere verso un'azione di contrasto del fumo, nel personale dell'ASL, con diverse iniziative tra cui anche specifici corsi ECM svolti sotto la responsabilità scientifica dell'autore di questo abstract.

Materiali e metodi

La ricerca si è svolta in due parti. Nella prima parte si è effettuato uno studio per evidenziare le caratteristiche dei fumatori in un'ASL, insieme alle motivazioni per smettere di fumare, tramite un questionario appositamente costruito e somministrato su un campione di 400 operatori sanitari. Nella seconda parte della ricerca sono stati esaminati n. 385 (113 maschi, 272 femmine) dipendenti ASL, con età compresa tra i 40 e 67 anni (età media 53,5), che hanno frequentato 13 corsi ECM in sette anni. I parteci-

panti ai corsi sono così distribuiti: infermieri (66,7%), medici (23,7%), operatori del ruolo sanitario (8%), personale non sanitario e addetto alla vigilanza del divieto del fumo (1,6%). I fumatori sono 82 (21,2%). I corsi ECM, della durata media di circa otto ore, hanno incluso tre sezioni: la prima è stata rivolta ai danni del fumo di tabacco e alle leggi antifumo con particolare riferimento agli ambienti sanitari, la seconda agli interventi del Centro Antifumo, mentre la terza sezione è stata dedicata al *counseling* con una dimostrazione pratica su tre fumatori, partecipanti ai corsi ECM, in sintonia con le Linee guida Antifumo. Tale intervento ha incluso l'individuazione dello stato motivazionale secondo il modello Prochaska-Di Clemente, la somministrazione del *Nicotine Addiction Test* (Fagerström), per la valutazione della dipendenza nicotina, e del test VAS (*Visual Addiction Scale*) per valutare l'intensità del *craving*. Si è effettuato un *follow-up*, con la misurazione del Monossido di Carbonio, nel corso del primo anno.

Risultati

Nello studio, che ha avviato la ricerca, è emerso che i fumatori in totale sono circa il 21% (M = 22%, F = 20%) con una prevalenza di fumatori, di circa 4 punti in percentuale, nei presidi ospedalieri rispetto a quelli territoriali. Il 20% degli intervistati è disposto a fare un tentativo a smettere di fumare con l'ausilio del Centro Antifumo indicando come terapia: A) psicologica (30%), B) di gruppo (20%), C) integrata (20%), D) alternativa come l'ipnosi (19%), E) solo farmacologica (11%). La percezione degli intervistati della *smoking cessation*, solo in parte, tiene conto delle evidenze scientifiche. Inoltre il 43% degli operatori sanitari intervistati ritiene che il loro esempio induca i colleghi a tentare di smettere di fumare, mentre il

32% pensa che il loro esempio stimoli i loro pazienti a cessare di fumare, infine il 25% degli intervistati crede che l'apprendimento del *counseling* antifumo diminuisca il numero dei tabagisti. Per quanto concerne i risultati, circa il 10% ha smesso di fumare. Si tratta dei fumatori che soprattutto hanno usufruito del *counseling*. Inoltre, il 15% dei fumatori partecipanti ai corsi ECM si è rivolto al Centro Antifumo per essere preso in carico. Ciò ha evidenziato l'azione di sensibilizzazione dei corsi stessi ma anche l'azione di stimolo dei fumatori, che si sono sottoposti al *counseling*, in quanto modelli positivi da seguire (*peer education*). Il successivo monitoraggio dei risultati, durante il primo anno, ha confermato la positività dei risultati raggiunti.

Conclusioni

Questo studio, nato per sensibilizzare il personale di una ASL al contrasto del fumo di tabacco, contiene un importante valore aggiunto che induce lo stesso personale dell'ASL a smettere di fumare stimolando, nello stesso tempo, i colleghi e utenti fumatori a rivolgersi al Centro Antifumo. Questa esperienza mette in risalto come i corsi ECM (che includono un *counseling* secondo le Linee guida Antifumo) contrastino il tabagismo, raddoppiando il numero dei fumatori che smettono di fumare spontaneamente, senza supporto. Questi fumatori sono stimati sino al massimo del 5%, come riportato nel DSM-5 del 2014. I risultati del presente studio sul campo sono incoraggianti ma necessitano di ulteriori ricerche sperimentali e spingono, in prospettiva, verso due azioni: 1) un'indagine longitudinale (*follow-up*) per valutare gli effetti degli interventi svolti entro i cinque anni, 2) l'implementazione di progetti, rivolti ai presidi territoriali e ospedalieri, per liberare gli ambienti sanitari dal fumo.

Percorso strutturato integrato per il paziente fumatore in Riabilitazione Cardiologica dell'AOU di Novara: avvio di un'esperienza pilota

S. Beltrami¹, E. Percio², M. Beccaria¹, M. Vellata²

¹S. Psicologia Clinica, AOU "Maggiore della Carità", Novara; ²S. Cardiologia Galliate, AOU "Maggiore della Carità", Novara

Introduzione

Il fumo rappresenta la causa di una miriade di patologie ed è responsabile del 50% di tutti i decessi evitabili nei fumatori, di cui la metà sono di natura cardiovascolare (CV). Il fumare aumenta del 100% il rischio di coronaropatia e il persistere anche dopo un evento CV comporta un rischio di 2,5 volte più alto per un nuovo episodio coronarico. La cessazione del fumo rappresenta quindi la chiave di svolta per migliorare la prognosi.

Materiali e metodi

La prassi dedicata al paziente fumatore affetto da malattia CV in AOU prevede: il *minimal advise* (fase acuta) e le raccomandazioni medico/infermieristiche con incontro psico-educativo (fase di riabilitazione). Il recente avvio (giugno u.s.) di percorso integrato ha previsto le seguenti fasi:

1. Controllo cardiologico (a 1 mese dal termine della riabilitazione): valutazione dell'uso di tabacco e della motivazione (t0) con raccomandazione;
2. *Follow-up* telefonico (a 1 mese dal controllo): rivalutazione (t1) con *counseling*;

3. Intervento motivazionale di gruppo (3 sedute);

4. Contatto telefonico (dopo 1 settimana): rivalutazione (t2) e invio al Servizio territoriale per tabagismo.

Risultati

I 60 pazienti reclutati in 3 mesi hanno le seguenti caratteristiche prevalenti: M = 76,06%; Età M = 54,66; Scolarità: 13aa (48,3%); Stato civile: cog. 66,7%, single/vedovo: 33,3%; Attività lavorativa: occupato 65%. Le valutazioni t0 e t1 attestano risultati stabili di consumo e motivazione (Fagerström: t0 = 4,7 t1 = 3,6; Motivazione: t0 = 9,95 t1 = 11,86) seppur al *follow-up* tel. (t1) si registrano alcune variazioni relative all'impellenza di consumo mattutino (entro 5 min: t0 = 26,6% t1 = 6,6%) o se malati (t0 = 40% t1 = 21,7%) con una diminuzione nel non essere determinati a smettere (t0 = 60% t1 = 23,4%) o esserlo perché spinti da altri (t0=15% t1=5%) e un aumento della consapevolezza dell'aver già avuto una malattia fumo-correlata (t0 = 26,6% t1 = 45%). Il contatto telefonico a intervento motivazionale concluso (2 gruppi, tot di 15 pz.) attesta una riduzione

del consumo (Fagerström: t0 = 4,2 t1 = 2,53 t2=0,93; 4 pz. non fumano; 11 pz. fumano meno di 10 sig/die) e un aumento della motivazione (t0 = 10,4 t1 = 12,6 t2 = 15,93). Analoghi risultati indicativi di miglioramento si riscontrano circa l'impellenza di consumo e la determinazione in prima persona a smettere.

Conclusioni

L'esperienza di degenza e di riabilitazione appare sostenere il paziente nell'astenersi a fumare. Il recupero delle buone condizioni unitamente al ritorno alla quotidianità sembrano, al contrario, favorire la ripresa dell'abitudine (attestata dalla valutazione in sede di controllo cardiologico-t0) e il suo mantenimento stabile (riscontrato al *follow-up* telefonico-t1). Gli interventi di raccomandazione e di *counseling* individuale mostrano tuttavia una validità in termini di *setting* empatico capace di generare la disponibilità del paziente a partecipare all'intervento motivazionale di gruppo, i cui dati preliminari (t2) attestano una riduzione del consumo, un aumento della motivazione e una accettazione all'invio al Servizio specialistico per il tabagismo.

Fumo di sigaretta e alessitimia: una revisione sistematica

M. Scipioni^{1,2}, C. Conti¹, C. Franchella²

¹Dipartimento di Scienze Psicologiche della Salute e del Territorio, Università "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara; ²Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – LILT Sez. Prov.le di Campobasso

Introduzione

L'alessitimia è un tratto di personalità caratterizzato da deficit nella consapevolezza soggettiva, nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni. Presumendo che tali caratteristiche possano fungere da fattori prognostici negativi o di vulnerabilità per il consumo di sigarette e la dipendenza da nico-

tina, abbiamo effettuato una revisione sistematica della letteratura sul rapporto tra alessitimia e comportamento tabagico fornendo una sintesi qualitativa dei dati degli studi.

Materiali e metodi

La ricerca degli articoli è stata condotta nel mese di luglio 2019 secondo le Linee guida PRISMA sui database PubMed, Scopus, ScienceDi-

rect, ISI Web of Science, PsycINFO e Google Scholar, utilizzando la seguente stringa di ricerca booleana: ("smok*" OR "cigar*" OR "nicotine" OR "tobacco") AND "alexithym*" [Title/Abstract]. Gli articoli ammissibili comprendevano tutti i documenti che riportavano dati sulla presenza di tratti alessitimici in fumatori adulti.

Risultati

La ricerca iniziale ha identificato 212 citazioni. 21 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione predefiniti e sono stati analizzati. Sebbene risultino correlazioni prevalentemente positive tra i livelli di alestitimia e il consumo di sigarette o la gravità della dipendenza da nicotina, in particolare nelle ricerche condotte su campioni di popolazione generale e di fumatori afferenti ai servizi per la cessazione, la direzionalità di tali associazioni non è stata coerente in tutti i lavori esaminati. L'alestitimia è risultata, inoltre, positivamente correlata al *craving* per il tabacco e al rischio di ricaduta. Tuttavia, i dati sull'associa-

zione tra lo status di fumatore o il grado di dipendenza da nicotina e l'alestitimia non sono risultati statisticamente significativi in un numero cospicuo di studi, specialmente quando sono rilevati in campioni di pazienti con patologie croniche di salute fisica o mentale.

Conclusioni

Questo studio ha esaminato l'alestitimia in relazione al comportamento tabagico e al disturbo da uso di tabacco, considerando il suo ruolo potenziale nell'esordio, nel mantenimento e nel trattamento di queste condizioni. Le ricerche condotte fino a oggi sulla possibile associazione tra fumo di sigaretta e

alestitimia hanno prodotto risultati contrastanti. Tuttavia, gli studi di *neuroimaging* potrebbero contribuire a far luce sulle modalità con cui i tratti alestitimici sembrano impattare su alcune caratteristiche e sintomi connessi al fumare, fra cui il *craving*, in pazienti dipendenti da nicotina. Ulteriori ricerche dovrebbero approfondire la conoscenza sulle caratteristiche di personalità determinanti per la realizzazione di interventi di cessazione personalizzati ed efficaci, chiarendo se, e in quali condizioni, l'alestitimia possa rappresentare un fattore predisponente al tabagismo o in grado di influenzare il coinvolgimento del fumatore nei tentativi di cessazione e l'esito di questi.

Confronto delle modalità di trattamenti per la disassuefazione tabagica, impiegati presso l'ASST di Lecco

G. Zelano, E. Zanetti

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, SERT Lecco e Merate

Introduzione

Presso l'ASST di Lecco, per la disassuefazione tabagica, si propongono vari approcci trattamentali: auricoloterapia, supporto farmacologico (citisina) e agopuntura + farmaco. Si è valutata l'efficacia degli interventi attuati con le diverse modalità, tra il 2015 e agosto 2019.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati 146 interventi. All'inizio di ogni trattamento si fornisce: *counseling* telefonico per l'accesso alle cure; somministrazio-

ne del test di Fargerström e motivazionale, breve *counseling* sulle strategie da adottare per contrastare il *craving*; spiegazione delle modalità d'azione dei trattamenti offerti, applicazione delle indicazioni suggerite dalle Linee guida europee e della SITAB nell'utilizzo dei farmaci: *follow-up* ambulatoriali dopo le dimissioni fino a un anno di astinenza.

Risultati

Nei tre gruppi studiati, l'obiettivo dell'astinenza è ottenuto nel 50% con auricoloterapia, nel 68% con

utilizzo della citisina e nell'83,5% degli interventi combinati citisina + agopuntura.

Conclusioni

Si conferma quanto già emerso in letteratura: un'efficacia dubbia dell'agopuntura; buona efficacia della citisina; ottima efficacia del trattamento combinato citisina-agopuntura: riduzione delle ricadute a tre mesi attuando *follow-up* ambulatoriali invece di contatti telefonici; utilizzo di numero ridotto di risorse umane e di tempo rispetto ad altre dipendenze.

Personalità del fumatore e fattori predittivi per la cessazione dal fumo

R. Principe¹, V. Orlandi², B. Palmieri³, S. Riccardi⁴

¹Pneumologo presso UOC Pneumologia Resp. Centro Antifumo; ²Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente presso l'U. O. C. Dietologia e Nutrizione clinica; ³Psicologo, Psicoterapeuta Psicoanalitico, Tutor in S.A.P.P. Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica; ⁴Psicologo, Psicoterapeuta Psicoanalitico, Attività di ricerca in S.A.P.P. Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica

Introduzione

I fumatori che decidono di rivolgersi al centro antifumo possono avere delle caratteristiche di personalità

comuni, la cui conoscenza può essere utile a predire il successo della terapia antitabagica. L'esperienza di uno stile di vita maggiormente efficace nel gestire le proprie emo-

zioni può aiutare a una riduzione dell'ansia, della depressione e del grado del livello di dipendenza oltre che a un aumento della motivazione a smettere di fumare.

Materiali e metodi

Lo studio di *screening* nello specifico mira a conoscere il livello di ansia e depressione dei fumatori all'inizio del percorso di cura, il riconoscimento e la gestione dell'emotività, la motivazione a smettere di fumare e il livello di dipendenza da nicotina. Il campione selezionato è di 30 soggetti che hanno iniziato il percorso di cessazione dal fumo nel gennaio 2018: 13 maschi e 17 femmine con un *range* di età compreso: 4 soggetti tra i 30 e 45 anni, 23 soggetti tra i 45 e 65 anni e 3 tra i 65 anni e over, di cui 7 celibe/nubile, 14 coniugato, 2 convivente, 6 divorziato/separato e 1 vedovo. I test utilizzati sono: l'MMPI-2, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, un test che ha lo scopo di individuare le caratteristiche strutturali della personalità e la presenza di eventuali disturbi psicologici tra cui ansia e depressione. Nello specifico,

il questionario è composto da 10 scale cliniche, o scale di base, che coprono specifiche categorie psicopatologiche; il DERS, *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, un test che valuta la difficoltà nella regolazione emotiva, intesa come la capacità individuale di regolare le proprie emozioni, sia positive che negative, attenuandole, intensificandole o semplicemente mantenendole, infine il test di Fagerström e il test di Mondor per valutare il grado di dipendenza da nicotina e la motivazione a smettere di fumare.

Risultati

Abbiamo riscontrato dai test una differenza significativa fra i soggetti rimasti fumatori e quelli che hanno smesso riguardo il loro stile di vita e la loro gestione emotiva di partenza. Dei 30 soggetti 17 soggetti (56%) hanno smesso di fumare a un anno. Questi all'inizio del

percorso presentavano una motivazione elevata corrispondente a un migliore funzionamento per fronteggiare lo stress e usare buone strategie di *coping*. I restanti soggetti, che hanno abbandonato o sono ricaduti, hanno presentato un quadro psicopatologico di alto livello di ansia e depressione e difficoltà di regolazione emotiva associato a un alto livello di dipendenza.

Conclusioni

I test sopra indicati aiutano a comprendere all'inizio del percorso di cessazione dal fumo le maggiori necessità di terapia psicologica di alcuni fumatori e potrebbero essere risomministrati con un *follow-up* di un anno per andare a ricercare il cambiamento post trattamento del profilo psicologico del soggetto non più fumatore, attraverso colloqui individuali e psicodiagnostici.

Famiglia, scuola e biblioteca insieme nella prevenzione del tabagismo: un progetto pilota per l'infanzia

C. De Santis, A. Marani, A. Salerni, G. Viotti, B. Tirelli, M.S. Cattaruzza

La Sapienza Università di Roma

Introduzione

Il rapporto del Ministero della Salute del 2018, sulla prevenzione e sul controllo del tabagismo, dichiara che l'abitudine a fumare sigarette inizia a 11 anni quando già fuma il 3,7% dei ragazzi e il 2,5% delle ragazze. Le percentuali aumentano in modo considerevole tra i 13 e i 15 anni e sempre più in voga è l'utilizzo delle sigarette elettroniche, soprattutto tra i ragazzi.

Il fumo attivo rappresenta la principale causa evitabile e prevenibile di malattia e di morte, dunque la prevenzione del tabagismo è un obiettivo prioritario da perseguire attraverso attività di educazione alla salute. Più gli interventi sono precoci, più hanno un impatto maggiore, e la fascia di età minima che consente elaborazioni cognitive ed emotive adeguate rispetto agli stimoli sul tabagismo è quella dai 4 ai 6 anni.

Gli elementi fulcro dell'educazione sono la famiglia, la scuola e la comunità (individuata per questa fascia d'età nell'istituzione bibliotecaria) che condividono il compito di far sì che i bambini acquisiscano comportamenti e stili di vita individuali e sociali improntati al rispetto della qualità della vita e dell'ambiente.

Materiali e metodi

Il progetto, rivolto a bambini dai 4 ai 6 anni, si articola su tre livelli paralleli: famiglia, scuola, biblioteca, le principali comunità educanti per questa fascia d'età. Il progetto prevede incontri di sensibilizzazione e formazione sul tema del tabagismo – usufruendo della metodologia della Medicina Narrativa – per insegnanti, genitori e bibliotecari, *focus group*, attività e laboratori per tutti i partecipanti. In particola-

re, nei percorsi didattici pensati per i bambini verranno utilizzati materiali di recupero, sia a scuola che in biblioteca, per favorire l'ecosostenibilità. Per gli adulti si pensa di creare una piattaforma online dove interagire anche al termine del progetto.

Risultati

Trattandosi di un progetto pilota da avviare, i risultati attesi riguardano, nel breve periodo, gli esiti del monitoraggio del progetto rivolto agli adulti. Sono previsti questionari pre e post formazione/attività in merito all'utilità del progetto, alla sua efficacia educativa e al supporto previsto per i fumatori che richiedono un aiuto per smettere.

Per quanto riguarda i risultati nel lungo periodo, sarebbe interessante e opportuno seguire i bambini fino al compimento dei 25-30

anni di età per valutare l'effettiva ricaduta del progetto, prevedendo un confronto con un gruppo di controllo.

Conclusioni

Il progetto si presenta come un sistema di rete in cui famiglia, scuola e comunità (biblioteca) collaborano

insieme in un percorso di educazione alla salute. L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e per lo Sviluppo Economico) sostiene che i bambini hanno bisogno di sviluppare un set di competenze cognitive, emotive e sociali per vivere al meglio la vita nella società mutevole in cui ci troviamo.

Noi ci proponiamo di farlo iniziando a piccoli passi. Gli interventi precoci sono fondamentali: i genitori svolgono un ruolo importante, così come le interazioni tra pari a scuola e in ambienti extra-scolastici. Promuovere stili di vita sani, individuali e collettivi, è ciò che si prefigge il progetto pilota.

Ruolo del fumo nello scompenso cardiaco

L. De Biase, M. Renda, L. Chiarion Casoni, V. Pittoni, A. Pierleoni, G. Lollio, S. Caffio

Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, Facoltà di Medicina e Psicologia, La Sapienza Università di Roma, U.O.D. Scompenso Cardiaco

Introduzione

Lo scompenso cardiaco è una sindrome complessa dove alterazioni strutturali cardiache portano a un deficit di funzionalità del cuore.

È una patologia che risulta avere diverse cause e molti fattori di rischio, tra questi un ruolo importante è svolto dal fumo.

Materiali e metodi

Nel periodo intercorso tra ottobre 2018 e luglio 2019 sono stati arruolati in modo consecutivo 80 pazienti con diagnosi clinica e strumentale di scompenso cardiaco afferenti alla U.O.D. di Scompenso Cardiaco dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma. Sono stati acquisiti dati clinico-anamnestici, tra cui l'abitudine tabagica, corrente o pregressa oltre a esami strumentali ed esami ematochimici.

Risultati

L'età media dei soggetti in esame risulta essere di 74 anni. Degli 80 pazienti analizzati nel nostro studio, risulta positivo a una storia di tabagismo il 59,5%. Hanno negato invece di essere assidui fumatori il 40,5% dei pazienti. I pazienti sono poi stati suddivisi in base al sesso, per verificare eventuali differenze. Secondo i dati ISS-DOXA 2017, in Italia la percentuale di fumatori con età superiore ai 65 anni, risulta essere, nel sesso maschile il 18,3%, mentre nel sesso femminile il 8,3%. I risultati affermano che la percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che dichiara di avere o aver avuto abitudine tabagica, risulta superiore nel sesso maschile con il 68% dei pazienti positivi e il 32% che afferma di non avere abitudine tabagica, mentre nel sesso femminile si riduce a una percentuale del 44,8%

positivi, e 55,2% nega di essere assiduo fumatore.

Conclusioni

Il fumo di sigaretta è classificato come fattore di rischio di molte patologie cardiovascolari, per varie ragioni: la nicotina in primis è in grado di aumentare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, l'effetto infiammatorio generalizzato va a ripercuotersi anche a livello dei vasi portando a un aumento delle resistenze periferiche e di conseguenza a un ulteriore aumento pressorio. Infine ha un ruolo importante nello sviluppo dell'aterosclerosi, favorendo la produzione delle LDL.

Tutti questi meccanismi mostrano come il fumo possa avere un ruolo importante nello sviluppo dello scompenso cardiaco, infatti ben il 59,5% dei pazienti con diagnosi di scompenso risulta positivo a una storia di abitudine tabagica.

Preparato galenico magistrale: come, quando e perché la Citisina galenica

C. Violante

A.C.E.F. SPA, Fiorenzuola D'Arda (PC)

La Galenica rappresenta da sempre l'anima della professione del farmacista, una vera e propria arte che caratterizza questa professione attribuendole un importante valore sociale. Le preparazioni galeniche magistrali, allestite in farmacia su richiesta medica, costituiscono in alcuni casi l'unica possibilità terapeutica in grado di soddisfare specifiche esi-

genze a cui le industrie farmaceutiche non possono offrire soluzioni. In particolare, le formule magistrali permettono al farmacista di realizzare terapie personalizzate in termini di dosaggi e associazioni tra i principi attivi coinvolti. L'allestimento di formulazioni personalizzate assume grande rilievo nella terapia

del fumo, in quanto consente di adattare il trattamento in base al grado di dipendenza del paziente. L'intervento intende approfondire l'utilizzo della Citisina all'interno del preparato galenico magistrale, con particolare attenzione all'aspetto legislativo legato alla prescrizione medica.

Efficacia delle diverse terapie utilizzate presso il Centro Antifumo della ASL di Viterbo per la disassuefazione dal fumo di tabacco

F. Dominici, V. De Rose, G. Napoli, A. Quercia

UO SPRESAL, Centro prevenzione e cura del tabagismo, ASL Viterbo

Introduzione

Le revisioni sistematiche Cochrane che prendono in considerazione gli studi sull'efficacia degli interventi di cessazione dal fumo di tabacco hanno mostrato che la maggior parte delle terapie determina un aumento del tasso di astinenza. Obiettivo dello studio è verificare il numero di astinenti a un anno in relazione ai diversi trattamenti utilizzati (NRT, vareniclina, citisina) presso il centro antifumo della ASL di Viterbo.

Materiali e metodi

È stata valutata l'efficacia delle diverse terapie (vareniclina, NRT e citisina) nel periodo dal giugno 2006 al giugno 2019 in un gruppo di 1.438 fumatori determinando l'astinenza dal fumo di tabacco a un anno dall'ultima sigaretta con controllo clinico e misurazione del CO o contatto telefonico. L'analisi è stata condotta sui dati registrati con software dedicato alla

gestione dell'ambulatorio, sviluppato all'interno del Servizio di Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di Lavoro di Viterbo.

Risultati

Sono stati analizzati i dati riferiti a 1.438 fumatori con età media di 50 anni, 813 maschi (56,5%) e 625 femmine (43,5%), numero di sigarette/die: 24.

Il numero di coloro che è risultato astinente a un anno è di 442 persone (30,7%), di cui 278 maschi (34,3%) e 175 femmine (27,8%).

È stata calcolata la distribuzione dei diversi pazienti in base alla terapia utilizzata e al diverso periodo in cui è stata somministrata:

- NRT (utilizzata nel periodo dal 2006 al 2019): 494 pazienti (270 M e 224 F), astinenti 127 (25,7%), di cui 81 maschi (30%) e 46 femmine (20,5%).
- Vareniclina (utilizzata dal 2007 al 2019): 817 pazienti (481 M e 336 F), astinenti 279 (34,1%) di cui

173 maschi (36%) e 106 femmine (31,5%).

- Citisina (utilizzata dal 2016 al 2019): 127 pazienti (62 M e 65 F), astinenti 36 (28,3%) di cui 19 maschi (30,6%) e 17 femmine (26%).
- In metà del campione l'astinenza a un anno è stata verificata con la misurazione del CO, nell'altra metà con contatto telefonico.

Conclusioni

Il Centro Antifumo della ASL di Viterbo presenta un tasso di cessazione sovrapponibile a quello degli altri centri italiani. L'analisi condotta ha permesso di valutare la diversa efficacia delle terapie e di evidenziare alcune sfumature tra le terapie utilizzate (maggiore efficacia della vareniclina nel sesso maschile e minore efficacia della terapia con NRT nel sesso femminile). Ci proponiamo di approfondire nel prossimo futuro i dati relativi alla citisina (utilizzata solo a partire dal 2016).

Valutazione della formazione tabaccologica universitaria nei corsi di laurea triennali e magistrali in Infermieristica

M. D'Avino¹, R. Latina², D. De Nuzzo^{3,1}, M.S. Cattaruzza¹, G. Gambale^{4,1}

¹La Sapienza Università di Roma; ²Azienda Ospedaliera San Camillo, Roma; ³Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Roma; ⁴Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto 1, Roma

Introduzione

I programmi di cessazione dall'abitudine tabagica sono effettuati da una équipe multidisciplinare composta da medici, infermieri e psicologi, dove ognuno deve essere un esperto qualificato nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento del fumo di sigaretta. Secondo le Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco della SITAB del 2018 è fortemente raccomandato agli operatori sanitari dei centri per la cessazione del fumo di tabacco di avere un grado sufficiente di qualificazione e accreditamento per condurre delle attività

di insegnamento correlate alla prevenzione, diagnosi e trattamento del fumo di tabacco anche nei corsi di laurea per gli infermieri. Attualmente la formazione universitaria relativa al tabagismo risulta ancora carente, l'obiettivo è verificare la presenza di insegnamenti sul tabagismo nei corsi di laurea triennale di infermieristica, ostetricia e infermieristica pediatrica e nei corsi di laurea magistrale di Scienze infermieristiche e ostetriche in Italia.

Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca online relativa ai manifesti degli studi e ai

programmi didattici degli anni accademici 2017/2018, 2018/2019 e 2019/2020, di 39 università italiane. Sono stati analizzati un totale di 139 corsi di laurea (104 corsi di laurea triennale e 35 corsi di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche). Ogni singolo manifesto e programma didattico è stato valutato al fine di verificare la presenza di insegnamenti sulla dipendenza da sostanze e in particolar modo sul tabagismo. Sono stati valutati insegnamenti obbligatori, a scelta dello studente, ADE (attività didattica elettiva) e seminari proposti dagli atenei.

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che nella maggior parte delle università italiane non è presente alcun insegnamento, obbligatorio o a scelta, relativo all'ambito della dipendenza, in particolar modo al tabagismo. Tra i pochissimi atenei che presentano insegnamenti in materia di dipendenza emergono l'Università degli Studi di Padova, l'Università degli Studi di Trieste, l'Università degli Studi di Parma e La Sapienza Università di Roma. L'Università degli Studi di Padova nel corso di laurea triennale in Infermieristica include un insegnamento a scelta denominato "Approccio assistenziale a vecchie e nuove dipendenze" di 3 CFU che prevede circa 30 ore di didattica frontale. Consente di acquisire conoscenze relative alla definizione, caratteristica e farmacodinamica della dipendenza da alcool, cannabis, oppiacei, benzodiazepine, gioco d'azzardo e anche fumo di tabacco. L'Università degli Studi di Trieste nel corso di laurea triennale

in Infermieristica presenta un insegnamento denominato "Alcool e tossicodipendenze" di 1 CFU che prevede circa 12 ore di didattica frontale. Rientra negli insegnamenti opzionali e può essere seguito solo durante il terzo anno di corso. Tra gli argomenti trattati è presente anche il tabagismo. L'Università degli Studi di Parma propone durante il terzo anno del corso di laurea triennale in Infermieristica, un seminario sulle dipendenze patologiche. Permette di acquisire 1 CFU attraverso circa 10 ore di didattica frontale. Dal sito dell'Università non si evincono ulteriori informazioni sugli argomenti specifici trattati. Infine, per l'anno accademico 2019/2020 La Sapienza Università di Roma ha attivato l'insegnamento obbligatorio "Scienze della salute e management del tabagismo" nella laurea magistrale di Scienze infermieristiche e ostetriche sede San Camillo e Sant'Andrea. Permette di acquisire un totale di 6 CFU attraverso didattica frontale e simulazione di

casi clinici. I macro argomenti centrali sono il tabagismo e le tecniche di prevenzione, diagnosi e cura.

Conclusioni

È necessario che gli infermieri abbiano una formazione specifica nel campo del tabagismo in quanto in letteratura si evince che i trattamenti condotti da personale adeguatamente formato hanno un'efficacia cinque volte maggiore rispetto a quelli condotti da operatori che non hanno ricevuto un *training* specifico. La formazione degli operatori in ambito tabaccologico in Italia è innegabilmente un problema cruciale per poter erogare alla popolazione le migliori cure di cui necessita. Purtroppo la normale didattica universitaria trascura le tematiche inerenti al tabagismo nonostante sia la prima causa di morte evitabile, per questo è indispensabile inserire formalmente da parte degli organi competenti un insegnamento di base in ambito tabaccologico nei corsi di laurea in infermieristica.

Revisione sistematica della letteratura scientifica inerente il rapporto tra abitudine tabagica e microbiota intestinale

M. Antinozzi¹, M. Giffi¹, N. Sini¹, F. Gallè², F. Valeriani³, V.R. Spica³, G. Liguori², C. De Vito¹, M.S. Cattaruzza¹

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

Introduzione

Il microbiota intestinale è l'insieme di tutti i microrganismi che popolano il tubo digerente.

Numerose evidenze scientifiche ne sottolineano il ruolo di regolatore cruciale dello stato di salute e malattia e mirano a comprendere i fattori che ne influenzano la composizione. Tra questi, il fumo di sigaretta – noto fattore di rischio in innumerevoli patologie – è risultato essere in relazione con importanti alterazioni del microbiota intestinale, oltre a una diminuzione della biodiversità dei microrganismi costituenti. L'obiettivo di questo studio è, quindi, analizzare l'influenza del fumo di sigaretta sul microbiota intestinale attraverso la revisione sistematica della letteratura, con par-

ticolare riguardo agli studi che prendono in considerazione la variabilità delle popolazioni microbiche che lo costituiscono, la loro valutazione quantitativa e il rapporto tra di esse.

Materiali e metodi

La popolazione considerata per la scelta degli studi comprendeva animali e umani adulti sani e patologici tra i 18 e i 65 anni, senza differenze di genere e fumatori diretti di tabacco o e-cig. Sono stati considerati quegli studi che avevano analizzato il microbiota intestinale estratto da campioni fecali o biopsie intestinali.

La ricerca è stata condotta utilizzando le banche dati bibliografiche PubMed, Scopus e Web of Science.

Sono stati analizzati 1.217 articoli, includendo tutti i disegni di studio (revisioni sistematiche, studi controllati randomizzati, studi di coorte, studi caso-controllo, studi *cross-sectional* e revisioni narrative) in lingua inglese, senza porre limiti temporali sulla data di pubblicazione. Durante l'analisi effettuata, una prima parte degli studi è stata inclusa sulla base del titolo e dell'abstract; dagli studi *full-text* valutati sono stati quindi esclusi articoli il cui tema trattato è risultato non inerente, quelli il cui *full-text* non era disponibile e le revisioni narrative le cui fonti erano già incluse negli articoli selezionati. Sulla base di questi criteri, si è giunti a una selezione finale di 17 articoli.

Risultati

Dalla revisione degli studi selezionati sembra emergere una relazione controversa tra abitudine tabagica e composizione del microbiota intestinale.

Nello specifico, dei 17 studi valutati, 7 mostrano risultati totalmente contrapposti e di questi: 4 evidenziano un aumento del *phylum Firmicutes* e una riduzione del *phylum Bacteroidetes* nei soggetti fumatori e 3 delineano un quadro generale opposto con riduzione di *Firmicutes* e aumento di *Bacteroidetes*.

Conclusioni

Dai dati emersi sembra difficile delineare una generalizzazione sulla costituzione del microbiota intestinale nei soggetti fumatori.

Tuttavia, dati provenienti da modelli murini evidenziano una diminuzione significativa di alcuni generi del *phylum Firmicutes* in femmine esposte alla somministrazione orale di nicotina, in contrapposizione a un moderato aumento degli stessi batteri nei soggetti di sesso maschile. Inoltre, a parità di alimentazione tra topi trattati con nicotina

e controlli, nei maschi trattati si ha un minore aumento di peso corporeo rispetto a quanto avviene nelle femmine.

Alla luce di questi dati evidenziati sugli animali, considerata la scarsità della letteratura e le nette contrapposizioni dei risultati sugli umani, risulta necessario un ulteriore approfondimento del tema per le sue possibili implicazioni cliniche nell'evoluzione dello stato nutrizionale nei fumatori e soprattutto per le possibili alterazioni conseguenti alla cessazione dell'abitudine tabagica.

Il tabagismo e gli studenti immatricolati ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia presso La Sapienza Università di Roma

C. Ferrara¹, M.S. Cattaruzza¹, I. Nofroni¹, M. Liuccio², A.R. Vestri¹

¹Dipartimento Sanità pubblica e Malattie infettive, La Sapienza Università di Roma; ²Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale, La Sapienza Università di Roma

Introduzione

Gli studenti universitari che si immatricolano ai corsi di Medicina e Chirurgia saranno i medici di domani. Dalla letteratura emerge quanto sia importante valutare per questi studenti sia le abilità cognitive (Lia, 2013) che la prevalenza di disturbi psicopatologici (Bore, 2016; Fiori Nastro, 2013). Sarebbe altrettanto importante valutare la loro abitudine al fumo, dato che in letteratura è stato dimostrato che i medici che fumano hanno convinzioni, sul fumo e sulla cessazione, diverse rispetto ai colleghi non fumatori; anche l'interazione clinica con i pazienti che fumano risente dello status di fumatore o meno del medico.

Il fumo è un fattore di rischio modificabile, risulta associato con tantissime patologie (tumoriali, cardiovascolari, respiratorie, ecc.) e con l'insorgenza di complicanze determinando degenze più lunghe, costituisce la prima causa di morte evitabile. Promuovere la cessazione dal fumo di tutto il personale sanitario e dei pazienti è una misura di promozione della salute e di miglioramento della qualità della vita, nonché di risparmio economico.

Materiali e metodi

Agli studenti immatricolati ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia presso La Sapienza, Università di Roma nell'a.a. 2017/18, che hanno dato la loro disponibilità, sono stati somministrati in aula, prima della fine del primo semestre, quattro questionari di rilevazione dati (SF12 1996, stato di salute fisica e mentale; PGWB 1984, benessere psicologico; PSS 1988, stress psicologico percepito, un questionario con domande relative ai caratteri socio-demografici, alla motivazione per la scelta universitaria effettuata, agli stili di vita). Nell'ambito di tale studio sono state estrapolate alcune domande relative alle abitudini tabagiche mettendole in relazione ad alcune variabili demografiche e socio comportamentali.

Risultati

Complessivamente, si sono resi disponibili all'indagine 407 studenti (circa il 63% degli immatricolati), dei quali 150 di genere maschile (39%) e 249 di genere femminile (61%). Si sono dichiarati fumatori il 22,5% degli intervistati, mentre il 6,7% ha affermato di aver smesso per motivazioni soprattutto legate alle conseguenze sulla salute. Non è stata osservata nessuna associazione sta-

tisticamente significativa tra fumo e genere, anche se le ragazze fumano più dei ragazzi: 24,1% versus 18,9%. Si è rilevata una forte associazione tra fumo e consumo di bevande alcoliche. Inoltre, è emerso che coloro che fanno uso di farmaci e/o "sostanze" per migliorare il loro umore, manifestano una tendenza a fare contemporaneo uso di tabacco. Di estrema gravità appare l'esposizione al fumo passivo riferita da oltre l'80% degli intervistati.

Conclusioni

Da questi rilievi preliminari emerge che gli studenti immatricolati ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia de La Sapienza Università di Roma nell'a.a. 2017/18 fumano in percentuale simile a quella della popolazione italiana, associano il tabacco all'alcool confermando i dati dell'indagine ISS-DOXA 2018 sul fumo e i giovani, nonché a farmaci e/o altre "sostanze". Questi dati e l'elevata percentuale di giovani che riferisce di essere esposta a fumo passivo, sembrano evidenziare una scarsa consapevolezza dei problemi fumo-correlati e indicano la necessità di sensibilizzare e formare i futuri medici sulle tematiche del tabagismo inserendo formalmente un insegnamento *ad hoc* nel corso di laurea.

Correlazioni tra tempo intercorso dal risveglio alla prima sigaretta della giornata, cronotipo e tono dell'umore: uno studio trasversale tra gli studenti di medicina

M. Santini¹, B. Unim², M. Nicoli³, C. De Vito¹, M.S. Cattaruzza¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, La Sapienza Università di Roma; ²Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ³Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione

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

Il tono dell'umore indica il correlato emotivo di fondo della nostra attività mentale. Sue alterazioni possono causare problemi o disfunzioni persistenti o ripetute oppure disagio marcato nonché disadattamento alle condizioni ambientali di vita con ripercussioni di varia entità nella vita interrelazionale e/o lavorativa, tra cui la sintomatologia depressiva di intensità diversa a seconda dell'individuo.

Il test di Fagerström è stato sviluppato dall'omonimo medico svedese al fine di permettere di stabilire il grado di dipendenza da nicotina. Il punteggio finale permette di stabilire il grado di dipendenza fisica. L'auto-test, come è anche denominato, è largamente diffuso e vanta un'alta affidabilità e un'elevata validità. La prima domanda del test, che investiga il tempo trascorso, misurato in minuti, dal risveglio mattutino alla prima sigaretta consumata, è considerata tra le due più significative per determinare il grado di dipendenza dalla nicotina.

Lo scopo di questa ricerca trasversale è di trovare correlazioni tra i cronotipi degli studenti universitari fumatori, il loro tono dell'umore e il tempo trascorso, misurato in minuti, dal risveglio mattutino alla prima sigaretta consumata.

Materiali e metodi

I partecipanti, studenti universitari fumatori, sono stati arruolati su base volontaria a partire da ottobre 2018 a marzo 2019 e hanno completato questionari autosomministrati anonimi.

Le caratteristiche del cronotipo sono state valutate con il *Morningness-Eveningness Questionnaire* versione autosomministrata (MEQ-SA), mentre l'eventuale presenza di sintomatologia depressiva è stata studiata con il *Patient Health Questionnaire* a 9 items (PHQ-9). Il tempo trascorso, misurato in minuti, dal risveglio mattutino alla prima sigaretta consumata è stato valutato utilizzando la prima domanda del test di Fagerström. Le differenze tra i gruppi di partecipanti sono state valutate con il test Chi-quadrato (χ^2), con il livello di significatività statistica fissato a $p < 0,05$.

Risultati

È stato intervistato un totale di 75 studenti universitari fumatori nati tra il 1985 e il 1999, soprattutto del corso di Medicina e Chirurgia (77%), provenienti da tutta Italia, soprattutto residenti nella regione Lazio (27%).

Secondo i risultati del MEQ-SA, il gruppo di studio è costituito da cronotipi intermedi (64%), cronotipi mattutini (19%) e cronotipi serotini (17%). Per quanto riguarda il tono dell'umore, il PHQ-9 non ha rilevato i sintomi della depressione nel 43% degli studenti; la sintomatologia lieve è presente nel 47% dei casi mentre la sintomatologia clinicamente rilevante è presente nell'11% dei casi.

La maggior parte degli studenti fumatori (sul totale di 63) ha dichia-

rato di fumare la prima sigaretta della giornata oltre 60 minuti dopo il risveglio mattutino (71%), seguita da chi l'ha fumata entro 60 minuti (17,5%), entro 30 minuti (8%) e infine da chi l'ha fumata entro soli 5 minuti dal risveglio (3%). Differenze statisticamente significative sono state osservate correlando le categorie MEQ-SA (decisamente mattutino, moderatamente mattutino, intermedio, moderatamente serotino, decisamente serotino) con la prima domanda del test di Fagerström, ossia con il tempo intercorso tra il risveglio e il consumo della prima sigaretta giornaliera ($p = 0,001$). Al contrario, differenze statisticamente significative non sono state osservate tra le categorie del test PHQ-9 e la prima domanda del test di Fagerström ($p = 0,547$).

Conclusioni

Lo studio del cronotipo, della presenza e intensità di sintomatologia depressiva e del tempo intercorso tra il risveglio e il consumo della prima sigaretta giornaliera possono fornirci nuove informazioni sulle interazioni tra stile di vita, fattori costituzionali e dipendenza da nicotina. I risultati di questo studio suggerirebbero di aggiungere ulteriori chiavi di lettura all'utilizzo del test di Fagerström nella pratica ambulatoriale tabaccologica, tenendo presente che un fattore costituzionale come il cronotipo può alterare significativamente il risultato di quella che è considerata una delle domande più importanti all'interno dell'auto-test, insieme al numero di sigarette fumate al giorno, per determinare l'intensità della dipendenza da nicotina.

"Smettere di fumare: perché non cominci Tu?" Survey sul fumo di tabacco dei dipendenti dell'Istituto per la Sicurezza Sociale di San Marino

M. Morini¹, D. Pianori², E. Boetto³, G. Gherardi³, R. Messina², F. Rallo³, C. Reno³, R. Ridolfi³, V. Conti⁴, E. Rossi⁴, G. Miano⁴, M.P. Fantini²

¹Direzione Sanitaria, Istituto per la Sicurezza Sociale, Repubblica di San Marino; ²Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna; ³Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna;

⁴U.O. di Pneumologia, Istituto per la Sicurezza Sociale, Repubblica di San Marino

Introduzione

Due recenti metanalisi (Duaso, 2014; Duaso, 2016) hanno dimostrato che lo status di fumatore dei professionisti sanitari influenza negativamente l'approccio nel consigliare la cessazione del fumo. Altre evidenze di letteratura indicano che una quota di medici ritiene che la promozione della cessazione del fumo richieda troppo tempo e sia inefficace (Vogt, 2005). Secondo i dati della sorveglianza condotta dall'Istituto Superiore di Sanità italiano (PASSI, 2018) solo il 51,4% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. Nell'ambito dei progetti di promozione della salute sostenuti dall'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS) di San Marino, il presente studio vuole indagare le abitudini tabagiche dei suoi professionisti sanitari.

Materiali e metodi

È stata condotta una survey rivolta ai dipendenti dell'ISS San Marino mediante la distribuzione di un questionario cartaceo auto-somministrato, costituito da una parte iniziale contenente le informazioni anagrafiche e da cinque domini: abitudine al fumo, cessazione del fumo, valutazione dei percorsi antifumo, opinione circa la presa in carico dei fumatori, opinione sulla validità dei metodi di disassuefazione tabagica.

Risultati

Sono stati distribuiti circa 1.000 questionari a medici, infermieri e personale tecnico/amministrativo dell'ISS e sono state raccolte le risposte di 352 dipendenti. I partecipanti al questionario hanno un'età media di 45,3 anni e sono per il 72,6% femmine. Il 55,9% dichiara di



non aver mai fumato (NF), il 23,3% fuma attualmente (F) e il 21,3% è ex-fumatore (EF). L'abitudine tabagica presenta differenze significative tra i due generi per quanto riguarda lo stato di NF (57,9% donne, 50% uomini) e lo stato di EF (19% donne, 26,6% uomini); praticamente identica invece la quota di fumatori nei due generi: 23,1% tra le donne e 23,4% tra gli uomini. L'83,8% dei fumatori ha dichiarato di aver pensato di smettere di fumare e il 53,7% di questi prenderebbe in considerazione un percorso presso un Centro Antifumo (CA).

Alla domanda "Pensa che valga la pena impiegare tempo e risorse nel trattamento del fumatore?" hanno risposto 324 partecipanti. La maggior parte ha risposto "Sempre" (media tra i gruppi 79,6%; NF 82,3%; F 70%; EX 84,1%).

Per quanto riguarda la domanda "Secondo lei quali metodi potrebbero essere efficaci per smettere di fumare?" hanno risposto in 343: "Breve colloquio motivazionale individuale" è il metodo che ha ricevuto il maggior numero di risposte positive (63,4%), seguito da "Eventi formativi" (62,4%), "Terapie di

gruppo" (62,1%), "Terapia farmacologica" (42%) e infine "Multe e sanzioni" (38,4%).

Conclusioni

Evidenze in letteratura (DoH, 2009) mostrano che la popolazione tende ad accettare meno favorevolmente le indicazioni di professionisti sanitari che non seguono un corretto stile di vita. Dal momento che circa un quarto dei dipendenti dell'ISS attualmente fuma e che la maggior parte di questi ha pensato di smettere di fumare, potrebbe essere utile attuare un programma di cessazione tabagica rivolto ai dipendenti; questo permetterebbe di migliorare il loro stato di salute e li renderebbe un veicolo più efficace di educazione ai corretti stili di vita.

Uno strumento utile potrebbe essere la creazione di un Centro Antifumo dove implementare i metodi di cessazione tabagica che sono stati valutati come i maggiormente efficaci dai dipendenti intervistati, in cui prendere in carico anche i cittadini e i pazienti con patologie croniche motivati a smettere di fumare.

La sperimentazione tabagica di un gruppo di adolescenti scolarizzati del Friuli-Venezia Giulia (2017/2018) in funzione del comportamento tabagico dei conviventi

G.B. Modonutti, F. Costantinides

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

Introduzione

Lo stile di vita delle figure parentali si propone, consciamente o inconsciamente, come primo e più fruibile esempio al quale i giovani tendono a uniformarsi.

Materiali e metodi

Per verificare questa eventualità, abbiamo chiesto (AS 2017/18), a 232 studenti/esse dell'ISIS "G. Brigoli - L. Einaudi - G. Marconi" di Gradisca d'Isonzo (GO) - 153 maschi (66,9%) e 79 femmine (34,1%), età 13-20 anni (M: 13-20aa; F: 13-19aa), età media 16,1aa (M: 16,0aa; F: 16,1aa) - di rispondere alle domande di una scheda questionario sul comportamento tabagico dei conviventi e il loro approccio al fumo di tabacco. Le risposte rese disponibili sono state codificate, informatizzate ed elaborate - media aritmetica, IC95%, t-Test di Student e del Chi-quadrato - utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

L'analisi dei risultati rivela che a fronte del 56,9% degli/le studenti/esse (M: 53,3%; F: 63,3%) che convivono in famiglie libere dal fumo (Fun), significativamente meno numerosi (Fun vs Fus = >: $p < 0,001$; MF: $p < 0,005$) e pari al 43,1% sono gli/le adolescenti che convivono con famigliari fumatori (Fus) (M: 46,4%; F: 36,7%). Il "padre fumatore" è presente nel 25,0% delle famiglie degli/le ado-

lescenti (M: 28,1%; F: 19,0%), il 19,0% dei/degli studenti convive con una "madre fumatrice" (M: 17,6 %; F: 21,5%), l'8,2% dei/le ragazzi/e abita con uno o più "fratelli fumatore/i" (M: 7,8%; F: 8,9%) e il 4,7% con una o più "sorelle fumatrice/i" (M: 3,9%; F: 6,3%).

Per quanto riguarda l'approccio al fumo di tabacco, al momento il 52,6% degli/le adolescenti. (Sp) afferma di aver già provato a fumare, esperienza che accomuna il 60,0% degli/le studenti/esse che convivono con Fus (M: 63,4%; F: 51,7%) e in misura meno marcata il 40,0% dei/le coetanei/e conviventi con Fun (M: 37,6%; F: 48,3%).

Dal confronto puntuale fra le abitudini tabagiche dei conviventi e la sperimentazione tabagica degli/le adolescenti emerge che gli/le studenti/sse che convivono in Fun ricordano di aver sperimentato il fumo di tabacco fra gli 8 e i 17 anni, in media a 13,9aa (IC95%: 13,5-14,3 sig/die). I maschi riconducono l'età della iniziazione tabagica fra gli 8 ed i 17 anni, mediamente a 13,6aa (IC95%: 13,1-14,2aa), mentre per le femmine la sperimentazione è avvenuta fra gli 11 ed i 17 anni d'età, mediamente a 14,3aa (IC95%: 13,6-15,0aa).

Per contro, l'approccio al fumo di tabacco della popolazione studentesca presente nelle Fus si è concretizzato fra i 6 e i 17anni, in media a 13,6aa (IC95%: 13,1-14,1aa), per i ragazzi è avvenuta fra i 6-17aa, a un età media di 13,7aa (IC95%:

13,1-14,2aa), per le ragazze fra i 10 e i 16aa, mediamente a 13,3aa (IC95%: 12,4-14,2aa). Quale che sia la popolazione considerata, nelle famiglie Fun e in quelle Fus tutti gli studenti/esse hanno sperimentato il fumo di tabacco quando erano ancora minorenni.

Conclusioni

Il fumo di tabacco risulta piuttosto diffuso fra i conviventi della popolazione studentesca ed è chiaro sia il diverso peso che ciascuna figura parentale può esercitare a favore del fumo di tabacco che l'eventuale responsabilità nell'esposizione degli adolescenti ai rischi del fumo di tabacco di seconda e terza mano.

La sperimentazione tabagica è avvenuta per tempo e ha coinvolto una parte importante della comunità scolastica di entrambi i generi. Seppur con la cautela dovuta alla numerosità della popolazione adolescenziale coinvolta - che suggerisce di ripetere l'indagine su un campione più numeroso - vale la pena di sottolineare che a) nella comunità scolastica generale e in quella femminile gli/le sperimentatori/trici che convivono con Fus prevalgono decisamente (Fun vs Fus = >M: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$) sui coetanei/e conviventi con dei Fun; b) la sola iniziazione al fumo di tabacco delle ragazze conviventi con Fus è avvenuta più precocemente ($p < 0,085$) di quella delle coetanee conviventi con Fun.

Save the date

**XVI Congresso Nazionale
Società Italiana di Tabaccologia**

Milano, 26-27 novembre 2020

Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori

Per informazioni: segreteria@tabaccologia.it

Le abitudini tabagiche e la percezione del rischio tabacco-correlato espresse da un gruppo di studenti scolarizzati del Friuli-Venezia Giulia (2017/2018) in funzione del comportamento tabagico dei famigliari conviventi

G.B. Modonutti, F. Costantinides

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

Introduzione

Il background culturale e comportamentale nei confronti del fumo di tabacco e dei rischi tabacco-correlati del contesto famigliare sono elementi essenziali in grado di pesare sulle scelte di vita – critiche, responsabili e sostenibili – dei più giovani a favore della salute.

Materiali e metodi

A questo proposito, utilizzando una scheda questionario, sono state raccolte (AS 2017/18) le risposte di 232 studenti/esse dell'ISIS "G. Brignoli – L. Einaudi – G. Marconi" di Gradisca d'Isonzo (GO) – 153 maschi (66,9%) e 79 femmine (34,1%), età 13-20 anni (M: 13-20aa; F: 13-19aa), età media 16,1aa (M: 16,0aa; F: 16,1aa) – sul loro modo di porsi nei confronti del fumo di tabacco e il comportamento tabagico dei famigliari conviventi. Le informazioni d'interesse sono state codificate, inserite in computer ed elaborate – media aritmetica, IC95%, t-Test di Student e del Chi-quadrato – con l'ausilio dello Statistical Package for the Social Sciences.

Risultati

Gli/le studenti/esse fumatori/trici conviventi con famigliari fumatori/trici (Fus) ammontano al 36,0% (M: 35,2%; F: 37,9%), mentre meno numerosi e pari al 26,5% (M: 29,3%; F: 22,0%) si rivelano i/le coetanei/e fumatori/trici conviventi con famigliari non fumatori/trici (Fun). I fumatori/trici censiti nelle Fun ammettono di consumare da 0,003-6,0 sig/die, in media 1,4sig/die (IC95%:

0,8-1,5sig/die). I consumi in funzione del genere rivelano che i fumatori consumano 0,003-4,0 sig/die, mediamente 1,2 sig/die (IC95%: 0,8-2,0 sig/die), le coetanee fra 0,003-6,0 sig/die, in media 1,9 sig/die (IC95%: 0,8-3,4 sig/die). Nelle Fus i consumi dei fumatori/trici oscillano fra 0,3-20,0 sig/die, equivalenti in media 3,0 sig/die (IC95%: 3,5-7,0 sig/die). In questo contesto famigliare i consumi dei fumatori variano fra 0,003-20,0 sig/die e sono in media pari a 2,8 sig/die (IC95%: 2,6-6,1 sig/die), mentre quelli delle fumatrici risultano compresi fra 0,003-15,0 sig/die e sono riconducibili in media a 3,6 sig/die (IC95%: 2,0-8,1 sig/die).

L'opinione "è consentito fumare senza nuocere alla salute" accomuna il 36,4% (M: 30,5%; F: 46,0%) della popolazione studentesca che convive con Fun e il 44,0% degli/le adolescenti (M: 42,3%; F: 48,3%) censiti nelle Fus. Gli/le studenti/esse presenti nelle Fun ritengono innocuo fumare 0,003-20,0 sig/die, in media 1,7 sig/die (IC95%: 0,7-2,7). In questo contesto famigliare i maschi reputano privi di rischio consumi di 0,014-20,0 sig/die, in media 2,4 sig/die (IC95%: 0,5-4,2 sig/die), le femmine definiscono innocuo fumare 0,003-5,0 sig/die, mediamente 1,0 sig/die; (IC95%: 0,5-1,6 sig/die). Per gli/le adolescenti domiciliati nelle Fus non rappresenta un rischio fumare 0,003-20,0 sig/die, vale a dire mediamente 2,3 sig/die. I consumi privi di rischio indicati dai maschi variano fra 0,014-

12,0 sig/die ed equivalgono in media a 2,2 sig/die (IC95%: 1,2-3,2 sig/die), quelli innocui per le ragazze oscillano fra 0,003-5,0 sig/die e sono in media paria a 2,4 sig/die (IC95%: 0,4-5,1 sig/die).

Gli adolescenti censiti nelle Fus che reputano innocuo fumare < 1,0 sig/die costituiscono il 13,0% (M: 12,7%; F: 13,6%), mentre i coetanei che non ritengono a rischio consumi > 1,0 sig/die sono pari al 31,0% (M: 29,6 %; F: 34,5%).

Conclusioni

Seppur con le cautele suggerite dalla "limitata dimensione della popolazione scolastica", constatiamo che:

- a) sia nei Fun che nei Fus i consumi tabagici delle fumatrici sono più elevati di quelli dichiarati dai fumatori;
- b) la prevalenza dei fumatori/trici e i consumi tabagici medi da loro dichiarati rilevati nei nuclei famigliari Fus sono, seppur con peso diverso, più elevati di quelli censiti nelle Fun.

Nell'insieme la percezione del rischio tabacco correlato espressa dagli studenti/esse appare superficiale e pericolosamente permissiva e gli/le adolescenti conviventi con Fus si rivelano più propensi/e dei/delle coetanei/e con Fun a ritenere innocuo fumare e indicano come privi di rischio per la salute consumi medi quotidiani di sigarette più elevati di quelli ritenuti innocui dai/dalle compagni/e di studi censiti/e nei Fun.

Ringraziamenti agli Autori e ai Revisori 2019

Si ringraziano tutti gli Autori che con i loro contributi scientifici, nel corso dello scorso anno, hanno arricchito *Tabaccologia* e i Revisori che hanno partecipato ai referaggi degli articoli apparsi sui 4 numeri di *Tabaccologia* 2019:

Daniel L. Amram, Massimo Baraldo, Lucio Casali, M. Sofia Cattaruzza, Cristian Chiamulera, Fiammetta Cosci, Gennaro Esposito, Fulvio Fantozzi, Giuseppe Gorini, Giacomo Mangiaracina, Paola Martucci, Alessandro Vegliach.

Lettera @ Tabaccologia

"Gole profonde" della Philip Morris nell'Agenzia dei Monopoli di Stato

Gentile Direttore di Tabaccologia,

il 5 dicembre scorso, la Polizia di Stato ha emesso un comunicato con cui informava l'opinione pubblica del fatto che alcuni alti dirigenti dei Monopoli di Stato, l'agenzia che controlla produzione, distribuzione e vendita dei tabacchi lavorati, hanno favorito illecitamente la Philip Morris Italia a discapito degli altri produttori concorrenti, in cambio della promessa di assunzione di persone segnalate dagli stessi dirigenti pubblici e di altre regalie.

Ancora più grave è il fatto che, secondo la Polizia di Stato, l'influenza di Philip Morris all'interno dell'Agenzia sarebbe stata tale da metterla in grado di favorire le carriere apicali; in particolare, nell'ambito di una riorganizzazione delle direzioni dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato, Philip Morris avrebbe brigato affinché l'incarico di Direttore Centrale delle Accise e dei Monopoli venisse affidato a un uomo asservito alla compagnia.

La notizia è stata ripresa con risalto solo da *Il Fatto Quotidiano*, ma sottaciuta dalla gran parte della stampa italiana, un silenzio che meravaglia, visto che, se le accuse venissero confermate, ci troveremmo di fronte a un caso di "controllo che suborna il controllore". Se le cose stanno così, considerati gli interessi che ruotano nel settore dei tabacchi, saremmo di fronte a uno scandalo enorme: in mano a chi è messa in Italia la gestione dei tabacchi?

Se, in apparenza, la questione riguarda la lealtà della concorrenza nel settore commerciale, in realtà essa riguarda anche la salute degli italiani, trattandosi del commercio di un prodotto (la sigaretta) che uccide un consumatore su due e che rappresenta in Italia la principale minaccia alla salute pubblica. Per il seguente motivo il prezzo delle sigarette è il principale determinante delle loro accessibilità:

quando il prezzo va su, la prevalenza di fumatori va giù. Il prezzo dei prodotti del tabacco è stabilito dalle aziende che perseguono i loro fini: tenere quanti più fumatori dipendenti dal tabacco e competere tra loro.

D'altra parte, il Governo dispone in merito alla struttura e all'entità della tassazione una componente rilevante del prezzo dei tabacchi lavorati, e l'Agenzia dei Monopoli supporta il Governo nella gestione della tassazione dei tabacchi. La tassazione, secondo l'OMS e la Banca Mondiale, è la leva che i governi devono usare saggiamente per aumentare i prezzi delle sigarette e ridurre la frequenza di fumatori.

Da questo punto di vista, il fatto che alcune multinazionali, ben note per i continui sforzi di interferire nelle politiche dei governi, possano avere tanta influenza all'interno dell'Agenzia è un fatto inquietante che non deve essere sottovalutato. A nostro parere, il rischio di corruzione e di infedeltà da parte dei pubblici funzionari aumenta laddove scarsa è la trasparenza, come è il caso della tassazione dei tabacchi, la cui regolazione è tanto ingarbugliata da consentire decisioni su cui c'è scarsa possibilità di controllo.

Un esempio di ciò è rappresentato dalla vicenda dell'articolo 80 della Legge di bilancio 2020 che, nell'ambito del capitolo II (tassazione con finalità ambientali e di salute), all'articolo 80 prevedeva un aumento delle tasse sui tabacchi.

L'aumento è stato spiegato dalla nota tecnica del MEF e dell'Agenzia dei Monopoli e, curiosamente, contraddiceva il senso dell'articolo 80, adducendo dati non corretti o del tutto irrealistici. Alla fine, l'art. 80 dispone un aumento della tassazione del tutto irrisorio, pari a un centesimo a sigaretta. Pertanto, a nostro avviso non si deve sminuire la gravità di questo episodio, tenendo sempre a mente che l'industria interviene, da

sempre, a vari livelli e con varie tattiche per interferire nella regolamentazione del tabacco e boicottare ogni misura in grado di minacciare i suoi profitti.

Alleanza per Tabacco Endgame

(www.tobaccoendgame.it)

Risposta

Condividiamo in pieno la lettera di denuncia di Alleanza per Tabacco Endgame. Come diciamo da anni, è necessario che le Istituzioni alzino la guardia contro le infiltrazioni tentacolari delle multinazionali del tabacco (*Big Tobacco*), e della Philip Morris in particolare. Questi ultimi episodi di corruzione di alcuni alti dirigenti dei Monopoli di Stato ci fanno comprendere la potenza corruttiva di *Big Tobacco* e ci aiutano a spiegare perché fino a oggi non si è riusciti ad apportare un aumento sostanzioso, e non ridicolo, al prezzo delle sigarette.

I governi hanno sempre svalutato e rigettato le evidenze della ricerca scientifica. Preferiscono un incasso *cash* annuo di 14-15 miliardi di euro dovuti a tasse e accise, noncuranti delle spese colossali dovute alle malattie causate dal tabagismo. Perciò si mantiene il "parco fumatori" come una mucca da mungere, avendo cura di non farli scappare dal recinto, dal quale comincerebbero a fuggire con serio aumento dei prezzi. Il problema sarà presto aggravato dal fatto che la Francia dai primi di gennaio ha effettuato un rincaro del pacchetto di sigarette: le meno care sono "passate" a 9,10 euro; altri due aumenti caratterizzeranno il 2020, così che, a fine anno, un pacchetto costerà al minimo 10 euro. I frontalieri verranno ad approvvigionarsi in Italia. Una vergogna infinita.

Giacomo Mangiaracina

Direttore Responsabile Tabaccologia

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

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

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

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani o animali devono chiaramente indicare sotto la responsabilità degli Autori nei "Metodi" che il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio e che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli standard etici stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli Autori devono esprimere il 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:** al termine del manoscritto devono essere indicate le referenze citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato fra parentesi quadra. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Le voci bibliografiche devono indicare, seguendo il noto Vancouver Style: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e la pagina di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-25. I capitoli dei libri devono indicare il cognome e le iniziali degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. *Bullous diseases of the lung*. In: Fishman AP, *Pulmonary diseases*. McGraw-Hill New York, 1998.

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

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

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

Segreteria di redazione: mirka.pulga@sintexservizi.it

Instructions to Authors

Tabaccologia (*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, Methods, Results, Discussion, Conclusions; and finally, when requested (as discussed before), the summary in English. The manuscript body should follow at page three. There is no word limit for the articles, except for the Editorials, which should not exceed 1000 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions. Review articles should provide for Conclusions as well.

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

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

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

- 1. Conflict of interest:** all authors should declare any occurring conflict of interest. Conflict of interest may subsist if an author (or the author's institution) has economical or personal relationships that may inappropriately influence his or her actions (biases).
- 2. Source of funding** (for Original Articles only): any source of funding should be declared by the authors. Tabaccologia applies an embargo policy towards contributions that received funding from tobacco industries and/or companies. Therefore, these contributions shall not be considered for publication.
- 3. Bibliography:** at the end of the manuscript body, quoted references should be listed in order of appearance in the text. No limits are given for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in brackets. For information on the Vancouver Style used by this journal please visit <http://www2.le.ac.uk/library/help/citing/vancouver-numbered-system/vancouver-numbered-system>. Quoted journal's articles should indicate: surname and name initials of all authors (maximum 6 authors), complete title of the article in its original language, abbreviated information of the journal, according to the Medical Index, publication year, volume and pages (beginning and end). For example: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-25. Book chapters should indicate the authors' surnames, names initials, the chapter title, surnames and names initials of the authors of the book, editor, place and year of publication. For example: Murphy DM, Fishman AP. *Bullous diseases of the lung*. In: Fishman AP, *Pulmonary diseases*. McGraw-Hill New York, 1998.

Websites should indicate the subject title and web address. For example: Carbon Monoxide – Environmental Health Center, National Safety Council: www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm.

Tables and image captions should follow the manuscript body and be enumerated consecutively. Images should be sent in separate files in Powerpoint (.ppt), in .tif or .jpg. Tabaccologia has the right to provide for corrections on the text. Articles not complying with the above instructions may not be considered for publication.

Editorial secretariat: mirka.pulga@sintexservizi.it



Join us in **Bologna**

In partnership with the CHEST Delegation Italy

congress.chestnet.org