



Tabaccologia

Tobaccology

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

Il tabagismo in Italia al tempo del COVID-19

Sigaretta elettronica: cosa bisogna sapere

I front group

Il risarcimento del danno da fumo passivo nel diritto civile

Studio multicentrico COSMO-IT

Alessitimia

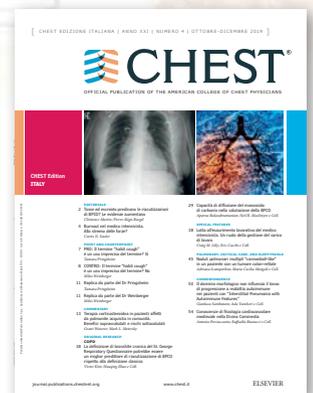
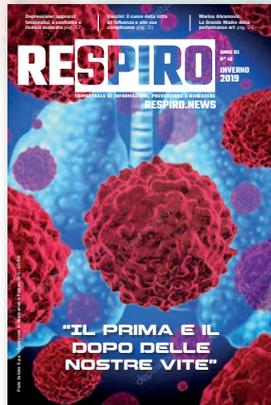
Antropozoonosi del SARS-CoV-2

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

Il valore di un'idea sta nel metterla in pratica

Thomas Alva Edison



La sinergia delle competenze è la forza delle nostre idee,
l'esperienza la capacità di metterle in pratica

Visita la sezione
Editoria del sito
www.sintexservizi.it

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano
☎ +39 02 66790460 - ✉ azienda@sintexservizi.it

🌐 www.sintexservizi.it

SEGUICI SU  

Dalla Redazione

COSMO-IT

Cari lettori, questo numero vede la sua uscita dopo la dura prova sanitaria imposta dal nuovo coronavirus.

Come ci ha ricordato recentemente il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella "bisogna evitare di confondere la libertà con il diritto di far ammalare altri". Se questo principio costituzionale è valido per questa terribile infezione virale da COVID-19, che ci è costata più di 35.000 morti e gravi conseguenze socio-economiche, pensiamo che debba altrettanto valere per i danni da fumo diretto (circa 80.000 morti/anno) e passivo (circa 3.000/anno), dati che riproponiamo all'attenzione dei nostri decisori di politica sanitaria.

L'editoriale del Direttore responsabile **Silvano Gallus** si focalizza su alcuni temi di stretta attualità trattati, in *streaming* causa COVID-19, in occasione del *World No-tobacco day* del 31 maggio scorso. Tra questi ricordiamo l'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su come si è modificato il tabagismo durante il *lockdown* degli italiani (**Pacifici**), la relazione sui 15 anni dall'entrata in vigore della legge antifumo (Sirchia), e l'influenza del tabagismo sulla prognosi del COVID-19 (**Garattini**). A questo proposito presentiamo lo studio multicentrico osservazionale **COSMO-IT** (31 centri italiani) promosso, fra gli altri, da SITAB, Istituto "Mario Negri", ISPRO, Istituto Superiore di Sanità, La Sapienza Università di Roma e Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Commentary proponiamo il contributo di **Thulasee Jose e coll.** su ciò che i medici devono sapere e fare per i pazienti in merito all'uso della sigaretta elettronica.

In Tribuna, **Claudio Tanca e coll.** della *Tobacco Free Kids Campaign* di Washington (USA) ci spiegano cosa sono i *front group*, ovvero gli ennesimi trucchi e inganni dell'industria del tabacco per influenzare le politiche governative di controllo del tabacco, mentre **Valentino Gardi** ci illustra il danno del fumo passivo dal punto di vista giuridico. A seguire **Mattia Scipioni** con una revisione sistematica tratta di un argomento misconosciuto a molti: l'alessitimia e i complessi rapporti emozionali con il tabagismo.

Il numero si chiude con la lettera di **Giovanni Di Guardo** che, prendendo spunto dal COVID-19, propone al lettore una bella riflessione sull'interconnessione tra salute umana, animale, ambientale.

Ricordo infine il *save the date* del nostro **Congresso Nazionale SITAB** che si terrà a Milano il 26-27 novembre 2020, COVID-19 permettendo.

Buona lettura.

Vincenzo Zagà
caporedattore@tabaccologia.it

Sommarario

EDITORIAL

- Il fumo in Italia ai tempi del COVID-19 5
[Silvano Gallus]
Smoking in Italy in the COVID-19 era

COMMENTARY

- Sigarette elettroniche: ciò che i medici devono sapere e fare per i pazienti 9
[Thulasee Jose, J Taylor Hays, David O. Warner]
Electronic cigarettes: what clinicians need to know and do for patients

TRIBUNA ARTICLES

- Strategie e inganni dei *front group* dell'industria del tabacco per indebolire le misure di controllo del tabagismo 16
[Claudio Tanca, Mark Hurley, Debra Rosen]
Tobacco industry front groups and allies tricks and deceptions to undermine tobacco control policies

- Il risarcimento del danno da fumo passivo nel diritto civile 26
[Valentino Gardi]
Compensation for second hand smoking damage in civil law

TRIBUNA PROJECT

- Il ruolo del fumo e altri fattori di rischio evitabili sulla gravità di COVID-19. Studio COSMO-IT (COvid-19 and SMOking in ITaly): uno studio longitudinale multicentrico in Italia 33
[Cristina Bosetti, Giuseppe Gorini, Maria Sofia Cattaruzza, Vincenzo Zagà, Silvano Gallus]

SISTEMATIC REVIEW

- Fumo di sigaretta e alessitimia: una revisione sistematica 35
[Mattia Scipioni, Chiara Conti, Carmela Franchella]
Cigarette smoking and alexithymia: a systematic review

TABAC MAIL

- Lettera @ Tabaccologia
COVID-19, One Health e... dintorni 42



DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2017-2020

PRESIDENTE

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

VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO / SEGRETERIA

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

PAST PRESIDENT

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

TESORERIA

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

CONSIGLIERI

Prof. Giacomo Mangiaracina
Professore a contratto, Facoltà di Medicina e Psicologia,
La Sapienza Università di Roma
g.mangiaracina@tabaccologia.it

Dott. Fabio Lugoboni
Unità Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria
Integrata 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,
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isontina
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. Scaglia 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 2020 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 66790460 - 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: **Silvano Gallus** (Milano)
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), **Alessandra Lugo** (Istituto "Mario Negri", MI), **Charilaos Lygidakis** (UNI Lussemburgo), **Giacomo Mangiaracina** (UNI Roma), **Stefano Piciolo** (UNI Messina), **Giovanni Pistone** (ASL-Novara), **Gherardo Siscaro** (Fondazione Maugeri, Agrigento), **Biagio Tinghino** (ASL-Monza), **Alessandro Vegliach** (ASL-Trieste).

COMITATO SCIENTIFICO ITALIANO: **Massimo Baraldo** (Farmacologia, UNI Udine), **Fabio Beatrice** (ORL-Torino), **Roberto Boffi** (Pneumologia, INT-Milano), **Lucio Casali** (Pneumologia-UNI Perugia), **Christian Chiamulera** (UNI Verona), **Enrico Clini** (UNI Modena e Reggio Emilia), **Fiammetta Cosci** (UNI Firenze), **Gennaro D'Amato** (Allergologico, Napoli), **Francesco de Blasio** (Pneumologo, Clinical Center, Napoli), **Mario Del Donno** (Benevento), **Marco Dell'Omo** (Medicina del Lavoro, UNI Perugia), **Giovanni Di Guardo** (Veterinaria, UNI Teramo), **Liana Fattore** (CNR, Cagliari), **Stefania La Grutta** (Pediatria, CNR, Palermo), **Fabio Lugoboni** (Medicina Dipendenze, A.O.U.I., Verona), **Paola Martucci** (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), **Margherita Melillo** (European University Institute, Firenze), **Claudio Micheletto** (Pneumologia, A.O.U.I., Verona), **Roberta Pacifici** (Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Nolita Pulerà** (Livorno), **Antonio Sacchetta** (Medicina, Osp. San Camillo, Treviso), **Franco Salvati** (Oncologo, FONICAP, Roma), **Elisabeth Tamang** (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto-VE), **Giovanni Viegi** (Direttore CNR, Palermo), **Francesca Zucchetta** (Psicologia, Monza).

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE: **Kamal Chauachi** (Antropologo e Tabaccologo, 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** (Ricerca, Philadelphia, Pennsylvania - USA), **Carlo Di Clemente** (USA), **J. Taylor Hays** (Mayo Clinic Rochester - USA), **Karl Fagerström** (Smokers Clinic and Fagerström Consulting - Svezia), **Esteve Fernandez Munoz** (Barcellona, Spagna), **M. Rosaria Galanti** (Karolinska University Hospital, Stoccolma - Svezia), **Jacque Le Houezec** (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), **Ryan Hurt** (Mayo Clinic, Rochester - USA), **John Studdard** (Presidente CHEST, Jackson Pulmonary Associates, Mississippi - USA), **Claudio Tanca** (Tobacco Free Kids, Washington - USA), **Antigona Trofor** (Pneumologa e Tabaccologa, Università di Iasi - Romania), **Michel Underner** (Université de Poitiers, FR), **Constantine Vardavas** (Hellenic Cancer Society - Athens).

COMITATO SCIENTIFICO D'ONORE: **Girolamo Sirchia** (ex-ministro della Salute, Ematologo, MI), **Silvio Garattini** (Istituto "Mario Negri", MI), **Michael Fiore** (University of Wisconsin, Madison - USA).

Con il Patrocinio: **Associazione Pazienti BPCO**, **FederAsma**, **LILT**, **Fondazione ANT Italia**, **ALIBERF Bologna** (Associazione Liberi dal Fumo), **Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS Milano**.

Partnership: **Benessere senza fumo** (BSF - Roma).

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 settembre 2020.

Il fumo in Italia ai tempi del COVID-19

Silvano Gallus

Con l'emergenza causata dal COVID-19 sono saltati tutti i sistemi di sorveglianza, previsti per il primo semestre 2020, volti a fornire dati sulle tendenze degli stili di vita degli italiani, fumo di tabacco incluso. Per esempio, a oggi non è stato possibile condurre la consueta indagine faccia a faccia della DOXA, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (IRFMN), volta a stimare le variazioni sulla prevalenza di fumatori in Italia. Le vendite dei prodotti di tabacco, tuttavia, ci forniscono alcune informazioni. Nel primo trimestre 2020 rispetto allo stesso periodo del

2019 si osserva un leggero calo, del 3%, delle vendite delle sigarette confezionate (82% di *market share*), ma un aumento del 7% delle sigarette rollate a mano (7% di *market share*) e soprattutto un raddoppio (+103%) delle vendite di prodotti a tabacco riscaldato (HTP) come IQOS e Glo. Questi ultimi prodotti, con il 7% di *market share*, raggiungono per la prima volta i trincianti per sigarette rollate a mano. L'aumento delle vendite degli HTP ha così trainato le vendite di tutti i prodotti di tabacco, che sono complessivamente aumentate dell'1%. Altre informazioni importanti provengono da un'indagine online condotta da ISS, IRFMN, Università

Vita-Salute del San Raffaele e Istituto per lo studio la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO), all'interno del progetto *Lost in Italy* (LOCKdown and lifeSTyles IN ITALY) [1]. Tale indagine, basata su un campione online DOXA di 6.003 adulti rappresentativo della popolazione italiana di 18-74 anni, si è posta l'obiettivo di valutare come siano cambiati gli stili di vita, in particolare le abitudini al fumo, degli italiani durante il *lockdown*. I risultati di questa indagine sono stati presentati dalla Dott.ssa Pacifici dell'ISS durante il XXII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, tenutosi in diretta streaming il 29 maggio 2020 (Figura 1).

Smoking in Italy in the COVID-19 era

Silvano Gallus

With the emergency caused by COVID-19, all the surveillance systems planned for the first half of 2020 and aimed at providing data on the trends of Italian lifestyles, including tobacco smoking, were suppressed. For example, the usual face-to-face DOXA survey, annually conducted by the Istituto Superiore di Sanità (ISS) and the "Mario Negri" Institute for Pharmacological Research (IRFMN) to estimate smoking trends in Italy, has not been conducted yet.

The legal sales of tobacco products, however, are important sources of information. In the first quarter of

2020 compared to the same period of 2019 we observe a slight decrease of 3% in sales of manufactured cigarettes (82% of market share), but a 7% increase in roll-your-own (RYO) tobacco (7% of market share) and in particular a doubling (+ 103%) of sales of heated tobacco products (HTP) such as IQOS and Glo. The latter products, with a 7% of market share, reach this year for the first time the market share of RYO tobacco products. Due to the increase in HTP sales, tobacco products grew by 1% overall. Other important data come from an online survey conducted by ISS, IRFMN, Vita-Salute San Raffaele University and Institute for the study

of prevention and the oncological network (ISPRO) within the *Lost in Italy* project (LOCKdown and lifeSTyles IN ITALY) [1]. This survey, based on a DOXA online sample of 6,003 adults representative of the Italian population aged 18-74 years, aims to assess how the Italian lifestyles, particularly smoking habit, changed during the lockdown. The results of this investigation were presented by Dr. Pacifici of the ISS during the XXII National Congress on Tobacco and National Health Service, held live streaming on May 29th, 2020 (Figure 1).

Overall, 23.3% of Italians reported to be current smokers before the lockdown (reference, January-February 2020).

Nell'indagine, il 23,3% degli italiani ha dichiarato che era fumatore prima del lockdown (riferimento, gennaio-febbraio 2020) e il 21,9% di essere fumatore durante il lockdown (riferimento, aprile 2020). A fronte di questa lieve diminuzione del numero di fumatori, c'è stato un grande aumento del numero di sigarette consumate al giorno: in media si è passati da 10,9 a 12,7 sigarette al giorno. Ciò ha portato a un aumento complessivo dei consumi di sigarette in Italia del 9,1%.

Prima del lockdown, il 4,4% usava le sigarette elettroniche occasionalmente e il 3,7% regolarmente (su base giornaliera). Durante il lockdown il 4,7% usava sigarette elettroniche occasionalmente e il 4,4% regolarmente. Quindi i consumatori di sigaretta elettronica sono aumentati dal 8,1% al 9,1% tra prima e durante il lockdown. È stato anche osservato un generale aumento del numero di puff al giorno tra i consumatori. Infine, prima del lockdown,

bruary 2020) and 21.9% during the lockdown (reference, April 2020). In the face of this slight decrease in the number of smokers, there has been a large increase in the number of cigarettes consumed per day: on average this grew from 10.9 to 12.7 cigarettes per day. This led to an overall increase in cigarette consumption in Italy by 9.1%. Prior to the lockdown, 4.4% used e-cigarettes occasionally and 3.7% regularly (on a daily basis). During the lockdown, 4.7% used e-cigarettes occasionally and 4.4% regularly. Hence e-cigarette users increased from 8.1% to 9.1% during the lockdown. A general increase in the number of puffs per day among users has also been observed. Finally, before the lockdown, 2.6% used HTP occasionally and 1.5% regularly. During the lockdown, 2.4% used HTP occasionally and 2.0% regularly. Therefore, HTP users increased from 4.0% to 4.5%.



Figura 1 La Dott.ssa Roberta Pacifici, responsabile del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS, presenta, durante il XXII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, i centri partner del progetto *Lost in Italy*.

Figure 1 Dr. Roberta Pacifici, head of the ISS National Dependency and Doping Center, presents the partner centers of the *Lost in Italy* project during the XXII National Tobacco and National Health Service Conference.



Figura 2 Il Prof. Silvio Garattini, presidente dell'IRFMN di Milano, presenta una relazione inerente al ruolo del fumo sul COVID-19.

Figure 2 Prof. Silvio Garattini, president of the IRFMN in Milan, shows a presentation concerning the role of smoking on COVID-19.

il 2,6% usava HTP occasionalmente e l'1,5% regolarmente. Durante il lockdown il 2,4% usava HTP occasionalmente e il 2,0% regolarmente. Quindi i consumatori di HTP sono aumentati dal 4,0% al 4,5%.

Durante lo stesso convegno del 29 maggio, il Prof. Garattini, Presidente dell'IRFMN, ha effettuato un approfondimento su fumo e COVID-19, mostrando le evidenze disponibili sul ruolo del fumo di tabacco su incidenza, ospedalizzazione, gravità e mortalità per COVID-19 (Figura 2).

Il Prof. Garattini ha mostrato come gli studi clinico-epidemiologici sul rischio di infezione da SARS-CoV-2 rilevino sistematicamente basse frequenze di fumatori, ma presentino importanti limiti metodologici. Al contrario, l'associazione con il tabacco, come fattore di progressione della malattia da COVID-19, risulta consistente e forte. Mancano dati su sigarette elettroniche e altri tipi di tabacco, compresi HTP.

During the same conference on May 29th, Prof. Garattini, President of IRFMN, focused on smoking and COVID-19, showing the current evidence of the role of tobacco smoking on incidence, hospitalization, severity and mortality for COVID-19 (Figure 2).

Prof. Garattini has shown how clinical-epidemiological studies on the risk of SARS-CoV-2 infection systematically detect low frequencies of smokers but have important methodological limitations. In contrast, the association of tobacco as a COVID-19 disease progression factor is consistent and strong. Data on e-cigarettes and other types of tobacco products, including HTP, are missing. Prof. Garattini concluded that there is a strong need for longitudinal data on the association between smoking and COVID-19. Italy, a country strongly affected by Covid-19, is going in this direction with the multicenter COSMO-IT

XXII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale

Cosa vorremmo accadesse nei prossimi

- Aggiornamento della legge «Sirchia»**
 - Estensione dei divieti in altri luoghi all'aperto
 - Estensione dei divieti ai prodotti del tabacco riscaldato e alle sigarette elettroniche
 - Eliminazione delle sale per fumatori
- Aggiornamento della legge sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco e con nicotina**
 - Estensione ai prodotti del tabacco riscaldato e alle sigarette elettroniche
 - Divieto di sponsorizzazione e promozione di eventi sportivi, scientifici, culturali ecc.
- Adeguamento misure fiscali**

ULTERIORE RIDUZIONE DELLA PREVALENZA



Figura 3 La Dott.ssa Daniela Galeone, del Ministero della Salute, presenta ciò che il Ministero si auspica nei prossimi anni.

Figure 3 Dr. Daniela Galeone, of the Ministry of Health, shows the tobacco control plans for the next few years.

study (Covid-19 & SMOKing in Italy), which will provide new data on this issue (see the focus on the COSMO-IT study, available on this issue of *Tobaccologia*).

The last intervention of the conference was that of Dr. Galeone, of the Ministry of Health, who showed the objectives of the National Prevention Plan (PNP) on tobacco control. Lights and shadows of the Italian situation emerged at regional and national level (Figure 3).

Dr. Galeone did not hesitate to blame all those scientific societies, the number of which is still growing, which accept sponsorships and participation of the tobacco industry in national conferences. We recall in this regard that the "Mario Negri" Institute, supported by SITAB and the promoting group of tobaccoendgame.it, prepared a document to underline the importance of independence from the tobacco industry [2]. The signatories

of this document, already signed by many companies and other scientific institutions, undertake not to accept any compensation or financing, direct or indirect, from the tobacco companies and not to involve the same companies in any kind of scientific debate. We remind you that it is always possible to adhere to this document [2].

Il Prof. Garattini ha concluso che c'è una forte esigenza di dati da parte di studi longitudinali sulla relazione fumo e COVID. L'Italia, Paese fortemente colpito dal COVID-19, sta andando in questa direzione con lo studio multicentrico COSMO-IT (COVid-19 & SMOKing in ITaly), che fornirà nuovi dati sull'argomento (si veda il focus sullo studio COSMO-IT, presente in questo numero di *Tabaccologia*).

L'ultimo intervento del Convegno è stato quello della Dott.ssa Galeone, del Ministero della Salute, che ha mostrato gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) sul controllo del tabagismo. Sono emerse luci e ombre della situazione italiana a livello regionale e nazionale (**Figura 3**).

La Dott.ssa Galeone non ha esitato a biasimare tutte quelle Società

scientifiche, il cui numero è ancora in crescita, che accettano sponsorizzazioni e partecipazioni dell'industria del tabacco ai congressi nazionali. Ricordiamo a questo proposito che l'Istituto "Mario Negri", supportato dalla SITAB e dal gruppo promotore di *tobaccoendgame.it*, ha preparato un comunicato per sottolineare l'importanza dell'indipendenza dall'industria del tabacco [2]. I firmatari di questo comunicato, già sottoscritto da molte Società e altre Istituzioni scientifiche, si impegnano tra le altre cose a non accettare alcun compenso o finanziamento, diretto o indiretto, da parte delle compagnie del tabacco e a non coinvolgere ad alcun titolo le stesse in sede di dibattito scientifico. Ricordiamo che è sempre possibile aderire a questo comunicato [2].

[*Tabaccologia* 2020; 2:5-8]

Silvano Gallus

Direttore Responsabile di *Tabaccologia*
Istituto di Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri" IRCCS

✉ direttore@tabaccologia.it

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

Bibliografia

1. Odone A, Lugo A, Amerio A, Borroni E, Bosetti C, Carreras G, et al. COVID-19 lockdown impact on lifestyle habits of Italian adults. *Acta Biomed* 2020; 91(9-S):87-9.
2. Gallus S, Garattini S. Scienza: l'importanza dell'indipendenza dall'industria del tabacco. Pubblicato il 9 dicembre 2019. Disponibile online presso: <https://www.marionegri.it/magazine/liberta-ricerca-scientifica>.



XVI Congresso Nazionale Società Italiana di Tabaccologia

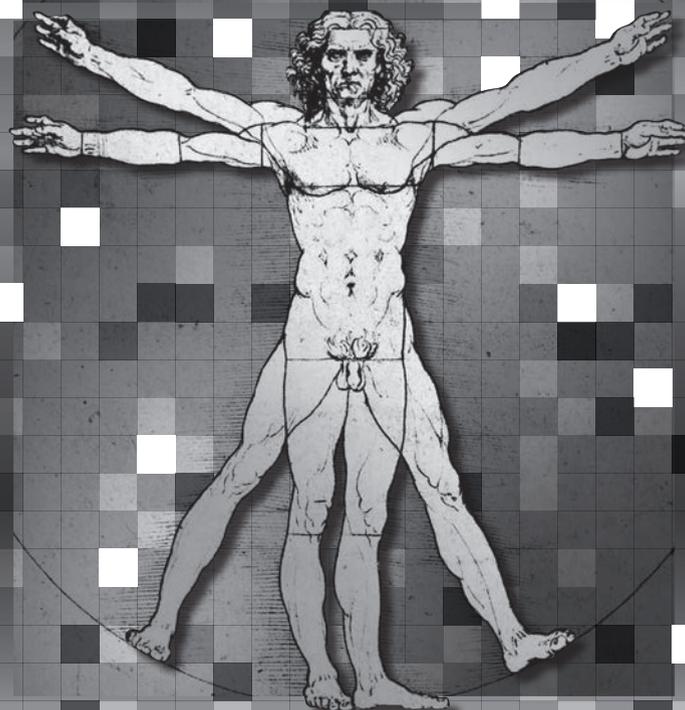
TABACCOLOGIA
Obiettivo Formazione

Milano,
26-27 novembre 2020

Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale
dei Tumori
(via Venezian, 1)

www.tabaccologia.it

e-mail: eceventieconsulenze@gmail.com



Sigarette elettroniche: ciò che i medici devono sapere e fare per i pazienti

Thulasee Jose, J Taylor Hays, David O. Warner

Parole chiave: Sigarette elettroniche, Vaping, Tabacco, Nicotina.

Lo scenario tradizionale dei prodotti del tabacco ha subito una drastica evoluzione con l'arrivo delle sigarette elettroniche (conosciute con diversi altri nomi compresi svapatori, *e-hookahs*, penne a svapo, sistemi a serbatoio, *mods*, sistemi elettronici di erogazione della nicotina, *e-cigarette*). Le *e-cigarette* (*e-cig*) sono dispositivi a pile che riscaldano un liquido per fornire un aerosol che può essere inalato [1]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), globalmente

c'è una costante riduzione del numero stimato di fumatori. Ma il numero delle persone che usano le *e-cig* è schizzato da circa 7 milioni nel 2011 ad almeno 41 milioni nel 2018 [2]. Uno studio italiano recente con un campione ampiamente rappresentativo mostrava che quasi il 5,7% della popolazione riferiva di aver usato "almeno una volta *e-cig*". Un consumo maggiore di *e-cig* era riportato tra uomini, ex-fumatori e fumatori attuali. Tra coloro che hanno usato "almeno una volta *e-cig*", almeno un quar-

to le fumava in modo abituale [3]. In U.S.A. c'è un costante aumento di consumo di *e-cig* riportato tra adolescenti [4], donne in gravidanza [5] e pazienti oncologici [6]. Per esempio, circa un quarto degli adolescenti in U.S.A. riferisce di consumare *e-cig* [7]. Anche se le *e-cig* sono generalmente considerate come meno dannose rispetto alle sigarette tradizionali, i rischi globali sulla salute sono sconosciuti, essendo essenzialmente impossibile avere informazioni circa i loro effetti sulla

Electronic cigarettes: what clinicians need to know and do for patients

Thulasee Jose, J Taylor Hays, David O. Warner

Keywords: *Electronic Cigarettes, Vaping, Tobacco, Nicotine.*

The traditional landscape of tobacco products has evolved drastically with the advent of electronic cigarettes (also known by several other names, including vapes, *e-hookahs*, vape pens, tank systems, *mods*, electronic nicotine delivery devices, and "E-cigarettes"). E-cigarettes are battery-operated devices that heat a liquid to yield an aerosol that can be inhaled [1]. According to the World Health Organization, globally there is steady decrease in the estimated number of cigarette smokers. But the num-

ber of people using E-cigarettes has ballooned from about seven million in 2011 to at least 41 million in 2018 [2]. A recent Italian study with a large representative sample showed that nearly 5.7% reported affirmatively to "ever using e-cigarettes". More E-cigarette use was reported among men, ex-smokers and current-smokers. Among those who "ever used E-cigarettes", at least a quarter smoked e-cigarettes regularly [3]. In the United States, there is steady rise in E-cigarette use reported among adolescents

[4], pregnant women [5] and cancer patients [6]. For example, approximately one in four adolescents in the United States report using E-cigarettes [7]. Even though E-cigarettes are generally assumed to be less harmful than traditional cigarettes, their overall health risks are unknown, as there is essentially no available information on their long-term health effects [8]. Advocates for E-cigarettes believe these devices used as a form of nicotine replacement therapy to help cigarette smokers quit. The

salute a lungo termine [8]. I sostenitori delle e-cig credono che questi dispositivi vengano usati come una forma di terapia sostitutiva nicotinicca per aiutare i fumatori di sigarette a cessare di fumare. La letteratura che sostiene questo è lontana dall'essere definitiva ed è stata largamente basata su studi osservazionali; dati limitati da studi clinici randomizzati e metodologicamente solidi che confrontano e-cig con la terapia sostitutiva nicotinicca convenzionale forniscono un qualche supporto ma la maggioranza degli studi è ancora in corso [9-12]. D'altro canto, molti sostenitori della salute argomenterebbero che le e-cig possano cancellare decenni di progressi nella riduzione delle prevalenze del fumo e possano aumentare il rischio per le giovani generazioni di diventare dipendenti alla nicotina [13,14]. Globalmente ci sono considerevoli variazioni negli approcci a questi dispositivi. La U.S. Preventive Services Task Force, un

gruppo di volontari indipendenti esperti nazionali nella prevenzione delle malattie e in medicina basata sull'evidenza, ha concluso che c'è insufficiente evidenza per raccomandare le e-cig per la cessazione del fumo di tabacco in adulti [15]. Al contrario, in UK i servizi nazionali della salute (NHS) e il Public Health England (PHE) [16] hanno già approvato le e-cig come più "sicure" del 95% rispetto al tabacco, e hanno lanciato campagne per convincere i fumatori che svapare è significativamente meno dannosa come alternativa al fumare.

Un fattore che contribuisce all'uso di questi dispositivi è che l'industria delle e-cig si è rapidamente evoluta per introdurre dispositivi altamente sofisticati con tecnologie incorporate che possono erogare la nicotina in modo quasi efficiente quanto le sigarette tradizionali [17-19]. Gli attuali regolamenti sull'industria delle e-cig in U.S.A. sono minimi e le politiche di regolamentazione so-

no state contemplate solo recentemente [20,21]. I fabbricanti di e-cig più importanti come il JUUL, parzialmente di proprietà della compagnia di tabacco Altria (azienda sorella di Philip Morris), sono accusati di fare azioni di marketing indirizzate ai giovani [22,23]. Questi dispositivi hanno l'aspetto futuristico e possono apparire "più sicuri" rispetto alle sigarette tradizionali [24].

Molti dispositivi offrono *Pods* alla nicotina in sapori che piacciono sia ai giovani che agli adulti in ugual modo [25], come mentolo e frutta, e venduti sotto nomi dubbiosi come "unicorno", "scoppio di stelle", "pop tart", etc. Malgrado questi modesti epiteti, un singolo *pod* alla nicotina contenente una soluzione al 5% può erogare tanta nicotina quanto un pacchetto di sigarette e in qualche caso anche il doppio [18]. Quindi è probabile che l'uso diffuso di questi dispositivi da parte dei giovani stia creando una nuova generazione di giova-

literature supporting this is far from settled and has largely been based on observational studies; limited data from methodologically sound randomized clinical trials comparing E-cigarettes with conventional nicotine replacement therapy provide some support but most trials are ongoing [9-12]. On the other hand, many health advocates would argue that E-cigarettes could erase decades of progress in reducing smoking rates and will increase the risk for the younger generation to become addicted to nicotine [13,14]. Globally, there are considerable variations in the overall approach to these devices.

The U.S. Preventive Services Task Force, an independent volunteer panel of national experts in disease prevention and evidence-based medicine, has concluded that there is insufficient evidence to recommend E-cigarettes for tobacco cessation in adults [15]. In contrast, in the U.K, the National Health Services (NHS) and Public Health

England (PHE) [16] has already endorsed e-cigarettes to be 95 per cent "safer" than tobacco, and launched campaigns to convince smokers that vaping is a significantly less damaging alternative to smoking.

One factor contributing to the increasing use of these devices is that the E-cigarette industry has rapidly evolved to introduce highly sophisticated devices with embedded technologies that can deliver nicotine almost as efficiently as traditional cigarettes [17-19]. Current regulations on the E-cigarette industry in the US are minimal and regulatory policies are only now being contemplated [20,21], Leading E-cigarette manufacturers such as JUUL, partially owned by tobacco company Altria (parent company of Phillip Morris), are being scrutinized for marketing to youth [22, 23]. These devices look futuristic and may appear "safer" than traditional cigarettes [24]. Many devices offer nicotine pods in flavors

that appeal to both youth and adults equally [25], such as menthol and fruit marketed under dubious names such as "unicorn", "starburst", "pop tart" etc.

Despite these unassuming names, a single nicotine pod containing a 5% nicotine solution can deliver as much nicotine as a pack of cigarettes and in some cases, twice as much [18]. Thus, it is likely that the widespread use of these devices by young people is creating a new generation of young nicotine addicts [26,27]. This is a legitimate concern since the prevalence of current E-cigarette use among the never and former smokers has increased significantly [28].

In addition to the potential to create or maintain nicotine addiction, there are increasing concerns about the long term health effects of vapor exposure. Inhalation of vapor causes several potentially detrimental cardiovascular effects [29, 30], including increased risk of myocardial infarction [31]. Chronic

ni dipendenti dalla nicotina [26,27]. Questa è una preoccupazione legittima nella misura in cui la prevalenza del consumo attuale di e-cig tra mai ed ex-fumatori è aumentato in modo considerevole [28]. Oltre alla potenzialità di creare o mantenere una dipendenza, ci sono preoccupazioni crescenti sugli effetti a lungo termine dell'esposizione ai vapori. L'inalazione del vapore causa diversi effetti cardiovascolari negativi [29,30] compreso un rischio aumentato di infarto al miocardio [31]. Un consumo cronico di e-cig porta a diversi effetti vascolari avversi compresa perfusione anomala del miocardio [32]. Nel periodo preoperatorio, le e-cig causano una ridotta circolazione microvascolare [33] e complicanze nella guarigione delle ferite [33-35]. L'inalazione del vapore di e-cig può causare diversi effetti polmonari avversi [36,37], compreso un danno polmonare acuto [38,39]. Il potenziale per il

danno polmonare è stato evidenziato da una crisi epidemica ancora in corso negli U.S.A. che riguarda l'uso di e-cig [40]. La causa del danno rimane sconosciuta ma molti casi puntano al coinvolgimento dell'acetato di vitamina E [41] che potrebbe causare un danno chimico diretto al polmone [42].

La maggioranza dei casi coinvolge la vaporizzazione di soluzioni illecite di tetraidrocannabinolo (THC), ma il coinvolgimento di soluzioni contenenti nicotina non può essere escluso [43]. Il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) statunitense ha coniato il termine di "danno polmonare associato a uso di e-cig o svapo" (EVALI) per descrivere i danni che coinvolgono l'uso di e-cig e ha prodotto linee guida provvisorie per i clinici che prendono in carico i pazienti con il sospetto di EVALI [44]. Una recente indagine epidemiologica basata sulla popolazione ha mostrato un'associazione tra uso di

e-cig con una nuova diagnosi di malattia polmonare cronica [45]. Dal momento che mancano di regolamentazioni sulla commercializzazione e disponibilità delle e-cig e dispositivi simili, oltre al fatto che la gente può vaporizzare pressoché qualsiasi cosa, risulta difficile valutare il vero impatto sulla salute pubblica di questi dispositivi. Ci sono anche diversi *case report* su altre forme di danno acuto, comprese esplosioni di pile, ustioni e ingestione accidentale di e-liquidi [46-48]. La ricerca dimostra che molti clinici sono preoccupati del consumo di e-cig tra i pazienti, ma sanno poco di esse [49,50]. La maggioranza dei clinici non indaga né fornisce *counselling* agli adolescenti sull'uso di e-cig [51]. Non tutti i clinici sono contrari all'uso di e-cig e possono condividere prospettive varie sulla sicurezza ed efficacia delle e-cig [52,53]. Da un modello di cura improntato sulla riduzione del danno, l'uso di un prodotto del tabacco

E-cigarette use leads to adverse vascular effects including abnormal myocardial perfusion [32]. In the perioperative period, E-cigarettes cause reduced microvascular circulation [33] and wound healing complications [33-35]. Inhalation of E-cigarette vapor can cause several adverse pulmonary effects [36,37] including acute lung injury [38,39]. The potential for pulmonary injury has been highlighted by an ongoing epidemic crisis across the U.S involving E-cigarette use [40]. The cause of injury remains unknown, but many cases point to the involvement of vitamin E acetate, 41 which could cause direct chemical injury to the lung [42]. Most cases involve the vaporization of illicit solutions of tetrahydrocannabinol (THC), but involvement of nicotine-containing solutions cannot be excluded [43]. The United States Centers for Disease Control and Prevention has coined the term E-cigarette or Vaping product use

Associated Lung Injury (EVALI) to describe the injuries involving the use of E-cigarettes and released interim guidelines for clinicians taking care of patients suspected of EVALI [44]. A recent population based epidemiological investigation has also shown an association of E-cigarette use with a new diagnosis of chronic lung disease [45]. With a lack of regulations on the marketing and availability of E-cigarettes and similar devices, combined with the fact that people can vaporize almost anything, it may prove very difficult to ascertain the true public health impact of these devices. There are also several case reports of other forms of acute injury, including battery explosions, burns and accidental ingestion of E-liquids [46-48].

Research shows that many clinicians are concerned about E-cigarette use among patients, but know little about them [49,50]. Most clinicians do not screen or counsel adoles-

cents on E-cigarette use [51]. Not all clinicians are against the use of e-cigarettes and many share mixed perspectives about the safety and efficacy of E-cigarettes [52,53]. From a harm reduction model of care, using non-combustible tobacco product such as E-cigarettes could be viewed as a "safer" option than using combustible tobacco products. Advocates point to the use of snus (a pasteurized smokeless tobacco product) in Sweden, which was associated with a decrease in smoking prevalence [54]. However, with the recent reports of a high rate of youth consumption and serious lung injury, public perceptions of E-cigarettes may be changing [55], and many now view E-cigarettes as harmful as cigarettes [56]. Therefore, it is expected that more patients will have questions for their clinicians about E-cigarettes, particularly on their safety and efficacy [57]. The lack of knowledge regarding the risks and benefits or

non combustibile come le e-cig può essere visto come un'opzione "più sicura" che usare prodotti di tabacco combustibili. I sostenitori puntano all'uso di *snus* (un prodotto pastorizzato di tabacco senza fumo) in Svezia, che fu associato a una riduzione della prevalenza del fumo [54].

Tuttavia, con i recenti studi di un consumo giovanile di alto grado e danno polmonare severo, le percezioni del pubblico sulle e-cig possono essere in una fase di cambiamento [55] e molte persone considerano adesso le e-cig come dannose quanto le sigarette [56]. Quindi è atteso che più pazienti avranno domande per i loro medici sulle e-cig, in particolare sulla loro sicurezza ed efficacia [57]. La mancanza di conoscenza riguardante i rischi e benefici del loro utilizzo rende difficile per i clinici discutere l'uso di e-cig con i pazienti. Mentre c'è un ovvio bisogno per i clinici di parlare con i loro pazienti dell'uso

di e-cig, non c'è una volontà coerente nell'ambito della comunità medica di documentare l'uso di e-cig da parte dei pazienti [58-60]. Poche linee guida sono state pubblicate sulla valutazione, quantificazione e dipendenza sulle e-cig [61-63], e non sorprende il fatto che gli attuali sistemi di registrazione elettronica delle cartelle sanitarie non prevedano la documentazione dell'uso di e-cig. C'è bisogno di queste soluzioni per aiutare i clinici a gestire meglio i loro pazienti [64].

Tutte queste considerazioni portano al bisogno di rendere prioritaria l'educazione dei clinici sulle e-cig, iniziando da un addestramento precoce. Per esempio, c'è un bisogno generale di un migliore addestramento sul controllo del tabacco nell'ambito del curriculum della specializzazione clinica; l'attuale educazione di norma non include dispositivi e-cig e la presa in carico clinica dei pazienti che usano questi

dispositivi, come pure altri argomenti su altri prodotti del tabacco. Per esempio, uno studio recente tra specializzandi riportava che anche se molti ritenevano che le e-cig creassero minor dipendenza rispetto alle sigarette tradizionali, la maggioranza degli allievi richiedeva ulteriori informazioni basate su evidenza scientifica sull'efficacia e sulla sicurezza a lungo termine delle e-cig prima di raccomandarle ai loro pazienti [65].

Siccome l'uso di tabacco è la prima causa di morte evitabile, le future generazioni di clinici devono essere addestrate e informate appropriatamente. Anche i medici praticanti necessitano di addestramento, e ambedue le società specialistiche e i provveditori di insegnamento medico continuativo devono urgentemente affrontare questo problema. C'è un bisogno pressante di sviluppare linee guida cliniche coerenti che possano aiutare i clinici a fornire buona informazione

their use makes it challenging for clinicians to discuss E-cigarette use with patients.

While there is an obvious need for clinicians to engage their patients regarding E-cigarettes use, there is no consistent approach among the medical community to document patients' E-cigarette use [58-60]. Few guidelines have been published on assessment, measurement and dependence on E-cigarettes [61-63], and it is no surprise that the current electronic health record systems do not provide a consistent approach to document E-cigarette use. Such solutions are needed to help clinicians better manage their patients [64].

All these considerations point to the need to prioritize the education of clinicians about E-cigarettes, beginning early in training. For example, there is a general need for better training in tobacco control within clinical residency curriculum; current education usually does not

include E-cigarette devices and clinical management of patients using these devices along with other topics on other tobacco products. For example, a recent study among medical residents reported that even though many considered the electronic cigarettes to be less addicting than traditional cigarettes, most trainees wanted further evidence-based education on efficacy and long-term safety of electronic cigarettes before recommending it to their patients [65]. Since tobacco use is the number one cause of preventable death, future generation of clinicians must be trained and educated appropriately. Clinicians in practice also require training, and both specialty societies and continuing medical education providers need to urgently address this issue. There is a pressing need to develop consistent clinical guidelines to help clinicians provide good information to their patients, providing an opportunity

to hold an international consensus conference on this topic.

In the meantime, clinicians should regularly ascertain and document the use of E-cigarettes by their patients, including the use of the EHR documentations as appropriate. Patients (especially young patients) who do not smoke cigarettes should be strongly advised against E-cigarette use, highlighting the effects of chronic nicotine exposure on the brain and the unknown long- (and short-) health risks of these devices [44]. Patients considering their use to help quit regular cigarette smoking should be advised that it is not yet certain that they are efficacious for this indication, that they may have their own health risks, and that evidence to date suggests that they may simply be trading one form of nicotine addiction for another – while honestly acknowledging that much remains unknown about E-cigarettes.

ai loro pazienti, dando l'opportunità di tenere un dibattito internazionale di consenso su questo argomento. Nel frattempo, i clinici dovrebbero stabilire e documentare l'uso di e-cig da parte dei loro pazienti, anche nelle cartelle cliniche elettroniche. I pazienti (in special modo i giovani) che non fumano sigarette dovrebbero essere fortemente scoraggiati nell'uso delle e-cig, mettendo in luce gli effetti potenziali dell'esposizione cronica alla nicotina sul cervello e dei rischi sulla salute a lungo (e a breve) termine di questi dispositivi [44]. I pazienti che considerano il loro uso come aiuto per smettere di fumare devono essere avvertiti che non c'è ancora certezza sulla loro efficacia per questa indicazione, che

potrebbero avere dei rischi specifici per la salute, e che a oggi l'evidenza suggerisce che potrebbero semplicemente passare da una forma di dipendenza da nicotina a un'altra – riconoscendo onestamente che molte informazioni sulle e-cig rimangono sconosciute.

[*Tabaccologia 2020; 2:9-15*]

Thulasee Jose

Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN

J Taylor Hays

Department of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN
Nicotine Dependence Center, Mayo Clinic, Rochester, MN

David O. Warner

Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN
Mayo Clinic Alix School of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN

Corresponding author: Thulasee Jose

Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine
Mayo Clinic
200 First St. SW
Rochester, MN 55905
Phone: 507-772-0703
✉ jose.thulasee@mayo.edu

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

Bibliografia

1. U.S. Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA. 2016.
2. Organization WH. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. 2018.
3. Liu X, Lugo A, Davoli E, et al. Electronic cigarettes in Italy: a tool for harm reduction or a gateway to smoking tobacco? *Tob Control* 2020;29:148-52.
4. Cullen KA, Gentzke AS, Sawdey MD, et al. e-cigarette use among youth in the United States, 2019. *JAMA* 2019;322:2095-103.
5. Liu B, Xu G, Rong S, et al. National estimates of e-cigarette use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age in the United States, 2014-2017. *JAMA Pediatr* 2019; 173:600-2.
6. Sanford NN, Sher DJ, Xu X, Aizer AA, Mahal BA. Trends in smoking and e-cigarette use among US patients with cancer, 2014-2017. *JAMA Oncol* 2019;5:426-8.
7. Krishnan-Sarin S, Jackson A, Morean M, et al. E-cigarette devices used by high-school youth. *Drug Alcohol Depend* 2019;194:395-400.
8. Dinakar C, O'Connor GT. The health effects of electronic cigarettes. *N Engl J Med* 2016;375:1372-81.
9. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *N Engl J Med* 2019;380:629-37.
10. Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-37.
11. Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, et al. Efficiency and Safety of an eElectronic cigAreTte (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. *PLoS One* 2013;8:e66317.
12. Halpern SD, Harhay MO, Saulsgiver K, et al. A pragmatic trial of e-cigarettes, incentives, and drugs for smoking cessation. *N Engl J Med* 2018;378:2302-10.
13. Pediatrics AAo. Are e-cigarettes a gateway to future cigarette use? *AAP Grand Rounds* 2019;41:66-66.
14. Khouja JN, Suddell SF, Peters SE, et al. Does e-cigarette use in non-smoking young adults act as a gateway to smoking? A systematic review and meta-analysis. *medRxiv* 2019:19007005.
15. Siu AL. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015;163:622-34.
16. McNeil A, Brose L, Calder R, et al. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. *Public Health England* 2015;111.
17. Goniewicz ML, Boykan R, Messina CR, et al. High exposure to nicotine among adolescents who use Juul and other vape pod systems ('pods'). *Tob Control* 2019;28:676-7.
18. Talih S, Salman R, El-Hage R, et al. Characteristics and toxicant emissions of JUUL electronic cigarettes. *Tob Control* 2019;28:678-80.
19. Omaiye EE, McWhirter KJ, Luo W, et al. High-nicotine electronic cigarette products: toxicity of JUUL fluids and aerosols correlates strongly with nicotine and some flavor chemical concentrations. *Chem Res Toxicol* 2019;32:1058-69.

- 20.** Chowdhury A. Regulation of electronic cigarettes in the United States. In: *Smoking-Prevention, Cessation and Health Effects*. IntechOpen; 2019.
- 21.** Bold KW, Krishnan-Sarin S. E-cigarettes: tobacco policy and regulation. *Curr Addict Rep* 2019;1-11.
- 22.** Jackler RK, Ramamurthi D. Nicotine arms race: JUUL and the high-nicotine product market. *Tob Control* 2019;28:623-8.
- 23.** Nardone N, Helen GS, Addo N, et al. JUUL electronic cigarettes: nicotine exposure and the user experience. *Drug Alcohol Depend* 2019;203:83-7.
- 24.** Jazul J, Buendia J, Pastor A, Suzara A. Initial mapping on JUUL electronic cigarette usage and perception among youth adult users. *Journal of Social Health* 2019;2:82-9.
- 25.** Soule EK, Sakuma K-LK, Palafox S, et al. Content analysis of internet marketing strategies used to promote flavored electronic cigarettes. *Addict Behav* 2019;91:128-35.
- 26.** Fadus MC, Smith TT, Squeglia LM. The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug Alcohol Depend* 2019;201:85-93.
- 27.** Reilly SM, Bitzer ZT, Goel R, et al. Free radical, carbonyl, and nicotine levels produced by juul electronic cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2019;21:1274-8.
- 28.** Owusu D, Huang J, Weaver SR, et al. Patterns and trends of dual use of e-cigarettes and cigarettes among US adults, 2015-2018. *Prev Med Rep* 2019;16:101009.
- 29.** Skotsimara G, Antonopoulos AS, Oikonomou E, et al. Cardiovascular effects of electronic cigarettes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:1219-28.
- 30.** Antoniewicz L, Brynedal A, Hedman L, et al. Acute effects of electronic cigarette inhalation on the vasculature and the conducting airways. *Cardiovasc Toxicol* 2019;19:441-50.
- 31.** Bhatta DN, Glantz SA. Electronic cigarette use and myocardial infarction among adults in the US population: assessment of tobacco and health. *J Am Heart Assoc* 2019;8:e012317.
- 32.** Rashid M, Davoren K, Moy NB, et al. Chronic e-cigarette users exhibit abnormal myocardial blood flow with stress. *Circulation* 2019;140(Suppl_1):A15018.
- 33.** Page F, Hamnett N, Wearn C, et al. The acute effects of electronic cigarette smoking on the cutaneous circulation. *J Plas Reconstr Aesthet Surg* 2016;69:575-7.
- 34.** Beahrs TR, Reagan J, Bettin CC, et al. Smoking effects in foot and ankle surgery: an evidence-based review. *Foot Ankle Int* 2019;40:1226-32.
- 35.** Fracol M, Dorfman R, Janes L, et al. The surgical impact of e-cigarettes: a case report and review of the current literature. *Arch Plast Surg* 2017;44:477.
- 36.** Chun LF, Moazed F, Calfee CS, et al. Pulmonary toxicity of e-cigarettes. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2017;313:L193-206.
- 37.** Kerr DM, Brooksbank KJ, Taylor RG, et al. Acute effects of electronic and tobacco cigarettes on vascular and respiratory function in healthy volunteers: a cross-over study. *J Hypertens* 2019;37:154-66.
- 38.** Chaumont M, van de Borne P, Bernard A, et al. Fourth generation e-cigarette vaping induces transient lung inflammation and gas exchange disturbances: results from two randomized clinical trials. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2019;316:L705-19.
- 39.** Gotts JE. High-power vaping injures the human lung. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2019;316(5):L703-4.
- 40.** Chatham-Stephens K, Roguski K, Jang Y, et al.; Lung Injury Response Epidemiology/Surveillance Task Force; Lung Injury Response Clinical Task Force. Characteristics of hospitalized and nonhospitalized patients in a nationwide outbreak of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury - United States, November 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:1076-80.
- 41.** Blount BC, Karwowski MP, Morel-Espinosa M, et al. Evaluation of bronchoalveolar lavage fluid from patients in an outbreak of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury - 10 states, August-October 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:1040-1.
- 42.** Butt YM, Smith ML, Tazelaar HD, et al. Pathology of vaping-associated lung injury. *N Engl J Med* 2019;381:1780-1.
- 43.** Lozier MJ. Update: demographic, product, and substance-use characteristics of hospitalized patients in a nationwide outbreak of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injuries - United States, December 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:1042-8.
- 44.** Jatlaoui TC, Wiltz JL, Kabbani S, et al. Update: interim guidance for health care providers for managing patients with suspected e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury - United States, November 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:1081-6.
- 45.** Bhatta DN, Glantz SA. Association of e-cigarette use with respiratory disease among adults: a longitudinal analysis. *Am J Prev Med* 2020;58:182-90.
- 46.** Kalininskiy A, Bach CT, Nacca NE, et al. E-cigarette, or vaping, product use associated lung injury (EVALI): case series and diagnostic approach. *Lancet Respir Med* 2019;7:1017-26.
- 47.** Grigg J. E-cigarette regulation: getting it wrong costs lives. *Lancet Respir Med* 2019;7:994-5.
- 48.** Jones CD, Ho W, Gunn E, et al. E-cigarette burn injuries: comprehensive review and management guidelines proposal. *Burns* 2019;45:763-71.
- 49.** Nickels AS, Warner DO, Jenkins SM, et al. Beliefs, practices, and self-efficacy of US physicians regarding smoking cessation and electronic cigarettes: a national survey. *Nicotine Tob Res* 2016;19:197-207.
- 50.** El-Shahawy O, Brown R, Elston Lafata J. Primary care physicians' beliefs and practices regarding e-cigarette use by patients who smoke: a qualitative assessment. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13:445.
- 51.** Pepper JK, Gilkey MB, Brewer NT. Physicians' counseling of adolescents regarding e-cigarette use. *J Adolesc Health* 2015;57:580-6.
- 52.** Steinberg MB, Giovenco DP, Delnevo CD. Patient-physician communication regarding electronic cigarettes. *Prev Med Rep* 2015;2:96-8.

53. Kollath-Cattano C, Dorman T, Albano Jr AW, et al. E-cigarettes and the clinical encounter: physician perspectives on e-cigarette safety, effectiveness, and patient educational needs. *J Eval Clin Pract* 2019;25:761-8.
54. Lund I, Christiansen SG. Association between snus use over time and smoking cessation in Norwegian smokers. *Addiction (Abingdon, England)* 2020;115:170-4.
55. Wiseman KP, Margolis KA, Bernat JK, Grana RA. The association between perceived e-cigarette and nicotine addictiveness, information-seeking, and e-cigarette trial among US adults. *Prev Med* 2019;118:66-72.
56. Huang J, Feng B, Weaver SR, et al. Changing perceptions of harm of e-cigarette vs cigarette use among adults in 2 US national surveys from 2012 to 2017. *JAMA Netw Open* 2019;2:e191047.
57. Kanchustambham V, Saladi S, Rodrigues J, et al. The knowledge, concerns and healthcare practices among physicians regarding electronic cigarettes. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2017;7:144-50.
58. LeLaurin JH, Theis RP, Thompson LA, et al. Tobacco-related counseling and documentation in adolescent primary care practice: challenges and opportunities. *Nicotine Tob Res* 2020;22:1023-9.
59. Young-Wolff KC, Klebaner D, Folck B, et al. Do you vape? Leveraging electronic health records to assess clinician documentation of electronic nicotine delivery system use among adolescents and adults. *Prev Med* 2017;105:32-6.
60. Conway M, Mowery DL, South BR, et al. Documentation of ENDS use in the veterans affairs electronic health record (2008-2014). *Am J Prev Med* 2019;56:474-5.
61. Bold KW, Sussman S, O'Malley SS, et al. Measuring e-cigarette dependence: initial guidance. *Addict Behav* 2018;79:213-8.
62. Morean ME, Krishnan-Sarin S, Sussman S, et al. Psychometric evaluation of the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) nicotine dependence item bank for use with electronic cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2019;21:1556-64.
63. Halpern-Felsher B, Kim H. Measuring e-cigarette use, dependence, and perceptions: important principles and considerations to advance tobacco regulatory science. *Addict Behav* 2018;79:201-2.
64. Dai H, Leventhal AM. Prevalence of e-cigarette use among adults in the United States, 2014-2018. *JAMA* 2019;322:1824-7.
65. Egnot E, Jordan K, Elliott JO. Associations with resident physicians' early adoption of electronic cigarettes for smoking cessation. *Postgrad Med J* 2017;93:319-25.

UNA MANO PER UNA GRANDE CAUSA



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

Codice Fiscale SITAB: 96403700584

Strategie e inganni dei *front group* dell'industria del tabacco per indebolire le misure di controllo del tabagismo



Claudio Tanca, Mark Hurley, Debra Rosen

Riassunto

Le aziende produttrici di tabacco sono notoriamente impegnate a ostacolare e rallentare l'approvazione e l'attuazione di misure di controllo del tabagismo basate su dati scientifici comprovati, attraverso varie tattiche tra cui l'impiego dei *front group* e degli alleati. I "gruppi di facciata" e gli alleati dell'industria del tabacco operano in tutto il mondo e comprendono un'ampia varietà di organizzazioni che differiscono notevolmente tra loro. Tuttavia, gli attivisti che si occupano del controllo del tabagismo a livello internazionale hanno individuato alcune caratteristiche comuni di tali organizzazioni:

- tendono a essere finanziate dall'industria del tabacco;
- dichiarano spesso di agire indipendentemente dall'industria del tabacco pur sostenendone gli obiettivi;
- svolgono un ruolo nell'attività di *lobby* e nelle campagne di relazioni pubbliche delle principali industrie del tabacco;

Tobacco industry front groups and allies tricks and deceptions to undermine tobacco control policies

Claudio Tanca, Mark Hurley, Debra Rosen

Abstract

Tobacco companies are well-known for their efforts to block and water down the approval and implementation of evidence-based tobacco control policies through a range of tactics, including utilizing front groups and allies. The tobacco industry front groups and allies operating around the world comprise a broad range of organizations and defy simple characterization. However, international tobacco control advocates have highlighted characteristics common among these organizations:

- *They tend to be funded by the tobacco industry.*
- *They often claim to be independent of the tobacco industry, while supporting the industry's agenda.*
- *They play a role in larger tobacco industry lobbying and public relations campaigns.*
- *They actively promote industry-funded "research" to advance policy proposals that run counter to well-documented policy solutions embraced by the global public health community.*
- *They often recommend "reduced harm" solutions to tobacco use that rely on products like electronic cigarettes and heated tobacco sold by tobacco companies.*

In their efforts to remove tobacco industry front groups and allies as obstacles to best-practice policy progress in reducing tobacco use, tobacco control advocates have achieved some notable victories.

- promuovono attivamente “ricerche” finanziate dall’industria del tabacco per presentare proposte programmatiche che contrastano con comprovate misure per la lotta al tabagismo accettate dalla comunità scientifica internazionale;
- raccomandano spesso alternative “meno nocive” rispetto al consumo di tabacco, basate sull’uso di prodotti quali le sigarette elettroniche o prodotti a tabacco riscaldato venduti dalle multinazionali delle sigarette.

Gli attivisti che si occupano del controllo del tabagismo hanno ottenuto alcune importanti vittorie nel contrastare i gruppi di facciata e gli alleati dell’industria del tabacco che ostacolano l’approvazione e l’implementazione di efficaci politiche volte a ridurre il consumo di sigarette. Grazie all’esperienza guadagnata con i successi recentemente ottenuti, i membri delle organizzazioni per la lotta al tabagismo stanno perfezionando le conoscenze e le metodologie per contrastare questi gruppi.

Nonostante l’impegno degli attivisti, i gruppi di facciata e gli alleati dell’industria del tabacco continuano a essere una minaccia per la salute pubblica. I politici e i funzionari governativi impegnati nella tutela della salute della popolazione devono vigilare sui gruppi di facciata e sugli alleati dell’industria del tabacco che dichiarano di perseguire ragionevoli obiettivi, mentre, in realtà, favoriscono gli interessi delle aziende produttrici di tabacco responsabili di circa otto milioni di decessi all’anno in tutto il mondo.

Parole chiave: Industria del tabacco, Gruppi di facciata, Philip Morris International, British American Tobacco, Foundation for a Smoke-Free World - Fondazione per un mondo libero dal fumo.

... Il consumo di tabacco è una minaccia diversa per la salute globale. Le malattie infettive non assumono imprese multinazionali per le relazioni pubbliche. Non esistono gruppi

di facciata che promuovano la diffusione del colera. Le zanzare non si avvalgono di lobbisti.

(Thomas Zeltner, David A. Kessler, Anke Martiny, Fazel Randerá)

Informazioni sui gruppi di facciata e gli alleati dell’industria del tabacco

L’industria del tabacco tenta, da sempre, di influenzare i Governi

Based on the lessons from recent success, advocates are honing their skills and tools to counter these groups. However, tobacco industry front groups and allies continue to be a threat to public health. Policy makers and government officials committed to the health of their people must be vigilant against tobacco industry front groups and allies claiming to represent some credible agenda, but actually promoting the interests of the tobacco companies responsible for some eight million deaths worldwide each year.

Keywords: Tobacco Industry, Front groups, Philip Morris International, British American Tobacco, Foundation for a Smoke-Free World.

“...Tobacco use is unlike other threats to global health. Infectious diseases do not employ multinational public relations firms. There are no front groups to promote the spread of cholera. Mosquitoes have no lobbyists”.

(Thomas Zeltner, MD, David A. Kessler, MD, Anke Martiny, PhD, Fazel Randerá, MD)

About tobacco industry front groups and allies

The tobacco industry has always tried to influence governments working to pass and implement to-

bacco control policies [1] through lobbyists and trade associations, or by leveraging other organizations. There are many examples of tobacco companies establishing, funding, positioning, or working through other organizations to advance their agenda, notably when interfering in tobacco control policies such as excise taxes [2], smoke-free places [3], tobacco advertising promotion and sponsorship [4], pictorial health warnings and plain packaging [5]. These science-based policies are mandated by the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control [6]

(WHO FCTC) and are proved to reduce tobacco consumption.

Tobacco companies use front groups¹ [7] and allies to influence policymaking, cultivate public support, and protect tobacco compa-

¹ By the late seventies, the industry started forming smokers’ rights organizations, and setting up front groups to defeat proposed restrictions on smoking at work or in public places. The companies have maintained that they are defending the freedom of choice, but these organizations have really operated as tobacco industry proxies. Where there is a division between the interests of smokers and the interests of tobacco companies (cessation, nicotine addiction, warnings etc.) these groups have favored their paymasters.

quando questi si apprestano ad approvare e attuare misure volte al controllo del tabagismo [1], attraverso lobbisti e associazioni industriali di categoria, oppure sfruttando altre organizzazioni, infatti sono numerosi gli esempi di aziende produttrici di tabacco che costituiscono, finanziano, o collaborano con varie entità per promuovere i propri interessi. Tali organizzazioni interferiscono con misure di controllo del tabagismo tra cui l'aumento delle accise [2], il divieto di fumare in determinati luoghi [3], la limitazione della pubblicità, della promozione e della sponsorizzazione del tabacco [4], le avvertenze sanitarie illustrate e i pacchetti di sigarette generici [5]. Tali misure, basate su comprovate evidenze scientifiche, sono stabilite dalla Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la lotta al tabagismo (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control WHO - FCTC) [6]

e si sono rivelate efficaci nella riduzione del consumo di tabacco. Le aziende produttrici di tabacco [7] si avvalgono di gruppi di facciata e alleati per influenzare le decisioni politiche, alimentare il sostegno da parte del pubblico e proteggere gli interessi e gli affari delle aziende produttrici di tabacco. Inoltre, coltivano coalizioni di alleati tra cui gruppi di esperti, scienziati, rivenditori di sigarette e coltivatori di tabacco per condizionare le politiche pubbliche e favorire i loro obiettivi.

Data la varietà di gruppi di facciata e di imprese alleate dell'industria del tabacco, non è semplice sviluppare una definizione completa ed esaustiva [8] che possa guidare l'attività degli attivisti volta a mettere allo scoperto le tattiche messe in atto da queste organizzazioni per tutelare i profitti dell'industria del tabacco.

La Campaign for Tobacco-Free Kids (Campagna per liberare i ragazzi

dal tabagismo) è un'organizzazione per il controllo del tabagismo a livello internazionale con sede a Washington D.C., che opera mediante una rete di altri enti, in Paesi a basso e medio reddito, per monitorare e denunciare al pubblico i gruppi di facciata e le imprese alleate dell'industria del tabacco. Durante il 2018 e il 2019, Tobacco-Free Kids [9] ha condotto una serie di *workshop*, insieme agli operatori che si occupano del controllo del tabagismo, per capire le difficoltà che questi devono affrontare a causa delle organizzazioni che rappresentano o lavorano per conto delle aziende produttrici di tabacco. Tali *workshop* condotti in America Latina, Europa, Asia e Africa hanno contribuito a creare un insieme di conoscenze comuni in merito ai *front group* e alle imprese alleate dell'industria del tabacco (**Figura 1**). Inoltre, hanno permesso di divulgare il modo in cui gli attivisti della sanità pubblica affrontano

nies' business interests. Tobacco companies cultivate coalitions of allies such as public policy think tanks, scientists, retailers, and tobacco farmers to support their policy agenda.

Given the variety of tobacco industry front groups and allies, it is not easy to develop a comprehensive and informative definition [8] which advocates can use to steer their work to expose these organizations' tactics to protect tobacco industry profits.

The Campaign for Tobacco-Free Kids, an international tobacco control organization based in Washington, DC, works with a network of organizations in low-and middle-income countries to monitor and expose tobacco industry front groups and allies. Throughout 2018 and 2019, Tobacco-Free Kids [9] conducted a series of workshops with tobacco control advocates to understand the challenges they face from organizations represent-

ing or serving as proxies for tobacco companies. These workshops in Latin America, Europe, Asia, and Africa contributed to a shared body of knowledge about tobacco industry front groups and allies, and are helping inform how public health champions confront and neutralize these organizations (**Figure 1**):

- Advocates have encountered two main types of organizations representing the tobacco industry that interfere in both national and international (i.e. the United Nations) policy: "front groups" that are funded mainly by tobacco companies and either try to keep the relationship hidden or claim to operate independently, and "allies" that are more diverse organizations and have a broad agenda, do not hide their relationship with tobacco companies, and devote some - but not all - of their resources to helping tobacco companies.

- Organizations and business associations (particularly in sectors like retail, hospitality, business, and farming) claiming to support national and international "economic" agendas were the most commonly reported challenge for grantees. Front groups and allies supporting the tobacco industry's argument – through third party "research", media, or through connections on policymaking committees or government agencies - that tobacco control policy will have an adverse effect on the economy present acute challenges to public health policy.
- Activists report that the Philip Morris International-funded Foundation for a Smoke-Free World, which promotes industry-funded research with claims about the health benefits of e-cigarettes and heated cigarettes, represents a serious threat for tobacco control advocacy.



Figura 1 Caratteristiche dei gruppi di facciata e degli alleati dell'industria del tabacco (risposte ricevute nel corso di workshop, che la Campaign for Tobacco-Free Kids ha organizzato tra il 2018 e il 2019, con attivisti del controllo del tabacco provenienti da vari paesi dell'America Latina, dell'Europa, e dell'Asia).

e neutralizzano queste organizzazioni:

- gli attivisti hanno individuato due tipologie principali di organizzazioni che rappresentano l'industria del tabacco e interferiscono con le politiche nazionali e internazionali (ovvero quelle delle Nazioni Unite): "gruppi di facciata" finanziati principalmente da aziende produttrici di tabacco che cercano di tenere nascosto questo rapporto oppure dichiarano di operare in modo indipendente e "gli alleati", organizzazioni diverse con un programma vasto che non fanno mistero del loro rapporto con le aziende produttrici di tabacco e dedicano alcune risorse (ma non tutte) all'aiuto delle suddette aziende;
- la sfida più grande per gli attivisti è contrastare quelle organizzazioni e associazioni imprenditoriali (particolarmente nei settori del commercio al dettaglio, della ristorazione e alberghiero, dell'in-

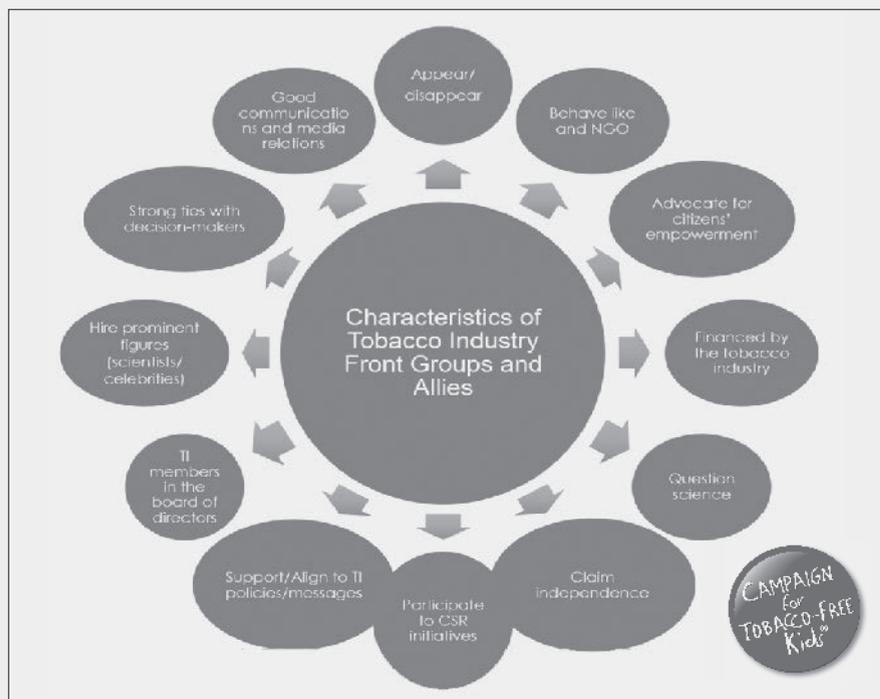


Figure 1 Characteristics of Tobacco Industry Front Groups and Allies (answers received during workshops, which the Campaign for Tobacco-Free Kids organized between 2018 and 2019, with control activists from the tobacco from various countries of Latin America, Europe, and Asia).

Case studies

The International Tax and Investment Center

One example of a front group is the International Tax and Investment Center (ITIC), a think tank financed by multinational tobacco companies that worked to persuade governments not to increase taxes on tobacco products [10]. ITIC is a Washington D.C. - based organization that claims to serve "as a clearinghouse for information on best practices in taxation and investment policy" [11] and provides "its sponsors a seat at the policymaking table" [11]. The organization operates in Latin America, Asia, Russia, Eastern Europe, Africa, and the Middle East. It is essential to point out that prior to May 2017 the main sponsors of the organization included the transnational tobacco companies British American Tobacco, Philip Morris International (Philip Morris),

dustria e dell'agricoltura) che si dichiarano a favore dei programmi "economici" nazionali e internazionali. Secondo i *front group* e gli alleati che sostengono l'industria del tabacco (attraverso "ricerche" condotte da enti terzi, mezzi di comunicazione o tramite collegamenti a comitati per la definizione delle politiche di salute pubbliche o collegati ad agenzie governative), le misure di controllo del tabagismo hanno sempre un impatto negativo sull'economia con ripercussioni importanti sulle politiche di sanità pubblica;

- gli attivisti riferiscono che la Foundation for a Smoke-free World (FSFW - Fondazione per liberare il mondo dal fumo), finanziata da Philip Morris International e che promuove ricerche sui minori danni alla salute delle sigarette elettroniche e del tabacco riscaldato, rappresenta una grave minaccia per la promozione del controllo del tabacco.

Casi studio

L'International Tax and Investment Center

Un esempio di gruppo di facciata è l'International Tax and Investment Center (ITIC), un gruppo di esperti finanziato da aziende multinazionali produttrici di tabacco, che ha esercitato pressioni sui governi affinché bloccassero l'aumento della tassazione sui prodotti a base di tabacco [10].

ITIC è un'organizzazione con sede a Washington D.C. che dichiara di operare come un "centro di raccolta informazioni sulle migliori prassi in materia di tassazione e politiche d'investimento" [11] e offre ai "suoi sponsor un posto al tavolo in cui vengono decise le politiche da attuare" [11]. L'organizzazione è attiva in America Latina, Asia, Russia, Europa dell'Est, Africa e Medio Oriente.

È essenziale sottolineare che, prima del maggio 2017, gli sponsor prin-

cipali dell'organizzazione erano le multinazionali del tabacco: British American Tobacco, Philip Morris International (Philip Morris), Japan Tobacco International e Imperial Tobacco, e ognuna di esse aveva un rappresentante all'interno del consiglio di amministrazione dell'ITIC. La posizione dell'ITIC in merito alla tassazione dei prodotti contenenti tabacco rispecchiava quella delle multinazionali delle sigarette. Per esempio, l'organizzazione si opponeva a qualsiasi aumento delle tasse sul tabacco dichiarando che una tale politica avrebbe incoraggiato l'aumento del commercio illegale e una diminuzione delle entrate fiscali. L'ITIC ha promosso la posizione dell'industria del tabacco organizzando, in varie parti del mondo, dibattiti per discutere delle politiche di tassazione. Tali consessi si tenevano, a volte, in hotel di lusso, a cui venivano invitati ministri delle finanze e dell'economia.

Japan Tobacco International and Imperial Tobacco, each of which also had a representative on the ITIC board of directors.

ITIC's position on tobacco taxes mirrored that of the multinational tobacco companies. For example, the organization opposed any increase of tobacco taxes claiming such policies would foster an increase in illicit trade and a decrease in fiscal revenues. ITIC promoted the tobacco industry's position by hosting policy events all over the world, sometimes in luxury hotels, to which finance and economic ministers were invited. Additionally, ITIC provided technical assistance to governments, conducted research, particularly on illicit tobacco trade, and promoted its information through effective communications and media relations.

In May 2016 several international organizations launched a coordinated campaign [12] against ITIC to expose its links with Big Tobac-

co and isolate the think tank from its other major partners and sponsors. The centerpiece of the campaign was a letter [13] co-signed by international health and corporate accountability organizations requesting that companies and organizations listed on the ITIC website disassociate themselves from the group. When several major international organizations and corporations like the International Monetary Fund and Nestlé publicly halted any cooperation with the organization in May 2017, ITIC decided that it would no longer accept any tobacco industry sponsorship and asked all tobacco executives to resign from its board.

The Foundation for a Smoke-Free World

In September 2017 Philip Morris International announced a new organization called the Foundation for a Smoke-Free World [14]. Philip

Morris committed funding of USD 80 million per year for 12 years to the foundation. More than two years later, the tobacco giant remains the only funder of the organization [15].

According to the foundation's website, its mission is to accelerate progress "in reducing harm and deaths from smoking," serve as a "convener of global research supporting the reduction of tobacco use," and help "to address the impact of decreased smoking rates on agriculture and economies" [16]. Funding biased research on tobacco use is the same strategy that Philip Morris and other tobacco companies have used for over 60 years:

- For decades, Philip Morris and other tobacco-related entities have sought to establish industry-favorable research via the creation and funding of allegedly independent research organizations, such as the Council for

Inoltre, ha fornito assistenza tecnica ai governi, condotto ricerche, in particolar modo sul commercio illecito del tabacco, promuovendo la divulgazione di informazioni attraverso l'impiego di efficaci campagne di comunicazione e di relazioni con la stampa.

Nel maggio 2016, numerose organizzazioni internazionali hanno lanciato una campagna coordinata di comunicazione [12] per mettere sotto pressione l'ITIC svelando i suoi legami con "Big Tobacco", cercando così di isolare il *think tank* dai suoi partner e sponsor principali. Il fulcro della campagna è stata una lettera [13], co-firmata da organizzazioni per la tutela della salute pubblica e per il controllo della responsabilità sociale delle imprese, in cui veniva richiesto alle aziende e alle organizzazioni elencate sul sito web di ITIC di prendere le distanze dal gruppo. Quando numerose e importanti organizzazioni e

società internazionali come il Fondo monetario internazionale e la Nestlé sospesero pubblicamente qualsiasi collaborazione con l'ITIC nel maggio 2017, l'organizzazione decise di non accettare più la sponsorizzazione da parte di aziende produttrici di tabacco e chiese a tutti i relativi dirigenti di dimettersi dal consiglio di amministrazione.



Tobacco Research (CTR) and the Center for Indoor Air Research (CIAR), to protect themselves against litigation threats and government regulation [17];

- A U.S. federal court found that several tobacco companies - including Philip Morris' then-parent company Altria - coordinated efforts in a scheme to deceive consumers and the public about the health harms of their products. The Court also found that the tobacco industry research groups - largely controlled by company lawyers - were designed as highly sophisticated public relations vehicles [18].

According to an analysis done by researchers of the University of Bath on the 2018 tax return of the foundation, the organization has spent more than USD 7.5 million on communications and public relations to convince the public health sector, policy makers, and the public that it is something other



than a marketing initiative of Philip Morris [15].

The foundation's promotion of harm reduction products raises suspicions about its independence from Philip Morris. The multinational cigarette manufacturer is aggressively marketing IQOS, a device that according to Philip Morris "produces levels of harmful chemicals [that]

La Foundation for a Smoke-Free World

Nel settembre 2017, Philip Morris International ha presentato una nuova organizzazione chiamata Foundation for a Smoke-Free World [14]. Philip Morris ha stanziato per questa fondazione finanziamenti pari a 80 milioni di dollari statunitensi all'anno, per 12 anni. Più di due anni dopo, la multinazionale del tabacco resta l'unico finanziatore della fondazione [15].

Secondo il sito web della fondazione, la sua missione è quella di accelerare i progressi "nella riduzione dei danni e dei decessi causati dal fumo", operare in qualità di "organizzatore di ricerche globali volte a promuovere la riduzione del consumo di tabacco" e aiutare a "gestire l'impatto della riduzione del consumo di tabacco sull'economia e sui ritorni economici derivanti dalla coltivazione del tabacco" [16]. Per oltre 60 anni, Philip Morris

are significantly reduced compared to cigarette smoke [19] because it heats tobacco without combustion. The WHO and prominent schools of public health have publicly rejected partnerships or funding from the foundation. In September 2017 the WHO issued a statement saying that "The UN General Assembly has recognized a fundamental conflict of interest between the tobacco industry and public health". 1) WHO Member States have stated that "WHO does not engage with the tobacco industry or non-State actors that work to further the interests of the tobacco industry", 2) the Organization will therefore not engage with this new Foundation" [20].

The foundation's mission ignores the fact that the WHO FCTC lays out a clear agenda for reducing tobacco use [21]. Public health experts and governments around the world agree that the most effective ways to reduce cigarette smoking

e altre aziende produttrici di tabacco hanno utilizzato una strategia simile a quella messa in atto attraverso la FSFW, ossia finanziare ricerche di parte sul consumo di tabacco:

- per decenni, Philip Morris e le altre aziende produttrici di tabacco hanno cercato di realizzare ricerche a favore del settore attraverso la creazione e il finanziamento di presunte organizzazioni di ricerca indipendenti quali il Council for Tobacco Research (CTR - Consiglio per la ricerca sul tabacco) e il Center for Indoor Air Research (CIAR - Centro per la ricerca sul-

la qualità dell'aria interna), per tutelarsi da cause legali, e dalle più stringenti normative governative [17];

- un tribunale federale statunitense ha dichiarato che molte aziende produttrici di tabacco (compresa Altria, la società madre di Philip Morris), hanno collaborato tra loro al fine di ingannare i consumatori e il pubblico sui danni alla salute causati dai loro prodotti. Il tribunale è anche giunto alla conclusione che i gruppi di studio e ricerca delle aziende produttrici di tabacco (prevalentemente sotto il controllo degli avvocati delle

aziende) erano stati in realtà progettati come strumenti molto sofisticati da utilizzare in campagne di relazioni pubbliche [18].

In base all'analisi effettuata dai ricercatori dell'Università di Bath sulla dichiarazione dei redditi del 2018 della fondazione, la stessa ha speso più di 7,5 milioni di dollari statunitensi in comunicazioni e relazioni pubbliche per convincere il settore della sanità pubblica, i politici e il pubblico che la fondazione non è una mera iniziativa commerciale da parte di Philip Morris [15]. La promozione di prodotti per la riduzione dei danni alla salute cau-



and tobacco use globally is to adopt and implement the measures contained in the public health treaty and its implementation guidelines. The multinational tobacco company, despite its claimed commitment to a smoke-free world, continues to:

- Lobby against effective measures called for by the WHO Framework Convention on Tobacco Control. An investigative report published by Reuters in July 2017 revealed a massive, secret campaign by Philip Morris International to undermine the FCTC, depicting "a company that has focused its vast global resources on bringing to heel the world's tobacco control treaty" [22];

- Make most of its revenue from selling cigarettes [23], the deadliest form of tobacco use;
- Spend billions to market cigarettes around the world, often in ways that appeal to children, and relies on increasing demand in low- and middle-income countries [24].

In January 2017, 17 schools of public health, in a public statement signed by the deans of prominent institutions like Harvard, Johns Hopkins, University of Alberta, and other universities in the U.S. and Canada, pledged not to accept any funding or collaboration with the foundation [25]. Since then, additional schools of public health

and international public health organizations have renounced the Philip Morris-funded foundation.

What tobacco control advocates need to counter the tobacco industry interference and how international NGOs are helping

The tobacco control advocates interviewed by the Campaign for Tobacco-Free Kids during workshops said their efforts to disempower tobacco company front groups and allies would be significantly enhanced with assistance documenting and improved messages to discredit these organizations. They mentioned the need

sati dal tabagismo portata avanti dalla fondazione ha destato sospetti circa la sua indipendenza da Philip Morris. Infatti, la multinazionale produttrice di sigarette sta portando avanti un'aggressiva azione di marketing per promuovere IQOS, un dispositivo che, secondo Philip Morris "produce livelli di sostanze chimiche nocive [che sono] notevolmente inferiori rispetto al fumo di sigarette [19] perché il tabacco viene riscaldato senza combustione".

L'OMS e importanti istituti di sanità pubblica hanno rifiutato pubblicamente di collaborare o di ricevere finanziamenti dalla fondazione. Nel settembre 2017, l'OMS ha pubblicato un comunicato attestante che "l'assemblea generale dell'ONU riconosce un conflitto di interesse inconciliabile tra l'industria del tabacco e la salute pubblica". 1) Gli Stati Membri dell'OMS hanno dichiarato che "l'OMS non instaura relazioni con l'industria del tabacco

o con soggetti non statali che operano per promuovere gli interessi dell'industria del tabacco", 2) di conseguenza, l'Organizzazione non collaborerà con questa nuova fondazione" [20].

L'obiettivo della fondazione non tiene conto del fatto che la Convenzione Quadro Internazionale sul Controllo del Tabagismo dell'OMS abbia un chiaro programma per la riduzione del consumo di tabacco [21]. Gli esperti di salute pubblica e i Governi di tutto il mondo concordano sul fatto che il modo più efficace per ridurre il fumo di sigarette e il consumo di tabacco sia quello di adottare e implementare le misure stabilite nel trattato internazionale sulla salute pubblica, rispettandone le linee guida.

La multinazionale del tabacco, nonostante dichiari di impegnarsi per liberare il mondo dal fumo, continua a:

- esercitare pressioni contro misure di comprovata efficacia scientifica stabilite dalla Convenzione Quadro sul Controllo del Tabagismo dell'OMS. Un'inchiesta giornalistica, pubblicata da Reuters nel luglio 2017, ha rivelato un'imponente campagna segreta da parte di Philip Morris International per screditare il WHO-FCTC, descrivendo la multinazionale come "un'azienda che ha concentrato le proprie vaste risorse globali per minare alla radice il trattato sul controllo del tabacco" [22];
- trarre la maggior parte dei propri profitti dalla vendita di sigarette, la modalità di consumo di tabacco che provoca più vittime [23];
- spendere miliardi per promuovere le sigarette nel mondo, spesso con metodi che richiamano l'attenzione dei bambini, e fare affidamento sull'aumento della domanda nei paesi a basso e medio reddito [24].

for more published information on the connections between these organizations and tobacco companies. In the last few years, several international non-governmental organizations have created global initiatives and partnerships to help tobacco control advocates to expose and isolate tobacco industry front groups and allies. In 2017, Tobacco-Free Kids launched TakeAPart [9], "a movement powered by hundreds of thousands of supporters from around the world taking action against the tobacco industry as part of global campaigns and through individual actions". In 2019, the Tobacco Control Research Group at the University of Bath, The Global Center for Good Governance in Tobacco Control, the International Union Against Tobacco and Lung Disease and Vital Strategies launched Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP), "a global tobacco industry watchdog whose mission is to expose the to-

bacco industry strategies and tactics that undermine public health" [26]. These initiatives, funded by the Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use [27], further boost health advocates' ability to counter the tobacco industry's attempts to interfere with public health policy.

Conclusion

Tobacco industry front groups and allies complicate and block the passage of effective tobacco control policies while appearing to be helpful, credible sources of information and funding for policy makers and government officials.

Tobacco control advocates have become more effective at monitoring, exposing, and isolating these groups. Activists in various countries, often in coordination with international tobacco control organizations like TakeAPart and STOP, have scored significant victories

against front groups and allies like the International Tax and Investment Center, the International Tobacco Growers' Association [28], and Eliminating Child Labor in Tobacco-Growing (ECLT) [29]. In other cases, tobacco industry allies like the U.S. Chamber of Commerce [30] have not been significantly hindered in their ability to represent tobacco companies despite health advocates' best efforts.

The global community of activists must stay alert against tobacco front groups and allies while improving its capabilities to counter the interference of the tobacco industry. Policy makers and government officials committed to the health of their people must be vigilant against tobacco industry front groups and allies claiming to represent some independent agenda, but actually promoting the interests of the tobacco companies responsible for some eight million deaths worldwide each year.

Nel gennaio 2017, 17 istituti di sanità pubblica si sono impegnati a non accettare finanziamenti da parte della fondazione o a collaborare con essa, mediante una dichiarazione pubblica firmata dai decani e dai rettori delle scuole più prestigiose come Harvard, Johns Hopkins, Università di Alberta e altre università negli Stati Uniti e in Canada [25]. Da allora, altri istituti di sanità pubblica e organizzazioni di sanità pubblica internazionali hanno rinunciato a collaborare con la fondazione finanziata da Philip Morris International.

Cosa devono fare gli attivisti che si occupano del controllo del tabagismo per contrastare le intromissioni dell'industria del tabacco e come possono fornire supporto le organizzazioni non governative (NGO)

Gli attivisti che si occupano del controllo del tabagismo, intervistati dai rappresentanti della Campaign for Tobacco-Free Kids durante i *workshop*, hanno dichiarato che i loro sforzi per indebolire i *front group* e le imprese alleate dell'industria del tabacco potrebbero essere potenziati documentando le intenzioni reali di queste organizzazioni e migliorando i messaggi volti a screditarle. È emersa la necessità di divulgare più informazioni sui rapporti che legano queste organizzazioni alle aziende produttrici di tabacco.

Negli ultimi cinque anni, numerose organizzazioni non governative internazionali hanno dato vita a iniziative e collaborazioni a livello globale, per aiutare gli attivisti che si occupano del controllo del tabagismo a denunciare e a creare il vuoto tra i *front group* e gli alleati dell'industria del tabacco. Nel 2017, Tobacco-Free Kids ha lanciato TakeAPart [9], "un movimento sostenuto da centinaia di migliaia di persone in tutto il mondo, che si adoperano contro l'industria del tabacco mediante campagne globali e iniziative individua-

li". Nel 2019, il Tobacco Control Research Group (Gruppo di ricerca per il controllo del tabagismo) dell'Università di Bath, il Global Center for Good Governance in Tobacco Control (Centro globale per la buona gestione del controllo del tabagismo), l'International Union Against Tobacco and Lung Disease (Unione internazionale per le malattie polmonari e causate dal tabagismo) e Vital Strategies (Strategie vitali) hanno lanciato Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP - Fermare le organizzazioni che promuovono il tabagismo e il tabacco), "un comitato di controllo globale dell'industria del tabacco la cui missione è far luce sulle strategie e le tattiche messe in atto dalle aziende produttrici di tabacco a danno della salute pubblica" [26]. Queste iniziative, finanziate da Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use (Iniziativa di Bloomberg per ridurre il consumo di tabacco) [27], rafforzano ulteriormente la capacità degli attivisti di contrastare i tentativi delle multinazionali delle sigarette di interferire con l'approvazione e attuazione di misure per la lotta al tabagismo a tutela della salute pubblica.

Conclusioni

I gruppi di facciata e gli alleati dell'industria del tabacco ostacolano e bloccano la diffusione di misure efficaci per il controllo del tabagismo, presentandosi come fonti di informazioni credibili e come fornitori di ingenti finanziamenti per politici e funzionari del governo. Gli attivisti che si occupano del controllo del tabagismo hanno perfezionato la loro azione di monitoraggio, denuncia e isolamento di questi gruppi. Gli attivisti di diversi paesi, spesso in collaborazione con organizzazioni internazionali per il controllo del tabagismo come TakeAPart e STOP, hanno ottenuto vittorie significative contro i *front group* e gli alleati dell'industria del tabacco quali l'International Tax and Investment Center, l'Inter-

national Tobacco Growers' Association [28] e l'Eliminating Child Labor in Tobacco-Growing (ECLT) [29]. In altri casi, nonostante tutti gli sforzi, le organizzazioni alleate dell'industria del tabacco, come la U.S. Chamber of Commerce [30], non sono state contrastate in modo efficace e continuano a rappresentare gli interessi delle multinazionali delle sigarette.

La comunità globale degli attivisti deve rimanere vigile nei confronti dei *front group* e degli alleati, migliorando la capacità di contrastare le intromissioni dell'industria del tabacco. I politici e i funzionari governativi impegnati nella tutela della salute pubblica devono vigilare sui *front group* e sugli alleati dell'industria del tabacco che dichiarino di perseguire programmi indipendenti mentre, in realtà, favoriscono gli interessi delle aziende produttrici di tabacco, le quali continuano a essere responsabili di circa otto milioni di decessi all'anno in tutto il mondo.

[Tabaccologia 2020; 2:16-25]

Claudio Tanca, Mark Hurley, Debra Rosen

Campaign for Tobacco-Free Kids (Campagna per liberare i ragazzi dal tabagismo), 1400 I Street N.W., Suite 1200, Washington, DC, 20005, USA

Corresponding author: Claudio Tanca

✉ ctanca@tobaccofreekids.org

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

Bibliografia

1. WHO. Tobacco industry interference with tobacco control. WHO Press: Geneva 2009. http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tob_ind_int_cover_150/en/index.html
2. Tobacco Industry Front Group: The International Tobacco Growers' Association: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/IW_interference_ITGA_fact_sheet.pdf
3. Tobacco Industry Tactics Used to Undermine Smoke-free Policies: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/SF_TI_tactics_en.pdf
4. Campaign for Tobacco-Free Kids, American Heart Association, Counter Tobacco, Deadly Alliance, How Big Tobacco and Convenience Stores Partner to Market Tobacco Products and Fight Life-Saving Policies. March 5, 2012: https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/what_we_do/industry_watch/store_report/deadlyalliance_full_report.pdf
5. Guide 1.3 Prepare for Tobacco Industry Interference: <https://www.tobaccofreekids.org/plainpackaging/guides/prepare-for-tobacco-industry-interference#note10>
6. WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003: https://www.who.int/fctc/text_download/en/
7. Bates C Rowell A, for Action on Smoking and health. Tobacco Explained. The truth about the tobacco industry... in its own words. <https://www.who.int/tobacco/media/en/TobaccoExplained.pdf>
8. Stopping Tobacco Organizations & Products. Tobacco Allies Terms & Methodology: <https://exposetobacco.org/tobacco-allies-terms-methodology/>
9. TakeAPart. The Global Fight to Take Down Tobacco: <https://www.takeapart.org/>
10. The Truth about the International Tax and Investment Center (ITIC): https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/IW_ITIC_Alert.pdf
11. ITIC: A Foundation Directly Sponsored by Transnational Tobacco Companies: <https://www.fctc.org/itic-a-foundation-directly-sponsored-by-transnational-tobacco-companies/>
12. Press release: Campaign to expose big tobacco's lobby front may save millions of lives in lower-income countries: <https://www.taxjustice.net/2016/11/06/press-release-campaign-expose-big-tobaccos-lobby-front-may-save-millions-lives-lower-income-countries/>
13. Public letter. Request for public disassociation from ITIC: <http://taxtobacco.org/wp-content/uploads/2016/11/Partner-letter-generic.pdf>
14. Meyer D. Philip Morris pledges almost \$1 billion to anti-smoking fight. *Fortune*, September 13, 2017: <https://fortune.com/2017/09/13/philip-morris-billion-smoke-free-foundation/>
15. Legg T, Peeters S, Chamberlain P, Gilmore AB. The Philip Morris-funded Foundation for a Smoke-Free World: tax return sheds light on funding activities. *Lancet* 2019;393:2487-8.
16. Foundation for a Smoke-Free World: <https://www.smokefreeworld.org/our-vision/> Date accessed: December 19, 2019.
17. Hirschhorn N, Bialous SA, Shatenstein S. Philip Morris' new scientific initiative: an analysis. *Tob Control* 2001;10:247-52.
18. United States of America, Plaintiff, and Tobacco-Free Kids Action Fund, American Cancer Society, American Heart Association, American Lung Association, Americans for Nonsmoker Rights, and National African American Tobacco Prevention Network, Intervenor, v. Philip Morris USA, Inc. (f/k/a Philip Morris, Inc.), et al., Defendants. United States District Court for the District of Columbia Civil Action No. 99-2496 (GK). Final Opinion, 2006: https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCOURTS-dcd-1_99-cv-02496/pdf/USCOURTS-dcd-1_99-cv-02496-4.pdf
19. Tobacco Meets Technology: <https://www.pmi.com/smoke-free-products/iqos-our-tobacco-heating-system> Date accessed: December 18, 2019.
20. <https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2017-who-statement-on-philip-morris-funded-foundation-for-a-smoke-free-world>
21. Framework Convention on Tobacco Control, 2019, <https://www.who.int/fctc/en/>
22. Karla A, Bansal P, Wilson D, Lasseter T. Inside Philip Morris' campaign to subvert the global anti-smoking treaty. July 13, 2017: <https://www.reuters.com/investigates/special-report/pmi-who-fctc/>
23. Philip-Morris International. 2018 Fourth Quarter and Full Year Results, 2019, <https://www.pmi.com/investor-relations/reports-filings>
24. Boseley S, Collyns D, Lamb K, Dhillon A. How children around the world are exposed to cigarette advertising. *The Guardian*, 2019. <https://www.theguardian.com/world/2018/mar/09/how-children-around-the-world-are-exposed-to-cigarette-advertising>
25. WHO Statement on Philip Morris funded Foundation for a Smoke-Free World. 28 September, 2017: <https://www.jhsph.edu/about/dean-mackenzie/news-headlines/smoke-free-world.html>
26. STOP Tobacco Industry Watchdog Exposes Industry Allies That Undermine Public Health: <https://www.vitalstrategies.org/stop-tobacco-industry-watchdog-exposes-industry-allies-that-undermine-public-health/>
27. Bloomberg Philanthropies - Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use: <https://www.bloomberg.org/program/public-health/tobacco-control/>
28. Tobacco Industry Front Group: The International Tobacco Growers' Association: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/IW_interference_ITGA_fact_sheet.pdf
29. Campaign for Tobacco-Free Kids Calls on ILO to Finally Sever Ties with Deadly Tobacco Industry. June 07, 2018: https://www.tobaccofreekids.org/press-releases/2018_06_08_ilo
30. American Chamber of Commerce urges president to veto bill with regulation of cigarettes trade margin. *Interfax-Ukraine*, 2020. <https://en.interfax.com.ua/news/economic/639976.html>

Il risarcimento del danno da fumo passivo nel diritto civile

Compensation for second hand smoking damage in civil law

Valentino Gardi

Riassunto

Il danno da fumo passivo rappresenta una tematica ampiamente discussa dal punto di vista medico-scientifico, ma ancora poco sviluppata dal punto di vista giuridico. In questo articolo si cercherà, pertanto, di affrontare l'argomento in tale prospettiva, dando conto dello stato del dibattito sia nella dottrina che nella giurisprudenza. Verranno esaminati gli aspetti più pregnanti del riconoscimento di un diritto al risarcimento dei danni subiti a causa del fumo passivo dando conto delle difficoltà, agevolmente superabili nel diritto civile, in ordine alla prova della relazione eziologica tra l'evento e il danno. In più verrà dato ampiamente conto degli obblighi e delle responsabilità del datore di lavoro per i danni cagionati dal mancato rispetto della normativa sul fumo nell'ambiente di lavoro. Infine si fornirà una panoramica sull'evoluzione giurisprudenziale e normativa in tema di danno giuridico da fumo passivo, con la fondamentale sentenza contro l'azienda pubblica Rai fino alle pronunce più recenti, anche alla luce delle nuove disposizioni legislative in materia (Direttiva 2014/40/UE e d.lgs. n. 6 del 2016).

Parole chiave: Risarcimento del danno, fumo passivo, relazione eziologica evento-danno, bilanciamento interesse contrapposto, nesso di causalità.

Abstract

This article covers a debated topic in Italy: the compensation for damage due to secondhand smoke, from a juridical perspective. The following text will cover the issue from the point of view of both the doctrine and the jurisprudence. It will start by defining the category of the "mass toxic tort". The text will then proceed on discussing the relation and controversy between the individual's right of smokers to smoke opposed to the rights of non-smokers not to smoke. Moreover, the article will analyse difficulties of the deciding process for the right compensation de quo due to the injured party. We will also talk about the responsibility of the employer when he/she damages his/her own workers in the working environment. In the end, we will illustrate a panorama of the jurisprudence's evolution, regarding damages caused by secondhand smoke, with particular attention to the Rai sentence and to the most recent cases, under the light of the recent laws (Direttiva 2014/40/UE and D.lgs. n. 6/2016).

Keywords: *Reparation damage, second-hand smoke, causative connection between event and damage, the equilibrium between the opposed appeal, causality link.*

Introduzione

Il fumo passivo o "sidestream smoking" è una di quelle situazioni esterne, di flusso negativo, causate da prodotti da fumo, come per esempio le sigarette. Tale fattispecie concerne l'inalazione involontaria di fumo da parte di soggetti non fumatori. Alcuni studi effettuati nel corso della fine degli anni Ottanta hanno

dimostrato che, per molti versi, il fumo passivo presentava un'anima addirittura più nociva del fumo assunto volontariamente dal soggetto: nello specifico si osservava che il fumo passivo sviluppato a temperature più ridotte rispetto al fumo attivo, tendeva ad avere una concentrazione maggiore di tossine rilevate nel fumo di sigaretta [1].

Acclarata l'estrema dannosità del fumo passivo per la salute di coloro che (con)vivono loro malgrado a stretto contatto con dei fumatori, ci si è chiesti come assicurare loro una tutela adeguata e, nel caso in cui non fossero riusciti a sfuggire alle conseguenze nefaste dell'esposizione al fumo altrui, se potessero almeno vantare un qualche tipo di pretesa risarcitoria.

Dal punto di vista della tutela, uno dei successi chiave è stato raggiunto nel 2003 dallo Stato italiano con l'inserimento del divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi aperti al pubblico, portato a compimento dalla c.d. legge Sirchia, all'art. 51. Attualmente in Italia è possibile fumare solo nei luoghi aperti (giardini, stadi, etc.) o nei luoghi parzialmente aperti (gallerie, portici, etc.).

Più di recente l'Italia ha, inoltre, recepito con il d.lgs. n. 6 del 2016 la direttiva n. 40/2014 dell'UE, circa il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri concernenti la lavorazione, la presentazione e la vendita di prodotti di tabacco o altri prodotti correlati al fumo.

La direttiva UE, nella sua completezza, ha il merito di aver esteso le tutele per i soggetti esposti al fumo passivo, in particolare dei più giovani: sono stati infatti introdotti nuovi e importanti divieti di fumo, all'interno delle auto, in presenza di soggetti minori o donne in stato di gravidanza, e nelle pertinenze esterne delle strutture universitarie ospedaliere, dei presidi ospedalieri e degli IRCCS pediatrici, nonché nelle pertinenze esterne dei reparti di ginecologia e ostetricia, neonatologia e pediatria.

Il bilanciamento dell'interesse contrapposto

Occorre evidenziare che imporre la sopportazione del fumo ad altri soggetti è al pari di ogni altra tecnica di induzione al fumo, un atto di violenza fisica e morale, visto e constatato che questa dipendenza fa subire, indirettamente, gli effetti nocivi ai soggetti presenti *in loco*. Questo comportamento sociale, pertanto, travolge l'integrità fisica e salutare della persona umana [2,3]. La liceità di consumare prodotti da fumo sembra costituire l'oggetto di una "volontà" negativa per il fumatore; in quanto, nell'esercizio della stessa, il soggetto non potrebbe pretendere nulla né dalla pub-

blica autorità né dai soggetti esposti, se non una semplice "permissio- ne" nel rispetto della legge. In assenza di un interesse meritevole di tutela dall'ordinamento giuridico e dato il carattere socialmente dannoso e spesso mortale del fumo, il fenomeno anche se ritenuto potenziale, e rilevante fonte di danno, risulta confinato nel *non iure* piuttosto che nel *contra ius*. La mancanza di materiale valido che dimostri l'utilità nella pratica del fumo, rende molto complessa per l'interprete la possibilità di operare un bilanciamento fra interessi, con la conseguenza che il giudizio dell'interprete non potrà che rilevare gli effetti nocivi e pregiudizievoli del fumo sulla salute umana individuale e collettiva [4].

Ove sia dimostrato che il consumo dei prodotti da fumo sia tale da determinare un danno reale alla salute altrui, il giudicante non potrà che ritenere primaria la salute dell'individuo, quale diritto fondamentale, così come sancito all'art. 32 della Costituzione; con tutte le implicazioni in termini di attribuzione della responsabilità e del risarcimento del danno.

Inquadramento giuridico della questione

Giuridicamente il danno da fumo passivo rientra nella categoria dei cc.dd. *mass toxic torts*: con questo termine ci si riferisce a delle ipotesi di danni, e responsabilità, per l'assunzione-esposizione, da parte di un soggetto, ad agenti tossici o materiali e sostanze di natura biochimica, radioattiva, con la conseguenza di gravi effetti eziopatologici sull'organismo [5-9].

Tale tipologia di illecito va ricondotta a una duplice ipotesi: la prima concernente i danni derivanti dal consumo di beni con effetti di natura tossica, le cui consumazione e produzione portano danni rilevanti per la salute; la seconda ipotesi riguardante i danni conseguenti allo svolgimento di attività, lavorative o simili, caratterizzate dall'esposizio-

ne dei soggetti a sostanze nocive. Nella fattispecie concreta dell'illecito "di massa" possono presentarsi due distinte situazioni: *in primis* una che riconduce il fenomeno a un episodio di natura extra-contrattuale, che cagiona un danno alla salute a una pluralità indeterminata di soggetti; *in secundis*, una situazione, cumulativa rispetto alla prima, dove vicino all'estensione quantitativa dei soggetti danneggiati, si collocano ulteriori requisiti, come per esempio il tipo di danno subito dagli indeterminati soggetti, ovvero l'accertamento di un effettivo nesso di causalità tra l'azione della sostanza nociva e il danno sofferto [10].

La definizione di *mass torts* può condurre, a sua volta, all'analisi di tre diversi tipi di danno: eventi singoli da cui derivano contemporaneamente lesioni a una pluralità di soggetti (cc.dd. *mass accidents*), come per esempio incidenti aerei ovvero disastri naturali di natura colposa [11]; eventi che causano un danno rilevante diffuso, localizzato in una determinata area geografica, provocato da sostanze tossiche (cc.dd. *pollution mass torts*); esempio, tristemente noto, quello del disastro nucleare di Černobyl' [12]; infine, lesioni a catena cagionate da un prodotto difettoso (cc.dd. *product liability mass torts*); a titolo esemplificativo si rilevano i casi del fumo, dell'amianto, dei farmaci difettosi, dei campi elettromagnetici (CEM).

Il danno da fumo passivo rappresenta un grave danno alla salute, così come lo rappresentano i danni dovuti all'esposizione ad altre sostanze chimiche nocive (come per esempio al cromo, al PM10, etc.). L'individuazione dei medesimi danni è assai ardua per l'interprete, in quanto nel compimento di tali azioni subentrano difficoltà che riguardano principalmente l'esatto accertamento del processo eziopatologico della malattia, la quale varia a seconda della tipologia di sostanza dannosa esaminata.

Per danno da fumo, nell'ordinamento giuridico, si intende l'insieme di tutte le questioni in cui si rilevano delle situazioni dove l'esposizione al fumo di tabacco cagiona un danno alla salute; si può, al riguardo, distinguere tra danno derivante da fumo attivo, danno da fumo passivo (dove i soggetti danneggiati hanno inalato, contro la loro volontà, le emissioni altrui) [13], danno da fumo di terza mano (che è quello che viene assorbito dall'ambiente dopo essersi depositato su abiti, capelli, pelle, suppellettili e arredi di ambienti confinati) [14], e, infine, col termine di più recente acquisizione si può parlare anche di danno da fumo di "quarta mano" [15,16], che, con un forte impatto ambientale, concerne l'inquinamento tossico causato dalle innumerevoli cicche di sigarette disperse ogni giorno nell'ambiente. Risulta quindi evidente come il danno da fumo ricopra una moltitudine di casistiche variegata talvolta di estrema complessità.

Occorre porre in un ruolo primario, nell'inquadramento giuridico del danno *de quo*, l'accertamento da parte dell'interprete del c.d. nesso di causalità tra l'evento e il danno, e in particolare l'applicazione del criterio del "più probabile che non" e dei principi della causalità addizionale, cumulativa e della equivalenza delle concause ex art. 41 codice penale (c.p.), il quale disciplina il "concorso di cause", che si manifesta quando una pluralità di condotte o situazioni appaiono idonee a produrre l'evento nocivo verificatosi.

Il nesso di causalità può essere definito come quel nesso eziologico tra un determinato evento (esercitato da un'azione umana o naturale), e il verificarsi di una determinata conseguenza, che assume rilievo per l'ordinamento giuridico [17]. Il codice civile non si esprime circa la definizione di causalità, ma si limita a prevedere attraverso l'art. 2043 c.c., che un danno ingiusto debba essere cagionato da un fat-

to illecito, e chi ha commesso il fatto sia obbligato al risarcimento; come può avvenire quando un soggetto per un lungo periodo, per esempio in un luogo, inala il fumo di tabacco esalato dai suoi colleghi di lavoro, sviluppando una grave patologia; questo soggetto, a causa di questo evento dannoso, avrà diritto a un risarcimento. La determinazione del risarcimento trova disciplina dall'art. 1223 c.c.

Il problema del nesso causale rileva che all'art. 2043 c.c. utilizzando il termine "cagiona" ci si rifà a un primo nesso definito di causalità materiale (principio della *condicio sine qua non*, etc.); invece gli art.

nale vige la regola "dell'oltre ogni ragionevole dubbio"; nel diritto civile prevale la regola del c.d. "più probabile che non" [18-20]; applicando un principio in termini di probabilità logica. Nel caso di dover dimostrare che il fumo passivo subito da un soggetto, per molti anni, sia stato la causa della morte dello stesso, sarà da dimostrare come dalla dottrina ivi citata che, il fumo inalato dal soggetto passivo, sia stato l'elemento che ha causato l'insorgere della morte, attraverso una patologia; manifestandosi pertanto l'esistenza del nesso causale tra l'evento (il fumo inalato) e il danno (la morte del soggetto).



1123, 1225 e 1227 c.c. rilevano un nesso inerente alla c.d. causalità giuridica (principio della regolarità causale), che ha lo scopo di rinvenire i profili di esistenza e ampiezza dei pregiudizi relativi all'evento dannoso cagionato.

Infine, è giusto affermare che riguardo alla prova del nesso di causalità, come potrebbe avvenire nel caso di un risarcimento per danni da fumo passivo, l'elemento che tende a differenziare in modo evidente il settore civile *de quo* da quello penale è quello del c.d. standard probatorio richiesto: nel diritto pe-

Nel diritto vivente, concernente le aule giudiziarie, uno dei procedimenti più recenti contro un'azienda pubblica per i danni da fumo passivo, subiti da una propria lavoratrice, è del 2016, dove è stato statuito che il datore di lavoro risponde del danno subito dal dipendente a causa della nocività dell'ambiente lavorativo (Corte di Cass., sez. Lavoro, 03/03/2016 n. 4211). Nello specifico la dipendente, oltre ad aver dovuto subire un demansionamento disciplinare, era stata soggetta a una perdurante esposizione al fumo altrui sul luogo di lavoro;

la Suprema Corte di Cassazione, in quella occasione, ha chiarito che il datore di lavoro non va esente da responsabilità nel caso in cui si sia limitato a impartire direttive generiche e non abbia assicurato la salubrità dell'ambiente di lavoro controllando adeguatamente che fosse rispettata la normativa anti-fumo; secondo la Suprema Corte, infatti, sul posto di lavoro devono valere criteri di diligenza più stringenti, rivestendo il datore una vera e propria posizione di garanzia. Emblematico è stato anche il caso processuale contro la Regione Sicilia che, nel 2017, è stata condannata dal Tribunale civile di Palermo, con la sentenza n. 2227, a un risarcimento pari a un milione e mezzo di euro, per la morte di una dipendente che per anni era stata costretta a inalare il fumo passivo dei propri colleghi sul luogo di lavoro, finendo con lo sviluppare una neoplasia polmonare.

Da ultimo la Corte di Cassazione è tornata a pronunciarsi con l'Ordinanza del 9 gennaio 2019, n. 276, che ha condannato in via definitiva Poste Italiane a risarcire i danni subiti a causa del fumo passivo da un proprio dipendente; la vicenda processuale riguarda un ex dipendente, non fumatore, di Poste Italiane, che per oltre quattordici anni era stato esposto al fumo passivo nel proprio ambiente di lavoro, e che aveva finito, quindi, con lo sviluppare una neoplasia dell'apparato respiratorio. Tale patologia, secondo i medici, sarebbe stata la conseguenza proprio dell'esposizione prolungata al fumo passivo sul luogo di lavoro. In questa pronuncia della Corte di Cassazione è stato, quindi, confermato il nesso di causalità tra l'evento e il danno per il soggetto. Questa è l'ennesima prova di come il danno da fumo passivo possa "immergersi" in scenari quanto più quotidiani, anche in un semplice luogo di lavoro, per non parlare della quotidianità abitativa delle famiglie.



Le difficoltà in ordine alla prova della relazione eziologica evento-danno

Nel dover dimostrare la connessione eziologica tra fumo passivo e pregiudizio, si va a configurare un'ipotesi di danno ingiusto [21]. Fin da subito è evidente, nel raffronto del danno da fumo passivo con il fumo attivo, che nel primo non si rilevano particolari problematiche in ordine al profilo (ruolo) e all'incidenza della condotta del soggetto danneggiato nella produzione dell'illecito.

Nelle situazioni ove la vicenda dannosa sia caratterizzata anche dalla spontanea volontà e consapevole assunzione del rischio dalla vittima, si qualifica una responsabilità bilaterale, e l'incognita del problema si rifà all'accertamento della relazione eziologica tra evento e pregiudizio, da cui discende l'individuazione

del soggetto responsabile e l'imputazione della conseguente responsabilità.

Rispetto al fenomeno del fumo attivo sarà più complesso l'accertamento dell'efficienza dell'esposizione al fumo altrui, quale causa determinante del danno alla salute lamentato, con un'ulteriore difficoltà in ordine all'individuazione dei soggetti responsabili nel caso concreto. Partendo da una posizione riguardo i profili oggettivi da accertare, è evidente che l'accertamento dell'incidenza del fumo, nella eziopatogenesi della malattia, mostra da subito le incertezze tipiche di un danno da sostanza tossica, in quanto non è provocato dal consumo diretto dell'oggetto dannoso (sigaretta, sigaro, etc.), ma dall'esposizione involontaria dell'altrui consumo. Ciò conferma di essere in presenza di un danno reale da sostanza tossica, anche senza la



volontarietà del soggetto, oltre che per quanto è stato riportato, con dati clinici e scientifici, già dalla fine degli anni Ottanta quando fu dimostrato che i soggetti sani non fumatori, esposti acutamente al fumo, lamentavano sintomi clinici di vario genere (irritazioni oculari, emicranie, tosse, etc.), e fu ritenuto, fin da quegli anni, che gli effetti dell'esposizione cronica differivano sensibilmente a seconda dell'età del soggetto [22].

Ritornando al caso specifico, in riferimento alla difficoltà in ordine alla prova delle modalità in cui si è svolta l'esposizione nel caso concreto, l'impossibilità di accertamento di una connessione causale, senza ricorrere a modelli matematici i quali variano a seconda di eventi non prevedibili, comporta la necessità di un'elaborazione di campioni che al *quantum* del consumo per la determinazione dell'incidenza statistica del danno stesso sostituiscono la durata e la modalità dell'esposizione.

A tal proposito la complessità è evidente, visto che risulterebbe più naturale e semplice stabilire una relazione tra il consumo diretto di sostanze da fumo e le patologie lamentate rispetto alle stesse malattie e l'esposizione al fumo di altri. Tutto ciò è giustificato dal fatto che il *quantum* dell'inalazione di fumo passivo dal soggetto appare legato al *quomodo* della stessa inalazione, risultando assai complicata la determinazione di un'incidenza causale, anche per difficoltà di ricorrere a elementi di natura presuntiva.

Inoltre, è importante constatare che le difficoltà sono immutate ove si analizzi la situazione sotto il profilo soggettivo. Il quesito primario da porsi, a tal proposito, sta nell'individuazione di chi, tra i soggetti concorrenti nella faccenda, possa ritenersi come il responsabile del danno subito dal soggetto attore. Ancora una volta, come nel caso affrontato in tema di risarcimento di danno da fumo di sigaretta attivo, torna in ausilio il già citato art. 2043 c.c., dove come soggetto responsabile dovrebbe ritenersi l'autore

materiale dell'illecito, che nel caso di specie sarebbe proprio lo stesso soggetto fumatore.

Al pari delle sentenze precedentemente citate, nel 2016 la Suprema Corte di Cassazione ha dimostrato "tolleranza zero" verso il danno da fumo passivo, considerando il datore di lavoro responsabile, e nel caso concreto condannando la Rai (tv pubblica) a risarcire, con circa 32.000 euro, un ex dipendente, in pensione, per danni biologici e morali [23]. In queste argomentazioni giuridiche sembra aver trovato più riscontro, dai Tribunali, l'azione verso chi detiene un potere conformativo dell'attività del fumatore attivo o passivo ovvero sia responsabile della salute, sicurezza dei lavoratori e degli ambienti ove si svolge l'attività degli stessi lavoratori.

A tal proposito avendo analizzato pienamente le difficoltà che si presentano, all'interprete e al giurista, in ordine alla prova della sussistenza della relazione eziologica evento-danno, sia in base a profili oggettivi o soggettivi da accertare, sembra doveroso soffermarsi nel prossimo capitolo sulla dissertazione in tema di responsabilità del datore di lavoro nell'adempimento del potere-dovere di sicurezza, controllo e salvaguardia dell'ambiente di lavoro e gli obblighi verso gli stessi dipendenti (soggetti passivi del fumo), a lui riconducibili.

Profili di responsabilità: il datore di lavoro e il potere-dovere di sicurezza nei luoghi di lavoro

Come argomentato precedentemente, è risaputo esserci una vera e propria incertezza circa l'origine e la genesi della moltitudine di situazioni in cui il danno da fumo si manifesta.

In tale visione giuridica risulta prevalere l'azione del c.d. *second hand smoker* nei confronti del responsabile della sicurezza e salubrità degli ambienti, dove i lavoratori svolgono la propria attività. Questa ipotesi risulta più estesa di

quella riconducibile al mero rapporto tra lavoratore e datore di lavoro, incorporando in sé ogni fatto ove il titolare del potere di organizzazione, controllo e salvaguardia dei luoghi, in cui si realizza l'esposizione volontaria al fumo altrui, non assume misure idonee a impedire il danno; tale fattispecie ipotetica risulta per l'appunto la più ricorrente [24,25]. Al fine di definire i profili di responsabilità dei soggetti aventi i poteri, ivi definiti, è necessario compiere un'analisi storica. Tra i primi decreti vi fu il d.P.R. 24/04/1955, n. 547, attraverso il quale fu posto in essere il divieto di fumare nei luoghi aventi un particolare rischio, in riferimento al loro fine lavorativo; un altro decreto importante fu il d.P.R. 09/04/1959, n. 128, con cui fu posta la restrizione al consumo di oggetti da fumo in luoghi sotterranei (quali per esempio cave o miniere). La tutela del soggetto non fumatore lavoratore inizialmente fu attuata solo ai sensi del già citato art. 2043 c.c., in quanto tale articolo interpretato in concomitanza con l'art. 32 della Cost., permetteva al soggetto danneggiato non fumatore di agire verso il soggetto fumatore a titolo di risarcimento danni, causati alla propria persona, dall'esposizione allo stesso fumo passivo [26]. Trattare e ascrivere una tutela unicamente tramite l'articolo 2043 c.c. consentiva, però, di giungere solamente a un risarcimento di danni eventualmente cagionati, e non favoriva una tutela ai soggetti passivi con l'obbligo di adozione, in capo al datore di lavoro, delle necessarie misure preventive. Questa tutela totale, tanto "sperata", giunse a compimento negli anni Novanta quando l'orientamento dottrinale e giuridico ricondusse alla tutela dei soggetti non fumatori, e in particolare dei lavoratori, nell'ambito dell'art. 2087 c.c. (*tutela delle condizioni di lavoro; [1]. L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare*

l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro); analizzato correlatamente con lo stesso art. 32 della Costituzione.

Attraverso questo combinato disposto dei due articoli è sorto un diritto soggettivo alla salute dei lavoratori, ovvero il diritto alla salubrità dell'aria respirata nei luoghi lavorativi, con la susseguente imposizione di obblighi di prevenzione in capo al datore di lavoro. L'art. 2087 c.c., applicabile anche in casi non ancora espressamente previsti dal legislatore, prevede una sorta di implicito dovere di sicurezza sia verso i soggetti non fumatori lavoratori, sia verso i soggetti non fumatori comuni. Per di più il citato articolo è azionabile non solo *ex post* per il ristoro dei danni prodotti dalla violazione del medesimo obbligo, ma anche *ex ante* per ottenere che il datore di lavoro adempia alle tutele necessarie. Sulla base della responsabilità datoriale è importante ricordare che gli obblighi di prevenzione del datore di lavoro non cessano di avere efficacia con la semplice predisposizione delle misure di sicurezza, ma si materializzano concretamente anche con l'attività di vigilanza sul rispetto delle misure di prevenzione da parte dei prestatori di lavoro. Infine, è lecito dire che l'art. 2087 c.c. impone al datore di lavoro l'adozione di tutte le misure idonee a preservare l'integrità psico-fisica dei propri lavoratori, e ha l'effetto di espandere la sfera di tutela possibile, in quanto prescindendo dalla considerazione, e dalla prova di un danno effettivamente subito [27].

In totale corrispondenza con l'argomento trattato in questa sede, è opportuno citare un intervento legislativo di notevole importanza, per i lavoratori: nel 2008 il d.lgs. n. 81 ha posto l'obbligo in capo al datore di lavoro di adottare ogni intervento idoneo, al fine di prevenire qualsiasi possibile danno cagionato dal fumo passivo ai soggetti non fumatori (e non), sul luogo di lavoro; tale norma prevede, innanzitutto, l'adozione di misure generali di prevenzione del fumo,

per finalizzare l'abbassamento e l'eliminazione del rischio correlato all'inalazione della sostanza nociva stessa. Inoltre, è chiaro che la norma *de qua* abbia reso più semplice l'onere della prova.

Per comprendere quanto sia importante trattare il danno da fumo passivo, con particolare intenzione anche all'ambiente lavorativo, è fondamentale ricordare che all'interno dell'Unione Europea, nel 2002, sono deceduti circa 7.300 soggetti adulti, di cui circa 2.800 non fumatori, a causa dell'esposizione al fumo passivo di tabacco diffuso nei luoghi di lavoro [28]; più specificamente, inoltre, è emerso che il rischio di carcinoma polmonare era maggiore del 50% per i soggetti che lavoravano in ambienti lavorativi di ristorazione dove era legale fumare, rispetto a quelli non esposti al fumo [29].

Conclusioni

Solo negli ultimi tempi il danno da fumo passivo sembra potersi inquadrare anche nell'ambito giuridico. Inoltre sono venuti alla ribalta nuovi strumenti finalizzati all'assunzione del fumo, quali per esempio le sigarette elettroniche e vaporizzatori di varie specie. L'esposizione ai vapori di questi oggetti porta a rischi concreti per la salute umana; soprattutto per le alte concentrazioni di metalli pesanti che si disperdono nell'ambiente. Questi strumenti di consumo non ricadono nell'ambito di operatività dei divieti attualmente vigenti, al di là di alcune specifiche aree (accuratamente segnalate) e dei mezzi di trasporto, come per esempio sui treni, ove all'interno dei vari regolamenti è previsto il divieto di fumo oltre che per le sigarette comuni, anche per le sigarette elettroniche.

È quanto più auspicabile che vengano posti in essere, da parte del legislatore e delle Istituzioni, interventi legislativi validi e concreti, con lo scopo di tutelare la salute dei soggetti esposti al vapore di questi oggetti; il tutto per non rendere vano tutto il lavoro fatto finora, sia

dal legislatore sia dalla giurisprudenza. Evitando, inoltre, di esporre i soggetti passivi a nuovi fattori di rischio per la salute.

Gli stessi medici, che dovrebbero essere portatori di salute e sanità, fumano in grande numero in Italia [30]; noncuranti non soltanto dei danni che si auto-provocano, ma soprattutto dell'esempio sociale e globale che trasmettono ai cittadini, fumatori o no. Giuridicamente la questione *de qua* è ancora molto dibattuta a livello sia dottrinale che giurisprudenziale.

È necessario che la nuova normativa del d.lgs. n. 6 del 2016, sul divieto di fumo, esteso anche nelle pertinenze ospedaliere, sia rispettata sia dai pazienti sia dagli stessi medici; e così che si riesca a bandire il fumo, *in toto*, in tutti i luoghi di cura.

È evidente, purtroppo, che la libertà di autodeterminazione è fortemente menomata in misura variabile a seconda dell'età a cui si è iniziato a fumare e del tempo trascorso dall'inizio di questa dipendenza. Occorre mettere in evidenza il fatto che questi soggetti dipendenti non sono soli, ma che vi sono migliaia di associazioni, che lottano quotidianamente, mettendoci anche la faccia, contro il fenomeno del tabagismo, sia a livello nazionale sia a livello internazionale. Grazie a loro, ai medici coscienti e ai milioni di volontari in tutto il mondo, la speranza di curare i soggetti fumatori da questa dipendenza, e portare la conoscenza circa i danni medici, psichici, sociali e giuridici del fumo agli occhi del mondo intero, può avere ancora speranza.

[Tabaccologia 2020; 2:26-32]

Valentino Gardi

Dottore in giurisprudenza,
Università di Bologna
Specializzando in professioni legali,
Università degli Studi di Firenze
✉ valentino.gardi@unibo.it

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

Bibliografia

1. Surgeon General, USDHHS, cit., 1986.
2. Nazzaro D. Il diritto di non fumare. *Giur It* 1997;1:109.
3. Nazzaro D. Il divieto di fumare: un aspetto "minimalistico" della tutela della salute? *Giur It* 1997;IV:244-51.
4. Baldini G. Il danno da fumo, cap. 4° 1. Fumo attivo vs fumo passivo, Collana: Consumatori Oggi, 20. Edizioni Scientifiche Italiane: Napoli 2008.
5. Ponzanelli G. La responsabilità civile. Il Mulino: Bologna 1992.
6. Monateri PG. La responsabilità nei mass torts, in *Responsabilità civile (Trattato di Diritto Civile Sacco R.)*. Torino, pg. 195 ss., 1998.
7. Baldini G. Il danno da fumo. Il problema della responsabilità nel danno da sostanze tossiche, Collana: Consumatori Oggi, 20, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2008.
8. Rheingold P. Toxic Torts Tort Actions for cancer and Lu, Association of Trial Lawyers, Washington, 1977.
9. Gold S. Causation in toxic torts: burdens of proof, standards of persuasion and statistical evidence. *Yale L.J.* 1986;96: 376-402.
10. Ponzanelli G. La responsabilità civile. Mass torts nel diritto italiano. Il Mulino: Bologna 1992, pg. 174.
11. Monateri G. La responsabilità nei mass torts, in *Responsabilità civile (Trattato di Diritto Civile Sacco R.)*. Torino 1998, pg. 197 ss.
12. Monateri G. La responsabilità nei mass torts, in *Responsabilità civile (Trattato di Diritto Civile Sacco R.)*. Torino 1998, pg. 195 ss.
13. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second hand cigarette smoke? *Tob Control* 2001;10:383-8.
14. Ramirez N, Ozel MZ, Lewis AC, Marce RM, Borrull F, Hamilton JF. Exposure to nitrosamines in thirdhand tobacco smoke increases cancer risk in non-smokers. *Environ Int* 2014;71:139-47.
15. Lombardi CC, Puca P. Le cicche di Sigaretta: da rifiuto tossico nocivo a risorsa per il green ecologic design Rimini, Atti Ecomondo, 2013. Green economy: Ricerca, Innovazione e Simbiosi industriale.
16. Thomas E, Novotny TE, Zhao F. Consumption and production waste: another externality of tobacco use. *Tob Control* 1999;8:75-80.
17. Capeocchi M. Il nesso di causalità. Da elemento della fattispecie "fatto illecito" a criterio di limitazione del risarcimento del danno. CEDAM: Padova 2005.
18. Bordon R. Il nesso di causalità. UTET Giuridica: Torino 2006.
19. Gorla G. Sulla c.d. causalità giuridica: fatto dannoso e conseguenze. *Rivista di diritto civile* 1954;II.
20. Realmonte F. Il problema del rapporto di causalità nel risarcimento del danno. Giuffrè: Milano 1967.
21. Corte Costituzionale, sentenza 202/91.
22. Caso G, Trecciano L. Quaderni di Selecta Paediatrica, la via del respiro: effetti da fumo passivo. Edizioni Mediche Italiane: Pavia 1987.
23. Cassazione Civile, 3 marzo 2016, n. 4211.
24. Consoli I. Il fumo passivo nei luoghi di lavoro e la responsabilità del datore di lavoro, nota a Cass. Civ. 16 novembre 2006, n. 24404, in *Il lavoro della giurispr.*, fasc. 6, pp. 585, 2007.
25. Cumani E. Responsabilità del datore di lavoro per esposizione a fumo passivo e infermità per causa di servizio, nota a Cass. Civ. 1611/2006, n. 24404.
26. Corte Costituzionale, 7 maggio 1991, n. 5002.
27. Lorenzi F. Il problema del fumo passivo, in *Studium Iuris*, n. 4, 469-475, 2004.
28. The Smoke Free Partnership. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. European Respiratory Society Journals Ltd: Bruxelles (Belgio) 2006.
29. Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.
30. Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, Siliquini R, Liguori G, Manzoli L, et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *Eur J Public Health* 2011;21:29-34.

Il ruolo del fumo e altri fattori di rischio evitabili sulla gravità di COVID-19. Studio COSMO-IT (COvid-19 and SMOKing in Italy): uno studio longitudinale multicentrico in Italia

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

Il ruolo degli stili di vita sull'incidenza e la prognosi di COVID-19 non è ancora chiaro. Mentre sembra che i fumatori abbiano un minor rischio di risultare positivi al COVID-19 rispetto ai non fumatori [1], gli stessi fumatori hanno più frequentemente una prognosi sfavorevole di COVID-19, con un significativo eccesso di rischio di ricovero in Unità di Terapia Intensiva, necessità di ventilazione meccanica o morte [1-6]. Anche l'obesità sembra peggiorare la prognosi di COVID-19 [7,8]. Pochissimi dati sono disponibili a oggi su altri potenziali fattori di rischio evitabili, come l'utilizzo di sigarette elettroniche e prodotti a tabacco riscaldato, nonché sul consumo di alcool, in particolare nella popolazione italiana.

Per chiarire il ruolo del fumo di tabacco e altre abitudini di vita sulla gravità e sulla prognosi di COVID-19, è in corso lo studio COSMO-IT (COvid-19 and SMOKing in Italy) uno studio osservazionale longitudinale su pazienti COVID-19 provenienti da almeno 30 centri ospedalieri e da alcuni centri territoriali distribuiti nel Nord, Centro e Sud Italia. L'idea originale di questo studio multicentrico è nata da una stretta collaborazione tra la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), l'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (IRFMN) di Milano, l'Istituto per lo studio la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) e La Sapienza Università di Roma dietro richiesta di dati originali italiani di questo tipo da parte dell'Organizzazione Mondiale del-

la Sanità (OMS). Gli obiettivi principali dello studio sono:

- quantificare l'associazione tra stato di fumo e rischio di prognosi sfavorevole per pazienti COVID-19 ospedalizzati;
- valutare il ruolo della cessazione del fumo di sigaretta sulla prognosi di COVID-19;
- quantificare l'associazione tra altri potenziali fattori di rischio, come utilizzo di sigaretta elettronica, consumo di alcool e obesità, e il rischio di prognosi sfavorevole di COVID-19;
- confrontare la prevalenza di fumatori tra pazienti ospedalizzati e pazienti posti in isolamento domiciliare. Come *endpoint* primario verrà considerato un "decorso clinico grave", definito come il ricovero in un reparto di Terapia Intensiva, la necessità di ventilazione meccanica o la morte, rispetto a un "decorso clinico lieve".

I pazienti arruolati nello studio saranno oltre 3.000 pazienti consecutivi, con diagnosi COVID-19 confermata in laboratorio, ricoverati nei reparti di Pneumologia degli ospedali partecipanti nel periodo marzo-luglio 2020. Queste unità sono coordinate in larga parte da pneumologi afferenti alla Società Italiana di Tabaccologia (SITAB). Inoltre, saranno arruolati circa 800-1.000 ulteriori pazienti con diagnosi confermata di COVID-19, che sono stati isolati a casa e seguiti da selezionate realtà territoriali. A tutti i pazienti arruolati, sia afferenti ai centri ospedalieri sia a quelli terri-

toriali, sarà somministrato un questionario all'arruolamento che raccoglierà caratteristiche socio-demografiche, comorbidità, pregresse terapie farmacologiche, informazioni sulle abitudini e stili di vita. Il questionario alla dimissione (o remissione della malattia, per i partecipanti in isolamento domiciliare) sarà compilato dallo sperimentatore e conterrà la diagnosi, il trattamento di COVID-19, oltre all'esito del decorso della malattia, estraendo i dati direttamente dalla cartella clinica. Le informazioni sono raccolte in modo prospettico, per i nuovi pazienti, o in modo retrospettivo per i pazienti precedentemente ospedalizzati o isolati, a partire dalle informazioni già disponibili nelle cartelle cliniche o ricontattando i pazienti (o i parenti, nel caso di pazienti deceduti) per raccogliere le informazioni mancanti. L'associazione tra fattori selezionati (in particolare fumo di tabacco) e il rischio di un decorso grave di COVID-19 sarà stimata attraverso modelli di regressione logistica multivariata, dopo aver preso in considerazione diverse covariate, quali sesso, età, comorbidità e caratteristiche cliniche dei pazienti. Data l'attuale assenza di un vaccino contro SARS-CoV-2 e la mancanza di un trattamento specifico per COVID-19, le strategie di prevenzione sono di grandissima importanza. Il presente studio – basato su una popolazione straordinariamente ampia di pazienti COVID-19 in tutta Italia – fornirà quindi preziosi dati epidemiologici per compren-

Studio COSMO-IT

Istituto Mario Negri, SITAB, ISPRO, Uni Sapienza, Istituto Tumori (INT) e Istituto Superiore di Sanità, stanno conducendo uno studio su almeno trenta centri COVID del Nord, Centro e Sud Italia (Studio COSMO-IT: COvid and SMOKing in ITaly)





ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI - IRCCS



SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
SITAB



ISPRO
Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI

Figura 1 Il Prof. Silvio Garattini presenta lo studio COSMO-IT durante la giornata mondiale senza tabacco 2020, organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità il 29 Maggio 2020.

dere i fattori e le abitudini di vita evitabili predisponenti della malattia o che potrebbero peggiorare la gravità di COVID-19. Inoltre, saremo in grado di dare importanti raccomandazioni per prevenire l'incidenza, la progressione e la mortalità del COVID-19.

Allo studio ideato dalla SITAB con l'IRFMN e l'ISPRO e coordinato da questi ultimi, partecipano anche i seguenti Istituti: Istituto Superiore di Sanità, Roma; La Sapienza Università di Roma; l'Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS, Milano (**Figura 1**). Allo studio parteciperanno inoltre i seguenti 31 centri di raccolta dati: Ospedale "San Giovanni Bosco",

ASL Città di Torino, Torino; Ospedale "San Gerardo", Monza (MB); ASST Vimercate, Vimercate (MB); Ospedale "San Raffaele", IRCCS, Milano; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS, Milano; Ospedale Cà Foncello, ULSS 2, Treviso; Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine; Policlinico "S. Martino", Genova; Ospedale di Imperia, ASL 1 Imperiese, Imperia; Ospedale di Piacenza, Piacenza; Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Parma; Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa; Ospedale San Jacopo, Azienda USL Toscana Centro, Pistoia; ARS Toscana, Firen-

ze; Ospedali Riuniti di Torrette di Ancona, Ancona; Ospedale "Sant'Andrea", Roma; Ospedale "S. Camillo", Roma; Policlinico Umberto I, La Sapienza Università di Roma, Roma; Ospedale "S. Camillo De Lellis", Rieti; A.O.R.N. "S. Pio" - P.O. "G. Rummo", Benevento; A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli; Cotugno, Napoli; Ospedale Eboli, Eboli (SA); P.O. "Vito Fazzi", Lecce; Policlinico Riuniti, Foggia; Policlinico Universitario Magna Graecia, Azienda Ospedaliero Universitaria Mater Domini, Catanzaro; Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli", Reggio Calabria; Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, Sassari; Ospedale di Stato, Repubblica San Marino.

[Tabaccologia 2020; 2:33-34]

Cristina Bosetti, Silvano Gallus
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

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

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

Vincenzo Zagà
Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

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

Bibliografia

1. Simons D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalisation and mortality from Covid-19: A living rapid evidence review (version 5). Qeios 2020. doi.org/10.32388/UJR2AW.6. Disponibile online presso: <https://www.qeios.com/read/UJR2AW.6>.
2. Cattaruzza MS, Zagà V, Gallus S, D'Argenio P, Gorini G. Tobacco smoking and COVID-19 pandemic: old and new issues. A summary of the evidence from the scientific literature. Acta Biomed 2020;91:106-12.
3. Gallus S, Lugo A, Gorini G. No double-edged sword and no doubt about the relation between smoking and COVID-19 severity. Eur J Intern Med 2020;77:33-5.
4. Gorini G, Clancy L, Fernandez E, Gallus S. Smoking history is an important risk factor for severe COVID-19. Blog Tob Control. 5 April 2020. Disponibile online presso: <https://blogs.bmj.com/tc/2020/04/05/smoking-history-is-an-important-risk-factor-for-severe-covid-19/>.
5. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. Nicotine Tob Res 2020;ntaa082. doi:10.1093/ntr/ntaa082.
6. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: a systematic review of the evidence. Tob Induc Dis 2020;18:20.
7. Lighter J, Phillips M, Hochman S, Sterling S, Johnson D, Francois F, et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for Covid-19 hospital admission. Clin Infect Dis 2020;ciaa415.
8. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. Obes Res 2020;28:1195-9.

Fumo di sigaretta e alessitimia: una revisione sistematica

Cigarette smoking and alexithymia: a systematic review

Mattia Scipioni, Chiara Conti, Carmela Franchella

Riassunto

Introduzione: L'alessitimia è un tratto di personalità caratterizzato da deficit nella consapevolezza soggettiva, nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni che potrebbero rappresentare fattori prognostici negativi o di vulnerabilità per il tabagismo e la dipendenza da nicotina. Abbiamo effettuato una revisione sistematica della letteratura sul rapporto tra alessitimia e comportamento tabagico fornendo una sintesi qualitativa dei dati degli studi.

Metodi: La ricerca degli articoli è stata condotta nel mese di luglio 2019 secondo le linee guida PRISMA sui principali database accademici online. Sono risultati ammissibili gli articoli che riportavano dati sulla presenza di tratti alessitimici in fumatori adulti e pazienti con disturbo da uso di tabacco.

Risultati: Ventuno studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione predefiniti e sono stati analizzati. Sebbene risultino prevalentemente correlazioni positive tra alessitimia e consumo di sigarette, craving o dipendenza da nicotina, la direzionalità di tali associazioni non è stata coerente in tutti gli articoli esaminati. Gli studi che hanno esaminato i correlati neurali dell'alessitimia nei fumatori hanno fatto luce sul ruolo potenziale dell'alessitimia nel consumo di sigarette e nel craving.

Conclusioni: Sebbene la ricerca suggerisca collegamenti tra alessitimia e tabagismo o dipendenza da nicotina, esistono questioni irrisolte riguardo a come essi si relazionino. Ulteriori ricerche dovrebbero delucidare se l'alessitimia costituisca una dimensione di personalità rilevante nella realizzazione di interventi di cessazione personalizzati ed efficaci, chiarendo se possa rappresentare un fattore predisponente al tabagismo o capace di influenzare il coinvolgimento del fumatore nei tentativi di cessazione e l'esito di questi.

Parole chiave: Fumo di sigaretta, alessitimia, consapevolezza emotiva, regolazione emotiva, astensione dal fumo.

Abstract

Aims: Alexithymia is a personality trait characterized by deficiencies in the subjective awareness, cognitive processing, and regulation of emotions that may represent negative prognostic or vulnerability factors for smoking and nicotine dependence. We carried out a systematic review analyzing the relationship between alexithymia and smoking by providing a qualitative data synthesis of the studies.

Methods: This systematic review was conducted according to PRISMA guidelines. Main online academic databases were systematically searched in July 2019. Eligible articles included all the papers reporting data on the presence of alexithymic traits in adult smokers and patients with tobacco use disorder.

Results: Twenty-one research reports met the predefined inclusion criteria and were analyzed. Although there are predominantly positive correlations between alexithymia and cigarette consumption, craving or nicotine dependence, the directionality of these associations has not been consistent in all the papers examined. Studies that examined the neural correlates of alexithymia in smokers shed light on the potential role of alexithymia in cigarette consumption and craving.

Conclusions: Although research suggests links between alexithymia and smoking or nicotine dependence severity, unresolved questions exist regarding how alexithymia and smoking relate. Further research should elucidate if alexithymia is a relevant personality dimension in order to realize more tailored and effective smoking cessation interventions, clarifying whether alexithymia may be a factor predisposing to smoking or affecting smokers' involvement in cessation attempts, and their outcome.

Keywords: Cigarette smoking, Alexithymia, Emotional awareness, Emotion regulation, Smoking cessation.

Introduzione

L'alessitimia è un costrutto il cui nucleo centrale è costituito dal deficit di elaborazione cognitiva delle emozioni. Tale costrutto comprende difficoltà nell'identificazione e nella descrizione delle emozioni, nella differenziazione tra stati affettivi soggettivi e componenti somatiche dell'attivazione emotiva, povertà dei processi immaginativi (pensiero operatorio) e stile cognitivo orientato verso l'esterno, caratterizzato da bassi livelli di introspezione, tendenza a concentrare l'attenzione sui dettagli della realtà fattuale e a illustrare esperienze e azioni senza investimenti e coloriture affettive [1-4].

Sebbene attualmente si ritenga che l'alessitimia sia un tratto di personalità di natura dimensionale piuttosto che una sindrome definita, le evidenze finora accumulate indicano che essa sia associata in modo aspecifico a una varietà di patologie, sia somatiche che psichiatriche, incluse nello spettro dei disturbi della regolazione affettiva [5]. I deficit Alessitimici possono infatti influenzare negativamente la salute fisica e psicologica e in generale la qualità di vita delle persone mediante molteplici vie: comportamenti finalizzati a controllare la disregolazione affettiva (abuso di sostanze, disturbi alimentari), psicopatologia direttamente associata alla disregolazione emotiva (somatizzazioni, disturbo di panico), alterazioni nell'attività neuro-endocrino-immunitaria (vulnerabilità ai processi infiammatori), amplificazione somatosensoriale (comportamento abnorme di malattia) [5,6].

Gli studi in cui l'alessitimia è stata misurata come variabile categoriale hanno riportato tassi di prevalenza nella popolazione generale adulta compresi tra il 6% e il 17%, riscontrando tassi di prevalenza nettamente superiori (40-67%) negli adulti con disturbo da uso di sostanze. Inoltre, anche quando l'alessitimia viene misurata come una va-

riabile continua, si riscontrano tratti Alessitimici più elevati negli individui con disturbo da uso di sostanze [7,8].

Molteplici meccanismi possono spiegare il legame tra Alessitimia e diverse forme di dipendenza.

Le problematiche nella regolazione emotiva sono state ampiamente riconosciute come implicate nell'eziologia, nel mantenimento e nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze [8]. Per esempio, l'alessitimia è associata a una propensione agli stati affettivi negativi, disforia e *distress* cronici [9], che rappresentano un correlato frequente delle forme di dipendenza e del consumo di sigarette [10]. Inoltre, il ruolo dell'alessitimia come fattore di rischio per il fumo di sigaretta può essere ipotizzato in relazione ad aspetti intrinseci del costrutto, quali il pensiero operatorio e deficit di consapevolezza affettiva.

In primo luogo, alti livelli di Alessitimia sono risultati associati alla tendenza a regolare gli stati emotivi prevalentemente mediante esternalizzazione (es: uso/abuso di sostanze), piuttosto che strategie regolatorie cognitive [4,11]. In secondo luogo, la ridotta consapevolezza interocettiva ed emotiva degli individui Alessitimici può determinare deficit nel funzionamento emotivo e interpersonale, intensificare il *craving* e indurre l'uso di sostanze come forma di automedicazione per alleviare il disagio prodotto da stati emotivi spiacevoli o difficoltà relazionali, contribuendo a determinare una minore qualità di vita [10,12,13].

Pertanto, si ipotizza una particolare rilevanza dell'alessitimia nel contesto della ricerca sul tabagismo, sebbene siano stati pochi finora i tentativi di approfondire il legame tra Alessitimia e fumo di sigaretta. Abbiamo effettuato una revisione sistematica analizzando il rapporto tra Alessitimia e comportamento tabagico fornendo una sintesi qualitativa dei dati degli studi.

Metodi

Criteri di inclusione ed esclusione: sono stati considerati ammissibili tutti gli articoli originali, pubblicati su riviste *peer-reviewed*, che riportavano dati sulla presenza di tratti Alessitimici in fumatori adulti e pazienti con disturbo da uso di tabacco. Revisioni, meta-analisi, studi di caso singolo, commenti, lettere all'editore, libri o capitoli di libri, abstract, *full-text* non reperibili, articoli non in lingua inglese e articoli chiaramente irrilevanti, sono stati esclusi (**Figura 1**).

Fonti di informazione e ricerche:

Questa revisione sistematica è stata condotta secondo le linee guida PRISMA [14] nel mese di luglio 2019. La ricerca degli articoli è stata effettuata sui database PubMed, Scopus, ScienceDirect, 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]. Dopo la ricerca iniziale, sono stati identificati e scartati i duplicati. Gli articoli sono stati dapprima vagliati per l'ammissibilità in base al titolo e al contenuto degli abstract, passando successivamente alla valutazione del testo completo (**Figura 1**).

Risultati

La ricerca iniziale ha identificato 212 citazioni. 21 articoli hanno soddisfatto i criteri di inclusione predefiniti e sono stati analizzati (**Figura 1**). In 13 degli studi inclusi, gli autori dichiaravano esplicitamente l'intento di esaminare il rapporto tra fumo e Alessitimia.

Nella maggior parte dei documenti esaminati l'alessitimia è stata valutata attraverso la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) [15], un questionario *self-report* composto da 20 item, mentre 3 studi [16-18] hanno adottato una versione precedente dello strumento (TAS-26) [19]. In entrambi, punteggi più alti

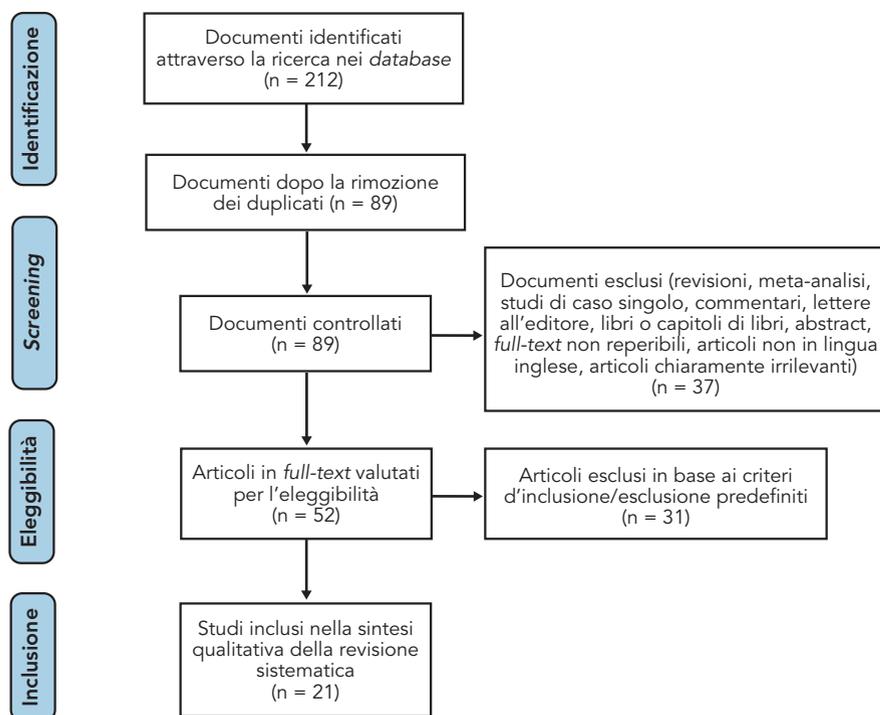


Figura 1 Diagramma di flusso della ricerca sistematica.

riflettono maggiori caratteristiche Alessitimiche.

Dati rilevanti sulla prevalenza dell'alessitimia e del fumo di sigaretta sono stati ottenuti sia in campioni di fumatori frequentanti i servizi di disassuefazione dal fumo sia in campioni più ampi di popolazione generale.

Lumley e coll. [16] hanno osservato che la metà del loro campione, composto da pazienti che seguivano un trattamento comportamentale per smettere di fumare, aveva Alessitimia moderata o severa (rispettivamente 37,5% e 12,5%). Un recente studio francese ha anch'esso coinvolto fumatori in cerca di supporto per la cessazione e l'alessitimia è risultata essere significativamente prevalente (38%) rispetto ai valori generalmente riscontrati nella popolazione generale francese (17-23%) [20].

L'alessitimia, concepita come tratto di personalità stabile, può costituire un fattore di vulnerabilità per l'uso di sostanze e pertanto essere ragionevolmente affrontata nel trat-

tamento, ma i risultati delle ricerche sulla stabilità dell'alessitimia sono contrastanti. Alcuni autori sostengono l'idea che l'alessitimia possa essere (almeno parzialmente) un fenomeno situazionale, in risposta ad affettività negativa, ansia e depressione [4,21-26]. In studi su campioni di pazienti con disturbo da uso di sostanze, è stata osservata l'insorgenza o l'accentuazione dell'alessitimia durante il trattamento della dipendenza, per poi regredire in seguito alla conclusione dell'intervento di disassuefazione. Alcuni ricercatori hanno ipotizzato che i fumatori inseriti in programmi di cessazione potrebbero essere più inclini a manifestare tratti Alessitimici come strategia difensiva temporanea al fine di proteggersi da emozioni travolgenti e distress indotti dalla cessazione [24].

Altri studi inclusi in questa revisione sistematica hanno coinvolto fumatori partecipanti a un programma per la cessazione [20,27] e pazienti con diagnosi di disturbo da uso di tabacco [28,29] senza tuttavia

riscontrare associazioni significative tra i punteggi TAS-20 e la presenza o la gravità della dipendenza da nicotina, suggerendo che i deficit di regolazione emotiva che l'alessitimia comporta possano avere un impatto trascurabile sulla dipendenza da nicotina.

Tre diversi studi finlandesi hanno confrontato soggetti Alessitimici e non-Alessitimici in relazione al consumo di sigarette, in ampi campioni di popolazione generale, riscontrando una prevalenza dei fumatori significativamente maggiore tra i soggetti Alessitimici rispetto ai non-Alessitimici: 33% vs 11,1%, $p = 0,001$ [30]; la caratteristica del fumare quotidianamente è stata riferita maggiormente dai soggetti con Alessitimia (30,9%, $p < 0,001$) [31]. Inoltre, è stato riscontrato che i soggetti Alessitimici fumavano quasi il doppio rispetto ai controlli ($p < 0,001$) [17].

Altri studi che hanno coinvolto campioni di comunità hanno riportato significative associazioni positive tra il comportamento tabagico e i punteggi totali della TAS-20 o delle sue sottoscale.

Il consumo giornaliero di sigarette è risultato associato a elevazioni maggiori dei punteggi TAS-20 totali ($p = 0,004$) e della scala EOT (Pensiero orientato esternamente) ($p < 0,001$), ma non ai punteggi della scala DIF (Difficoltà nell'identificare i sentimenti) o DDF (Difficoltà nel descrivere le emozioni). La regressione logistica binomiale ha mostrato che i punteggi totali non erano predittivi dello status di fumatore, mentre gli individui nel quartile superiore dei punteggi EOT, rispetto ai soggetti nel quartile più basso, avevano una probabilità raddoppiata di fumare quotidianamente (8,7% vs. 17,3%, $p = 0,023$) [32].

In altri due studi, i fumatori hanno ottenuto punteggi complessivi TAS-20 ($p < 0,05$), o relativi alla sottoscala DIF significativamente

superiori rispetto ai non fumatori ($p < 0,05$) [33] ($p = 0,024$) [34].

Le associazioni positive tra il consumo di sigarette e i punteggi TAS, totali e relativi alle sottoscale DIF e EOT, possono essere interpretate in relazione alle maggiori difficoltà che i soggetti con elevati livelli di alessitimia sperimentano nell'elaborazione delle informazioni emotive e interocettive, i quali, se fumatori, potrebbero confondere le sensazioni viscerali attivate dalle emozioni (manifestazioni neurovegetative) con sensazioni viscerali collegate al bisogno di una sigaretta. Questo funzionamento, che in prima istanza può attivare uno stato di sollievo, rientra fra i meccanismi maladattivi di rinforzo positivo/negativo, ben noti nel contesto della ricerca sulle dipendenze, che concorrono a determinare l'*escalation* compulsiva dell'assunzione della sostanza d'abuso [35-38]. Inoltre, in letteratura è ampiamente documentata la tendenza, comune ad alessitimici e fumatori, a esperire un'accentuata affettività negativa. Nei fumatori, gli stati d'animo avversi possono riflettere, almeno in parte, le manifestazioni soggettive di molteplici esperienze quotidiane di astinenza dalla nicotina, riconducibili alla disregolazione dell'asse neuroendocrino surrenalico (HPA) frequentemente osservata anche in soggetti alessitimici [39-41].

L'alessitimia è risultata, inoltre, positivamente correlata al *craving* per il tabacco e al rischio di ricaduta. Livelli più elevati di alessitimia predicevano una maggiore intensità del *craving* durante la sospensione del consumo di sigarette, in un campione di pazienti dipendenti da nicotina con caratteristiche alessitimiche, afferenti a un servizio per la cessazione [42]. Un sondaggio retrospettivo online condotto in America ha confrontato gli individui che hanno riferito di aver ridotto il consumo di sigarette dopo un'esperienza di assunzione di sostanze psichedeliche. Coloro che han-

no avuto una ricaduta dopo aver cessato o ridotto il consumo di sigarette per un dato periodo di tempo, avevano punteggi TAS-20 significativamente più alti di quelli che persistevano nell'astensione dal fumo ($p = 0,006$) [43].

Poiché l'alessitimia è collegata a riduzioni delle prestazioni in più domini delle funzioni esecutive, inclusa l'inibizione [44], è possibile che essa possa contribuire all'uso della sostanza attraverso meccanismi legati alla ridotta inibizione e alla regolazione di impulsi intensi, come il *craving*.

In alcuni studi di neuroimmagine che hanno coinvolto utilizzatori di sostanze, specifiche alterazioni strutturali/funzionali in regioni cerebrali come l'insula, la corteccia cingolata anteriore (ACC) e la corteccia prefrontale ventromediale (vmPFC) sono risultate direttamente correlate con l'alessitimia e alcune sue caratteristiche indirette, come la scarsa consapevolezza interocettiva. Queste strutture neuroanatomiche sono implicate nell'*addiction* e sono cruciali non soltanto per il monitoraggio di sensazioni corporee a rilevanza omeostatica e la regolazione emotiva, ma anche per il controllo esecutivo, il *decision-making* e, più in generale, per l'autoregolazione del comportamento [45-47].

Tre degli studi inclusi in questa revisione hanno esaminato le alterazioni strutturali o i *pattern* di attivazione cerebrale nei fumatori attraverso tecniche di neuroimmagine. Ding e coll. [48] hanno osservato che le ampiezze delle fluttuazioni a bassa frequenza nell'area motoria supplementare e nella ACC correlavano negativamente con i punteggi della scala DDF della TAS-20, i quali tendevano ad essere più alti nei pazienti con diagnosi di disturbo da uso di tabacco più gravemente dipendenti.

La densità di materia grigia della corteccia insulare sinistra è risultata maggiore nei fumatori rispetto ai non fumatori ed è risultata positiva-

mente correlata ai punteggi totali TAS-20 ($p = 0,020$) e della scala DDF ($p = 0,006$) nei fumatori ma non nei soggetti di controllo [34]. Anche le osservazioni funzionali e cliniche riportate nel lavoro di Sutherland e coll. [42] corroborano la tesi del coinvolgimento di queste regioni nella perpetuazione del comportamento tabagico. Questo studio ha evidenziato che livelli di alessitimia superiori predicevano una ridotta connettività funzionale a riposo tra l'insula anteriore destra (al) e la vmPFC in un campione di fumatori con consumo quotidiano di sigarette e caratteristiche alessitimiche. Inoltre, tale indebolimento del circuito al-vmPFC conferiva una maggiore vulnerabilità al *craving* nei fumatori con tendenze alessitimiche più elevate, in condizione di privazione di nicotina ($p = 0,04$). Pertanto, è possibile affermare che queste regioni cerebrali rappresentino siti critici di convergenza tra i substrati neurali dell'alessitimia e quelli implicati nella perpetuazione del consumo di sigarette.

È da notare che una parte sostanziale degli studi esaminati non ha prodotto risultati significativi sull'associazione tra lo status di fumatore o il grado di dipendenza da nicotina e l'alessitimia. In particolare, la condizione di fumatore è parsa essere indipendente dalla presenza dell'alessitimia o dalla gravità di quest'ultima in pazienti con patologie croniche di natura medica [49,50] o psicopatologie [51,52], e non sono state trovate relazioni significative tra il consumo di sigarette e i punteggi TAS-20 in campioni di studenti universitari fumatori e adulti afroamericani [27,53]. Il mancato raggiungimento della significatività statistica dei risultati di questi studi può essere attribuito alla natura multifattoriale del comportamento tabagico, il quale può essere influenzato da numerosi fattori piuttosto che singole variabili. Presumibilmente, i fattori clinici e/o

particolari caratteristiche sociodemografiche dei soggetti reclutati hanno avuto maggiore rilevanza sulla condizione di fumatore rispetto ai tratti Alessitimici.

L'ipotesi secondo cui gli individui con patologie o deficit specifici (es: caratteristiche Alessitimiche) fumino ai fini dell'auto-medicazione, non è stata sempre supportata. Il consumo di sigarette può essere mantenuto attraverso meccanismi di rinforzo positivo e negativo (es: per ricercare effetti piacevoli desiderati e/o alleviare stati spiacevoli indotti dall'astinenza) indipendenti da condizioni psicopatologiche o tratti Alessitimici.

Inaspettatamente, in due studi sono state osservate correlazioni negative significative tra i livelli di Alessitimia e il comportamento tabagico: ($p < 0,01$) [54] e ($p < 0,001$) [18]. Gli autori hanno sostenuto che i deficit di regolazione emotiva caratterizzanti l'Alessitimia potrebbero pertanto svolgere un ruolo protettivo nella comparsa o nel mantenimento del comportamento tabagico. Tuttavia, è opportuno precisare che entrambi gli studi hanno coinvolto campioni non rappresentativi della popolazione generale: studenti turchi selezionati in una popolazione universitaria di estrazione socioeconomica medio-alta e ristretta classe d'età [54] e soggetti reclutati mediante autocandidatura in un precedente studio longitudinale nutrizionale [18].

Conclusioni

Le ricerche condotte fino ad oggi sulla possibile associazione tra fumo e Alessitimia hanno prodotto risultati contrastanti.

Questo studio ha esaminato l'Alessitimia 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. Sebbene la ricerca suggerisca correlazioni positive tra i livelli di Alessitimia 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. Inoltre, in un numero cospicuo di studi non sono state riscontrate associazioni significative tra questi fattori, specialmente quando i partecipanti provengono da popolazioni cliniche con patologie croniche di salute fisica o mentale.

In conclusione, pur esistendo evidenze che avvalorano l'ipotesi dell'Alessitimia come fattore individuale di rischio, predisponente all'adozione e al mantenimento di comportamenti dannosi per la salute come fumare, è doveroso considerare l'Alessitimia come una variabile, fra molteplici altre, con funzione moderatrice su diversi possibili esiti, piuttosto che un fattore specifico indipendente.

L'adozione di comportamenti non salutari e lo sviluppo di disturbi da uso di sostanze, infatti, possono essere più correttamente intesi come il risultato dell'interazione fra numerosi fattori di rischio e fattori protettivi, di natura individuale e socio-ambientale [26,55-59].

Alcune criticità limitano l'interpretazione, il confronto e la generalizzabilità dei risultati: in primo luogo, i diversi contesti culturali di provenienza dei campioni di popolazione esaminati e, in secondo luogo, le differenze di natura metodologica fra gli studi inclusi in questa revisione sistematica, la quale non ha previsto criteri di inclusione basati sulla qualità metodologica degli stessi. In alcuni studi, i ricercatori hanno rilevato le abitudini di consumo delle sigarette o lo status di fumatore mediante strumenti non validati e mono-item. Inoltre, una limitazione metodologica comune a tutti gli studi inclusi riguarda l'impiego di un singolo strumento *self-report* per misurare l'Alessitimia.

Sebbene la TAS-20 sia uno strumento convalidato per la misurazione dell'Alessitimia, l'uso esclusivo di misure di auto-valutazione risulta discutibile, ancor di più quando l'oggetto d'indagine è un costrutto caratterizzato da capacità introspettive e riflessive deficitarie.

Gli studi di neuroimaging sembrano contribuire a far luce sulla relazione tra i tratti Alessitimici e il *craving*, in pazienti dipendenti da nicotina. Tuttavia, ulteriori ricerche dovrebbero mirare a chiarire se, e in quali condizioni, l'Alessitimia possa rappresentare un fattore predisponente al tabagismo o di vulnerabilità in relazione al coinvolgimento del fumatore nei tentativi di cessazione e all'esito di questi, con l'obiettivo di approfondire la conoscenza sulle caratteristiche di personalità determinanti per la definizione e realizzazione di interventi di cessazione efficaci.

[Tabaccologia 2020; 2:35-41]

Mattia Scipioni

Dipartimento di Scienze Psicologiche della Salute e del Territorio, Università di Chieti
Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, LILT Sez. Prov.le di Campobasso

Chiara Conti

Dipartimento di Scienze Psicologiche della Salute e del Territorio, Università di Chieti

Carmela Franchella

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, LILT Sez. Prov.le di Campobasso

Corresponding author:

Mattia Scipioni

Dipartimento di Scienze Psicologiche della Salute e del Territorio, Università di Chieti
Via Germania, 7
86039 Termoli (CB)
✉ mattia.scipioni@psypec.it

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

Bibliografia

1. Bagby RM, Taylor GJ, Parker J, Dickens S. The development of the Toronto structured interview for alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychother Psychosom* 2006;75:25-39.
2. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW, Modern trends in psychosomatic medicine. Butterworths, London, 1970.
3. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill OW, Modern trends in psychosomatic medicine. Butterworths, London, 1976.
4. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.
5. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia: advances in research, theory, and clinical practice. Cambridge University Press, Cambridge, 2018.
6. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007;89:230-46.
7. Morie KP, Ridout N. Alexithymia and maladaptive regulatory behaviors in substance use disorders and eating disorders. In: Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia: advances in research, theory, and clinical practice. Cambridge University Press, Cambridge, 2018.
8. Morie KP, Yip SW, Nich C, Hunkele KC, Potenza MN. Alexithymia and addiction: a review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Curr Addict Rep* 2016;3:239-48.
9. Ruiz MA, Pincus AL, Schinka JA. Externalizing pathology and the fivefactor model: a meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *J Pers Disord* 2008;22:365-88.
10. Suh JJ, Ruffins S, Robins CE, Albanese MJ, Khantzian EJ. Self-medication hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanal Psychol* 2008;25:518-32.
11. Shishido H, Gaher RM, Simons JS. I don't know how I feel, therefore I act: alexithymia, urgency, and alcohol problems. *Add Behav* 2013;38:2014-7.
12. Brewer R, Cook R, Bird G. Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Soc Open Sci* 2016;3:150-64.
13. Paulus M, Stewart J. Interoception and drug addiction. *Neuropharmacol* 2014;76:342-50.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097.
15. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The 20-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
16. Lumley MA, Asselin LA, Norman S. Alexithymia in chronic pain patients. *Compr Psychiat* 1997;38:160-5.
17. Tolmunen T, Lehto SM, Heliste M, Kurl S, Kauhanen J. Alexithymia is associated with increased cardiovascular mortality in middle-aged Finnish men. *Psychosom Med* 2010;72:187-91.
18. Wiernik E, Lemogne C, Fezeu L, Arnault N, Hercberg S, Kesse-Guyot E, Galan P. Association between alexithymia and risk of incident cardiovascular diseases in the SUPPLEMENTATION EN VITAMINES ET MINÉRAUX ANTIOXYDANTS (SU.VI.MAX) Cohort. *Psychosom Med* 2018;80:460-7.
19. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA. Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 1990;35:290-7.
20. Carton S, Bayard S, Jouanne C, Lagrue G. Emotional awareness and alexithymia in smokers seeking help for cessation: a clinical analysis. *J Smok Cess* 2008;3:81-91.
21. De Carli P, Riem MME, Parolin L. Approach-avoidance responses to infant facial expressions in nulliparous women: associations with early experience and mood induction. *Infant Behav Dev* 2017;49:104-13.
22. De Haan HA, Van Der Palen J, Wijdeveld TG, Buitelaar JK, De Jong CA. Alexithymia in patients with substance use disorders: state or trait? *Psychiatry Res* 2014;216:137-45.
23. De Timary P, Luts A, Hers D, Luminet O. Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Res* 2008;157:105-13.
24. Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *J Psychosom Res* 1988;49:37-40.
25. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000;48:99-104.
26. Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N. Alexithymia in substance abusers. *Am J Addict* 1996;5:32-9.
27. Lumley MA, Downey K, Stettner L, Wehmer F, Pomerleau OF. Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychother Psychosom* 1994;61:156-62.
28. Bulai I, Enea V. Dissociation and alexithymia in a Romanian sample of substance abuse patients. *J Subst Use* 2016;21:646-51.
29. Lyvers M, Bremner M, Edwards MS, Thorberg FA. Rash impulsiveness and negative mood, but not alexithymia or reward sensitivity, differentiate young to middle-aged chronic daily smokers from never-smokers. *J Psychoactive Drugs* 2018;50:33-42.
30. Honkalampi K, Viinamäki H, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, Valkonen-Korhonen M, Elomaa AP, et al. Reduced serum adiponectin levels in alexithymia. *Neuroimmunomodul* 2014;21:234-9.
31. Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K, Viinamäki H. Alexithymia and suicidal ideation: A 12-month follow-up study in a general population. *Compr Psychiat* 2004;45:340-5.
32. Kajanoja J, Scheinin NM, Karukivi M, Karlsson L, Karlsson H. Alcohol and tobacco use in men: the role of alexithymia and externally oriented thinking style. *Am J Drug Alcohol Ab* 2019;45:199-207.

33. Zhu Y, Luo T, Liu J, Qu B. Influencing factors of alexithymia in Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2017;17:66.
34. Zhang X, Salmeron BJ, Ross TJ, Geng X, Yang Y, Stein EA. Factors underlying prefrontal and insula structural alterations in smokers. *NeuroImage* 2011;54:42-8.
35. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev* 2004; 111:33-51.
36. Cheetham A, Allen NB, Yucel M, Lubman DI. The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clin Psychol Rev* 2010;30:621-34.
37. Koob GF, Kreek MJ. Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *Am J Psychiatry* 2007;164:1149-59.
38. Kun B, Demetrovics Z. Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse* 2010;45:1131-60.
39. Childs E, de Wit H. Hormonal, cardiovascular, and subjective responses to acute stress in smokers. *Psychopharmacol* 2009;203:1-12.
40. Härtwig EA, Aust S, Heuser I. HPA system activity in alexithymia: a cortisol awakening response study. *Psychoneuroendocrinol* 2013;38:2121-6.
41. McKee SA, Sinha R, Weinberger AH, Sofuoglu M, Harrison EL, Lavery M, Wanzer J. Stress decreases the ability to resist smoking and potentiates smoking intensity and reward. *Psychopharmacol* 2011;25:490-502.
42. Sutherland MT, Carroll AJ, Salmeron BJ, Ross TJ, Stein EA. Insula's functional connectivity with ventromedial prefrontal cortex mediates the impact of trait alexithymia on state tobacco craving. *Psychopharmacol* 2013;228:143-55.
43. Johnson MW, Garcia-Romeu A, Johnson PS, Griffiths RR. An online survey of tobacco smoking cessation associated with naturalistic psychedelic use. *J Psychopharmacol* 2017; 31:841-50.
44. Koven NS, Thomas W. Mapping facets of alexithymia to executive dysfunction in daily life. *Pers Individ Differ* 2010;49: 24-8.
45. Alvarez JA, Emory E. Executive function and the frontal lobes. *Neuropsychol Rev* 2006;16:17-42.
46. Craig AD. How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nature Rev Neurosci* 2009;10:59-70.
47. Pollatos O, Herbert BM. Alexithymia and body awareness. In: Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. *Alexithymia: advances in research, theory, and clinical practice*. Cambridge University Press, Cambridge, 2018.
48. Ding X, Salmeron BJ, Wang J, Yang Y, Stein EA, Ross TJ. Evidence of subgroups in smokers as revealed in clinical measures and evaluated by neuroimaging data: a preliminary study. *Add Biol* 2019;24:777-86.
49. Melin EO, Thunander M, Svensson R, Landin-Olsson M, Thulesius HO. Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Eur J Endocrinol* 2013;168: 861-9.
50. Parruti G, Vadini F, Sozio F, Mazzott E, Ursini T, Polill E, et al. Psychological factors, including alexithymia, in the prediction of cardiovascular risk in HIV infected patients: results of a cohort study. *PLoS One* 2013;8:e54555.
51. Izci F, Zincir S, Zincir SB, Bilici R, Gica S, Koc MSI, et al. Suicide attempt, suicidal ideation and hopelessness levels in major depressive patients with and without alexithymia. *Dusunen Adam* 2015;28:27-33.
52. Shu BC, Lung FW, Guo SE, Chen KC, Fang SY, Wang AL. Ineffectiveness of the Tobacco Hazards Prevention Act in patients with severe and persistent mental illness. *Public Health* 2017;153:118-27.
53. Peters RM, Lumley MA. Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. *Compr Psychiat* 2007;48:34-41.
54. Celikel FC, Celikel S, Erkorkmaz U. Smoking determinants in Turkish university students. *Int J Env Res Pub He* 2009;6: 2248-57.
55. De Carli P, Tagini A, Sarracino D, Santona A, Parolin L. Implicit attitude toward caregiving: the moderating role of adult attachment styles. *Front Psychol* 2016;6:1906.
56. Lumley MA. Alexithymia and negative emotional conditions. *J Psychosom Res* 2000;49:51-4.
57. Lyvers M, Onuoha R, Thorberg FA, Samios C. Alexithymia in relation to parental alcoholism, everyday frontal lobe functioning and alcohol consumption in a non-clinical sample. *Addict Behav* 2012;37:205-10.
58. Parolin M, Miscioscia M, De Carli P, Cristofalo P, Gatta M, Simonelli A. Alexithymia in young adults with substance use disorders: critical issues about specificity and treatment predictivity. *Front Psychol* 2018;9:645.
59. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review. *Addict Behav* 2009;34:237-45.

Lettera @ Tabaccologia

COVID-19, One Health e... dintorni

L' "Universal Medicine", tanto cara ai nostri "Antichi Padri" e oggi denominata "One Health", costituisce l'ennesimo esempio della straripante "anglofonizzazione" della nostra lingua e si traduce letteralmente in "Una Sola Salute". Mediante tale concetto, che è al tempo stesso un fondamentale principio, si sottolinea l'indissolubile legame fra salute umana, salute animale e salute dell'ambiente, che sono reciprocamente interconnesse in quella che viene altresì definita la "triangolazione uomo-animale-ambiente". Ed è appunto in questo triangolo che andrebbero correttamente inquadrare le relazioni fra qualsivoglia agente patogeno, virale o di altra natura, e il suo ospite, tanto più alla luce dell'inoppugnabile dato secondo cui oltre il 70% delle malattie infettive emergenti sarebbero causate da agenti a comprovato o sospetto potenziale zoonotico, vale a dire capaci di trasferirsi dagli animali all'uomo, attuando il cosiddetto "salto di specie".

Anche SARS-CoV-2, il coronavirus responsabile del COVID-19, non costituirebbe un'eccezione alla sopra citata "regola", avendo trovato per l'appunto la propria culla d'origine nei pipistrelli per passare successivamente a una specie "intermedia" e di lì all'uomo, avviando quella drammatica catena di contagi interumani che ha oramai causato su scala globale oltre nove milioni di casi d'infezione con circa 500.000 decessi, 35.000 dei quali del nostro Paese!

Un recente lavoro sperimentale riporta che i gatti sarebbero suscettibili nei confronti dell'infezione da SARS-CoV-2, che dagli stessi potrebbe trasmettersi con una certa facilità ad altri felini, dal che si deduce che il gatto potrebbe aver svolto il ruolo di "ospite intermedio", acquisendo il virus dai pipi-

strelli per poi trasmetterlo all'uomo. Al momento attuale, è bene sottolinearlo, questa è soltanto un'ipotesi, per confermare o confutare la quale servono ulteriori studi.

Porre la giusta enfasi sul concetto di "una sola salute" si traduce in una parallela enfasi sull'altrettanto fondamentale concetto della collaborazione intersettoriale o, per meglio dire, della collaborazione multidisciplinare. Mai come in questi tempi di COVID-19, infatti, Medici e Veterinari (come il sottoscritto) sono chiamati a operare "in simbiosi" al fine di poter fornire risposte "evidence-based" (anche e non solo) ai cruciali interrogativi sull'origine del virus SARS-CoV-2.

Historia magistra vitae e, sulla scorta di questo imperituro viatico, andrebbe debitamente narrata al grande pubblico – come sono peraltro solito fare anche nei confronti dei miei Studenti nella lezione introduttiva al mio Corso di Patologia Generale e Fisiopatologia Veterinaria – la lunga quanto affascinante Storia della Medicina Veterinaria. Le radici di noi Medici Veterinari sono fortemente compenstrate, infatti, con la storia delle malattie infettive, prima fra tutte la peste bovina, una grave e altamente contagiosa e diffusiva malattia che nel diciottesimo secolo falciava le mandrie del Vecchio Continente. La peste bovina, dichiarata ufficialmente eradicata dal Pianeta nel 2011 a seguito dei grandi successi conseguiti attraverso le vaccinazioni di massa della popolazione bovina afro-asiatica, costituisce infatti la "ragion storica" alla base della nascita delle Facoltà di Medicina Veterinaria, prima fra tutte quella di Lione, in Francia, seguita a ruota da quelle di Torino e Bologna.

Quanto sopra – a fronte degli ulteriori, illuminanti esempi che si potrebbero fare – per sottolineare e

ribadire il cruciale ed imprescindibile ruolo nonché la grande tradizione culturale che accreditano la Medicina Veterinaria Pubblica e, con essa, la ricerca scientifica in ambito di Sanità Pubblica Veterinaria quali primi attori, insieme ai Medici e ai Ricercatori in campo biomedico (e non solo) nella complessa ed articolata gestione della pandemia da SARS-CoV-2. Questa rappresenta, in ultima analisi, l'ennesimo e quantomai drammatico esempio di un'emergenza sanitaria che trova origine nelle cosiddette "interfacce ecologiche" che mettono in reciproca connessione gli animali selvatici con quelli domestici e con l'uomo nel nostro "villaggio globale".

Giovanni Di Guardo

Facoltà di Medicina Veterinaria,
Università degli Studi di Teramo
✉ gdiguardo@unite.it

I T S
ITALIAN
THORACIC
SOCIETY



A I P O
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI



La malattia da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2

CORSO



**Dalla patogenesi dell'infezione ai protocolli
terapeutici e sperimentali**

Responsabile Scientifico: Adriano Vaghi

Faculty: Giorgia Dalpiaz, Martina Ferioli, Stefano Gasparini, Federico Longhini, Claudio Micheletto, Lara Pisani, Venerino Poletti



**Corso FAD gratuito per
Medico-Chirurgo (tutte le discipline)
Biologo, Farmacista, Infermiere**



**CREDITI 7,8
Provider AIPO 5079**



Durata del Corso: dal 20.04.2020 al 31.12.2020

PER PARTECIPARE ACCEDI AL PORTALE FAD AIPO <http://fad.aiponet.it>

Assistenza: assistenza.fad@sintexservizi.it

Con la sponsorizzazione non condizionante di



Istruzioni per gli Autori

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

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

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

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

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

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

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

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

Segreteria di redazione: mirka.pulga@sintexservizi.it

Instructions to Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial secretariat: mirka.pulga@sintexservizi.it

LA SALUTE RESPIRATORIA:

LE RISPOSTE DELLA
PNEUMOLOGIA DEL 21°
SECOLO DI FRONTE
AI NUOVI SCENARI
AMBIENTALI, TECNOLOGICI
ED ORGANIZZATIVI

Endorsement



WWW.PNEUMOLOGIA2021.IT

6-9 Novembre 2021 - Milano, MiCo

AIPO
RICERCHE 

Via Antonio da Recanate, 2 | 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590350 | Fax +39 02 66790405
CONGRESSO@PNEUMOLOGIA2021.IT

segui su 