SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
SITAB

Organo Ufficiale
della Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

Official Journal
of the Italian Society
of Tobaccology

www.tabaccologia.it

4 | 2015
ANNO XIII

Tabaccologia

Tobaccology

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

Atti XI Congresso Nazionale SITAB

Morte Legale

Carne e Tabacco

Misurazione del monossido di carbonio

Cinema e fumo: polvere di stelle

WI-PREPARE per valutare il rischio di ricaduta

Mentolo e fumo di tabacco

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

MIDIA
EDIZIONI
www.midiaonline.it

19th WCBIP / WCBE World Congress

JOINT MEETING OF THE WORLD ASSOCIATION FOR BRONCHOLOGY AND INTERVENTIONAL PULMONOLOGY & THE INTERNATIONAL BRONCHOESOPHAGOLOGICAL SOCIETY

May 8 - 11, 2016

Florence (Italy)

For more information on the Scientific Program,
Call for Abstract, Videofestival, Registration, Accommodation,
please visit the website

www.wcbipwcbe2016.org

Venue
Fortezza da Basso
Viale Filippo Strozzi 1
Florence, Italy

Organizing Secretariat

AIPO RICERCHE | Via Antonio da Recanate, 2 | 20124 MILANO | Phone +39 02 36590364 | Fax +39 02 67382337 | info@wcbipwcbe2016.org | www.aiporicerche.it

THE LINDE GROUP

Linde

Il tuo partner di fiducia

per il servizio, la formazione e il supporto ai Pazienti nelle terapie domiciliari

- Ossigenoterapia domiciliare
- Ventiloterapia domiciliare
- Nutrizione artificiale domiciliare
- Servizi di assistenza domiciliare a bassa, media e alta intensità
- Soluzioni e servizi per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del sonno

Linde Medicale
Prodotti e Servizi per la Sanità
Via Guido Rossa 3, 20010 Arluno (MI)
Tel: +39.02.90373-1, Fax: +39.02.90373-599
www.lindemedicale.it

Numero Verde
800 010 033
Linde Medical Hub

Linde: Living healthcare

Medical Graphics Italia *presenta*

iCO™

Il primo monitor CO al mondo per il tuo tablet o smartphone!

TEST OVUNQUE E IN QUALUNQUE MOMENTO GRAZIE ALLA SEMPLICE APP

Medical Graphics Italia s.r.l.
Sistemi Diagnostici Cardiorespiratori

Via Simone d'Orsenigo, 21 - 20135 Milano - Tel. 02 54120343 - Fax 02 54120233
www.medgraphics.it - info@medgraphics.it

Comunicazione del Presidente

Perché aderire alla Società Italiana di Tabaccologia

Gentili colleghi,
Poche righe per ricordarvi quanto è importante rinnovare la quota associativa alla Società Italiana di Tabaccologia per l'anno 2016.
Nello scorso anno, com'è noto, siamo stati impegnati nel promuovere la formazione e l'aggiornamento, con specifico riferimento ai nuovi farmaci per il trattamento del tabagismo, di cui sono state forniti dati, revisioni di letteratura, contesti entro i quali confrontarsi.
Si è tenuto il congresso di Grado, molto apprezzato dai partecipanti, e sono proseguite le attività di lobbying nei confronti delle istituzioni, in particolare attraverso la partecipazione al Manifesto per l'Endgame del tabacco, presentato al ministro della salute.
SITAB partecipa, inoltre, al board europeo dell'ENSP e opera in modo congiunto con i rappresentanti di altre nazioni europee per campagne di sensibilizzazione ed azioni nei confronti dei maggiori portatori di interesse.
È proseguita l'attività dell'Ufficio Progetti, che si è reso disponibile per i centri che desideravano essere supportati in attività cliniche e territoriali.
La SITAB è stata presente ed ha patrocinato il convegno organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità il 31 maggio.
L'anno che è appena iniziato coincide con una serie di cambiamenti positivi per la SITAB che alcuni di voi hanno già presenti, ma che saranno disponibili con regolarità per tutti i soci:
La rivista **"Tabaccologia"** si è completamente rinnovata e si sta ulteriormente arricchendo di nuove, prestigiose, collaborazioni internazionali. Essere affiliati alla SITAB vuol dire avere la priorità nella ricezione di questo prezioso strumento di aggiornamento.
Il congresso di quest'anno, che si terrà a Milano, sarà totalmente gratuito per i soci, mentre per i non i iscritti sarà necessario versare una specifica quota di partecipazione.
È in corso di preparazione un **percorso di Formazione a Distanza (FAD)** su tabagismo e casi complessi, che sarà accreditato **ECM** e che sarà, anch'esso **gratuito per i soci.**
La SITAB, grazie ad accordi con altre società scientifiche, intende facilitare la partecipazione dei propri iscritti ad **eventi formativi sul tema del tabagismo** anche se organizzati da altri promotori e, viceversa, promuovere agevolazioni per i soci di enti con cui ha dei protocolli di intesa.
Ricordiamo che l'associazione dà diritto ad essere aggiornati attraverso la **newsletter Tobacco Science**, che recensisce i temi più importanti della letteratura internazionale.

Colgo l'occasione per un cordiale saluto.

Dr. Biagio Tinghino
Presidente Società Italiana
di Tabaccologia

Il tuo contributo è essenziale perché l'impegno della SITAB possa proseguire!

Puoi scaricare la scheda di iscrizione dal link:
http://www.tabaccologia.it/iscrizioni-sitab-2015.html

Dalla Redazione

Vegetariani di tutto il mondo...

Cari lettori
I vegetariani (e i vegani) del Pianeta Terra probabilmente, se non hanno brindato, hanno tirato un sospiro di soddisfazione, alla notizia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ci ammonisce che le carni processate e trattate causano il cancro.
I titoli dei mass media di queste ultime settimane hanno infatti dato grande risalto alla notizia relativa al fatto che l'OMS, tramite lo IARC di Lione suo braccio scientifico in tema di cancerogeni, ha classificato le carni processate e trattate (pancetta, salame, salsiccia e prosciutto) come cancerogeni appartenenti al gruppo 1 in quanto esiste un legame causale appurato tra consumare queste carni e il cancro dell'intestino. Ma il modo col quale questo messaggio è stato inquadrato e diffuso è stato estremamente fuorviante in quanto non viene presentata la differenza, notevole, che c'è fra evidenza e rischio. Ne parliamo in uno degli editoriali che cerca di approfondire e far luce su questa differenza sostanziale coinvolgendo anche il fumo di tabacco che, guarda caso, è inserito nel gruppo 1 IARC.
A seguire riportiamo gli abstract presentati all'XI Congresso Nazionale SITAB svoltosi a Grado (TS) con una folta e attenta partecipazione. Visto che in Italia ancora molti Centri Antifumo non si sono dotati ancora di un misuratore di Monossido di Carbonio (CO) in Focus On cerchiamo di far capire l'importanza della misurazione del CO che va visto e utilizzato come lo stetoscopio della smoking cessation. In Tribuna, i colleghi Altomare e Galetta, già autori del libro "Polvere di stelle", ci illustrano l'importanza educazionale soprattutto fra gli adolescenti, del fumo nei film. Fra le review segnaliamo l'articolo del gruppo di Lugoboni sul problema della ricadute in smoking cessation con la presentazione di un questionario ad hoc come strumento di valutazione del rischio di ricaduta: il *Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE)*. Come ultima review, mi verrebbe da dire, con... "una ventata di freschezza" vi presentiamo il problema del mentolo nelle sigarette visto da varie angolazioni, non ultima che anche l'Unione Europea ha preso atto della sua pericolosità quando presente nel fumo di tabacco e che pertanto ha bandito, non senza compromessi, a partire dal 20 maggio 2020.
Nelle News & Views novità in termini di misure normative per il controllo del tabacco da parte del Governo italiano in recepimento della Direttiva Europea su prodotti del tabacco.
Infine sul nuovo volto tipografico di Tabaccologia abbiamo ricevuto giudizi lusingheri, anche dall'estero, e ciò ci gratifica e lusinga non senza l'impegno a migliorare sempre di più la Rivista. Ad maiora.

Buona lettura a tutti.

Vincenzo Zagà
caporedattore@tabaccologia.it

Sommario

EDITORIALS
Morte legale *[Giacomo Mangiaracina]* 5
Legalised Death

Carne e tabacco: la differenza tra livello di evidenza e di rischio 10
[Vincenzo Zagà, Daniel L. Amram]
Meat and tobacco: the difference between evidence and risk

ATTI DEL XI CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA 14

FOCUS ON
Misurazione del monossido di carbonio: lo stetoscopio della smoking cessation 30
[Vincenzo Zagà]
Measuring exhaled carbon monoxide: the stethoscope of smoking cessation

TRIBUNA ARTICLE
Il fumo delle stelle del cinema... nuoce gravemente agli adolescenti 35
[Edoardo Altomare, Domenico Galetta]

REVIEW ARTICLE
Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) come strumento di valutazione del rischio di ricaduta nella disassuefazione da fumo di tabacco 40
[Giuseppe Cuoghi, Chiara Resentera, Fabio Lugoboni]
The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire: an useful tool to predict the risk of relapse after smoking cessation

Il ruolo del mentolo nel tabagismo e in altre dipendenze 48
[Giovanni Pistone, Vincenzo Zagà, Liborio M. Cammarata]
The role of menthol in tobacco use and other addictions

NEWS & VIEWS
Legge di stabilità 2015. Finalmente via libera alla green economy con sanzioni a chi getta i mozziconi per terra 59
[Vincenzo Zagà]

Pacchetto di nuove norme varate dal CdM atte ad arginare il problema tabagismo ma… a quattro condizioni *[Vincenzo Zagà]* 60

Il tabagismo dalla prevenzione alle terapie 61
[Biagio Tinghino]

Il tabagismo nei Congressi ERS e CHEST 62
[Gherardo Siscaro]

Indicizzata su EMCare Mosby's Index Google

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
SITAB

DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2014-2017

PRESIDENTE

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

VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO

Dott. Vincenzo Zagà
Pneumologo, Bologna
caporedattore@tabaccologia.it

SEGRETERIA / TESORERIA

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

CONSIGLIERI

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

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

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

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

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

SITAB, Società Italiana di Tabaccologia
CF: 96403700584
via G. Scalia 39, 00136 Roma
Tel. 06 39722649 - Fax 06 233297645, 178 2215662
✉ *presidenza@tabaccologia.it*
✉ *segreteria@tabaccologia.it*
✉ *ufficioprogetti.sitab@gmail.com*

Come diventare membro della SITAB
L'iscrizione alla SITAB per il 2016 è di € 50,00 (€ 25 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto).
Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI 03032; IBAN: IT02U0302024010100000001062
Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.it ed inviato alla dr.ssa Francesca Zucchetta:
– per posta ordinaria: c/o Qi Studio, P.zza G. La Pira 18, Lissone (MB)
– per fax 0393940283
– per e-mail francesca.zucchetta@tin.it

Pubblicità e Marketing
MIDIA srl
Edizione
Midia srl - Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste
Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it
MIDIA EDIZIONI

Tabaccologia
www.tabaccologia.it

ORGANO UFFICIALE SITAB
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

Comitato Scientifico-Redazionale: **Daniel L. Amram** (ASL Pisa), **M. Sofia Cattaruzza** (UNI-Sapienza Roma), **Christian Chiamulera** (UNI-Verona), **Fiammetta Cosci** (UNI-Firenze), **Silvano Gallus** (Istituto Mario Negri-MI), **Charilaos Lygidakis** (MMG-Bologna), **Stefano Picciolo** (UNI-ME), **Giovanni Pistone** (ASL-Novara), **Biagio Tinghino** (ASL-Monza), **Alessandro Vegliach** (ASL-Trieste), **Alessia Verduri** (UNI-MORE).

Comitato scientifico italiano: **Massimo Baraldo** (Farmacologia, UniUD), **Fabio Beatrice** (ORL-Torino), **Roberto Boffi** (Pneumo-oncologia, INT-Milano), **Alessio Gamba** (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), **Stefania La Grutta** (Pediatra, Palermo), **Fabio Lugoboni** (Medicina Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi-VR), **Paola Martucci** (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), **Roberta Pacifici** (Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Girolamo Sirchia** (Università di Milano), **Elisabeth Tamang** (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), **Maria Teresa Tenconi** (Igienista, UniPV), **Riccardo Tominz** (Epidemiologia, Trieste), **Pasquale Valente** (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), **Giovanni Viegi** (Direttore CNR, Palermo), **Pier Giorgio Zuccaro** (Past Direttore OSSFAD, Roma), **Francesca Zucchetta** (Psicologa-Monza).

Comitato scientifico internazionale: **Michael Fiore** (University of Wisconsin, Madison-USA), **Kamal Chaouachi** (Antropologo e Tabaccologo, Parigi - Francia), **Ivana Croghan** (Mayo Clinic-Rochester USA), **Mariella Debiasi** (Ricercatrice, Philadelphia, Pensylvania-USA), **Karl Fagerström** (Smokers Clinic and Fagerström Consulting - Svezia), **J. Taylor Hays** (Mayo Clinic Rochester - USA), **Jacque Le Houezec** (SRNT, Societé de Tabacologie, Rennes - Francia), **Richard Hurt** (Mayo Clinic-Rochester USA), **Robert Molimard** (Past President e fondatore Societè de Tabacologie, Parigi - Francia), **Antigona Trofor** (Pneumologa e Tabaccologa, Univ. di Iasi-Romania).

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

Segreteria di redazione/marketing: **midia@midiaonline.it**

Realizzazione editoriale: **Midia srl, Trieste**

Grafica, impaginazione e stampa:
Artestampa srl, 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. Per le immagini pubblicate restiamo a disposizione degli aventi diritto che non si siano potuti reperire.

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003
Cod. 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 UNICREDIT di Trieste, Agenzia Trieste Carducci; IBAN IT98E0200802242000041117997
b) oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di febbraio 2016.

Morte legale

Giacomo Mangiaracina

Alla seconda Guerra Mondiale si attribuiscono 70 milioni di morti ammazzati e di morti per stenti e malattie, nel gelo e nel caldo soffocante delle trincee. Alla seconda Guerra Mondiale si deve anche attribuire un'altra catastrofe i cui effetti altrettanto mondiali li stiamo ancora subendo: l'ecatombe da fumo. Non del fumo delle granate, ma quello del tabacco. L'arrivo delle forze alleate fu l'impulso giusto, quello che serviva, al mercato delle sigarette. La Croce Rossa già le distribuiva come beni di conforto ad infermi e feriti, e nei campi di prigionia erano divenute calumet della pace, strumento per sognare la libertà, da condividere con altri malcapitati, nella paziente inerme attesa di una restituzione alla vita. Ma quando gli alleati entrarono come "liberatori" nelle città tra ale di folla festante, accesero le speranze lanciando dai loro blindati, verso miriadi di braccia tese, barattoli militari di latta grigio verdastra sul cui coperchio campeggiava sbalzata la scritta "cigarettes".

E le sigarette americane divennero mito. Avevano pure il filtro. Per non fare male. Promettevano il rispetto della "T zone", ovvero di orecchie, naso e gola. Felicità e sicurezza di cui si aveva bisogno estremo, in formato king size. Fu la più potente operazione di marketing mai realizzata nella storia della domanda e dell'offerta. Immediatamente dopo a quell'ingresso trionfale che intendeva segnare la fine di un incubo, i barattoli di sigarette non vennero più regalati festosamente al popolo. Vennero venduti in un mercato rigorosamente "nero", dove il valore (e il prezzo) della merce salì vertiginosamente. Quella specie di emancipazione dalla miseria divenne improvvisamente moda, e il lezzo delle emissioni bronchiali divenne aroma, desiderato e ricercato.

In Italia spopolavano miserabili le Alfa e le Nazionali senza il filtro, dal tabacco scuro e puzzolente. Roba da poveracci che si compravano sfuse e si fumavano "con lo spillo" per non bruciarsi le dita, fino all'ultimo centimetro. Il tabacco americano invece era chiaro e da allora

Legalised Death

Giacomo Mangiaracina

History attributes to the Second World War, about 70 million deaths between those killed and died because of famine and malady, in the frost and in the choking heat of the trenches. But we need to attribute to the Second World War, also another catastrophe, the consequences from which we are still suffering: the smoke slaughter. Not the smoke of the grenades, but of tobacco cigarettes. The arrival of the Allied forces was the right impulse for the cigarette market. The Red Cross had already distributed them as comfort goods to the sick and wounded, and in the prison camps they had become a sort of peace pipe, instrument to dream of freedom, to share among other unfortunates, in the helpless waiting for a return to life. But when the Allies entered as liberators in the cities with their tanks, they nurtured hope throwing form their half-tracks towards outstretched arms, grey-green military tin cans with the label "cigarettes" written on the lids. And American cigarettes began to become a legend. They even had filters. To be un-harmful. They promised to respect the "T-zone", that is ears, nose and throat. Happiness and safety of which there was extreme need, in a king-size format. That was the strongest marketing operation ever done in the history of demand and offer. Immediately after that triumphant entry, which was supposed to mark the end of a nightmare, the cans of cigarettes were not happily distributed to people any more. They were sold in a rigorously "black" market in which the value (and the price) of the goods grew enormously. That kind of emancipation from misery suddenly became fashion, and the stench of the bronchial emissions became aromas, desired and refined. In Italy, people smoked miserable Alfa and Nazionali without filters, with dark and stinky tobacco. That was stuff for bums, who bought them in bulk and smoked them "using the needle" in order to avoid burning fingers, up to the last inch. The American tobacco on the contrary was light coloured

le sigarette furono "bionde", termine balordo che un certo giornalismo popolare e scadente si ostina ad usare. Ma le bionde in origine erano solo le americane.
Comunque nel clima del bisogno creato ad hoc, Camel e Lucky Strike (letteralmente "colpo di fortuna") apparivano come un distillato di gioia in pacchetti. Perciò fiorì il contrabbando.
Il mercato illegale delle sigarette, proprio per sfuggire alle tasse e mantenere un prezzo basso, fu alimentato dagli stessi alleati. Il potere delle industrie del tabacco influenzò anche la politica a tal punto che nel benemerito Piano Marshal (Parigi 1947) fu inserita una clausola chè per cui ogni due dollari di aiuti 1 dollaro dovesse essere dedicato al marketing delle sigarette in Europa, su proposta, guarda caso, di un senatore della Virginia [1].
In Italia la domanda crescente di sigarette americane e inglesi invalidava la produzione nazionale. Il tabacco proveniva dalle scorte degli alleati e contrabbandato dalla Svizzera. Da qui si estese a tutta l'area mediterranea.
Negli anni Cinquanta le organizzazioni criminali fiutarono il business e fecero trasporti di grossi carichi di contrabbando a bordo di navi passeggeri e mercantili. Nel traffico illegale delle sigarette erano coinvolti i pricipali porti italiani, con Marsiglia, Tangeri e Gibilterra. Al crescere della domanda si usarono panfili, pescherecci e persino ex unità militari. E quando la vigilanza costiera divenne più organizzata, si impiegarono navi madri che stavano lontane dalle coste 12 miglia, e i trasbordi a terra avvenivano con imbarcazioni piccole e veloci. Partivano contemporaneamente e approdavano in punti diversi delle coste italiane, di modo che se una veniva beccata, le altre arrivavano tranquille a destinazione. Lo chiamavano trasbordo delle formiche.
Con l'Italia, anche la Spagna, la Francia, il Libano hanno avuto un ruolo di primo piano nel contrabbando di sigarette. Negli anni Sessanta, a causa dell'abolizione del porto libero di Tangeri e della sua annessione al Marocco, le strategie del contrabbando si spostarono dal mare alla terra, con l'uso di camion e treni. La rapida crescita dei sistemi di comunicazione e di trasporto determinò una crescita esplosiva delle attività clandestine e illegali.
Prima che Cosa Nostra ci mettesse le mani sopra, il business fiorì in Olanda. Da Rotterdam e Anversa i carichi partivano in aereo e grossi camion, passavano poi per la Francia, in Svizzera, Cecoslovacchia, Romania, Polonia e Paesi dell'ex Unione Sovietica. Poi tornavano in Germania e soprattutto nel Montene-

and since then cigarettes were nick named as "blondes", an awkward term that a certain kind of cheap and popular journalism is still determined to use. But the "blondes" at the beginning were only American cigarettes. Anyhow, in that well created climate of need, Camel and Lucky Strike appeared as distilled joy in packages. Therefore smuggling flourished. The illegal cigarettes market, in order to escape from paying taxes and to keep the prices low, were nourished by the Allies themselves. The power of the tobacco industries influenced also politics to the point that in the meritorious Marshall Plan (Paris, 1947) a clause was included by which every two dollars aid, 1 dollar would be dedicated to the marketing of cigarettes in Europe, proposed coincidentally by a Virginian Senator [1]. In Italy the always higher demand of American and British cigarettes overruled the National production. Tobacco came from the Allies' stock and smuggling from Switzerland. From there it extended to the whole Mediterranean Area. In the Fifties the criminal organisations sensed business and transported huge amounts of smuggled tobacco on board of passenger and merchant ships. In the illegal traffic of cigarettes, the principal Italian ports together with Marseille, Tangier and Gibraltar. With higher needs, even cabin cruisers, fishing boats and ex-military units were used. And when the Coastguards began to be well organised, they began to use big ships who stayed 12 miles out of the coasts, and transhipments to the ground were done by small and fast boats. They left all at the same time and boarded in different sites of the Italian coasts, so that if one had been caught, the others could easily reach destination. This was called the ants' transhipments. Together with Italy, Spain France and Lebanon had a primary role in cigarette smuggling. In the Sixties, due to the abolition of Tangiers as a free-port, being annexed to Morocco, smuggling strategies were shifted from sea to land, using lorries and trains. The quick growth of communication systems e transport caused an explosive growth of clandestine and illegal activities. Before the Mafia had put its hand over it, business flourished in Holland. From Rotterdam and Antwerp the loads left by plane and big lorries, passing through France, Switzerland, Czechoslovakia, Romania, Poland and ex-USSR countries. Then they went back to Germany, mostly in Montenegro, truly a Nation of smuggling (50% of national economic resources). From Montenegro the loads passed to Albania, and the assault to the South of Italy was made. The Sacred United Crown

gro, vera patria del contrabbando (50% delle risorse economiche della nazione). Dal Montenegro i carichi passavano in Albania e l'assalto al meridione d'Italia era cosa fatta. La sacra corona unita e la ndrangheta avevano già collaborazioni internazionali, persino con mafie vietnamite con sede in Germania. Il mercato era enorme, con cento milioni di clienti nel vecchio continente che consumavano centinaia di miliardi di sigarette all'anno. Il valore in moneta era facilmente calcolabile, e stime della fine degli anni Novanta davano come consumatori di sigarette di contrabbando: 1 italiano su 4; 1 spagnolo su 2; 1 tedesco su 10; 1 olandese su 10; 1 francese su 30.

Era la scontata conseguenza del basso costo rispetto al tabacco nazionale tassato. Ma qualcosa di anomalo c'è. Chi forniva le sigarette ai contrabbandieri? Le compagnie del tabacco [2]. Per questo motivo vennero più volte sanzionate dall'Unione Europea, nel 2000, ai tempi della presidenza Prodi [3,4].

Oggi le cose si sono ribaltate e le companies del tabacco, confidando che nessuno vada a rivangare il passato, si sono rifatte una verginità e si pongono davanti all'opinione pubblica come paladini anticontrabbando, Philip Morris in

and the 'ndrangheta had already international collaborations, even with Vietnamese mafias in Germany. The mark was huge, with 100 million clients in the Old Continent which consumed hundreds of billion cigarettes per year. The value of money was easily calculated, and estimations at the end of the Nineties gave as consumers of smuggled cigarettes 1 Italian out of 4; 1 Spaniard out of 2; one German out of 10; 1 Dutch out of 10 and one Frenchman out of 30. The consequence of lower prices compared to taxed national tobacco was obvious. But there was something strange. Who provided for the cigarettes to the smugglers? The tobacco companies did [2]. This is why they were fined many times by the European Community, in 2000, during Mr. Prodi's government [3,4]. Today things are overturned and the tobacco companies, hoping that nobody brings up the past, re-established their good reputation and put themselves in front of public opinion as paladins against smuggling, headed by Philip Morris which, riding the wave of the World No Tobacco Day recently created an initiative called "a burden for everyone" [5] in which the consumer of smuggled cigarettes would be a tax evader who supports the great organised crime, doing him or herself "much harm" because the smuggled cigarettes would be manufactured by non controlled products thus "more hazardous" for their health [6-8]. To reinforce their thesis they obviously exhibit data and inform that the seized cigarettes in Europe in 2014 correspond to 50% of the whole goods subtracted to the smugglers. That arms and cigarettes use the same trafficking routes as the illegal drugs. That the latest report of KPMG (service company for establishments) on tobacco trafficking in Europe reports that in the same year in Italy the consume of illicit cigarettes has grown 20% more than 2013, reaching four and half billion unities sold. And finally that in the EC illegal cigarettes represent more than 10% of the total consumption, that is to say that 1 out of 10 European citizen smokes "illegally" and that the loss of tax revenues are more than 11-12 billion euros. For each pack of smuggled cigarettes there would be a loss of 2-3 euros for the Italian treasury and a gain for smugglers. In fact, there is a staggering money making going on, guaranteed by Swiss banks and financial societies. The "Intercambi" of Lugano, managed by Alfredo Bossert was known also by the "Mani Pulite" pool for money laundering. Officially as trust companies, the smuggling societies open bank accounts in Swiss credit institutes

testa, che cavalcando l'onda del tema della scorsa Giornata mondiale senza tabacco, ha appena creato l'iniziativa "Un peso per tutti" [5] in cui addita il consumatore di sigarette di contrabbando come evasore fiscale e come colui che alimenta la grande criminalità organizzata, facendosi anche "molto male", poiché le sigarette di contrabbando sarebbero fatte con prodotti non controllati, dunque "più pericolose" per la salute [6-8].
Ad avvalorare la loro tesi ovviamente esibiscono i dati e fanno sapere che le sigarette sequestrate in Europa nel 2014 corrispondono al 50% di tutta la merce sottratta al contrabbando. Che le sigarette e le armi viaggiano sulle stesse rotte del traffico degli supefacenti. Che l'ultimo rapporto del KPMG (società di servizi alle imprese) sul contrabbando del tabacco in Europa dice che nello stesso anno in Italia il consumo di sigarette illecite è cresciuto del 20% rispetto al 2013, raggiungendo i 4 miliardi e mezzo di unità vendute. E infine che nell'UE le sigarette illegali rappresentano più del 10% del consumo totale, vale a dire che 1 europeo su 10

Pacco militare della Croce Rossa britannica, contenente anche sigarette come "beni di conforto".

for their customers who operate in illegal activities, and also as interfaces in buying and selling tobacco firms, transferring on the same accounts the paid sums of money by the acquirers. Buyer and seller never meet and never exchange money directly. Also, the credit institutes, even in front of judicial investigation, could not be obliged to recognise the true actors of the operations. The whole system is based on movements of the owners of the financial societies and the so-called "big shoulders" which materially move money from Switzerland to the rest of the World. At this point, we could add brokerage societies placed in tax havens, Panama, Macedonia, Cyprus, Morocco, Liechtenstein, Gibraltar, Virgin Islands. They are three of kinds: fictitious, convenience, and box (or façade). The former ones are actually non-existent under a fantasy name and hide the receiver of apparently legal goods. The latter ones are generally without social framework but they do have a legal qualification and an address, of corresponding to offices of a foreign professional. The last ones are used when in order to have an address, a mere postal box is enough, without any other structure. At the end, expedition societies enter in the round. All this is well known to experts and investigators, societies and names. In the inquiries names like expedition societies "Van Bree" from Rotterdam and "Belgian Pakhoed" from Antwerp that however have legal activities and it is not possible attribute to them penal responsibilities which have something to do with smuggling. And thus the major tobacco industries accuse the consumer. They know the framework of the criminal organisation because they contributed to create it. Not even Nations' laws can succeed in dismantling it. So the culprit is the consumer, who may truly die 10 to 12 years before time by smoking legally. But is taking risks of dying "even sooner", let's say a couple of days or weeks before, but in a totally illegal manner.
Meanwhile the Financial Police continues its work of contrast. Averagely, 300 tons each year are sequestered. We may ask: where do the sequestered cigarettes end up? The answer comes to "Tabaccologia" from a retired military from the Italian Navy to which we obviously keep his name secret: "they are hijacked to the low cost distribution of military milieu". Maybe this is why the Military Hospital "del Cielo" in Rome, after a conference on tobacco smoking organised in 2011 by Admiral Martinez with the support of SITAB and with the goal to create a hospital service for the cure of tobacco related maladies, abandoned the project. Smuggled cigarettes are useful to the Nation. In every sense.

fuma "illegalmente", e le mancate entrate erariali superano gli 11-12 miliardi di euro. Per ogni pacchetto di sigarette contrabbandato si avrebbe una perdita di 2-3 euro per le casse italiane e un pari guadagno per i contrabbandieri.
In effetti si tratta di profitti da capogiro la cui movimentazione è garantita da banche e società finanziarie svizzere. La *Intercambi* di Lugano, gestita da *Alfredo Bossert* era nota anche al pool di Mani Pulite per reati di riciclaggio di denaro sporco. In qualità di fiduciarie, le società contrabbandiere aprono conti presso istituti di credito elvetici per i propri clienti impiegati nelle attività illegali, così come si prestano da interfaccia nella compravendita dei tabacchi, trasferendo sugli stessi conti le somme versate dagli acquirenti. Compratore e venditore quindi non si incontrano mai e non scambiano mai denaro direttamente. Per di più gli istituti di credito, anche di fronte ad inchieste giudiziarie, non possono essere costrette a riconoscere i veri protagonisti delle operazioni. Tutto il sistema si basa sui movimenti dei titolari delle società finanziarie e dei cosiddetti "spalloni", che spostano materialmente soldi tra Svizzera e resto del mondo.
A queste si aggiungono società di intermediazione con sede nei paradisi fiscali, Panama, Macedonia, Cipro, Marocco, Liechtenstein, Gibilterra, Isole Vergini. Sono di tre tipi: fittizie, di comodo e di casella (o di facciata). Le prime sono di fatto inesistenti e dietro un nome di fantasia nascondono il destinatario della merce apparentemente legale. Le seconde sono in genere prive di quadri sociali ma hanno una legale qualifica e un recapito, spesso corrispondente agli uffici di un professionista estero. Le ultime si utilizzano quando per avere un recapito basta una semplice casella postale, senza nessuna struttura. Alla fine entrano nel giro anche le società di spedizione.
Tutto è arcinoto ad esperti ed investigatori, società e nomi. Nelle indagini si fanno anche i nomi della società di spedizioni "Van Bree" di Rotterdam e della "Belgian Pakhoed" di Anversa, che però svolgono l'attività in modo legale e non è possibile attribuire loro responsabilità penali che abbiano a che fare con il contrabbando.
Perciò le major del tabacco puntano il dito sul consumatore. L'impalcatura organizzativa criminale la conoscono bene perché hanno contribuito a crearla. Non riescono neppure le leggi degli Stati a smantellarla. Il colpevole sarebbe dunque il consumatore, che può, è vero, morire con 10-12 anni di anticipo fumando legalmente. Ma rischierebbe di morire forse "più precocemente", magari di qualche giorno o settimana, ma in modo del tutto illegale.
Intanto la Guardia di Finanza continua a fare il suo proprio lavoro di contrasto. Di sigarette di contrabbando ne sequestra in media 300 tonnellate l'anno. La domanda ora è: dove vanno a finire le sigarette sequestrate?
La risposta arriva a "Tabaccologia" da un militare in pensione della Marina Militare Italiana di cui per ovvie ragioni garantiamo l'anonimato: *"Vengono dirottate alla distribuzione a basso costo negli ambienti militari"*. Forse è per questo motivo che l'ospedale militare del Celio a Roma, dopo un convegno sul tabagismo organizzato nel 2011 dall'Ammiraglio Martinez con il supporto SITAB e con lo scopo di creare un servizio ospedaliero per la cura del Tabagismo, ha desistito dal proseguire nel progetto. Le sigarette di contrabbando servono pure allo Stato. In tutti i sensi.

[Tabaccologia 2015; 4:5-9]

Giacomo Mangiaracina
✉ info@tabaccologia.it
Direttore di Tabaccologia

Bibliografia

1. Proctor RN, Golden Holocaust. University of California Press, San Francisco 2012.

2. Collin J, LeGresley E, MacKenzie R, Lawrence S, Lee K. Complicity in contraband: British American Tobacco and cigarette smuggling in Asia. *Tob Control*. 2004:104-111.

3. www.repubblica.it/online/cronaca/verda/ue/ue.html.

4. www.repubblica.it/online/cronaca/verda/philip/philip.html.

5. www.unpesopertutti.it.

6. www.ilsussidiario.net/News/Cronaca/2015/12/17/PHILIP-MORRIS-Il-fumo-fa-male-ma-il-contrabbando-due-volte-di-piu/664538/.

7. www.west-info.eu/it/dipendenza-si-purche-ufficiale/.

8. http://corrieredelmezzogiorno.corriere.it/napoli/notizie/cronaca/2012/9-luglio-2012/sigarette-arsenico-cosi-clan-avvelenano-mercati-meridionali-201930786225.shtm.

Carne e tabacco: la differenza tra livello di evidenza e di rischio

Cosa significa la classificazione delle carni lavorate come cancerogene e perché non si può dire che sono pericolose come il fumo

Vincenzo Zagà, Daniel L. Amram

Come è noto, di recente l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) di Lione, braccio scientifico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e massima autorità in materia di studio degli agenti cancerogeni, ha inserito le carni lavorate e rosse fra le sostanze che rispettivamente causano il cancro del colon-retto nell'uomo e probabilmente risultano cancerogene per l'uomo [1]. Come si legge nel lavoro da poco pubblicato sulla rivista scientifica The Lancet Oncology [2], dopo aver revisionato oltre 800 studi epidemiologici che indagavano l'associazione fra il consumo di carni lavorate e insorgenza di cancro in tutto il mondo, il team IARC (22 esperti provenienti da 10 Paesi) ha deciso di catalogare fra i cancerogeni certi (Gruppo 1) *"sulla base di sufficienti evidenze che le legano al tumore del colon, le carni rosse lavorate, ovvero quelle salate, essiccate, fermentate, affumicate, trattate con conservanti per migliorarne il sapore o la conservazione. Inoltre un legame è stato individuato anche con il tumore allo stomaco"*. Il consumo di carne rossa (per esempio manzo, maiale, vitello, agnello, montone, cavallo o capra) è stato invece inserito nella lista dei *probabili carcinogeni per l'uomo* (Gruppo 2A), in attesa di ulteriori riscontri scientifici. Già questa comunicazione, data in maniera approssimativa dai mass media, ha creato sconcerto nell'opinione pubblica ancor più quando integrata

Meat and tobacco: the difference between evidence and risk

What is the true meaning of the classification of processed meats as carcinogens and why we cannot say that they are as dangerous as tobacco smoke

Vincenzo Zagà, Daniel L. Amram

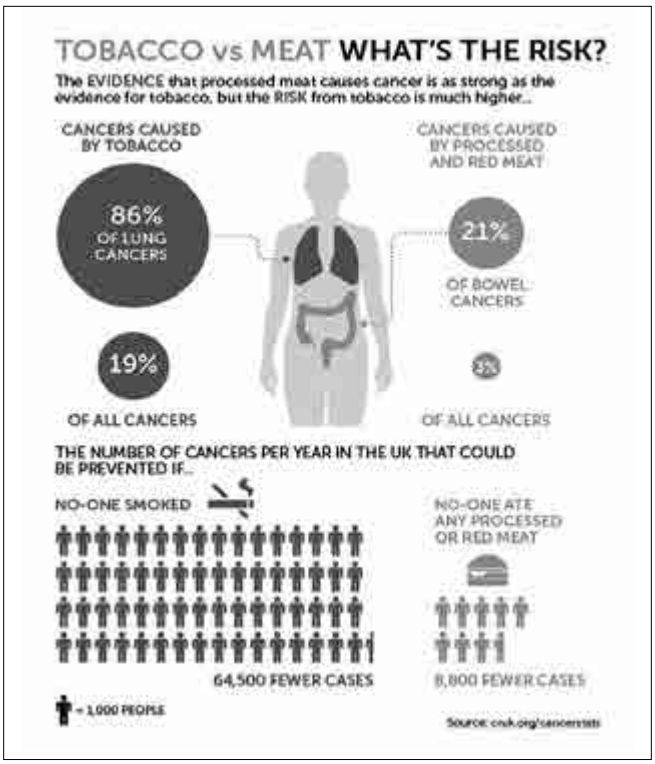
It is well known that recently the International Agency for Research on Cancer (IARC) in Lyon, France, scientific arm of the World Health Organization (WHO) and leading voice for the assessment of carcinogens, classified processed meatsas *carcinogenic to humans* (Group 1), based on *sufficient evidence* in humans that the consumption of processed meat causes colorectal cancer, and consumption of red meats as *probably carcinogenic to humans* (Group 2A), based on *limited evidence* that the consumption of red meat causes cancer in humans and *strong mechanistic evidence* supporting a carcinogenic effect [1]. As stated in the recently published paper of *The Lancet Oncology* [2], after reviewing over 800 epidemiological studies, which were assessing the worldwide association between red meat consumption and cancer, the team at IARC (22 experts coming from 10 different Countries) decided to add it among the *probably carcinogenic to humans* (Group 2A), and for processed meats consumption, classified as carcinogenic to humans (Group 1), based on *sufficient evidence* in humans that the consumption of processed meat causes colorectal cancer; processed meats, that is to say salted, fermented, smoked and treated with preservatives to improve the taste or conservation. Moreover, a link was evidenced also with cancer of the stomach". Consumption of red meats (i.e. beef, pork, veal, lamb,

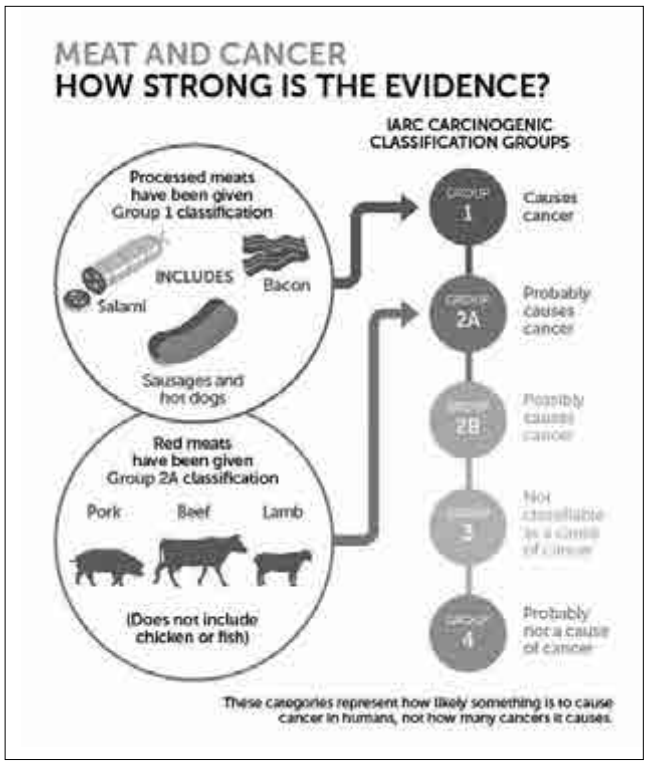
dalla notizia che del gruppo 1 IARC fanno parte anche il fumo di tabacco, alcol, arsenico, polonio 210 e amianto, tutte sostanze legate causalmente a determinati tumori [3,4].
Paragonare il fumo di tabacco alle "carni processate" in termini di rischi per cancro, come la maggioranza delle organi di stampa hanno deciso di fare, è estremamente fuorviante e confondente quanto dannoso, nonostante il livello di evidenza sia simile. Sarebbe come far passare il messaggio che mangiare un sandwich alla pancetta possa essere dannoso quanto fumare una sigaretta. E non è assolutamente così.
Gli addetti all'informazione dell'OMS hanno ovviamente agito in buona fede, poiché l'agenzia IARC non si occupa della valutazione del rischio di una determinata sostanza bensì dell'evidenza scientifica che lega la causalità tra una sostanza oggetto dello studio e un determinato tipo di cancro per l'uomo. Infatti le classificazioni IARC descrivono il livello dell'evidenza scientifica sulla causalità di un agente per il cancro, piuttosto che una valutazione del livello di rischio che dipende dalla tipologia qualitativa e quantitativa dell'esposizione ad una determinata sostanza. L'evidenza è un fatto insito nella natura di una sostanza piuttosto che una misura del rischio. Una sostanza può aumentare il **rischio di cancro** poco o tanto a seconda dell'uso che se ne fa a parità di **evidenza scientifica** di pericolosità. Paragonarli per il gusto di farlo è estremamente confondente per chiunque cerchi di capire come condurre un sano stile di vita.
A tal proposito, il **Cancer Research del Regno Unito (CRUK)** [5] ha diffuso una serie di infografiche piuttosto illuminanti e utili a rendere l'idea, estremamente semplificate certo ma che senza tanti giri di parole rendono il concetto [figure].
I dati si riferiscono al Regno Unito (UK), ma il ragionamento prescinde i numeri e rende l'idea della differenza tra evidenza e rischio: sappiamo che sia il fumo che la "carne lavorata" possono causare il cancro, in altre parole due sostanze possono essere incluse nella stessa lista anche se hanno gradi di rischio diverso. Le prove in entrambi i casi sono forti (Gruppo 1 IARC) per poter stabilire una

mutton, horse or goat) was included in the group 2A, *probably carcinogenic to humans*, based on *limited evidence* that the consumption of red meat causes cancer in humans, awaiting for more scientific evidence.
Comparing tobacco smoking with consumption of processed meats, in terms of risk factors for cancer – and that is exactly what most of the press had decided to do – is extremely misleading and confusing and even harmful, even if the evidence level of causality is similar. It would be like wanting to say that eating a bacon sandwich is as harmful as smoking a cigarette. That is absolutely not so. The causality evidence is linked to the nature of a carcinogen rather than a risk factor. It is what IARC evidenced in the cases of processed and red meat. In other words, if processed meat is in the same carcinogenic group as tobacco smoke, asbestos and other chemicals, it does not mean at all that it has the same dangerousness.
The WHO information bureau obviously acted in good faith, because the IARC agency is not supposed to assess hazards of a chemical, rather than the scientific evidence of a causal link between the chemical and a certain kind of cancer in humans. In fact, IARC classification describes the level of scientific evidence on causality of a carcinogen, and not an assessment of its risk level which may depend on the exposure and on the use of a certain substance. A chemical may have a **different risk level for cancer even at the same level of evidence of scientifically assessed dangerousness**, mostly because of its pattern of use. Comparing them for the fun of it, is extremely confounding for any person who would like to understand how to live a healthy life.
On this issue, from the UK, **Cancer Research** (CRUK)(5) published a series of informative illustrations, truly enlightening and useful to give the right picture; certainly simplified but without too many words written down, they explain the concept (see figures).
Two carcinogens may be in the same causal certitude group (Group I), having a very different risk level. The data is referred to the UK but excluding the numbers, it gives a good idea of how certainty of causal proof of a carcinogen is not considerable as a risk evaluation for that carcinogen, and that processed meats may cause cancer; in other words, two chemicals may be included in the same list even with different risk levels. The proof in each case is strong (Group 1 IARC) to establish a causal relationship, but the associated risk to the two agents is different as evidenced by the numbers related to the incidence of meat correlated cancer and tobacco smoke correlated cancers.
Tobacco, with its more than 60 carcinogens, is acutally surely

relazione di tipo causale, ma il rischio associato ai due agenti è diverso come evidenziato dai numeri relativi all'incidenza del cancro carne-correlato e quelli dei cancri fumo-correlati.
Il tabacco con i suoi oltre 60 cancerogeni è, infatti, responsabile certo di circa 1 milione di morti per cancro all'anno nel mondo su 6 milioni di morti/anno per tutte le patologie fumo-correlate [6]. In particolare di tutti i casi di cancro polmonare (44.488 nuovi casi in UK nel 2012 e più di 30.000 in Italia) l'evidenza suggerisce che l'86% di essi sono causati dal tabacco. E il cancro polmonare non è l'unico tipo di tumore causato dal fumo di tabacco. CRUK stima che il 19% di tutti i cancri sono causati dal fumo di tabacco.
Per quanto riguarda invece i tumori carne-correlati, secondo le stime più recenti del progetto **Global Burden of Disease** (GBD) (peso globale della malattia) dell'OMS [7], circa 34.000 decessi/anno per cancro intestinale in tutto il mondo sono attribuibili a diete ricche di "carni processate". Il **Cancer Research del Regno Unito** stima che il 21% dei cancri dell'intestino (che in UK ha un'incidenza leggermente minore del cancro polmonare, 41.600 nuovi casi all'anno nel 2011), sono causati dal consumo di "carni processate" e carni rosse. Se tutte queste carni fossero eliminate completamente dalla dieta del Regno Unito, si stima che 8.800 casi di cancro intestinale potrebbero essere evitati ogni anno in UK.
Il consumo di carne rossa (inserita nel Gruppo 2A IARC) non è ancora stato stabilito come una causa certa di cancro. Il rischio in questo caso è più difficile da stimare, ma gli studi valutano che il rischio del

responsible for about 1 million deaths by cancer each year in the world out of 6 million yearly deaths due to all tobacco related diseases [6]. Moreover as far as lung cancer is concerned (44.488 new cases in UK and more than 30000 in Italy in 2012), evidence suggests that 86% of them are caused by tobacco smoke. And, of course, lung cancer is far from being the only one caused by tobacco. Cancer Research from UK (CRUK) estimates that 19% of all cancers are caused by tobacco smoke. Another way to examine this data is that if tobacco smoke was to be completely banned, there would be 64500 cancer cases less in UK every year.
On the base of evidence recently communicated by the WHO, which establishes a causal link between processed meats and bowel cancer, the CRUK estimated that 21% of all bowel cancers (which in UK has a slightly lower incidence with respect to lung cancer, 41600 new cases in 2011), are caused by consuming processed and red meat. If all those meats were to be banned from diet in UK, 8800 cancer cases would be avoided every year in UK.
According to the more recent estimates of the Global Burden of Disease project of the WHO [7], about 34000 cancer-due deaths each year in the world are attributed to processed meat rich diets.
Red meat consumption (classified 2A IARC Group) has not yet been established as a certain cause of cancer. The risk in this case is harder to assess, but studies estimate that the risk of colorectal cancer may increase of 17% per year for each 100 grams consumed every day. However, if the reported association of causality with cancer were proven to have sufficient evidence, the GBD project estimated that meat-rich diets could be responsible for 50000 cancer-due deaths every year world-wide. Unfortunately, all this information often given by mass media in a inaccurate way does not contemplate a series of other factors such as for example the quantity consumed, which is an important parameter weighing on the risk factor. Wanting a bacon sandwich or a hamburger once in a while has nothing to do with the risk factor of nicotine and tobacco products. Eating a certain quantity of processed and red meat will increase one's risk for cancer. But comparing it to such a lethal thing like tobacco smoke is confounding and dangerous for public health.
Also in Italy, it is important to accept the warnings that come from these international research institutions and analyse the costs of daily burden being the situation well known that each Italian citizen consumes from a maximum 78 kg of meat every year (Assocarne) to a minimum of 40 kg per year (ex-INRAN) and thus well over the threshold limit of 500 grams a week recommended by experts.





L'illustrazione informativa di CRUK paragona tabacco e carni processate in termini di rischio per cancro.

cancro al colon-retto può aumentare del 17% all'anno per ogni porzione da 100 g consumata quotidianamente. Se tuttavia le associazioni riportate avessero la prova di essere causali, il progetto GBD ha stimato che diete ricche di carni rosse potrebbero essere responsabili di 50.000 decessi per cancro intestinale all'anno nel mondo.
Purtroppo però tutte queste informazioni spesso date dai mass media in modo semplicistico non tengono conto di una serie di altri fattori come, per esempio, la quantità consumata che è sicuramente un fattore che incide pesantemente sul rischio. Desiderare un sandwich alla pancetta o un hamburger ogni tanto non ha nulla a che vedere con il rischio di nicotina & co. Mangiare un bel po' di carni rosse o processate aumenterà il proprio rischio di cancro. Ma paragonarlo a qualcosa di letale come il fumo di tabacco è confondente e pericoloso per la pubblica opinione.
Anche per quanto riguarda l'Italia, è importante cogliere l'avvertimento che arriva da queste istituzioni di ricerca internazionali e riflettere sulla lista della spesa quotidiana, se è vero che secondo i dati resi noti gli italiani consumano ancora dai 78 kg di carne pro capite l'anno (Assocarne) ai 40 kg l'anno (ex-INRAN), e quindi, ben oltre la soglia dei 500 grammi a settimana raccomandati dagli esperti.

[Tabaccologia 2015; 4:10-13]

Vincenzo Zagà
✉ caporedattore@tabaccologia.it
Pneumologo, Bologna
Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

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

Bibliografia

1. IARC: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2015/pdfs/pr240_E.pdf.

2. Bouvard V, Loomis D, Kathryn Z Guyton KZ, Grosse Y, El Ghissassi F, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, Mattock H, Straif K on behalf of the International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. The Lancet Oncology, Published Online: 26 October 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)004441.

3. IARC: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/.

4. ISS: http://www.iss.it/binary/elet/cont/criteri_IARC.pdf.

5. Cancer Research UK: http://scienceblog.cancerresearchuk.org/2015/10/26/processed-meat-and-cancer-what-you-need-to-know/.

6. WHO Tobacco: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/.

7. WHO Global Burden of Disease: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/.

Atti del XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Contaminazioni

Alessandro Vegliach

Suggestiva la sede in cui si è tenuto di recente l'XI Congresso Nazionale SITAB. Parliamo di Grado, antico luogo di approdo fondato dai romani, piccolo avamposto veneto che guarda, aldilà del golfo, a Trieste, città levantina, da sempre incrocio di culture, animata da un incontro di italiani, sloveni, austriaci, bosniaci, serbi e dalle forti comunità greca ed ebraica. In queste terre, caratterizzate da costumi nordici e abitudini venete, dove le contaminazioni, da sempre, producono ricchezza sociale e culturale, si è svolto un congresso SITAB scevro da note di autocompiacimento, interamente dedicato, non tanto a quanto si è fatto, ma a quanto bisogna ancora fare, per dar vita a forme di contrasto al tabagismo sempre più aderenti alla contemporaneità.
L'evento ha cercato di rompere antichi paradigmi, sforzandosi di osservare il fenomeno tabagico da molteplici vertici osservativi.
Uno degli assiomi del lavoro psicoterapico recita che "solo ricordando tutto non abbiamo più nulla da dimenticare" e così, il professor **Giacomo Mangiaracina**, già presidente SITAB e Direttore Responsabile di Tabaccologia, avvia i lavori congressuali con una lezione magistrale che porta con sé l'intensità dei ricordi. Nella *lectio* viene sviluppato il divenire della legge Sirchia ma anche aneddoti e situazioni critiche, unitamente al ricordo delle persone che insieme hanno lottato per la promulgazione di quello che ancor oggi risulta essere l'ultimo limpido atto legislativo in tema di salute pubblica.
La prima sessione del congresso, dedicata alle *novità terapeutiche in medicina delle conseguenze* ribadisce quanto il fumo danneggi molteplici organi del nostro corpo, alterandone la funzionalità e causando malattie gravi spesso difficili da contrastare o anche solo arginare. Il fumo, oltre ad essere causa di molteplici malattie, complica le cure. Infatti, i prodotti contenuti nella sigaretta e gli effetti sistemici che provocano sul nostro corpo, alterano spesso l'efficacia delle terapie farmacologiche riducendone l'effetto e inducendo così un aumento dei dosaggi. La sessione viene chiusa dal Presidente SITAB, **Biagio Tinghino**, che illustra la possibilità di utilizzare, a sostegno delle operazioni di cessazione, un prodotto galenico a basso costo, la citisina. Al pari della più nota vareniclina, la citisina è un agonista parziale dei recettori $\alpha 4\beta 2$. Anch'essa è un derivato delle bacche del *laburnum anagyroides* e si differenzia dalla più nota molecola per il tempo di dimezzamento che, essendo breve rispetto la vareniclina, impone piani terapeutici contraddistinti da assunzioni circadiane multiple. Una prima, forte, contaminazione. Tutti ricordiamo i tempi in cui si perorava la tesi di agganciare il costo dei farmaci per smettere di fumare a quello delle sigarette. Il protrarsi dell'attuale crisi economica, l'aumento della marginalità ed il dilagare della povertà impongono la rottura di questi paradigmi. Purtroppo, per il tabagismo, pare ancora lontano l'inserimento nei LEA nonostante la prima sessione dei lavori lo confermi ancora come prima causa di morte evitabile al mondo. Compito della sanità pubblica non è solo quello di prevenire e curare ma anche quello di dare risposte ai bisogni di tutti, specie a quelli dei meno abbienti. Pertanto, un farmaco

Silvia Ceccon e Ally con TABACCOLOGIA e RESPIRO.

a basso costo, svicolato dalle logiche commerciali dell'industria farmaceutica sottolinea la necessità di trovare soluzioni nuove ad un problema antico.
Nella seconda sessione, dedicata alla *presa in carico di fumatori ad elevata complessità*, troviamo rilevanti contaminazioni negli interven. ti di **Fabio Lugoboni** e **Roberto Mazza**. Lugoboni evidenzia la necessità di superare gli stigmi legati alla malattia mentale e alla polidipendenza. Mazza dirime stigmi analoghi, pur se causati da motivazioni diverse, nei malati oncologici. Queste due classi di pazienti, così dissimili tra loro, sono accumunati dalla necessità di dare speranza alle loro prognosi. Accompagnare queste persone nel tentativo di cessazione, aldilà dei tassi di riuscita, ha un alto significato simbolico e colloca lo smettere di fumare a diventare parte di un tutto, immensamente articolato e complesso, che dona un'idea di futuro diverso dal presente al paziente restituendogli, nel contempo, la piena dignità di persona.
La prima giornata di lavori si conclude con uno *smoke free event* animato da **Silvia Ceccon**, miss Universo 2003 e da **Ally**, giovane cantautrice accompagnata dal suo gruppo musicale che hanno tenuto a battesimo la nuava edizione della rivista Tabaccologia. Anche

Roberto Mazza.

qui, contaminazioni. In un mondo sempre più proteso verso la multimedialità comunicativa, grazia e bravura sono componenti che ben supportano la causa antitabagica, specie tra giovani e giovanissimi.
La seconda *lectio magistralis* del congresso è tenuta da **Biagio Tinghino** che espone la tematica dell'approccio motivazionale breve in contesti di opportunità. Il presidente SITAB propone una variante al *minimal advice* di matrice anglosassone, proponendo di dare spazio all'ascolto dell'interlocutore prima articolare la fase di *advice*. L'ascolto permette di trovare la chiave che può aprire le difese dell'altro permettendogli di accogliere con meno ostilità le esortazioni a smettere di fumare. Tinghino ed il suo gruppo di lavoro hanno formato a questo approccio antitabagico più di duemila operatori delle strutture sanitarie lombarde. Ancora contaminazioni. Le pratiche antitabagiche non rimangono claustrofobicamente chiuse nei centri di secondo livello, praticate unicamente da medici e psicologi, ma divengono, pur se in forma abbreviata, strumento di lavoro anche delle altre figure sanitarie. La contaminazione in questo caso, ha una chiara funzione epidemica. Immaginiamo uno scenario sanitario in cui gli infermieri, i fisioterapisti, gli educatori, i medici, le assistenti sociali, gli operatori sanitari iniziassero a sensibilizzare sistematicamente alla cessazione i pazienti tabagisti, il volano di invio ai centri antifumo raggiungerebbe numeri talmente consistenti da indurre sostanziali modifiche all'approccio, anche culturale, alla lotta al fumo da parte delle direzioni sanitarie.
Nella seguente sessione, *scenari clinici ed epidemiologici*, vengono descritti una serie di progetti attuati dal Centro per il Tabagismo di Trieste che, a partire da una forte regia del Centro stesso, hanno avuto ed hanno come obiettivo lo sviluppo di pratiche antifumo in collaborazione con i reparti ospedalieri di cardiologia, pneumologia e con i centri diabetologici distrettuali. Dopo l'avvio di questi progetti gli accessi al Centro territoriale sono triplicati a conferma, nella pratica, di quanto detto da Tinghino nella *lectio* che ha preceduto questo intervento. In questa sessione si è sviluppato anche il tema delle relazioni internazionali, specie quelle con i paesi dell'unione europea. L'avvio di politiche sanitarie antitabagiche unitarie si avvarrà, a breve, di una rivista *on line* che permetterà di potenziare il confronto di idee ed esperienze per contrastare il tabagismo. Anche qui, contaminazioni, che permettono di ampliare lo sguardo sulle politiche, la ricerca e le buone pratiche antitabagiche attuate oltre il territorio nazionale.
La quinta sessione, *riduzione del rischio*, rappresenta di per sé, già nel titolo, una profonda contaminazione. Infatti, sino a poco tempo fa, nella clinica del tabagismo si puntava unicamente alla cessazione protratta dal fumo. Un obiettivo questo che in medicina delle dipendenze è detto di "alta soglia". La cessazione protratta deve rimanere ad essere la *mission* dei centri antifumo ma l'avvento sul mercato di nuovi strumenti quali i vaporizzatori (comunemente noti come *e.cig*) e le sigarette a basso grado di combustione (prodotte da una grande multinazionale del tabacco con il nome commerciale di *Iqos*) aprono prospettive diverse allo sviluppo dei trattamenti antitabagici. Infatti, le ricerche svolte dalla comunità scientifica nazionale e internazionale evidenziano come la quota di sostanze nocive emesse da questi dispositivi sia drammaticamente inferiore a quella delle sigarette tradizionali. Ma piena chiarezza su queste nuove forme di assunzione tabagica non c'è. La *policy* indicata nell'incontro dell'ENSH svoltosi a Barcellona nel 2013 su questo tipo di prodotti è lapidaria: "e-cig (and heath-not-burn products) *are a cigarette*". Questo aspetto viene ribadito da Roberta Pacifici, direttrice OSSFAD-ISS, che indica come l'istituto da lei diretto

Davide Jugovac riceve il premio SITAB da Biagio Tinghino.

sconsigli, in modo netto, la prescrizione di *e-cig* essendo ancora molti gli aspetti da esplorare a partire dalla chiarezza sulla composizione dei liquidi di vaporizzazione, siano essi con o senza nicotina.
Aldilà dei numerosi dubbi su questi prodotti, tra cui è bene ricordare si concentrano gli interessi diretti o indiretti delle grandi multinazionali del tabacco, nella clinica se ne intravede un possibile uso entro piani di *smoking cessation* definiti, *per supportare pazienti ad alta vulnerabilità che devono smettere il fumo di sigaretta per motivi contingenti ma che nel contempo non hanno capacità di tollerare l'inevitabile quota di stress legata alla cessazione. In questi operazioni di riduzione del danno è possibile, idealmente, avvalersi di questi prodotti. Quando su di essi verrà fatta completa chiarezza e le istituzioni deputate avranno regolamentato i prodotti e saranno emanate linee guida all'uso terapeutico di questi prodotti.*
Una parte di questa sessione è dedicata ai danni provocati dal fumo di tabacco al nostro ambiente, aspetto questo spesso trascurato rispetto i danni che il fumo provoca alle persone. L'inquinamento ambientale legato al fumo non riguarda solamente l'aria ma anche l'ambiente marino che viene pesantemente leso dai residui frammentati dei **mozziconi** di sigaretta che giungono al mare e nei fiumi attraverso la reti fognarie e le acque pluviali. Sui mozziconi di sigaretta, con una presenza inquinante in Italia di circa 53 miliardi/anno, sono possibili operazioni di riciclo che trasformano le fibre che li compongono in materiali coibenti ad uso edile ma, purtroppo, non è ancora prevista una raccolta differenziata per questa tipologia di rifiuti.
Al pari dell'inquinamento ambientale causato dalle sigarette, è ancora poco avvertito il pericolo connesso al **fumo di terza mano** cioè ai prodotti del fumo che si depositano sugli oggetti domestici o nell'abitacolo delle autovetture. A questo fattore inquinante sono particolarmente esposti i bambini, specie in tenera età, che rimangono, com'è sottolineato nell'ultimo intervento della sessione, la parte della società più innocente e sensibile ai danni causati dal fumo.
A questo proposito è bene ritornare alla terza e ultima *lectio* del congresso tenuta da Roberta Pacifici che, illustrando le nuove norme legislative riguardanti il fumo si sofferma sul divieto di fumare in macchina se nell'abitacolo sono presenti infanti e/o donne in stato di gravidanza. La Pacifici ridimensiona le critiche legate alla difficoltà di sanzione connessa a questa norma, ricordando che le leggi non hanno unicamente funzione sanzionatoria ma prioritariamente svolgono una funzione educativa, indicano le giuste condotte da tenere per far crescere la società nel modo migliore possibile, anche indicando stili di vita salutari.
L'ultima parte del Congresso è stata dedicata alle *comunicazioni orali*. Qui le contaminazioni sono state multiple e variegate. I lavori presentati provenivano dal mondo accademico, dall'associazionismo di settore, dai servizi sanitari ospedalieri e territoriali. La rete antifumo è apparsa rappresentata nella sua interezza. Gli *abstracts* dei lavori presentati viene integralmente pubblicata su questo numero di Tabaccologia. La commissione valutatrice, composta da Massimo Baraldo, Maria Sofia Cattaruzza, Gianni Canzian e Hamid Kashanpour ha assegnato il premio SITAB 2015 a **Davide Jugovac** del Centro per il Tabagismo di Trieste che ha presentato uno studio sperimentale su un programma di invio di messaggistica telefonica a sostegno di fumatori durante il loro secondo anno di astinenza.
Così il cerchio si chiude, dal passato al futuro. L'undicesimo congresso SITAB, iniziato ricordando i dieci anni dalla emanazione (10 gennaio 2005) della legge 16/2003, si chiude premiando un *abstract* dedicato al possibile ruolo delle nuove tecnologie nel contrasto al tabagismo.
Il prossimo anno il congresso torna, dopo la bella edizione del 2011, a Milano, capitale economico-produttiva del nostro Paese. L'augurio è che le numerose contaminazioni apparse in queste terre di confine possano tramutarsi in solide pratiche operative proprie della concretezza lombarda.

Alessandro Vegliach
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina"

Azioni del Ministero della Salute del Governo Italiano sul controllo del tabacco

Daniela Galeone

Pubblichiamo l'intervento della dr.ssa Daniela Galeone del Ministero della Salute, che, impossibilitata a presenziare di persona, è stato letto in sede congressuale dal Presidente SITAB, Biagio Tinghino

Ringrazio gli organizzatori per l'invito e mi scuso con loro e con voi per non essere riuscita a partecipare a questo appuntamento. In questo momento sono a Brussels per decidere alcuni aspetti tecnici legati all'implementazione della nuova direttiva.

Come probabilmente già sapete, lunedì scorso (*NDR: lunedì 12 ottobre*) il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legislativo che recepisce la Direttiva Europea sui prodotti del tabacco. È stata una vera e propria corsa ad ostacoli, in quanto il Parlamento aveva fissato tempi stringenti (60 giorni con l'estate di mezzo) e diversi vincoli rendevano difficili l'inserimento di misure aggiuntive a quelle previste dalla direttiva stessa.

L'impegno del Ministero della Salute è stato totale per controbattere quanto più possibile alle obiezioni degli altri Ministeri (Economia, Sviluppo economico e Agricoltura).

Come è ormai noto, la prevenzione e la cura del tabagismo sono essenziali per promuovere e tutelare la salute pubblica, ma richiedono lo sviluppo di politiche ed interventi anche in ambiti diversi da quello strettamente sanitario. In tal senso, principale obiettivo non può che essere l'attuazione di misure efficaci (interventi normativi, attività di educazione e promozione della salute, sviluppo di metodologie e farmaci per favorire la cessazione) atte a determinare una progressiva diminuzione dei consumi di prodotti del tabacco, la riduzione della prevalenza dei fumatori e la conseguente riduzione delle gravissime patologie fumo correlate.

Si tratta di un obiettivo che non può essere perseguito dal solo Ministero della Salute, ma dal Governo nel suo complesso, tenendo conto anche delle implicazioni relative agli aspetti economici che non possono tuttavia prevalere sul supremo interesse della tutela della salute.

Un ruolo fondamentale può essere svolto anche da voi, insieme alle altre società scientifiche e ai ricercatori che si occupano di tabagismo e malattie fumo correlato, alle associazioni dei pazienti, ai Medici di medicina Generale, ai pediatri, agli insegnanti per riuscire finalmente a costuire una rete che agisca come "Lobby della Salute", per proporre e sostenere le istanze per il controllo del tabagismo e contrastare le resistenze, i ritardi, le negligenze dell'altra potentissima lobby e di chi pensa che il guadagno economico di pochi sia più importante della salute di tutti.

Fondamentale è anche la cooperazione al livello internazionale in ambito Unione Europea e OMS. L'Italia con la legge n. 75 del 18 marzo 2008, ad esempio, ha ratificato la Convenzione Quadro OMS per il controllo del tabacco (FCTC), rafforzando l'impegno per la prevenzione del tabagismo, che è ancora oggi nel paese il primo fattore di rischio delle malattie croniche non trasmissibili, anche al fine di raggiungere l'obiettivo della riduzione del 25% della mortalità precoce delle malattie non trasmissibili entro il 2025, previsto dal Global Action Plan OMS 2014-2020. Nel 2014 è stato approvato il Protocollo sul Traffico Illecito dei prodotti del tabacco, uno strumento fondamentale per contrastare il contrabbando e limitare l'offerta che l'Italia però non ha ancora firmato e ratificato.

La ratifica della FCTC nel 2008 ha rafforzato l'impegno dell'Italia per la prevenzione del tabagismo, che è ancora oggi il primo fattore di rischio di malattie croniche non trasmissibili, anche se permangono, aree di azione da implementare. La nostra legislazione, ad esempio, ammette ancora le sale per fumatori, le campagne mediatiche hanno durata troppo breve, copertura limitata e non sempre sono "evidence based".

Occorre un maggior impegno per la de-normalizzazione del fumo, sebbene sia incoraggiante che, ad esempio, il 78% dei fumatori non fuma in casa. È necessario investire maggiormente in una rete di ricercatori che producano evidenze, affrontando anche le emergenti problematiche dei nuovi prodotti del tabacco "heat not burn", nonché di esperti che si impegnino per l'advocacy delle politiche sul fumo.

L'adozione della FCTC ha rappresentato un evento di importanza storica per la lotta al tabagismo a livello mondiale e, a dieci anni dalla sua entrata in vigore, la Convenzione continua ad essere una guida per lo sviluppo di politiche e misure efficaci per il controllo del tabacco che impegnino i Governi nel loro complesso e non solo il settore sanitario.

La regione Europea dell'OMS ha, quindi, approvato lo scorso settembre una Roadmap per accelerare la attuazione della FCTC negli stati membri e per favorire il maggior contrasto possibile al tabagismo, anche al fine di raggiungere l'obiettivo previsto dal Global Action Plan 2014-2020.

Come previsto dalla roadmap, l'Italia ha consolidato negli ultimi anni la sorveglianza del fenomeno,

attraverso diversi sistemi di rilevazione e monitoraggio. In Italia, anche se in calo negli ultimi anni, nel 2014, la prevalenza dei fumatori di tabacco negli ultra 14enni è ancora del 19,5%, (uomini 24,5%, donne 14,8%). Secondo i dati dell'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) la percentuale dei 15enni che hanno fumato almeno una volta nella vita è il 42,1% tra i ragazzi e sfiora il 50% tra le ragazze che sperimentano il fumo più dei ragazzi; gli studenti 15enni che fumano tutti i giorni sono il 13,8% dei ragazzi e il 13,3% delle ragazze. Secondo i dati 2014 della Global Youth Tobacco Survey (GYTS), rivolta ai ragazzi di 13, 14 e 15 anni, il 50% degli intervistati è esposta al fumo passivo in casa. Il 38% degli studenti compra le sigarette nei bar o nei tabaccai ed il 63,9% dichiara di non aver avuto problemi all'acquisto nelle rivendite autorizzate nonostante la minore età.
Con la Legge 3/2003 (art. 51: "Tutela della salute dei non fumatori"), l'Italia, è stata il primo grande paese Europeo ad introdurre la regolamentazione del fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici e privati – compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità – che, a più di dieci anni dalla entrata in vigore, pur prevedendo la possibilità di attrezzare sale per fumatori, è forse la più conosciuta ed apprezzata dai cittadini italiani; infatti il 95% degli Italiani la ritiene utile e il 90% pensa che sia rispettata, come dimostrato anche attraverso gli oltre 36.800 controlli effettuati in questi ani dal Corpo dei Carabinieri per la Salute, presso diverse tipologie di locali che solo nel 2% dei casi ha evidenziato un mancato rispetto.
La necessità di migliorare la tutela della salute dei non fumatori, in particolare dei minori, ha portato all'introduzione nel 2012 (legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 del decreto legge 13 settembre 2012) del divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni, innalzando il precedente limite di 16 anni (previsto dall'art. 25 del Regio decreto 1934) e nel 2013 (legge di conversione 8 novembre 2013, n. 128 del Decreto Legge 12 settembre 2013 n.104) all'estensione del divieto di fumo alle aree all'aperto delle scuole.
Secondo l'approccio intersettoriale proprio di "Guadagnare salute", il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 impostato sull'attenzione al principio dell'equità, impegna tutte le Regioni italiane, tra l'altro, a ridurre la prevalenza dei fumatori del 10% entro il 2018 (contribuendo alla riduzione del 30% della prevalenza entro il 2025 prevista dall'OMS) attraverso l'attivazione di interventi di promozione della salute con un approccio trasversale ai determinanti, per ciclo di vita (life course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario).
Un ulteriore progresso, coerente con il percorso delineato dalla roadmap sarà ottenuto grazie alla adozione della nuova Direttiva dell'Unione Europea 40/2014/UE che regola la produzione, presentazione e vendita dei tabacchi e dei prodotti affini nell'Unione europea.
Se tutto andrà per il meglio, l'Italia potrebbe essere tra i primi paesi ad adottarla entro fine 2015, con sei mesi di anticipo sulla scadenza.
Le principali novità inserite nel provvedimento approvato dal Consiglio dei Ministri riguardano la tutela dei minori con l'introduzione del divieto di fumo in auto in presenza di minori e donne in gravidanza e del divieto di fumo nelle pertinenze esterne dei reparti ospedalieri di neonatologia, ostetricia e pediatria. Inoltre sono state rafforzate le sanzioni ai rivenditori che vendono tabacco ai minori e confermato il divieto di vendita delle sigarette elettroniche con nicotina ai minori.
La parte di maggiore impatto riguarda l'introduzione delle immagini "shock" (le avvertenze combinate") e del numero verde per smettere di fumare su tutti i pacchetti, l'eliminazione dei pacchetti da 10 sigarette e delle confezioni sotto i 30 grammi del tabacco trinciato. Il divieto di usare aromi e ingredienti che rendono il prodotto più attrattivo, il divieto delle vendite transfrontaliere e l'introduzione di un sistema di tracciabilità dei prodotti per tutti i passaggi che vanno dal primo produttore fino al rivenditore finale.
Ad oggi però il lavoro non è ancora concluso; il decreto deve ricevere il parere positivo dalla Conferenza Stato-Regioni e dalle Commissioni parlamentari competenti e, come accennato prima sarà importante il vostro sostegno.
C'è bisogno di insistere affinché le norme inserite non vengano modificate per indebolirle e, se possibile, agire per migliorarle.
In conclusione, occorre un maggio impegno per la de-normalizzazione del fumo e la promozione degli interventi ritenuti dalle evidenze scientifiche più efficaci (come l'aumento dei prezzi e l'attuazione continuativa di campagne informative), continuando a investire nella ricerca produrre lavori scientifici che consolidino le evidenze sul fumo, migliorando l'azione di advocacy per le politiche sul fumo.
In conclusione, per rafforzare l'azione e consolidare i risultati nell'attuazione della FCTC c'è bisogno, di una maggiore consapevolezza di tutte le Istituzioni dei danni del fumo e di un'azione più incisiva e coordinata da parte dei portatori di interesse (a partire dai Ministeri dello Sviluppo Economico, dell'Economia, dell'Agricoltura, degli Esteri) e di tutti gli attori coinvolti".

Daniela Galeone
Ministero della Salute, Roma

L'utilizzo degli "SMS" come supporto nel secondo anno di astinenza. Uno studio di verifica dell'efficacia

Davide Jugovac[1], Giulia Generoso[2], Alessandro Vegliach[3]
[1]Coop 2001 Ag.Soc., CI Tabagismo AAS n. 1; [2]Ass. AsTrA, CI Tabagismo AAS n. 1; [3]CI Tabagismo AAS n. 1

Introduzione

L'astinenza del tabagista è caratterizzata da possibili momenti di vulnerabilità e pertanto necessita di presidi prolungati. A tal fine, il Centro Interdipartimentale Tabagismo (CIT) di Trieste prevede un programma sistematico di follow-up a 1-3-6-12 mesi dalla fine del trattamento, volto a supportare il primo anno di astinenza. Il presente studio è stato svolto per verificare l'efficacia di un presidio che gravi in maniera contenuta sulle risorse del CIT, effettuato tramite *Short Message Service* (SMS), anche nel secondo anno di astinenza.

Materiali e metodi

48 pazienti che hanno ultimato con successo il trattamento e sono risultati astinenti al termine del programma di follow-up (astinenza a 12 mesi confermata dalla lettura del CO nell'espirato) hanno accettato una seconda rilevazione a 24 mesi. I pazienti sono stati inseriti casualmente in 2 gruppi di 24 soggetti ciascuno: il primo gruppo ha ricevuto nel corso dell'anno 6 SMS a cadenza bimestrale con messaggi di rinforzo all'astinenza dal fumo; il secondo gruppo non è stato in alcun modo contattato se non per la verifica finale a 24 mesi, telefonicamente e *de visu* con lettura CO.

Risultati

Nel gruppo sperimentale, 21 soggetti sono risultati essere astinenti (tutti i CO < 2 ppm); 2 sono ricaduti (a 14 e 16 mesi) ma la ricezione degli SMS ha fatto sì che contattassero il CIT per una nuova presa in carico utile a riprendere, a tutt'oggi, l'astinenza; un unico paziente, contattato telefonicamente a 24 mesi, si è dichiarato non astinente e non intenzionato a riprendere il trattamento. Nel gruppo di controllo, 19 dei 24 soggetti sono risultati essere astinenti. Dei restanti 5 che contattati telefonicamente hanno comunicato la loro ricaduta, nessuno ha accettato di riprendere il trattamento (p= 0,093; test esatto di Fisher).

Conclusioni

Lo studio sottolinea l'importanza di mantenere l'attenzione sul paziente tabagista anche nel medio/lungo termine. Un'operazione di minima come quella descritta, a fronte di un costo e di un impegno ridotti, può portare ad un ulteriore consolidamento dell'astinenza anche a distanza di anni. Alla luce dei risultati inoltre, di particolare rilevanza appare la possibilità di offrire al paziente, tramite il canale SMS, maggiori possibilità di contatto con il CIT utili alla ripresa dell'astinenza nel caso di ricaduta.

Percorso ospedaliero e territoriale del paziente cardiopatico tabagista

Hinojosa Ana Karina, Beltrame Daria, Siragusa Michela, Abatello Mara
Struttura Complessa di Cardiologia Trieste

Introduzione

È dimostrato che i pazienti che continuano a fumare dopo un evento ischemico cardiaco aumentano il rischio di recidive del 50% e che coloro che invece smettono di fumare con il tempo non presentano più un rischio aumentato. Un operatore sanitario su 2 chiede informazioni sull'abitudine al fumo ed al 62% di quelli interpellati viene consigliato di smettere. Inoltre, il 99% dei fumatori smettono da soli, ma solo il 2% permane nel tempo e dell'1% che lo fa con aiuto smette definitivamente il 40%. Questi dati ci hanno convinto ad iniziare un intervento mirato sui pazienti cardiopatici fumatori.

Materiali e metodi

Il progetto è iniziato nel 2010 ed ha coinvolto la struttura cardiologica ospedaliera, di Riabilitazione, il centro cardio-vascolare e d il CIT territoriale in modo pluridisciplinare (infermieri, medici cardiologi, fisioterapisti, psicologi).

Tappe:

- Formazione del personale da parte del CIT e fase di addestramento.
- Rilevazione a tutti i pazienti dell'abitudine al fumo.
- Minimal advice, distribuzione opuscoli e compilazione dei test di Fagestrom e Richmond e dell'anamnesi a tutti i fumatori consenzienti.
- Invio del materiale e del paziente alle strutture di 2° livello per il trattamento, scelte in base alla residenza ed al follow up cardiologico: a Trieste, Riabilitazione cardiologica-CCV-CIT, fuori Provincia Medico curante con consiglio di invio ad un centro della zona. Trascrizione in cardionet.

Risultati

I corsi accreditati si sono svolti con alta partecipazione. A tutti i pazienti è stata rilevata l'abitudine al fumo. Al 90% dei fumatori è stato somministrato il questionario e l'80% è stato inviato ad un centro di 2° livello o al medico curante. Dalla statistica ad un anno dalla dimissione è risultata una media di astinenti del 60% (elevata rispetto agli standard nazionali).

Altri risultati:

- Impatto sulla qualità con valore aggiunto nell'assistenza al paziente e follow up.
- Il nostro risulta essere uno dei pochi centri in cui si è costruita una rete di supporto ai tabagisti che coinvolge diverse strutture e professionalità e che perdura nel tempo.
- Evidenza dei dati perché facilmente rilevabili in tutte le tappe.
- Gratificazione del personale e sensibile calo dei fumatori anche tra di essi (20%).

Conclusioni

La risposta ai corsi in termini di partecipazione attiva è stata ottima e si è rivelata una buona strategia di divulgazione. La risposta dei pazienti nella quasi totalità dei casi è stata di compliance, le strutture di 2° livello sono state recettive dei pazienti loro inviati e le percentuali di astinenti ad un anno sono del 60%. Il percorso oramai consolidato continua e così anche la rilevazione periodica dei risultati. Ciò dimostra che il trattamento iniziato precocemente può migliorare nettamente i tassi di cessazione e che smettere di fumare è una misura di prevenzione secondaria molto efficace. Da migliorare la ricettività da parte dei medici curanti fuori provincia che non sempre hanno supportato i loro assistiti.

Fumo di sigaretta e lesioni preinvasive del colon nella popolazione triestina: studio caso-controllo

Fabiola Giudici[1], Fabrizio Zanconati[1,2,3], Furlan Federica[1], Maurizio Pinamonti[1,4], Bruna Scaggiante[3,5]

[1]Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste; [2]UCO di Anatomia ed Istologia Patologica Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste; [3]Lega Italiana contro i Tumori (LILT) sez. Provinciale di Trieste; [4]Scuola Specializzazione di Anatomia Patologica Sede Aggregata di Trieste; [5]Dipartimento di Scienze della Vita, Università degli Studi di Trieste

Introduzione

Il tabagismo è correlato al cancro del polmone, del cavo orale, della laringe, dell'esofago e dello stomaco, mentre per quanto riguarda lo sviluppo di lesioni colorettali, gli studi mostrano risultati spesso inconsistenti (Cross A.J. et al., 2014). Una metanalisi su 42 studi (Botteri et al., 2008) ha dimostrato che fumare è fortemente associato allo sviluppo di adenomi avanzati (precursori del carcinoma colorettale). Alla luce di queste premesse, lo studio ha analizzato l'influenza del fumo di sigaretta nell'insorgenza di adenomi "avanzati" nella popolazione triestina.

Materiali e metodi

Nel periodo gennaio-maggio 2015 sono stati somministrati 400 questionari sugli stili di vita a soggetti sottoposti ad una colonscopia. I criteri di inclusione sono stati: uomini e donne, residenza nella provincia di Trieste, età compresa tra 50 e 74 anni (fascia screening), no pregressa storia di carcinoma colorettale. I 78 pazienti (49 uomini e 29 donne) a cui sono stati diagnosticati degli "adenomi avanzati" (definiti secondo le indicazioni del Giscor 2007) hanno costituito i casi dello studio. Questi sono stati confrontati con un gruppo di controllo (156 soggetti: 98 uomini e 58 donne) negativo alla colonscopia o con diagnosi istologica di polipi di tipo non avanzato, appaiato per età e sesso. Nel questionario le domande sul consumo di sigarette hanno permesso di confrontare l'effetto della dipendenza tra casi e controlli con regressione logistica multivariata.

Risultati

Tutti i fumatori attuali al momento dell'intervista che hanno dichiarato di fumare da almeno 10 anni erano il 33% nei casi e il 18% dei controlli ($p = 0,01$). Dall'analisi multivariata che tiene conto dell'effetto confondente di BMI e del livello di istruzione, si è rilevato che i fumatori attuali sono a maggior rischio di sviluppare "adenomi avanzati" rispetto ai soggetti che non hanno mai fumato (OR = 2,25 CI [1,05-4,89], $p = 0,03$). Inoltre è emerso che i fumatori attuali hanno un rischio maggiore di sviluppare "adenomi avanzati" anche rispetto agli ex fumatori da almeno 10 anni (OR = 2,59 CI [1,18-5,74], $p = 0,01$). Interessante il risultato dell'analisi multivariata con fattori protettivi quali il consumo abituale di frutta e verdura e l'attività fisica: l'abitudine al fumo non risulta più correlata statisticamente agli adenomi avanzati.

Conclusioni

Questo primo studio caso-controllo ha permesso di analizzare l'effetto del fumo di sigaretta sulla formazione di lesioni precursori dei carcinomi del colon-retto (CRC) in una popolazione omogenea di fascia screening. Lo studio suggerisce una correlazione tra abitudine al fumo e insorgenza di adenomi avanzati; considerando che gli ade-

nomi sono i precursori per quasi tutti i CRC sarà importante un ampliamento della casistica. L'obiettivo futuro sarà pertanto anche quello di reclutare individui in fascia screening con diagnosi di carcinoma del colon retto. L'estensione dello studio permetterà di trarre conclusioni definitive sulla relazione tra l'abitudine al al fumo e l'incidenza di adenomi avanzati e CRC ed il ruolo dei fattori protettivi.

Per... corsi *au fil de l'eau*

M.C. Staccioli[1], B. Rossi[2], R. Fischetti[3]
[1]Medico Centro Dipendenze Alcol-Fumo dell'U.O. Dipendenze Patologiche area vasta romagna; [2]Educatrice Centro Dipendenze Alcol-Fumo; [3]Libero professionista

Introduzione

Il Centro Dipendenze Alcol e Fumo dell'U.O. Dipendenze Patologiche area vasta Romagna/Rimini, in conformità con gli obbiettivi del Piano Regionale Emilia Romagna, in collaborazione con il Talassoterapico Rimini Terme, propone l'attivazione di un progetto integrato di ricerca-intervento a favore di pazienti tabagisti affetti da rilevanti patologie organiche (in prevalenza neoplasie), finalizzato alla disassuefazione da fumo e alla promozione di stili di vita salutari, attraverso l'attività fisica integrata (percorso acqua all'interno delle piscine del Talasso terapico Rimini Terme) al gruppo di trattamento per la dipendenza.

Materiali e metodi

Si propone di effettuare due incontri al mese per il gruppo per la disassuefazione da fumo a cadenza settimanali e della durata di 1 ora e 45 minuti attivati a favore di pazienti con dipendenza da nicotina e affetti da patologie organiche rilevanti, presso lo stabilimento di Rimini Terme, offrendo la possibilità ai pazienti del gruppo di fruire dei percorsi acqua (attività fisica in piscine attrezzate) proposti dalla struttura stessa.
A seguire della sessione di allenamento fisico in acqua, seguirà il momento della condivisione dell'esperienza in gruppo, secondo le medesime modalità utilizzate nella conduzione delle sessione ordinarie del GDF (conduzione secondo la tecnica operativa di gruppo).

Risultati

Al termine del progetto di trattamento ci si propone di finalizzare i risultati dell'esperienza ad una pubblicazione scientifica che argomenti complessivamente l'impatto delle tre variabili: l'incremento dell'attività fisica e la promozione dei comportamenti salutari, gli attuali trattamenti integrati per la disassuefazione da fumo e il trattamento delle patologie fumo-correlate.

Conclusioni

Per promuovere stili di vita salutari in pazienti tabagisti occorre:

- Attribuire significato all'esperienza del cambiamento, non solo su un piano comportamentale e/o cognitivo, ma piuttosto emotivo ed esperienziale, in cui l'abbandonare il fumo sia unito al cercare e trovare differenti e gratificanti esperienze, inserite in un più ampio cambiamento del proprio stile di vita.
- Utilizzare il gruppo quale setting privilegiato per l'intervento al fine di favorire in tempi brevi l'approfondimento delle personali motivazioni, la ricerca di un personale significato al cambiamento, dopo un'esperienza condivisa di percorso in piscina.

Approccio, uso e percezione del rischio espressi dai futuri "Assistente sociale" (FAS) nei confronti del fumo di tabacco

G.B Modonutti
Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

Gli operatori sociali sono quotidianamente impegnati nella prevenzione e promozione della salute e il loro background culturale ed il vissuto, ad es. nei confronti dei rischi del vivere quotidiano, sono in grado di condizionare la credibilità e l'efficacia dei loro interventi.

Scopo del lavoro

Alla luce di queste considerazioni è stata condotta una ricerca con il proposito di acquisire informazione riguardanti i rapporti con il fumo di tabacco degli studenti del Cdl in Scienze del Servizio Sociale (FAS) dell'Università degli Studi di Trieste.

Materiali e metodi

Nel periodo 2007-2013 è stata proposta a 462 FAS (M: 6,5%; F: 93,5%) – fra i 18-42 aa (M: 19-42 aa; F: 18-41 aa), età media stimata 21,4 aa (M: 22,2 aa; F: 21,3 aa; $p < 0,019$) – la compilazione di una scheda questionario appositamente preparata per censire le

modalità di approccio, d'uso e la sensibilità nei confronti dei rischi tabacco correlati.

Risultati

L'analisi dei risultati rivela che la sperimentazione tabagica è già avvenuta per l'87,7% dei FAS (M: 96,7%; F: 87,0%) fra 1-22 aa (M: 1-18 aa; F: 1-22 aa), mediamente a 14,2 aa (M: 14,0 aa; F: 14,2 aa), esperienza realizzata dall'81,6% degli studenti prima dei 18 anni (M: 86,7%; F: 81,3%). Ricordano di aver provato a fumare in età prescolare lo 0,4% dei FAS (M: 3,3%; F: 0,2%), lo ha fatto nel corso della Scuola Primaria il 3,7% (M: 3,3%; F: 3,7%), il 43,1% durante agli studi alla Scuola Secondaria di 1° grado (M: 43,3%; F: 43,1%) e il 38,5% alla Scuola Secondaria di 2° grado (M: 46,7%; F: 38,0%), un altro 0,6% a > 19 aa. Si definiscono fumatori il 46,5% dei FAS (M: 43,3%; F: 46,8%), il consumo tabagico medio è pari a 5,0 sig/die (M: 6,8 sig/die; F: 4,9 sig/die), il 9,7%, in quanto consuma < 1,0 sig/die, è un "fumatore occasionale" (Foc = > M: 6,7%; F: 10,0%) ed il 36,8% dei compagni che fumano > 1,0 sig/die sono dei "fumatori abituali" (Fab = > M: 36,7%; F: 36,8%). Quale che sia la popolazione considerata i Fab sono significativamente più numerosi dei Foc (Foc vs Fab: M: $p < 0,005$; F: $p < 0,0005$: Pop.tot: $p < 0,0005$). Ancora, a fronte del 24,0% dei FAS che fuma mediamente < 5,0 sig/die (M: 20,0%; F: 24,3%), il 14,1% consuma 5,0 - < 10,0 sig/die (M: 13,3%; F: 14,1%), un altro 5,6% fra 10,0 - < 15,0 sig/die (M: 3,3%; F: 5,8%), quando l'1,3% fuma 15,0 - < 20,0 sig/die (M: 0%; F: 1,4%) e l'1,5% > 20,0 sig/die (M: 6,7%; F: 1,2%; $p < 0,025$). A proposito della percezione del rischio tabagico è opinione condivisa dal 37,9% dei FAS che fumare nuoce alla salute (M: 36,7%; F: 38,0%), il 40,5% dei colleghi ritiene invece che si possa fare un qualche uso del fumo di tabacco senza che la salute ne risenta (M: 40,0%; F: 40,5%) e il 21,6% non fornisce la propria opinione (M: 23,3%; F: 21,5%). Nell'insieme, rileviamo che il 36,4% dei FAS ritiene innocui consumi tabagici < 5.0 sig/die (M: 30,0%; F: 36,8%), per il 3,5% non è nocivo fumare 5,0 - < 10,0 sig/die (M: 10,0%; F: 3,0%; $p < 0,005$) mentre lo 0,6% afferma che non nuoce alla salute un consumo di 10 - < 20,0 sig/die (M: 0,0%; F: 07%).

Incrociando i dati relativi ai consumi tabagici dei singoli con le opinioni espresse dagli stessi a proposito di "quanto si può fumare senza che la salute ne risenta" emerge che il 65,6% dei FAS fumatori ha un atteggiamento "incoerente" – Inc: consumi tabagici > dei consumi nocivi per la salute – (M: 46,2%; F: 66,8%). La percentuale degli "incoerenti" rilevati fra i Fab appartenenti alla popolazione totale ed a quella femminile (Pop.tot: 71,8%; F: 73,6%) prevale nettamente (Pop.tot: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$) su quella presente nella corrispondente popolazione dei Foc (Pop.tot: 42,2%; F: 41,9%). Per contro, nella popolazione maschile gli "incoerenti" rilevati fra i Foc risultano di gran lunga più numerosi di quelli censiti fra i Fab (Inc = > Foc vs Fab: $p < 0,08$).

Conclusioni

L'evidenza che la sperimentazione tabagica ha interessato la maggior parte degli studenti coinvolti in giovane età, l'attuale diffuso utilizzo del fumo di tabacco e l'uso abituale della sostanza, l'entità dei consumi tabagici rilevati, la prevalenza di comportamenti contraddittori e a rischio delineano il profilo tabagico dei FAS e sottolineano i limiti del loro background culturale e comportamentale che non si addice allo spirito critico ed alla responsabilità che sono proprie di chi sarà coinvolto istituzionalmente nella prevenzione e promozione della salute.

Approccio, uso e percezione del rischio espressi dai futuri "Medico" (FME) nei confronti del fumo di tabacco

G.B. Modonutti, F. Costantinides
Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

Il personale sanitario medico e non medico è in prima linea nella prevenzione e nel contrasto ai fattori di rischio evitabili per la salute – una emergenza con costi umani, economici e sociali diventati insostenibili –, la cui efficacia risente della formazione di base, dallo stile di vita e dalla attenzione ad es. nei confronti del fumo di tabacco.

Scopo del lavoro

Quanto detto è all'origine della ricerca intesa a definire l'iniziazione, i modelli di comportamento e la sensibilità nei confronti del fumo di tabacco degli studenti del Cdl in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trieste.

Materiali a metodi

Alla fine del 5° anno del Cdl in Medicina e Chirurgia, negli anni 2007/2011, è stata proposta a 226 studenti (M: 37,6%; F: 62,4%) – età fra 22-27 aa (M: 22-30 aa; F: 22-37 aa), età media 24,2 aa (M: 24,2 aa; F: 24,2 aa) – la compilazione di una scheda questionario in grado di definire l'anagrafe, le modalità di approccio, il vissuto e dei futuri medici nei confronti del fumo di tabacco.

Risultati

Annovera già una prima esperienza con il fumo di tabacco il 76,1% dei FME (M: 77,6%; F: 75,2%) che ammettono sia avvenuta fra 4-27 aa (M: 7-27%; F: 4-23%), in media a 14,9 aa (M: 14,7 aa; F: 15,1 aa), per il 65,5% dei FME prima della maggiore età (M: 69,4%; F: 63,1%). L'iniziazione tabagica viene datata dallo 0,6% dei FEM sperimentatori prima dei 6 aa (M: 0,0%; F: 0,9%), esperienza che il 2,9% ha vissuto fra i 6-10 aa (M: 4,5%; F: 1,9%), un altro 44,8% che ricorda di averla fatta fra gli 11-14 aa (M: 47,0%; F: 43,4%; $p < 0,05$), a fronte del 46,5% dei compagni che la riconduce all'età di 15-19 aa (M: 45,5%; F: 47,2%) e del 5,2% che la colloca in età > 19 aa (M: 3,0 aa; F: 6,6 aa).
La prevalenza dei fumatori è pari al 26,5% (M: 29,4%; F: 24,8%), i consumi tabagici medi ammontano a 5,6 sig/die, (M: 6,0 sig/die; F: 5,3 sig/die), i fumatori occasionali – Foc: < 1,0 sig/die – sono il 9,7% dei FME (M: 12,9%; F: 7,8%), i fumatori abituali – Fab: > 1,0 sig/die – il 16,8% (M: 16,5%; F: 17,0%) e nella popolazione totale ($p < 0,05$) così come in quella femminile ($p < 0,025$) i Fab prevalgono significativamente sui Foc. La distribuzione percentuale, specifica per genere, dei FME in funzione delle classi di consumo tabagico mette in luce che il 14,2% fuma in media < 5,0 sig/die (M: 15,3%; F: 13,5%), il 5,8% ne consuma 5,0 - < 10,0 sig/die (M: 4,7%; F: 6,4%), un altro 4,0% fra 10,0 - < 15,0 sig/die (M: 4,7%; F: 3,5%), ancorché lo 0,9% dichiara consumi di 15.0 - < 20 sig/die (M: 2,4%; F: 0,0%; $p < 0,07$) e l'1,8% dei FME fuma > 20,0 sig/die (M: 2,4%; F: 1,4%).
Sono consapevoli che fumare rappresenta un rischio per la salute il 38,9% dei FEM (M: 31,8%; F: 43,3%; $p < 0,10$), pensano si possa fare un qualche uso del fumo di tabacco senza nuocere alla salute (FNR) il 34,1% dei compagni (M: 45,9%; F: 27,0%; $p < 0,005$) ed il 16,8% non rende disponibile il proprio pensiero (M: 22,4%; F: 13,5%; $p < 0,10$).
Ancora, vengono ritenuti innocui dal 27,9% dei FME consumi tabagici medi < 5,0 sig/die (M: 35,3%; F: 23,4%; $p < 0,06$), più permissivi si rivelano (M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; Pop.tot: $p < 0,0005$) il 6,2% dei compagni che non ritengono insalubre un consumo di 5,0 - < 10,0 sig/die (M: 10,6 sig/die; F: sig/die; $p < 0,05$).
Dalle dichiarazioni dei singoli emerge che il 66,7% dei fumatori, in quanto ammettono consumi tabagici più elevati di quelli che loro stessi indicano come nocivi, hanno un comportamento "incoerente" (Inc = > M: 64,0%; F: 68,6%) che rileviamo essere significativamente (M: $p < 0,001$; F: $p < 0,05$; Pop. tot: $p < 0,005$) più diffuso fra i Fab (M: 85,7%; F: 79,2%; Pop.tot: 81,6%) che fra i Foc (M: 36,4%; F: 45,5%; Pop.tot: 40,9%).

Conclusioni

Una prima esperienza con il fumo di tabacco realizzata prevalente nel corso della scuola dell'obbligo, la marcata presenza di fumatori, in particolar modo dei fumatori abituali su quelli occasionali, e di esposti a rischio per il proprio comportamento tabagico quotidiano, le contraddizioni/discrepanze emerse fra "il dire e il fare" delineano quelli che sono i rapporti dei FME con il fumo di tabacco che mal si addicono alla figura dei FME sui quali si fa riferimento per una azione precoce, continua, scientificamente documentata ed efficace nella prevenzione dei rischi psico-medico-sociali tabacco correlati e nella promozione della salute.

Approccio, uso e percezione del rischio espressi dai futuri "Psicologo" (FPS) nei confronti del fumo di tabacco

G.B. Modonutti
Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

La figura dello psicologo è coinvolta nella prevenzione e promozione della salute e gli atteggiamenti, i comportamenti, le conoscenze e la percezione del rischio acquisiti possono giocare un ruolo importante sul efficacia dei suoi interventi ad es. nei confronti dei problemi psico-medico-sociali tabacco correlati.

Scopo del lavoro

L'obiettivo della ricerca consiste nel delineare il background culturale e comportamentale dei futuri psicologi (FPS) nei confronti del fumo di tabacco.

Materiali e metodi

A 383 studenti (M: 22,2%; F: 77,8%) – età 19-60 (M: 19-60 aa; F: 19-60 aa), età media 22,3 aa (M: 22,1; F: 22,3%) – della Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Trieste è stato proposto, negli anni 2007-2013, la compilazione di una scheda questionario anonima, autosomministrata, semi strutturata in grado di raccogliere informazioni sui rapporti, pregressi ed attuali, con il fumo e la consapevolezza dei rischi psico-medico-sociali ad esso correlati.

Risultati

Una prima esperienza con il fumo di tabacco viene dichiarata dal 77,8% dei FPS (M: 76,5%; F: 78,2%) che la riconducono all'età 1-25 aa (M: 7-18 aa; F: 1-25 aa), mediamente a 14,4 aa (M: 13,8 aa; F: 14,5 aa; p < 0,05), evento vissuto dal 73,1% prima del compimento dei 18 anni (M: 75,3%; F: 72,5%) Prima di andare a scuola lo 0,5% dei FPS ha provato a fumare una sigaretta (M: 0%; F: 0,7%), il 4,4% lo ha fatto mentre studiava alla Scuola Primaria (M: 11,8%; F: 2,3%; p < 0,0005). Ancora, l'iniziazione tabagica ha coinvolto il 33,4% dei colleghi quando frequentavano la Scuola Secondaria di 1° grado (M: 27,1%; F: 35,2%), interessato il 35,5% durante gli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado (M: 36,5%; F: 35,2%) ed il 2,1% dopo i 19 aa (M: 0,0%; F: 2,7%).

Al momento, dicono di fumare il 41,8% dei FPS (M: 49,%; F: 39,6%) che dichiarano consumi medi pari a 5,6 sig/die (M: 7,5 sig/die; F: 5,0 sig/die). A ben guardare il 29,5% dei FPS sono "fumatori abituali" (Fab: > 1,0 sig/die = > M: 36,5%; F: 27,5%) che prevalgono decisamente (Fab vs Foc = > M: p < 0,0005; F: p < 0,0005; Pop.tot: p < 0,0005) sul 12,3% dei fumatori occasionali (Foc: < 1,0 sig/die = > M: 12,9%; F: 12,1%). Di seguito, rileviamo che il 21,9% dei FPS dichiara di fumare in media < 5,0 sig/die (M: 24,7%; F: 21,1%), per contro il 9,9% ammette consumi quotidiani di 5,0-10,0 sig/die (M: 12,9%; F: 9,1%), mentre allo stesso tempo ammontano al 6,0% quelli che fumano 10,0 - < 15,0 sig/die (M: 5,9%; F: 6,0%), a fronte del 3,1% dei compagni che cita consumi di 15,0 - < 20,0 sig/die (M: 4,7%; F: 2,7%) e dello 0,8% che fuma > 20,0 sig/die (M: 1,2%; F: 0,7%).

Sono dell'idea che si possa fare un qualche uso del fumo di tabacco senza nuocere alla salute il 46,7% dei FPS (M: 45,9%; F: 47,0%), il 41,0% dei colleghi ritiene che fumare rappresenti un rischio per la salute (M: 42,4%; F: 40,6%), mentre il 12,3% non esprime una specifica opinione (M: 11,8%; F: 12,4%). Un analisi più dettagliata mette in luce che il 42,0% dei FPS ritiene che un consumo inferiore a 5,0 sig/die non metta a rischio la salute dei fumatori (M: 40,0%; F: 42,6%), più permissivi e meno prudenti si mostrano il 3,7% dei compagni che pensa siano innocui consumi di 5,0 - < 10 sig/die (M: 3,5%; F: 3,7%), lo 0,8% che ritiene privi di rischio consumi di 10,0 - < 20,0 sig/die (M: 1,2%; F: 0,7%) ed ancor di più lo 0,3% che non ritiene insalubre fumare > 20,0 sig/die (M: 1,2%; F: 0,0%).

Infine, constatiamo che una considerevole percentuale dei FPS fumatori, il 75,0%, ammette consumi tabagici superiori a quelli da loro stessi ritenuti a rischio per la salute (M: 73,8%; F: 75,4%). Questa discrepanza è propria dell'87,6% dei Fab (M: 93,5%; F: 85,4%) e del 44,7% dei Foc (M: 18,2%; F: 52,8%). Le differenze fra le percentuali di FPS Foc e Fab incoerenti emerse nell'ambito della popolazione generale e di quella di entrambi i generi sono risultate statisticamente significative (M: p < 0,0005; F: p < 0,0005; Pop.tot: p < 0,0005).

Conclusioni

L'approccio al fumo ampiamente diffuso e realizzato in giovane età, una cospicua prevalenza di fumatori, buona parte dei quali fanno un uso abituale della sostanza e mettono a repentaglio la salute con i propri consumi tabagici, le contraddizioni fra i comportamenti agiti e la percezione del rischio, caratterizzano il profilo tabagico dei FPS che solleva più di qualche perplessità e induce a riflettere sulla loro formazione di base e sull'efficacia dell'eventuale coinvolgimento nella prevenzione e promozione di uno stile di vita libero dal tabacco.

Approccio, uso e percezione del rischio espressi dai futuri "Educatore" (FED) nei confronti del fumo di tabacco

G.B. Modonutti, L. Leon
Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Introduzione

Da più parti si fa affidamento sul coinvolgimento degli "educatori" nella riduzione dei comportamenti a rischio correlati all'uso di sostanze voluttuarie – ad es. bevande alcoliche, fumo di tabacco, nervini... – e nella promozione di comportamenti salubri facendo tuttavia poca attenzione alla loro preparazione curricolare ed allo stile di vita agito.

Scopo del lavoro

A questo proposito, lo studio intende definire il ruolo del fumo di tabacco nello stile di vita degli studenti del CdI Scienze dell'Educazione dell'Università di Trieste (FED) che alla fine del loro percorso di studi, in quanto educatori, avranno un ruolo nella prevenzione e promozione della salute.

Materiali e metodi

Pertanto, nel 2007/13 sono stati contattati 564 studenti (M: 5,0%; F: 95,0%) – di età compresa fra i 18-60 aa (M: 19-57 aa; F: 18-60), in media 22,1 aa (M: 23,3 aa; F: 22,1 aa; p < 0,019) – ai quali è stato chiesto di rispondere alle domande proposte da una scheda questionario sulle modalità di approccio, d'uso e la percezione del rischio associate al fumo di tabacco.

Risultati

Hanno già provato a fumare il 70,9% dei FED (M: 92,9%; F: 69,8%; p < 0,01), eventualità realizzatasi fra 1-21 anni (M: 9-19 aa; F: 1-21 aa), in media a 14,7 aa (M: 15,1 aa; F: 14,7 aa), per il 66,1% da minorenni (M: 82,1%; F: 65,3%). Nel dettaglio, la sperimentazione tabagica è avvenuta per l'0,2% degli studenti (M: 0,0%; F: 0,2%) in età prescolare, per l'1,2% durante la frequenza della Scuola Primaria (M: 3,6%; F: 1,1%), mentre frequentava la Scuola Secondaria di 1° grado lo ha fatto il 30,0% (M: 28,6%; F: 30,0%), un altro 37,9% durante gli studi alla Scuola Secondaria di 2° grado (M: 60,7%; F: 36,8%) e l'1,8 in età > 19 anni (M: 3,6%; F: 1,7%).

Al momento il 34,2% dei FED fuma (M: 60,7%; F: 32,8%; p < 0,005) e consuma in media 6,1 sig/die (M: 12,3 sig/die; F: 5,8 sig/die; p < 0,03), i fumatori occasionali (Foc: < 1,0 sig/die) costituiscono il 7,2% dei FED (M: 3,6%; F: 7,4%) e si rivelano decisamente meno numerosi (Foc vs Fab: M: p < 0,0005; F: p < 0,0005: Tot: p < 0,0005) dei fumatori abituali (Fab: > 1,0 sig/die) che accomunano il 26,9% dei loro compagni (M: 57,1%; F: 25,3%; p < 0,0005). In particolare, stimiamo che il 16,1% dei FED fuma mediamente < 5,0 sig/die (M: 10,7%; F: 16,4%), il 7,8% fra 5,0 - < 10,0 sig/die (M: 3,6%; F: 8,0%), quando il 6,1% consuma tra 10,0 - < 15,0 sig/die (M: 21,4%; F: 5,3%; p < 0,0005), un altro 1,4% fuma quotidianamente 15,0 - < 20,0 sig/die (M: 7,1%; F: 1,1%; p < 0,01) e il 2,7% > 20,0 sig/die (M: 17,9%; F: 1,9%; p < 0,0005).

Ammontano al 33,0% i FED che riconoscono nel fumo un rischio per la salute (Nf = > M: 35,7: %; F: 32,3%), mentre il 48,7% dei FED ammette che un qualche uso del fumo di tabacco sia innocuo (Fs = > M: 46,4%; F: 48,8%) ed il 18,4% non esprime un parere in proposito (M: 17,9%; F: 18,4%). A ben guardare, il 45,1% dei FED ritiene si possano fumare < 5,0 sig/die senza che la salute ne risenta (M: 39,3%; F: 45,4%), il 3,0% ritiene privo di rischio un consumo fra 5,0 - < 10,0 sig/die (M: 3,6%; F: 3,0%), un altro 0,4% reputa innocuo fumare da 10,0 a < 20,0 sig/die (M: 0,0%; F: 0,4%) e lo 0,2% degli studenti > 20,0 sig/die (M: 3,6%; F: 0,0%; p < 0,0005).

La maggioranza dei FED fumatori (76,2%) manifesta un comportamento "incoerente", vale a dire dichiara consumi tabagici superiori a quelli da loro stessi ritenuti a rischio per la salute (M: 82,4%; F: 75,6%). Nella popolazione totale fumatrice (Fab: 83,2%; Foc: 50,0%; p < 0,0005) così come in quella femminile (Fab: 83,5%; Foc: 48,7%; p < 0,0005) i Fab incoerenti prevalgono significativamente sui Foc incoerenti (Fsc), mentre nella popolazione maschile fumatrice sono i Foc incoerenti a prevalere sui Fab (Fab: 81,3%; Foc: 100%; p < 0,0005).

Conclusioni

La precoce e diffusa iniziazione al fumo di tabacco, l'elevata prevalenza dei fumatori, dei fumatori abituali, dei fumatori incoerenti, della popolazione esposta a rischio per il proprio comportamento tabagico e l'atteggiamento tollerante nei confronti della sostanza espresse dai FED mettono in luce quanto sia attualmente problematico un eventuale loro coinvolgimento nella prevenzione e promozione della salute e l'assoluta necessita di intervenire sulla programmazione didattica del Cdl se, in qualche modo, si intende migliorare la professionalità della figura dell'educatore.

Uso della citisina nella smoking cessation, primi risultati

B. Tinghino, M. Rovelli, A. Epifani
Sert Monza (MB)

Scopo

La citisina è un alcaloide naturale estratto da *Cytisus laburnum* usato da diversi anni nei paesi dell'Europa dell'Est per il trattamento della dipendenza da tabacco. Negli studi attualmente presenti in letteratura, essa ha dimostrato di avere efficacia paragonabile alla vareniclina, ma superiori al placebo e alla terapia sostitutiva nicotinica. I trial finora disponibili indicano una percentuale di successo dei trattamenti variabili tra l'8,4 e il 22% a 12 e a 6 mesi rispettivamente. Gli approcci diffusi nel mondo anglosassone, però, differiscono sostanzialmente rispetto agli standard trattamentali praticati da alcuni centri italiani, che si avvalgono di una equipe multidisciplinare, un intervento integrato e una assistenza strutturata e piuttosto protratta nel tempo (6-10 sessioni).

Il presente lavoro ha l'obiettivo di riferire i primi risultati di trattamento con citisina presso il Centro per il Trattamento del Tabagismo di Monza, che utilizza un approccio integrato.

Materiali e metodi

Non è stato effettuata alcuna randomizzazione dei pazienti in quanto si tratta di un report osservazionale effettuato su trattamenti di tipo individuale. La prescrizione di citisina era dettata dall'assenza di controindicazioni, come da letteratura disponibile. Sono stati esclusi pazienti psichiatrici, donne in gravidanza, adolescenti, persone con gravi patologie cardiache o ipertensione. I dati riferiti sono provvisori, in quanto alcuni pazienti sono ancora in trattamento.

Sotto la definizione "in riduzione progressiva" sono racchiusi quei pazienti che stanno smettendo di fumare riducendo il numero di sigarette secondo un approccio "step-by-step" praticata dal nostro centro. La citisina è stata prescritta sotto forma di galenico, in capsule da 1,5 mg. Lo schema posologico è riportato qui di seguito.

Risultati

In totale si riportano i dati di 12 pazienti, di cui 8 ancora in trattamento. 6 pazienti sono astinenti, 3 in fase di riduzione progressiva, 1 continua a fumare.

Si è verificato un caso di interruzione spontanea dell'uso del farmaco per eventi avversi: nausea, gastralgie, senso di pesantezza alla testa. I sintomi sono regrediti spontaneamente nell'arco di 18 ore dall'ultima assunzione, senza necessità di interventi medici.

Gli esiti sono stati confermati con la misurazione del CO espirato.

Conclusioni

La citisina ha mostrato, relativamente alle prime osservazioni effettuate, di essere un farmaco efficace e ben tollerato nel trattamento della dipendenza da tabacco.

Si ritiene importante, ai fini dell'incremento dei tassi di successo, l'adozione di un approccio integrato (medico e psicologico), per un numero di sessioni di almeno 6 incontri della durata di 20-30 minuti, oltre al colloquio di valutazione clinica iniziale.

Tabella 1

Giorno	N. cpr/die	Frequenza assunzione
1	2	1 cpr ogni 12 ore (ore 8; 20)
2	3	1 cpr ogni 6 ore (ore 8; 14; 20)
3	4	1 cpr ogni 4 ore (ore 8; 12; 16; 20)
4-7	5	1 cpr ogni 3 ore (ore 8; 11; 14; 17; 20)
8-14	6	1 cpr ogni 2 ore e mezza (ore 8; 10.30; 13; 15.30; 18; 20.30)
15-21	5	1 cpr ogni 3 ore (ore 8; 11; 14; 17; 20)
22-28	4	1 cpr ogni 4 ore (ore 8; 12; 16; 20)
29-35	3	1 cpr ogni 6 ore (ore 8; 14; 20)
36-40	2	1 cpr ogni 12 ore (ore 8; 20)

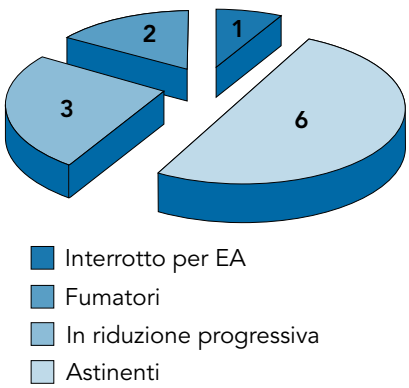


Figura 1

Il tabagismo nelle donne residenti nella provincia di Trieste: risultati relativi al periodo 2004-2014

Bruna Scaggiante[1,4], Fabiola Giudici[2], Stefania De Martino[2], Cristina Bottin[2], Fabrizio Zanconati[1,2,3]

[1]Lega Italiana contro i Tumori (LILT) sez. Provinciale di Trieste; [2]Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste; [3]UCO di Anatomia ed Istologia Patologica Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, [4]Dipartimento di Scienze della Vita, Università degli Studi di Trieste

Introduzione

Il fumo di tabacco è uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo. In Italia è la principale causa di mortalità dell'adulto (circa 83 mila morti l'anno, fonte Ministero della Salute). Negli ultimi quarant'anni si è registrato nella popolazione un aumento delle donne fumatrici. Il nostro studio si propone di descrivere le abitudini al fumo in un campione di donne residenti nella provincia di Trieste confrontato con i dati nazionali dello stesso periodo anche alla luce dell'aumento del carcinoma del polmone nel sesso femminile riportato in letteratura.

Materiali e metodi

Nel periodo 2004-2014 sono state raccolte 9271 schede relative agli stili di vita delle donne residenti a Trieste e provincia che si sottopongono a controlli per la patologia mammaria (donne aderenti allo screening o spontanee). Nella scheda è prevista una sezione dedicata all'abitudine al fumo di tabacco: fumatrice attuale, ex-fumatrice, non fumatrice, consumo di sigarette al giorno, anni di esposizione al fumo. Inoltre a partire dal

2014 la scheda è stata integrata con l'informazione sull'età di inizio dell'abitudine al fumo. Sono state escluse dall'analisi le donne per le quali l'informazione sul fumo non era nota (3%) e le donne non fumatrici che dichiaravano il fumo passivo (1,8%) per l'impossibilità di quantificare l'esposizione al fumo. Il campione definitivo su cui è stata fatta l'analisi è stato di 8805 donne.

Risultati

Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo della popolazione femminile triestina (8805 donne) pari all'8% delle donne residenti tra il 2004 e il 2014 nella provincia, con una maggiore rappresentanza nella fascia 40-74 (14% delle residenti). Il 24% del nostro campione sono fumatrici attuali, dato superiore alla media nazionale femminile 2004-2014 pari al 19% (Indagine DOXA 2015). Il 13% sono forti fumatrici (oltre 20 sigarette/die) percentuale nettamente superiore a quella nazionale media registrata nello sullo stesso periodo pari al 3% (fonte I.STAT). Il 66,4% delle donne ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni e le fumatrici precoci (< 15 anni) sono pari al 13,3% (media nazionale Indagine DOXA 2015 rispettivamente 72,4% e 6,7%). La % di donne nullipare tra le fumatrici attuali, ex fumatrici e non fumatrici è risultata rispettivamente del 28%, 21% e 22% ($p < 0,001$). Tra le fumatrici attuali c'è una maggior % di donne in sottopeso rispetto alle ex fumatrici o non fumatrici (6,4% vs 2,7% e 3,4%, $p < 0,001$).

Conclusioni

Questo è uno dei pochi studi condotti a livello nazionale su un campione così ampio di donne residenti in una provincia riguardante il tabagismo. La rappresentatività del campione rispetto alla popolazione femminile media residente dal 2004 al 2014, con particolare riferimento alla fascia d'età 40-74 anni, conferisce un valore aggiunto allo studio. I dati mostrano percentuali di tabagismo nelle donne della provincia di Trieste che superano in modo significativo quelli della media nazionale. Il tabagismo è risultato condizionare lo stile di vita della donna in quanto tra le donne fumatrici, la percentuale di quelle in sottopeso e delle nullipare risulta significativamente maggiore.
Inoltre l'avere avuto figli può essere un motivo per interrompere il loro rapporto con il fumo.

Terapia antifumo in fumatori con BPCO trattati in un Centro per la Terapia del Tabagismo. Dati preliminari

Vincenzo Zagà[1], Charilaos Lygidakis[2], Annarita Giaffreda[1], Edda Burzacca[1], Giuseppina Ottavi[1], Vincenza Mariano[1]
[1]Centro per la Prevenzione e Terapia del Tabagismo, U.O. Pneumotisiologia Territoriale, AUSL di Bologna;
[2]Medico di Medicina Generale

Introduzione

Il ns Centro per la Terapia del Tabagismo, presente nell'U.O. di Pneumotisiologia Territoriale dell'AUSL di Bologna, è operante dal 1999 ed ha trattato in questi anni più di 3000 fumatori. Tutti i ns fumatori sono seguiti con percorso individuale per almeno 1 anno con counseling psico-comportamentale e motivazionale e con l'utilizzo di supporti farmacologici (NRT, Bupropione e Vareniclina). Ogni incontro è controllato col marker biologico del CO in espirium. In questa comunicazione vengono presi in esame i primi 989 fumatori inseriti in modo casuale nel data base con uno speciale focus di esito di risultato per i fumatori con BPCO.

Materiali e metodi

Il campione di partenza è costituito dai primi 989 pazienti inseriti in maniera casuale nel ns database che ripulito dai drop-out che hanno abbandonato subito dopo il primo incontro si è ridotto a 735 fumatori su cui sono state fatte le elaborazioni statistiche (Chi-square tests).

Risultati

Dei 735 pazienti esaminati il 42,5% ha smesso di fumare per 12 mesi. Di questi fumatori quelli che hanno assunto 1 o più sostituti nicotinici (NRT) hanno avuto una astensione dal fumo a 12 mesi del 39,4%.
I trattati con Vareniclina (Vare) hanno presentato una astensione del 53,6% (a 6 mesi) e del 40,2% (a 12 mesi). I trattati con Bupropione (Bupro) hanno avuto un'astensione del 58,75% (a 6 mesi) e del 43,8% (a 12 mesi). In quasi tutti i pazienti che assumevano Vare o Bupro è stato spesso associato Nicorette Inhaler.
Nel campione totale in esame i fumatori con BPCO erano 36 unità con un'astensione a 12 mesi del 61,1%. Più in particolare i BPCO trattati con Vare a 12 mesi hanno raggiunto un'astensione del 22,2%, quelli con solo NRT il 63% mentre i trattati con Bupro hanno avuto un'astensione del 74,1% (20/27) con una differenza statisticamente significativa rispetto ai BPCO trattati con Vare con una OR: 0,1 (0,017-0,6) ovvero con una efficacia 10 volte maggiore vs il trattamento con Vare.

Conclusioni

Il campione di fumatori preso in esame, pur non essendo stato pulito dei pazienti con doppie diagnosi (turbe psichiatriche, cannabis, cocaina, alcol, etc.) ha presentato ad un anno un più che soddisfacente tasso di astensione a 12 mesi (42,5%) senza differenze significative fra i trattati con VARE (40,2%), Bupropione (43,8%) ed NRT (39,4%). Significativa invece è risultata la differenza fra i fumatori con BPCO trattati per 12 mesi con Vareniclina (22,2%) e con Bupropione (74,1%), risultando per quest'ultimo un'efficacia 10 volte maggiore vs Vareniclina. Si tratta comunque di dati preliminari, data la bassa numerosità dei pazienti con BPCO trattati, pertanto questi dati vanno verificati su campione più numeroso.

Curare il cardiopatico tabagista: il Centro per la Cura del Tabagismo come hub di rete dei servizi cardiologici ospedalieri e territoriali

Giulia Generoso[1], Davide Jugovac[2], Alessandro Vegliach[3]
[1]Ass. AsTrA, CI Tabagismo AAS n.1; [2]Coop 2001 Ag.Soc., CI Tabagismo AAS n.1; [3]CI Tabagismo AAS n.1

Introduzione

Trieste ha una grande tradizione nella cura delle cardiopatie con due strutture complesse ospedaliere (Cardiologia, sezione Degenze e Riabilitazione) e Cardiochirurgia oltre ad un Centro Cardiovascolare territoriale. Il Centro Interdipartimentale per il Tabagismo (CIT) ha iniziato una collaborazione con tutte queste Strutture per avviare un percorso di motivazione e/o supporto alle cure del cardiopatico tabagista. Il progetto ha previsto che il CIT svolgesse un ruolo di regia in tutte le sue fasi.

Materiali e metodi

Il progetto, attivo dal 2010 a tutt'oggi, ha previsto 6 fasi:

- Formazione accreditata sul tabagismo svolta dal CIT agli operatori sanitari ospedalieri e territoriali.
- Il CIT promuove l'acquisto di un quantitativo di farmaco per la cura del tabagismo da dispensare gratuitamente ai cardiopatici.
- Avvio nei reparti ospedalieri e nel centro cardiovascolare di *screening e minimal advice* antitabagico con materiale illustrativo fornito dal CIT.
- Apertura di un centro di primo livello nella sezione di Riabilitazione Cardiologica e di un ambulatorio del CIT presso il Centro Cardiovascolare territoriale.
- Supervisione del CIT al centro di primo livello ospedaliero.
- Stesura di protocollo d'intesa tra le strutture dopo periodo di ottimizzazione percorsi progettuali.

Risultati

Accreditati 9 corsi di formazione sul *minimal advice* antitabagico ospedaliero, 7 svolti (con la presenza di 316 partecipanti) 2 da svolgere nel c.a. Promosso, dal CIT, l'acquisto aziendale di una partita di farmaco indicato come prima scelta nella cura del tabagismo da dispensare gratuitamente ai cardiopatici in trattamento. Stampato e distribuito dal CIT materiale *taylored* a supporto del consiglio di opportunità. Segnalazione al CIT, da parte delle Strutture cardiologiche di 224 pazienti nell'arco temporale 2010-2014 tutti contattati dal CIT. 143 hanno accettato un trattamento con i seguenti esiti: 61 astinenti, 47 non astinenti, 35 drop-out. Va rilevato che dei 61 astinenti 22 sono giunti al CIT già svezzati dopo la sensibilizzazione di primo livello. Gli altri 39 sono stati svezzati e stabilizzati al CIT con cure farmacologiche e prestazionali interamente gratuite. La sigla del protocollo di intesa seguirà la definizione della riforma sanitaria regionale.

Conclusioni

L'ottima risposta in termini di gradimento e frequenza dei corsi di formazione pare risultare un buon strumento di promulgazione di una cultura antifumo negli ambienti sanitari. Il flusso di cardiopatici al CIT è costante, a conferma di *screening* sistematico nelle strutture cardiologiche.

Va ricordato il lavoro svolto dalla Cardiologia sugli accolti fuori provincia (170 persone) che vengono raccordati al loro CIT territoriale su indicazioni guida OSSFAD-ISS. Ai cardiopatici trattati va aggiunto un numero, non definibile, di accessi al CIT generati dall'indotto progettuale (discenti dei corsi, familiari e amici dei cardiopatici trattati e dei discenti stessi) che sono parte delle 1195 persone complessivamente trattate dal CIT tra il 2010 e 2014. La collaborazione con le strutture cardiologiche risulta quindi strutturale e strategica per la *mission* del CIT di Trieste.

Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) nel tabagista con patologie croniche ad alto impatto

G. Pistone[1], A. Fontana[2], G. Pretti[3], L.M. Cammarata[1]
[1]Dipartimento Patologia delle Dipendenze, ASL NO, Novara; [2]Direttore Sanitario ASL NO; [3]Direzione Medica P.O. Borgomanero ASL NO, Novara

Introduzione

L'ipertensione arteriosa (IA) ed il Tabagismo sono patologie classificate rispettivamente al 1° e 2° posto nel mondo per *Global Burden of Disease* e si prevede che la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenterà, nel 2020, la 3° causa di morte nel mondo.
Una delle principali cause di innesco ed aggravamento di IA e BPCO è proprio il fumo di tabacco. Nelle linee guida di trattamento di queste due importanti patologie, la raccomandazione di "smoking cessation" è trasversale a tutti i livelli di malattia.

Materiali e metodi

L'ASL NO di Novara ha attivato un Gruppo di Lavoro multidisciplinare, integrato con Operatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara e della Fondazione Maugeri di Veruno, per definire due PDTA.
I pazienti eleggibili sono:

- Tabagisti con BPCO subacuti o non stadiati oppure soggetti pervenuti all'osservazione del MMG con aggravamento della semeiotica respiratoria.
- Tabagisti ipertesi moderati/gravi che da almeno 2 anni sono persi al follow-up con necessità di rivalutazione completa o coloro che presentano un sospetto danno d'organo da IA alla visita ambulatoriale.

L'interazione tra i vari Operatori avviene attraverso un portale dedicato ove segnalare i pazienti reclutabili. Il protocollo seguito presso il Centro di Trattamento del Tabagismo (CTT) prevede una valutazione clinico-funzionale e psicologica ed un percorso terapeutico integrato con follow-up ad un anno dalla fine del trattamento.

Risultati

L'ASL NO ha formalizzato nel Dicembre 2014 i due PDTA che sfruttano le potenzialità del Centro di Assistenza Primaria (CAP) di Arona per ridurre notevolmente le tempistiche di rivalutazione diagnostico-terapeutica dei fumatori con IA e BPCO. Tali Percorsi attuano un'azione di clinical governance interservizi ed isorisorse che prevede l'integrazione tra i MMG e gli Specialisti coinvolti e che consente il sistematico invio dei pazienti fumatori presso la sede del CTT del CAP ove effettuare un counselling farmacologico, un rinforzo della motivazione (ove necessario) e/o un programma diagnostico-terapeutico psico-farmacologico di disassuefazione dal tabagismo.
Ciò al fine di ottimizzare l'efficienza e l'efficacia di intervento su uno stile di vita che influenza significativamente l'insorgenza ed il mantenimento delle due patologie trattate.

Conclusioni

I PDTA sono strumenti della "Sanità di iniziativa", che rappresenta un modello assistenziale di gestione coordinata ed integrata delle patologie croniche che non attende il cittadino nei luoghi di cura ma gli va incontro prima che le patologie insorgano o si aggravino, puntando anche sulla prevenzione e sul cambiamento degli stili di vita.
La *mission* in Sanità è quella di promuovere salute anche attraverso stili di vita sani (non solo diagnostica strumentale e terapia farmacologica), l'interazione tra specialisti, il raggiungimento della miglior efficacia ed efficienza possibili nel trattamento erogato al cittadino.
Attraverso l'azione proposta, l'atteso è quindi una più corretta e sistematica gestione dei tabagisti affetti da IA e BPCO, finalizzata all'adozione di uno stile di vita sano a supporto del trattamento farmacologico di fondo.

Misurazione del monossido di carbonio: lo stetoscopio della smoking cessation

Vincenzo Zagà

L'osservazione e la misurazione, ovvero l'oggettivazione del dato, rappresentano sempre i primi passi in qualsiasi ambito scientifico. Lo stetoscopio, inventato in Francia nel 1816 da René Laennec, poi perfezionato nel 1960 da David Littmann, della *Harvard Medical School*, che mise a punto un modello più leggero con un'acustica migliorata, è lo strumento che ha permesso alla medicina di fare passi da gigante in fase diagnostica e di follow-up dei risultati. Lo stetoscopio pertanto è diventato, e lo sarà per tanti anni ancora, uno strumento indispensabile in medicina, nonostante i tentativi della micro-miniaturizzazione combinata all'informatica e alla tecnologia digitale di sostituirlo con dispositivi a ultrasuoni sempre più piccoli e potenti, pronti a diventare lo stetoscopio del ventunesimo secolo [1].
Anche la tabaccologia, come scienza per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate, ha da tempo riconosciuto l'importanza delle valutazioni indipendenti e oggettivabili dello status di fumatore. Lo strumento più utilizzato per fare questo è la valutazione del monossido di carbonio (CO) in espirium attraverso un analizzatore [2].
L'analizzatore di CO, in modo semplice e non invasivo, misura in parti per milione (ppm) la quantità di CO presente nell'espirium ed è un marker non specifico del tabagismo ed indiretto della quantità di carbossiemoglobina presente nel sangue (HbCO %) [3,4].
È un gas, incolore, inodore e insapore, prodotto durante la combustione di tutte le materie organiche (prodotti petroliferi, legna, plastiche, etc.) ed è anche una delle oltre 4.000 sostanze prodotte con la combustione del tabacco.
Il fumo di tabacco rappresenta una delle principali fonti di esposizione

Measuring exhaled carbon monoxide: the stethoscope of smoking cessation

Vincenzo Zagà

The observation and measurement, that is, data objectification, always represents the first steps to take in a scientific field. The stethoscope, invented in France in 1816 by René Laennec, and refined in 1960 by David Littmann, of *Harvard Medical School*, who developed a lighter model with better acoustics, is the instrument that permitted huge progress to medicine and important strides in diagnosis and in follow-up of the results. The stethoscope had become, and it will still be for many years to come, an indispensable tool in Medicine, in the spite of attempts from micro-minaturing combined to informatics e digital technology to replace it with ultra-scan devices getting smaller and more powerful, ready to become the twenty-first century's stethoscope [1]. In Tobaccology, as the science that studies tobacco, tobacco consumption and smoking correlated pathologies, had long recognised the importance of independent and objective evaluation of the patient's smoking status. The instrument most frequently used for this is the evaluation of exhaled carbon monoxide (CO) by means of an analyzer [2]. The CO-analyzer, in a simple and non invasive manner, measures in parts per million (ppm) the amount of CO in the exhaled breath and is a non-specific marker of regular cigarette consumption and indirectly indicates the blood level of carboxyhemoglobin (HbCO%) [3,4].
Carbon Monoxide is a gas, odorless, colourless and tasteless, produced by any kind of organic material combustion (petrol products, wood, plastics, etc.) and is one of the more than 4,000 chemicals produced by tobacco combustion. Tobacco smoke is one of the main

al CO per l'uomo, sicuramente la principale fra quelle facilmente prevenibili, ed è presente in tutte e tre le correnti del fumo di tabacco (principale, secondaria e terziaria). Il CO è un gas molto diffusibile, non viene trattenuto dal filtro di sigaretta, e si diffonde rapidamente dal sangue ai tessuti; attraverso la membrana alveolo-capillare, guadagna il circolo ematico dove si lega in maniera tenace agli eritrociti, con un'affinità, rispetto all'ossigeno, di circa 250 volte per l'emoglobina, formando appunto la carbossiemoglobina (HbCO%) [5].
La tossicità del CO inalato è legata alla sua forte affinità per l'emoglobina. Le conseguenze cliniche dipendono dall'entità delle intossicazioni che possono essere acute o croniche. Alte concentrazioni di HbCO sono fatali, mentre concentrazioni basse e persistenti, come si verificano nel fumatore, che lo posizionano così in una condizione di intossicazione cronica con conseguente ipossiemia cronica, sono note per causare emoconcentrazione compensativa, cioè eritrocitosi col rischio di ispessimento ematico, coagulazione e conseguente ridotta capacità di trasporto di ossigeno. Non viene trattenuto dal filtro placentare, per cui rappresenta un grave pericolo anche per il feto [6,7].
Il CO presente nel fumo di tabacco è particolarmente pericoloso per i bambini e per gli adulti, fumatori e non, con problemi respiratori o con storia di anemia o patologie cardiovascolari. Nei soggetti fumatori sani, in generale, sul breve-medio periodo, il CO può contribuire a ridurre la capacità lavorativa e negli atleti la performance sportiva [8], mentre basse ma protratte esposizioni di CO sul lungo termine possono contribuire, assieme ad altre sostanze presenti nel fumo di tabacco, all'insorgenza di ipertrofia miocardia [9,10].
La misurazione del CO espirato correla bene con la percentuale di HbCO [4]. Il test di misurazione del CO in *espirium* è veloce e non invasivo, ed è un valido strumento di monitoraggio del grado di intossicazione da fumo di tabacco.
Nella pratica clinica, il monitorag-

sources of exposition to CO for humans, surely the most important among the easily preventable expositions, and is present in all three forms of tobacco smoke (mainstream, second hand and third hand). CO is a very diffusible gas; it is not held by the cigarette filter, and it spreads quickly from the blood to the tissues; through the alveolar-capillary membrane, it gets to the bloodstream in which it firmly bonds with the eritrocytes, with an affinity, with respect to oxygen, 250 times greater for haemoglobin, forming carboxyhaemoglobin (HbCO%) [5]. Inhaled CO toxicity is due to its strong affinity for haemoglobin. The clinical consequences depend on the level of intoxication, which may be acute or chronic. High levels of HbCO are fatal, whereas lower and persistent concentrations, such as for smokers, give chronic intoxication with chronic hypoxemia, are known to cause compensatory haemoconcentration, such as erythrocytosis with a risk of thickening blood and lower blood transportation capacity. It is not held by the placenta, so it may represent a serious danger for the foetus [6,7]. CO contained in tobacco smoke is particularly dangerous for children and adults, smokers and non-smokers, with respiratory problems, or precedent anaemia or cardiovascular issues. In healthy subjects, in general, in a short-medium period, CO may contribute in impairing work capacity and, in athletes, sport performances [8], whereas lower but continuous exposition to CO may end up by contributing, together with other substances contained in tobacco smoke, to myocardial hypertrophy [9,10]. The measurement of exhaled CO correlates well with the HbCO percent [4]. The measurement of exhaled CO test is quick and not invasive, and is a good instrument to monitor the level of tobacco smoke intoxication. In clinical practice, CO monitoring rep-

gio del CO rappresenta per gli specialisti in *smoking cessation* uno strumento pratico ed accurato che fornisce misure precise, e utili ad identificare, valutare, trattare ed educare i soggetti dipendenti da fumo di tabacco.

La misurazione del CO espirato è utilizzata dai ricercatori e clinici tabaccologi da alcuni decenni essenzialmente con tre finalità:

- Per convalidare la dichiarata astinenza dal fumo di tabacco e per verificare l'esposizione al fumo passivo [3,4]. Il cutoff ottimale che permette di evitare i falsi-negativi è pari/inferiore a 4 ppm [11].
- In secondo luogo, la rilevazione del CO può e, a nostro avviso, dovrebbe essere utilizzato anche come strumento motivazionale in un *setting di smoking cessation*. È infatti uno strumento poco costoso e tangibile da parte del paziente, che ci fa capire in brevissimo tempo anche, con il rilievo della HbCO, il grado di ipossiemia cronica a cui il paziente è sottoposto. Confrontato prima e dopo astensione dal fumo fa capire al paziente come la differenza, nell'intossicazione cronica da CO, la faccia il fumo di tabacco rispetto allo smog/inquinamento ambientale e, paradossalmente, da quel momento, spesso, sarà il paziente stesso a richiedere la verifica del CO nei vari incontri.
- Per alcuni autori inoltre, la misurazione del CO espirato può essere un prezioso strumento clinico per valutare anche la gravità della dipendenza e probabilità di craving durante la fase di astensione [12]. Vi è qualche evidenza infatti che i livelli di CO siano correlabili con i livelli di nicotina nel plasma e con la gravità di dipendenza da tabacco [13].

I normali valori che troviamo nei non fumatori ed ex-fumatori differiscono notevolmente da quelli dei fumatori attivi [14]. Il livello del CO inalato e le concentrazioni di nicotina nel sangue sono fortemente condizionati dalla topografia del fumo (ad esempio numero di aspirate, profondità della inspirazione, tempo di apnea post-inspiratoria, volume delle aspirate, intervallo tra un aspirazione e l'altra, velocità di aspirazione, e così via). I fumatori,

resents for specialists in smoking cessation an easy to use and accurate instrument which provides precise measurements, and may be useful to identify, assess, treat and educate people with cigarette smoke addiction.

Exhaled CO is used by searchers and tobaccologist clinicians since a few decades essentially with three purposes:

- To validate a declared abstinence from tobacco smoke and verify second hand exposition to cigarette smoke [3,4]. The best cut-off point to avoid false negatives is equal or lower than 4 ppm [11].
- Secondly, the assessment of CO may and, on our opinion must, be used also as a motivational instrument in a smoking cessation setting. It is in fact a inexpensive instrument and visible to the patient, which helps us understand quite quickly, by means of HbCO evaluation, the patient's level of chronic hypoxemia. By comparing before and after smoking cessation, it makes patients understand, in a state of chronic CO intoxication, which is due to smoking and which is because of environment pollution and smog, and paradoxally, after that moment, often, it will be the patient him or herself that will demand CO assessment at each encounter.

- For some authors, moreover, CO measurements may be a precious clinical instrument to evaluate also the level of addiction and probability of craving during withdrawal [12]. There are some evidence that CO levels are correlated with plasma nicotine levels and severity of tobacco addiction [13].

Normal levels found in non-smokers and ex-smokers are very different from those of active smokers [14]. The level of inhaled CO and concentrations of nicotine in the blood are strongly conditioned by the smoker's topography (for instance, number of inhalations, deepness of inhalation, time of after inspiration apnoea, volume of inhalations, gap between an inhalation and another, aspiration speed and so forth). Smokers are capable of personalising their smoking behaviour to self-supply and self weigh nicotine quantity for them necessary. Studies show also that

infatti, sono in grado di personalizzare il loro comportamento fumatorio per rifornirsi e auto-titolarsi la quantità di nicotina a loro necessaria.
Gli studi dimostrano anche che la topografia del fumo cambia ulteriormente con i differenti tipi di sigarette fumate e che la fumata compensatoria interviene quando si fumano quelle sigarette etichettate, in maniera non corretta, come "mild", "light", "ultraleggere" etc. [15,16]; scritte peraltro già bandite in Unione Europea dal settembre 2003. Nella realtà poi, la fumata compensatoria con le sigarette "light" può portare a livelli effettivi di CO superiori. In questo caso la misurazioni del CO può essere un utile strumento educazionale per disilludere i fumatori sulla falsa credenza che queste sigarette siano una opzione più sicura e più sana per loro.
Anche eventuali variazioni genetiche possono svolgere un ruolo nella topografia del fumo. Strasser e collaboratori hanno recentemente dimostrato che i metabolizzatori lenti di nicotina hanno più bassi livelli di CO in maniera significativa. Questa implicazione è importante sia per la valutazione che per il trattamento del rischio fumo, così come per i metabolizzatori veloci, detti anche cercatori di picco, nel convertire le nitrosammine pro-carcinogeniche del tabacco in specifici agenti cancerogeni andando incontro a un maggior rischio di tumori [16].
Ancor prima della completa astenzione, i clinici possono essere in grado di valutare l'efficacia dei farmaci per il trattamento del tabagismo non solo dalla diminuzione delle sigarette al giorno ma forse anche dal cambiamento della topografia della fumata che si verifica mentre il fumatore è ancora attivamente fumatore pur utilizzando presidi farmacologici. Spesso, lo scalaggio delle sigarette fumate usualmente presente nei protocolli di farmacoterapia per la cessazione (NRT, Bupropione, Vareniclina) porterà a riduzioni delle sigarette fumate che sono misurabili attraverso il monitoraggio del CO.
Le nostre osservazioni cliniche e di letteratura sono che durante l'utilizzo di Vareniclina per smettere di fumare, nello scalaggio delle sigarette effettuato durante la prima parte della confezione start (cpr bianche da 0,5 mg) il CO si riduce progressivamente. Ciò può essere predittivo di un risultato di successo [18]. Anche piccoli decrementi del CO nei controlli settimanali sono predittori significativi di futura astensione rispetto a nessun cambiamento nelle misurazioni periodiche di CO.
In sintesi, con il crescere dello status professionale degli specialisti nel trattamento del tabagismo [19,20] il monitoraggio del CO dovrebbe diventare lo stetoscopio della

smoking topography may further change in reason of different kinds of cigarettes smoked and that compensatory smoking may take place when cigarettes, incorrectly labelled as "mild" "light" "extra light", - labels already banned in the European Union since Sept. 2003 -, are smoked [15,16]. In reality, compensatory smoking with "light" cigarettes may yield to higher effective levels of CO. In this case, CO measurements may be a useful educational instrument to disenchant smokers on the wrong belief that these cigarettes are a safer option and more healthy for them. Also eventual genetic variations may have a role in the smoking topography. Strasser and colleagues recently showed that slow nicotine metabolizers have significant lower levels of CO. This implication is important for treatment of smoking risks, and so is for fast metabolizers, known aœs peak searchers, in converting tobacco pro-carcinogenic nitrosamines in specific carcinogenic agents, entailing a higher risk of cancer [16]. Even before complete abstention, clinicians may be able to assess efficacy of treatment of tobacco smoking not only by the reduction of number of daily cigarettes smoked but maybe also by the change of the smoking topography which takes place when the patient is still an active smoker, even if he or she is under drug coverage. Often the scaling of the cigarettes smoked usually expected in smoking cessation pharmacological protocols (NRT, Bupropion, Varenicline, Cytisine) would entail a reduction of smoked cigarettes that is measurable by CO monitoring. Our clinical observations and those found in literature show how, during use of varenicline to stop smoking, while scaling cigarettes and taking the initial white tablets (0,5mg) CO lowers progressively. This may predict a successful result [18]. Even small reductions of CO during weekly controls are significant predictors of future abstinence, with respect to no variation of CO during periodical measuring.
In summary, with the enhancement of the professional status of smoking cessation specialists [19,20] CO monitoring should become the stethoscope of our profession of tobaccologists, only if it is not used uniquely as a control of the patient but rather as an instrument, with an educational value, to assess CO intoxication of the organism before and after the smoking cessation process [21]. In this way, it can only bring to an increase of motivation and a consequent better compliance to the therapy. CO monitoring offers to the smoking cessation treatment specialist an independent clinical instrument that offers precious proofs to identify, assess, educate and treat the smoking patient.

nostra professione di tabaccologi a patto che non venga somministrato solo come mero controllo del paziente ma come strumento, con valenza educazionale, per valutare l'intossicazione dell'organismo da CO prima durante e dopo il percorso di *smoking cessation* [21]. Tutto ciò non può non portare ad un aumento della motivazione e a una conseguente maggiore aderenza al percorso terapeutico.

Il monitoraggio del monossido di carbonio offre quindi allo specialista del trattamento del tabagismo uno strumento clinico indipendente che fornisce preziose prove per identificare, valutare, educare, e trattare il paziente tabagista.

[Tabaccologia 2015; 4:30-34]

Vincenzo Zagà
✉ caporedattore@tabaccologia.it
Pneumologo, Bologna
Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

Bibliografia

1. Solomon SD, Saldana F. Point-of-Care Ultrasound in Medical Education-Stop Listening and Look. N Engl J Med 2014;370:1083-1085.

2. Bittoun R. Carbon monoxide meter: The essential clinical tool- the 'stethoscope'- of smoking cessation. Journal of Smoking Cessation, 2008;3(2),69-70. DOI 10.1375/jsc.3.2.69.

3. SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. Nicotine and Tobacco Research, 2002;4(2):149-159.

4. Jarvis M, Russell MAH, & Saloojee A. Expired air carbon monoxide: A simple breath test of tobacco smoke intake. British Medical Journal, 1980;281:484-485.

5. Crofton J, Douglas A. Malattie dell'apparato respiratorio. McGraw-Hill Libri Italia, IV ed, Milano, 1991.

6. Zagà V, Enea D. Il fumo in gravidanza può avere anche effetto teratogeno. Prevenzione Respiratoria 2001;2:24-28.

7. Roquer JM, Figueras J, Bonet F, Jimenez R. Influence on fetal growth of exposur to tobacco smoke during pregnancy. Acta Paediatr 1995;84:118-121.

8. McDonough P, Moffatt RJ. Smoking-induced elevation in blood carboxyhaemoglobin levels. Effect on maximal oxygen uptake. Sports Med 1999;27(5):275-283.

9. Sorhaug S, Steinshamn S, Nilsen OG, Waldum HL. Chronic inhalation of carbon monoxide: Effects on the respiratory and cardiovascular system at doses corresponding to tobacco smoking. Toxicology 2006;228:280-290.

10. Garrett, R. J. B. Collagen and non-collagen protein synthesis in developing lung exposed to tobacco smoke. Environ Res, 1978;17:205-215.

11. Cropsey Kl, Trent LR, Clark CB et al. How low should you go? Determining the optimal ctoff for exaled carbon monoxide to confirm smoking abstinence when using cotinine as reference. Nicotine and Tobacco Research 2014;10:1348-1355.

12. West RJ, & Russell MAH (1985). Pre-abstinence smoke intake and smoking motivation as predictors of severity of cigarette withdrawal symptoms. Psychopharmacology, 87, 334-336.

13. Lee, E.M., Malson, J.L., Waters, A.J., Moolchan, T.E., & Pickworth, W.B. (2003), Smoking topography: Reliability and validity in dependent smokers. Nicotine and Tobacco Research, 5(5) 673-679.

14. SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. Nicotine and Tobacco Research, 2002;4(2):149-159.

15. Russell MA. Nicotine intake and its control over smoking. In S. Wonnacott, M.A.H. Russell, I.P., Stolerman, I.P. (Eds.), Nicotine psychopharmacology: Molecular, cellular, and behavioural aspects (pp. 375-418). Oxford: Oxford University Press 1990.

16. Benowitz NL, Zevin S, & Jacob P. 3rd. Suppression of nicotine intake during ad libitum cigarette smoking by high-dose transdermal nicotine. Journal of Pharmacology & Experimental Therapeutics, 1998;287(3):958-962.

17. Strasser AA, Malaiyandi, V, Hoffmann, E, Tyndale, R, & Lerman, C. An association of CYP2A6 genotype and smoking topography. Nicotine and Tobacco Research, 2007;9(4):511-518.

18. Bittoun, R., Harrison, D., Baker, J.J., & Boukarim, M.-L. (2008, October). Serial drop in expired carbon monoxide, not numbers of cigarettes per day, may be a predictor of future abstinence with Varenicline. Poster presentation at the SRNT, First Asian Regional Conference, Bangkok, Thailand.

19. Hughes J. Tobacco treatment specialists: A new profession. Journal of Smoking Cessation, 2007;2(Suppl.), 2-7.

20. Stevens SK, Burk MV. Formazione degli specialisti nel trattamento della dipendenza e del consumo di tabacco/ Training specialists to treat tobacco use and dependence. Tabaccologia 2010;1:5-7.

21. Zagà V, Mura M, Invernizzi G. Monossido di Carbonio e fumo di tabacco/Carbon Monoxide and tobacco smoke. Tabaccologia 2007;4:27-33.

Il fumo delle stelle del cinema... nuoce gravemente agli adolescenti

Edoardo Altomare, Domenico Galetta

Riassunto

Il fumo di tabacco, definito dall'OMS come la prima causa di morte facilmente evitabile, rappresenta in Italia come nel resto del mondo un problema di sanità pubblica anche in considerazione del fatto che la prima sigaretta viene fumata in sempre più tenera età (ben prima dei 14 anni). Appaiono evidenti responsabilità dei media (cinema, tv, internet) nel promuovere e sostenere l'abitudine tabagica nei più giovani. Esiste infatti una chiara e precisa associazione tra l'esposizione dei bambini e degli adolescenti alle scene di fumo contenute nei film e l'epoca di iniziazione al fumo. In questo lavoro vengono ribadite le ragioni dell'allarme legato all'alleanza tra compagnie produttrici di tabacco e industria cinematografica e vengono presentate alcune proposte allo scopo di stimolare negli adolescenti una visione più critica dei messaggi promozionali sul fumo contenuti in molte pellicole e ridurre di conseguenza l'impatto nocivo del fenomeno.

Parole chiave: Fumo di tabacco, film, adolescenti, industria del tabacco, malattie.

Abstract

Tobacco use remains the leading cause of preventable death in United States and Europe, and approximately 90% of individuals who die from smoking begin to smoke during adolescence. Evidence indicates that exposure to smoking depicted in movies (on-screen smoking) is a strong risk factor that causes adolescents to smoke, and that there is a "dose-response pattern": the more smoking youths see, the more likely they are to smoke. Smoking in movies is the most effective tobacco marketing strategy to get young people to take up smoking. We summarize the reasons of the concerns over the effects of on-screen smoking on adolescent smoking initiation, and indicate some possible ways to reduce the exposure of adolescents to visual stimuli that may persuade them to smoke.

Keywords: *Tobacco Smoke, movies, adolescent, tobacco lobby, diseases.*

Introduzione

"Smoking in movies increases adolescent smoking initiation": in inglese l'affermazione suona ancor più netta e risoluta della traduzione italiana, ossia i films che contengono scene di fumo inducono i ragazzi ad imboccare la strada che conduce al tabagismo. Con la conseguente aggiunta che più scene di fumo vedono sugli schermi, più è probabile che vengano presi dalla voglia di iniziare a fumare. È un fatto incontrovertibile, non un'opinione. Lo ha decretato nel 2012 un Report del **Surgeon General** (il Direttore generale federale della Sanità, che negli Usa si fa portavoce dei problemi relativi alla salute fornendo le più valide informazioni scientifiche per migliorarla e ridurre i rischi di malattie) [1] dedicato alla prevenzione del tabagismo tra i ragazzi e i giovani adulti, e lo hanno da pochissimo ribadito i prestigiosi **CDC** (Centers for Disease Control and Prevention) americani. Negli Stati Uniti la questione riguardante la stretta connessione dimostrata tra quantità di scene di fumo presenti nelle pellicole e iniziazione di bambini e adolescenti al fumo è sicuramente – e da sempre – assai più avvertita che in Italia in tutto il rilievo che essa riveste ai fini della salute pubblica.

Qualche cifra aiuterà a farsi un'idea più precisa al riguardo. Il Report del Surgeon General afferma che 6.4 milioni di ragazzini americani che attraversano oggi la difficile fase adolescenziale diventeranno fumatori e che all'incirca un paio di milioni di loro moriranno prematuramente a causa di malattie in qualche modo provocate o favorite dal fumo: il succitato Rapporto conclude affermando che la sola adozione di uno standard condiviso su una classificazione o *rating* **R** (restricted) delle pellicole contenenti scene di fumo consentirebbe di ottenere una riduzione del tabagismo nei ragazzi. In altre parole, si prevede che la semplice attribuzione di un rating **R** nei film dei prossimi anni nei quali si fuma potrebbe diminuire il numero di adolescenti fumatori del 18%, prevenendo un milione di morti da fumo tra i ragazzi che oggi si trovano nella fascia d'età adolescenziale.

Si possono inoltre ricordare le inequivocabili conclusioni di una monografia prodotta già nel 2008 dal **National Cancer Institute**: "La rappresentazione del fumo di sigarette nei film è dilagante, ritrovandosi in più di tre quarti delle pellicole di maggiore successo al botteghino. In circa un terzo di queste

appaiono anche le marche di sigarette. Il peso complessivo delle prove risultanti da studi trasversali, longitudinali e sperimentali indica con chiarezza la correlazione esistente tra esposizione a scene di fumo contenute nei film e iniziazione al fumo negli adolescenti" [2]. Le evidenze che confermano la consistenza di una tale correlazione erano del resto già considerate "strong and consistent" nel 2005 in un'ampia review firmata da **Stanton Glantz**, un'autorità in fatto di diffusione del tabagismo, che lavora all'Università della California [3].

Del resto, la stessa industria del tabacco ha da tempo riconosciuto l'importanza del fumo nei film per promuovere la vendita delle sigarette e sviluppato programmi per indurre gli attori a fumare [4]. I produttori di tabacco sanno perfettamente che il cinema rappresenta una delle più comuni ed apprezzate forme d'intrattenimento, tanto da essere considerato da molti come il più potente ed influente mezzo di comunicazione, capace di esercitare sul pubblico il maggior potere di condizionamento. Perciò, ogni volta che un attore o un'attrice di grido fumano in una pellicola di cassetta – assicura l'esperto australiano **Simon Chapman** – si stabilisce un'indelebile e potente associazione con l'atto di fumare. E siccome in tutto il mondo sono centinaia di milioni i ragazzi che vedono film ogni anno, nessuno può certo stupirsi se la lobby del tabacco ha da lungo tempo pubblicizzato e incentivato sia il fumo in genere che specifiche marche di sigarette, inducendo i produttori cinematografici a mostrare in modo ostentato il prodotto (ossia la sigaretta) tra le mani o tra le labbra degli attori più noti e familiari [5,6].

In tanti film degli ultimi anni gli schermi continuano ad essere inondati da nuvole di fumo, in quelli di cassetta così come nelle pellicole che faticano a trovare distributori (è ad esempio il caso del film di Margarethe von Trotta ***Hannah Arendt***, girato nel 2012 ma uscito nelle sale italiane solo nel 2014, in cui fuma sempre e dappertutto l'attrice Barbara Sukowa, come del resto faceva la vera Arendt). Si vede fumare senza sosta il soldato Brad Pitt in ***Fury*** (2014), lo fa l'inquieta Naomi Watts in una sequenza di ***Giovani si diventa*** (2014), fumano e parlano troppo di sigarette Carlo Verdone e Paola Cortellesi in ***Sotto una buona stella*** (pellicola del 2014 diretta dallo stesso Verdone), fuma Paul Dano nell'ultimo film di Paolo Sorrentino ***Youth – La giovinezza*** (2015). Fumano, e tanto, le protagoniste della pellicola ***La vita di Adele***, premiata con la Palma d'Oro al Festival di Cannes nel 2013; e lunghissima è la scia di fumo che attraversa ***Third Person***, pellicola di Paul Haggis (2013), con un cast stellare. Accende una sigaretta dopo l'altra Emily Blunt nel film ***Sicario*** di Denis Villeneuve (2015) e fuma Jeanne (l'attrice Lou de Laâge), la giovane co-protagonista de ***L'attesa*** (2015) di Piero Messina. E fuma – incredibile a dirsi – una donna in "dolce" attesa, l'attrice Micaela Ramazzotti nell'ultima pellicola firmata da Francesca Archibugi (***Il nome del figlio***, 2015). Ma si tratta solo di una manciata di titoli, un elenco completo di film con scene di fumo è pressoché impossibile ad allestirsi.

Sempre secondo le valutazioni condotte da Stanton Glantz, se si fa eccezione per I *cartoons* – che almeno fino al 2002 hanno sempre concesso maggior risalto al fumo di sigaro – le sigarette sono di gran lunga il tipo prevalente di uso di tabacco esibito e promosso nei film di maggiore successo al box office.

L'apparizione di una sigaretta o di altre modalità di fumo in un film viene definito dagli esperti in lingua anglosassone come *tobacco incident*, locuzione la cui traduzione in italiano non è così scontata. Lo stesso dicasi per *tobacco impression*, che indica una persona esposta alla visione di una di queste scene (*incident*). Ne deriva che il numero degli "incidenti" fornisce una misura della quantità di scene di fumo presenti in un film, mentre il numero delle "impressioni" indica la totalità delle esposizioni dell'audience, ossia degli spettatori, a tali scene. Ebbene, un'infografica recentemente pubblicata dai CDC segnala con chiarezza che nel 2014 negli Stati Uniti le pellicole classificate come adatte ai ragazzi (G, PG, PG-13) contenevano più fumo rispetto a quelle prodotte nell'anno precedente e che infatti il numero degli *incidents* per film è cresciuto del 38%. Appare sostanzialmente immutato, invece, il numero (enorme!) di *tobacco impressions* fornite da quelle pellicole, che ammonta a 10,8 miliardi. La percentuale di film classificati come PG-13 privi di scene di fumo (*tobacco-free*) è calata nello stesso anno al 54% (dal 60%) [7]. Per districarsi più agevolmente tra le sigle finora riportate, la Tabella 1 riepiloga il sistema di classificazione (*rating*) attualmente in vigore negli Usa ed introdotto dalla MPAA, Motion Picture Association of America.

Come già si è accennato, la diversa sensibilità che si riscontra negli Stati Uniti (ma anche in altri Paesi anche europei) e in Italia nei confronti della questione fumo nei film/iniziazione al fumo negli adolescenti è talmente pronunciata da risultare sorprendente. È questo uno dei motivi che hanno indotto gli Autori di questo articolo a pubblicare sull'argomento, nel febbraio 2014, un piccolo saggio intitolato *Cenere di stelle. Cinema, fumo e adolescenti* (edito da Carthusia, Milano) promosso da Agenzia Regionale Sanità Puglia e Women Against Lung Cancer in Europe. Nei limiti consentiti dalla diffusione che ha potuto raggiungere, il libro è servito a smuovere l'inerzia

Tabella 1 Sistema di classificazione dei film (rating) in vigore negli Usa.

Categoria	Descrizione
G	Ammessa la visione a tutte le età.
PG	È indicata la visione in compagnia di un genitore poiché gli argomenti trattati potrebbero non essere adatti ai bambini.
PG-13	Sotto i 13 anni la visione è consentita solo in compagnia di un genitore o un adulto perché gli argomenti trattati potrebbero non essere adatti.
R	Sotto i 17 anni la visione è consentita solo in compagnia di un genitore o un adulto.
NC-17	Visione vietata ai minori di 17 anni.

dell'opinione pubblica e dei politici e a sollevare un vivace dibattito su un tema di salute pubblica fino ad allora negletto, ma in realtà di grande importanza.
Si pensi solo alla grande quantità di studi e lavori pubblicati negli ultimi anni su prestigiose riviste scientifiche internazionali che mostra chiaramente il livello di attenzione sulla questione da parte di specialisti appartenenti a differenti discipline mediche. Nel marzo 2015 la Disney ha annunciato la decisione di mettere al bando il fumo in tutte le pellicole di prossima produzione (incluse Marvel, LucasFilm e Pixar) classificate come PG-13, quelle la cui visione è fortemente raccomandata in compagnia di un adulto. A questo proposito il portavoce della Disney, Bob Iger, consapevole che l'inserimento di scene di fumo nei film accessibili ai minori rappresenta un serio problema ("a serious issue"), ha precisato che il divieto non verrà applicato a quelle situazioni in cui il fumo è parte integrante del background storico-culturale di un personaggio realmente esistito: "Lo abbiamo considerato accettabile, ad esempio, nel caso del film su Abraham Lincoln, che come sappiamo era un fumatore. Ma il fumo verrà assolutamente proibito in tutti i nostri film i cui protagonisti siano personaggi di fantasia creati a bella posta" [8].

La California respira...

Fin dal 1904 opera negli Usa l'associazione *Breathe California*, impegnata a ridurre l'impatto delle malattie respiratorie attraverso attività di informazione, educazione, supporto attivo ai pazienti. Si chiama invece *Thumbs Up! Thumbs Down!* (TUTD) – che in italiano suona come "Pollice su/pollice giù", o anche approvato/non approvato – il progetto di ricerca tuttora in corso teso ad aumentare la consapevolezza nei confronti del problema delle scene di fumo nei film e a contrastarne il condizionamento che esercita sugli spettatori più giovani. Il progetto è rivolto a giovani volontari di età compresa tra 14 e 22 anni che risiedono nell'area di Sacramento e che, dopo un periodo di training specifico, vengono chiamati a verificare il contenuto in scene di fumo nei film di maggiore riscontro al botteghino. Le loro valutazioni vengono trasferite settimanalmente su *SceneSmoking.org* e utilizzate da ricercatori universitari e professionisti operanti nella salute pubblica in ogni parte del mondo con l'obiettivo di studiare l'influenza esercitata dal cinema sull'iniziazione al fumo negli adolescenti.
È evidente come tutto questo appaia lontano anni luce dall'atmosfera asfittica – basata sulla più totale mancanza d'informazione e di attenzione su questo tema – che, è proprio il caso di dirlo, si respira in Italia a proposito di questa forma di prevenzione delle malattie respiratorie.

E in Italia?

Un episodio rivelatore del clima nel nostro Paese è quello che risale ai primi di quest'anno, quando in una dichiarazione del 10 gennaio 2015 attribuita al ministro della Salute Beatrice Lorenzin (che, occorre riconoscerlo, ha il merito di aver emanato nell'estate del 2013 un ddl che dispone il divieto di fumare in tutti i luoghi pertinenti le scuole) si ipotizza l'adozione di un divieto alle scene di fumo nelle pellicole cinematografiche e nelle *fiction tv*, quindi sia sul grande che sul piccolo schermo, insieme con altre misure ritenute utili nella lotta al tabagismo. Pochi giorni dopo appare con grande risalto sul quotidiano "Repubblica" e poi ripreso da altri mezzi d'informazione nazionale una sorta di appello, che è in realtà un violento atto d'accusa, da parte di un drappello di registi ed intellettuali – da Salvatores a Sorrentino, da Muccino alla Archibugi e a Virzì passando per Martone e Luchetti – tutti in campo contro il ministro. Il loro comunicato si apre così:
Da qualche settimana circola un'idea che non sapremmo ancora se definire una proposta normativa, a quanto pare nata da un gruppo di oncologi insieme al Codacons, e ripresa dal ministro Lorenzin, che auspicherebbe di controllare, limitare o addirittura vietare l'uso del fumo delle sigarette dei personaggi dei film italiani.
Il citato "gruppo di oncologi" sono in realtà probabilmente solo due oncologi, ossia gli Autori di *Cenere di stelle* e di questo articolo. In ogni

caso il testo del comunicato include passaggi di una certa ruvidezza. Come quando si legge, sgranando gli occhi per lo stupore suscitato dal riferimento al sanguinoso attentato alla sede parigina del giornale satirico Charlie Hebdo, avvenuto solo qualche giorno prima, il 7 gennaio:
Peraltro questa ipotesi di norma, per fatale coincidenza, emerge proprio in giorni nei quali siamo tutti scioccati da orribili eventi che feriscono a morte la libertà d'espressione, vicende che ammutoliscono e che sembrano lontanissime da questa sciocchezza, ma che, a ben guardare, non sono poi così lontane.
Gli estensori del testo sostengono che il cinema, la letteratura, l'espressione artistica in generale non rispondono e non dovrebbero mai rispondere ad alcun indirizzo, "anche il più onorevole, il più giusto, il più sano, il più edificante". Chiedono allo Stato di non incaponirsi in modo tragicomico a contare la frequenza delle accensioni e delle aspirazioni di una sigaretta in un film. La rivolta dei big del cinema induce il ministro della Salute ad una brusca ed immediata retromarcia (una "frenata", titola *quotidianosanita.it* del 12 gennaio) affidata ad una dichiarazione che appare sui giornali già il 16 gennaio, in cui la Lorenzin parla una "polemica sul nulla", di "garbata" (!) lettera dei registi, e, pur "preoccupata per le immagini vincenti di minori che fumano, si drogano e bevono alcool", ammorbidisce la sua posizione al punto da affermare: "Ovviamente io non faccio lo sceneggiatore ma il ministro e posso solo lanciare degli inviti affinché si parli di prevenzione, ma poi uno può decidere liberamente, quando crea un'opera e ha un obiettivo, di usare o meno immagini positive, fermo restando che in Italia la pubblicità occulta è proibita" [9]. Sulla lettera dei registi, che la Lorenzin definisce "garbata", interviene il Codacons che la bolla invece come "immorale e ai limiti dell'indecenza", e si chiede se dietro l'appello non ci sia "la paura di perdere i soldi garantiti dalle multinazionali del tabacco attraverso il fenomeno del *product placement*" [10]. Un classico esempio di domanda retorica...
Come Autori di *Cenere di stelle*, abbiamo ritenuto di dover intervenire nel dibattito, scrivendo una controreplica all'appello dei registi. L'abbiamo inviata alle redazioni giornalistiche, prima tra tutte "Repubblica", che aveva lanciato con grande evidenza l'accorata lettera dei registi. Ma "Repubblica" ci ha ignorato, e l'unico quotidiano che ha pubblicato integralmente il nostro controappello è "La Gazzetta del Mezzogiorno" di Bari [11].

Il precedente

Uno dei firmatari dell'appello dei registi di metà gennaio 2015 è **Nicola Giuliano** (fondatore di Indigo Film), pluripremiato produttore de *La grande bellezza*, nonché della più recente opera di Paolo Sorrentino Youth-*La giovinezza*. Nell'ottobre 2014, dietro sollecitazione di un giornalista di una rivista medica on line, Giuliano era già intervenuto sulla questione del fumo nei film aperta da *Cenere di stelle* ironizzando sulla nostra "ridicola propensione pedagogica" e tirando fuori – a sproposito – il concetto di libero arbitrio. Ecco il passaggio preciso:
Il fumo fa male. Nessuno lo mette in dubbio. Neanche i fumatori, nemmeno se chi fuma ha 14 anni. Eppure, molti fumano, altri rubano sapendo che potrebbero essere arrestati, e altri ancora tradiscono rischiando il divorzio o le ire del coniuge. E non lo fanno certo perché lo hanno visto fare nei film. Si chiama invece libero arbitrio, un concetto non proprio recente, grazie al quale le persone sono al tempo stesso padrone delle loro vite e responsabili delle proprie azioni.
Sono davvero i ragazzini e gli adolescenti padroni delle loro vite e responsabili delle loro azioni e delle loro scelte? Da diversi anni i neuroscienziati lo negano categoricamente, e del resto l'esperienza comune delle persone di buon senso parla chiaramente a sfavore della tesi del produttore. Lo stesso Giuliano deve essersene accorto, perché subito dopo nel suo intervento corregge il tiro e promette:
Io, comunque, sono pronto a prendere un impegno solenne: in ogni mio film apparirà un cartello nei titoli di testa: "Alcuni dei personaggi di questo film fumano. Spettatori! Il fumo uccide, non fate come loro" [12].
Peccato che l'impegno sia stato subito disatteso, visto che scene di fumo si trovano anche in Youth – *La giovinezza*, la più recente pellicola girata da **Paolo Sorrentino** e prodotta appunto da Indigo Film. Nell'ultima fatica del regista de *La grande bellezza*, però, l'inizio della storia – ed anche della sceneggiatura, pubblicata in un libro edito da Rizzoli – vede l'anziano protagonista, il direttore d'orchestra e compositore ormai ritiratosi Fred Ballinger (un grande **Michael Caine)**, alle prese con un emissario di Buckingham Palace che vuol convincerlo a dirigere ancora una volta. Singolare e per certi versi sorprendente il breve scambio iniziale tra i due, suscitato dal tentativo dell'emissario della Regina d'Inghilterra di accendersi una sigaretta, in uno spiazzo erboso antistante l'albergo alpino di Davos nel quale Thomas Mann aveva ambientato *La montagna incantata*:
Ballinger: Non si può fumare qui
Emissario (sorpreso): Neanche all'aperto?
Ballinger: Neanche al chiuso.
Qualche minuto più tardi però la sigaretta appare ripetutamente nel film, affidata al personaggio (Jimmy Tree) interpretato come già detto dall'attore Paul Dano. E il film non è preceduto da alcun cartello recante l'avvertenza sulla nocività del fumo.
Allo stesso modo, nel film di Piero Messina ***L'attesa***, un'altra recentissima produzione Indigo Film/Medusa presentata al Festival di Venezia 2015, fuma a più riprese la giovane e avvenente attrice Lou de Laâge, nei panni di Jeanne, co-protagonista della storia insieme con Juliette Binoche.

Conclusioni

Scriveva **Simon Chapman** nel 2008: "Smoking in movies is a problem". L'esperto australiano faceva cenno alla solida consistenza delle evidenze che dimostrano il nesso tra la quantità impressionante di sce-

ne di fumo nei film e l'iniziazione al consumo di sigarette nei bambini e nei ragazzi.
Nel libro *Cenere di stelle*, pubblicato alla fine di febbraio 2014, avevamo accennato ad una serie di proposte avanzate con l'intento di affrontare realisticamente questo problema. Tanto per cominciare, non abbiamo mai proposto di bandire il fumo dai film. Abbiamo invece sostenuto l'opportunità di introdurre regole che limitino l'accesso di bambini e adolescenti alle pellicole che contengano non solo scene di violenza o di sesso, ma anche scene di fumo pretestuose e giustificate non certo da esigenze narrative ma solo ed evidentemente promozionali. Pensiamo che tutti quelli che amano il cinema detestino l'idea che i film vengano subdolamente utilizzati come mezzi di promozione di un prodotto nocivo come il tabacco. Abbiamo condiviso il parere favorevole sull'utilità di campagne di comunicazione sociale che incoraggino l'adozione di stili di vita smoke-free e l'abbandono del fumo. Riteniamo opportuno inoltre che possano essere realizzati spot anti-fumo che, allo stesso modo di quelli anti-pirateria già da tempo impiegati, precedano la visione di pellicole valutate – da opportune commissioni indipendenti – come troppo "indulgenti" nei confronti del fumo (l'ex ministro **Girolamo Sirchia**, padre della legge antifumo, suggerisce di applicare una striscia con la scritta "Il fumo nuoce gravemente alla salute" alle scene dei film nelle quali i personaggi fumano) [10].
Nel suo editoriale di sette anni fa (il cui titolo in italiano suona così: "Scene di fumo nei film: cosa si può fare?") Chapman passava in rassegna i tre principali approcci a cui finora si è pensato di far ricorso per ridurre l'esposizione dei minori alle scene di fumo nei film: il primo è di eliminarle tutte, il secondo è una messa al bando *de facto*, mediante "pixelatura" (sfocatura) delle scene in cui si fuma o in cui si vedono pacchetti di sigarette (è stato fatto in Thailandia); il terzo approccio, che è anche quello che riscuote maggiori consensi, è stato avanzato negli Usa dal già citato **Stanton Glantz** e consiste nel classificare come "R" (restricted) i film che mostrano scene di fumo, impedendone la visione ai minori di 17 anni che non siano accompagnati da un adulto [13].
Chapman ha le sue ragioni, secondo noi, nel sostenere che il bandire il fumo dai film potrebbe costituire un limite alla libertà d'espressione di sceneggiatori e registi. È vero, come si è appena scritto, che i film non dovrebbero veicolare messaggi pubblicitari delle sigarette, ma d'altra parte non si può nemmeno pensare, osserva l'esperto, che essi possano rappresentare mezzi di promozione della salute. E non si può essere categorici nell'affermare che *ogni* scena di fumo in un film abbia solo ed esclusivamente un obiettivo promozionale. Ma è innegabile che molti, moltissimi film perseguono proprio questo scopo, condividendo con le lobbies del tabacco pesanti complicità in un problema di salute pubblica di enormi dimensioni.
Le pressioni maggiori, secondo Chapman, andrebbero esercitate nei confronti dell'industria del cinema, a cominciare da produttori e registi, convincendoli ad essere più consapevoli e quindi più giudiziosi, accorti e riflessivi nell'uso di scene di fumo ingiustificate e non necessarie a conferire credibilità e verosimiglianza alle loro opere.

[Tabaccologia 2015; 4:35-39]

Edoardo Altomare
Medico Oncologo,
Responsabile Formazione ASL BARI

Domenico Galetta
Oncologia Medica,
Istituto Tumori Giovanni Paolo II, Bari
Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari
Tel./Fax 080 5555418

Corresponding author:
Domenico Galetta
✉ galetta@oncologico.bari.it

Bibliografia

1. http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/ accessed on july 13, 2015.

2. National Cancer Institute, *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*, Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, June 2008, NIH Publication No. 07-6242.

3. Charlesworth A, Glantz SA. Smoking in the Movies Increases Adolescent Smoking: A Review, Pediatrics, 2005;116:1516-1528.

4. Mekemson C, Glantz SA. How the tobacco industry built its relationship with Hollywood. Tob Control, 2002;11(suppl 1): 181-191.

5. Chapman S. What should be done about smoking in movies ? Tob Control, 2008;17:363-367.

6. Lum KL, Polansky JR, Jackler RK, et al. Signed, sealed and delivered: Big Tobacco in Hollywood, 1927-1951. Tob Control, 2008;17:313-323.

7. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/movies/longdesc/index.html#youth-rated.

8. Disney bans smoking in films: Telegraph, 15 mar 2015.

9. Lorenzin fa dietrofront sul fumo vietato nei film: La Gazzetta del Mezzogiorno, 16 gennaio 2015.

10. Rai News, 15 gennaio 2015.

11. http://edicola.lagazzettadelmezzogiorno.it/gazzettadelmezzogiorno/books/150118barl/#/19/.

12. Il produttore da Oscar (La Grande Bellezza) contesta la pedagogia in sala, About Pharma and Medical Devices, ottobre 2014.

13. SmokeFree Movies: http://smokefreemovies.ucsf.edu.

Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) come strumento di valutazione del rischio di ricaduta nella disassuefazione da fumo di tabacco

The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire: an useful tool to predict the risk of relapse after smoking cessation

Giuseppe Cuoghi, Chiara Resentera, Fabio Lugoboni

Riassunto

Il tabagismo appartiene, per la sua estensione, per la gravità dei danni che comporta alla salute, ai grandi problemi con i quali la società moderna è chiamata a confrontarsi. Solo nel 1988 la medicina ufficiale affermò che la nicotina creava dipendenza come le altre droghe. Le industrie del tabacco, che conoscevano da tempo le caratteristiche psicotrope della nicotina, continuarono ad affermare e a giurare in pubblico che essa non dava nessun tipo di dipendenza. In Italia circa il 40% dei fumatori attivi dice che vorrebbe smettere di fumare ma non ci riesce, proprio a causa della forte dipendenza causata dalla nicotina. Solo il 9% di coloro che hanno smesso di fumare riesce a rimanere astinente per 1 anno. Risulta chiaro che il tabagismo non è un vizio, non è un'abitudine, ma una vera e propria tossicodipendenza, una malattia cronica e recidivante, e come tale deve essere trattata. Occorre quindi analizzare e sostenere il paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, affrontare la ricostruzione del "processo" che ha portato alla ricaduta riconoscendone le varie tappe, gli stati d'animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate, individuando insieme al paziente le cause delle difficoltà e dei problemi aiutandolo a migliorare le modalità che usa per fronteggiarle e offrendogli nuovi strumenti di coping. Strumenti che possono riguardare sia il processo di ricaduta (prevedendo quindi tecniche di evitamento o fronteggiamento o training per lo sviluppo delle capacità assertive e dell'autoefficacia) che le situazioni emotive o interpersonali che il paziente non riesce a gestire (spesso originatesi all'interno della famiglia), o ancora situazioni di scarsa motivazione. Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) è un questionario di breve somministrazione e di facile scoring e può essere somministrato, al posto del Fagerstrom test (FTND), a chi ha intenzione di smettere di fumare e rappresenta un utile strumento in grado di prevedere, con buona approssimazione, la probabilità di ricaduta nei primi 6 mesi, ritenuti unanimemente i più cruciali, dopo la cessazione, permettendo ai terapeuti di modulare l'intensità delle cure e del follow-up.

Parole chiave: Fumo, disassuefazione, trattamento, ricaduta, tool.

Abstract

Cigarette smoking, because of its diffusion and severity of damage, is one of the main health concerns of modern societies. Only in 1988, official medicine admitted that nicotine could be addictive, just as other drugs. In Italy about 40% of smokers would like to quit smoking but fail to do so, because of the strong addiction caused by nicotine. Only 9% of those who quit are still smoke free after one year. It is clear that cigarette smoking is not a bad habit, rather a true dependence, a chronic, relapsing disease, and needs treatment for these reasons. We need to assess and support

the patient to avoid relapse and related negative feelings, face the reconstruction of the "process" that caused the relapse understanding the different steps, the moods and the levels of awareness that characterised it. We should investigate together with the patient upon the reasons of the difficulties and the problems and help him or her to foster the ways with by they could cope with them, by offering new coping instruments. Tools that may concern not only the relapse process (preparing avoiding, coping and assertive auto-efficacy training techniques) but also the emotional or interpersonal situations that the patient is not able to manage (often beginning in the families), and low motivational states. The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) is a brief administrated one, easily scored and may be administrated, instead of the Fagerstrom test (FTND), to those who wish to quit smoking and represents a useful tool to predict, with a good approximation, the probability of relapse in the first six months period, mostly considered as crucial after cessation, permitting therapists to tailor treatment intensity an follow-ups.
Keywords: *Smoking, cessation, treatment, relapse, tool.*

Introduzione

Il tabagismo appartiene, per la sua estensione, per la gravità dei danni che comporta alla salute, ai grandi problemi con i quali la società moderna è chiamata a confrontarsi. Solo nel 1988 la medicina ufficiale affermò che la nicotina creava dipendenza come le altre droghe. Le industrie del tabacco, che conoscevano da tempo le caratteristiche psicotrope della nicotina, continuarono ad affermare e a giurare in pubblico che essa non dava nessun tipo di dipendenza. Risulta chiaro che il tabagismo non è un vizio, non è un'abitudine, ma una vera e propria tossicodipendenza, una malattia cronica e recidivante, e come tale deve essere trattata [1,2]. Occorre quindi analizzare e sostenere il paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, affrontare la ricostruzione del "processo" che ha portato alla ricaduta riconoscendone le varie tappe, gli stati d'animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate.

Il processo di ricaduta

La definizione di ricaduta assume significati diversi a seconda del modello teorico di riferimento. Tornare a fumare assiduamente dopo un periodo di astinenza o di consumo moderato, è un fatto che accade molto di frequente nei tabagisti che fanno un percorso di disintossicazione. Gli approcci tradizionali al trattamento delle dipendenze spesso concettualizzavano la ricaduta come una sconfitta, un risultato negativo che equivale al fallimento del trattamento. Queste prospettive considerano l'esito del trattamento come dicotomico, bianco o nero, esso può solamente assumere la forma dell'astinenza completa o della recidiva. In questi modelli non vi è spazio per la prevenzione della ricaduta o, meglio, non viene analizzato il complesso processo della ricaduta nel suo esplicarsi [3]. Circa l'80% delle persone trattate per problemi di alcol tornano ad ubriacarsi almeno una volta. Una percentuale compresa tra il 60 ed il 90% di ex-fumatori si accende una sigaretta entro un anno da quando ha smesso. Nonostante ciò, molte persone riescono alla fine, a superare le loro dipendenze. Quando negli anni '60 Alan Marlatt, ex-direttore dell'Addictive Behaviors Research Center all'Università di Washington, iniziò a lavorare nel reparto di alcologia, più o meno il 70% dei pazienti con cui lavorava, continuava ad entrare ed uscire da programmi di disintossicazione. Egli iniziò a studiare come chi aveva smesso con successo riuscisse a mantenere l'astinenza, e si accorse che molti di loro avevano le ricadute, ma erano capaci di imparare dai loro errori, immaginandosi cosa fare la volta successiva per evitare di cadere nuovamente. Iniziò così a considerare la ricaduta come un processo in transizione, una serie di eventi che si svolgono nel tempo [4]. La ricaduta come una regola, piuttosto che come un eccezione, come un'opportunità piuttosto che come una catastrofe. La ricaduta che, se gestita nel modo giusto, può aprire le porte ad un successo durevole. "Un po' come quando si impara ad andare in bicicletta", sosteneva Marlatt, "quasi tutti cadono almeno una volta".

Numerosi studi hanno dimostrato come le ricadute, nella maggior parte dei casi, non sono processi puntiformi e spesso seguono un pattern comune [5]. Frequentemente, per preservare la sua autostima, il paziente tende a riferire questi errori come "casuali" o determinati dalle pressioni sociali. Se "il caso" può essere visto come un tentativo di attenuare i sensi di colpa e di impotenza, numerosi studi hanno dimostrato come la ricaduta spesso "viene da lontano" e porta l'ex-fumatore a compiere una serie di "atti apparentemente insignificanti" (spesso non coscienti o almeno non chiari nel loro vero significato) che progressivamente lo riavvicinano alle sigarette [6].

Questa concettualizzazione fornisce un quadro d'azione più ampio per studiare ed intervenire nel processo di ricaduta al fine di prevenire o ridurre gli episodi di recidiva migliorando in tal modo l'esito del trattamento.

Attraverso una tecnica chiamata "Ecological Momentary Assessment", Shiffman ha indagato l'esatto momento della ricaduta chiedendo a un gruppo di fumatori in trattamento di registrare regolarmente, su un diario elettronico, il loro umore e l'ambiente circostante.

Se capitava loro di cedere alla tentazione e di fumare una sigaretta gli domandava di aggiungere una descrizione più dettagliata, che includesse il luogo, l'attività e la precedente assunzione di cibo o bevande [7].
Ci si accorse ben presto che due distinti tipi di fattori giocavano un ruolo chiave nel processo di ricaduta: le **determinanti situazionali** (es. situazioni ad alto rischio, capacità individuali di coping) e le **cause sottostanti** antecedenti (es. variabili esistenziali, craving) [8].
Marlatt e Gordon svilupparono così nel 1985 un modello concettuale della ricaduta e uno strumento noto come "counselling di prevenzione della ricaduta", applicabile nel setting professionale, in cui vengono identificate situazioni scatenanti comuni e vengono proposte strategie psicologiche e comportamentali che possono essere di aiuto per prevenire o limitare gli episodi di relapse [4,9].
Secondo questo modello, le persone che si trovano ad affrontare un cambiamento come quello di smettere di fumare, inizieranno a sperimentare una maggiore autoefficacia ed una maggior padronanza dei propri comportamenti, sensazioni che dovrebbero incrementare man mano che viene mantenuta l'astinenza.
Ci sono tuttavia alcune situazioni o eventi che possono rappresentare una minaccia al senso di padronanza raggiunto e, di conseguenza, far precipitare l'individuo in una crisi da mancanza di controllo. Sono quelle che Marlatt chiama le sette "Situazioni ad Alto Rischio":

- Stati emotivi negativi (rabbia, ansia, depressione, frustrazione, noia, etc.) e positivi (festeggiamenti, stimoli ambientali correlati alle sigarette).
- Conflitti interpersonali e familiari.
- Pressioni sociali (ad esempio trovarsi con altre persone che stanno fumando).
- "Occasioni".
- Condizioni fisiche negative (stato di malattia non conseguente all'uso di sigarette, aumento di peso).
- Verifica dell'autocontrollo (assumere la sostanza a scopo sperimentale, per curiosità più che per desiderio).
- Co-assunzione di sostanze, alcol in primis.

Svariati studi concordano nel rilevare che queste situazioni sono alla base di oltre il 90% delle ricadute e le più frequenti sono le prime tre, che coprono il 75% circa dei casi.
Anche altri autori [10] identificano nello stato emotivo, e in particolare nell'affettività negativa riscontrata nelle 4-5 ore precedenti, il principale fattore di ricaduta: la rabbia, l'ansia, la depressione e l'irritazione, quando salgono all'improvviso, sono gli stimoli più potenti.
Queste Situazioni ad Alto Rischio sono in agguato maggiormente nei primi tre mesi di astinenza, ma insidiano il paziente soprattutto nel momento della progressiva "normalizzazione dell'astinenza", processo in cui egli inizia a dare al suo essere astinente dal fumo un valore relativamente più normale, non più speciale come nei primi periodi di astinenza quando sentiva la soddisfazione delle vittoria conquistata [3].
Viene introdotto inoltre il concetto di "violazione dell'astinenza" (abstinence-violation effect, AVE) ovvero l'attribuzione di significato che il paziente dà alla prima violazione dell'astinenza. Potremmo dire un "effetto da rottura di giuramento". Un'attribuzione legata a vissuti di fallimento personale e inadeguatezza anziché ad una non ancora completa abilità nell'affrontare situazioni ad "alto rischio", porta più facilmente ad una seconda violazione e all'abbandono del trattamento (un fumatore in astinenza che fa due tiri di sigaretta da un amico, poi si fa dare una sigaretta da un altro e si compra un pacchetto intero, immaginando di avere già buttato al vento tutti i suoi progressi).
Secondo questo modello, lo schema della ricaduta risulta essere il seguente:
Situazione ad alto rischio → risposta di fronteggiamento (coping) inadeguata → diminuzione della sensazione di autoefficacia e aspettative positive sugli effetti della sigaretta → caduta iniziale → sentimenti di colpa e di fallimento (abstinence-violation effect) ed effetti della sigaretta percepiti come positivi → aumentata probabilità di ricaduta completa (Figura 1).
Un classico approccio dicotomico, bianco o nero, poteva trasformare un semplice errore, uno scivolone (lapse) in una ricaduta completa. Da questo nuovo punto di vista un errore non porta inevitabilmente a una ricaduta completa, ma apre invece a molteplici opportunità per scongiurarla.

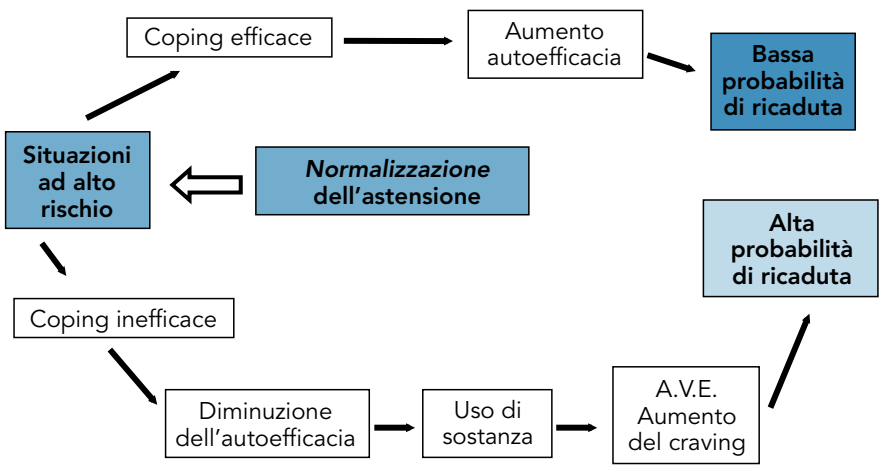


Figura 1 Modello della ricaduta (Marlatt).

Fattori di ricaduta e strumenti di valutazione

Un numero considerevole di ricerche indica che molteplici fattori sono in varia misura coinvolti nella probabilità di ricadere in chi vuole smettere di fumare [11], di conseguenza gli strumenti deputati alla valutazione del rischio di ricaduta dovrebbero tenere in considerazione queste diverse dimensioni, variabili da persona a persona.
Tra questi i più importanti sono:

- Fisiologici (es. livello di dipendenza da nicotina, sintomi di astinenza, sovrappeso).
- Comportamentali (es. "tipo" di fumatore).
- Fisici e sociali (es. vivere o lavorare con fumatori, politiche e regole sociali contro il fumo, pubblicità di sigarette).
- Psicologici ed emotivi (es. stress, depressione, ansia, paura di ingrassare, disturbi psichici).
- Cognitivi (es. consapevolezza, vantaggi e svantaggi percepiti, motivazione, autoefficacia).
- Di accessibilità agli interventi (programmi di trattamento disponibili e accessibili).
- Contesto sociale o circostanze di vita che possono abbassare la priorità data al tentativo di smettere (es. povertà, educazione, isolamento sociale, sensazione di insicurezza sociale).

Studi sulla popolazione adulta suggeriscono che di tutti questi fattori, il grado di dipendenza da nicotina è quello più consistentemente predittivo di ricaduta [12].

Caratteristiche personali che possono essere collegate alla ricaduta

Durata della dipendenza

Molti studi indicano che coloro che hanno iniziato a fumare più tardi riescono a smettere più facilmente [13].

Livello di dipendenza (gravità, prima sigaretta)

I tabagisti con un più alto livello di dipendenza da nicotina si mostrano meno propensi a fare un tentativo per smettere e trovano più difficile smettere quando ci provano. Questo può riflettere sintomi di astinenza più severi, un maggiore neuro-adattamento, un tipo di apprendimento più radicato ma anche un ambiente sociale che scoraggia la cessazione. Ci sono anche evidenze che i fumatori con dipendenza più alta esperiscono maggiori livelli di affettività negativa ed un craving più intenso, fattori questi legati alla ricaduta [14].

Severità dei sintomi di astinenza

Uno dei principali motivi per cui si continua a fumare è il sollievo dai sintomi della sindrome d'astinenza da nicotina. Mediamente i sintomi di astinenza risultano essere più intensi nella prima settimana e durano dalle 2 alle 4 settimane. Tuttavia questi sintomi possono essere altamente variabili tra le persone e nel corso del tempo. In alcuni individui i sintomi possono essere caotici, affievolirsi e ritornare e possono presentarsi per parecchie settimane. Le ricadute sono correlate ad una maggiore severità percepita dei sintomi, ad un aumento della loro intensità nel corso del tempo e ad un maggior grado di sollievo dai sintomi quando si ricomincia a fumare [15]. L'urgenza di fumare (craving) è un potente predittore di ricadute [16]. Il craving è chiaramente correlato alla dipendenza da nicotina, dal momento che risulta tipicamente più intenso nei primi giorni dopo la cessazione e che i trattamenti sostitutivi nicotinici riducono la sua severità. Tuttavia la necessità di fumare può venire innescata anche da stimoli esterni legati al fumo, anche mesi o anni dopo aver smesso.

Genetica

Le ricerche genetiche, soprattutto sui gemelli, stanno identificando sempre più geni associati al metabolismo della nicotina e a percorsi neurotrasmettitoriali specifici [17]. Alcuni studi hanno indagato la risposta di fumatori con specifici genotipi a diverse farmacoterapie, con l'obiettivo di individuare marker genetici utili per trovare i trattamenti individualizzati più efficaci. Tuttavia la dipendenza da nicotina è complessa, con molte componenti genetiche ed ambientali coinvolte, e sono necessari ancora molti studi per chiarire i singoli contributi genetici ed i loro effetti combinati con le influenze esterne.

Storia di precedenti tentativi falliti

Sembra che i precedenti tentativi di smettere, la loro durata e la loro vicinanza temporale (recency) siano predittivi di nuovi tentativi. E allo stesso tempo, tentativi di breve durata precedono spesso ricadute complete [18].

Scarsa fiducia, bassa autoefficacia

L'autoefficacia è l'intima consapevolezza di avere le capacità di fare ciò che serve per ottenere il risultato desiderato. La teoria dell'autoefficacia ipotizza che essa sottenda la motivazione e che sia un requisito per attuare un cambiamento, avendo le competenze, le conoscenze e le opportunità necessarie. In generale alti livelli di autoefficacia sono predittivi di cessazioni coronate dal successo, nel breve e medio termine [19]. L'autoefficacia non solo è causa di un possibile cambiamento ma è anche riflesso dei recenti cambiamenti, è rafforzata dal successo, ma tende a scendere spontaneamente a seguito di ricadute.

Preoccupazione per l'aumento di peso

La paura d'ingrassare è un fattore significativo nello scoraggiare dallo smettere di fumare e nel determinare ricadute [20]. Le evidenze suggeriscono che questa preoccupazione sia più rilevante per le giovani donne e che è maggiormente associata a un indice di massa corporea più elevato, a più precedenti tentativi falliti ed a un basso sostegno per smettere.

Disturbi dell'umore

L'affettività negativa è una componente chiave dei sintomi di astinenza ed un forte predittore di craving e ricadute. Di frequente i fumatori vedono nelle sigarette un

modo per gestire lo stress e per rilassarsi. Ma, rispetto a chi riesce a rimanere astinente, quelli più a rischio di ricadute riportano più frequentemente sintomi di maggior stress emotivo e di umore depresso [21]. Le ricerche suggeriscono che anche l'anedonia (l'incapacità di provare piacere) sia associata a scarsi risultati nella cessazione dal fumo. Depressione e fumo di sigarette spesso coesistono. Rispetto a chi non fuma, i tabagisti manifestano più sintomi depressivi, episodi depressivi più frequenti e gravi e tassi più elevati di ideazione suicidaria e di suicidi [22]. Le evidenze suggeriscono che anche l'ansia sia associata all'intensità dei sintomi di astinenza e alla probabilità di ricadere nella dipendenza, ma non sembra associata alle ricadute nelle prime due settimane dalla cessazione.

Fattori esterni che possono essere predittivi di ricadute

Fattori sociali

Esiste una correlazione positiva tra il supporto sociale e l'astinenza e alcuni studi suggeriscono che la percezione del sostegno da parte di chi sta smettendo sia un importante fattore di successo ed è influenzata dal tipo di relazione che si ha con il "supporter" [23]. Le evidenze mostrano che smettere di fumare diventa molto difficile se l'ambiente sociale di chi vuole smettere è pieno di fumatori e che anche l'alcol è legato alle ricadute [24].

Stimoli ambientali

Le ricerche evidenziano che i fumatori rispondono agli stimoli fumo-correlati con un craving più intenso e rispondono ugualmente ai posti dove normalmente erano presenti stimoli di questo tipo che sono stati rimossi [25]. Anche la pubblicità delle sigarette, dove permessa, può ridurre la motivazione a smettere e facilitare le ricadute. La promozione incidentale delle sigarette come ad esempio nei film, continua ad influenzare la normalizzazione del fumo agendo come stimolo.

Cultura e norme popolari e sociali

Il legame di un individuo con la comunità in cui vive, gioca un ruolo importante nella probabilità o meno di un suo coinvolgimento con le droghe. Le norme anti-fumo e la disapprovazione sociale in un dato paese, hanno un effetto diretto sul maggiore o minore consumo di sigarette e sulle possibili ricadute.

Test per la valutazione di una possibile ricaduta

Esistono pochi test per valutare la tendenza del paziente alla ricaduta (in parte per via della notevole multidimensionalità di questo processo) ed i pochi disponibili vengono utilizzati più per scopi di ricerca che nella pratica clinica.
Probabilmente il test attualmente più adatto allo scopo è il **Fagerström Test for Nicotine Dependence** (FTND) [26], una scala di 6 item, sviluppato come misurazione della dipendenza fisica da nicotina. Ci sono evidenze che i singoli item mostrino la più alta correlazione con la dimensione di astinenza da nicotina e che rappresentino una misura del grado in cui i fumatori la sperimentano [27]. Tanto più alto sarà il punteggio al test di Fagerström al momento di smettere (≥ 4), tanto più probabile e rapida si può presentare una ricaduta completa. Al contrario ci si può aspettare che i soggetti con bassi punteggi, anche nel caso di una meno probabile ricaduta, dopo un periodo di 4-6 settimane fumeranno ancora in modo incostante. Alcune ricerche indicano che questa relazione tra la baseline al FTND con la ricaduta diminuisca significativamente con il tempo [28] e molti studi sono concordi nell'attribuire la maggior parte del valore predittivo (a 1 settimana e a 6 mesi) del FTND al suo primo item (*Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta*) e probabilmente in parte al quarto (*Quante sigarette fumi durante la giornata*) [29].
In relazione a quest'ultimo punto alcuni ricercatori hanno preso in considerazione un altro test, derivato direttamente dal FTND, l'**Heaviness of Smoking Index** (HSI) [30]. L'HSI è una scala che comprende solo il primo e il quarto item del FTND (quelli che valutano il tempo per la prima sigaretta del giorno ed il numero di sigarette fumate al giorno) e sembra aver ragione della quasi totalità del valore predittivo del FTND [31].
Altri due strumenti di misurazione della dipendenza da nicotina sono emersi in anni più recenti, basati entrambi su una concettualizzazione multidimensionale della dipendenza. Il primo è la **Nicotine Dependence Syndrome Scale** (NDSS) [32], un questionario di 19 item su scala Likert a 5 punti che si prefigge di valutare diverse dimensioni della dipendenza da nicotina, tra cui il numero di sigarette fumate/giorno, elementi dell'astinenza (es. intensità del craving) ed il tempo di latenza prima di ritornare a fumare.
Un altro strumento recente è il **Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives** (WISDM) [33], un questionario autosomministrato di 28 item e 13 sottoscale su scala Likert a 5 punti, sviluppato per valutare sette diverse dimensioni della sindrome di astinenza (rabbia, ansia, difficoltà a concentrarsi, craving, fame, tristezza e insonnia).
Entrambi questi ultimi strumenti sono stati soggetti a pochi studi psicometrici, in cui hanno mostrato comunque una buona capacità predittiva di ricaduta a 1 settimana e a 6 mesi dall'inizio dell'astinenza, tuttavia inferiore al Test di Fagerström che rimane la scala più largamente usata ed efficace per questo proposito.

Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire

Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) [34] è una scala sviluppata con l'intento di misurare più dimensioni del rischio di ricaduta, non solo la dipendenza da nicotina. Molti studi hanno infatti dimostrato che la ricaduta riflette il contributo di

molteplici fattori, spesso debolmente correlati tra di loro e, analizzando un gran numero di misure potenzialmente coinvolte nel processo di ricaduta, gli autori hanno cercato di determinare quali erano quelle caratteristiche che più consistentemente ne erano predittrici. Il questionario è nato con la volontà di rispondere a due criteri:

- **Utilità.** In primo luogo doveva essere uno strumento di massima utilità nel setting clinico, in cui il tempo stringe. Di conseguenza sarebbe dovuto essere breve e di facile somministrazione.
- **Validità.** Una nuova misura della propensione alla ricaduta avrebbe dovuto avere validità predittiva almeno uguale o superiore a quelle già esistenti, in particolare al FTND.

Partendo dall'assunto che le misurazioni della dipendenza da nicotina avrebbero costituito un elemento centrale del questionario, sono stati inclusi gli item per valutare l'intensità della dipendenza (numero di sigarette fumate) ed il craving al risveglio (astinenza dopo deprivazione notturna). Utilizzando i principali modelli teorici della ricaduta gli autori hanno sistematicamente esaminato molti altri fattori che erano potenzialmente collegati con la possibilità di ricaduta ma che non risultavano significativamente correlati o ridondanti con la dipendenza fisica (es. elementi di stress e stimoli esterni, la presenza di fumatori nel contesto di vita ecc.). L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di identificare un piccolo numero di item che, collettivamente, potessero prevedere in modo efficace la possibilità di ricaduta nel breve e nel lungo periodo dopo un tentativo di cessazione, intercettando misure di dipendenza fisica, fattori ambientali e caratteristiche individuali.

Il questionario è stato creato basandosi sui dati ottenuti da 3 diversi studi clinici, randomizzati a doppio cieco. Ai partecipanti, in trattamento per smettere di fumare (n = 1481), sono stati somministrati i seguenti questionari col fine di ricavare gli item più significativi:

- **Demographics and smoking history.** Un'indagine demografica per valutare caratteristiche di genere, etnia, età, stato coniugale, educazione ed impiego.
- **Direct Assay of Dependence Criteria.** 14 item su scala likert a 7 punti che misurano tre costrutti correlati alla dipendenza da nicotina: la probabilità di ricadere, i sintomi di astinenza e l'autosomministrazione di sigarette.
- **Fagerström Test for Nicotine Dependence.**
- **Nicotine Dependence Syndrome Scale.**
- **Positive and Negative Affect Schedule.** (PANAS) [35] una scala dell'affettività positiva e negativa.
- **Tobacco Dependence Screener.** È uno strumento sviluppano per valutare 10 dei criteri della dipendenza da nicotina secondo il DSM-IV.
- **Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives.** Comprende 68 item su scala Likert a 7 punti sviluppati per valutare di 13 differenti domini motivazionali secondo diversi approcci teorici.
- **Wisconsin Smoking Withdrawal Scale.** Una scala di 28 item che valuta sette differenti sintomi di astinenza (rabbia, ansia, difficoltà a concentrarsi, craving, fame, tristezza e insonnia).

In totale sono stati presi in considerazione 211 item per lo sviluppo del WI-PREPARE di cui ne sono stati selezionati soltanto 7.

I risultati dell'analisi cross-validazionale hanno mostrato che, rispetto al FTND, il WI-PREPARE ha significativamente incrementato la capacità previsionale di ricaduta a 1 settimana e a 8 settimane dalla data di cessazione, mostrando comparabile efficacia previsionale a 6 mesi.

Il WI-PREPARE è un questionario di breve somministrazione e di facile scoring e può essere somministrato, al posto del FTND, a chi ha intenzione di smettere di fumare. Il suo punteggio finale va da 1-13 e, secondo gli autori un risultato di 4 potrebbe suggerire una probabilità di ricaduta approssimativa del 50% dopo 8 settimane mentre un punteggio di 7 una probabilità del 75%. Tuttavia, sottolineano la necessità di studi più approfonditi per poter fornire interpretazioni più certe.

La capacità predittiva del WI-PREPARE, così come del FTND, diminuisce sensibilmente a 6 mesi dalla cessazione. Questo dato può significare che, mentre sembra ragionevole che le ricadute precoci riflettano dimensioni misurabili quali la dipendenza, le ricadute più tarde potrebbero rappresentare processi stocastici, aleatori (esposizione fortuita ad eventi stressanti, fluttuazioni dell'autoefficacia ecc.) che sono perlopiù impossibili da prevedere attraverso misure statistiche effettuate mesi prima. L'aggiunta di item per valutare altri domini (es. motivazione), oppure l'analisi più approfondita di alcuni costrutti (es. autoefficacia), potrebbero in futuro migliorare ulteriormente la forza predittiva del WI-PREPARE.

Infine, un dato interessante ma allo stato attuale di difficile interpretazione, è la significatività del ruolo dell'educazione nel processo di ricaduta, con gli individui di bassa scolarità più inclini a ricadere nella dipendenza.

Conclusioni

La ricaduta è molto più che il semplice accendersi una nuova sigaretta o utilizzare un'altra volta alcol o droghe. Il processo di ricaduta viene da lontano, è simile all'urtare la prima tessera del gioco del domino, che cade sulla seconda, che colpisce la terza finché inizia la reazione a catena [36]. Se però la prima tessera sembra così piccola che facilmente ci si convince che non possa fare danno (es. fermarsi ad annusare il fumo degli altri per strada, andare a bere qualcosa con amici che fumano), senza che ce ne accorgiamo la reazione è innescata e, prima o dopo, ci piomberà sulla schiena l'ultima, enorme tessera del domino, troppo pesante da gestire se si è da soli, con una forza tale che causerà seri danni. Per evitare di curarsi tornando ad utilizzare ciò che ci ha

curato in passato (sigarette, alcol, droghe, gioco d'azzardo) bisogna innanzitutto imparare due cose:

- A non urtare la prima tessera del domino.
- A riconoscere la reazione a catena e sviluppare piani di emergenza per fermarla velocemente, prima che gli ultimi eventi diventino così grandi e pesanti da risultare ingestibili.

La progressione dei problemi e delle situazioni ad alto rischio in cui tendiamo a metterci costituiscono il "processo di ricaduta" ed è importante sottolineare che non si ricomincia a fumare a causa dell'ultimo problema nella sequenza di questo processo. Ma perché l'intera sequenza di problemi è andata fuori controllo.
Il processo di ricaduta non termina però quando ci si accende un'altra sigaretta. Questo evento, che nei paesi anglosassoni definiscono "slip", scivolone, non dovrebbe pregiudicare l'intero percorso, ma se gestito nel modo giusto, può aprire le porte ad un successo durevole. D'altra parte l'esperienza della ricaduta fa quasi sempre parte della storia del tabagista che giunge ad un trattamento: quasi tutti hanno provato a smettere o a ridurre, prima di chiedere aiuto. Spesso però hanno sperimentato il fallimento, la perdita di fiducia personale e della famiglia, l'accentuarsi della perdita di controllo, l'isolamento, situazioni che rendono i successivi tentativi ancora più difficili.
Occorre quindi analizzare e sostenere il paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, affrontare la ricostruzione del "processo" che ha portato alla ricaduta riconoscendone le varie tappe, gli stati d'animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate. Individuare insieme al paziente le cause delle difficoltà e dei problemi aiutandolo a migliorare le modalità che usa per fronteggiarle e offrendogli nuovi strumenti di coping. Strumenti che possono riguardare sia il processo di ricaduta (prevedendo quindi tecniche di evitamento o fronteggiamento o training per lo sviluppo delle capacità assertive e dell'autoefficacia) che le situazioni emotive o interpersonali che il paziente non riesce a gestire (spesso originatesi all'interno della famiglia), o ancora situazioni di scarsa motivazione.
Un potenziale vantaggio nell'utilizzo del WI-PREPARE è che i domini di indagine da cui è costituito, potrebbero essere rilevanti per la pianificazione dell'intervento. Ad esempio, gli individui che riportano un alto consumo di sigarette, chi fuma più frequentemente di prima mattina e coloro che sperimentano un forte craving, potrebbero beneficiare di terapia farmacologica a dosi più alte o a lungo termine [37,38,39] e di interventi di psicoterapia più incisivi. Coloro invece che riportano un'alta esposizione a stimoli fumo-correlati o vivono in compagnia di fumatori, potrebbero beneficiare di provvedimenti comportamentali per ridurre queste esposizioni, come il divieto di fumare in casa o il minimizzare l'esposizione a stimoli quali sigarette, accendini, posacenere.
Diventa quindi fondamentale che anche la prevenzione non rimanga un evento puntiforme e isolato ma diventi a sua volta un "processo" che si innesta lungo tutto il percorso di disintossicazione.

[Tabaccologia 2015; 4:40-47]

Ringraziamenti

Gli AA desiderano ringraziare Geoffrey Carli per la traduzione del test WI-PREPARE in italiano.

Giuseppe Cuoghi, Chiara Resentera, Fabio Lugoboni
Unità di Degenza di Medicina delle Dipendenza, Policlinico GB Rossi, Verona

Corresponding author: Fabio Lugoboni
✉ fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it

Bibliografia

1. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science.* 1997;278:45-47.

2. Volkow ND, Li TK. Drugs and alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacol Ther.* 2005;108:3-17.

3. Lugoboni F. *AIUTARE A SMETTERE DI FUMARE? È più facile di quanto pensi.* Ed. Seed, Torino, 2012.

4. Marlatt GA & Gordon J.R. (Ed.) (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press, New York, 1985.

5. Shiffman S. Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *Behavior Therapist.* 1992;15:9-11.

6. Lugoboni F. *Migliorare la compliance in medicina interna: il ruolo del colloquio motivazionale.* Ed. Seed, Torino, 2008.

7. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2008;4:1-32.

8. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health.* 1999;23:151-160.

9. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction.* 1996;91 Suppl:S37-49.

10. Shiffman S. A cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors.* 1986;3:295-307.

11. Ockene JK, Emmons KM, Mermelstein RJ, Perkins KA, Bonollo DS, Voorhees CC, & Hollis JF. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology.* 2000;19:17-31.

12. Vangeli E, Stapleton J, Smit E, Borland R and West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction.* 2011;106:2110-2121.

13. Khuder SA, Dayal HH and Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors.* 1999;24:673-677.

14. Japuntich S, Leventhal A, Piper M, Bolt D, Roberts L, Fiore M, et al. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. *American Journal of Preventive Medicine.* 2011;40:286-294.

15. Piasecki T. Relapse to smoking. Review. *Clinical Psychology Review.* 2006;26:196-215.

16. Doherty K, Kinnunen T, Militello FS and Garvey AJ. Urges to smoke during the first month of abstinence: relationship to relapse and predictors. *Psychopharmacology.* 1995;119: 171-178.

17. Munafò M, Clark T, Johnstone E, Murphy M and Walton R. The genetic basis for smoking behavior: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research.* 2004;6:583-597.

18. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control.* 2006;15(Suppl 3):83-94.

19. Borland R and Balmford J. Perspectives on relapse prevention: an exploratory study. *Psychology & Health.* 2005;20:661-671.

20. Alberg AJ, Carter CL and Carpenter MJ. Weight gain as an impediment to cigarette smoking cessation: a lingering problem in need of solutions. *Preventive Medicine.* 2007;44:296-297.

21. Cofta-Woerpel L, McClure J, Li Y, Urbauer D, Cinciripini P and Wetter D. Early cessation success or failure among women attempting to quit smoking: trajectories and volatility of urge and negative mood during the first postcessation week. *Journal of Abnormal Psychology.* 2011;120:596-606.

22. Wilhelm K, Wedgwood L, Niven H and Kay-Lambkin F. Smoking cessation and depression: current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review.* 2006;25:97-107.

23. Stewart DW, Thomas JL, Copeland AL. Perceptions of support provided to smokers. *Journal of Smoking Cessation.* 2010;5:95-101.

24. Leeman RF, McKee SA, Toll BA, Krishnan-Sarin S, Cooney JL, Makuch RW, et al. Risk factors for treatment failure in smokers: Relationship to alcohol use and to lifetime history of an alcohol use disorder. *Nicotine & Tobacco Research.* 2008;10:1793-1809.

25. Paris M, Carter B, Traylor A, Bordnick P, Day S, Armsworth M, et al. Cue reactivity in virtual reality: the role of context. *Addictive Behaviors.* doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.029.

26. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction.* 1991;86:1119-1127.

27. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction.* 1999;94:269-281.

28. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsenan A, Coste F and West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors.* 2009;34:365-373.

29. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, et al. Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTURC) Tobacco Dependence Phenotype Workgroup. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence. *Nicotine Tobacco Research.* 2007;9(Suppl 4):S555-S570.

30. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans T, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HIS. *Drug and Alcohol Dependence.* 1994;34:211-216.

31. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine and Tobacco Research.* 2007;9(Suppl 4):S555-S570.

32. Shiffman S, Waters AJ, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research.* 2004; 6:327-349.

33. Piper ME, Federman EB, Piasecki TM, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, Baker TB. A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004;72:139-154.

34. Bolt DM, Piper ME, McCarthy DE, Japuntich SJ, Fiore MC, Smith SS, Baker TB. The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire. *Nicotine and Tobacco Research.* 2009;11:481-492.

35. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1988;54:1063-1070.

36. Gorski, Terence T, Relapse – Relapse Prevention – A New Recovery Tool, *Alcoholism & Addiction Magazine.* 1989;12:708-799.

37. Herrera N, Franco R, Herrera L, Partidas A, Rolando R, & Fagerström KO. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behavior modification support program. *Chest.* 1995;108: 447-451.

38. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Gilburr Sj, Targett DA, Strhs KR. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine.* 2002;162:1267-1276.

39. Garvey AJ, Kinnunen T, Nordstrom BL, Utman CH, Doherty K, Rosner B, et al. Effects of nicotine gum dose by level of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research.* 2000;2:53-63.

Il ruolo del mentolo nel tabagismo e in altre dipendenze

The role of menthol in tobacco use and other addictions

Giovanni Pistone, Vincenzo Zagà, Liborio M. Cammarata

Riassunto

L'impiego del mentolo nella produzione di sigarette è noto da quasi un secolo. Molte le motivazioni che hanno indotto l'industria del tabacco ad utilizzare questa sostanza come additivo per i suoi prodotti: tra esse, le influenze migliorative sulle caratteristiche organolettiche del fumo e gli effetti di rinforzo sulla dipendenza da tabacco (e non solo) che il mentolo sembra esercitare. La review vuole essere una breve analisi della letteratura concernente il ruolo trasversale giocato dal mentolo nel tabagismo ormai ampiamente riconosciuto e che ha determinato la prossima messa al bando dei prodotti che lo contengono.

Parole chiave: Mentolo, fumo di tabacco, dipendenze, adolescenti, Big Tobacco.

Abstract

Use of menthol as a flavour in tobacco cigarettes production is known since almost a century. There were many reasons that encouraged industries to use this substance as an additive for tobacco products: among them, enhanced influences on the organoleptic characteristics of cigarette smoke and a possible reinforcement effect upon tobacco addiction (and not only). The review aims to be a brief analysis of literature concerning the transversal role played by menthol in tobacco addiction which is nowadays well recognised and that determined to ban use of products that contain it.

Keywords: *Menthol, tobacco smoking, addictions, adolescents, Big Tobacco.*

Introduzione

Gli obiettivi fondamentali dell'aggiunta degli additivi nei prodotti del tabacco sono: quello di migliorare il gusto amaro di alcuni degli oltre 4.000 elementi che lo compongono, di limitarne gli effetti irritativi nei confronti della mucosa bronchiale (come le aldeidi), facilitare l'inalazione delle componenti con incompleta combustione, aumentare il potere di dipendenza della nicotina. Tra questi, il mentolo possiede inoltre qualità anestetiche ed è usato in medicina come antiinfiammatorio di contatto (vie aeree), antisettico, antipruriginoso ed antimeteorico. Esso è prodotto attraverso un processo di sintesi organica stereo-specifica o mediante l'isolamento dalla menta piperita od altri olii derivanti dalla menta. Ha una consistenza cerea, è cristallino, di colore bianco-chiaro ed è solido alla temperatura ambiente. La forma isomerica principale in cui il mentolo è presente in natura è il (-)- mentolo. A causa della sua pressione di vapore, del peso molecolare e del punto di ebollizione viene inalato intatto nel processo di pirolisi del tabacco. A differenza di altri additivi (cioccolato, liquirizia, etc.) facilita aspirazioni profonde di tabacco nei fumatori correnti e favorisce la fase di sperimentazione delle sigarette nei giovanissimi. Inoltre, gli zuccheri presenti nell'involucro della sigaretta, misti al mentolo, determinano un aumento di produzione di acetaldeide che è un agente potenziante le capacità additive della nicotina.

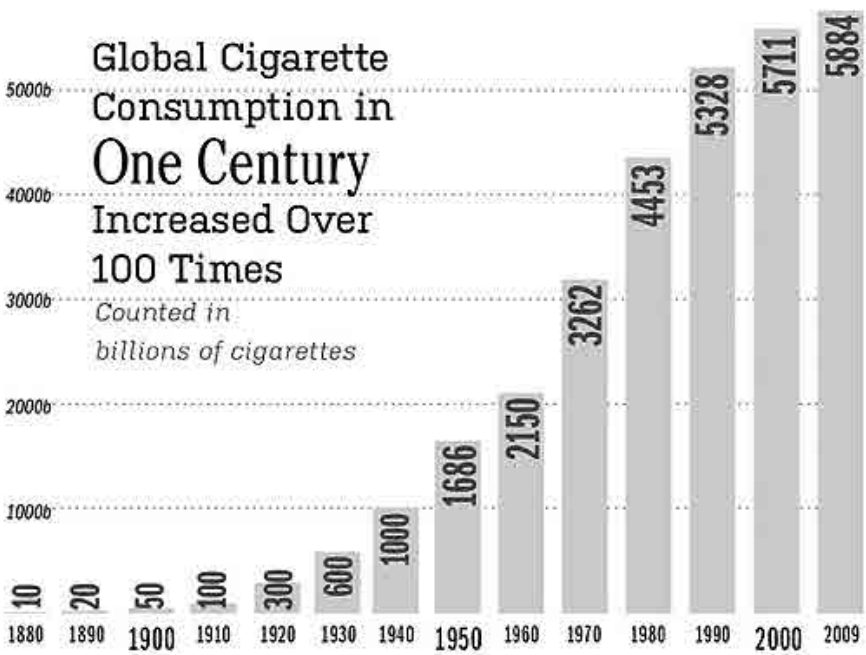
Il rischio legato al consumo di sigarette mentolate, rispetto a quelle che non lo sono, non è ancora chiarito del tutto. Diversi studi sono stati condotti negli ultimi anni per cercare di evidenziare con la forza del dato statistico se il mentolo influisca in qualche modo su diversi parametri riguardanti la salute pubblica. Tra questi, l'innesco della dipendenza da sigarette, l'inizio del loro uso e la rapidità di progressione verso la dipendenza, il metabolismo della nicotina, la presenza di markers quali la cotinina, fino ad arrivare agli effetti sui tentativi di disassuefazione e sull'incidenza delle ricadute.

La FDA, nel 2013, ha effettuato una review su tutti questi aspetti fornendo un quadro sinottico degli effetti veri o presunti del mentolo assunto con le sigarette di tabacco vagliati sotto la lente oggettiva dell'evidenza scientifica [1].

La prospettiva dell'industria del tabacco

L'isomero L-mentolo, usato come additivo nelle sigarette sin dal 1926, è estratto dalla pianta della menta piperita (*Mentha arvensis*). Il mentolo è un alcool terpenico monociclico naturale. La mentolazione delle sigarette è stata scoperta per caso in Ohio nel 1920 da un tale Lloyd "Spud" Hughes, che conservò le sue sigarette di tabacco dentro un barattolo contenente cristalli di mentolo. La concentrazione del mentolo varia a seconda del prodotto così come dell'aroma e dell'effetto desiderato, ma è presente comunque nel 90% dei prodotti del tabacco. Negli USA la vendita di questi ultimi, nella versione arricchita con gli effetti sensoriali del mentolo, si è accresciuta dall'1% negli anni '50 al 20% nel 2006, soprattutto grazie alla loro larga diffusione tra i fumatori afro-americani (83% rispetto al 24% dei bianchi) [2]. Il mentolo non è da considerarsi un semplice additivo; numerosi studi ne hanno evidenziato altre caratteristiche che lo rendono particolarmente utile per mascherare gli effetti irritanti e il gusto amaro del tabacco soprattutto tra i giovani o comunque coloro che iniziano la fase di sperimentazione delle sigarette.

Poiché i tabagisti sono sempre più informati sugli effetti tossici e legati alla dipendenza fisica della nicotina, Big Tobacco ha condotto studi per trovare nuovi percorsi di marketing atti a raggiungere nuove categorie di potenziali fumatori e/o recuperare quelle ridotte o perdute a causa delle sempre più dettagliate campagne di informazione antitabagiche. La Philip Morris (PM), ad esempio, verso la fine degli anni '80 realizzò dei prototipi di sigarette a basso contenuto di nicotina (0,12 mg/sigaretta contro gli attuali 0,20 mg o più). Questi prototipi non ebbero l'impatto cercato sui soggetti che li testarono: sensazioni sgradevoli in bocca ed in gola le rendevano non particolarmente appetibili. L'unico prototipo che funzionò fu quello che conteneva il mentolo associato a varie quote di nicotina; ne fu realizzato uno completamente denicotinizzato, ma gli sperimentatori lo trovarono comunque piacevole non solo per il gusto ma anche per i probabili effetti nicotino-simili sviluppati da questo terpene. I documenti concernenti la ricerca sul tabacco sono comparsi nel 1995 e, da allora, sono consultabili in un numero di oltre 11 milioni (per circa 60 milioni di pagine) nella *"Legacy Tobacco Documents Library"* ove sono disponibili anche studi sulle caratteristiche delle sigarette mentolate [2]. Solo in un caso i risultati di uno studio furono presentati al meeting annuale della Società di Tossicologia ove la presunta assenza di effetti dell'aggiunta di mentolo nelle sigarette fu sconfessata da un'analisi delle patologie condotta dalla stessa Compagnia committente sullo stesso studio. In particolare *"l'esame istopatologico delle vie aeree superiori dei partecipanti allo studio riportò anomalie più gravi nei consumatori di sigarette mentolate rispetto alle non-mentolate"*. Lo stesso autore nel 1999 effettuò uno studio riguardante le azioni del mentolo sulla frequenza cardiaca e sull'attività cerebrale, evidenziando da un lato come i consumatori delle sigarette con l'additivo presentassero un aumento della frequenza di circa 5 bpm in media (fenomeno probabilmente dovuto alla maggior sensibilità recettoriale alla nicotina rispetto ai consumatori di sigarette normali) e dall'altro un ritmo elettroencefalografico alpha più lento dell'altra popolazione, evidenziando una diminuita attività cerebrale nei fumatori di mentolo. Le compagnie del tabacco tendono a sponsorizzare o consultare pochi studi sugli effetti collaterali diretti del mentolo sulla salute, considerando principalmente quelli i cui risultati evidenziano una scarsa presenza di essi ed essendo ovviamente più interessati a scartare quelli dove tali effetti sono riportati e a



progettare quelli più utili a fini di marketing [3].
Infatti, le ricerche svolte dai maggiori produttori di tabacco hanno cercato di sfruttare le qualità del mentolo, realizzando prototipi di sigarette con diverse quantità di catrame, nicotina e mentolo (postulata l'azione sinergica del mentolo con la nicotina). Tali ricerche hanno previsto in due casi lo studio dell'esposizione al tabacco attraverso biomarkers specifici (carbossiemoglobina, monossido di carbonio, cotinina, tiocianato). In entrambi i lavori, condotti su 112 e 3341 soggetti adulti rispettivamente, non si sono evidenziate differenze significative tra consumatori di mentolo e non; ciò in controtendenza coi risultati di studi indipendenti che hanno evidenziato, ad esempio, aumentati livelli di CO nei fumatori di sigarette mentolate rispetto ai soggetti di controllo. L'industria del tabacco, come peraltro comprensibile, appare più orientata verso l'impiego del mentolo per la produzione di sigarette più appetibili, a basso contenuto di nicotina, che determinando comunque più dipendenza, inducano i giovani ad iniziare a fumare e rendano più difficili i tentativi di disassuefazione, piuttosto che verso la semplice ricerca a 360 gradi degli effetti chimici e clinici di tale sostanza. Inoltre, ricerche di marketing hanno evidenziato come vi siano delle categorie presso cui "seminare" la pubblicità dei prodotti mentolati, che fanno leva sulle più accettabili proprietà del mentolo presso specifiche categorie quali le minoranze etniche (afroamericani *in primis*), soggetti di giovane età, le donne rispetto agli uomini e le minoranze con disturbi di genere (transgender, omosessuali) [4,5]. Ad esempio, nel 2012 per sfruttare le capacità di aggancio del mentolo nei confronti di potenziali fumatori di sigarette (soprattutto i giovani) e per aggirare le (allora) incipienti controversie sull'uso degli additivi, ha fatto la comparsa in commercio di un particolare tipo di filtro contenente una capsula ripiena di mentolo. Tale dispositivo, che seduce gli acquirenti presentandosi come un "gadget", permette al fumatore di scegliere se rompere coi denti la capsula liberando il contenuto in mentolo oppure no e quindi di avere un prodotto "duale" con una sola spesa. Il mentolo, inoltre, è presente in quantità "subliminali" anche dentro le sigarette cosiddette normali e questo trucco, unitamente al precedente, permette all'industria del tabacco di produrre nuovi potenziali utenti [6].

Inizio e progressione verso l'uso regolare

Quasi il 90% dei fumatori adulti negli USA iniziano a fumare prima dei 18 anni. I giovanissimi ed i giovani adulti appaiono essere le popolazioni più a rischio di sviluppo del tabagismo. Le sigarette al mentolo possono avere un impatto differente, rispetto a quelle che ne sono prive, sull'incidenza dell'inizio e della progressione verso un uso regolare [7]. Anche un piccolo aumento del tasso di incidenza di un inizio più precoce può avere un grande impatto sulla salute pubblica. Per quanto attiene il rapporto tra la diffusione del mentolo e l'etnia dei consumatori è emerso, da diversi studi condotti tra il 2001 ed il 2010 su decine di migliaia di studenti delle scuole medie e superiori, che il 75% circa dei fumatori afro-americani lo prediligono, seguiti dagli Asiatici, dagli Ispanici e dagli Hawaiani. Riguardo alla precocità anagrafica di primo contatto con la sigaretta a seconda della presenza o meno del mentolo, sembra che non vi siano differenze significative: in entrambi i casi l'età media di primo contatto si attesta sui 15 anni [8-11]. L'inizio della fase di "sperimentazione" è invece più frequente e più precoce in maniera significativa nei fumatori di mentolo, evidenziando come i soggetti più giovani che cercano i primi contatti con la sigaretta preferiscano tale additivo. Quest'ultimo è anche associato ad una più facile progressione verso l'uso regolare delle sigarette, nella misura in cui coloro che iniziano a fumare sigarette al mentolo hanno maggiori probabilità di diventare tabagisti. Tale tendenza è legata a più fattori, tra i quali gli effetti del mentolo sul gusto della sigaretta, ragioni sociali ed un marketing più incisivo. L'industria del tabacco ha infatti notato le differenze di preferenza del mentolo in rapporto alla razza ed all'età ed ha investito notevolmente sulla pubblicità, facendo leva soprattutto su questi due parametri [4,7-12]. In questo senso, il Giappone ha rappresentato un ottimo esempio di nazione con basso tasso di incidenza del tabagismo presso le donne e con un

irrisoria presenza di mentolo nelle sigarette finché il mercato non è stato aperto alle industrie straniere. La vendita delle sigarette mentolate è "levitata" dall'1% del 1980 al 20% del 2008 ed ha riguardato proprio le fasce prima più protette in quel Paese, cioè i giovani di entrambi i sessi e le donne adulte prima non fumatrici, confermando il trend di coinvolgimento di queste tipologie di soggetti da parte del brand mentolato [13].

Dipendenza

La dipendenza da nicotina è il primo fattore che giustifica l'uso continuo di prodotti del tabacco e può influenzare a cascata, come una "bomba a grappolo" tutti gli effetti negativi del tabagismo sulla salute pubblica (per esempio, i fallimenti nei tentativi di disassuefazione o le ricadute) [14].
Allo scopo di capire se anche il mentolo può essere un fattore di rinforzo nell'innesco del tabagismo sono stati valutati, in numerosi studi che hanno coinvolto i fumatori che preferiscono tale additivo, i parametri tipici correlati a tale dipendenza [15].
Tra questi il tempo intercorso tra la sveglia e la prima sigaretta, i risvegli notturni con uso di sigarette, il test di Fagerström, il numero di sigarette/die ed il craving. Gli studi sono stati condotti su popolazioni di fumatori appartenenti a diverse etnie e classi di età nonché su tabagisti che avevano più volte provato a smettere di usare tabacco [16]. Il rilevamento, anche solo telefonico, è avvenuto sulla base delle autodichiarazioni degli intervistati (metodo standard di rilevamento su grandi numeri di persone e segnatamente per questo campo di ricerca, che non inficia i risultati ottenuti). Da quanto emerso, non sembra che la presenza del mentolo influenzi i punteggi del Fagerström od il numero quotidiano di sigarette consumate. Una correlazione significativa è invece emersa tra il mentolo ed il tempo intercorso tra sveglia e prima sigaretta (fumata in genere entro 5 minuti) così come punteggi più alti sono risultati per il craving e per le sveglie notturne allo scopo di fumare [17]. Inoltre, è stato riportato che il mentolo esercita effetti nicotino-simili sul SNC, agendo da rinforzo positivo nell'assunzione di nicotina attraverso il tabacco. A prescindere dai risultati ottenuti dal Fagerström test, tutti gli altri parametri esaminati evidenziano come le sigarette al mentolo inducano una dipendenza significativamente più grave rispetto a quelle che non lo contengono [1,18,19].

Cessazione del fumo

Numerosi studi sono stati condotti anche allo scopo di evidenziare l'eventuale ruolo del mentolo nei tentativi di disassuefazione dal tabagismo. Tra i più recenti e significativi, anche perché condotti su popolazioni molto estese e appartenenti a diverse etnie, si considerano 9 studi di coorte e 10 in cross-over [1,20-23]. Tra i primi, quattro hanno dimostrato che i tentativi di smettere sono molto più difficoltosi tra coloro che usano il mentolo mentre i rimanenti hanno mostrato che non c'è differenza rispetto a coloro che non lo usano. Di contro, la maggioranza degli studi progettati in cross-over evidenziano come il mentolo renda significativamente più difficile la disassuefazione sia in termini di primo distacco dalle sigarette, sia per tasso di ricadute. Questo fenomeno sembra essere più diffuso nell'etnia afro-americana e latino-americana. Il grado di dipendenza fisica da sigarette è un fattore intermedio che condiziona il successo dei tentativi di disassuefazione e la maggiore difficoltà a smettere potrebbe essere legata anche alla più forte dipendenza prodotta dalle sigarette al mentolo [1,23].

Malattie fumo-correlate

Alcuni studi condotti tra il 1998 ed il 2011 [24-28] non hanno evidenziato significative differenze nel rischio di malattia tra i fumatori di sigarette con mentolo e coloro che non utilizzano questo additivo. Due grossi trial condotti su decine di migliaia di persone hanno evidenziato come il rischio di ammalarsi di cancro al polmone e la mortalità correlata a tale malattia siano minori nei consumatori di mentolo rispetto a quelli che non lo utilizzano, suggerendo che, almeno su questo versante, il mentolo agisca da fattore "protettivo". Tale ruolo potrebbe essere legato al diverso tipo di aspirazione del prodotto della combustione o a differenze demografiche (e quindi a diversi pattern genetici di predisposizione) delle popolazioni presso cui è stato condotto lo studio. Esistono lavori però ove è riportato, tra i soggetti HIV positivi, un aumento del rischio di sviluppare ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari ed obesità [29] e altri in cui il mentolo potrebbe ridurre gli effetti di alcuni anticoagulanti a causa dell'induzione del citocromo P450 2C [30]. Inoltre, un recente studio di Park et al. [31] condotto su 5700 persone il 66% delle quali fumava sigarette al mentolo, ha preso in considerazione la correlazione tra la presenza di tale additivo e le caratteristiche clinico-funzionali e radiologiche della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). In particolare sono state focalizzati i segni delle alterazioni broncopolmonari alla TAC, le comorbidità e le esacerbazioni della malattia nel lungo termine. A fronte di un miglioramento funzionale respiratorio

con aumento del FEV_1 nei fumatori di sigarette mentolate, le esacerbazioni della BPCO nel follow up a lungo termine erano significativamente più frequenti, segno che riguardo a questo importante parametro le sigarette mentolate non sono più sicure di quelle "normali". Non si sono invece riscontrati né un incremento significativo delle altre malattie fumo-correlate (cardiovascolari e metaboliche *in primis*) né una semeiotica radiologica nettamente peggiore rispetto a coloro che non usavano il mentolo, Anche in relazione alla congrua popolazione arruolata, questo studio contribuisce a sconfessare la comune falsa credenza che il mentolo, in virtù delle sue proprietà broncodilatanti, non avesse impatto negativo sulla prognosi della BPCO.

Chimica del fumo e tossicologia non clinica

In pochi studi sono state comparate direttamente le sigarette con mentolo e quelle senza riguardo alle differenze sulla chimica del fumo e sugli aspetti tossicologici [32-34]. La pirolisi del mentolo puro, non quello associato al tabacco, determina la formazione di fenoli e idrocarburi policiclici. È vero che il mentolo può essere tossico, ma solo in elevate quantità e come singolo componente dell'inalazione. La dose di mentolo presente in una sigaretta ed il fatto che sia combinato col tabacco non comporta rischio aumentato di tossicità. Gli studi condotti in vivo ed in vitro evidenziano come l'inalazione di fumo prodotto da sigarette al mentolo non determini tossicità (non cliniche) maggiori del fumo proveniente da sigarette "normali". Il condensato contenente mentolo non è più teratogeno del condensato che ne è privo. Inoltre, sembra che il mentolo non contribuisca a favorire o accelerare l'insorgenza di tumori in caso di esposizione ad agenti cancerogeni e che non sia cancerogeno di per sé. Nei pochi studi che hanno comparato sigarette al mentolo con quelle standard, non sono emerse differenze significative di tossicità: sembra quindi che l'addizione di mentolo alle sigarette di tabacco non aumenti né diminuisca significativamente gli effetti tossici del fumo inalato [1,35-37].

Fisiologia

Il mentolo è largamente usato in prodotti farmaceutici, nei cibi, in cosmetica e nelle sigarette. Fornisce una sensazione rinfrescante ed un gusto alla menta. Tali caratteristiche possono renderlo piacevole all'olfatto ed al gusto e ha un impatto significativo sul modo in cui il fumatore sperimenta il consumo di una sigaretta, soprattutto se è ancora nella fase di approccio coi prodotti del tabacco. L'effetto del mentolo è anche anestetizzante, desensibilizzante e determina una modificazione del metabolismo della nicotina e delle nitrosammine tabacco-specifiche. Ciò è stato dimostrato da studi in vivo ed in vitro condotti lungo le ultime tre decadi. Il mentolo, come la capsaicina, produce un gusto amarognolo sulle estremità e sulla superficie della lingua, mentre la sensazione di freschezza è riportata come maggiore solo sulla estremità di tale organo. Inoltre sembra avere effetti rilassanti sulla muscolatura liscia delle vie respiratorie (producendo broncodilatazione) ed è uno stimolante dei recettori per il freddo delle vie aeree superiori con inibizione del riflesso respiratorio. Ripetute applicazioni di mentolo sulla lingua di esseri umani producono desensibilizzazione caratterizzata da una progressiva riduzione della percezione dell'irritazione. La nicotina esercita un effetto irritante e quindi sgradevole sulla lingua, che il mentolo mitiga temporaneamente. Esso può inoltre bloccare i canali del calcio con effetto di rapida insorgenza, di altrettanto rapida reversibilità e concentrazione-dipendente. Ancora, il mentolo sembra avere effetti anti-cancerogeni, probabilmente attraverso l'inibizione di alcuni isotipi della topoisomerasi e la promozione del gene NF-kB, inducendo quindi citotossicità nei confronti di alcune linee cellulari tumorali [38]. Il mentolo agisce attivando i recettori TRPM8 [39], provvisti di canali per gli ioni Ca++ [40], deputati alla percezione del freddo e alla base della chemoricezione del nervo trigemino, soprattutto per quanto attiene la bocca e le cavità nasali. Le fibre nocicettive del trigemino appaiono, assieme a quelle del glossofaringeo, gli elementi la cui stimolazione è essenziale per indurre effetti di risposta positiva all'inalazione dei prodotti del tabacco. È dunque una sorta di gateway con meccanismi di rinforzo positivi che appaiono garantiti dal mentolo, il quale agisce a livello olfattivo, gustativo, nocicettivo e termocettivo.

Punti di analisi del mentolo nelle sigarette
Preferenze di razza
Rischio di malattie e di cancro in particolare
Percezione dell'industria del tabacco sul ruolo del mentolo nell'innesco di dipendenza
Biomarkers ed influenza sul metabolismo della nicotina
Effetti fisiologici
Effetti sull'età di sperimentazione e sulla rapidità di progressione verso fumo quotidiano
Effetti sull'innesco della dipendenza
Effetti sui tentativi di disassuefazione

Riguardo al metabolismo della nicotina, il mentolo come additivo nelle sigarette può determinarne un'inibizione, permettendo al consumatore di tabacco un'esposizione più prolungata alla nicotina inalata. Inoltre, sembra che abbia delle proprietà simili alle droghe, rafforzando a livello recettoriale gli effetti della nicotina. Recenti studi hanno mostrato un incremento dell'assorbimento di nitrosonornicotina (NNN) e nicotina da parte delle cellule della mucosa buccale, aumentando di fatto l'esposizione a tale fattore cancerogeno e influendo positivamente sull'innesco del tabagismo. È stato dimostrato che questo aumento di assorbimento non è sistemico, che l'addizione di mentolo non aumenta l'assorbimento di CO [41] e che la sua azione di rallentato metabolismo della nicotina a cotinina è prodotta sia da un rallentamento dell'azione ossidativa microsomiale epatica che da quello della glucuronoconiugazione [42,43]. Le proprietà analgesiche, anestetiche e rinfrescanti del mentolo determinano anche una differenza nel modo di fumare la sigaretta trattata rispetto a quella non trattata: sembra che il fumatore sia portato a decrementare il numero di boccate complessive, ma di consumare la sigaretta più in fretta, con più "voluttà" e con boccate più lunghe proprio perché avverte meno (o per nulla) le caratteristiche organolettiche "revulsive" del fumo di tabacco. Recenti studi hanno evidenziato come il mentolo giochi un ruolo complementare alla nicotina nell'esacerbare la dipendenza da tabacco e sembrano essere individuati quattro distinti meccanismi attraverso i quali esso può influire sul comportamento tabagico. La prima azione è quella di "aggancio" del fumatore attraverso la minimizzazione delle esperienze revulsive legate alle prime sigarette; in secondo luogo rinforza notevolmente lo stimolo sensoriale fornito dalla nicotina; in terzo luogo agisce sui recettori colinergici di tipo nicotinergico in cooperazione con la nicotina; infine può alterare il metabolismo della nicotina, incrementandone la biodisponibilità, mediante l'inibizione del citocromo 2A6 che ne è il principale catabolizzatore. In particolare, la modulazione dei recettori è legata ad una incrementata "euforia" in seguito all'aumentato rilascio di dopamina nell'area ventro-tegmentale e nel *nucleus accumbens* del sistema limbico. Il meccanismo biochimico consisterebbe in una riduzione dell'attivazione colinergica dei recettori α7 presinaptici ed in un'attivazione di quelli α4ß2-GABA ed in un'attività antagonista nei confronti dei recettori α6ß2 [44]. In base agli studi attualmente disponibili sembra quindi che il mentolo sia capace di alterare le normali risposte fisiologiche al fumo di tabacco.

Biomarkers

Lo studio dei markers biologici di esposizione ad una sostanza chimica permette di valutare i livelli di assorbimento di quest'ultima. I markers correlati all'esposizione al tabacco più studiati al mondo sono: il CO espirato, la carbossiemoglobina nel sangue (HbCO), cotinina e altri metaboliti della nicotina nelle urine e nel siero e il NNAL (4-metilnitrosammino-1-3-piridil-1-butanolo) nelle urine come marker elettivo delle nitrosammine tabacco-specifiche. Riguardo al CO, i dati emersi sono contrastanti e in qualche modo influenzati dalla presenza del mentolo. Williams et al, nel 2007 [45], hanno evidenziato aumentati livelli di CO espirato in coloro che usano sigarette mentolate rispetto ai consumatori dell'altro tipo; Ahijevich et al. [46] e Benowitz et al. [43] nei loro studi non hanno invece trovato differenze significative tra i due tipi di sigarette usate. Anche la differenza di metaboliti della nicotina nelle urine e nel sangue non è apparsa signi-

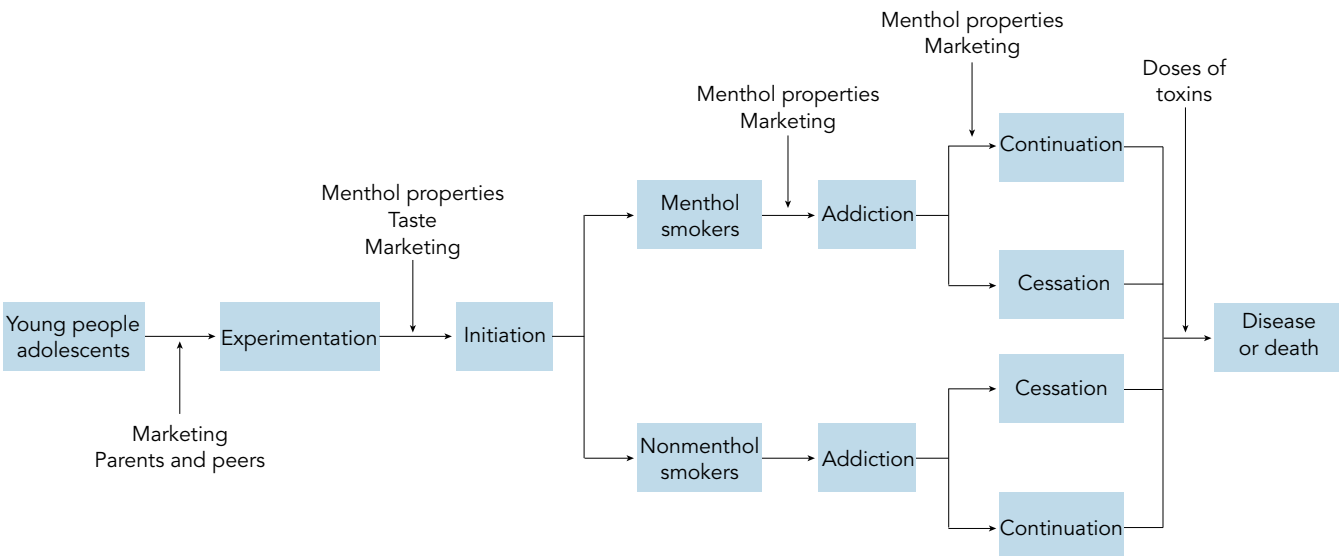


Figura 1 Influenza del mentolo sulle fasi del consumo di sigarette [48].

ficativa nei consumatori dei due tipi di sigarette esaminati, soprattutto correggendo i dati in base all'effetto prima citato che il mentolo esercita sul metabolismo della nicotina. I dati inoltre sono stati corretti per età, razza e sesso dei partecipanti ai vari studi, considerando che le differenze riscontrate nei livelli sierici di cotinina possono essere legati alla diversa esposizione (gli afro-americani prediligono le sigarette mentolate rispetto ai bianchi) e al diverso metabolismo dei componenti del tabacco, in particolare la glucuronoconiugazione. La stessa Food and Drug Administration (FDA) ha realizzato uno studio su oltre 5000 fumatori tra il 1999 ed il 2008 per valutare il comportamento tabagico ed i biomarkers correlati. Non sono state evidenziate differenze significative tra i livelli di cotinina sierica o di NNAL nei campioni dei soggetti consumatori di sigarette mentolate rispetto agli altri. In parziale controtendenza, un lavoro di Jones et al. [47] condotto su oltre 4600 partecipanti di diverse razze ha evidenziato come, in assenza di differenze significative riguardanti il piombo ed i NNAL urinari e la cotinina sierica, coloro che preferivano il mentolo hanno presentato livelli significativamente più alti di cadmio ematico, un marker correlato ad alta tossicità e cancerogenesi.

I dati finora raccolti sono quindi suggestivi del fatto che sebbene il mentolo possa influenzare in qualche modo il metabolismo del CO, della nicotina e delle TSNA (nitrosammine specifiche del tabacco), la stragrande maggioranza degli studi realizzati evidenzia come non vi siano differenze significative nei biomarkers di esposizione al tabacco tra sigarette mentolate e non mentolate. È anche vero che appaiono necessari ulteriori studi ove siano indagati markers meno comuni, tra cui i metalli o altri idrocarburi derivanti dalla combustione del tabacco, per evidenziare come il diverso modo di fumare in presenza di mentolo (in termini di quantità e qualità del fumo assorbito) possa incidere sull'introiezione di elementi tossici o carcinogenetici, fornendo maggiore completezza alla mappa di aumento del rischio nell'uso di sigarette mentolate.

L'opportunità perduta per la salute pubblica

Il Comitato Scientifico istituito per lo studio e le politiche da adottare sui prodotti del tabacco, emanazione dell'FDA a partire dal 2009, ha pubblicato nel 2011 un report [48] riguardante gli effetti del mentolo nelle sigarette sulla salute pubblica, con particolare riferimento ai bambini, agli afro-americani, agli ispanici ed ad altre minoranze etniche e razziali. Anche se è stato dichiarato che il mentolo non incrementa la tossicità del fumo di sigaretta, d'altro canto favorisce l'inizio della sperimentazione del tabacco, perpetua la dipendenza da tabacco e rende meno efficaci, in coloro che lo usano, i tentativi di disassuefazione dal tabagismo, aumentando di fatto il numero totale di fumatori. Rappresenta quindi un danno per la salute pubblica. Una pletora di pubblicazioni scientifiche ha dimostrato inoltre come le sigarette siano rese più appetibili, soprattutto tra i giovani, per gli effetti di mascheramento del gusto del tabacco e l'aroma del fumo. La quota di adolescenti che utilizzano il mentolo è superiore alla quota degli adulti e, tra gli adolescenti, tale prodotto è prediletto dai più giovani. Inoltre, basta meno di un anno di utilizzo continuativo affinchè il soggetto fumatore rimanga "affezionato" alle mentolate per tutto il resto della sua vita da tabagista **(Figura 1)**. Eppure, nonostante queste conclusioni, il Comitato non ha raccomandato l'eliminazione delle sigarette mentolate dal mercato, dichiarando soltanto che *"vietarle sarebbe di beneficio per la salute pubblica negli USA"*.

A tale "suggerimento", basato sull'evidenza scientifica e che ricalca le conclusioni del report del Surgeon General's datato 1964, non sono finora seguite azioni concrete da parte dell'FDA. Nel 2011 vi erano più di 19 milioni di fumatori di sigarette mentolate solo negli USA e quasi la metà delle persone che sperimentano le prime sigarette iniziano proprio con questo prodotto: il divieto di vendita avrebbe quindi già da tempo avuto un effetto sulla salute pubblica di quel Paese. Probabilmente il timore di un calo delle vendite delle sigarette, con conseguenti minori introiti derivanti dalle accise, ha intimorito il Congresso che ha esentato il mentolo dal cosidetto "Tobacco Act" in cui venivano messe al bando altre specialità di prodotti tabagici. L'organizzazione americana che propugna una "Campagna per i ragazzi liberi dal tabacco" così come altri gruppi con simili finalità, si è battuta per il mantenimento del mentolo nel tabacco venduto, perché avrebbe rischiato di perdere il finanziamento della Philip Morris e di mandare a rotoli gli affari finanziati dalla più grande industria del tabacco degli USA. La motivazione ufficiale dell'emendamento presentato contro il divieto del mentolo fu che quest'azione avrebbe scatenato il contrabbando ed il mercato nero (stesso argomento citato dal più grande produttore di sigarette mentolate, Lorillard della Newport). Sia l'amministrazione Obama, tesa a difendere le politiche di riforma sanitaria dagli attacchi degli avversari, sia il Congresso non hanno intenzione di proporre il divieto di vendita delle mentolate. È difficile comprendere il razionale di una politica antitabagica che ha a lungo vietato la vendita di sigarette al cioccolato, alla banana, all'ananas, alle fragole, allo cherry ed al kiwi ma non di quelle al mentolo. Siegel [49] conclude duramente il suo articolo, dicendo che il mentolo continuerà ad essere protetto dal Governo Federale americano proprio perché contribuisce a perpetuare la dipendenza da tabacco (e quindi le vendite ed i ricavi per il governo e per i produttori che, a loro volta, finanziano altre attività di governo coi loro proventi) ed è uno strumento

per garantire incassi considerevoli a spese della salute pubblica.
Diversa l'atmosfera nell'Unione Europa dove, in vantaggio rispetto al Nuovo Mondo, la DIRETTIVA 2014/40/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 3 aprile 2014 sul tabacco propone un giro di vite da adottare proprio entro il 2015 con una serie di provvedimenti allo studio anche in Italia. Tra essi, vi è anche il divieto di immissione sul mercato di prodotti del tabacco contenenti aromi come mentolo, vaniglia ed altri additivi che possano rendere più appetibili le sigarette. Le sigarette al mentolo, così come recita l'Art 7, comma 14 della Direttiva 2014_40, saranno vietate dal 2020 (dal 20 maggio).

Sigarette mentolate e altre dipendenze

Un effetto potenzialmente negativo delle sigarette mentolate che è stato poco studiato nell'ultima decade è il ruolo nella dipendenza da cocaina, marijuana e alcool (in particolare il "binge drinking"). Nel 2010, negli USA, è stato stimato che oltre 1 milione di persone sono cocainomani e l'80% di essi fuma tabacco [7]. Di questi, quasi il 70% fuma sigarette mentolate.
Quando associato, il tabagismo è una co-morbilità che rende la dipendenza da cocaina più grave, poiché ne determina un uso di maggiori quantità con cadenze più ravvicinate, e con la maggiore probabilità (rispetto ai non tabagisti) di usarla endovena o fumarla.
È stato dimostrato come la somministrazione di cocaina incrementi il tasso di sigarette fumate e come la mecamilamina, un antagonista della nicotina, riduca il craving per la cocaina che invece aumenta in caso di somministrazione di nicotina.
Tutto questo depone per un'azione di rinforzo biunivoca intercorrente tra cocaina e nicotina. Il mentolo determina un incremento dell'assorbimento transbuccale e transdermico di farmaci e sostanze stupefacenti. Oltre che favorire la broncodilatazione, sembra che esso possa incrementare la permeabilità alveolare, permettendo un maggiore assorbimento delle sostanze inalate attraverso il fumo. Se usato assieme ad altre sostanze d'abuso, il mentolo può incrementare il rinforzo positivo, agendo sulla conduttanza del Ca++ in determinati recettori cellulari coinvolti nella percezione di tale effetto. Nello specifico, sembra che il mentolo fumato assieme al tabacco agisca aumentando la durata dell'"high" cocainico, permettendo inoltre ai cocainomani in virtù dei suoi effetti rinfrescanti, di fumare crack per periodi di tempo più lunghi ed infine producendo effetti simili alla cocaina nella fase di astinenza dalla sostanza. Sulla base di questi dati, noti dagli anni '90 [50], è stato condotto recentemente uno studio osservazionale per suffragarli su un'ampia fascia di popolazione statunitense. Tale lavoro ha confermato che i pazienti, a prescindere dall'appartenenza ad un determinato gruppo etnico, hanno riportato effettivamente un prolungato "high" cocainico in associazione a sigarette mentolate ed inoltre una quota significativa non ha sperimentato l'astinenza da cocaina. A tale proposito esistono su Internet delle comunicazioni aneddotiche ove sembra che, al fine di incrementare la potenza e la durata d'azione della cocaina, siano aggiunti composti a base di mentolo durante la preparazione delle dosi da consumare. Inoltre, tra i cocainomani non vi sono differenze significative nel tasso di disassuefazione da tabacco tra i fumatori di sigarette "normali" e mentolate. Gli effetti del mentolo sulla gestione della cocaina non sono invece risultati evidenti in un campione di popolazione assuefatto alle metamfetamine [51] che, essendo anch'esse stimolanti, avrebbero dovuto manifestare gli stessi effetti di interazione. Questa apparente contraddizione può essere spiegata sul piano strettamente chimico. La durata degli effetti soggettivi delle due sostanze è significativamente diversa, cioè molto più breve per la cocaina. Il mentolo quindi può prolungare l'"high" cocainico (che di per sé dura circa 30') mentre non agisce solo per motivi di tempo sull'"high" da metamfetamine (che dura circa 6 ore o più). Un altro importante lavoro ha studiato l'associazione tra il consumo di marijuana, alcool (binge drinking) e sigarette mentolate, molto diffusa tra gli adolescenti [52]. Gli Autori hanno esaminato in particolare le condotte relative a tali sostanze in un cospicuo campione di adolescenti canadesi (4466) di età compresa tra i 12 ed i 17 anni, fascia di età notoriamente a rischio anche in altri Paesi industrializzati e proprio per questo motivo di interesse "trasversale". Anche in questo caso, come nel cocainismo, la comorbilità tabagismo-dipendenza da marijuana e binge drinking sono strettamente correlate, essendo presenti nell'85% dei soggetti reclutati in vari trial aventi per oggetto lo studio di questi disturbi. Pochi studi però hanno valutato il ruolo del mentolo. Tra questi, Kong et al. [53] hanno evidenziato come tra i fumatori di tabacco mentolato di un campione di 837 adolescenti, una percentuale significativamente molto alta fosse dipendente dalla cannabis. In linea con tale dato, anche Azagba e Sharaf [52] hanno riportato che le sigarette mentolate sono significativamente associate, tra gli adolescenti, al binge drinking ed all'uso quotidiano di alte dosi di marijuana. Tutti gli Autori degli studi citati in questa sezione auspicano e raccomandano il divieto di vendita delle sigarette mentolate in quanto elemento aggiuntivo di rischio per la salute pubblica alla luce della loro associazione, in misura significativamente maggiore rispetto a quelle senza mentolo, con la dipendenza da sostanze. È evidente come la presenza di mentolo nel fumo di tabacco tende a rinforzare la recente dimostrazione scientifica da parte dei coniugi Kandel della nicotina come "gateway drug" per tutte le droghe [54-56].

Conclusioni

Una gran quantità di pubblicazioni scientifiche ha dimostrato come basti meno di un anno di utilizzo continuativo affinché il soggetto fumatore rimanga "fidelizzato" alle sigarette mentolate per tutto il resto della sua vita da tabagista. Inoltre il mentolo favorisce l'inizio della sperimentazione del tabacco, perpetua la dipendenza da tabacco e rende meno efficaci, in coloro che lo usano, i tentativi di disassuefazione dal tabagismo, aumentando di fatto il numero totale di fumatori.

Dal punto di vista tossicologico, come auspicato dalla DIRETTIVA 2014/40/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 3 aprile 2014 sul tabacco, appaiono necessari ulteriori studi per evidenziare come il diverso modo di fumare in presenza di mentolo (in termini di quantità e qualità del fumo assorbito) possa incidere sull'introduzione di elementi tossici o carcinogenetici, fornendo maggiore completezza alla mappa di aumento del rischio nell'uso di sigarette mentolate, "al fine di valutarne, tra l'altro, la tossicità, la capacità di indurre dipendenza e le proprietà cancerogene, mutagene o tossiche per la riproduzione («proprietà CMR»), anche in forma combusta". Inoltre, considerato il ritardo con cui si è realizzato l'intervento legislativo per la messa al bando di un additivo i cui effetti erano noti, o comunque ipotizzabili, già da almeno un decennio, c'è da augurarsi per il futuro un monitoraggio più attento e una risposta più pronta da parte degli organi preposti su eventuali sistemi alternativi realizzati dall'industria del tabacco per aumentare il numero di tabagisti.

[Tabaccologia 2015; 4:48-58]

Giovanni Pistone
Dirigente Medico, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Referente C.T.T., A.S.L. NO Novara

Vincenzo Zagà
Pneumologo Bologna, Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

Liborio M. Cammarata
Direttore, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, A.S.L. NO Novara

Corresponding author:
Giovanni Pistone
✉ pistone.giovanni@gmail.com

Bibliografia

1. Food and drug administration (FDA). Preliminary scientific evaluation of the possible public health effects of menthol versus nonmenthol cigarettes. 2013;1-153.

2. Anderson SJ, Mccandless P, Klausner K et al. Tobacco documents research methodology. *Tobacco Control*. 2011; 20(2):8-11.

3. Salgado MV, Glantz SA. Direct disease-inducing effects of menthol through the eyes of tobacco companies. *Tobacco Control*. 2011;20(2):44-48.

4. Yerger VB. Menthol's potential effects on nicotine dependance: a tobacco industry perspective. *Tob Contr*. 2011;20 (suppl 2):29-36.

5. Fallin A, Goodin AJ, King BA. Menthol cigarette smoking among lesbian, gay, bisexual and transgender adults. *Am J. Prev Med*. 2015;48(1):93-97.

6. Bartsch P. XIV Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco – Europe Chapter – 2012: P31.

7. Samhsa. Results from the 2010 national survey on drug use and health; summary of national findings. SAMHSA Center for behavioural health statistics and quality. Rockville MD 2011.

8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: national findings. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2009.

9. Caraballo RS and Asman K. Epidemiology of menthol cigarette use in the United States. *Tobacco Induced Diseases*. 2011;9(Suppl 1):S1.

10. Finkenauer R, Pomerleau CS, Snedecor SM, Pomerleau OF. Differences in factors relating to smoking initiation. *Addictive Behaviors*. 2009; 34(12):1056-9.

11. Hersey JC, Ng SW, Nonnemaker JM, et al. Are menthol cigarettes a starter product for youth? *Nicotine and Tobacco Research*. 2006;8:403-413.

12. Hersey JC, Nonnemaker JM, Homsi G. Menthol cigarettes contribute to the appeal and addiction potential of smoking for youth. *Nicotine and Tobacco Research*. 2010; 12(suppl 2):S136-46.

13. Connolly GN, Behm I, Osaki Y et al. The Impact of menthol cigarettes on smoking initiation among non-smoking young females in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8:1-14.

14. Fagan P, Moolchan ET, et al. Nicotine dependence and quitting behaviors among menthol and nonmenthol smokers with similar consumptive patterns. *Addiction*. 2010;105(suppl. 1):55-74.

15. Collins CC, Moolchan ET. Shorter time to first cigarette of the day in menthol adolescent cigarette smokers. *Addictive Behaviors*. 2006;31:1460-1464.

16. Muscat JE, Chen G, Knipe A, et al. Effects of menthol on tobacco smoke exposure, nicotine dependence, and NNAL glucuronidation. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, and Prevention.* 2009;18:35-41.

17. Lawrence DL, Rose A et al. National patterns and correlates of mentholated cigarette use in the United States. *Addiction.* 2010;105(suppl 1):13-31.

18. Gullotta F, Hayes CS, Martin BR. 1620 program update (conference agenda). Research 1991 Jan 4. http://legacy.library.ucsf.edu/tid/leg66b00.

19. Hoffman AC, Simmons D. Menthol cigarette smoking and nicotine dependence. *Tobacco induced diseases.* 2011;9(1):S5.

20. Gundersen DA, Delnevo CD, Wackowski O. Exploring the relationship between race or ethnicity, menthol smoking, and cessation, in a nationally representative sample of adults. *Preventive Medicine.* 2009;49(6):553-557.

21. Harris KJ, Okuyemi KS, Catley D, et al. Predictors of smoking cessation among African-Americans enrolled in a randomized controlled trial of bupropion. *Preventive Medicine.* 2004;38(4):498-502.

22. Pletcher MJ, Hulley BJ, Houston T, et al. Menthol cigarettes, smoking cessation, atherosclerosis, and pulmonary function: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Archives of Internal Medicine.* 2006; 166(17):1915-1922.

23. Hyland A, Garten S, Giovino, GA, Cummings KM. Mentholated cigarettes and smoking cessation: findings from COMMIT (Community Intervention Trial for Smoking Cessation). *Tobacco Control.* 2002;11(2):135-139.

24. Blot WJ, Cohen SS, Aldrich M, McLaughlin JK, Hargreaves MK, Signorello LB. Lung cancer risk among smokers of menthol cigarettes. *Journal of the National Cancer Institute.* 2011;103:810-816.

25. Lee PN. Systematic review of the epidemiological evidence comparing lung cancer risk in smokers of menthol and unmenthol cigarettes. *BMC Pulmonary Medicine.* 2011;11:18.

26. Friedman GD, Sadler M, Tekawa IS, Sidney S. Menthol cigarettes and non-lung smoking related cancers in California, USA. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 1998;52:202.

27. Mendiondo MS, Alexander LA, Crawford T. Health profile differences for menthol and nonmenthol smokers: findings from the National Health Interview Survey. *Addiction.* 2010;105(suppl 1):124-128.

28. Murray RP, Connett JE, Skeans MA, Tashkin DP. Menthol cigarettes and health risks in Lung Health Study data. *Nicotine & Tobacco Research.* 2007;9:101-107.

29. Miguez-Burbano MJ, Vargas M, Quiros C et al. Menthol cigarettes and the cardiovascular risks of people living with HIV. *J. Associat. Nurses AIDS Care.* 2014;25(5):427-435.

30. Hoshino M, Ikarashi N, Tsukui M. Menthol reduces the anticoagulant effect of warfarin by inducing cytochrome P450 2C expression. *Eur J Pharm Sci.* 2014, 2;56:92-101.

31. Park SJ, Foreman MG, Demeo DL et al. Menthol cigarette smoking in the COPDGene cohort: relationship with COPD, comorbidities and CT metrics. *Respirology.* 2015; 20:108-114.

32. Bernhardt G, Biersack B, Bollwein S, Schobert R, Zoldakova M. Terpene conjugates of diaminedichloridoplatinum(II) complexes: antiproliferative effects in HL-60 leukemia, 518A2 melanoma, and HT-29 colon cancer cells. *Chemistry and Biodiversity.* 2008;5(8):1645-1659.

33. Heck JD. A review and assessment of menthol employed as a cigarette flavoring ingredient. *Food and Chemical Toxicology.* 2010 48(suppl):S1-S38.

34. Kim SH, Nam JH, Park EJ, Kim BJ, Kim SJ, So I, Jeon JH Menthol regulates TRPM8-independent processes in PC-3 prostate cancer cells. *Biochimica et Biophysica Acta.* 2009;1792(1):33-38.

35. Murthy PBK, Ahmend MM, Regu K. Lack of genotoxicity of menthol in chromosome aberration and sister chromatid exchange assays using human lynphocytes in vitro. *Toxicology in Vitro.* 1991;5(4):337-340.

36. Rabinoff M, Caskey N, Rissling A, Park C. Pharmacological and chemical effects of cigarette additives. *American Journal of Public Health.* 2007;97(11):1981-1991.

37. Werley MS, Coggins CRE and Lee PN. Possible effects on smokers of cigarette mentholation: a review of the evidence relating to key research questions. *Regulatory Toxicology and Pharmacology.* 2007;47:189-203.

38. Lin JP, Lu HF, Lee JH, Lin JG, Hsia TC, Wu LT, Chung JG. (-)-Menthol inhibits DNA topoisomerases I, II alpha and beta and promotes NF-kappaB expression in human gastric cancer SNU-5 cells. *Anticancer Research.* 2005; 25(3B): 2069-2074.

39. Sidell N, Verity MA, Nord EP. Menthol blocks dihydropyridine-insensitive Ca2+ channels and induces neurite outgrowth in human neuroblastoma cells. *Journal of Cellular Physiology.* 1990;142(2):410-419.

40. Yudin Y, Rohacs T. Regulation of TRPM 8 channel activity. *Mol Cell Endocrinol.* 2012 28;353(1-2):68-74.

41. Jarvik ME, Tashkin DP, Caskey NH, McCarthy WJ, Rosenblatt MR (2004). Menthol cigarettes decrease puff volume of smoke and increase carbon monoxide absorption. *Physiology & Behavior.* 1994;56:563e70.

42. MacDougall JM, Fandrick K, Zhang X, Serafin SV, Cashman JR. (2003). Inhibition of human liver microsomal (S)-nicotine oxidation by (-)-menthol and analogues. *Chemical Research in Toxicology.* 16(8):988-993.

43. Benowitz NL, Herrera B et al. (2004). Menthol cigarette smoking inhibits nicotine metabolism. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapies.* 310(3):1208-1215.

44. Wickham RJ. How menthol alters tobacco-smoking behavior: a biological perspective. *YJBM.* 2015;88:279-287.

45. Williams JM, Gandhi KK, Steinberg ML, Foulds J, Ziedonis DM, Benowitz NL (2007). Higher nicotine and carbon monoxide levels in menthol cigarette smokers with and without schizophrenia. *Nicotine and Tobacco Research.* 9(8):873-881.

46. Ahijevych KL, Tyndale RF, Dhatt RK, et al. (2002). Factors influencing cotinine half-life during smoking abstinence in African American and Caucasian women. *Nicotine and Tobacco Research.* 4:423-431.

47. Jones MR, Apelberg BJ, Tellez-Plaza M et al. Menthol cigarettes, race/ethnicity and biomarkers of tobacco use in U.S. Adults: the 1999-2010 national health and nutrition examination survey (NHANES). *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2012;22(2):224-232.

48. Benowitz NL, Samet JM. The threat of menthol cigarettes to U.S. Public Health. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2179-2181.

49. Siegel M. A lost opportunity for public health- The FDA Advisory Committee report on menthol. *N Engl J Med*. 2011;364 (23):2177-2179.

50. Sees KL, Clark HW. When to begin smoking cessation in substance-abusers. *J Subst Abuse Treat*. 1993;10:189-195.

51. Winhusen TM, Adinoff B, Lewis DF et al. A tale of two stimulants: mentholated cigarettes may play a role in cocaine, but not methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;133:845-851.

52. Azagba S, Sharaf M.F. "Binge drinking and marijuana use among menthol and non-menthol adolescent smokers: findings from the youth smoking survey. *Addictive Behaviors*. 2014;39:740-743.

53. Kong G, Singh N, Camenga D et al. Menthol cigarette and marijuana use among adolescents. *Nicotine & Tobacco Research*. 2013;15(12):2094-2099.

54. Kandel E, Kandel D. A Molecular Basis for Nicotine as a Gateway Drug. *N Engl J Med*. 2014;371:932-43. DOI: 10.1056/NEJMsa1405092.

55. Amram DL, Zagà V. Nicotina come "gateway drug". *Tabaccologia*. 2015;1:1217.

56. Kandel D, Kandel E. The Gateway Hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives. *Acta Paediatrica*. 2015;104:130-137.

L'EDITORIA DELLE MALATTIE CARDIO-RESPIRATORIE
Cultura e Comunicazione

MIDIA EDIZIONI
Tel. +39 040 3720456 - midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Legge di stabilità 2015 Finalmente via libera alla green economy con sanzioni a chi getta i mozziconi per terra

Il «Collegato ambientale» della legge di stabilità 2015, approvata in via definitiva dal Senato, prevede fondi per incentivare la mobilità sostenibile, risorse per il rischio idrogeologico, acquisti verdi per la Pubblica Amministrazione, e sanzioni per chi getta a terra mozziconi, gomme da masticare, scontrini di carta

Vincenzo Zagà

Approvata in via definitiva anche dal Senato la Legge di stabilità con il Collegato Ambientale sulla Green economy.
«Finalmente, dopo un lungo percorso – commenta il ministro dell'Ambiente, Gian Luca Galletti – il Collegato Ambientale è legge dello Stato: per il nostro Paese un bel passo in avanti nella direzione dell'accordo raggiunto a Parigi e dell'impegno europeo verso l'economia circolare».
Con i suoi 79 articoli di legge il Collegato Ambientale, fra le tante novità, ne contiene una che attendavamo da tempo: **chi getta a terra, nelle acque pubbliche (per esempio i fiumi) o nelle caditoie, mozziconi di sigarette, gomme da masticare, fazzolettini di carta e scontrini viene multato. Per legge nazionale.** La gradazione delle sanzioni è molto ampia, e copre una forchetta tra i 30 e i 300 euro (nel caso delle cicche), mettendo le amministrazioni comunali nella condizione di avere città più pulite e minori problemi di smaltimento nella catena dei rifiuti. Con un'avvertenza, però, che speriamo i comuni siano in grado di rispettare: ovvero la creazione di spazi, contenitori ad hoc, per questo tipo di spazzatura.
A questo punto, visto il grande quanto misconosciuto impatto ambientale da cicche, non solo dal punto di vista estetico ma anche sanitario (solo in Italia più di 50 miliardi di cicche con migliaia di tonnellate di acetato di cellulosa, di nicotina, di catrame e più di 1 milione di Bequerel di Polonio 210), diventerebbe più fattibile la creazione di una filiera di smaltimento per rifiuti tossici. A questo punto occorrerebbe che il Ministero dell'Ambiente ottenesse dall'Unione Europea l'assegnazione di un codice CER anche per le cicche come rifiuto tossico e promuovesse un network nazionale fra i Comuni per una raccolta differenziata con il riciclaggio finale dell'acetato di cellulosa dei filtri verso prodotti eco-compatibili.
Noi di Tabaccologia seguiremo passo passo l'attuazione di questi passaggi a partire dal rispetto della norma e ve ne daremo conto nei prossimi numeri.

[Tabaccologia 2015; 4:59]

Vincenzo Zagà
✉ caporedattore@tabaccologia.it
Pneumologo, Bologna
Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

Pacchetto di nuove norme varate dal CdM atte ad arginare il problema tabagismo ma… a quattro condizioni

Via libera, finalmente, al decreto del Consiglio dei Ministri che recepisce la direttiva UE sul tabacco. Entrata in vigore il 2 febbraio 2016. Varie le misure contemplate

Vincenzo Zagà

Stop fumo in auto con bimbi e donne incinte

Divieto di fumo in auto in presenza di minori e donne incinte.

Immagini shock sui pacchetti

Le confezioni di sigarette, tabacco da arrotolare e tabacco per pipa ad acqua recheranno le nuove "avvertenze combinate" relative alla salute composte da testo, fotografie, immagini shock e informazioni per dissuadere i consumatori. Le avvertenze occuperanno il 65% (e non più solo il 30-40%) del fronte e del retro delle confezioni. Ci sarà anche il messaggio "Il fumo del tabacco contiene oltre 70 sostanze cancerogene".

Additivi

Vietato l'uso di additivi che rendono più ''attrattivo'' il prodotto del tabacco, che promettano cioè ''benefici per la salute ed effetti energizzanti''. Stop inoltre all'immissione sul mercato di sigarette e tabacco da arrotolare contenenti aromi, come mentolo, vaniglia, erbe, spezie, che possano modificare odore, gusto, intensità di fumo, con qualche compromesso in sede di UE sui tempi di attuazione (dal 20 maggio 2020 per il mentolo).

Aboliti i pacchetti da dieci

Sono aboliti i pacchetti da 10 sigarette e le confezioni di tabacco da arrotolare contenenti meno di 30 grammi di tabacco. Si tratta delle tipologie più richieste dai giovanissimi.

Divieto di fumo nelle pertinenze esterne degli ospedali

Inasprimento delle sanzioni per la vendita ai minori fino alla revoca della licenza

Pubblicità

Sulle confezioni sono vietati tutti gli elementi promozionali.

Tracciabilità

Viene introdotto un sistema europeo di localizzazione e tracciabilità delle confezioni dei prodotti del tabacco, al fine di combatterne il traffico illecito. Stretta anche sulle sigarette elettroniche.
Sulle confezioni di sigarette elettroniche sono vietati tutti gli elementi promozionali. Stop alla vendita online transfrontaliera di prodotti del tabacco e sigarette elettroniche. E proprio su queste ultime, sono previsti maggiori requisiti di sicurezza e qualità. Il decreto prevede ad esempio che siano introdotti una chiusura a prova di bambino e manomissione e un sistema di protezione dagli spargimenti di liquido di nicotina. È prevista inoltre la notifica del Ministero della Salute per i prodotti da immettere sul mercato e l'obbligo di un foglietto di istruzioni con controindicazioni e informazioni sugli effetti nocivi.
Cosa importante è che il decreto legislativo, prima di approdare alla firma definitiva del Presidente della Repubblica, ha avuto il parere favorevole della commissione Sanità però subordinato a ben quattro condizioni poste dalla commissione stessa e raccolte anche dalle altre commissioni che hanno esaminato il testo. La **prima condizione** è che sia affidata al solo Ministero della Salute la valutazione degli studi sulla tossicità di nuovi prodotti da fumo e non sulla base di modalità stabilite insieme al Ministero dello Sviluppo Economico e Mef.
La **seconda** è assicurare che gli elementi di sicurezza antimanomissione siano realizzati da un soggetto pubblico e indipendente a contrasto della contraffazione.
La **terza** prevede che gli ulteriori decreti attuativi siano adottati coinvolgendo le commissioni competenti del parlamento.
Mentre nella **quarta** si sottolinea la necessità che per tutti i prodotti da fumo i contenuti delle etichette e dei pacchetti siano coerenti con i risultati degli studi scientifici indipendenti e non possano in alcun modo anticipare rassicurazioni non documentate. «*La raccomandazione* – ha sottolineato la senatrice Nerina Dirindin, capogruppo PD in commissione Sanità – *è che sia previsto un sostegno, anche sotto il profilo finanziario, allo sviluppo delle attività di prevenzione del tabagismo, così come di tutte le altre forme di dipendenza, a partire da strategie educative nelle scuole di ogni ordine e grado e con il coinvolgimento dei servizi sanitari territoriali*».

[Tabaccologia 2015; 4:60]

Vincenzo Zagà
✉ caporedattore@tabaccologia.it
Pneumologo, Bologna
Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

Il tabagismo dalla prevenzione alle terapie

Nuova edizione per il Corso di Perfezionamento in Trattamento del Tabagismo, organizzato dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona

Biagio Tinghino

Il fumo è stato identificato dall'OMS come la principale causa di morte prevenibile. Ma come si può diventare un esperto nella cura del tabagismo?
L'Università di Verona organizza anche quest'anno il Corso di Perfezionamento in Trattamento del Tabagismo, giunto alla terza edizione, in collaborazione con la Regione del Veneto: "Il nostro è l'unico Corso di Perfezionamento universitario che affronta specificatamente il trattamento del tabagismo, ovvero della dipendenza dal fumo di sigaretta – spiega il professor Cristiano Chiamulera, direttore del corso.
Gli studenti impareranno a gestire il paziente fumatore attraverso la valutazione diagnostica, le diverse forme di terapie e la loro integrazione, la prevenzione della ricaduta e il monitoraggio". Il corso è indirizzato ai laureati in ambito biomedico e sanitario (compresa la laurea in Scienze motorie), ma anche degli ambiti della pedagogia, della formazione e delle scienze sociali.
"Abbiamo deciso di aprirci a tutte quelle discipline che ricadono nell'ampia area della salute, che è qualcosa che va oltre la sanità – continua il professore –. Le malattie, infatti, si possono non solo curare, ma anche prevenire attraverso opportuni stili di vita".
Le iscrizioni già chiuse per l'anno Accademico 2015-16 si riapriranno ai discenti, di qualsiasi provenienza, con l'autunno p.v.

Professor Chiamulera, com'è organizzata l'attività didattica del corso?

"Nel programma le conoscenze teoriche, basate sulle evidenze mediche del tabagismo, vengono integrate con le competenze tecniche. I primi tre moduli, più teorici, sono di formazione a distanza e trattano l'inquadramento generale del problema del fumo, la dipendenza da tabacco e le diverse strategie di trattamento. Ci sono poi le lezioni frontali in aula, molto più pratiche, incentrate sul trattamento del paziente fumatore e sulle situazioni che richiedono un intervento specifico".

Può farci un esempio?

"I pazienti con situazioni cliniche particolari necessitano di trattamenti diversi rispetto a quelli standard, perché hanno anche altri problemi oltre quello del fumo: problemi psicologici, psichiatrici, sociali, economici... Questo è lo zoccolo duro dei fumatori. Ricordiamoci che nonostante il numero dei fumatori sia in calo, le percentuali si sono però stabilizzate intorno a una media del 20% della popolazione, percentuale sotto la quale sarà molto difficile scendere".

Chi saranno i docenti?

"Le lezioni non saranno tenute da professori universitari, bensì da professionisti clinici e sanitari, tra cui psicologi, pneumologi e psichiatri, dunque persone con un'esperienza concreta nel trattamento del tabagismo. Si tratta di opinion leader nazionali e internazionali".

Sono previste attività pratiche?

"Sì, ci saranno workshop in cui chiederemo ai discenti, divisi in gruppi, di affrontare la risoluzione di casi clinici e la soluzione di problemi, anche dal punto di vista organizzativo. Inoltre la stesura della tesi finale, guidata da un docente del corso a scelta, prevede l'analisi di esperienze reali.
Il giorno della consegna dei diplomi viene infine organizzata una tavola rotonda, dove un ospite straniero dialoga con docenti e studenti su un tema specifico inerente al trattamento del tabagismo".

Quali sono le possibilità occupazionali?

"I discenti potranno avere sbocchi professionali nei centri per il trattamento del tabagismo esistenti all'interno del sistema sanitario nazionale (SSN), oppure – se già operatori del SSN – proporne la creazione di uno nuovo nel proprio territorio. Anche chi non lavorerà in un centro specializzato potrà applicare comunque nella sua pratica professionale il cosiddetto "intervento minimo", motivando la persona a smettere di fumare, per poi indirizzarla all'intervento "integrato" nei centri più vicini.

Procedure di immatricolazione ed iscrizione

Per iscriversi ad un Master o ad un Corso di Perfezionamento e/o di Aggiornamento Professionale dell'Ambito disciplinare di Medicina e Chirurgia è necessario leggere attentamente il bando di ammissione e la scheda informativa specifica del singolo corso reperibile al link www.univr.it/master oppure www.univr.it/corsiperfezionamento; quindi stampare e compilare la domanda di ammissione e farla pervenire all'U.O. Carriere Scuole di Specializzazione e Post Lauream secondo le modalità indicate nel Bando all'art. 3. Alla domanda di ammissione va allegato un versamento di € 31,00 quale contributo di ammissione da versare secondo le modalità indicate nell'Allegato B del Bando. I passi sussessivi saranno: partecipazione alla prova di selezione, pubblicazione della graduatoria degli ammessi e versamento del contributo di iscrizione per l'effettiva immatricolazione.

[Tabaccologia 2015; 4:61-62]

Si fa presente che l'iscrizione on-line è obbligatoria.
Per iscrizioni e informazioni di tipo amministrativo rivolgersi a:

Direzione Didattica e Servizi agli Studenti
Area Scienze della Vita e della Salute
U.O. Carriere Scuole di Specializzazione e Post Lauream
Via Bengasi, 4 – 37134 Verona

Biagio Tinghino
✉ presidenza@tabaccologia.it
Presidente SITAB

Apertura al pubblico

Lunedì e venerdì
dalle ore 10:00 alle ore 13:00

Martedì e giovedì
dalle ore 10:00 alle ore 15:00

Mercoledì chiuso

Tel. 045 802 7231-7237
Fax 045 802 7234
postlauream.medicina@ateneo.univr.it

Il tabagismo nei Congressi ERS e CHEST

Gherardo Siscaro

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS
The Global Leader in Clinical Chest Medicine

ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbilità e mortalità prevenibile nel nostro Paese. Sono attribuibili al fumo di tabacco solo in Italia circa 80.000 morti l'anno, dovute a conseguenze cardiovascolari, respiratorie e oncologiche.
Vista la rilevanza del problema, l'argomento è stato trattato anche quest'anno all'ERS, il congresso della Società Europea di Pneumologia, che si è tenuto ad Amsterdam lo scorso settembre. In tale sede è stata data particolare rilevanza alle strategie per la disassuefazione dal fumo e all'importate ruolo che in quest'ambito devono in prospettiva avere i servizi territoriali.
Tutte le linee guida internazionali sono concordi nel raccomandare che gli interventi di cessazione del fumo siano organizzati con una struttura di intervento conosciuta come le "5 A". Già nota da tempo e supportata da numerose prove di efficacia, prevede le seguenti tappe:

- **ASK**. Chiedere a tutti i pazienti, ad ogni visita, se fumano.
- **ADVISE**. Informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere.
- **ASSESS**. Definire le caratteristiche del soggetto.
- **ASSIST**. Stabilire e attuare un percorso terapeutico.
- **ARRANGE**. Attuare interventi per prevenire la ricaduta e pianificare un follow up.

Tutte le linee guida, esposte dai relatori nelle loro presentazioni in aula, sono inoltre concordi nell'individuare e nel "potenziare" i servizi territoriali come elemento fondamentale per la lotta al tabagismo, data la stretta relazione che lega tali strutture ai pazienti ed alla possibilità, che è loro peculiare, di seguirli con costanza nel tempo.
Le strutture territoriali possono – o meglio dovrebbero – farsi carico delle prime "3 A" della struttura di intervento raccomandata per tutti gli assistiti (ASK, ADVISE,ASSESS).
Per la fase dell'ASSIST, cioè della scelta e dell'attuazione del percorso terapeutico, il paziente fumatore potrà invece appoggiarsi ad un Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT).

Tutti i relatori intervenuti all'ERS su questa tematica hanno raccomandato fortemente che i fumatori devono essere sempre correttamente informati sul rischio che il fumo comporta, adattando l'informazione al livello di comprensione del soggetto e sulle strategie terapeutiche possibili. Diversi studi, portati in visione alla platea, hanno dimostrato come, nei soggetti che erano stati avvisati dei rischi che il fumo comporta, il tasso di cessazione era aumentato rispetto ai fumatori non informati. Inoltre è importante far conoscere tutti i vantaggi sia immediati che tardivi della cessazione del fumo. Inoltre è stato sottolineato che la promuovere la lotta al fumo non va visto solo come intervento preventivo ma anche come intervento terapeutico: un paziente con BPCO o con precedente infarto o neoplasia che continua a fumare merita certamente l'attenzione da parte delle varie figure sanitarie con cui si interfaccia e venga indirizzato a programmi appositamente dedicati.

Altro importante congresso in cui è stato approfondito il topic "fumo" è stato il *CHEST*, ovvero il congresso dell'American College of Chest Phisician, che si è tenuto a Montreal lo scorso ottobre. In tale occasione particolare rilevanza è stata invece data alla "sigaretta elettronica" ormai diffusissima a livello globale, ma di cui c'è ancora molto da imparare: poco, infatti, attualmente si conosce circa gli effetti sulla salute che possono essere provocati, nel breve e nel lungo termine, dal loro utilizzo, così come ancora poco si sa circa la loro efficacia nell'aiutare a chiudere con il vizio del fumo.

A Montreal a sostenere che, allo stato dei fatti, ancora non si possano tirare conclusioni sulle sigarette elettroniche perché mancano i dati è stato un gruppo di ricercatori della Virginia Commonwealth University di Richmond che, nella relazione che hanno brillantemente esposto in aula sullo studio che hanno condotto, il quale fra l'altro è stato pubblicato sul Journal of Addiction Medicine, la rivista ufficiale dell'American Society of Addiction Medicine, scrivono: "Molto poco attualmente si sa circa gli effetti provocati sulla salute nel breve e nel lungo termine dall'utilizzo delle 'e-cig', soprattutto in considerazione della drammatica variabilità dei dispositivi in commercio, dei liquidi in essi contenuti e del comportamento degli utenti".

A differenza delle sigarette tradizionali, in cui l'utilizzo passa attraverso la combustione, le sigarette elettroniche (chiamate e-cigs dall'inglese "electronic cigarettes") si basano su un sistema che riscalda il liquido contenuto al loro interno, trasformando la soluzione in vapore (da cui l'ormai diffuso termine "svapare").

Poiché le sigarette elettroniche non funzionano per combustione, i ricercatori medici in tale ambito spiegano che, da una parte, è certamente vero che nel loro vapore risultino assenti molte delle tossine presenti invece nel fumo di tabacco; dall'altra parte, però, sussistono comunque molte preoccupazioni riguardo al contenuto molto variabile di nicotina presente nei liquidi delle e-cigs, che va da livelli assenti o minimi a quantità potenzialmente tossiche.

Al *CHEST* sono stati mostrati studi precedentemente condotti sugli effetti delle sigarette elettroniche sulla salute umana, che hanno dato risultati discordanti: se, secondo alcuni, le e-cigs sortirebbero sui polmoni già nel breve termine i medesimi effetti provocati dalle sigarette tradizionali, altri studi hanno invece messo in evidenza che dal loro impiego non deriva, almeno per quanto riguarda il breve termine, alcun effetto sulla salute.

Tuttavia sugli effetti a lungo termine la situazione è ancora meno chiara, date le pochissime evidenze a disposizione. I colleghi di Richmond hanno aggiunto che tutti i soggetti coinvolti, indipendentemente dalle loro opinioni sulle e-cigs, devono riconoscere che c'è ancora molto da imparare su questo prodotto in rapida evoluzione. Pensiero medico largamente condiviso è che in assenza di dati le generalizzazioni sono pura speculazione, non scienza.

[Tabaccologia 2015; 4:62-63]

Gherardo Siscaro
✉ gherardosiscaro@gmail.com
MD, Pneumologo
Fondazione S. Maugeri
Sede di Sciacca

Istruzioni per gli Autori

Tabaccologia *(Tobaccology)* è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medico-scientifica a libero accesso. Essa viene pubblicata con cadenza trimestrale (più eventuali supplementi). Vengono pubblicati editoriali, articoli originali, rassegne, "Tribuna", "Focus On" e "Perpective & Research" su argomenti legati alla tabaccologia (tossicologia del fumo di tabacco, prevenzione e terapia del tabagismo, patologie tabacco-correlate). Su Tabaccologia sono pubblicati articoli provenienti non solo dall'Italia ma anche dall'estero in maniera gratuita senza alcun costo per gli Autori. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Word (.doc) tramite e-mail all'indirizzo redazione@tabaccologia.it. Le Figure e le Tabelle devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint (.ppt) .tif o .jpg. Il testo deve essere in formato Times New Roman corpo 12 con doppia interlinea e numerazione riportata a fondo pagina.
Tutti gli articoli verranno sottoposti alla valutazione di un doppio referaggio anonimo. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno dichiarare via e-mail il trasferimento del copyright alla rivista Tabaccologia.
Vengono presi in considerazione per la pubblicazione articoli scritti in italiano e in inglese. Avranno precedenza di pubblicazione quelli in doppia lingua (ita/engl). Tutti gli editoriali saranno pubblicati in doppia lingua (ita/engl). Gli articoli in italiano devono comunque contenere titolo, riassunto (summary) e parole chiave in lingua inglese. Gli articoli in inglese verranno tradotti in italiano a cura della Redazione.
La prima pagina del manoscritto deve includere a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi e cognomi degli Autori, c) le istituzioni di appartenenza degli Autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria; i numeri di telefono, fax e indirizzo e-mail dell'Autore di riferimento. La secondapagina degli articoli originali e delle rassegne devono includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere 250 parole. Il riassunto degli articoli originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. A seguire il summary in inglese, che nel caso degli articoli originali, deve essere così strutturato:
Introduction, Methods, Results, Conclusions, e dalle 3 a 5 keywords . Il corpo del manoscritto segue dalla terza pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editorialiche non devono eccedere le 1000 parole. Gli articoli originali devono essere strutturati nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni. Le Introduzioni e Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.
Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani o animali devono chiaramente indicare sotto la responsabilità degli Autori nei "Metodi" che il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio e che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli standard etici stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli Autori devono esprimere il razionale del loro approccio, e dimostrare che il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti di dubbio dello studio. Quando vengono riportati esperimenti su animali, gli autori devono indicare quale guida istituzionale o nazionale hanno seguito per il trattamento e l'utilizzo degli animali da laboratorio.

Alla fine del corpo del manoscritto gli Autori devono indicare i seguenti punti:

1. **Conflitto di interessi:** tutti gli Autori devono indicare eventuali conflitti di interesse. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o istituzione dell'autore) ha una relazione finanziaria o personale che influenza in maniera inappropriata (bias) la sua condotta (queste relazioni sono anche conosciute come commitments, competing interests, o competing loyalties).
2. **Fonti di finanziamento** (solo per articoli originali): tutte le eventuali fonti di finanziamento devono essere dichiarate dagli Autori. Tabaccologia applica un embargo a tutti i lavori che abbiano ricevuto finanziamenti dalle industrie e compagnie del tabacco. Pertanto gli articoli non verranno presi in considerazione per la pubblicazione.
3. **Eventuali ringraziamenti.**
4. **Bibliografia:** Dopo il manoscritto devono essere indicate le referenze citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato fra parentesi quadra. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Le voci bibliografiche devono indicare, seguendo il noto Vancouver Style: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione,il volume e la pagina di inizio e fine. Per esempio, Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int J Addiction 1994; 29: 913-25. I capitoli dei libri devono indicare il cognome e le iniziali degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill New York, 1998.

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

Le **Tabelle** e le **legende** delle Figure devono seguire il corpo del manoscritto e devono essere numerate consecutivamente. Le Figure devono essere inviate in file separati e devono essere in formato Powerpoint, .tif o .jpg.
Tabaccologia si riserva il diritto di apportare cambiamenti formali nel testo. Gli articoli non redatti secondo queste istruzioni non verranno considerati per la pubblicazione.

Segretaria di redazione e marketing: midia@midiaonline.it

Instructions to Authors

Tabaccologia *(Tobaccology)* is the official journal of the Italian Society of Tobaccology (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" e "Perspective & Research" about tobacco-related topics i.e. tobacco, Tobaccology, pathologies due to cigarette smoking, addiction and prevention, are considered for publication. All contributions must be sent in a Word (.doc) format by e-mail to the following address: redazione@tabaccologia.it Figures are to be sent in separate files in formats such as Powerpoint (.ppt), .tif or .jpg. The editors welcome the submission of contributions from Italy and from all over the World.
No publication charge or article processing charge is required. All accepted manuscripts will be published free of charge.
The text should be double spaced, using a Times New Roman font, 12pt. character size. Pages should be enumerated at the end of each page.
All non-invited contributions will be sent to two different referees in double blind for evaluation.
Correspondences regarding submitted manuscripts will take place by means of e-mail. The authors of accepted papers will be asked to sign in an agreement to transfer the manuscript's copyright to Tabaccologia.
Original articles in Italian and English languages are mandatory for publication. Articles written in both languages (Italian and English) will have publication priority. All editorials will be published in both (Italian and English) languages. In case of articles in Italian, the title, abstract and key words must be translated in English by the Authors. English written articles will be translated in Italian by the journal editor office.
The first page of the manuscript should include a) the title of the article in Italian and/or in English; b) authors' names; c) authors' institution(s); d) mail address, phone number, fax and e-mail address of the corresponding author.
The second page of original articles and reviews should include the summary (abstract), and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions; and finally, when requested (as discussed before), the summary in English. The manuscript body should follow at page three. There is no word limit for the articles, except for the Editorials, which should non exceed 800 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions. Review articles should provide for Conclusions as well.
Original Articles that are based on human or animal experiments must include a statement under the authors' responsibility in the "methods" section, that all experiments were carried out in accordance to the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and to the 1975 Helsinki Declaration, revised in the year 2000. In case of any residual doubt whether the research was accomplished in accordance with the Helsinki Declaration or not, the authors must clarify the rationale of their approach and give explicit proof of the institutional review body approval in respect to the doubtful aspects of their study. When reporting experiments on animals, authors should indicate which institutional and national guidelines for care and use of laboratory animals were followed.

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

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

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

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

Editorial and marketing secretary: midia@midiaonline.it

MADE IN ITALY

by FLAEM® PRO LINE

Da oggi la fisioterapia respiratoria ha un nuovo alleato: Flaem ProLine®. Solo per professionisti.

Vibroflow®

Unico dispositivo poli-funzionale che garantisce una rimozione rapida ed efficace delle secrezioni; combina due efficaci tecnologie in ambito di disostruzione bronchiale, le vibrazioni e un sistema PEP, alla funzione di nebulizzazione.

(Sviluppato in collaborazione con LINDE)

NeoSpire®

Dispositivo professionale studiato per la rimozione delle secrezioni tracheobronchiali in modo fisiologico: funziona senza stimolare la tosse, senza irritare le vie aeree del paziente e senza richiederne la collaborazione.

AspiraGo30®

Aspiratore chirurgico professionale con grande potenza di aspirazione: 30lt/min. Grande autonomia: batteria al Litio e massima praticità: solo 2,5 kg di peso. Grande versatilità: applicazione modulare di un vaso aggiuntivo.

AirPro3000Plus®

Dispositivo aerosol pneumatico professionale elevata potenza compressore: 3,5 Bar granulo metrica certificata TÜV. Filtraggio aria professionale, flusso all'ugello regolabile per una personalizzazione della terapia.

FLAEM NUOVA S.p.A
25015 S. Martino d/Battaglia, BS (ITALY)
Phone (+39) 030 9910168

CONTATTI
Luigi Carani
Sales & Marketing Mgr. Medical Product Group
luigi.carani@flaemnuova.it
www.flaem.it

CERTIFICATO N. 9120.FLAE

CERTIFICATO N. 9124.FLO2

SITAB Italy

XII Congresso Nazionale
Società Italiana di Tabaccologia

3 e 4 novembre 2016, Milano

TABAGISMO

L'ALTRA FACCIA DELL'ADDICTION

VICTORY PROJECT congressi

T3io idee in salute

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER ECM (N° 1106)

Victory Project Congressi
Via Carlo Poma, 2 - 20129 Milano (MI)
Tel. 02 89 05 35 24 - Fax 02 20 13 95
info@victoryproject.it

IN COLLABORAZIONE CON

TRIO International srl
Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste (TS)
Tel. 040 246 93 68 - Fax 040 989 97 01
info@T3io.eu

SEDE DEI LAVORI

Milan Marriott Hotel
Via Washington, 66
20146 Milano
www.marriott.com