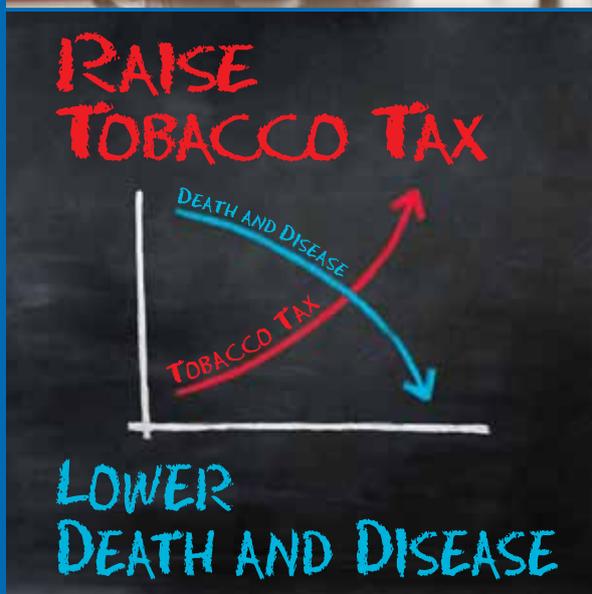


# Tabaccologia

Tobaccology

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



World No Tobacco Day 2014: la tassazione del tabacco  
Michael Fiore, uno di noi!  
Big Tobacco ...e ora le scuse  
Sicurezza dei farmaci antifumo



## Cosà bolle in redazione

### Attacco hacker a Tabaccologia

Cari lettori di Tabaccologia

Non ci era mai successo ma ora è accaduto. Il nostro sito SITAB ([www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)), in cui è anche presente la nostra rivista Tabaccologia, è stata fatta oggetto di attacchi hacker per almeno tre volte negli ultimi due mesi, con oscuramento totale del sito. Il problema è stato risolto nel giro di qualche giorno recuperando tutto grazie a un provvido beccup. Ci siamo chiesti perché tutta questa attenzione proprio adesso dopo tanti anni che siamo nella Rete. Personalmente non ho risposte certe ma qualche sospetto sì. Se ricordate, nel precedente numero di Tabaccologia, abbiamo pubblicato un articolo di Molimard un po' "eretico" e un po' "dissacrante" almeno in alcune considerazioni, dal titolo "Il mito della nicotina". E guarda caso, appena messo online il numero di Tabaccologia in questione, voilà il black-out. Semplice azione di stupido hackeraggio o di un'azione scientemente pianificata? Una semplice coincidenza? Probabile. Certo che a pensar male

In Tribuna abbiamo l'onore di pubblicare un articolo inviato da Howard M. Crystal e Monique E. Muggli, due noti avvocati di Washington D.C promotori dell'International Legal Consortium per la Campaign for Tobacco-Free Kids, su un aspetto interessante a cui molto presto le multinazionali del tabacco statunitensi si dovranno adeguare per ordine del giudice distrettuale degli Stati Uniti, Gladys Kessler: chiedere scusa ai contribuenti americani, attraverso una campagna pubblicitaria, della durata di due anni, per ammettere *coram populo* che hanno sempre mentito sui pericoli delle sigarette per la salute. Le aziende dovranno confessare ai cittadini di averli ingannati pagando di tasca loro una campagna di comunicazione in cui fare mea culpa sui pericoli delle sigarette.

L'aumento del costo dei prodotti di tabacco contribuisce al calo dei fumatori del 4-8% e una conseguente riduzione di morti per patologie fumo-correlate. È questo il tema della Giornata Mondiale senza Tabacco dell'OMS di quest'anno trattato in uno degli editoriali presenti in questo numero. In una intervista esclusiva concessami da Michael Fiore per Tabaccologia e Bridge Puglia-USA scopriamo sue origini, legami professionali e affettivi con l'Italia, gusti sportivi e gastronomici.

Fra gli original article segnaliamo quello relativo al più frequentato ambulatorio antifumo della Regione Veneto, il Servizio di Medicina delle Dipendenze - Azienda Ospedaliera di Verona, diretta da Fabio Lugoboni, in cui si esaminano i punti di forza e di debolezza. Con i Commentary ritorniamo alla terapia del tabagismo in pazienti complessi. In questo caso si affronta il dibattuto problema dell'efficacia della vareniclina come farmaco anti-fumo su un campione di fumatori depressi e la sua eventuale influenza sul tono dell'umore ed i livelli d'ansia. Un secondo articolo di Commentary riprende una recente review sistematica Cochrane sull'efficacia dei programmi di prevenzione primaria negli adolescenti da cui comunque emerge che la valutazione di efficacia dei programmi antifumo per gli studenti andrebbe effettuata, più che sul breve, soprattutto sul medio-lungo termine.

Una news prima dei saluti: la sede del prossimo Congresso SITAB sarà Torino, 15-16 novembre 2014, *save the date!*

Buona lettura.

Vincenzo Zagà  
([caporedattore@tabaccologia.it](mailto:caporedattore@tabaccologia.it))

## tabaccologia: hoc est tabaci, seu nicotianae pharmaco-therapeuticum Sommario

### EDITORIALI

- Polmone Rosa. (G. Mangiaracina) **3**
- Tassazione del fumo di tabacco? (G. Pistone, V. Zagà) **5**
- Figli di un Dio assente. La dannazione del fumo tra i malati di mente. (F. Lugoboni, C. Chiamulera) **7**  
*The forgotten sons: patients with mental disorders are doomed to smoke.*

### PRIMO PIANO

- Giornata mondiale senza tabacco: aumento delle donne fumatrici e crollo della sigaretta elettronica. (D.L. Amram) **10**

### QUELLI CHE IL FUMO... INTERNATIONAL

- Intervista a Michael Fiore. (V. Zagà) **12**

### PERSPECTIVES & RESEARCH

- Sperimentazione sull'uso assistito della sigaretta elettronica. (F. Beatrice) **15**  
*The myth of nicotine addiction.*

### TRIBUNA ARTICLE

- BIG TOBACCO ...e ora le scuse. (H.M. Crystal, M.E. Muggli) **17**  
*BIG TOBACCO ...and now the excuses.*

### ABSTRACT & COMMENTARY

- Effetti della Vareniclina sulla depressione maggiore. (G.A. Aldi, F. Cosci) **20**
- Programmi di prevenzione nelle scuole: una review Cochrane (G. Pistone) **21**
- Studio inglese "riabilita" i farmaci anti-fumo: nessun aumento di rischio depressione e suicidio. (V. Zagà) **23**
- Nuovo ruolo per la cotinina: estingue la memoria della paura. (V.Z.) **24**
- I coronaropatici ignorano i fattori di rischio. (V.Z.) **24**
- Tabacco nel mondo: il consumo cala ma i fumatori aumentano. (V.Z.) **25**
- Naltrexone per trattare il tabagismo. (D.L. Amram) **25**
- Primi studi sul buspirone nel ridurre l'appetibilità di nicotina e cocaina. (B. Tinghino) **25**

### ORIGINAL ARTICLES

- Curare il tabagismo: un decennio di attività presso Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona. (F. Lugoboni, D. Bettoni, R. Casari, M. Faccini, P. Guadagnini, L. Tomezzoli) **26**  
*To treat nicotine addiction: a decade of activity of the addiction unit, University hospital of Verona.*
- L'opinione e l'utilizzo da parte dei clinici della diagnosi di dipendenza da tabacco. (A. Svicher, G. Bertoli, G. Anna Aldi, V. Zagà, F. Cosci) **33**  
*The opinion and the use by clinicians of the diagnosis of tobacco dependence.*

### NEWS & VIEWS

- Di ogni erba un fascio. (B. Tinghino) **37**
- Ricariche alla marijuana per sigarette elettroniche. (F.C.) **37**
- Cina: dilaga il tumore al polmone. Colpa di fumo e inquinamento. (V.Z.) **37**
- ...e Philip Morris investe a Bologna per la sigaretta del futuro. (F. Cani) **38**
- Il fumo rallenta la ricomposizione delle fratture ossee. (V.Z.) **38**
- Insufflazione rettali di tabacco nel '700. (V. Zagà, S. Picciolo) **39**
- Report congresso ECTOH 2014. (G. Gorini, E. Tamang) **40**
- Aiutare i pazienti a smettere di fumare. (B.T.) **42**
- Novità editoriale: «Tabagismo: modelli e guida alla conduzione di gruppi». (B. Tinghino) **43**

## Istruzioni per gli Autori

**Tabaccologia** (*Tobaccology*) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medica. Viene pubblicato con cadenza trimestrale, più gli eventuali supplementi. Vengono pubblicati Editoriali, Articoli Originali, Rassegne, Stati dell'Arte, "Focus on", "Perspective&Research", Opinioni, Abstracts e Lettere su argomenti legati al tabacco, patologie indotte dal tabacco, dipendenza dal fumo e sua prevenzione. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Microsoft Word via e-mail all'indirizzo [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Le Figure devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint, TIF o JPG. Il testo deve essere in formato Times New Roman con doppia spaziatura. Le pagine devono essere numerate in fondo a ciascuna. Tutti gli articoli non invitati vengono inviati al processo di **peer-review** dall'Editor. Tutte le comunicazioni inerenti gli articoli inviati a Tabaccologia avvengono via e-mail. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno firmare un modulo col quale trasferiscono i copyright a Tabaccologia.

**Articoli Originali e Rassegne:** vengono considerati per la pubblicazione articoli in italiano ed in inglese. Gli articoli in italiano devono presentare il titolo, il riassunto (*summary*) e le parole chiave anche in 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 degli autori; c) le istituzioni degli autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria, i numeri di telefono e fax e l'indirizzo e-mail del *corresponding author*.

La **seconda pagina** degli Articoli Originali e delle Rassegne deve includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere le 250 parole. Il riassunto degli Articoli Originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. A seguire il *summary* in inglese, che nel caso degli Articoli Originali deve essere così strutturato: *Introduction, Methods, Results, Conclusions* e dalle 3 alle 5 *keywords*.

Il **corpo del manoscritto** segue dalla terza pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editoriali, che non devono eccedere le 800 parole. Gli Articoli Originali devono essere strutturati nei seguenti paragrafi: Introduzione; Metodi; Risultati; Discussione; Conclusioni. Le Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani devono chiaramente indicare nei "Metodi" sotto la responsabilità degli autori che il **consenso informato** è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio.

Gli Articoli Originali che includono esperimenti su esseri umani o animali devono indicare sotto la responsabilità degli autori nei "Metodi" 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 spiegare il rationale del loro approccio, e dimostrare che il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti dubbi 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 in 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 interessi. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o l'istituzione di un 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). Queste relazioni variano da quelle con potenziale trascurabile a quelle con grande potenziale di influenzare il giudizio, e non tutte le relazioni rappresentano un vero conflitto di interessi. Il potenziale di un conflitto di interessi può esistere anche quando l'autore non ritenga che la relazione influenzi il suo giudizio scientifico. Le relazioni di natura finanziaria (come impiego, consulenze, possesso di azioni, pagamento di onorari, testimonianze di esperto retribuite) rappresentano i conflitti di interessi più facilmente identificabili e quelli che più probabilmente possono minare la credibilità della rivista, degli autori e della scienza stessa. Tuttavia, i conflitti di interessi possono avvenire anche per altre ragioni, come relazioni personali, competizione accademica e passione intellettuale.

**2) Fonti di finanziamento:** (solo per gli Articoli Originali): tutte le 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 tali articoli non verranno considerati per la pubblicazione.

**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 dentro parentesi quadra. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Gli **articoli di riviste** devono indicare: 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 le pagine di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-925.

I **capitoli di libri** devono indicare il cognome e le iniziali del nome degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

I **siti web** citati devono indicare il titolo del soggetto e l'indirizzo web. Per esempio: Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm)

Le **Table** 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 nel testo. Gli articoli non redatti secondo queste istruzioni non verranno considerati per la pubblicazione.

**Segreteria di redazione e marketing**  
E-mail: [tabaccologia@gmail.com](mailto:tabaccologia@gmail.com)

**Come ricevere la rivista**

a) Tramite abbonamento di € 40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

b) Diventando un socio SITAB, a cui la rivista Tabaccologia viene inviata per posta ordinaria.

**Come diventare membro della SITAB**

L'iscrizione alla SITAB per il 2014 è di € 50,00 (€ 25,00 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto). Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web [www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it) ed inviato alla dott.ssa Francesca Zucchetta:

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

## Instructions to Authors

**Tabaccologia** (*Tobaccology*) is the official body of the Italian Society of Tabaccology (SITAB) and is a medical journal. Four issues per year plus supplements are published. Editorials, Original Articles, Reviews, "Focus on" and "Perspective&Research" about subjects related with tobacco, tobaccology, tobacco-induced pathologies, smoke addition and prevention are considered for publication. All contributions must be sent in Microsoft Word format by e-mail to [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Images should be sent in separate files in Powerpoint, TIF, or JPG format.

Texts should be in Times New Roman format and double-spaced. Pages should be enumerated at the bottom of each page.

All non-invited contributions will be sent for **peer-review** by the Editor. All correspondences regarding submitted manuscripts will take place by e-mail. The authors of articles accepted for publication will be asked to sign a form where they transfer the copyright of their article to Tabaccologia.

**Original Articles in Italian and English languages** are considered for publication. For articles in Italian: title, abstract and key words in English must be provided as well. Articles in English will be translated into Italian by the editorial office.

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

The **second page** of Original Articles and Reviews should include the summary (abstract) and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Introduction, Methods, Results, Conclusions. Then, the summary in English.

In the Original Articles it must be structured in the following way: *Introduction, Methods, Results, Conclusions* and 3 to 5 *keywords*.

The **manuscript body** follows from the third page. There is no word limit for articles, except for Editorials, which should not exceed 800 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction; Methods; Results; Discussion; Conclusions. Conclusions should be provided for Review articles as well.

Original Articles that include any diagnostic or therapeutic procedure on humans must clearly state under the authors' responsibility in the "Methods" section that **informed consent** has been obtained by all subjects included in the study.

Original Articles that include experiments on humans or animals must state under the authors' responsibility in the "Methods" section that all experiments have been carried out in accordance with the **ethical standards** of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the **Helsinki Declaration** of 1975, revised in 2000. If doubt exists whether the research was accomplished in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach, and demonstrate that the institutional review body explicitly approved the doubtful aspects of the study. When reporting **experiments on animals**, authors should indicate which institutional and national guide for care and use of laboratory animals was followed.

At the end of the manuscript body the authors must state the following points:

**1) Conflict of interest:** all authors should state whether any conflict of interest occur. Conflict of interest exists when an author (or the author's institution) has financial or personal relationships that inappropriately influence (bias) his or her actions (such relationships are also known as dual commitments, competing interests, or competing loyalties). These relationships vary from those with negligible potential to those with great potential to influence judgement, and not all relationships represent true conflict of interest. The potential for conflict of interest can exist whether or not an individual believes that the relationship affects his or her scientific judgement. Financial relationships (such as employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony) are the most easily identifiable conflicts of interest and the most likely to undermine the credibility of the journal, of the authors and of science itself. However, conflicts can occur for other reasons, such as personal relationships, academic competition, and intellectual passion.

**2) Source of funding** (for Original Articles only): All source of funding should be stated by the authors. Tabaccologia applies an embargo policy to all contributions that received fundings from tobacco industries and companies. Therefore, these contributions will not be considered for publication.

**Bibliography:** After the manuscript body, quoted **references** should be listed in order of appearance in the text. There is no limit for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in square bracket. Quoted journal's articles should indicate: surname and name initials of all authors (max 6), complete title of the article in original language, abbreviated information of the journal according to the Medical Index, publication year, volume and pages (the beginning and the end). For example: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-925.

**Book chapters** should indicate the surname and authors' initials, the chapter title, surname and initials' book authors, 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 the web address. For example: Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm)

**Tables and Images captions** should follow the manuscript body and be enumerated consecutively. Images should be sent in separate files in Powerpoint, TIF, or JPG format.

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

**Editorial and marketing secretary**  
E-mail: [tabaccologia@gmail.com](mailto:tabaccologia@gmail.com)

**How to receive the journal**

a) Annual subscription is € 40,00 to be sent by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, Account n. 010000001062; CAB 02401; ABI 03032; IBAN IT02U0303202401010000001062

b) By becoming member of SITAB. The journal Tabaccologia is sent by mail to all members of SITAB.

**How to become SITAB member**

The SITAB membership fee for 2014 is € 50,00 (€ 25,00 for nurses, undergraduate and post-graduate students and residents) to be sent by bank draft to: Banca CREDEM Bologna, Agency 2, Account n. 010000001062; CAB 02401; ABI 03032; IBAN IT02U0303202401010000001062

Please also download the membership form from website [www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it) and send it to Dr. Francesca Zucchetta:

- by mail: c/o Qj Studio, P.zza G.La Pira, 18, Lissone (MB)
- by fax: 0039-0393940283
- by e-mail: [francesca.zucchetta@tin.it](mailto:francesca.zucchetta@tin.it)



# Polmone Rosa

Giacomo Mangiaracina

**Q**uanti soldi ci sono voluti per coprire con luminarie rosa l'Empire State Building a New York, la Torre Eiffel a Parigi, le Cascade del Niagara, il Ponte Vecchio a Firenze, il Colosseo a Roma, l'Arena a Verona e la Valle dei Templi ad Agrigento? Non saprei, di sicuro tanti, e qualcuno li ha sborsati. Di questi giorni è anche la "corsa per la vita" (*Race for the Cure*), giunta alla sua 15° edizione, organizzata dalla Komen.

La prima campagna è nota come campagna *Nastro Rosa*, ideata negli anni Ottanta da Estée Lauder, imprenditrice di cosmetici. Ammalata di un tumore della mammella, fu operata e ne guarì. Da allora la sua fondazione rastrella somme impensabili per la "prevenzione". Al 15 febbraio 2014 gli introiti della raccolta fondi mondiale hanno superato i 42 milioni di dollari [1]. La seconda campagna viene realizzata in memoria di Susan Komen, americana, che a 33 anni ebbe anche lei un cancro alla mammella. Purtroppo ne morì 3 anni dopo, nel 1980. La sorella Nancy le promise che avrebbe fatto di tutto per combattere questo tumore e nell'82 fondò la *Susan Komen Breast Cancer Foundation*, che nel 2010 raggiungeva i 400 milioni di dollari di fondi, in grado di garantire campagne a livello mondiale.

In Italia, ogni anno ad ottobre, è la LILT che perpetua il rito dei monumenti accesi di rosa. Evento di alto profilo o cos'altro? Con quale scopo? Il termine ricorrente usato per definirle è "prevenzione oncologica", per sensibilizzare le donne a una sempre maggiore attenzione al tumore che se preso in tempo può essere curato, escisso e guarire completamente.

Più brutalmente queste le campagne promuovono i servizi di mammografia ed ecografia, e le istituzioni rispondono con la convinzione asso-

luta di operare secondo giustizia e appropriatezza. È il caso della Regione Campania, che il 15 marzo scorso, a firma del presidente Caldoro, ha emanato un decreto per la riorganizzazione degli screening oncologici, "con meccanismi di premialità per le Asl che raggiungono le migliori performance, mentre i direttori generali avranno diritto alla indennità di risultato in base alla loro capacità di raggiungere tre obiettivi secchi e tosti: mammella, utero e colon retto" [2].

Ma di quale forma di prevenzione stiamo parlando? Non certamente "del cancro". È quella "secondaria", chiamata così da decenni, più per consuetudine che per appropriatezza. Parliamo di diagnosi precoce, che consente di prevenire la morte anticipata lasciando immutata la prevalenza e l'incidenza della malattia nella popolazione. Più che di prevenzione oncologica si dovrebbe parlare dunque di prevenzione "in oncologia". In parole villane, i monumenti illuminati di rosa ricordano al mondo femminile che per non morire anticipatamente di cancro al seno bisogna sottoporsi ai controlli strumentali. Ma un tabaccologo, dietrologo per vocazione, ha chiavi di lettura diverse, per esempio questa: "ammalatevi pure, tanto il cancro lo becchiamo sul nascere".

Di fatto la "prevenzione" alla fine si concentra su questo fronte, anche considerando che modificare gli stili di vita di un paziente, per un medico di prima linea, è spesso volte una mission impossibile. Ma negli ultimi anni la ricerca ha scatenato un'accesa polemica sulla giustizia e sull'appropriatezza di questo tipo di iniziative.

Posizioni autorevoli sostengono che non vi sarebbero buone prove che la mammografia eseguita in modo regolare possa salvare la vita. Un recente studio canadese di Miller e collaboratori getta ombre pesanti sulla diagnostica precoce del tumore mammario.

*"Dum Romae consulitur, Saguntum expugnatur"*

(Tito Livio, Storie, XXI, 7, 1)





In 25 anni avrebbero riscontrato che i tassi di mortalità per cancro mammario sono gli stessi nelle donne che si sono sottoposte a mammografie rispetto a quelle che non l'hanno fatto e si sono limitate a normali visite da un medico specialista (anamnesi, osservazione, palpazione). E come se non bastasse hanno avanzato l'ipotesi che lo screening possa avere addirittura conseguenze negative con la sovra-diagnosi [3]. Non tutti i casi di cancro scoperti attraverso la mammografia e trattati di conseguenza costituivano infatti una minaccia per la salute della donna e non avevano dunque bisogno di essere trattati con la chemioterapia, la chirurgia e la radioterapia. È noto che molti tumori crescono lentamente e non richiedono alcun trattamento. Addirittura alcuni tipi di cancro possono anche ridursi o scomparire spontaneamente. Insomma, c'è buona materia per rimettere in discussione le cose.

E non si può neppure dire che non vi siano sufficienti argomenti per far trionfare la prevenzione primaria. Uno studio del *Silent Spring Institute* e della *Harvard School of Public Health* di Boston, del 29 aprile scorso, fornisce una rassegna di 17 categorie di sostanze chimiche potenzialmente cancerogene per la mammella. Tra queste, oltre a tabacco e alcol, i gas di scarico dei veicoli, l'inquinamento dell'aria, cibi fritti ad alte temperature, vari prodotti chimici e certi farmaci come gli *endocrine disruptors*, letteralmente "distruttori endocrini", presenti in molti prodotti industriali [4]. E uno studio di Subhrangsu Mandal pubblicato sul *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology* dimostra che il Bisfenolo A, sostanza presente in contenitori di plastica di acqua e alimenti, fa aumentare la crescita del tumore mammario in vitro e in vivo nei topi.

La conseguenza di tutto questo è sotto gli occhi degli epidemiologi e ricalca l'aforisma di Tito Livio di discussioni a Roma mentre Sagunto capitola e viene espugnata. "Sagunto" è il polmone della donna. Due studi italiani hanno lanciato l'allarme. Uno dell'istituto Mario Negri di Milano, l'altro dell'istituto per la prevenzione oncologica (ISPO) di Fi-

renze. Entrambi mettono l'accento sulla mortalità che sta superando quello della mammella, non solo in Italia ma in tutta Europa [5]. Il sorpasso previsto e temuto è cosa fatta nelle donne americane, ma in Italia il tumore del polmone è arrivato a conquistare la seconda posizione come causa di morte dopo quello della mammella. Fino al 2010, al secondo posto c'era il tumore del colon, ma negli ultimi anni la diffusione sempre più ampia del tabagismo tra le donne ha determinato un'inversione di tendenza che è diventata sempre più marcata. Ma c'è di più. Negli anni Cinquanta, il tumore polmonare nella donna era una malattia rara. Può bastare per mettere all'attenzione della società intera la grave carenza, in questo caso l'assenza, della prevenzione. È proprio questa la ratio della campagna di informazione e divulgazione **Polmone Rosa** ([www.polmonerosa.it](http://www.polmonerosa.it)) che la Consulta sul Tabagismo, con le associazioni dei pazienti, con i patrocini istituzionali e quello della SITAB, hanno lanciato il 31 maggio a Roma in una poderosa manifestazione di piazza con echi sulla stampa nazionale, per la 20° Giornata del Respiro, coincisa quest'anno con la Giornata mondiale senza tabacco. Non tingiamo di rosa i monumenti, diciamo solo la verità. Archimede chiedeva una leva adeguata per sollevare il mondo. Noi chiediamo l'attenzione di tutti. ■

**Giacomo Mangiaracina**  
([direttore@tabaccologia.it](mailto:direttore@tabaccologia.it))

**BIBLIOGRAFIA**

1. [www.bcrfcure.org/part\\_corp\\_esteelauder.html](http://www.bcrfcure.org/part_corp_esteelauder.html)
2. [http://article.wn.com/view/2014/03/16/Screening\\_oncologici\\_via\\_al\\_decreto\\_per\\_gli\\_interventi\\_di\\_pr/](http://article.wn.com/view/2014/03/16/Screening_oncologici_via_al_decreto_per_gli_interventi_di_pr/)
3. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty-five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *British Medical Journal*, 2014; 348. [www.bmj.com/content/348/bmj.g366](http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366)
4. Rudel RA, Ackerman JM, Attfield KR, Brody JG. New exposure biomarkers as tools for breast cancer epidemiology, biomonitoring, and prevention: a systematic approach based on animal evidence. *Environmental Health Perspectives*. 2014. <http://ehp.niehs.nih.gov/wp-content/uploads/advpub/2014/5/ehp.1307455.pdf>.
5. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2013. *Annals of Oncology*. 2013.

**GRDR**  
GIORNATA DEL RESPIRO

**SABATO 31 MAGGIO 2014**  
Piazza di S. Silvestro - Roma (dalle 10:00 alle 18:00)

Progetto di prevenzione e informazione sulle patologie respiratorie croniche nel bambino e nell'adulto, nel contesto della Giornata Mondiale senza Tabacco (OMS).

ore 10-10 Conferenza stampa di apertura della Giornata del Respiro. Al tavolo presiedono il ministro della Sanità, il presidente dell'Associazione ligio e l'assessore alla Salute del Comune di Genova, il presidente della Federazione ligio e l'assessore alla Salute del Comune di Genova, il presidente della Federazione ligio e l'assessore alla Salute del Comune di Genova.

**Campagna Nazionale "Polmone Rosa"**  
Insieme a tutti i cittadini italiani, si impegna a ridurre il consumo di tabacco e a promuovere il fumo sicuro.

**La bellezza e il fumo**  
Dovrebbe risparmiare alle donne le più vulnerabili alle sostanze cancerogene del tabacco e le più a rischio di sviluppare il cancro al seno, a causa di fattori genetici e ambientali.

**Tabacco e giovani**  
Sostiene il fumo, che è una delle principali cause di morte e di disabilità, e promuove l'uso di prodotti di tabacco a basso contenuto di nicotina e tar.

**L'uomo e i bambini**  
Per essere possibile di prevenire le malattie che si verificano in bambini con patologie respiratorie, si concentra il ruolo del genitore e l'importanza della prevenzione con i soggetti a rischio.

**Un respiro per l'ambiente**  
Si impegna a ridurre il fumo e a promuovere il fumo sicuro, a ridurre il consumo di tabacco e a promuovere il fumo sicuro, a ridurre il consumo di tabacco e a promuovere il fumo sicuro.

Partners: ANP, SITAB, Ministero della Salute, Regione Liguria, Comune di Genova, Federazione Ligio, Associazione Italiana per la Prevenzione del Cancro, Associazione Italiana per la Prevenzione del Cancro, Associazione Italiana per la Prevenzione del Cancro.



Giornata Mondiale senza Tabacco 2014

# Tassazione del fumo di tabacco

Giovanni Pistone, Vincenzo Zagà

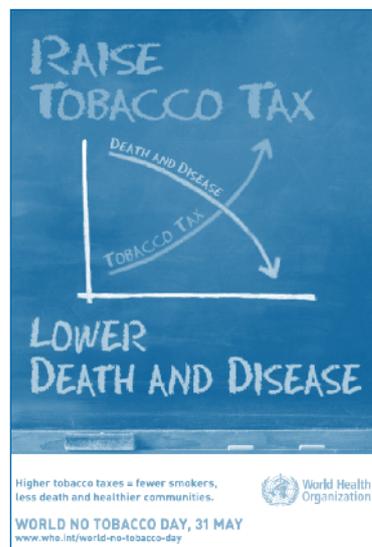
Ogni anno, il 31 Maggio, l'Organizzazione mondiale della sanità ed i suoi partner nel mondo celebrano la Giornata Mondiale senza tabacco, evidenziando i rischi connessi al consumo di tale sostanza e sostenendo politiche efficaci per ridurre il consumo. La dipendenza da tabacco è la prima causa di morte prevenibile a livello mondiale e, attualmente, è responsabile del 10% dei decessi tra gli adulti. Il tabacco uccide circa 6 milioni di individui all'anno, 600.000 dei quali muoiono per cause correlate al fumo passivo. Le proiezioni statistiche prevedono che entro il 2030 moriranno ogni anno 8 milioni di persone e più dell'80% di esse apparterranno a popolazioni a basso e medio reddito.

Mentre lo scorso anno l'OMS ha proposto il divieto di pubblicità e di marketing dei prodotti del tabacco, quest'anno ha focalizzato l'attenzione sulla tassazione di tali prodotti, invitando tutti i Paesi ad aumentarla. La ricerca mostra come l'aumento delle tasse rappresenti uno strumento notevolmente efficace nel ridurre il consumo di tabacco tra i soggetti adulti a basso reddito e tra i giovani ancora non economicamente indipendenti.

Un aumento del prezzo di circa il 10% incide sul consumo di tabacco riducendolo del 4% nei Paesi ad alto reddito e dell'8% in quelli a basso reddito, dove la popolazione è più sensibile ai rincari economici. Il World Health Report del 2010 ha indicato come un incremento del 50% delle tasse sul tabacco potrebbe determinare un introito di circa 1,4 miliardi di dollari in ben 22 Paesi a basso reddito e se tali risorse fossero veicolate verso politiche sanitarie, queste sarebbero molto più facilmente praticabili. Nonostante tale

evidenza, solo 32 Paesi (pari a meno dell'8% della popolazione mondiale) esercitano una tassazione maggiore del 75% sul prezzo di produzione. Sulla base di dati disponibili, il ricavo delle tasse sul tabacco appare essere 175 volte superiore alle altre politiche di controllo (ovvero prevenzione, dissuasione, proibizione e divieto di pubblicità). Incrementare il prezzo dei prodotti del tabacco attraverso una tassazione più alta incoraggerebbe i tabagisti a smettere di fumare, indurrebbe i giovanissimi a non fumare o ad iniziare a fumare più tardi, ridurrebbe il tasso di ricadute in coloro che hanno smesso di fumare e farebbe ridurre l'uso in coloro che invece non vogliono/riescono a smettere, agendo quindi (nel peggiore dei casi) come meccanismo di riduzione del danno. L'approccio più efficace per controllare la diffusione dell'uso del tabacco è applicare politiche che ne riducano la domanda e tale argomento è riconosciuto anche dall'articolo 6 della

Convenzione Quadro dell'OMS (FCTC) sul controllo dei prodotti del tabacco. Tale articolo, oltre a incoraggiare le politiche di incremento delle tasse sul tabacco, pur lasciando libertà di organizzazione a ciascun Paese nell'ambito degli obiettivi annuali concernenti la riduzione del tabagismo, invita i Governi a proibire o ridurre la vendita e/o le importazioni di prodotti del tabacco *duty-free* da parte di viaggiatori internazionali. In questo senso, le accise sembrano rappresentare nella maggior parte dei Paesi nel mondo il tipo





di tassazione più efficace, poiché si applicano esclusivamente ai prodotti del tabacco. Vi sono due tipi di accise: quella specifica e quella *ad valorem*. La specifica è calcolata sulla base di una quantità (ad esempio un determinato costo per sigaretta o per quantità di tabacco in un pacchetto), quella *ad valorem* si basa su un valore qualitativo (ad es. una percentuale del prezzo di fabbrica o al dettaglio). Entrambi i tipi di accise hanno sia punti di forza che di debolezza. Il livello ideale e una possibile combinazione di entrambe dipende dalla situazione del Paese ove vengono applicate. Le esperienze basate sulla varietà, sui cambiamenti e sulle tipologie di tasse nei vari Paesi del mondo, forniscono un'estesa documentazione basata sull'evidenza per identificare le tecniche di tassazione del tabacco col miglior rapporto costo-efficacia. Su tutti i prodotti del tabacco andrebbe applicato:

- almeno un 70% di accisa nel prezzo finale rispetto a quello di fabbrica;
- un incremento delle tasse che ecceda gli incrementi di altri generi di consumo e degli introiti di una popolazione, in modo da ridurre l'accessibilità ai prodotti del tabacco;
- la riduzione degli incentivi al minimo gli incentivi ai consumatori di tabacco perchè ripieghino su marchi più economici;
- il miglioramento della politica di controllo sulle tasse connesse al tabacco, in modo da ridurre al minimo le possibilità di evasione fiscale.

Tali sistemi di tassazione avranno un fortissimo impatto positivo sulla salute pubblica e, nello stesso tempo, produrranno un sistema reddituale di flusso di imposta più stabile e affidabile. Essi saranno ancora più efficaci quando associati ad una più rigorosa politica di controllo delle tasse, incluso l'uso di uno "stato dell'arte" ed un sistema di tracciamento che includa bolli e licenze ad alta tecnologia di tutte le aziende coinvolte nella produzione e distribuzione dei prodotti del tabacco, associato ad un'adeguata applicazione ed a sanzioni severe e rapide nei confronti dei trasgressori. È altresì vero

che l'argomento tasse può anche dividere l'opinione pubblica. Fa storia, in tal senso, la politica fiscale sul tabacco applicata dalla Germania nel decennio 1945-55. L'industria del tabacco della Germania Ovest, nel dopoguerra, ha dovuto fronteggiare parecchie difficoltà, non ultima la competizione dei suoi prodotti con quelli americani, in particolare le sigarette fabbricate in Virginia. Questa preferenza del popolo tedesco nei confronti dei nuovi gusti delle sigarette americane minacciò i ricavi governativi dalle tasse locali sul tabacco. Tale fenomeno incrinò anche i rapporti commerciali con Grecia e Turchia, principali fornitori di tabacco per le industrie tedesche. La soluzione governativa proposta fu l'abbattimento delle tasse sui prodotti locali per favorire l'acquisto da parte di una popolazione con poco reddito come quella tedesca dell'epoca, che tornò a rivolgersi ai prodotti locali. I responsabili dell'igiene pubblica, dal canto loro, ovviamente videro in tale mossa governativa una minaccia per la salute della popolazione. Ne seguirono diatribe e dibattiti che misero a fuoco le caratteristiche della politica sul tabacco, tendenzialmente liberale, della Germania Ovest del dopoguerra [1].

Oggi l'OMS è impegnata ad aiutare i governi ad elaborare efficaci politiche di tassazione sul tabacco che soddisfino entrambi gli obiettivi, cioè la riduzione dell'uso di tabacco e la produzione di reddito. Un beneficio aggiuntivo sarebbe la possibilità di generare un finanziamento ulteriore per le politiche sanitarie utilizzando il ricavato delle tasse sul tabacco, pratica raccomandata dall'OMS e già applicata con crescente frequenza da diversi Paesi nel mondo. ■

**Giovanni Pistone**<sup>1</sup> ([pistone.giovanni@gmail.com](mailto:pistone.giovanni@gmail.com))

**Vincenzo Zagà**<sup>2</sup> ([vincenzo.zaga@ausl.bo.it](mailto:vincenzo.zaga@ausl.bo.it))

<sup>1</sup> Dirigente Medico D.P.D. - Referente del Centro di Trattamento del Tabagismo dell'ASL NO - Novara

<sup>2</sup> Pneumologo e Coordinatore Centri Antifumo AUSL di Bologna

## BIBLIOGRAFIA

1. Elliott R. Smoking for taxes: the triumph of fiscal policy over health in postwar West Germany, 1945-55. *Economic History Review* 2012; 65 (4): 1450-1474.



# Figli di un Dio assente. La dannazione del fumo tra i malati di mente

*The forgotten sons: patients with mental disorders are doomed to smoke*

Fabio Lugoboni, Christian Chiamulera

**R**ecentemente la prestigiosa rivista *The Lancet*, ha commentato in toni davvero entusiastici i cali di prevalenza di fumatori attivi nel Regno Unito, processo descritto come significativo e progressivo. A lato di ciò però, la nota rivista sottolineava la situazione del fumo nelle popolazioni psichiatriche, dove nessun pur piccolo successo è avvenuto negli ultimi 20 anni. Un quadro veramente sconsolante. L'editoriale, oltre a ripetere in modo puntuale che tale insuccesso o, meglio, trascuratezza, non era motivata da alcuna vera controindicazione nel proporre la cessazione del fumo a chi è affetto da malattia mentale, anche grave, sottolineava con grande enfasi e soddisfazione un accordo ritenuto fondamentale. La firma di un documento congiunto tra il Royal College of Physicians, il Royal College of Psychiatrists e la Faculty of Public Health per un coordinamento tra servizi di primo e secondo livello al fine di implementare lo smettere di fumare tra i soggetti con malattia mentale veniva data come una nuova speranza, di più, come una vera svolta.

Questa enfasi sull'importanza dell'accordo citato ha mosso non poche prelessità in noi, clinici e docenti, profondamente coinvolti nella ricerca e pratica clinica antitabagica, parallelamente ad una sentita missione didattica a tutti i livelli. Cosa significa il fumo nelle popolazioni psichiatriche?

I pazienti con disturbi psichiatrici rappresentano una minoranza della popolazione, ma consumano il 40 % di tutte le sigarette fumate nei paesi economicamente più sviluppati. Qualsiasi malattia mentale (MI), ansia, disturbi affettivi, psicotici o di personalità, si correla con una prevalenza di consumo di nicotina significativamente superiore rispetto alla popolazione generale. La nicotina interagisce con quasi tutti i neurotrasmettitori del cervello ed ha effetti positivi, almeno nelle prime fasi, sulla maggior parte dei sintomi psichici. I pazienti con comorbidità psichiatrica tendono a iniziare a fumare prima, rispetto ai

**R**ecently, the prestigious journal *The Lancet*, reported in tones really enthusiastic the decline in the prevalence of active smokers in the UK, a process described as significant and progressive. Beside of this, however, the journal highlighted the situation of smoking in psychiatric populations, where no small success at all has occurred in the last 20 years. A picture really disheartening. The editorial, in addition, correctly reported that such failure or, better, neglect, was not motivated by any real controindication in offering smoking cessation in people suffering from mental illness, including severe ones. It emphasized greatly an agreement deemed essential. The signing of a joint document among the Royal College of Physicians, the Royal College of Psychiatrists and the Faculty of Public Health to coordinate services between the first and second level in order to implement the smoking cessation among subjects with mental illness were given as a new hope, more, as a real breakthrough.

This emphasis on the importance of such Agreement has moved many doubts in us, clinicians and researchers, deeply involved in research and clinical practice against smoking, in parallel with a heartfelt mission of teaching at all levels.

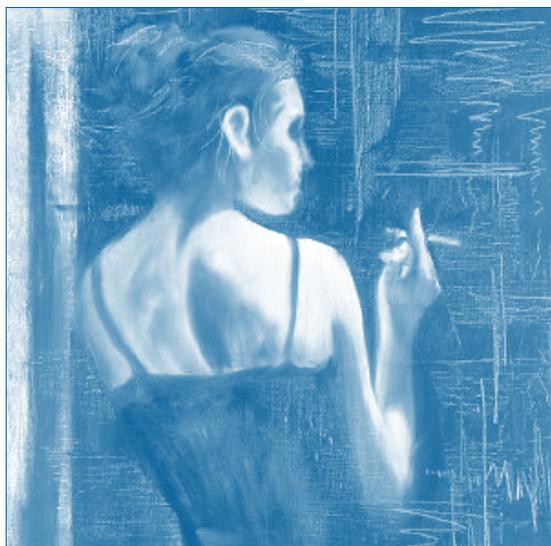
What does represent the smoke in psychiatric populations? Patients with psychiatric disorders represent a minority of the population but they consume 40% of all cigarettes smoked in most economically developed countries. Any mental illness (MI), whether anxiety, affective, psychotic or personality disorders, correlates with a prevalence of nicotine consumption significantly higher than the general population. Nicotine interacts with almost all the neurotransmitters of the brain and has positive effects, at least in the early stages, on the majority of psychiatric symptoms. Patients with psychiatric comorbidity tend to start smoking earlier and generally in comparison to their peers, develop a higher level of dependence and tolerance. These subjects, therefore, develop illnesses and die from smoking-related diseases at a significantly higher rate when they are compared to smokers in the





loro coetanei, e a sviluppare un più alto livello di dipendenza e tolleranza. Questi soggetti sviluppano quindi più malattie e muoiono per cause legate al fumo a un tasso significativamente più alto quando vengono confrontati ai fumatori nella popolazione generale. Tuttavia, paradossalmente, essi sono scarsamente informati sui rischi legati al fumo dai loro medici. Perciò la cura della salute mentale del paziente, trascurando la salute fisica, non è più accettabile. Questa negligenza, purtroppo, è legata a falsi miti profondamente radicati, che devono essere eliminati.

1. Il fumo è ritenuto essere del tutto secondario alla malattia mentale, anche se è stato chiaramente dimostrato che il tabacco provoca la morte precoce in metà di questi pazienti [1].
2. Un altro luogo comune è che i pazienti hanno poco interesse a smettere di fumare. Ciò è dovuto principalmente al fatto che il fumo è accettato come "naturale" nell'ambiente in cui la maggior parte di questi pazienti vivono. I pazienti spesso non sono informati sui pericoli del fumo, ma esprimono un interesse e sono in grado di smettere di fumare, se adeguatamente assistiti [2].
3. Tra gli operatori sanitari, una credenza molto radicata è che smettere di fumare peggiori lo stato psicologico dei pazienti. A questo riguardo, vi è una forte evidenza scientifica che la cessazione del fumo, quando adeguatamente trattata, non peggiori affatto la malattia mentale. Smettere può portare a molti benefici positivi: cognitivi, psicologici, farmacodinamici ed economici. L'ideazione suicidaria è uno dei sintomi più temuti, soprattutto tra coloro che soffrono di depressione maggiore, nonostante il fatto, spesso dimenticato, che i fumatori hanno un rischio di suicidio aumentato di 3-4 volte, indipendentemente dal trattamento, rispetto alla popolazione generale. La presenza di ideazione suicidaria non deve impedire un tentativo di smettere di fumare, deve semplicemente imporre un adeguato livello di terapia e attento follow-up professionale, in collegamento con i professionisti psichiatri [3].



*general population. However, paradoxically, they are poorly informed about the risks linked to smoking by their physicians. Therefore we strongly agree that caring for a patient's mental health needs and neglecting their physical health is not acceptable, however this negligence is hidden in deeply rooted myths which must be eliminated.*

1. *Smoking is widely felt to be considered secondary to mental illness, although it has clearly been shown that tobacco causes the death of half of these patients [1].*
2. *Another cliché is that the patients have little interest in quitting smoking. This is mainly due to the fact that smoking is accepted as "natural" in the environment where most of these patients live. Patients often are not informed about the dangers of smoking, but they express an interest and are able to stop smoking if they are assisted [2].*
3. *Among health care workers there is a very deeply rooted belief that quitting smoking worsens the psychological state of patients. However there is strong scientific evidence that smoking cessation, when adequately treated, does not worsen mental illness whereas quitting can lead to many positive benefits: cognitive, psychological, pharmacodynamic, work-related and economic. Suicidal ideation is one of the most feared symptoms, especially among those who suffer from major depression, this is despite the fact that it is often forgotten that smokers have a 3-4 fold increased risk of suicide, regardless of treatment, when compared to the general population. Suicidal ideation must not prevent an attempt to stop smoking. It must simply impose an appropriate level of therapy and careful professional follow-up, in connection with psychiatric professionals [3].*
4. *Smoking is often accepted as being part of the culture in many psychiatric treatment facilities, sometimes in derogation of specific smoking bans, producing a type of shared social activity. In many countries health professionals dealing with people with mental illness tend to smoke on average more than other health workers. When investigated, they often demonstrated a lack of knowledge about tobacco harms, dependence and treatment, really unexpected in healthcare professionals [4].*



4. Il fumo è spesso accettato come parte della cultura di molti setting di trattamento psichiatrico, a volte in deroga a specifici divieti di fumo, una sorta di attività sociale condivisa. In molti paesi gli operatori sanitari che si occupano di persone con malattie mentali tendono a fumare in media più di altri operatori sanitari. Quando indagato, è stato spesso dimostrato una mancanza di conoscenza dei danni da fumo, della dipendenza e del trattamento, davvero inaspettati in operatori sanitari [4].
5. C'è anche una credenza largamente diffusa che i trattamenti più ampiamente disponibili per smettere di fumare non funzionino in pazienti affetti da malattie mentali. Se non trattati sintomi gravi di astinenza sono legati a una bassissima probabilità di successo [5].

L'auto-efficacia rappresenta un obiettivo fondamentale per questi pazienti e, quindi, l'individuazione di un'adeguata consulenza ha un ruolo centrale, ma deve essere combinata con il trattamento farmacologico, appropriato nel tipo, nella lunghezza e nel dosaggio. Tutti i 6 farmaci di prima linea sono stati dimostrati efficaci nel ridurre i sintomi di astinenza e di aumentare le possibilità di successo. I trattamenti vanno spesso combinati tra loro, e sono dati con dosi elevate e per periodi prolungati rispetto a quelli della popolazione generale. Ciò comporta costi significativamente più elevati che questi pazienti trovano spesso difficoltà a sostenere se il servizio non è gratuito.

La posizione recentemente assunta dal Royal College of Physicians e dal Royal College of Psychiatrists del Regno Unito dà motivo di sperare, ma da esperienza del mondo reale, sarà difficile che questa sia la soluzione. Nella nostra esperienza di ricercatori, medici e insegnanti di dipendenza da tabacco crediamo che un grande passo avanti sia che l'istruzione universitaria diventi più aperta ai problemi legati alla dipendenza da tabacco e che formi gli psichiatri a conoscere meglio il problema. Stimolare cambiamenti tra gli psichiatri di età superiore ai 40 anni ci sembra molto difficile, mentre quelli più giovani hanno mostrato reale interesse per tali interventi, nella nostra esperienza, se correttamente addestrati. In altre parole, dobbiamo iniziare dai piedi, invece che dalla testa. Questo processo comporta più coinvolgimento da parte dei tabaccologi piuttosto che degli psichiatri senior o dei professionisti della salute pubblica.

Lo scenario è complesso e ricco di criticità, ma questo non dovrebbe impedire uno sforzo coordinato tra operatori e docenti per dare a questi pazienti l'opportunità e il sostegno di cui hanno bisogno per smettere di fumare. ■

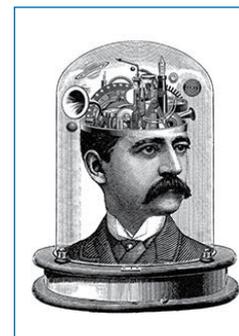
**Fabio Lugoboni<sup>1</sup>, Christian Chiamulera<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Scuola di Specialità di Medicina Interna e Psichiatria, Università di Verona

<sup>2</sup> Facoltà di Scienze Motorie, Presidente del CPU in Tabagismo, Università di Verona

**Disclosure:** gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi. Fabio Lugoboni è consulente dell'European Varenicline Board per la problematiche fumo-depressione.

5. *There is also a commonly-held and widespread belief that the most widely available treatments for smoking cessation may not work in patients with mental illnesses. Undoubtedly untreated severe withdrawal symptoms are related to a very low chance of success [5].*



*Self-efficacy represents a key objective for these patients and thus the identification of appropriate counselling has a central role but it must be combined with pharmacological treatment, appropriate in type, length, and dosage. All 7 first line drugs have been proved effective in reducing withdrawal symptoms and in increasing the chances of success. The treatments are often combined, and are given as higher doses and for prolonged periods with respect to those of the general population and involve significantly higher therapy costs, which these patients often find difficult to sustain if the service is not provided for free.*

*The recent position taken by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists in the UK gives cause for hope, but from real world experience, it will be difficult to implement these methods in practice. In our experience as researchers, clinicians and teachers of tobacco addiction we believe that a big step forward is that university education will become more open to the issues related to tobacco addiction and will train psychiatrists to better recognize the issue. To stimulate changes among psychiatrists aged more than 40 seems to us to be very hard, whilst younger ones have shown real interest in such interventions, in our experience, when properly trained. In other words, we have to start bottom up instead of top down. This process involve more tabaccologists than senior phychiatrists or public health professionals.*

*The scenario is complex and rich of critical issues, but this should not prevent a coordinated effort among professionals to give these patients the opportunity and the support they need to quit smoking. ■*

**Disclosure:** Fabio Lugoboni is a consultant for smoking and depression for the Varenicline European Advisory Board.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lancet Editorial. Smoke alarm: mental illness and tobacco. Lancet 2013; 381: 1071
2. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. Nicotine Tob Res 2008;10: 1691-715.
3. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. Addiction. 2009;104:719-33.
4. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. Am J Public Health. 2000; 90:768-73.
5. Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. Gen Hosp Psychiatry. 2009; 31:576-82.

*I dati dell'indagine Doxa-Iss-Mario Negri*

# Giornata mondiale senza tabacco: aumento delle donne fumatrici e crollo della sigaretta elettronica

**Daniel Lorenz Amram**

**N**ell'ambito del XVI Convegno "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale" tenutosi presso la sede del Ministero della Salute in Roma il 30 maggio u.s. in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco è stato

presentato il Rapporto 2014 sul tabagismo in Italia effettuato dalla DOXA per conto dell'ISS in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. Tema guida dell'OMS per quest'anno è rappresentato dalla correlazione tra l'aumento della tassazione dei prodotti del tabacco e la diminuzione delle morti e patologie fumo-correlate.

## Il tabagismo in Italia

I fumatori in Italia sono 11,3 milioni, il 22% della popolazione: 6,2 milioni di uomini (il 25,4%) e 5,1 milioni di donne (18,9%). Gli ex fumatori sono 6,6 milioni (il 12,8%) 4,6 milioni di uomini e 2 milioni di donne. Per la prima volta dal 2009 si osserva un aumento della prevalenza di fumatrici che passano dal 15,3% del 2013 al 18,9% del 2014. Viceversa si osserva un lieve ma costante decremento della prevalenza di fumatori che passano dal 26,2% al 25,4%.

L'analisi della prevalenza del fumo di sigarette tra gli uomini e le donne di varie

età mostra che la percentuale di fumatori è ancora superiore a quella delle fumatrici in tutte le fasce di età. Nella fascia di età compresa tra i 25 e 44 anni si registra la prevalenza maggiore di fumatori di entrambi i sessi (26% delle donne e 32,3% degli uomini).



Roma, 30/5/2014 - da sn: Zuccaro, Zagà, Pacifici, Tinghino.

Il consumo medio di sigarette al giorno si attesta intorno alle 13 sigarette. Oltre il 70% di fumatori consuma più di 10 sigarette al giorno e il 28,5% più di un pacchetto. Ne fuma meno di 9 soltanto il 26%. Aumentano i forti fumatori, soprattutto tra i giovanissimi. Tra i 15 e i 24 anni il 67,8% fuma meno di 15 sigarette al giorno ma nel 2013 erano l'81%. Compare quest'anno un 1,3% che fuma più di 25 sigarette

(nel 2013 il dato era pari a zero). Si inizia a fumare mediamente a 17,8 anni con un gap tra uomini e donne di un anno e 4 mesi (17,2 gli uomini, 18,6 le donne). Oltre il 72,5% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni e il 13,2% anche prima dei 15 anni. La motivazione principale all'iniziazione al fumo di sigaretta rimane, costantemente nel tempo, l'influenza dei pari.

Rispetto alla tipologia di prodotti del tabacco acquistati si osserva quest'anno il raddoppio della percentuale di fumatori che scelgono le sigarette fatte a mano (+18% contro il +9,6% del 2013). Questo dato è confermato anche



**Daniel Lorenz Amram** ([daniellawrence.amram@gmail.com](mailto:daniellawrence.amram@gmail.com))  
Dirigente Medico ASL 5 Pisana

dall'aumento delle vendite di trinciati (circa +400% rispetto al 2005). Il consumo di sigarette fatte a mano è significativamente più diffuso tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 20 anni (34,3%).

## La sigaretta elettronica

L'uso della sigaretta elettronica si è più che dimezzato. Gli utilizzatori sono passati dal 4,2% del 2013 all'1,6% del 2014. Coloro che la usavano abitualmente nel 2013 erano circa 510 mila persone (l'1% della popolazione), nel 2014 sono passati a circa 255 mila (lo 0,5%). I consumatori occasionali erano 1,6 milioni nel 2013 (il 3,2%) e sono passati a circa 550 mila (l'1,1%) nel 2014.

«Svapora la moda delle sigarette elettroniche – spiega Roberta Pacifici, Direttore dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS – dopo la curiosità verso un prodotto nuovo, gli ultimi dati ci dicono che sono più che dimezzati i consumatori, i quali presumibilmente sono più interessati ad utilizzarla in un'ottica di riduzione del danno o come ausilio per smettere di fumare».

Gli utilizzatori della e-cig hanno mediamente 42 anni e sono soprattutto uomini (66%). Questo prodotto viene consumato principalmente da giovani adulti e adulti poiché l'84,4% dei consumatori ha età compresa tra i 25 e 64 anni. La e-cig più utilizzata è quella contenente nicotina (66,2%), (vapore e aromi 33,8%).

Quest'anno notiamo uno spostamento del canale di acquisto delle sigarette elettroniche: diminuiscono gli acquisti presso i rivenditori specializzati e aumentano quelli presso i tabaccai e le farmacie. Tra gli utilizzatori della e-cig è aumentata quest'anno la percentuale di chi ha dichiarato di aver smesso di fumare le sigarette tradizionali (18,8% nel 2014, 10,6% nel 2013).

Diminuisce invece la percentuale di chi dichiara di aver ridotto leggermente o drasticamente il numero di sigarette fumate (41,8% nel 2014 rispetto al 67,3% nel 2013). Un quarto dei fumatori di e-cig dichiara di non aver modificato le proprie abitudini tabagiche, aggiungendo quindi l'uso della e-cig allo stesso numero di sigarette tradizionali fumate (25,1% nel 2014, 22,1% nel 2013). Compare quest'anno anche tra gli utilizzatori della e-cig chi ha dichiarato di aver aumentato il numero di sigarette

tradizionali (1,7%) e di chi ha iniziato a fumare sigarette tradizionali sebbene prima non avesse questa abitudine (12,1%).

## Tentativi di smettere

Si smette di fumare mediamente a 43,2 anni ma le donne lo fanno prima (42 anni) rispetto agli uomini (43,7 anni). Le ex-fumatrici hanno smesso prevalentemente in un'età compresa tra i 36 e i 45 anni mentre gli ex-fumatori hanno smesso prevalentemente in un'età compresa tra i 46 e 55 anni.

I tentativi di smettere senza successo riguardano circa il 30% dei fumatori, i quali hanno tentato nella maggior parte dei casi (75%) senza alcun aiuto e soltanto circa il 5% utilizzando i farmaci per la disassuefazione. L'Italia è infatti agli ultimi posti in Europa nella vendita di farmaci utilizzati nella terapia di disassuefazione dal fumo. Dall'indagine risulta inoltre che quasi la metà degli intervistati non ha ricevuto suggerimenti per smettere di fumare né dal medico né dal proprio dentista.

L'inserimento sul pacchetto di sigarette, tra le avvertenze sanitarie, del Numero Verde dell'ISS 800554088 ha provocato un aumento considerevole del numero di contatti: le telefonate sono passate nei primi 4 mesi dell'anno da 286 del 2013 a 2.011 del 2014 (1.295 chiamate da parte di uomini – 716 da parte di donne). Gli utenti, che dichiarano nella maggior parte dei casi di aver appreso l'esistenza del numero verde dal pacchetto di sigarette (il 75,5%), sono soprattutto fumatori che vogliono consigli per smettere di fumare e informazione sui centri antifumo di riferimento.

## I Centri Antifumo

L'Osservatorio fumo, alcol e droga (OSSFAD) dell'ISS come tutti gli anni aggiorna il censimento dei Centri Antifumo del SSN dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi

fumo-correlati. Ri-leva quest'anno il consolidamento del trend in discesa, osservato negli ultimi tre anni, del numero dei Centri Antifumo nonostante l'aumento delle richieste d'aiuto per smettere di fumare da parte dei fumatori. Sono, infatti, 287 in Italia i Centri antifumo di ospedali e ASL (erano 303 nel 2011, 295 nel 2012 e 294 nel 2013). ■



## Intervista a Michael Fiore

# Sangue pugliese nell'eccellenza mondiale della smoking cessation The south of Italy in the world research excellence on smoking cessation



di Vincenzo Zagà

*Il Professor Michael Fiore, americano di origini pugliesi, è un esperto di fama mondiale nel campo del tabagismo e delle tecniche per smettere di fumare. È Direttore del Wisconsin Center for Tobacco Research della Wisconsin University e collabora con la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e con la rivista Tabaccologia. È molto legato all'Italia, alla Puglia e... alle orecchiette.*

**Tabaccologia:** professor Fiore, lei ha origini italiane e in particolare pugliesi. Ci racconta qualcosa della sua famiglia d'origine?

**Fiore:** mio padre, nato in America nel 1919, è vissuto a Terlizzi (Bari) dall'età di 2 anni fino ai 13 anni circa. Mio nonno, Pietro Fiore, aveva una tenuta e coltivava uva e olivi nelle campagne di Terlizzi. Viaggiava spesso in America nei primi anni del Ventesimo secolo, lavorando nei cantieri per mettere da parte un po' di soldi con la speranza di tornare in Italia e ingrandire la sua attività agricola.

Durante uno di questi viaggi nacque mio padre, con cui poi rientrarono in Puglia. Quando mio padre aveva circa 13 anni, mio nonno e suo fratello decisero di trasferirsi in America per le opportunità che offriva; avevano dei cugini a Boston e perciò si stabilirono lì. Anche se mio padre crebbe a Terlizzi, egli nacque negli Stati Uniti.

Suo padre (mio nonno) Pietro Fiore, viaggiò frequentemente in America nei primi anni del Ventesimo Secolo, lavorando nel settore edile e risparmiando i soldi per ritornare in Italia, con la speranza di poter incrementare la sua azienda agricola. Durante uno di questi viaggi, mio padre nacque in America nel 1919. I miei nonni rimasero a Terlizzi.

Mio nonno visse fino alla veneranda età di 100 anni, sempre a Terlizzi. Il mio primissimo viaggio in Italia fu per andare a trovare lui e la nonna a Terlizzi quando avevo 17 anni. Rimasi a Terlizzi per due settimane e fu una bella esperienza che mi rimase scolpita nella mente.

La famiglia di mia madre è originaria di Avellino. Il suo cognome è Nasuti. Lei e mio padre si incontrarono a Boston immediatamente dopo la seconda guerra mondiale. Mio padre era stato soldato nell'esercito Statunitense e si incontrarono e si sposarono poco dopo la guerra.

*Professor Michael Fiore, an American of Apulian origins, is a world-renowned expert in the field of tobacco addiction and techniques for giving up smoking. He is Head of the Wisconsin Center for Tobacco Research of Wisconsin University and he works with the Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) and on the Tabaccologia review. He is very attached to Italy, Puglia and... to orecchiette.*

**Tabaccologia:** professor Fiore, you are of Italian origin, from the Puglia region. Can you tell us something about your family's origins?

**Fiore:** my father grew up in Terlizzi (from about age 2 to about age 13).

*My grandfather had a farm and grew grapes and olives in the Terlizzi countryside to support his family. When my father was about 13, he and his brother decided to move to America for the new opportunities there - he had cousins in Boston and that is where he moved.*

*While my father grew up in Terlizzi, he was born in the United States.*

*His father (my grandfather) Pietro Fiore frequently traveled to America in the early part of the 20<sup>th</sup> century, working construction and saving the money to return to Italy, and hopefully expand his farm. during one of those trips, my father was born in america, in 1919. My grandparents remained in Terlizzi.*

*My grandfather lived to the ripe old age of 100, always staying in Terlizzi. My very first trip to Italy was to visit him and my grandmother in Terlizzi was I was 17. I stayed in Terlizzi for two weeks and it made a big impression on me.*

*My mother's family is from Avellino. her surname is Nasuti. She and my father met in boston right after World War II. My father had been a soldier in the United States Army and they met and married soon after the war.*

*Over time, most of my distant relatives in Terlizzi have passed away, in the fall of 2012, I traveled to Puglia, staying at the home of a friend in Giurdignano, near Otranto (Lecce). It was a wonderful trip - I spent a lot of time visiting olive groves, knowing that my father and my grandfather*

*Nel tempo la maggior parte dei miei parenti lontani passarono a miglior vita, nell'autunno del 2012 sono stato in Puglia, ospite presso un amico a Giurdignano, vicino ad Otranto (Lecce). Fu un viaggio meraviglioso, e passai molto tempo a visitare gli uliveti, sapendo che mio padre e mio nonno vissero gran parte della loro vita in uliveti simili vicino a Terlizzi.*

**Tabaccologia:** e lei dove è nato, dove ha studiato, come si è svolta la sua carriera?

**Fiore:** *sono nato a Boston nel 1954. Anche se né mio padre né mia madre completarono la scuola superiore in America, essi misero in alta considerazione l'educazione e fortemente spinsero mio fratello, mia sorella e me ad ottenere una buona educazione scolastica.*

*In molti modi, io rappresento la classica "storia americana", figlio di italo-americani che fortemente incoraggiarono e sostennero i loro figli per fare bene in America.*

*Mio padre, che è morto nel 1996, era così orgoglioso del figlio medico che portava sempre il mio biglietto da visita con la scritta "Michael C. Fiore, M.D." nel portafoglio.*

*Per quanto riguarda gli studi, ho frequentato la Facoltà di Medicina alla Northwestern University di Chicago e ho fatto le prime esperienze di lavoro in Medicina Interna al Boston City Hospital e poi al Public Health Training (MPH) della Harvard University.*

*Mi sono specializzato in Medicina Preventiva presso lo United States Center for Disease Control (CDC) e ho completato un Master in Amministrazione Aziendale (MBA) presso l'Università del Wisconsin.*

*Attualmente sono Professore di Medicina all'Università del Wisconsin, dove ho fondato e ancora oggi dirigo The University of Wisconsin Center for Tobacco.*

**Tabaccologia:** lei è oramai un opinion leader a livello mondiale nel campo della prevenzione e terapia per la dipendenza da tabacco. Come e perché ha iniziato a studiare la devastante dipendenza dal tabacco?

**Fiore:** *quando lavoravo allo United States Center for Disease Control (CDC), ho avuto il privilegio di ricevere la proposta di un incarico presso lo United States Office on Smoking and Health di Washington DC. In questa nuova posizione ho avuto l'opportunità di contribuire alle strategie politiche antifumo degli Stati Uniti e ai report del Surgeon General. Quello era un momento, la fine degli anni '80, molto importante per il controllo del tabagismo. Per la prima volta il governo degli USA aveva riconosciuto la dipendenza dal tabacco come patologia e riconosciuto il fumo passivo come rischioso per la salute. Questi due report furono sponsorizzati e divulgati dal Governo degli Stati Uniti. Il mio lavoro presso lo Smoking and Health Office mi ha trasformato e durante quel periodo ('87-'88) ho deciso di dedicare la mia carriera a ridurre gli effetti nocivi dell'uso di tabacco e ad aiutare i fumatori a smettere.*

**Tabaccologia:** sappiamo che ha collaborato come consulente per la salute con le amministrazioni di Clinton e Obama...

*has spent so much of their lives in similar olive groves near Terlizzi.*

**Tabaccologia:** where were you born? Where did you study, and how did your career develop?

**Fiore:** *I was born in Boston in 1954. While neither my mother nor my father finished high school in America, they highly valued education and strongly urged my brother, my sister, and I to get a good education.*

*In many ways, I represent the classic American story - the son of Italian Americans who strongly encouraged and supported their children to do well in America.*

*My father, who passed away in 1996, was so proud that I became a medical doctor. He carried my first business card - that indicated, Michael C. Fiore, MD - in his wallet. In terms of my schooling, I attended medical school at Northwestern University in Chicago, Internal Medicine Residency Training at Boston City Hospital, Public Health Training (MPH) at Harvard University, preventive medicine residency training at the United States Centers for Disease Control (CDC), and received a Masters of Business Administration (MBA) from the University of Wisconsin.*

*Currently I am a Professor of Medicine at the University of Wisconsin, where I founded and currently direct the University of Wisconsin Center for Tobacco Research and Intervention ([www.ctri.wisc.edu](http://www.ctri.wisc.edu))*

**Tabaccologia:** you are now a worldwide renowned opinion leader in the fields of prevention and therapy for tobacco addiction. How and why did you begin to study the ravaging dependence of tobacco?

**Fiore:** *when I worked at the United States Centers for Disease Control (CDC), I was privileged to receive an assignment to work at the United States Office on Smoking and Health in Washington, DC. In that capacity, I had the opportunity to contribute to United States tobacco policy issues and the annual surgeon general's reports. That time (the late 1980s) was a very important period for tobacco control.*

*It was the first time that the United States government did two things: 1) it recognized tobacco use as a powerful addiction and 2) it recognized second-hand smoke as an important health risk factor for innocent bystanders. Those two surgeon general's reports were released by the United States government when I worked at the Centers for Disease Control.*

*My work at the office on smoking and health transformed me - during that time 1987-1988, I decided to dedicate my professional career to reducing the harms from tobacco use and to helping smokers to successfully quit.*

**Tabaccologia:** we know that you collaborated as a health consultant for the Clinton and Obama administrations...

**Fiore:** *since the late 1980s, I have been invited to participate in a number of national tobacco control activities in the United States. Probably most important is that I was asked to serve as chair of the United States Clinical Practice guideline panels that produced all three editions of the*

**Fiore:** *dalla fine degli anni '80 ho ricevuto diversi inviti a partecipare in attività riguardanti il controllo dell'uso di tabacco. Probabilmente l'incarico più importante è stato quello di presiedere il Comitato della United States Clinical Practice Guideline, che ha prodotto tutte e tre le edizioni della "Treating Tobacco Use and Dependence". Questa linea guida fu la prima pubblicazione, negli USA, a documentare le terapie più efficaci per aiutare i fumatori a smettere e ad evidenziare il ruolo importante che i medici hanno nell'aiutare i loro pazienti nella lotta al fumo. Attualmente sono consulente dello United States National Cancer Institute.*



Michael Fiore e Vincenzo Zagà.

**Tabaccologia:** lei è amico e mentore della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), nata nel 1999, ed è Presidente del Comitato Scientifico Internazionale della rivista Tabaccologia. Qual è, a suo avviso, il ruolo che questa Società e la rivista hanno avuto in Italia in questi anni?

**Fiore:** *ho avuto l'onore di partecipare a tanti eventi della SITAB e di scrivere diversi articoli per la rivista Tabaccologia e apprezzo molto il modo in cui la Società e la rivista hanno lavorato per ridurre l'uso di tabacco in Italia che ha portato ad una riduzione della morbilità e mortalità per patologie fumo-correlate e di conseguenza ad una riduzione di tante sofferenze per molte famiglie italiane. SITAB e Tabaccologia hanno così evidenziato il ruolo cruciale che il personale sanitario tutto ha nell'informare e spronare i propri pazienti a smettere di fumare. Come sappiamo, anche in Italia il fumo di tabacco rappresenta la principale causa evitabile di malattie e morti per patologie fumo-correlate. Per questo appoggio e raccomando SITAB e Tabaccologia per le loro azioni efficaci che sono riuscite a ridurre il consumo di tabacco in Italia.*

**Tabaccologia:** segue il calcio o altri sport in Italia o in USA?

**Fiore:** *non seguo il calcio da vicino ma quando abitavo a Perugia (dal 1980 all'81) seguivo la squadra del Perugia e andai un paio di volte allo stadio.*

*Ora abito nello Stato di Wisconsin (al nord rispetto a Chicago). La squadra di Football Americano del nostro Stato è quella dei Green Bay Packers. La gente qui adora i Packers, piacciono anche a me. È un bel modo per passare i pomeriggi della domenica. Quando ero giovane ed abitavo a Boston, ero un grande tifoso dei Boston Red Sox, la squadra di baseball di Boston.*

**Tabaccologia:** infine, qual è il suo piatto pugliese preferito?

**Fiore:** *forse è per le mie origini pugliesi ma le orecchiette sono sempre state il mio piatto preferito. Mi piacciono con qualsiasi condimento, specialmente se sono fatte in casa, ma soprattutto con il sugo di carne, come le faceva mia madre. ■*

Intervista effettuata per Bridge Puglia-USA e Tabaccologia.

*guideline, treating tobacco use and dependence.*

*This guideline was the first in the United States to document the most effective treatments to help smokers to quit and the important role of physicians in helping their patients to quit. Currently, I serve as a senior consultant to the United States National Cancer Institute.*

**Tabaccologia:** you are a friend and a mentor of the Italian Society of Tabaccologia (SITAB), born in 1999 and you are the Chairman of the International Scientific Committee of the journal Tabaccologia. What is, in your opinion, the role that this Society and the journal played in Italy in these years?

**Fiore:** *I have been honored to participate in a number of events sponsored by SITAB and to write a number of articles in the important journal, Tabaccologia.*

*I am so proud of the way the italian tobacco control community has come together to reduce tobacco use in Italy, as a result of thier work, illness and death have been prevented in Italy and needless suffering by italian families has been averted. Both SITAB and Tabaccologia have emphasized the critical role of the health care provider in informing his/her patients to quit tobacco use. We know that tobacco use is the leading preventable cause of illness and death among italians - it is unequaled in terms of the harm he causes italian families. I commend sitab and Tabaccologia for their effective actions that have successfully reduced tobacco use in Italy.*

**Tabaccologia:** last question: which is your favorite pugliese dish?

**Fiore:** *because of my family's past in Puglia, orecchiette has always been my favorite type of pasta. I love it with most anything - particularly home made orecchiette. I guess my favorite is orecchiette with the tomato meat sauce that my mother made.*

**Tabaccologia:** do you follow soccer or other sports in Italy or in the US?

**Fiore:** *I don't follow soccer closely but when I lived in Perugia (from 1980 to 1981), I followed the Perugia soccer team and attended a couple games.*

*I now live in the State of Wisconsin (north of Chicago). The American Football Team for our state is the Green Bay Packers. People here worship the Packers - I like them too. It is a great way to spend Sunday afternoon. When I was young and lived in Boston, I was a big fan of the Boston Red Sox - the baseball team for Boston. ■*

*Thank you Michael for your always nice courtesy.*

# Perspectives & Research

ASLTO2 - Torino & Istituto Superiore di Sanità

## Sperimentazione sull'uso assistito della sigaretta elettronica

Fabio Beatrice

In base al censimento DOXA per l'Istituto Superiore di Sanità nel 2013 i fumatori sono 10,5 milioni: il 20,6% della popolazione, di cui 6,4 milioni uomini [pari al 26,2%] e 4,1 milioni donne [pari al 15,3%]. I consumi sono molto elevati in circa il 40% dei fumatori: il 34,3% fuma oltre le 15 sigarette ed il 4,7% fuma oltre le 25 sigarette al giorno. Tra i 45 ed i 65 anni si tende ad esagerare maggiormente. Il 72,8% dei fumatori non pensa di smettere nei prossimi sei mesi. Nel 2013 solo l'1% dei fumatori ha utilizzato abitualmente la sigaretta elettronica (e-cig) e di questi il 69,1% additivava con nicotina. Con la e-cig ha smesso di fumare il 10,6% di coloro che l'hanno provata, il 22,9% ha diminuito drasticamente il numero di sigarette, il 44,4% ha lievemente ridotto i consumi, mentre il 22,1% non ha avuto alcuna modifica dei suoi comportamenti. I maggiori consumi di e-cig si sono registrati tra i maschi [61,4%], soprattutto tra i 25 ed i 64 anni con una diminuzione del consumo col progredire dell'età. Il 48,4% è convinto che la e-cig faccia meno male poiché non brucia tabacco ed il 45,1% crede che sia un buon mezzo per smettere di fumare. È confermato che il 92% dei fumatori che volevano cessare hanno provato da soli, il 4,2% ha provato supporti farmacologici senza prescrizione medica e solo l'1,1% è stato seguito da professionisti presso centri antifumo con supporti psicologici e farmacologici. 3 su 10 degli attuali fumatori ha provato a smettere e l'88,4% ha ripreso entro l'anno e per la maggioranza l'astensione è stata nell'ordine di settimane o pochi mesi. Queste le cifre di un fallimento. Tra le ragioni che i fumatori adducono per non smettere il 78,3% sostiene che gli mancherebbe la compagnia delle sigarette ed il 61,3% ha paura di non riuscire. Quelli che invece ce l'hanno fatta adducono ragioni relative alla propria salute ed alla percezione del rischio sulla salute [1]. Nella sostanza nonostante l'incidenza del fumo sia in diminuzione in Italia i fumatori appaiono sfiduciati e la stragrande maggioranza dei tentativi di cessazione è auto-

gestita. Ciò comporta grandi percentuali di ricadute e frustrazione nel fumatore che viene a trovarsi in una sorta di vicolo cieco. Anche la sigaretta elettronica risente per varie ragioni del meccanismo dell'autogestione ed i frequenti insuccessi di cessazione che si verificano con il suo ausilio ulteriormente alimentano sfiducia nel riuscire a smettere.

In base alle linee guida [2,3] per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, sono validate una serie di indicazioni condivise dal "Cochrane Drugs and Alcohol Group", un fumatore può essere definito "ex" solo dopo sei mesi dall'ultima sigaretta e le percentuali di cessazione con le varie metodiche proposte in letteratura indicate come cessazione a 12 mesi non sono confortanti: senza supporto il 5%, con terapia comportamentale il 12%, con sostituti della nicotina 16,8%. La Vareniclina risulta efficace nel 25% [4]. Integrando tra loro i singoli supporti è possibile aumentare la percentuale di successo del trattamento.

In questo contesto si è verificato negli ultimi anni il tumultuoso e rapido avvento della sigaretta elettronica che ha determinato una spaccatura tra i fumatori ed il mondo scientifico. La sigaretta elettronica ha conquistato ampie fette di mercato ed ha incontrato per varie ragioni una forte resistenza nella classe sanitaria, ragioni legate alla incertezza sulla tossicità del prodotto [5], alla affidabilità dei contenuti di nicotina [6], al timore che potesse invogliare al fumo persone e soprattutto i giovani [7,8]. Su questi aspetti si sono successivamente inseriti aspetti normativi e commerciali che non hanno semplificato la situazione.

Negli ultimi 50 anni, è stato definitivamente chiarito il concetto della riduzione del danno da tabacco [9]. Si è compresa la differenza tra i prodotti della combustione del tabacco da una parte e della nicotina dall'altra. I prodotti della combustione del tabacco intervengono nella carcinogenesi di numerosi distretti esposti direttamente o indirettamente al fumo, quali ad esempio il polmone [10] e condizionano pesantemente tutto l'or-

Fabio Beatrice (f.beatrice@tabaccologia.it)

Direttore S.C. Otorinolaringoiatria, Osp S.Giovanni Bosco, Torino. Direttore del Centro per la Cura e la Prevenzione del Tabagismo - ASLTO2

ganismo interagendo con altri fattori di rischio quali l'aumento di peso e l'obesità [11]. La nicotina invece è la responsabile della dipendenza [12] rendendo difficile smettere di fumare [13]. I sostituti della nicotina sono ampiamente utilizzati come un aiuto clinico per la cessazione [4], riduzione o temporanea astensione per periodi di tempo anche lunghi ed in questo ambito il rapido avvento della sigaretta elettronica ha in un certo senso rimescolato le carte. Oltre al fumo attivo è anche definitivamente confermato che il fumo passivo nuoce gravemente ed i suoi componenti organici volatili ulteriormente danneggiano la salute depositandosi nell'ambiente al chiuso ed all'aperto [14-16]: una ulteriore invisibile insidia nota come "fumo di Terza mano" [15]. Infine vi è la questione dell'impatto dei mozziconi sia sull'ambiente che sugli esseri umani [17]; questo è legato oltre che ai ben noti prodotti della combustione, alla presenza del temibile Polonio 210 (un radioattivo alfa emittente) e all'acetato di cellulosa del filtro, fotodegradabile ma non biodegradabile. Quest'ultimo frammentato e trasportato dall'acqua finisce nel terreno e nel mare entrando anche nella catena alimentare.



Mentre persistono dubbi sulla efficacia della sigaretta

elettronica nella cessazione rispetto ad altre metodiche di utilizzo della nicotina [18] è possibile che, se il suo uso fosse opportunamente assistito, essa potrebbe costituire un aiuto nella riduzione del fumo di tabacco ed in definitiva nella riduzione del danno [19]. In proposito devono però essere indagati e chiariti vari aspetti che riguardano sia le modalità di uso della sigaretta elettronica nell'ambito di un percorso assistito che

aspetti di tipo squisitamente normativo [20]. Da questo scenario parte l'idea promossa dalla ASLTO2 di Torino che con l'Istituto Superiore di Sanità si è proposta di allestire un percorso assistito a fumatori che non sono riusciti a smettere con le tecniche tradizionali e che presentano una disponibilità individuale alla sigaretta elettronica. Ciò al fine di chiarire se l'introduzione della e-cig in un percorso assistito, possa orientare e consolidare inizialmente un passaggio dalla sigaretta normale allo svapo e successivamente una progressiva riduzione della nicotina somministrata tramite svapo fino a raggiungere 0-nicotina. Obiettivo dello studio è anche di verificare i casi e le ragioni di eventuali insuccessi per migliorare il supporto clinico nei fumatori più resistenti. I risultati sono attesi per il prossimo autunno. ■

**BIBLIOGRAFIA**

1. Il Fumo in Italia. ISS DOXA, 31.05.2013.
2. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008, OSSFAD Istituto Superiore di Sanità, Centro Stampa De Vittoria s.r.l., Roma maggio 2008.
3. Cessazione del fumo di tabacco. Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte., Commissione regionale Anti-tabacco, quaderno n.3, Centro Stampa Regione Piemonte, maggio 2007.
4. Manuale di sensibilizzazione e informazione sulle tematiche collegate al fumo di tabacco. Clementi F., Dragani L., Gorio R., Principe R. Istituto Superiore di Sanità,1-82, De Vittoria s.r.l. Ed, maggio 2012.
5. Burstyn I. Peering through the mist: systematic review of what the chemistry of Contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks BMC Public Health 14(1),18:1-27,2014.
6. Farsalinos K.E., Romagna G., Tsiapras D., Kyrzopoulos S., Voudris V. Evaluating nicotine levels selection and patterns of electronic cigarette use in a group of "vapers" who had achieved complete substitution of smoking. Subst. Abuse 7: 139-146, 2013.
7. Carr E.R. E-cigarettes: facts, perceptions, and marketing messages. Clin. J. Oncol. Nurs 18 (1): 112-116, 2014.
8. Tinghino B., Pacifici R., Di Pucchio A., Palmi I., Solimini R., Faggiano F., Gorini G. Focus on electronic cigarettes. Epidemiol. Prev. 37 (4-5):303-307,2013.
9. Fagestrom KO, Bridgman K. Tobacco harm reduction: the need for new products that can compete with cigarettes. Addict Behav. 39(3):507-511, 2014.
10. Hecht SS., Szabo E. Fifty years of tobacco carcinogenesis research: from mechanisms to early detection and prevention of lung cancer. Cancer Prev. Res. 7(1):1-8, 2014.
11. Mackay D.F., Gray L., Pell J.P. Impact of smoking and smoking cessation on overweight and obesity: Scotland-wide, cross-sectional study on 40,036 participants. BMC Public Health 13: 348-354, 2013.
12. Jonathan D. Pollock, Elena Kouslova, Allison Hoffman, David Shurtleff, Nora D Volkow Treatment for nicotine addiction should be a top priority Lancet 375(9689):513-514,2009.
13. Nutt D., King L.A., Saulsbury W., Blakemore C. Development of a rational scale to assess the arm of drugs of potential misuse. Lancet 369: 1047-1053,2007.
14. Villeneuve P.J., Jerret M., Brenner D., Su J., McLaughlin J.R. A case-control study of long term exposure to ambient volatile organic compounds and lung cancer in Toronto, Ontario, Canada. Am. J. Epidemiol. 179 (4):443-451,2014
15. Becquemin M.H.,Bertholon J.F., Bentayeb M., Attoui M., Ledur D., Roy F., Annesi-Maesano I., Dautzenberg B. Third-hand smoking: indoor measurements of concentration and sizes of cigarette smoke particles after resuspension. Tob. Control 19(4):357-348,2010.
16. Martins-Green M., Adhami N., Frankos M., Videz M., Goodwin B., Lyubovitsky J., Dhall S., Garcia M.,Egiebor I., Martinez B.,Green H.W., Havel C., Yu L., Liles S., Matt G., Destaillets H., Sleiman M., Gundel L.A.,Benowitz N., Javcob P., Howell M., Winickoff J.P., Curras-Collazo M. Cigarette smoke toxins deposited on surface: implications for human health. PLoS One 9(1): e86391,2014.
17. Lombardi C.C., Di Cicco G.,Zagà V. The environmental impact of cigarette stubs. Energia ambiente e innovazione.4: 59-69, 2010.
18. Bullen C., Howe C., Laugesen M., McRobbie H., William J., Waljker N., Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet 156;382(9905): 1629-1637,2013.
19. Dawkins L., Corcoran O. Acute electronic cigarette use : nicotine delivery and subjective effects in regular users. Psychopharmacology (Berl) . 231 (2): 401-407,2014.
20. Paradise J. No Sisyphian task: how the FDA can regulate electronic cigarettes. Yale J. Health Policy Law Ethics 13 (2): 326-374,2013.



# Tribuna

## BIG TOBACCO ...e ora le scuse

**La Corte USA ordina alle compagnie di tabacco americane di dire la verità sui danni da sigaretta e sulle loro deliberate falsità**

## BIG TOBACCO ...and now the excuses

**U.S. Court orders American Tobacco Companies to tell the truth about cigarette harms and about their own deliberate deceptions**

Howard M. Crystal, Monique E. Muggli

**P**er quasi 15 anni le più importanti compagnie statunitensi di tabacco (Big Tabacco) sono state implicate in una causa civile per truffa, in Washington DC, che riguardava la loro massiva frode ordita nei confronti dei consumatori di sigarette. Anche se la causa originariamente è stata portata avanti dal Dipartimento di Giustizia, circa dieci anni fa una coalizione di gruppi di sanità pubblica (Tobacco-Free Kids Action Fund, American Cancer Society, American Heart Association, American Lung Association, Americans for Nonsmokers' Rights and National African American Tobacco Prevention Network) è intervenuta per sollecitare il giudice federale che presiedeva il caso, giudice distrettuale Gladys Kessler, ad imporre pesanti misure miranti a prevenire ed a correggere la frode delle compagnie di tabacco. Il caso è giunto recentemente a un punto significativo tale che porterebbe in breve tempo le compagnie del tabacco a dover rendere noto al pubblico la loro condotta censurabile e la verità sui loro prodotti.

Nel 2006 Il giudice Kessler emise la sua linea portante del verdetto, considerando che le compagnie delle sigarette avevano deliberatamente ingannato il pubblico americano sugli effetti negativi delle sigarette e sull'esposizione al fumo di tabacco, sulla loro manipolazione della nicotina per creare e sostenere la dipendenza da sigarette, e sui presunti benefici alla salute delle loro cosiddette sigarette "a bassa concentrazione di catrame".

### **Così la Corte ha motivato la sua decisione**

*"Nel lasso di più di 50 anni, gli imputati mentirono, fuorviarono e ingannarono il pubblico americano, compresi i fumatori e i*

**F**or almost fifteen years, the largest U.S. cigarette companies have been fighting a civil racketeering case in Washington D.C. concerning their massive consumer fraud over cigarettes. Although the case was originally brought by the Department of Justice, almost ten years ago a coalition of public health groups (Tobacco-Free Kids Action Fund, American Cancer Society, American Heart Association, American Lung Association, Americans for Nonsmokers' Rights, and National African American Tobacco Prevention Network) intervened to urge the federal judge presiding over the case, U.S. District Judge Gladys Kessler, to impose strong measures aimed at preventing and correcting the tobacco companies' fraud. The case recently reached an important milestone, bringing the tobacco companies closer to having to educate the public about their misconduct and the truth about their products.

In 2006, Judge Kessler issued her landmark ruling, finding the cigarette companies had deliberately deceived the American public about the adverse health effects of cigarettes and exposure to tobacco smoke, their manipulation of nicotine to create and sustain cigarette addiction, and any health benefits of their so-called 'low tar' cigarettes.

### **As the Court summarized**

"Over the course of more than 50 years, Defendants lied, mis-represented, and deceived the American public, including smokers and the young people they avidly sought as "replacement smokers," about the devastating health effects of smoking and environmental tobacco smoke,

Howard M. Crystal ([hcrystal@meyerglitz.com](mailto:hcrystal@meyerglitz.com))  
JD, Meyer Glitzenstein & Crystal, Washington, D.C.

Monique E. Muggli ([mmuggli@tobaccofreekids.org](mailto:mmuggli@tobaccofreekids.org))  
MPH, JD, Campaign for Tobacco-Free Kids, International Legal Consortium

*giovani che essi avidamente cercavano come «fumatori da rimpiazzare», sugli effetti devastanti sulla salute del fumo attivo e del fumo di tabacco ambientale, essi soppressero la ricerca, distrussero documenti, manipolarono l'uso della nicotina allo scopo di incrementare e perpetuare la dipendenza, distorsero la verità sulle sigarette cosiddette leggere a basso contenuto di catrame, allo scopo di scoraggiare i fumatori di smettere di fumare ed abusarono del sistema legale per perseguire il loro obiettivo – guadagnare soldi con poco o senza alcun riguardo per la malattia e la sofferenza dell'individuo e con aumento dei costi della salute".*

Il giudice Kessler si era convinto, a ragione, che le compagnie di sigarette erano propensi a continuare il loro comportamento illegale per il futuro. Per prevenire e cercare di confinare l'inganno ulteriore, la Corte impose a Philip Morris USA, Altria, R.J.Reynolds, e Lorillard di pubblicare "dichiarazioni correttive" sui seguenti cinque argomenti:

1. Gli effetti negativi del fumo sulla salute; 2. la capacità del fumo e della nicotina di provocare dipendenza; 3. la mancanza di ogni significativo beneficio di salute dal fumare sigarette "low tar", "light", "ultralight", "mild" e "natural"; 4. La manipolazione effettuata da parte delle compagnie del tabacco allo scopo di progettare la modifica delle sigarette per garantirsi l'ottimizzazione dell'assorbimento della nicotina; 5. gli effetti negativi sulla salute dell'esposizione al fumo di tabacco.

Costringere una compagnia a fare delle dichiarazioni pubbliche per correggere la disinformazione che avevano disseminato è un rimedio ben consolidato nei processi per frode nei confronti del pubblico e dei consumatori.

Alla fine dei ricorsi in appello, della durata di 4 anni, nel 2012 la Corte determinò il preciso linguaggio delle dichiarazioni da utilizzare richiedendo che ognuna inizi con "Una corte federale ha sentenziato che le compagnie del tabacco imputate deliberatamente ingannarono il pubblico americano" e poi citare la verità sui cinque punti. Per esempio, una delle dichiarazioni correttive, sull'inganno delle sigarette a basso contenuto di catrame è citato come segue:

Una corte federale ha sentenziato che le compagnie del tabacco imputate, deliberatamente ingannarono il pubblico americano, vendendo e pubblicizzando con inganno le sigarette a basso contenuto di catrame e leggere come meno dannose delle sigarette normali, ed ha ordinato a queste compagnie di formulare questa dichiarazione.

## Ecco la verità

- Molti fumatori cambiano sigarette passando a quelle leggere "a basso contenuto di catrame" piuttosto che smettere perché credono che le sigarette a basso contenuto di catrame e leggere siano meno dannose. **Non lo sono.**
- Fumatori di sigarette a "Basso contenuto di catrame" e con filtro inalano essenzialmente la **stessa quantità** di catrame e di nicotina che inalerebbero con le sigarette regolari.
- **Tutte** le sigarette "leggere", "basso contenuto di catrame", "ultra light" e "natural" causano cancro, malattie



they suppressed research, they destroyed documents, they manipulated the use of nicotine so as to increase and perpetuate addiction, they distorted the truth about low tar and light cigarettes so as to discourage smokers from quitting, and they abused the legal system to achieve their goal – to make money with little, if any, regard for individual illness and suffering, soaring health costs, or the integrity of the legal system."

Judge Kessler also found that the cigarette companies were likely to continue their unlawful behavior in to the future. To prevent and restrain further fraud, the Court required Philip Morris USA, Altria, R.J. Reynolds, and Lorillard to issue "corrective statements" about the following five topics: (1) the adverse health effects of smoking; (2) the addictiveness of smoking and nicotine; (3) the lack of any significant health benefit from smoking "low tar," "light," "ultralight," "mild," and "natural," cigarettes; (4) the Defendant companies' manipulation of cigarette design and composition to ensure optimum nicotine delivery; and (5) the adverse health effects of exposure to tobacco smoke. Forcing a company to make public statements correcting misinformation it has disseminated is a well-established remedy in U.S.-based consumer fraud litigation.

After appeals were resolved over a period of 4 years, in 2012 the Court determined the precise language of the statements, requiring that each one begin, "A Federal Court has ruled that the Defendant tobacco companies deliberately deceived the American public," and then stating the truth on five topics. For example, one of the corrective statements, about the cigarette companies' 'low-tar' fraud, reads as follows:

A Federal Court has ruled that the Defendant tobacco companies deliberately deceived the American public by falsely selling and advertising low tar and light cigarettes as less harmful than regular cigarettes, and has ordered those companies to make this statement.

## Here is the truth

- Many smokers switch to low tar and light cigarettes rather than quitting because they think low tar and

polmonari, infarti cardiaci e morte precoce. Non esiste una sigaretta sicura.

La corte ordinò che le dichiarazioni correttive fossero pubblicate su alcuni giornali e negli spazi pubblicitari degli emittenti tv come pure sui siti web delle compagnie e sui pacchetti di sigarette. Anche se l'ordine originale richiedeva la pubblicizzazione delle dichiarazioni anche in alcuni luoghi di vendita dove le compagnie vendevano e pubblicizzavano le sigarette (punti-vendita), un emendamento della corte d'appello sospese questo, per il momento.

Recentemente le parti in causa hanno inviato alla corte una proposta riguardo le dichiarazioni correttive che dovrebbero comparire nelle varie posizioni, incluso le versioni online dei giornali. Tuttavia alcuni punti vendita sui media – incluso giornali e stazioni radio appartenenti ad afro-americani, una emittente tv ispanica ed altri – hanno obiettato sulla proposta, rivendicando che la Corte dovrebbe richiedere che anche i loro punti vendita fossero essere parimenti inclusi. Per venire incontro a queste richieste, specialmente per raggiungere la comunità afro-americana, le parti elaborato una proposta modificata, aggiungendo nella lista altri giornali in città con maggiore popolazioni afro-americane, e provvedere all'opzione di trasmettere degli spot televisivi su emittenti e programmi che raggiungono un maggior numero di afro-americani.

Il 2 Giugno 2014, la Corte ha approvato la proposta modificata. Due istanze rimangono da risolvere prima che le dichiarazioni correttive possano finalmente apparire nei quattro mass media precedentemente descritti.

La prima: le compagnie di sigarette hanno dichiarato che potrebbero appellarsi contro la sentenza del 2012 che regolamentava il linguaggio specifico delle dichiarazioni. Ora che la proposta di implementazione è stata approvata, quell'appello potrebbe andare avanti, e dovrebbe essere risolto al più tardi entro la fine di quest'anno. Dopo l'appello, le dichiarazioni correttive potranno finalmente iniziare a comparire sui quattro mass media .

La seconda è che la Corte deve decidere se le dichiarazioni correttive debbano essere mostrate ai Punti Vendita. Il Punto Vendita è il veicolo comunicativo più importante che rimane alle compagnie del tabacco negli Stati Uniti, laddove altre forme di pubblicità delle sigarette sono severamente limitate. Nel giugno u.s. la Corte ha invitato le parti ed i commercianti al dettaglio, di preparare brevi promemorie a favore o contrari alla eventuale reimpostazione di questa forma mediatica di risarcimento. Una volta scritte queste note, la Corte deciderà se richiedere che le dichiarazioni correttive appaiano o meno nei Punti Vendita o quale istanza alternativa intraprendere allo scopo di raggiungere i consumatori di tabacco.

Per visionare tutte le dichiarazioni correttive e i relativi documenti del tribunale, si prega di visionare questo link: [http://www.tobaccofreekids.org/what\\_we\\_do/industry\\_watch/doj\\_lawsuit/corrective\\_statements](http://www.tobaccofreekids.org/what_we_do/industry_watch/doj_lawsuit/corrective_statements). ■

light cigarettes are less harmful. **They are not.**

- “Low tar” and filtered cigarette smokers inhale essentially **the same amount** of tar and nicotine as they would from regular cigarettes.
- All cigarettes cause cancer, lung disease, heart attacks, and premature death - lights, low tar, ultra lights, and naturals. **There is no safe cigarette.**

The Court ordered the corrective statements to be placed in certain newspapers and TV network time slots, as well as on the companies' own websites and cigarette packs. Although the original order also required the corrective statements to be displayed in certain retail outlets where the companies sell and advertise cigarettes (Point-of-Sale), an appeals ruling has put that location on hold for the time being.

Recently, the parties provided the Court with a proposal regarding how the corrective statements would appear in the various venues, including the online versions of newspapers. However, certain media outlets – including African American-owned newspapers and radio stations, an Hispanic television station, and others – objected to the proposal, claiming the Court should require their outlets to be included as well.

To address those concerns – and especially concerns about reaching the African American community – the parties submitted a revised proposal, adding several newspapers in cities with higher African American populations, and providing for the option of running television ads on stations and programs that will reach more African Americans. On June 2, 2014 the Court approved the revised proposal.

Two issues remain to be resolved before the corrective statements can finally appear in the four media as previously described. First, the cigarette companies have indicated they may appeal the Court's 2012 ruling setting out the specific language of the statements. Now that the implementation proposal has been approved, that appeal can go forward, and should be resolved later this year. After that appeal, the corrective statements can finally begin appearing in these four media.

Second, the Court must decide whether the corrective statements can be required to be displayed at the Point-of-Sale.

The Point-of-Sale is the most important communication vehicle remaining to the companies in the United States, where other forms of cigarette advertising are strictly limited. This month the Court has invited the parties, and the retailers, to submit briefs arguing for and against re-imposing this remedy. Once these briefs are filed, the Court will decide whether to require the corrective statements to appear at the Point-of-Sale, or what alternative approach to take in order to reach those consumers.

To view all of the corrective statements and the related court documents, please see the following link: [http://www.tobaccofreekids.org/what\\_we\\_do/industry\\_watch/doj\\_lawsuit/corrective\\_statements](http://www.tobaccofreekids.org/what_we_do/industry_watch/doj_lawsuit/corrective_statements). ■

**Traduzione di Daniel Lawrence Amram.**



# Abstract & Commentary

## Commentary

### Effetti della Vareniclina sulla depressione maggiore

Giulia Anna Aldi, Fiammetta Cosci

Circa la metà dei fumatori soffre o ha sofferto di depressione maggiore e, rispetto ai fumatori non depressi, chi soffre di disturbo depressivo maggiore (DDM) ha maggiori difficoltà a smettere di fumare.

Ad oggi, i fumatori che presentano un disturbo depressivo attuale o in anamnesi e desiderano smettere di fumare possono beneficiare di terapie a base di bupropione, nortriptilina o di trattamenti sostitutivi alla nicotina, ma la probabilità di ricaduta nella dipendenza rimane alta.

La vareniclina è un farmaco utilizzato per ridurre i sintomi astinenziali e gli effetti gratificanti della nicotina in modo da facilitare la cessazione del fumo. Molteplici studi condotti su fumatori non depressi hanno riportato buoni risultati, ma ben poco si sa sull'efficacia di vareniclina nei fumatori in trattamento per la depressione, in quanto non c'è accordo sull'appropriatezza del suo utilizzo sui pazienti psichiatrici. Tale dibattito è legato al rischio che la vareniclina possa peggiorare il quadro clinico nei pazienti psichiatrici ed evocare effetti indesiderati gravi quali ad esempio il suicidio, la mania, i sintomi psicotici [1-3].

Un recente studio di Robert Anthenelli e collaboratori [4] sembra invece riaprire il dibattito su questo argomento.

Si tratta di una ricerca in cui è stata testata l'efficacia di vareniclina come farmaco anti-fumo su un campione di fumatori depressi e la sua eventuale influenza sul tono dell'umore ed i livelli d'ansia.

Lo studio è stato condotto sulla base di un disegno sperimentale multicentrico, randomizzato e contro-bilanciato in doppio-cieco, in cui i partecipanti sono stati sottoposti per 12 settimane ad un trattamento con vareniclina (1 mg due volte al dì) o placebo, con un follow-up di 40 settimane in assenza di trattamento.

Il campione era composto da 525 fumatori di almeno 10 sigarette al giorno, con un'età compresa tra i 18 ed i 75 anni, desiderosi di smettere di fumare. Tutti i soggetti erano in trattamento per un disturbo depressivo maggiore (DDM) oppure avevano concluso con successo tale trattamento negli ultimi due anni. Circa tre quarti del campione assumeva inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina o della noradrenalina, benzodiazepine o altri sedativi.

Durante lo studio sono stati effettuati controlli periodici sull'aderenza al trattamento farmacologico (vareniclina o placebo) e sul mantenimento dell'astinenza da fumo tramite l'analisi del monossido di carbonio (CO) dell'aria espirata; inoltre sono stati periodicamente valutati il tono dell'umore, il livello d'ansia e la presenza di pensieri suicidari attraverso scale auto-somministrate.

I risultati mostrano tassi di cessazione del fumo maggiori nel gruppo sottoposto a trattamento con vareniclina (40%) rispetto al gruppo sottoposto a placebo (16%). Alla fine del periodo di follow-up, il 20% dei soggetti trattati con vareniclina è risultato mantenere l'astinenza da fumo di sigaretta rispetto al 10% del gruppo di controllo.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali, il 27% dei pazienti trattati con vareniclina ha esperito nausea rispetto al 10% dei pazienti sottoposti a placebo. Al contrario, nei due gruppi non sono state riscontrate differenze relativamente al tono dell'umore, ai livelli d'ansia ed ai pensieri suicidari. Infine, non è emerso un peggioramento del DDM nei due gruppi.

Lo studio di Anthenelli e colleghi sembra dunque comprovare l'efficacia della vareniclina come farmaco anti-fumo nei pazienti con depressione, non riscontrando per altro effetti collaterali importanti sulla base dei quali possa esserne sconsigliata la somministrazione in pazienti con DDM attuale o pregresso. Sembra andare a confermare quanto già osservato in altri studi condotti precedentemente per esempio su pazienti ancora più a rischio quali ad esempio quelli con diagnosi di disturbo bipolare [5].

Tuttavia, gli stessi autori dell'articolo sottolineano opportuno ricordare che alcuni partecipanti hanno interrotto il trattamento prima delle fine dell'esperimento, causando una perdita di dati che potrebbe aver influenzato i risultati. Inoltre, tali risultati non possono essere generalizzati a pazienti con MDD non trattato o che presentino un'ulteriore e concomitante patologia psichiatrica o che stiano assumendo stabilizzatori dell'umore o antipsicotici. Gli autori raccomandano ai clinici che operano nell'ambito della cessazione del fumo particolare prudenza nel trattare fumatori depressi con disturbi psichiatrici complessi. In questo senso, è da notare che la ricerca citata esclude soggetti con disturbi psichiatrici di Asse I diversi



dal DDM o con disturbi di personalità in quanto possibili fattori di rischio per la comparsa di condotte autolesive o incontrollate.

A tal proposito, appare agli scriventi non solo necessario continuare ad essere prudenti nella somministrazione di vareniclina ai soggetti con patologia psichiatrica diversa dal DDM o in comorbilità o compresenza di altri disturbi mentali; ma soprattutto appare fondamentale che la prescrizione sia decisa dopo aver consultato lo psichiatra o lo psicologo clinico chiamato per effettuare una valutazione attenta e completa del caso. ■

**Giulia Anna Aldi, Fiammetta Cosci**

*Dipartimento di Scienze della Salute.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Ahmed AI, Ali AN, Kramers C, Härmark LV, Burger DM, Verhoeven WM. Neuropsychiatric adverse events of varenicline: a systematic review of published reports. *J Clin Psychopharmacol.* 2013 Feb;33(1):55-62. doi: 10.1097/JCP.0b013e31827c0117.
2. Kohen I, Kremen N. Varenicline-induced manic episode in a patient with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2007;164(8):1269-1270. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07010173.
3. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J. Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: A pooled analysis. *Drug Safety.* 2010;33(4):289-301. doi: 10.2165/11319180-000000000-00000.
4. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yunis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013 Sep 17;159(6):390-400. doi: 10.7326/0003-4819-159-6-201309170-00005.
5. Wu BS, Weinberger AH, Mancuso E, Wing VC, Haji-Khamneh B, Levinson AJ, George TP. A Preliminary Feasibility Study of Varenicline for Smoking Cessation in Bipolar Disorder. *J Dual Diagn.* 2012 Apr 1;8(2):131-132.

## Commentary

### Programmi di prevenzione nelle scuole: una review Cochrane

**Giovanni Pistone**

Una recente review Cochrane di THOMAS et al fa il punto sui programmi scolastici di prevenzione del tabagismo, problema questo spinoso e paludoso per chi si interessa di controllo del tabacco e in particolare di prevenzione primaria del tabagismo [1].

Aiutare i giovani ad evitare di entrare in contatto con le sigarette è un obiettivo di salute pubblica largamente condiviso nel mondo. In tal senso, da quasi 40 anni le scuole rappresentano un ambiente ottimale per raggiungere, attraverso vari strumenti di prevenzione, tutti i giovani (dai 5 ai 18 anni d'età).

I bambini e gli adolescenti di tutti i livelli socio-culturali fumano ed i tassi di incidenza del tabagismo tendono ad incrementarsi nei Paesi in via di sviluppo. I tassi di incidenza reali di fumatori sono probabilmente superiori a quelli riportati negli studi, che si basano tendenzialmente sull'autovalutazione del soggetto. Comportamenti a rischio e tabagismo in famiglia o tra gli amici, favoriscono l'inizio del rapporto con la sigaretta.

I programmi scolastici atti a contrastare queste influenze si sono evoluti nelle ultime decadi, fornendo non solo le informazioni sui rischi del tabacco ma anche insegnando ai bambini come essere socialmente competenti pur evitando di iniziare a fumare o di accettare le sigarette offerte e coinvolgendo in programmi multimodali anche genitori, famiglia, insegnanti o intere comunità. Una pratica tabagica nell'adolescenza rappresenta un fattore di rischio per la dipendenza da tabacco nell'età adulta [2]. L'uso del tabacco dopo i 18 anni d'età è aumentato, tra il 2002 ed il 2009, dal 25 al 40% [3]. Tra le 5 tipologie di comportamento tabagico [4], particolarmente importante risulta l'uso "intermittente" delle sigarette nell'età adulta,

così come l'utilizzo di un loro numero quotidiano relativamente piccolo (da 1 a 5/die), che appartiene ad una categoria sempre crescente di fumatori che hanno iniziato nella bassa adolescenza e che hanno, con tale condotta tabagica, "giustificato" e minimizzato quella che (di fatto) è comunque una dipendenza da tabacco con significativi effetti avversi [5].

L'obiettivo primario di questa review è stato determinare se gli interventi di prevenzione del tabagismo condotti nelle scuole sono realmente efficaci nel raggiungere l'intento. L'obiettivo secondario è stato quello di determinare quali interventi, tra quelli praticati, si sono rivelati efficaci ed in che misura.

Nella valutazione sono stati inclusi gli effetti di approcci teorici, le sessioni terapeutiche di rinforzo, la diversa efficacia del tipo di conduttore dei programmi, le eventuali differenze di risposta tra maschi e femmine e l'efficacia degli interventi multifocali (che includevano, tra gli altri argomenti affrontati, anche la prevenzione del tabagismo) rispetto a quelli focalizzati solo sul fumo di sigaretta. La review [1] ha attinto al Registro Centrale Cochrane degli studi randomizzati e controllati (RCT), al registro specifico dei gruppi di dipendenti dal tabacco, alla MEDLINE, alla EMBASE ed ad altre piattaforme di ricerca per rendere il reperimento dei lavori sull'argomento il più completo possibile. Gli Autori hanno preso in considerazione RCT dove studenti, intere classi, intere scuole o distretti scolastici sono stati randomizzati per studi con gruppo di controllo e seguiti per almeno sei mesi. 202 studi concernenti l'argomento sono stati esclusi dalla review perché non possedevano tali requisiti. I partecipanti dovevano avere un'età compresa tra i 5 ed i 18 anni. È stato preso in



considerazione ogni intervento effettuato presso un setting scolastico, avente per finalità il contrasto all'uso del tabacco. Gli indicatori di efficacia considerati sono stati: il mancato contatto con la prima sigaretta, la frequenza dell'atto di accensione della sigaretta, il numero quotidiano di sigarette fumate, gli indici di consumo di sigarette (es. la misurazione del CO). Due dei tre reviewers hanno indipendentemente valutato gli articoli selezionati sulla base dei criteri di inclusione, hanno estratto i dati ed hanno valutato i fattori di bias.

Sono stati inclusi e valutati nella review 134 studi, coinvolgenti un totale di quasi 430.000 partecipanti. Sono stati identificati tre gruppi di studio:

- Gruppo A (coorti di prevenzione primaria): popolazioni composte da persone che, al momento dell'inizio dell'intervento, si dichiaravano "mai-fumatori" e che nei vari follow up rimanevano tali.
- Gruppo B: soggetti già fumatori che manifestavano un cambiamento della propria condotta tabagica dopo lo svolgimento dell'intervento nel corso del tempo.
- Gruppo C: studi che riportavano la prevalenza puntuale dei fumatori all'inizio dell'intervento e nei vari follow ups.

Negli studi presi in esame sono stati riscontrati 5 tipi di intervento, ciascuno basato su diversi orientamenti teoretici.

- **Solo informazione:** interventi che forniscono informazioni sui tassi di incidenza del fumo e sui comportamenti ad esso legati e che "smantellano" le false credenze legate ai comportamenti tabacco-correlati (es. accettazione sociale) [6].
- **Competenze sociali:** interventi che mirano ad aiutare gli adolescenti a rifiutare l'offerta del fumo attraverso il miglioramento delle competenze sociali generali. Infatti, la povertà di competenze personali e sociali nell'adolescente porta con maggiore facilità a comportamenti additivi. Tali programmi prevedono processi di apprendimento sociale e competenze di vita (come la risoluzione dei problemi ed il prendere delle decisioni), competenze cognitive per resistere alle influenze mediatiche ed interpersonali, incremento dell'autocontrollo e dell'autostima, strategie di resilienza allo stress, rafforzamento dell'assertività in campo sociale. Tale modello [7] ipotizza che i bambini siano indotti a ricorrere alle droghe attraverso l'imitazione ed il rinforzo positivo dettato da modelli familiari e sociali. Tale suscettibilità ai consumi di droghe è incrementata da uno scarso concetto di sé e da scarse competenze personali e sociali.
- **Influenza sociale:** ovvero programmi che mirano a superare le influenze sociali che promuovono l'uso del tabacco fornendo competenze agli adolescenti. Tali interventi sono mirati a incrementare il livello di guardia degli adolescenti rispetto alle varie influenze sociali che supportano l'uso di sostanze. I soggetti sono edotti su come gestire la pressione dei pari, le situazioni potenzialmente a rischio; su come rifiutare i tentativi di per-

suasione all'uso di sostanze da fonti dirette (fumatori) od indirette (pubblicità, racconti su persone terze che godono di notorietà nell'ambiente in cui essi vivono, etc.). Tale tipo di interventi è basato sulla teoria della comunicazione persuasiva [8] e dell'inoculazione psicologica [9].

- **Combinazione di competenze ed influenze sociali:** combinazione degli interventi sopra separatamente citati.
- **Programmi multimodali:** Questi programmi prevedono la combinazione di approcci di intervento con iniziative a largo raggio, dentro e fuori la scuola, inclusi programmi che coinvolgono i genitori, gli insegnanti e le comunità con iniziative di cambiamento delle politiche scolastiche riguardo al tabacco o delle scelte governative riguardo alla vendita, alla tassazione, alla disponibilità ed all'uso del tabacco.

Occorre sottolineare che l'applicazione e lo svolgimento di programmi scolastici di contrasto al tabagismo è presente negli USA da molti anni e la loro efficacia assoluta o relativa (un tipo d'intervento è migliore rispetto ad un altro) sui soggetti coinvolti è notevolmente variabile a seconda dell'intensità, della tipologia e dell'estensione dell'intervento nei vari Paesi.

Gli operatori coinvolti negli studi considerati in questa review potevano essere indifferentemente ricercatori, insegnanti, igienisti, insegnanti di scienze della salute, studenti diplomati o alle soglie del diploma, pari adolescenti o altri soggetti della comunità. Gli autori non hanno cercato la validazione oggettiva delle dichiarazioni dei soggetti intervistati sull'uso di tabacco (es. tiocianato o cotinina salivare o livelli di CO nell'esprium).

## Risultati e conclusioni

Gli studi riguardanti il gruppo A sono stati in tutto 49 (circa 143.000 persone). Nel follow up fino ad un anno, gli interventi di qualunque tipo non hanno mostrato efficacia significativa rispetto ai controlli. Gli interventi combinati sulla competenza e l'influenza sociale hanno mostrato un effetto significativo nel prevenire l'insorgenza del tabagismo mentre si sono rivelati non significativi gli effetti di interventi basati solo sull'informazione, sull'influenza sociale o multimodali. I risultati sono stati sovrapponibili nei follow up oltre un anno, con la differenza che l'efficacia è stata dimostrata anche per gli interventi sulla sola competenza sociale.

Per il gruppo B (15 studi, 45.000 persone) non sono stati evidenziati effetti significativi di tutti i tipi di intervento ad un anno ed oltre di follow up.

Per il gruppo C, i dati non sono stati analizzabili per la forte eterogeneità presente tra i 25 studi valutati.

Relativamente ai parametri complementari, gli interventi sono risultati significativamente più efficaci se somministrati da adulti e con sessioni supplementari di rinforzo (queste ultime limitatamente agli interventi di influenza



e competenza sociali combinati). Non sono emerse significative differenze di risposta agli interventi, rispetto ai controlli, sulla base del sesso dei partecipanti né tra quelli mirati al solo tabacco e quelli multimodali.

Non è risultato dalle analisi di sensibilità un bias significativo, quindi i risultati riportati sono attendibili, soprattutto per i gruppi A e B.

Si è registrata una media del 12% di ritardo nell'inizio della pratica tabagica nei gruppi trattati rispetto a quelli di controllo, ma solo nel follow up ad oltre 1 anno e solo per l'intervento sociologico combinato. Per il gruppo B, elementi positivi (per quanto non significativi) si sono riscontrati negli interventi sociologici singoli e combinati. Da questa review sistematica comunque emerge che la valutazione di efficacia dei programmi antifumo per gli studenti andrebbe effettuata più che sul breve soprattutto sul medio-lungo termine. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Thomas RE, McLellan J., Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane database of systematic reviews 2013; 4: CD001293. (Studio di riferimento)
2. Tyas SL, Pederson LL Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control* 1998; 7(4): 409-420.
3. US Samhsa (Substance abuse and mental health services administration) report, 2009.
4. Villanti AC, McKay HS, Abrams DB et al. Smoking cessation interventions for US young adults: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.* 2010; 39 (6): 564-574.
5. Pistone G., Zagà V., Cammarata L.M. Il fenomeno dei light e intermittent smokers. *Tabaccologia* 2012; 3-4: 31-35.
6. Bangert-Drowns RL The effects of school-based substance abuse education: a meta-analysis. *J. Of Drug Education* 1988; 18: 243-264.
7. Bandura A. *Social Learning Theory* - Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall 1977.
8. McGuire WJ The nature of attitudes and attitude change. In "Lindzey G. & Aronson E. (eds.) "Handbook of Social Psychology" pages 136-314.
9. Evans RI Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine* 1976; 5: 122-127.

## Commentary

### Studio inglese "riabilita" i farmaci anti-fumo: nessun aumento di rischio depressione e suicidio

Vincenzo Zagà

Un ampio studio epidemiologico realizzato da ricercatori dell'Università di Bristol e pubblicato di recente sul *British Medical Journal* (BMJ), "riabilita" i farmaci antifumo, vareniclina e bupropione, relativamente al rischio suicidio e depressione.

I pazienti a cui sono stati prescritti questi farmaci anti-fumo non hanno mostrato un rischio più alto di suicidio, autolesionismo o depressione rispetto a coloro che utilizzano terapie sostitutive della nicotina (NRT) per cercare di smettere di fumare. Sia vareniclina sia l'altro farmaco anti-fumo, bupropione, contribuiscono a ridurre il craving e i sintomi dell'astinenza.

Alcune segnalazioni di eventi avversi, come sindromi depressive, atti autolesionistici e tentativi suicidari, in pazienti che assumevano questi farmaci indusse nel 2009 alcune importanti agenzie sanitarie di sorveglianza, tra cui la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, in Gran Bretagna, e la Food and Drug Administration, negli Usa, a diramare degli avvisi sulla sicurezza dei due prodotti e a far inserire questo rischio tra le avvertenze speciali nei foglietti illustrativi.

Nel 2011, tuttavia, l'agenzia americana fece una parziale marcia indietro. Infatti, dopo aver riesaminato i risultati di due studi epidemiologici da lei stessa sponsorizzati, è arrivata alla conclusione che vareniclina non aumenta il rischio di ricovero per problemi psichiatrici rispetto ai cerotti alla nicotina e ha decretato che i benefici del farmaco continuano a superare i rischi.

Questo studio di recente pubblicato sul *BMJ* contribuisce a riabilitare ulteriormente i due farmaci anti-fumo e mostra dati rassicuranti sulla loro sicurezza. Kyla Thomas, prima autrice dello studio, in un comunicato stampa diffuso dall'Università di Bristol conferma come, "date le preoccupazioni e le relative avvertenze sulla sicurezza di questi farmaci, i risultati dello studio sono rassicuranti sia per i consumatori sia per coloro che prescrivono i farmaci per smettere di fumare".

Tali rassicurazioni nascono a ragion veduta dall'analisi dei dati clinici e prescrittivi di 119.546 soggetti adulti che avevano usato un prodotto per smettere di fumare tra l'1 settembre 2006 e il 31 ottobre 2011, identificati ed estrapolati dai circa 5,4 milioni di pazienti, presenti nel Clinical Practice Research Datalink (CPRD), uno dei più ampi database di medici di base al mondo. Di questi fumatori che avevano utilizzato un supporto farmacologico per smettere di fumare, circa il 26% aveva utilizzato vareniclina, circa il 6% bupropione e più di due terzi (circa il 68%) terapie sostitutive della nicotina.

Dall'incrocio di questi dati con quelli di mortalità dei due più importanti centri di statistica inglesi, Office for National Statistics (ONS) e Hospital Episode Statistics (HES), gli autori hanno potuto valutare il tasso di depressione trattata, di autolesionismo e di suicidio nei 31.260 pazienti a cui era stata prescritta vareniclina e nei 6741 trattati con bupropione e confrontarlo con quello degli 81.545 utilizzatori di terapie sostitutive della nicotina.



In particolare, impiegando tre tipi diversi metodi analitici, i ricercatori non hanno trovato nessuna chiara evidenza di un maggiore rischio di depressione (HR 0,75; IC al 95% 0,65-0,87) o di autolesionismo (HR 0,88; IC al 95% 0,52-1,49) nei pazienti trattati con vareniclina. Analogamente, anche nei pazienti trattati con bupropione non si è trovato alcun aumento del rischio di suicidio o di atti di autolesionismo non fatali (HR 0,83; IC al 95% 0,30-2,31) o di depressione trattata (HR 0,63; IC al 95% 0,46-0,87) rispetto ai consumatori di RNT.

Uno dei maggiori punti di forza di questo studio è la sua ampiezza in quanto si tratta dello studio di gran lunga più vasto e approfondito sull'argomento che potrà risultare interessante oltre che per i pazienti anche per i medici e i decisori di politica sanitaria. ■

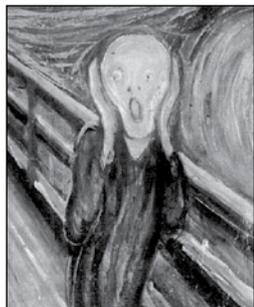
#### BIBLIOGRAFIA

1. Thomas KH, Martin RM, Davies NM et al. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ* 2013;347: f5704.

## Abstract

### Nuovo ruolo per la cotinina: estingue la memoria della paura

Valentina Echeverria and Alex Iarkov. *Potential Mechanisms Underlying the Facilitation of Fear Memory Extinction by Cotinine. British Journal of Medicine & Medical Research, 2014; 4(2): 632-648.*



Il disturbo da stress post-traumatico è un tipo di disturbo d'ansia che si manifesta dopo l'esposizione ad un evento traumatico che è stato percepito come pericolo di vita. Gli individui con disturbo da stress post-traumatico hanno più difficoltà ad estinguere la memoria della paura analogamente a quanto avviene per stimoli ambientali simili a quelli presenti durante il trauma, come ansia e paura. Le terapie correnti incidono solo in una piccola percentuale quanto ad efficacia. Sarebbero ne-

cessarie quindi nuove terapie efficaci per ridurre lo stato di stress da paura condizionata da eventi esterni.

La nicotina e il suo principale metabolita, la cotinina, hanno dimostrato di aiutare l'estinzione dei ricordi di paura in modelli animali.

In questo articolo vengono discussi i potenziali meccanismi e le regioni del cervello che possono essere alla base dell'azione della cotinina, solitamente considerato un metabolita inattivo, nel migliorare l'estinzione della risposta di paura da condizionamenti traumatici ambientali. Ciò aiuterebbe a comprendere ancora di più perché il fumatore ricerca la sigaretta nelle situazioni di forte stress ambientale. (VZ)

## Abstract

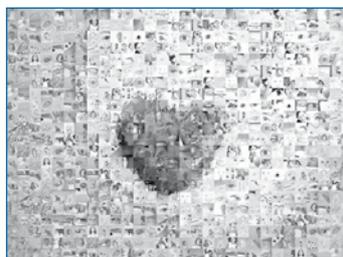
### I coronaropatici ignorano i fattori di rischio

Tchicaya A, Braun M, Lorentz N, Delagardelle C, Beissel J, Wagner DR. *Social inequality in awareness of cardiovascular risk factors in patients undergoing coronary angiography. Eur J Prev Cardiol. 2013 Oct;20(5):872-9.*

È quanto è emerso in uno studio condotto in Lussemburgo su un campione ad alto rischio, trattandosi di coronaropatici.

L'indagine ha riguardato un campione di 4.500 pazienti, rappresentativo di una popolazione ad alto rischio, dato che era composto da pazienti che giungevano ai due centri partecipanti allo studio per sottoporsi a una coronarografia.

I pazienti sono stati invitati a compilare un questionario sulla loro situazione sociale e livello di istruzione, e a indicare i più importanti fattori di rischio cardiovascolare: se fumo e ipercolesterolemia erano facilmente indicati tra



questi, il diabete e l'ipertensione erano tra quelli ignorati da una gran parte dei pazienti. Uno su dieci, secondo questa analisi, non ne sapeva indicare nessuno.

In particolare più dell'80 per cento delle persone non ha saputo indicare almeno tre fattori di rischio cardiovascolare, molti ignorano il ruolo del diabete e dell'ipertensione, uno su dieci non è in grado di citare nemmeno un fattore di rischio.

In altre parole, la maggior parte dei pazienti per i quali la prevenzione secondaria è cruciale non ne ha adeguata consapevolezza. (VZ)



## Abstract

### Tabacco nel mondo: il consumo cala ma i fumatori aumentano

Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al. *Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. Jama* 2014;311(2):183-192. doi:10.1001/jama.2013.284692

Dal 1980 la prevalenza globale di persone che fumano tutti i giorni è scesa, anche se a causa della crescita della popolazione il numero dei fumatori è aumentato, arrivando a sfiorare il miliardo di persone, con un +26% di sigarette accese. Questo in sintesi, il quadro mondiale dipinto da uno studio svolto in collaborazione tra le università di Washington a Seattle e di Melbourne in Australia e pubblicato su *Jama*. In pratica, in numeri assoluti i fumatori sono cresciuti di pari passo con la popolazione mondiale. Il team USA-Australiano guidato da Marie Ng dell'Università di Washington a Seattle ha condotto uno studio per stimare livelli e tendenze nella popolazione e quantificare il consumo di sigarette in ben 187 Paesi nel periodo 1980-2012. I ricercatori hanno rilevato che tra il 1980 e il 2012 la prevalenza di chi accende sigarette tutti i giorni fra gli uomini è scesa dal 41% al 31%, mentre

per le donne c'è stato un calo dal 10,6% al 6,2%. A causa però della crescita della popolazione con più di 15 anni, in realtà il numero di uomini e donne che fumano tutti i giorni è passato dai 721 milioni del 1980 ai 967.000.000 nel 2012, con un +41% tra i maschi e un +7% tra le donne. Stando al rapporto tra il 1980 e il 2012, infine, il numero di sigarette consumate in tutto il mondo è aumentato del 26%. Sul versante sanitario, nonostante gli sforzi effettuati soprattutto in occidente negli ultimi 50 anni, il tabacco continua ad influenzare negativamente la salute del mondo, con 5.7 milioni di morti, il 6,9% di anni di vita persi. Per contro, secondo un'altra ricerca pubblicata sempre su *Jama*, ma questa volta dal team di Theodore R. Holford della Yale University School of Public Health, le misure di controllo del tabacco adottate negli Usa hanno salvato 8 milioni di vite negli ultimi 50 anni. (VZ)

## Abstract

### Naltrexone per trattare il tabagismo

King A, Cao D, Zhang L, Rueger SY. *Effects of the opioid receptor antagonist naltrexone on smoking and related behaviors in smokers preparing to quit: a randomized controlled trial. Addiction.* 2013 Oct;108(10):1836-44. doi: 10.1111/add.12261. Epub 2013 July

Verificare gli effetti del naltrexone, un farmaco ad azione antagonista sui recettori oppioidi, sui comportamenti di consumo di fumatori che stanno cercando di smettere e sulla possibilità di predire l'esito di tali tentativi è stato l'obiettivo di studio americano, pubblicato sulla rivista *Addiction*. Il campione oggetto dello studio era costituito di 315 fumatori adulti, suddiviso con criterio casuale in due gruppi: al primo veniva somministrato naltrexone (N=161, età media 42,6 anni), al secondo un farmaco placebo (N=154, età media 41,3 anni), una settimana prima di smettere con le sigarette. I partecipanti prima di smettere di fumare hanno compilato ogni sera un breve questionario riportando il numero di sigarette fumate, l'urgenza dello stimolo al fumo, il piacere legato al fumo, e altri

comportamenti di consumo (alcol, caffeina, cibo). A partire dalla data di cessazione, a tutti i partecipanti sono stati inoltre somministrati cerotti alla nicotina associato ad un counseling comportamentale una volta a settimana, per quattro settimane consecutive. I risultati hanno mostrato come la somministrazione di naltrexone prima della cessazione del fumo abbia permesso una significativa riduzione del numero di sigarette fumate, dello stimolo di fumare e del consumo di alcol, rispetto al placebo. L'analisi dei risultati evidenzia, secondo gli autori, l'opportunità di cominciare il trattamento prima di smettere di fumare non solo per ridurre gli effetti negativi derivanti dall'astinenza dalla nicotina, ma anche per fornire agli ex fumatori un potenziale rinforzo positivo alla cessazione. D.L. Amram

## Abstract

### Primi studi sul buspirone nel ridurre l'appetibilità di nicotina e cocaina

Mello NK, Fivel PA, Kohut SJ. *Effects of Chronic Buspirone Treatment on Nicotine and Concurrent Nicotine+Cocaine Self-Administration. Neuropsychopharmacology.* 2013 Jan 21. doi: 10.1038/npp.2013.25.

Il buspirone è un ansiolitico non benzodiazepinico che agisce sui sistemi della dopamina e della serotonina. Negli studi pre-clinici sembra ridurre l'auto-somministrazione di nicotina (sia nei trattamenti in acuto che cronici) nelle scimmie *rhesus* (*Macaca mulatta*). Lo stesso effetto si ottiene per le autosomministrazioni di nicotina+cocaina. B. Tinghino

# Curare il tabagismo: un decennio di attività presso Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona

*To treat nicotine addiction: a decade of activity of the addiction unit, University hospital of Verona*

Fabio Lugoboni, Daniela Bettoni, Rebecca Casari, Marco Faccini, Patrizia Guadagnini, Luca Tomezzoli

## Riassunto

**Introduzione.** È ormai validato che il fumo di sigaretta rappresenti la prima causa evitabile di morte nel mondo industrializzato. Eppure il tabagismo, nel mondo medico, non è affrontato, prevenuto e curato con l'efficacia che meriterebbe. È trascurato anche a livello di insegnamento e di formazione del medico. Tra le 6 politiche ritenute cruciali dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ridurre l'impatto negativo del fumo sulla collettività (MPOWER), la cura dei fumatori riveste una rilevanza particolare. Il tabagismo deve essere diagnosticato come una normale malattia mentale e trattato adeguatamente, il più possibile uniformemente alle correnti linee-guida internazionali e nazionali.

**Obiettivi.** Questo articolo cerca di presentare l'attività decennale, anche in chiave narrativa oltre che numerica, del più frequentato ambulatorio del fumo della regione Veneto, esaminandone i punti di forza e di debolezza. Si è cercato di confrontare le variazioni d'utenza nel corso degli anni, per cercare di comprendere possibili variazioni nella domanda di trattamento, per offrire ad altri servizi analoghi un proficuo confronto di esperienza.

**Metodi.** Dall'analisi di oltre 4500 cartelle, abbiamo cercato di presentare l'attività decennale, anche in chiave narrativa oltre che numerica, del più frequentato ambulatorio del fumo della regione Veneto, esaminandone i punti di forza e di debolezza.

**Risultati.** 12 anni di attività di cura del tabagismo non hanno messo in evidenza grandi differenze di flusso tra il primo triennio e l'ultimo. La frequenza si è sempre mantenuta alta. È cambiata l'organizzazione interna, modellata sulla domanda, e le fonti di invio, con una maggior considerazione da parte della medicina generale e degli specialisti. La tipologia dei pazienti è pure cambiata con un significativo aumento di pazienti complessi per comorbidità psichiatrica.

**Conclusioni.** L'aumento di complessità rappresenta, almeno nel campo della tabaccologia, un fattore di qualità. Infatti solo l'aspettativa di risultato muove i fumatori più dipendenti e maggiormente comorbili. I dati rilevati sono un incoraggiamento a proseguire sulla strada intrapresa. Un continuo rimodellamento organizzativo è necessario in questa tipologia di servizi.

**Parole chiave:** *nicotina, tabagismo, fumo, trattamento*

## Summary

**Abstract.** It is well known that cigarette smoking represents the leading cause of preventable death in the world industrialized. Yet the use of tobacco in the medical world, it is not addressed, prevented and treated with the effectiveness it deserves. Tobacco use is neglected at the level of education and training of the physician. Among the policies considered critical by World Health Organization to reduce the negative impact of smoking on society (MPOWER), the treatment of smokers is of particular relevance. Cigarette smoking should be diagnosed as a normal mental illness and treated appropriately, accordingly much as possible to current national and international guidelines.

**Objectives.** This article tries to present the clinical activity of a decade, in a narrative as well as numerical way, the most attended clinic of smoking in the Veneto region, examining the strengths and weaknesses of our protocols. We tried to compare the changes occurred in the attenders over the years, searching to understand the changes in the demand for treatment.

**Methods.** By evaluating data from over 4500 patients, we have tried to present a decade of activity, both in a narrative and numerical as well, of the busiest clinic of smoking in the Veneto region, examining the strengths and weaknesses. We hope that this shared experiences could be helpful to similar services in the daily clinical practice.

**Results.** 12 years of activity in tobacco addiction treatment have revealed large differences in the accesses between the first and the last three years. The frequency has always remained high. Changes have regarded the internal organization, modeled on the demand, the sources of sending, with a greater consideration by the general practitioners and specialists. The typology of the patients is also changed with a significant increase of complex patients for psychiatric comorbidity.

**Conclusions.** The increase in complexity is, at least in the field of tabaccology and addiction as well, a quality factor. In fact, only the expectation of result moves more and more dependent smokers. The data collected are an encouragement to continue along this path. A continuous remodeling organization is necessary in this type of services.

**Keywords:** *tobacco, nicotine dependence, smoking, treatment*

Fabio Lugoboni ([fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it](mailto:fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it)),  
Servizio di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera di Verona, Italia

*“Curare il tabagismo è più efficace che prevenirlo”*  
(Richard Peto, 2001)

## Introduzione

La sostanza più pericolosa dal punto di vista sociale? L'alcol. La più dannosa per l'individuo? L'eroina. Ma la sostanza più micidiale, nel senso che contribuisce al più alto numero di decessi, è sicuramente il fumo di tabacco, responsabile nel mondo di un decesso ogni 10 secondi. Ogni fumatore, se non smette, si vedrà scippare di 14 anni di vita [1]. Il desiderio di smettere di fumare è presente in molti fumatori. La maggior parte dei fumatori italiani ha provato almeno una volta a smettere. Spesso però si tratta di tentativi sorretti da scarsa informazione e senza un programma terapeutico adeguato ed è ormai noto che tali tentativi sono destinati a fallire nell'80% dei casi già nella prima settimana di astinenza [1]. Per dare una risposta concreta a questi problemi, dal gennaio 2001 MDD (metterei prima la definizione della struttura con il relativo acronimo), ha attivato un ambulatorio dedicato ai fumatori.

Breve storia e profilo dell'unità. L'Unità Operativa di Medicina delle Dipendenze (MDD) è stata fondata nel 2000. Inserita nel Policlinico dell' Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona è pienamente operativa, come degenze, dal 2002 ed è una delle pochissime strutture in Italia ad avere posti letto (4 posti letto) interamente dedicati alla cura di qualsiasi tipo di dipendenza sia lecita che illecita. In tutti i casi, alla detossificazione segue un periodo di riabilitazione, che va dalla psicoterapia individuale o di gruppo, ad un periodo di comunità residenziale o ad altre forme di supporto anche farmacologico. Operativamente è composta da 2 medici strutturati a tempo indeterminato, 1 a tempo determinato, 1 amministrativo, 1 psicologo borsista ed un numero variabile di psicologi tirocinanti. Il corpo infermieristico è condiviso con l'adiacente reparto di Malattie Infettive, con i cui medici vengono anche condivise le guardie divisionali notturne e festive.

I pazienti provengono (dati del 2013) nel 61 % da fuori Veneto, il coefficiente d'attrazione più alto dell'Azienda Ospedaliera. La percentuale di pazienti dalla provincia di Verona è sotto il 20%, a riprova di un'operatività su area vasta che tali tipi di strutture dovrebbero avere. Il coefficiente di occupazione dei letti è normalmente del 97%, con una degenza media di 7,5 giorni ed un DRG medio di 2600 euro. I tempi d'attesa per il ricovero sono mediamente di 15-25 giorni dopo la visita di valutazione [2].

## Materiali e metodi

Dall'analisi di oltre 4500 cartelle, abbiamo cercato di presentare l'attività decennale, anche in chiave narrativa oltre che numerica, del più frequentato ambulatorio del fumo della regione Veneto, esaminandone i punti di forza e di debolezza. Si è cercato di confrontare le variazioni d'utenza nel corso degli anni, per comprendere meglio le variazioni nella domanda di trattamento, azione indispensabile al fine di migliorare sempre più l'offerta per favorire

al meglio la domanda di una patologia, come il tabagismo, che vede i servizi di secondo livello spesso marginalizzati numericamente nel processo di cessazione. Le osservazioni riportate potrebbero offrire ad altri servizi analoghi un proficuo confronto di esperienza.

## Risultati e discussione

**Contesto generale anti-tabagico anni 2001-2003.** A quel tempo, in provincia di Verona ed in genere nel Veneto, l'attività di sostegno ai fumatori era di gran lunga minore rispetto ad oggi. Le sporadiche esperienze di “trattamento del tabagismo” erano limitate ad un servizio pneumologico legato alla promozione del bupropione-SR (Zyban<sup>®</sup>), e durate il breve tempo che il farmaco è stato sostenuto dalla sua casa farmaceutica, oltre alla presenza di attività di auto-aiuto e dei primi gruppi strutturati di sostegno alla cessazione, perlopiù secondo la tipologia della LILT.

In questo scenario, percependo una crescente domanda d'aiuto specifica riguardo al fumo e disponendo di abbastanza tempo poiché l'attività di ricovero di MDD stentava ad avere i letti di degenza previsti per l'immancabile crociata interna contro “i tossici” in ospedale, si diede la possibilità di vedere ambulatorialmente i primi fumatori. L'avvio fu facilitato da un'esperienza triennale antecedente c/o un Servizio per le tossicodipendenze (SerT) limitrofo, limitato alla sola auricoloterapia (Acudetox) ed a qualche decina di pazienti per anno, svolta da un singolo medico (Dr. Lugoboni), trasferitosi poi nel reparto di MDD. Essendosi interrotta l'attività antitabagica nel SerT con questo trasferimento, i pazienti alla ricerca di un trattamento venivano indirizzati presso MDD.

## Contesto terapeutico, anni 2001-2003

Inizialmente si dedicarono all'attività ambulatoriale 2 medici su 3, con contatti telefonici diretti per gli appuntamenti, non disponendo di una segreteria.

Il responsabile di MDD di allora non vedeva favorevolmente l'attività che si stava organizzando, ritenendola minoritaria come importanza rispetto alle disintossicazioni ospedaliere da droghe illecite; la tollerava perché i ricoveri non erano ancora stati attivati e l'attività dei 2 medici si sarebbe altrimenti limitata alla pratica di corsia internistica. La condizione, da subito, fu che all'apertura dell'attività di ricovero di MDD l'ambulatorio del fumo sarebbe dovuto cessare. La formula adottata per il reclutamento fu il “passaparola” e l'invio da parte di qualche collega ospedaliero che aveva smesso di fumare con noi, piuttosto che una pubblicità su locandine ed opuscoli. Un certo ruolo possono averlo giocato interviste su TV e giornali locali. Il traino iniziale del trasferimento di richieste dal SerT di Bussolengo a MDD sembrò decisivo.

Nei primi 12 mesi di attività furono presi in carico 255 fumatori. Le visite avvenivano con impegnativa, la prima compilata dal medico di medicina generale (MMG), le altre compilate volta per volta dai medici di MDD. Il secondo anno d'attività vide accrescere notevolmente il

numero degli accessi, tutti per visita individuale medica, fino a toccare i 360 pazienti nel 2002 ed a superare i 400 pazienti nel 2003.

La tipologia del paziente medio era maschio (56% dei casi), età mediana di 44 anni (identica per maschi e femmine), forte fumatore (FTND mediano di 6 in ambo i sessi, superiore o uguale a 8 nel 20% dei casi), al primo tentativo assistito di smettere nel 73% dei casi [3]. Per quanto riguarda i carichi di lavoro, la media era di 6,1 visite a paziente in un arco di 6,5 settimane di trattamento; il tempo medio della prima visita era di circa 45 min., quello delle visite di controllo 20-30 min., circa un'ora nei pazienti trattati con auricoloterapia.

Il trattamento proposto più frequentemente nel biennio 2001-2002 era quello con bupropione, seguito dalla sostituzione nicotinic (NRT), fin dai primi momenti proposta in combinazione cerotto + assunzione di nicotina orale (gomme, inhaler, compresse). Molto comune anche l'associazione tra bupropione e NRT. Rilevante, in quegli anni la richiesta di agopuntura o la sua associazione con le terapie tradizionali. L'agopuntura, pur molto praticata e non priva di una documentazione scientifica di validità, non è ritenuta uno strumento validato dalle linee-guida internazionali [1,4]. Si scelse fin da subito (in controtendenza con molti servizi italiani del tempo, scelta poi promossa dall'evidenza) di non sottoporre i pazienti a valutazioni strumentali di routine (spirometriche, ECGrafiche ecc.).

Venne sempre molto usato il contatto telefonico coi pazienti nei momenti di difficoltà [5,6].

Venne data fin da subito (e in notevole anticipo sui tempi) grande rilievo alla diagnostica in chiave depressiva, con un test di screening per ogni paziente preso in carico (SDS) [3,7,8], oltre allo *smoking-status* ed al test FTND.

Sul finire del 2002, con la sospirata apertura dei posti letto per le disintossicazioni, venne deciso di non chiudere l'ambulatorio del fumo, come paventato in un primo momento, ma, visto il successo ottenuto, di prevedere anzi l'utilizzo dei posti letto per trattare in regime di ricovero i tabagisti di particolare gravità.

La mancata considerazione della possibilità di ricoverare in elezione il fumatore particolarmente resistente non ha corrispettivi in medicina; il ricovero per alcolismo è una pratica comune non solo ove si tema una grave sindrome d'astinenza pericolosa per la vita ma anche come prologo ad un intervento che proseguirà a livello territoriale. Analogo discorso vale per le detossificazioni da oppioidi, spesso praticate prima di un ingresso in comunità residenziali

o diurne; in questo caso, pur potendosi presentare quadri clinici di intensa sofferenza, non esiste praticamente mai un pericolo per la vita del paziente e potrebbero essere praticati con facilità a domicilio; si preferisce il regime ospedaliero perché l'isolamento dall'ambiente consueto tiene bassi gli stimoli condizionanti unitamente alla possibilità di un intervento specifico, da parte dei sanitari, più volte al giorno. Ciò, evidentemente, non vale per il tabagismo. In Italia, in modo molto simile a quanto fatto dalla Nicotine Unit diretta dal Dr. Hurt c/o la Mayo Clinic (USA), MDD è stata la sola struttura pubblica che ha proposto, fino al 2013, il ricovero per casi di tabagismo particolarmente resistente ai trattamenti [9,10].

### Punti forti del periodo 2001-2003

Veramente sorprendente e non del tutto spiegabile è stato il successo d'affluenza verso l'ambulatorio del fumo. Ancora oggi solo il 9% dei centri anti-fumo italiani vede un'affluenza di fumatori superiore alle 150 unità annuali [11].

La risposta che ci siamo dati potrebbe risiedere in queste caratteristiche:

- Ampia apertura oraria e settimanale del centro, con personalizzazione degli appuntamenti da parte del medico
- Ampio uso del telefono con facile reperibilità dei terapeuti
- Formazione in chiave tossicologica (addiction medicine) e motivazionista (motivation interviewing)
- Personalizzazione terapeutica con tendenza spiccata alla combinazione di più terapie
- Tendenza a privilegiare i fumatori più gravi ("Se ha smesso quello, ce la posso fare anch'io") (Tab. 1).

### Punti deboli del periodo 2001-2003

La difficoltà maggiore incontrata nei primi anni è stata la gestione delle prime visite; il successo di pubblico ha comportato una notevole problematicità nelle liste d'attesa, tendenzialmente sempre troppo lunghe, anche per la mancanza di personale di segreteria. L'alto carico di lavoro, unitamente all'alta affluenza, hanno limitato i contatti con altre realtà di terapia anti-tabagica, portando ad un certo isolazionismo, caduto negli anni successivi.

Il rapporto con i MMG e con i reparti del Policlinico è stato a lungo quasi inesistente, creandosi così il paradosso di un servizio molto frequentato e popolare in città, praticamente sconosciuto ai MMG ed ancor più ai colleghi dello stesso ospedale.

Tabella 1. Il cambiamento: le azioni mirate di MDD

"Possiamo volere solo ciò che possiamo immaginare"	
Motivazione:	• Colloquio motivazionale, Contingency management
Capacità:	• Cosa fare > Smettere di fumare • Perché > Rispetto per la motivazione del pz. anche se "banale" • Come > Forte personalizzazione terapeutica
Opportunità:	• Fisiche > Grande attenzione agli aspetti astinenziali • Sociali > Ampia apertura dell' ambulatorio, orari flessibili

Inoltre MDD, oberata dall'alto numero di visite, non ha mai investito risorse nel follow-up dei pazienti dopo la dimissione dall'ambulatorio.

### Contesto generale anti-tabagico anni 2011-2013

In poco più di dieci anni la realtà tabaccologica veronese e, più in generale, veneta è mutata profondamente. A livello locale si è assistito al nascere di molti ambulatori del fumo, perlopiù di tipo medico, mentre la realtà dei gruppi di auto-aiuto e quella dei gruppi assistiti da un *counselor*, è rimasta sostanzialmente con le stesse caratteristiche di approccio e di utenza dei 10 anni precedenti. Globalmente, con 6 ambulatori per il trattamento del tabagismo, oltre ad altre attività di gruppo, si può affermare che la realtà veronese offra attualmente ai fumatori locali molteplici possibilità di scelta, di gran lunga maggiori rispetto alle province limitrofe.

Anche la realtà regionale ha visto concretizzarsi un forte coordinamento degli ambulatori del fumo, con momenti formativi, un nuovo sito web e la creazione, in collaborazione con l'Università di Verona, di un Corso di Perfezionamento Universitario di Tabaccologia, quest'anno alla sua terza edizione. I momenti di contatto e formativi si sono susseguiti sempre più frequentemente. MDD ha inoltre ospitato a Verona il Congresso Nazionale SITAB nel 2012. Il personale medico di MDD è stato molto spesso presente, negli ultimi anni, agli eventi tabaccologici più significativi a livello nazionale ed internazionale [13].

### Contesto terapeutico, anni 2011-2013

Negli ultimi anni il carico di affluenze all'ambulatorio del fumo di MDD si è mantenuto costante intorno alle 400 unità per anno, senza particolari variazioni rispetto agli anni precedenti. Negli ultimi 3 anni sono aumentati notevolmente gli invii specialistici dai reparti di psichiatria, medicina interna, cardiologia e chirurgia vascolare (meno o nulla da altri reparti) che rappresentano ormai circa un quarto di tutti i fumatori visti da MDD. Anche gli invii da parte dei MMG, quasi del tutto assenti nel primo triennio d'attività, sono aumentati e rappresentano il 13% degli invii, quota da ritenersi ancora insufficiente. Una certa sorpresa rappresenta il 24% degli invii da parte di medici specialisti, quasi il doppio dei MMG. Il "passaparola", pur sempre presente come strumento di informazione, dalla quasi totalità dei casi dei primi anni 2000 è sceso attualmente al 28% degli invii. Il rimanente 35% dei pazienti sono arrivati in seguito al nostro sito internet, a nostre interviste sulla stampa o sono ex-pazienti ripresi in carico (Tab. 2).

Tabella 2. Modalità di invio: 2001-2003 vs. 2011-2013

Passa-parola: 91% • 27%
MMG: 1% • 13%
Medici specialisti: 2% • 24%
Altro: 7% • 35%

MDD, nonostante abbia visto crescere in modo importante le attività in contesti molto diversi (dipendenza da benzodiazepine, alcol, droghe illecite con una spiccata attività di ricerca ed innovazione trattamento) 2, ha saldamente mantenuto la sua attività nella clinica del tabagismo dove sono attualmente impegnati 3 medici e 2 psicoterapeuti (un borsista ed un tirocinante). Ai pazienti viene offerta l'opportunità di scegliere tra un trattamento individuale con un medico ed uno di gruppo con uno psicologo. La proposta viene fatta al momento della presa in carico del paziente, attualmente fatta dallo psicologo che raccoglie la storia del fumatore, esegue alcuni test (SDS per il tono umorale, HAM-A per la valutazione dell'ansia, MALT2 per una valutazione alcolologica) oltre allo smoking-status ed all'FTND. I fumatori più dipendenti e con maggiore comorbilità vengono invitati dallo psicologo ad optare il trattamento individuale col medico. In totale, il trattamento individuale col medico è stato scelto dall'88% dei fumatori, mentre nel 12% è stato preferito il trattamento di gruppo in uno schema di gruppo aperto. A tal riguardo, va sottolineato l'incremento di pazienti con malattie psichiatriche in carico ai centri di salute mentale, favorito dalla marcata specializzazione dell'ambulatorio del fumo di MDD verso questa tipologia d'utenza, sia in chiave di ricerca che formativa. MDD infatti, prende parte attiva nella formazione della Scuola di Psichiatria dell'Università di Verona e gli specializzandi in psichiatria frequentano per un bimestre il reparto e gli ambulatori di MDD [13].

Gli ultimi anni hanno visto sensibili cambiamenti nella tipologia dei trattamenti offerti, con la notevole riduzione nelle sedute di agopuntura (ormai ridotte quasi esclusivamente a quanti rifiutano categoricamente altri trattamenti oppure, in combinazione con trattamenti etici). La vareniclina è diventata il trattamento elettivo, anche se l'utilizzo di bupropione e NRT (quasi sempre in trattamento combinato: cerotto + nicotina per os) rappresentano un quarto dei trattamenti. Il sempre più forte impegno psichiatrico dei fumatori impone notevoli rimaneggiamenti nelle terapie psichiatriche, preferibilmente di concerto con i terapeuti [14].

La tipologia del paziente medio di questi ultimi 3 anni è cambiata rispetto agli esordi. Se la divisione tra i sessi è rimasta quasi la stessa (maschio nel 57% dei casi), l'età media è cresciuta notevolmente, da 44 anni a 51, identica anche in questo caso per maschi e femmine. I fumatori presi in carico si sono rivelati ancora più dipendenti dalla nicotina (FTND mediano di 7 nei maschi, 6 nelle femmine, superiore o uguale a 8 nel 25% dei casi) (Tab. 3).

È stato eseguito un controllo random sul 178 pazienti del primo triennio verso un egual numero di pazienti dell'ultimo triennio sul tono d'umore alla presa in carico. Si è assistito ad un peggioramento dei sintomi depressivi nell'ultimo periodo, soprattutto a carico della componente maschile (Tab. 4).

Tabella 3. Confronto fumatori tra triennio 2001-3 vs. 2011-3 (Dati anagrafici; N 178, campione randomizzato)

	N	%	età media	FTND medio
Femmine	85 • 77	48 • 43	45 • 50	6 • 6
Maschi	93 • 101	52 • 57	44 • 51	6 • 7
Totale	178 • 178	100 • 100	44 • 51	6 • 7

Tabella 4. Confronto fumatori tra triennio 2001-3 vs. 2011-13 (Tono dell'umore; N 178: campione randomizzato)

Zung SDS				
% Femmine	53 (52)	28 (28)	13 (16)	6 (4)
% Maschi	74 (67)	20 (21)	6 (10)	0 (2)
% Totale	64 (61)	24 (24)	9 (12)	3 (3)

La maggioranza dei fumatori, con disturbi psichiatrici o meno, vorrebbe smettere ma si vede frenata dal farlo per il timore degli effetti negativi legati all'astinenza. Questo aspetto, frequente in tutti i fumatori, diventa cruciale in presenza di qualsiasi comorbidità psichiatrica. Gli aspetti astinenziali gravi non trattati sono correlati con probabilità di successo minime. L'auto efficacia è un punto cruciale in questi pazienti e quindi l'individuazione di un adeguato counselling ha un ruolo centrale ma deve essere necessariamente associato ad un trattamento farmacologico adeguato nei tempi, nelle dosi ed applicato al tipo di psicopatologia. Esiste uno storico ostacolo rappresentato dagli operatori sanitari che si occupano di disagio psichico, spesso loro stessi fumatori, che ritengono il fumo un problema minore e temono ripercussioni sulla gestibilità di questi pazienti, soprattutto a carico di ostilità ed aggressività [14]. L'attività di formazione sul campo, con la presenza di specializzandi in psichiatria nei nostri ambulatori del fumo ha aiutato moltissimo a rimuovere queste barriere.

Un aspetto importante è stata l'attivazione nei 2 ospedali dell'AOUI di Verona (6500 dipendenti, la più grande azienda del Veneto) di un progetto specifico sul fumo, atto ad impedire la visibilità del personale ospedaliero che fuma in divisa. Un ristretto gruppo (2 della direzione medica, 1 cardiologo, 2 farmacologi, coordinati dal responsabile di MDD) ha steso una delibera, operativa dal 2012. Concretamente, il fumatore in divisa può fumare solo in aree aziendali riservate, ovviamente all'aperto, opportunamente individuate in modo da non essere visibili al pubblico. Alcune aree sono state occultate, con barriere ad hoc, con la collaborazione del Servizio Tecnico. L'iniziativa è stata fortemente voluta e pianificata dalla Direzione Sanitaria dell'AOUI, e si tratta sicuramente di una soluzione innovativa, che può anche essere esportata in altre strutture ospedaliere. Tale iniziativa sta a testimoniare come l'azione di cura possa muovere l'attenzione e la considerazione anche di servizi potenzialmente ritenuti marginali, come i centri antifumo.

Per quanto riguarda i carichi di lavoro, la nuova organizzazione ha permesso di ridurli: la media, da 6,1 visite a paziente è scesa 5,1 in un arco di tempo aumentato da

6,5 settimane a 7,9 di trattamento; il tempo medio della prima visita è rimasto di circa 45 min., come quello delle visite di controllo da 20-30 min. Da segnalare l'impiego, negli ultimi 2 anni, di una piattaforma automatica per l'invio di SMS di sostegno a tutti i pazienti consenzienti presi in carico. L'uso di SMS si è dimostrato valido, in studi di metanalisi [15,16]. I motivi per cui tale tipologia di intervento sembra essere superiore alle hot-line telefoniche sono dovuti al fatto che i messaggi SMS sono:

- Discreti (non disturbano la privacy)
- Sempre attivi
- Diffusi (nella nostra esperienza, praticamente tutti hanno un cellulare)
- Economici
- Ripetibili
- Popolari (il 97% dei nostri pazienti lo gradisce come forma comunicativa)

L'invio di SMS motivanti non sono sostitutivi delle visite, vanno a coprire un lasso di tempo di un anno, permettendo inoltre di raccogliere dati di follow-up attraverso le risposte dei pazienti, così si potranno "risparmiare" centinaia di visite di pura valutazione di risultato, visite che verranno dedicate alla presa in carico di nuovi fumatori.

I problemi d'afflusso, da sempre una delle problematiche di MDD, sono attualmente gestiti da una segretaria che fissa direttamente le prime visite, mantenendo i tempi d'attesa entro i 20 giorni. Ogni medico (che all'interno di MDD si occupa in modo prioritario di diverse competenze) stila all'inizio dell'anno la lista e le date delle sue potenzialità di presa in carico, così che la segretaria ha una piena visione e gestione dei flussi delle prime visite. Anche il sistema delle impegnative è stato notevolmente migliorato; la prima impegnativa viene richiesta al MMG, con lo scopo di far conoscere il servizio e di far sapere che l'assistito intende smettere di fumare. Tutte le visite di controllo vengono comprese in un ciclo di visite in un'unica impegnativa, rilasciata da MDD: così il paziente spende meno e si reca alla cassa una volta soltanto, con notevoli risparmi di tempo. Purtroppo il 2013 ha visto chiudersi l'esperienza del ricovero per i fumatori estremi, portata avanti con successo per 10 anni. La mancanza di uno spe-

cifico DRG e la stretta che la Regione Veneto ha imposto sui ricoveri impropri ha posto fine a questa innovativa e senza dubbio positiva esperienza.

### Punti forti del periodo 2011-2013

L'attrattiva dell'ambulatorio non è cambiata nei numeri, ma negli invii, segno di un collegamento più significativo con le reti locali. Consci che la formazione sul tabagismo sia un punto cruciale per portare l'offerta terapeutica ad un livello accettabile, abbiamo iniziato a pensare che siamo tabaccologi e come tali detentori di un sapere peculiare e rilevante. Sono stati così organizzati corsi elettivi, a partire dal 2005, per gli studenti di medicina, seminari per gli studenti di Scienze infermieristiche e lezioni di specialità per le scuole di Medicina Interna, Psichiatria e Medicina Generale.

I corsi elettivi sul tabagismo hanno trovato molta attenzione da parte degli studenti che vi partecipano per libera scelta [13].

Da non trascurare infine la presenza dei tirocini post-laurea, sia per medici che per psicologi. Portare questi giovani laureati negli ambulatori del fumo significa far vivere loro una situazione di apprendistato preziosa, superiore a qualsiasi formazione teorica. Nel caso degli psicologi infine, molti di questi hanno protratto di molto la loro permanenza, rappresentando col tempo un valido sostegno alle esigue forze del servizio. In sintesi, rispetto al triennio d'esordio:

- Migliore radicamento con le reti locali.
- Forte incremento formativo a livello universitario e medicale, in genere.
- Forte collegamento con società scientifiche e soggetti di ricerca sul tabagismo.
- Ottimizzazione della divisione del lavoro e delle prese in carico.
- Forte innovazione tecnologica.

### Punti deboli del periodo 2011-2013

Anche se la forte crescita di ambulatori per il trattamento del tabagismo a livello locale ha in parte ridotto la forte domanda di presa in carico, MDD resta pur sempre il centro più frequentato del Veneto e la gestione delle richieste resta sempre un punto di criticità. Il forte incremento di fumatori con franca patologia psichiatrica ha ridotto le percentuali di cessazione o, perlomeno, aumentato le riprese in carico per ricaduta. La chiusura, nel giugno 2013 dell'esperienza di ricovero per fumatori estremi (venivano solitamente considerati per il ricovero i fumatori che superavano le 80 sigarette/

Tabella 5. Stopsmoking Manage Service

Il Sistema prevede:
14 messaggi preimpostati ad invio automatico di cui:
n. 10 messaggi di sostegno:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 sms al dì per i primi 3 giorni</li> <li>• 2 sms nella 2° settimana</li> <li>• 1 sms nella 3° settimana</li> <li>• 1 sms nella 4° settimana</li> </ul>
n. 4 messaggi di verifica:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 sms al 2° mese</li> <li>• 1 sms al 3° mese</li> <li>• 1 sms al 4° mese</li> <li>• 1 sms al 12° mese</li> </ul>

die), ha rappresentato un impoverimento dell'offerta terapeutica di MDD. Il collegamento con le reti ospedaliere ed il territorio resta ancora a "macchie di leopardo": ottimo con alcune realtà, inesistente con alcuni reparti della nostra azienda ospedaliera. 3 reparti molto legati a patologie fumo-correlate quali Pneumologia, ORL ed Oncologia si sono caratterizzati per la totale mancanza di invii, negli ultimi anni. Una giornata di sensibilizzazione al trattamento del fumo nel paziente ricoverato, ampiamente pubblicizzata, sostenuta personalmente dal Direttore Generale e replicata nei 2 ospedali, ha registrato una decina di presenze nel nostro Policlinico e zero presenze nell'Ospedale Maggiore! L'offerta di inserire in gruppi di terapia pomeridiani i degenti fumatori autosufficienti e deambulanti è rimasta totalmente inutilizzata per un anno circa, prima di essere accantonata. D'altra parte le richieste di consulenza tabaccologica dei 3 reparti di Medicina, Cardiologia ed altri, ha superato le 100 per anno, divenendo una fonte di impegno notevole.

Un punto debole resta la valutazione a distanza dei fumatori. La convocazione a 6 - 12 mesi di un numero così alto di utenti non è sostenibile da MDD, il cui poco personale è gravato da attività di reparto, consulenza, guardie festive e notturne e da molte ore di attività didattica, di cui quella sul tabagismo è una piccola parte. Il Sistema di sostegno con messaggeria SMS, che prevede messaggi di risposta a 6-9-12 mesi ("Hai fumato nell'ultima settimana?") ha iniziato a dare i suoi riscontri.

## Conclusioni

Pur rappresentando il fumo di sigaretta la prima causa evitabile di morte nel mondo industrializzato, il tabagismo, nel mondo medico, non è tuttora diagnosticato e curato con l'attenzione che meriterebbe. Ancor oggi è purtroppo vera l'affermazione che "Non vi è nulla in medicina come il fumo che unisca un così forte concentrato di preva-



lenza, letalità e di negligenza nonostante l'offerta terapeutica disponibile" (U.S. Department of Health and Human Services, 2008)<sup>1</sup>. Smettere di fumare è un processo, non un evento. Tale processo può risultare piuttosto semplice per alcuni ma può essere estremamente arduo per altri e spesso questi ultimi sono anche quelli che fumano di più e che necessitano maggiormente di smettere. Gli aspetti volontaristici, di impatto relativo in una dipendenza come il tabagismo, vengono purtroppo eccessivamente enfatizzati dai medici a scapito della ricerca sistematica di ogni possibile terapia atta a raggiungere la cessazione del fumo. In questa prospettiva i centri di trattamento del fumo devono essere maggiormente considerati come un'opzione importante dal mondo medico.

Questo articolo ha cercato di narrare ed esaminare esperienze, difficoltà e successi di un gruppo ospedaliero che ha dedicato e dedica tuttora alla cura del tabagismo un'ampia parte della sua attività.

Vi è inoltre un paradosso che si va facendo sempre più evidente, parallelamente al declino della prevalenza dei fumatori cresce la percentuale dei tabagisti fortemente dipendenti dalla nicotina, una sorta di selezione naturale che mantiene attivi i soggetti più legati alla sostanza; il forte tabagismo si lega fortemente, come dimostrato da più fonti, a problematiche di tipo psichico o più francamente psichiatriche. I dati riportati hanno confermato questa tendenza di fondo. Questo fenomeno impone di pensare i trattamenti per il fumo in modo nuovo ed adeguato soprattutto se si pensa al tabagismo come patologia da dipendenza, chimica e comportamentale. È paradossale come i soggetti con comorbidità psichica, in assoluto tra i più forti fumatori sia come prevalenza che come consumo

pro-capite di sigarette, ricevano in assoluto meno informazioni sui rischi fumo-correlati, meno consigli su come smettere e meno supporto nel farlo. Smettere di fumare non è stato correlato significativamente ad un peggioramento della malattia di base, tranne forse nei disturbi affettivi dove però esistono soluzioni praticabili ed efficaci. Al contrario, smettere di fumare può portare netti miglioramenti psichici in questi soggetti, sia dal punto di vista propriamente sanitario che sociale [17-21].

Siamo inoltre convinti che aiutare i fumatori a smettere, oltre ad essere molto vantaggioso dal punto di vista socio-economico e sanitario, sia di grande soddisfazione professionale perché i fumatori non dimenticano chi li ha aiutati a smettere. Ogni medico, anche se fumatore, deve sentire quest'obbligo professionale ed etico che può avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati.

Combinando farmaci e sostegno psicologico si può ritrovare un modo antico di fare medicina, meno frenetico e più incisivo. Imparare a trattare il tabagismo non è difficile. I farmaci sono pochi, piuttosto maneggevoli e sicuri. L'atteggiamento da tenere verso i fumatori si impara piuttosto rapidamente e migliora notevolmente nel tempo. Il trattamento del tabagismo è quindi alla portata dei professionisti della salute; servono alcune competenze di base che riguardano i trattamenti farmacologici di provata efficacia e le corrette modalità di comunicazione col paziente. Purtroppo, come nella citazione evangelica, la messe è molta e gli operai sono pochi. ■

**Disclosure:** gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi. Fabio Lugoboni è consulente dell'European Varenicline Board per la problematiche fumo-depressione.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 2008.
2. Lugoboni F, Quaglio G, Faccini M, Pajusco B, Casari R, Albiero A, Mezzelani P (2010). Una Unità di Degenza interamente dedicata alla dipendenza da sostanze: i primi 10 anni di attività di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona. *Mission* 31: 10-15.
3. Lugoboni F, Quaglio G, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A (2003). Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. *Ann It Med Intern* 28:73-82.
4. Bier IA, Wilson J, Shakleton M (2002). Auricular acupuncture, education and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. *Am J Public Health* 92:1642-7.
5. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E (1997). Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *BMJ* 314: 1371-5.
6. Lando HA, Rolnick S, Klevan D, Roski J, Chorney L, Lauger G (1997). Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *Am J Public Health* 87: 1670-4.
7. Zung WWK (1973). From art to science: The diagnosis and treatment of depression. *Arch Gen Psychiat* 29: 328-37.
8. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A (2007). Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Intern Emerg Med* 2:196-201
9. Hays JT, Wolter TD, Eberman KM, Croghan IT, Offord KP, Hurt RD (2001). Residential (inpatient) treatment compared with outpatient treatment for nicotine dependence. *Mayo Clin Proc* 76:124-33.
10. Nardini S (2007). Un ricovero in ospedale per smettere di fumare; intervista con il dr. Fabio Lugoboni, dell'Azienda Ospedaliera di Verona. *Multydiscipl Resp Med* 3:114-16.
11. DOXA 2013: Il fumo in Italia; OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità: Roma, Italia, 2013.
12. Lugoboni F, Mezzelani P, Quaglio GL, Pajusco B, Casari R, Lechi A (2004). Migliorare la compliance in Medicina Interna: il Colloquio Motivazionale. *Ann It Med Intern* 3:155-62.
13. Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnini P, Canello A (2012). Il ruolo formativo di un Centro per il Trattamento del Tabagismo. Le opportunità da non trascurare. *Tabaccologia* 3-4:17-22.
14. Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnino P, Gamba F (2011). Figli di un dio minore. Il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali. *Tabaccologia* 2:37-43.
15. Haug S, Schaub MP, Venzin V, Meyer C, John U (2013). Efficacy of a text message-based smoking cessation intervention for young people: a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 15:e171. doi: 10.2196/jmir.2636.
16. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Guro-Urganci I, Atun R, Car J (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev*.12:CD007457. doi: 10.1002/14651858.CD007457.pub2.
17. Els C & Kunyk D. Management of Tobacco Addiction in Patients with Mental Illness. [www.smokingcessationrounds.ca](http://www.smokingcessationrounds.ca)
18. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 10:1691-1715.
19. Japuntich SJ, Smith SS, Jorenby DE, Piper ME, Fiore MC, Baker TB (2007). Depression predicts smoking early but not late in a quit attempt. *Nicotine Tob Res* 9:677-86.
20. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J (2010). Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis. *Drug Saf* 33:289-301.
21. Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM (2009). Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 339:b3805.

# L'opinione e l'utilizzo da parte dei clinici della diagnosi di dipendenza da tabacco

## *The opinion and the use by clinicians of the diagnosis of tobacco dependence*

Andrea Svicher, Giuly Bertoli, Giulia Anna Aldi, Vincenzo Zagà, Fiammetta Cosci

### Riassunto

**Introduzione.** Le conseguenze dannose prodotte dal consumo di tabacco sulla salute individuale e a livello sociale sono ormai ampiamente note e documentate. Tuttavia, sebbene sia conosciuta la validità e utilità clinica della diagnosi di dipendenza da nicotina, essa appare scarsamente utilizzata in ambito clinico. Obiettivo della ricerca è stato indagare l'opinione dei clinici sul fumo di sigaretta e la tendenza ad utilizzare tale diagnosi nella pratica clinica.

**Metodi.** Utilizzando un questionario costruito *ad hoc* (25 items), abbiamo confrontato le opinioni sul fumo di un gruppo di clinici partecipanti al congresso di tabaccologia (gruppo T) confrontandole con quelle di un gruppo di medici e psicologi partecipanti ad un congresso di psicosomatica (gruppo P).

**Risultati.** 42 soggetti hanno composto il gruppo T e 32 il gruppo P. La percentuale di fumo attuale e *lifetime* era significativamente più alta nel gruppo P rispetto al gruppo T. Non sono emerse differenze significativamente significative tra i due gruppi relativamente all'opinione sul fumo (abitudine vs comportamento a rischio vs disturbo) e all'utilizzo dei sistemi classificativi (DSM-IV e ICD-10) per la diagnosi di dipendenza da nicotina nella pratica clinica. Il gruppo T raccomanda di smettere di fumare e di non ricominciare a farlo in una percentuale significativamente maggiore rispetto al gruppo P.

**Conclusioni.** Sebbene il gruppo T dimostri un buon livello di attenzione clinica al consumo di tabacco, entrambi tendono a non considerare il fumo di sigaretta come un disturbo psichiatrico.

**Parole chiave:** *dipendenza da nicotina, opinioni sul fumo, diagnosi*

### Summary

**Introduction.** The harmful consequences produced by tobacco use on health and social life have been widely documented. Although the validity and clinical utility of the diagnosis of nicotine dependence is recognized, it seems scarcely used in clinical settings.

The aim of our research was to investigate the clinical opinion about cigarette smoking and the diagnosis of nicotine dependence.

**Methods.** An *ad-hoc* questionnaire (25 items) was used to compare the opinions on smoking of two groups of clinicians. The group T was composed by clinicians specialized on tabaccology while the group P was composed by clinicians specialized on psychosomatic medicine.

**Results.** The group T was composed by 42 subjects and the group P by 32 subjects. The percentage of current and lifetime smoking were significantly higher in the group P compared to the group T.

No statistically significant differences there were found between the two groups regarding the opinion on smoking (habit vs behavioural risk factor vs psychiatric disorder), the use of classification systems (DSM-IV and ICD-10) to diagnose nicotine dependence in clinical practice. A significantly higher percentage of subjects in the group T recommended to quit smoking and to not start again to their patients than subjects in the group P.

**Conclusions.** Although the group T demonstrated a good level of clinical attention to tobacco use; in both groups, there was still a tendency not to consider cigarette smoking a psychiatric disorder.

**Keywords:** *nicotine dependence, opinion on smoking, diagnosis.*

### Introduzione

Al fine di riservare ai pazienti le cure migliori, il clinico è sollecitato ad avvalersi delle evidenze prodotte dalla ricerca. I riferimenti scientifici raccolti negli ultimi 60 anni riguardo ai danni conseguenti l'uso del tabacco sono molto numerosi e sono stati ampiamente divulgati [1, 2].

È ormai dimostrato, infatti, il ruolo dannoso che l'assunzione reiterata di tabacco ha sull'insorgenza di patologie neoplasiche [3, 4], dell'apparato respiratorio [5], cardiovascolare [6, 7] e di alcune malattie autoimmuni [8, 9].

Elevati sono i costi dovuti alle cure delle conseguenze dannose prodotte dal fumo. In Italia, vengono spesi circa

5 miliardi di Euro per trattare le patologie fumo-correlate [10, 11]. Se si stimano anche i costi derivanti dal precoce pensionamento o dalla morte prematura dei tabagisti, i costi totali del fumo ammonterebbero annualmente a circa 15 miliardi di euro, una spesa che supera i 10 miliardi di euro ricavati dalla vendita del tabacco in Italia [12].

Per individuare tempestivamente i sintomi di dipendenza indotti dalla nicotina è da tempo riconosciuta la validità clinica della diagnosi di dipendenza da tabacco. Nella quarta versione rivista del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR) e nella decima versione della Classificazione Internazionale delle

Andrea Svicher, Giuly Bertoli, Giulia Anna Aldi, Fiammetta Cosci (fiammetta.cosci@unifi.it)

Dipartimento di Scienze della Salute, Sezione di Psicologia e Psichiatria, Università di Firenze

Vincenzo Zagà (vincenzo.zaga@ausl.bo.it)

Pneumologo e Coordinatore Centri Antifumo AUSL di Bologna

Malattie (ICD-10) sono presenti i criteri per la diagnosi di dipendenza da nicotina/tabacco [13, 14]. Nella recente quinta edizione del DSM è prevista una più severa concezione dell'azione patologica della sostanza psicoattiva sulla salute mentale. La nicotina, infatti, non è più descritta esclusivamente come una sostanza in grado di indurre un utilizzo dannoso e reiterato del tabacco, ma è riconosciuta come capace di innescare un comportamento patologicamente fuori controllo che può ledere la propria e la altrui salute.

Il Center for Disease Control and Prevention ha stimato che il 62,7% delle visite mediche, condotte negli Stati Uniti prevede uno screening sul tabacco. Tra i pazienti segnalati come consumatori di tabacco, il 20,9% riceve una consulenza mirata al problema e solo il 7,6%, tuttavia, ha una diagnosi seguita da una prescrizione o da un invio per il trattamento della dipendenza [15].

Nonostante le evidenze sulla sua validità e utilità clinica, la diagnosi di dipendenza da tabacco continua ad esser formulata raramente. Cosci, Pistelli e Carozzi [16] hanno riportato alcune delle possibili ragioni per cui questa diagnosi è poco utilizzata dai clinici: 1) l'influenza di fattori culturali che rendono difficile apportare modifiche nella pratica clinica e nella terminologia medica; 2) l'influenza della formazione, che spinge molti clinici a riportare l'uso di tabacco nell'anamnesi fisiologica e non in quella patologica; 3) la reticenza a riconoscere l'uso di tabacco come una patologia, fenomeno questo spiegato dall'elevata percentuale di fumatori tra i clinici (in Italia i medici fumatori sono il 21,2%); 4) l'apparente necessità di biomarkers specifici per formulare una diagnosi sebbene la tradizione medica sottolinei l'importanza di utilizzare l'osservazione ed il colloquio per arrivare alla diagnosi e la nosografia psichiatrica abbia da sempre proposto criteri diagnostici basati su segni e sintomi e non su parametri biologici o strumentali.

Formulare la diagnosi di dipendenza da tabacco sarebbe invece molto importante. Bernstein e Cannata (2006) hanno analizzato l'effetto della comunicazione di tale diagnosi sulla motivazione ad intraprendere un percorso terapeutico per smettere di fumare. Ai soggetti del gruppo sperimentale veniva comunicata la diagnosi mentre ai soggetti del gruppo di controllo non era comunicata; entrambi i gruppi erano poi inseriti in un percorso per la cessazione. Il 21,1% dei soggetti del gruppo sperimentale aveva accettato un percorso terapeutico a fronte dell'8,7% dei soggetti del gruppo di controllo. Inoltre, nonostante che entrambi i gruppi fossero a conoscenza della concausa del fumo nelle patologie organiche di cui soffrivano, tale informazione non costituiva un deterrente per la cessazione del fumo [17].

In questo contesto, abbiamo condotto un'indagine per conoscere l'opinione dei clinici italiani sul fumo di sigaretta e la loro tendenza ad utilizzare la diagnosi di dipendenza da tabacco nella propria pratica clinica.

## Metodi

Abbiamo intervistato due gruppi di medici e psicologi partecipanti a due diversi congressi scientifici: un gruppo costituito dai partecipanti all'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (gruppo T) ed un gruppo costituito dai partecipanti all'VIII Congresso Nazionale del Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica (gruppo P). L'argomento oggetto del congresso è stato scelto in modo da poter confrontare un gruppo di Tabaccologi, o quantomeno di persone sensibili al problema della dipendenza da tabacco, con un gruppo di clinici che fossero interessati ad un'area molto diversa dalla Tabaccologia (quindi, gli Psicosomatisti).

Ai soggetti è stato proposto di compilare un questionario a 25 item costruito ad hoc che indagava: il proprio pattern di fumo, se fumatore; la conoscenza dei criteri diagnostici di dipendenza da nicotina secondo il DSM-IV-TR o di dipendenza da tabacco secondo l'ICD-10 e la loro frequenza di utilizzo nella propria pratica clinica; il rischio correlato all'uso di tabacco se confrontato a quello correlato all'uso di altre sostanze; la frequenza con cui raccomandavano ai pazienti fumatori di smettere e agli ex-fumatori di non ricominciare.

## Risultati

Il gruppo T è risultato composto da 42 soggetti, di cui 17 maschi (40,5%) e 25 femmine (59,5%). Il Gruppo P è risultato composto da 32 soggetti di cui 7 maschi (21,8%) e 25 femmine (78,1%). L'età media del gruppo T era di 46,64 ± 11,30 anni, l'età media del gruppo P era di 34,71 ± 6,91 anni.

Il gruppo T era costituito per il 64,28% da medici e per il 35,71% da psicologi mentre il gruppo P includeva il 12,5% di medici e l'87,5% di psicologi.

Circa il 5% dei soggetti del gruppo T fumava al momento dell'intervista a fronte del 28% dei soggetti del gruppo P. I clinici del gruppo T fumavano in media da meno di un mese (0,5 ± 0,93) rispetto ai clinici del gruppo P che fumavano da circa 48 mesi (47,61 ± 105,37;  $p = 0,000$ ). Avevano fumato durante la vita il 46,3% dei clinici del gruppo T ed il 61,3% dei soggetti del gruppo P. Mediamente i clinici del gruppo T avevano fumato per 77 mesi (76,83 ± 108,85) mentre i clinici del gruppo P avevano fumato per circa 87 mesi (86,36 ± 113,18;  $p = 0,000$ ).

Circa il 40% dei clinici di entrambi i gruppi considerava il fumo un disturbo. Nella maggioranza dei casi, in entrambi i gruppi, il fumo di sigaretta era percepito come fattore di rischio per la salute, (gruppo T = 53,8%; gruppo P = 53,1%), mentre per una minoranza era classificabile come abitudine (gruppo T = 7,7%; gruppo P = 9,4%) (Figura 1).

Il 78,6% dei partecipanti al convegno di Tabaccologia conosceva i criteri del DSM-IV per la diagnosi di dipendenza da nicotina, mentre erano noti al 58,1% dei partecipanti al Gruppo di Ricerca in Psicosomatica. Il 52,4% dei clinici del gruppo T conosceva i criteri diagnostici dell'ICD-10

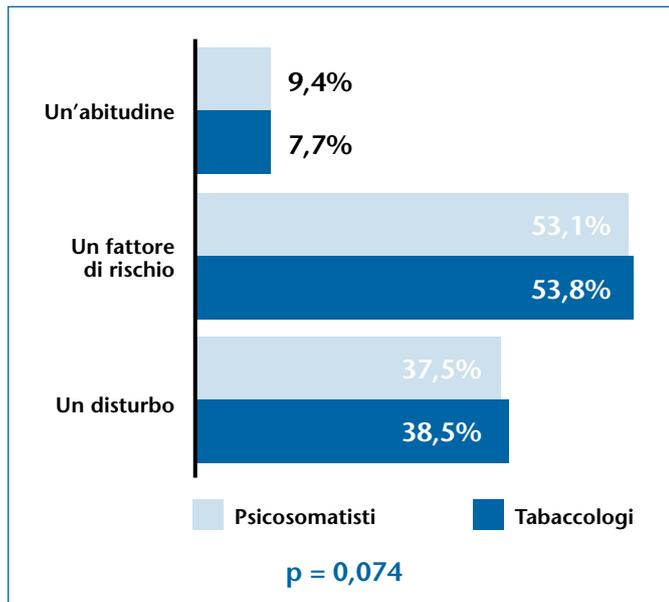


Figura 1. Opinione sul fumo di sigaretta. Test del Chi-quadro.

per la diagnosi di dipendenza da tabacco, mentre solo il 29% dei clinici del gruppo P conosceva tali criteri.

Nel gruppo dei Tabaccologi il 21,4% dei soggetti non faceva mai diagnosi secondo un sistema classificativo della patologia mentale mentre il 26,2% utilizzava esclusivamente il DSM-IV ed il 52,4% effettuava diagnosi secondo entrambi i sistemi classificativi. I partecipanti al congresso di medicina psicosomatica nel 43,3% dei casi non facevano diagnosi secondo alcun sistema classificativo, il 26,7% utilizzava esclusivamente i criteri del DSM-IV mentre il 30% si avvaleva di entrambe le classificazioni. Per indagare se la professione potesse essere un fattore atto a spiegare le differenze riscontrate fra i due gruppi, abbiamo confrontato psicologi e medici senza ottenere risultati statisticamente significativi (dati non mostrati).

Per quanto riguarda la percezione del rischio correlato all'uso di tabacco confrontato con quello di altre sostanze, per la maggior parte dei clinici intervistati considerava la caffeina meno rischiosa del fumo (90,5% dei soggetti del gruppo T vs 68,8% dei soggetti del gruppo P). Diversa fra i due gruppi era l'opinione sul confronto fra fumo e alcol. Mentre i clinici del gruppo T ritenevano nel 58,4% dei casi che i soggetti che fumano incorrano negli stessi rischi dei soggetti che bevono alcolici in modo patologico, i clinici del gruppo P tendevano a non trovare una maggioranza nell'esprimere la propria opinione (un terzo del gruppo considerava il fumo più rischioso dell'alcol, un terzo pensava il contrario ed un terzo poneva il rischio legato all'uso delle due sostanze a pari grado). Mentre il 38% dei clinici del gruppo T riteneva maggiore il rischio correlato all'uso di tabacco rispetto a quello correlato all'uso di cannabis, nei clinici del gruppo P la maggioranza dei soggetti non percepiva alcuna differenza fra le due sostanze. Infine, il rischio legato all'uso di cocaina o eroina era percepito maggiore di quello legato all'uso di tabacco in entrambi i gruppi (Tab. 1).

Tabella 1. Percezione del rischio correlato all'uso di nicotina/tabacco se confrontato a quello correlato all'uso di caffeina, alcol, cannabis, cocaina ed eroina. Test Chi-quadrato.

Rischio	Gruppo T	Gruppo P	p
Caffeina	N (%)	N (%)	
Più alto	38 (90,5)	22 (68,8)	0,050
Uguale	2 (4,8)	7 (21,9)	
Più basso	2 (4,8)	3 (9,4)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
<b>Alcol</b>			
Più alto	11 (26,6)	12 (37,5)	0,128
Uguale	23 (58,4)	10 (31,2)	
Più basso	8 (19)	10 (31,2)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
<b>Cannabis</b>			
Più alto	16 (38,1)	12 (37,5)	0,747
Uguale	14 (33,3)	13 (40,6)	
Più basso	12 (28,6)	7 (25,7)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
<b>Cocaina</b>			
Più alto	8 (19)	12 (9,4)	0,085
Uguale	16 (38,1)	13 (21,9)	
Più basso	18 (42,9)	7 (68,8)	
Totale	42 (100)	32 (100)	
<b>Eraina</b>			
Più alto	6 (14,3)	4 (12,5)	0,078
Uguale	16 (38,1)	5 (15,6)	
Più basso	20 (47,6)	23 (71,9)	
Totale	42 (100)	32 (100)	

L'83,3% dei clinici del gruppo T raccomandava di smettere di fumare sempre o spesso ai pazienti che visita, mentre solo il 32,3% dei clinici del gruppo P faceva la medesima raccomandazione ( $p = 0,000$ ). I clinici del gruppo T erano infine soliti raccomandare più frequentemente agli ex-fumatori che visitavano di non ricominciare rispetto ai clinici del gruppo P (67,6% vs 30,0%;  $p = 0,000$ ) (Tab. 2).

## Discussione

Il confronto tra i clinici partecipanti al Convegno Nazionale di Tabaccologia ed i clinici partecipanti al Convegno Nazionale del Gruppo di Ricerca in Psicosomatica ha prodotto differenze statisticamente significative per quanto riguarda lo status di fumo. Se confrontati con la media nazionale dei fumatori, i partecipanti al congresso di psicosomatica fumano in una percentuale superiore, mentre i partecipanti al convegno di Tabaccologia fumano meno frequentemente.

I Tabaccologi sono più inclini a fare diagnosi di dipendenza, sia pregressa che in atto, secondo i criteri di entrambi i sistemi classificativi. Tuttavia, ancora un'ampia percentuale di clinici di entrambi i gruppi continua a fare

**Tabella 2.** Frequenza con cui i clinici raccomandano di smettere o di non ricominciare a fumare. Test del Chi-quadro.

Frequenza con cui i clinici raccomandano di smettere di fumare	Gruppo T	Gruppo P	
	N (%)	N (%)	p
Mai	4 (9,5)	6 (19,4)	0,000
Raramente	1 (2,4)	3 (9,7)	
Qualche volta	2 (4,8)	12 (38,7)	
Spesso	15 (35,7)	7 (22,6)	
Sempre	20 (47,6)	3 (9,7)	
Totale	42 (100)	31 (100)	
Frequenza con cui i clinici raccomandano di non ricominciare a fumare	Gruppo T	Gruppo P	
Mai	6 (14,3)	7 (23,3)	0,000
Raramente	1 (2,4)	6 (20,0)	
Qualche volta	7 (16,7)	8 (26,7)	
Spesso	9 (21,4)	5 (16,7)	
Sempre	19 (45,2)	4 (13,3)	
Totale	42 (100)	30 (100)	

diagnosi senza avvalersi dell'attuale nosografia. Questo può essere spiegato dal fatto che molti medici e psicologi tendono a considerare semplicemente la condizione di fumatore/non fumatore dei propri pazienti ma non traducono questa informazione in una diagnosi.

I Tabaccologi raccomandano con una frequenza tre volte superiore rispetto agli Psicosomatisti di smettere di fumare e con una frequenza quattro volte maggiore di non ricominciare a fumare. Questi dati illustrano un at-

teggiamento dei Tabaccologi a fare una breve consulenza seguita da raccomandazioni nelle loro visite (circa 80%) che è quattro volte superiore alla media delle consulenze sul tabacco che avvengono nelle visite mediche negli Stati Uniti (circa 20%).

Pur essendo uno studio che ha raccolto un piccolo campione, i dati sembrano in linea con quanto riportato in letteratura, ovvero che il gruppo dei Tabaccologi che è sensibile al problema delle dipendenze e conosce i sistemi internazionali di diagnosi, si avvicina alla media dei clinici statunitensi che operano in un paese pioniere nella lotta ai danni alla salute correlati al fumo e che promuove la diagnosi e la cura delle componenti psicopatologiche del fumo. Il campione degli Psicosomatisti è un campione che rispecchia la media nazionale ma rappresenta pur sempre un gruppo virtuoso di clinici che conoscono i criteri di dipendenza da nicotina/tabacco secondo il DSM-IV-TR e l'ICD-10.

## Conclusione

In conclusione, nel campione dei Tabaccologi si raggiungono buoni livelli di attenzione clinica riguardo al fumo di sigaretta; ciò nonostante, in entrambi i gruppi si riscontra una relativa ed uguale reticenza a considerare il fumo di sigaretta un disturbo psichiatrico (circa il 60% dei clinici non considera il fumo abituale un disturbo). Una conferma di questo dato negativo, su un campione più ampio ed eterogeneo potrebbe sollecitare la necessità di una maggiore attenzione verso gli aspetti di igiene mentale specifici della dipendenza patologica e un'implementazione della formazione universitaria e post-universitaria sull'argomento. ■

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

## BIBLIOGRAFIA

- Report on the global tobacco epidemic, 2013 - World Health Organization website: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf). Accessed on September 9, 2013.
- MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic - World Health Organization website: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf). Accessed on September 9, 2013.
- International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans vol 83. Lyon, FR: IARC, 2004:53e119.
- Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nat Rev Cancer*. 2009 Sep;9(9):655-64. doi: 10.1038/nrc2703.
- Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) website: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2013\\_Feb20.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf). Accessed on September 9, 2013.
- Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012 Jan 26;366(4):321-9.
- Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*. 2004 May 19;43(10):1731-7.
- Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari - Osservatorio Fumo Alcol e Droghe ISS website: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/fumo%20e%20salute%20impatto%20e%20costi%20sociali.1136885005.pdf>. Accessed on September 9, 2013.
- Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia - Centro di Ricerche Oncologiche Giovanni XXIII, Università Cattolica del SacroCuore website: [http://www.lesorgenti.org/osfad/pdf/Osservatorio\\_fumo.pdf](http://www.lesorgenti.org/osfad/pdf/Osservatorio_fumo.pdf). Accessed on September 9, 2013.
- Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- Costenbader KH, Karlson EW. Cigarette smoking and autoimmune disease: what can we learn from epidemiology? *Lupus*. 2006;15(11):737-45.
- Armon C. Smoking may be considered an established risk factor for sporadic ALS. *Neurology*. 2009 Nov 17;73(20):1693-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181c1df48.
- Cottler LB. Comparing DSM-III-R and ICD-10 substance use disorders. *Addiction*. 1993 May;88(5):689-96.
- DiFranza J, Ursprung WW, Lauzon B, Bancej C, Wellman RJ, Ziedonis D, Kim SS et al. A systematic review of the Diagnostic and Statistical Manual diagnostic criteria for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2010 May;35(5):373-82. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.013.
- Jamal A, Dube SR, Malarcher AM, Shaw L, Engstrom MC; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use screening and counseling during physician office visits among adults, National Ambulatory Medical Care Survey and National Health Interview Survey, United States, 2005-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012 Jun 15;61 Suppl:38-45.
- Cosci F, Pistelli F, Carrozzi L. Tobacco smoking: why do physicians not make diagnoses? *Eur Respir Rev*. 2011 Mar;20(119):62-3. doi: 10.1183/09059180.00007210.
- Bernstein SL, Cannata M. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis in emergency department patients who smoke. *Addict Behav* 2006;31(2):288-97.

# News & Views



## Di ogni erba un fascio

### A rischio le attività dell'Istituto Superiore di Sanità, per una questione di bilanci. Ma chi si occupa di tabagismo in Italia?

Crescono gli elementi di allarme rispetto alle politiche sanitarie nel campo della prevenzione e del tabagismo. Di recente la Corte dei Conti ha evidenziato un importante deficit nei bilanci dell'Istituto Superiore di Sanità che potrebbe esitare in un commissariamento del principale organo di ricerca italiano.

Nessun rilievo da porre, ovviamente, all'organo di controllo finanziario che ha evidenziato le passività dell'ISS, ma serve chiarire che non si può fare di tutte le erbe un fascio nell'ambito degli enti pubblici. L'Istituto opera in una grande varietà di ambiti, dall'AGENAS all'AIFA, e presidia aree importanti per la salute dei cittadini.

Un settore di intervento unico è costituito dall'OSSFAD (Osservatorio Fumo, Alcol e Droga), il quale svolge attività insostituibili nella promozione di interventi nel settore delle dipendenze e soprattutto nel campo del tabagismo. Dobbiamo dirlo fino in fondo: l'OSSFAD è l'unica istituzione governativa italiana che presidia direttamente il censimento dei servizi per il tabagismo, raccoglie dati annualmente, emana linee di indirizzo sui trattamenti e propone ogni anno un momento di confronto tra esperti del settore.

Attua, insomma, una governance tecnica che ha permesso di studiare il fenomeno della sigaretta elettronica,

in modo indipendente da influenze commerciali, ha sostenuto gli studi sulla radioattività del tabacco, ha dato voce agli operatori dei Centri per il Tabagismo.

Ma ha fatto e sta facendo di più: attraverso il numero verde sul fumo è diventato un contesto di promozione della salute e un servizio di orientamento dei cittadini che nessun altro può offrire con tanta autorevolezza. In uno scenario pressoché desertico (niente risorse economiche, niente LEA, nessuna istituzionalizzazione dei servizi, nessun rimborso per le cure) l'OSSFAD è l'unica oasi che offre sostegno ai pionieri del contrasto al tabagismo. Speriamo che i revisori, quando

si occupano dei conti, tengano in considerazione anche gli aspetti strategici, almeno per il tabagismo. A volte, chi spende meno finisce per spendere di più. Ci sono 70-80.000 morti evitabili ogni anno da mettere nel calcolo e 6 miliardi di spesa sanitaria imputabile alle sigarette. Sarebbe deplorabile se, per colpa di un piano di rientro economico, venissero effettuati tagli anche all'OSSFAD.

Noi non riusciremmo a capirne la ragione, ma credo sarebbe difficile da spiegare anche ai cittadini. E dalla parte dei cittadini ci siamo anche noi.

**Biagio Tinghino**

Presidente Società Italiana di Tabaccologia



#### Ricariche alla marijuana per sigarette elettroniche

La marijuana come ricarica per la sigaretta elettronica? Secondo numerosi organi di stampa, si starebbe diffondendo un mercato web con acquisti soprattutto da siti statunitensi, di ricariche alla marijuana per la sigaretta elettronica e, a quanto pare, con qualche rischio per la propria sicurezza. Il numero di utenti italiani sarebbe consistente: intorno alle 100 mila persone. L'allarme è arrivato da un recente Convegno tenutosi all'Istituto Superiore di Sanità. E a puntare il dito contro il contenuto «incerto» delle ricariche acquistate via internet è stato Walter Ricciardi, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico romano Agostino Gemelli nonché presidente della terza sezione del Consiglio Superiore di Sanità. (FC)

#### Cina: dilaga il tumore al polmone. Colpa di fumo e inquinamento

La Cina, con 350 milioni di fumatori, è il paese maggiore consumatore di tabacco del mondo. Parallelamente però, anche il numero di casi di tumore al polmone è in crescita esponenziale, con un'incidenza in crescita del 26,9% ogni anno e un tasso di mortalità aumentato del 465%. Le proiezioni epidemiologiche dicono che nel 2025 la Cina diverrà il paese con il più alto numero di malati di tumore al polmone, responsabile già oggi del 22% di tutti i decessi per tumori maligni: prima causa di morte negli uomini e la seconda delle donne. Oltre che del grande inquinamento la colpa è soprattutto del fumo, attivo e passivo. (VZ)



# ...e Philip Morris investe a Bologna per la sigaretta del futuro

Nei pressi di Bologna, nel comune di Crespellano, in due anni, sorgerà un nuovo mega-stabilimento della Philips Morris (PM) da 500 milioni di euro, 600 posti di lavoro che produrranno a regime 30 miliardi di pezzi l'anno su un'area di 160 mila metri quadrati in totale. A progetto completato ci saranno: sei stabilimenti produttivi, un centro direzionale, una reception, un magazzino e un paio di stabili dedicati al welfare aziendale: asilo, mensa e area sport. Ma cosa produrranno? Da indiscrezioni trapelate di tratterebbe di "sigarette speciali, che fanno meno male perché il tabacco verrà scaldato e non bruciato", che a loro dire dovrebbe "ridurre del 90% i componenti dannosi del tabacco", e che la multinazionale del tabacco sta già sperimentando in un laboratorio aperto la scorsa estate alla Intertaba di Zola Predona, alle porte di Bologna. Come più recentemente ha dichiarato Eugenio Sidoli, presidente di PM Italia, in questo nuovo stabilimento verranno prodotte le sigarette del futuro, il progetto "Platform One" costato 17 anni di ricerche nei laboratori di Neuchatel (CH) e due miliardi di investimenti. Certamente non si tratterà di elisir di lunga vita... semmai il contrario. Come ci informa Jeff Wigand, quello che ha ispirato il film "Insider", nella produzione ci dovrebbe essere anche la sigaretta elettronica, sul cui business anche i principali brand di tabacco si stanno gettando. Infatti le multinazionali



del tabacco (Big Tabacco) stanno scommettendo su questi nuovi dispositivi elettronici che secondo molte previsioni supereranno, nei prossimi 10 anni, le vendite di sigarette di tabacco, che per Big tabacco sono state una manna multimiliardaria di dollari negli ultimi 60 anni. Dagli organi di stampa locale trapela legittima soddisfazione che in alcune voci sfiora il trionfalismo per aver scippato a Francia e Germania questo pur importante investimento che in momenti di crisi come questo non può che fare piacere. Però crediamo, come medici, che sia sempre bene che l'opinione pubblica tenga presente che stiamo parlando di un potente investitore, Philip Morris appunto, che ha nella mission del suo DNA quella di fabbricare sigarette, vere e proprie armi di distruzione di massa, se è vero, come purtroppo è vero, che è responsabile ogni anno, assieme alle altre multinazionali del tabacco, di un'ecatombe di vite umane di più di 5 milioni di morti nel mondo e di 85 mila in Italia, per patologie fumo-correlate. Insomma è bene che la gente sappia e non dimentichi che, per dirla chiaramente e senza perifrasi, stiamo parlando di una fabbrica di morte che cavalcherà anche questa crisi occupazionale per tentare di rifarsi una "verginità" d'immagine.

(Fabrizio Cani)

## Philip Morris, ventiquattro mesi per il nuovo maxi stabilimento

Oltre alle sei aree produttive, anche una zona sport, mensa e asilo

**IL NUOVO STABILIMENTO**

**VIA EMILIA**  
Lavorazione tabacco  
Deposito ricambi  
Casa esistente  
Biblioteca 35 y  
Lavorazioni primarie  
4ª area produzione  
area di allargamento all'area di deposito  
1ª area produzione  
3ª area produzione  
Asilo  
2ª area produzione  
Direzioni e Sport  
Reception  
Parcheggio  
AUTOSTRADA  
NUOVO CASELLLO MUFFA CRESPELLANO

**VIA CASSOLELLA**  
COM'È ADESSO  
COM'ERA

La "tabacchina" degli anni '60 a Zola

## Bologna 2

Sabato 11 gennaio 2014

Redazione via S. Maria, 141 - Tel. 051 4081400/4200 (centralino) - Fax 051 2520271  
# Pubblicità: S.P.A. - via S. Maria, 124 - Tel. 051 423388/4423904 - Fax 051 4432600

Mostra mercato dell'Antiquariato  
Sabato 11 e Domenica 12 Gennaio dalle 9 alle 19 Piazza Santo Stefano

Alberto Vacchi  
«Bologna capitale, un bene per tutti»  
L'intervista al presidente degli industriali Vacchi: «Infrastrutture prioritarie» | 098 | 4 pagina 2

Merola contro Letta  
«Governo da rottamare Meglio votare a maggio»  
Sentito a pagina 4

Scadenza il 24 gennaio  
Mini imu: ecco come calcolarla e dove si paga  
ZANONI a pagina 5

**EMOZIONI**  
di GAIA GIORGETTI  
NOI LIBERI DI ESSERE DELUSI  
MEROLA e la Bologna che li annoia. Il sindaco è il rappresentante di una disillusione, un'area di conflitti e con una gran voglia di ordine

**RIPARTIAMO DAL TABACCO**  
Philip Morris sceglie Crespellano per un nuovo stabilimento: partono i lavori per 500 milioni. Sarà la prima fabbrica al mondo dove nasceranno prodotti di nuova generazione a rischio ridotto per la salute.

Stasera la Lazio  
Il tifoso Frizzi: «Per me è derby doppio»  
DEGLIANTONI E ZEMBOI a pagina 11

Sospesa l'attività  
Si ferma l'Orchestra di Abbado  
SUGHERI in Nazionale a pagina 7

Pd a San Lazzaro  
'Zac' jolly da primarie

**SEICENTO POSTI DI LAVORO**



## Il fumo rallenta la ricomposizione delle fratture ossee

È quanto emerso in un nuovo studio presentato al meeting annuale della American Academy of Orthopaedic Surgeons tenutosi a Chicago dal 19 al 23 marzo, in cui i ricercatori hanno mostrato che il fumo di tabacco potrebbe influenzare il modo in cui le ossa si saldano dopo una frattura. In particolare, le sigarette avrebbero un effetto soprattutto su quelle ossa che sono più lunghe che larghe. Gli scienziati hanno analizzato dati raccolti da 20 studi trovando un aumento complessivo di 2,3 volte del rischio di una guarigione non appropriata nei fumatori. In generale, per tutte le fratture il tempo medio per la saldatura era di 32 settimane nei fumatori e di 25,1 settimane nei non fumatori. Lo studio, inoltre, illustra gli effetti del fumo sulle fratture in fase acuta. In particolare il fumo aumenta il rischio di infezioni e di una guarigione non completa, oltre ad aumentare il rischio generale di subire fratture. ■ (VZ)

# Insufflazioni rettali di tabacco nel '700

I primi tentativi di rianimazione risalgono al Rinascimento tramite la percussione dei pazienti con un mazzo di ortiche. Successivamente gli annegati venivano fatti rollare intorno ad una botte per comprimere il torace. Oppure si stringeva attorno al torace del malcapitato un lenzuolo con il quale si effettuava la compressione del torace.

Nel 1732 si adottò la tecnica di insufflazione di fumo di tabacco per via rettale per stimolare la ripresa della respirazione. Nel 1918 durante la pandemia influenzale chiamata "spagnola" che mieté milioni di vittime, tentativo principale di rianimazione era l'insufflazione rettale di caffè e fumo di tabacco.

Nel Settecento si riteneva che l'intestino fosse l'organo dotato di più lunga sopravvivenza, capace di assorbire facilmente le sostanze farmacologiche, e che la stimolazione anale fosse un'utile sollecitazione per la ripresa dell'attività cardio-respiratoria [1].

Ebbero pertanto larga diffusione, sia negli adulti sia nei bambini, i clisteri a base di fumo di tabacco, ritenuto un potente stimolante del battito cardiaco [2-7], di fumo di carta [8], di semplice aria [9] oppure con un infuso di polvere di tabacco [10], di camomilla o sostanze irritanti come sale o aceto [11-13].

Per insufflare il fumo nel retto vennero costruiti strumenti complicati che comprendevano pipe, fornelli, soffiotti e cannule. Si trattava di una pratica del tutto comune tanto che, essendo l'equipaggiamento necessario costituito da un'attrezzatura montata vicino a canali e corsi d'acqua, chi ne era a conoscenza sapeva bene anche il punto preciso della città dove fosse montata.

In pratica: il fumo veniva soffiato nel retto, attraverso un tubo collegato a due soffiotti. Si pensava che il retto fosse la via più diretta per mandare aria ai polmoni, oltre che attraverso la bocca o il naso.

Il clistere di fumo di tabacco venne molto praticato su vittime di annegamento, oltre che per altre infermità come mal di testa, ernia, crampi addominali, febbre tifoide ed in malati terminali di colera.

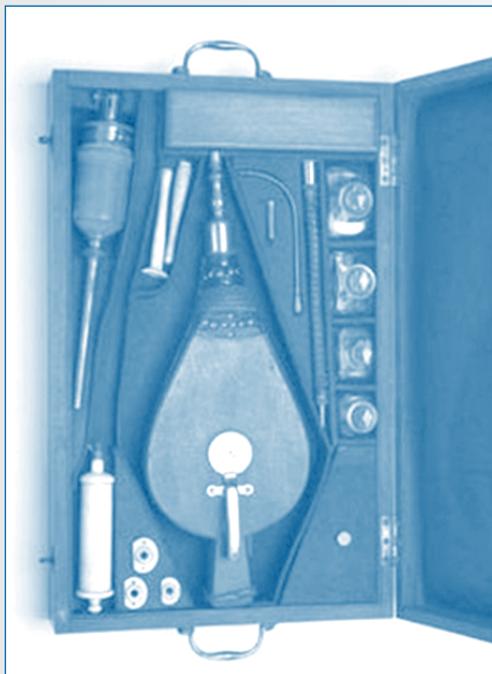
Inoltre il fumo di tabacco, secondo la credenza medica di allora avrebbe anche riscaldato la vittima dell'affogamento, asciugando le interiora ed eliminando l'umidità eccessiva.

Nel '700 a Londra questa pratica medica era diventata

del tutto tradizionale e, tra gli altri scopi, aveva quello di resuscitare i morti, o per lo meno chi era presunto come tale. Questo metodo di rianimazione, brevettato dalla

Royal Humane Society, società fondata nel 1774 che premia interventi a favore della vita umana soprattutto tramite rianimazione, veniva in particolare effettuato su vittime di annegamento o soffocamento. La peculiarità di questo sistema stava nel fatto che del fumo veniva soffiato dentro il corpo attraverso il retto.

In Italia ebbero vasta diffusione e Frank, all'inizio dell'Ottocento, riteneva che le levatrici fossero obbligate a tenere nella loro valigetta un insufflatore per poterlo utilizzare in caso di necessità [14, 15]. L'insufflazione di fumo di tabacco per clistere ebbe una vasta popolarità e rimase in auge sino ad oltre la metà dell'Ottocento [16, 17].



Vincenzo Zagà, Stefano Picciolo

## BIBLIOGRAFIA

1. Stein GG. *Arte Ostetrica*. Venezia: 1805:164-7.
2. Gottlieb LS. *A history of respiration*. Springfield USA: C. Thomas Publ. 1964.
3. Hamilton A. *Trattato delle malattie delle donne e dei bambini*. Venezia: Pasquali 1802;11:1 5 1 - 9.
4. Manni P. *Manuale pratico per la cura degli apparentemente morti*. Roma: Brancadoro 1833:167-79; 203; tavv. VII e VIII.
5. Raulin J. *Istruzioni sulla maniera di raccogliere i parti*. Venezia: Caroboli e Pompeati 1823;V:17-24. Prima ed. [Paris 1770].
6. Underwood M. *Trattato delle malattie dei bambini*. Genova: 1840:9 - 11. Con note del traduttore italiano Guglielmo Pensa. Prima edizione Londra 1748, [prima traduzione italiana Venezia, 1794].
7. Valota O. *La levatrice moderna*. Nuova edizione. Milano: Pirotta e Maspero 1804:29-31. [Prima ed. Bergamo 1791].
8. Baudeloque JL. *Dell'arte ostetrica*. Milano: Truffi 1833;II:77-81. [Prima edizione francese 1781].
9. Roederer GG. *Elementi d'Ostetricia*. Firenze: Albizziniana 1775; XVI:142-3. [Traduzione dal tedesco].
10. Hamilton A. *Trattato delle malattie delle donne e dei bambini*. Venezia: Pasquali 1802;11:151 - 9.
11. Balocchi V. *Manuale completo di Ostetricia per gli studenti di medicina e chirurgia e per le levatrici*. III Ed. Milano: 1859:75.
12. Naegelé FC. *Manuel d'accouchements a l'usage des élèves sages-femmes*. Paris: Baillière 1853:372-4.
13. Pasquali A. *Sopra alcune malattie della infanzia e della fanciullezza*. Cenni pratici. Genova: R.I. de'sordomuti 1853:19-27.
14. Frank GP. *Sistema completo di polizia medica*. Milano: Pirotta e Maspero 1807-1818; III: 170-80; IX: 23-52; Fig. 1 e tav. 3.
15. Cerasoli G. *Note per una storia della rianimazione neonatale in Europa tra Settecento ed Ottocento Riv Ital Pediatr (IJP) 2001; 27:48-58.*
16. Koelbing HM. *Storia della terapia medica*. Milano: 1989:7.
17. Lungarotti R. *Un'antica e curiosa procedura rianimatoria: il clistere di fumo di tabacco*. *Acta Anaesthesiologica* 1968; 19:657 - 63.

2014  
EC  
T\*  
H

REPORT

## 6. European Conference on Tobacco or Health

MARCH 26 - 29, 2014 ISTANBUL / TURKEY

istanbul

*Giuseppe Gorini, Elizabeth Tamang*

Nella prima sessione plenaria è stato presentato da Luk Joossens l'aggiornamento della Tobacco Control Scale che vede l'Italia retrocessa alla 15° posizione, perché dopo la legge "Sirchia" non sono state introdotte nuove normative di contrasto al tabagismo prese in considerazione dalla scala di Joossens. In realtà nel 2012 è stato introdotto il divieto di fumo ai minori di 18 anni (Decreto Balduzzi) e a fine 2013 è stato introdotto il divieto di fumo nei cortili scolastici (Decreto Lorenzin), ma queste politiche non rientrano nel panel di quelle usate come indicatori da Luk.

Comunque, come conclude Joossens nel report, la situazione italiana è "deludente".

Patricia Lambert, dell'ONG The Campaign for Tobacco Free Kids, e Anna Gilmore, Bath University, hanno parlato di come, affianco all'implementazione della Convenzione Quadro per il Controllo del Tabagismo in Europa, che presenta comunque ancora grosse differenze tra Paesi Europei, stanno avanzando nuove strategie, non previste da FCTC, come l'introduzione del pacchetto generico ed il bando degli aromi dai prodotti del tabacco, nonché politiche di "end-game", ovvero percorsi gradualmente per rendere un Paese libero da fumo, come Tobacco-Free Finland previsto per il 2040 e Smoke free Ireland per il 2025, o come la proposta di Simon Chapman di modelli di prescrizione medica per fumatori. L'accelerazione di queste nuove strategie dipende da come saranno sviluppate condizioni chiare con l'industria, in particolare tramite l'implementazione dell'articolo 5.3 dell'FCTC sulla protezione delle politiche di contrasto al tabagismo da interessi commerciali e corporativi dell'industria del tabacco.

Purtroppo questo non è ancora compreso bene dagli Stati Membri. Bisogna promuovere le inchieste, le campagne di denormalizzazione e delegittimazione delle industrie del tabacco specialmente agli occhi dei giovani, monitorare ed esporre le attività delle industrie del tabacco, chiedere maggiore trasparenza per i finanziamenti dei progetti di ricerca e delle pubblicazioni, (sono stati illustrati tanti studi finanziati dalle compagnie del tabacco), tenere un registro di lobbisti dei politici. Per i governi l'implementazione dell'articolo 5.3 è un obbligo legale e, per fare questo, andrebbero rafforzati i supporti inter-ministeriali.

L'FCTC è l'unico trattato di Sanità Pubblica esistente oggi nel mondo e dobbiamo utilizzarlo come strumento forte quale è coin-

volgendo fin dall'inizio di qualsiasi proposta legislativa anche figure con formazione legale, che possano seguire anche gli aspetti procedurali. Alla plenaria sono intervenuti anche l'onorevole Linda McAvan, del Parlamento Europeo, ed il Commissario Europeo per la Salute Tonio Borg sulla loro esperienza nel presentare la Direttiva sui prodotti del tabacco.

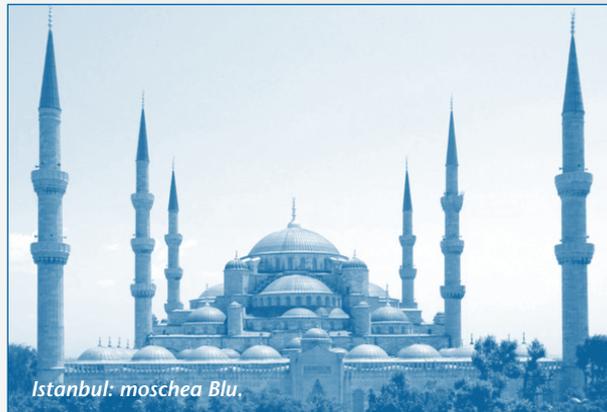
Nella terza sessione plenaria sulla ricerca su "tobacco control" ed industrie del tabacco in Europa, Marc Willemsen dell'Università di Maastricht, Olanda, ha illustrato la produzione scientifica su riviste con revisione tra pari e ha mostrato come i Paesi che pubblicano più articoli rapportato al numero di abitanti sono i Paesi Scandinavi, seguiti da UK, Francia, Italia, Spagna e Turchia. Cynthia Callard, Direttore della ONG Physicians for a Smoke-Free

Canada, ha illustrato come l'industria del tabacco sia quella con i profitti più alti, seguita dall'industria della birra e delle bibite gassate. La vendita al dettaglio di prodotti del tabacco raccoglie nei 34 Paesi sviluppati dell'OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) 269 miliardi di dollari, in Cina 200 miliardi e nei Paesi non-OECD (Africa, America Latina e gran parte dell'Asia) 144 miliardi. Inoltre ha mostrato come i profitti dalle industrie vadano verso gli USA, l'Eu-

ropa Occidentale, in particolare UK, e il Giappone.

Tra le sessioni parallele sono state molto interessanti quelle su etichettatura, su sigaretta elettronica (e-cig) e sulle campagne mediatiche. Nella prima, Katja Bromen, della Commissione Europea ha illustrato che con la nuova Direttiva Europea sui prodotti del tabacco diventeranno obbligatori in tutta Europa pittogrammi più grandi di quelli già presenti in alcuni Paesi europei, ed in parallelo saranno aggiornate le scritte di avvertenze per la salute. Inoltre, nel corso della sessione è stato mostrato come in Gran Bretagna siano in corso consultazioni per introdurre, come in Australia, il pacchetto generico.

Per la sigaretta elettronica, è emerso nella presentazione di Robert West, University College Londra, e da Deborah Arnott, Capo della ONG ASH, Londra, che dagli studi condotti in questo Paese la e-cig non ha indebolito la motivazione a smettere tra i fumatori né ha determinato uno stallo nella riduzione della prevalenza dei fumatori. Ha determinato invece una piccola riduzione nell'uso di prodotti sostitutivi della nicotina, ma non del supporto comportamentale. Non sembra nemmeno che e-cig abbia determinato una



Istanbul: moschea Blu.

rinormalizzazione del fumo. Inoltre in Inghilterra l'uso da parte degli adolescenti è trascurabile.

Quindi, per concludere, non sembra che la e-cig stiano indebolendo le misure di contrasto al tabagismo, anzi addirittura potrebbero aver contribuito alla continua riduzione della prevalenza di fumo tramite un aumento dei tentativi per smettere andati a buon fine. In Gran Bretagna sembra che le e-cig saranno licenziate come medicine prima della fine del 2013. Nell'ultimo intervento della sessione, Gerald Hastings e Marisa de Andrade, University of Stirling, UK, hanno illustrato come per le compagnie del tabacco entrare nel mercato delle e-cig sia una grossa opportunità per rifarsi un'immagine, come succede con la responsabilità sociale di impresa. La e-cig è uno strumento per l'industria del tabacco di entrare nel dibattito sulla riduzione del danno in modo da creare connes-

sioni con la sanità pubblica, i politici e altri portatori di interesse.

Bisogna vedere se gli investimenti delle industrie del tabacco nella e-cig saranno davvero proficui od un fuoco di paglia. Per ora sembra che il mercato della e-cig non sia più in crescita. Nel frattempo la maggior parte dei produttori indipendenti di e-cig sono stati comprati dai 4 colossi delle industrie del tabacco (British America Tobacco, Philip Morris, Japan Tobacco, Imperial Tobacco). Hanno investito 20 milioni di sterline in un anno per la pubblicità solo in UK, utilizzando le stesse tattiche pubblicitarie degli anni 70-80-90 utilizzate negli USA: senso di libertà, essere trendy, essere in forma e magri, utilizzo di aromi, prodotti a minor rischio. La e-cig potrebbe diventare un mezzo per "riabilitare" il loro core product, la sigaretta tradizionale. Secondo Cancer Research UK e alcuni studi dell'Università di Bath e Sterling, e-cigarette offre alle

2013 ranking (2010 ranking)		Country	Price (30)	Public place bans (22)	Public info. campaign spending (15)	Advertising bans (13)	Health warnings (10)	Treatment (10)	Total (100)
1 (1)	-	UK	27	21	3	10	4	9	74
2 (2)	-	Ireland	24	21	1	12	5	7	70
3 (4)	▲	Iceland	20	17	12	12	4	1	66
4 (3)	▼	Norway	20	17	3	12	4	5	61
5 (4)	▼	Turkey	21	19		7	5	5	57
5 (6)	▲	France	20	17	1	9	4	6	57
7 (13)	▲	Spain	15	21	1	9	4	6	56
7 (7)	-	Malta	17	18		10	4	7	56
9 (7)	▼	Finland	15	17	3	12	2	6	55
10 (new)		Ukraine	20	17		12	4		53
11 (9)	▼	Sweden	17	15		10	1	5	48
11 (27)	▲	Hungary	15	13		11	3	6	48
13 (13)	-	Netherlands	16	13	1	9	1	7	47
13 (10)	▼	Belgium	14	13	2	8	4	6	47
15 (12)	▼	Italy	15	15	2	8	1	5	46
15 (13)	▼	Denmark	15	11	2	8	4	6	46
15 (24)	▲	Bulgaria	18	15		10	1	2	46
18 (11)	▼	Switzerland	13	11	7	2	5	7	45
19 (16)	▼	Romania	19	7		8	3	7	44
20 (17)	▼	Slovenia	12	15		9	1	6	43
20 (19)	▼	Estonia	14	12		10	1	6	43
20 (19)	▼	Poland	14	11		9	1	8	43
23 (new)		Serbia	18	11		9	1	3	42
24 (17)	▼	Latvia	14	14		8	3	2	41
24 (19)	▼	Portugal	14	11		8	1	7	41
26 (new)		Croatia	14	12		11	1	2	40
27 (22)	▼	Slovakia	13	10		9	1	6	39
28 (29)	▲	Luxembourg	5	15		9	1	7	37
29 (22)	▼	Lithuania	12	12		8	1	2	35
29 (30)	▲	Greece	15	7		6	1	6	35
31 (27)	▼	Czech Rep.	12	9		8	1	4	34
32 (24)	▼	Cyprus	15	7		10	1	-	33
33 (26)	▼	Germany	14	11		4	1	2	32
34 (30)	▼	Austria	11	8		7	1	4	31

industrie un ritorno alla rispettabilità e un'arma contro l'art. 5.3 della FCTC.

Nella sessione sulle campagne mediatiche, sono state presentate le recenti campagne televisive fatte in Turchia, Francia, Gran Bretagna e Irlanda, tutte rivolte ai fumatori per invitarli a smettere, tutte girate con testimonials malati di tumori o patologie fumo-correlate, sulla scia della campagna mediatica statunitense fatta dal CDC "Tips from former smokers". Mi preme sottolinearlo, perché in Italia si ha ancora la tendenza a fare campagne mediatiche rivolte a prevenire l'uso negli adolescenti, mentre ormai dalle esperienze australiana e statunitense, è chiaro che è meglio investire su campagne con target adulti fumatori, per indurli alla cessazione, con contenuti ad alto impatto emotivo, nella convinzione che i giovani seguono e imitano gli adulti.

Nelle 4 sessioni di presentazioni orali sono stati presentati 34 lavori. Io ho presentato i risultati di un articolo recentemente pubblicato sull'International Journal of Public Health (Minardi V, Gorini G, Carreras G, Masocco M, Ferrante G, Possenti V, Quarcioni E, Spizzichino L, Galeone D, Vasselli S, Salmaso S. Compliance with the smoking ban in Italy 8 years after its application. Int J Public Health. 2014 Mar 7) che mostrano come la percezione del rispetto della legge Sirchia nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro sia ancora in aumento, nonostante che sia stata implementata ben 8 anni fa, sia al Nord (intorno al 95%), sia al Centro (intorno al 90%), sia nel Sud Italia (intorno all'85%). Inoltre l'indagine PASSI nazionale, su cui si basano questi risultati, mostra come l'adozione di case libere da fumo sia ancora in aumento (intorno al 75% nel 2012), anche tra i fumatori.

Scarsa la presenza italiana: oltre me, in due sessioni parallele hanno parlato Elizabeth Tamang, Regione Veneto, sui prodotti e le pubblicità studiate per le donne, e Roberto Zanetti, Registro Tumori del Piemonte, sull'andamento temporale e le variazioni geografiche dei tumori fumo-correlati.

Nella sessione Donne e ragazze come clienti, è emerso che nes-

suno stato membro europeo fa qualcosa sull'art 4.2d della FCTC (impegno a sviluppare e sostenere a livello nazionale, regionale ed internazionale misure per rispondere ai rischi genere-specifici quando si sviluppano strategie di contrasto al tabagismo). Infatti è stato deciso di aggiungere su questo tema una raccomandazione nella Conference Declaration, che sarà tra breve pubblicata sul sito del Convegno ([www.ectoh.org](http://www.ectoh.org)). In una delle panel session Jeff Colin e Dietmar Jazbinsek hanno dimostrato come le industrie di tabacco utilizzino tattiche per influenzare i governi accusandoli di violazione dei trattati commerciali, accuse non sono legalmente sostenibili. Inoltre utilizzano terzi per portare avanti la loro causa, come l'alleanza con le industrie farmaceutiche (GSK, Johnson and Johnson, Smithkline Beecham, Pfizer, Lilly)

Una nota finale: nonostante che la Turchia sia quinta nella Tobacco Control Scale di Joossens, perché dal 2008 in avanti si è dotata di tutta una serie di politiche di controllo del tabagismo, come, ad esempio, una legge anti-fumo e un bando alla pubblicità dei prodotti del tabacco, in realtà, dalle presentazioni fatte dai colleghi turchi, emerge che le leggi non sono adeguatamente rispettate: ad esempio, il rispetto per il bando del fumo dai locali e dai luoghi di lavoro è intorno al 50%, tanto che nei locali ad Istanbul, soprattutto nei pubs e bar, era comune trovare qualcuno che fumava. Parlando con Joossens, ho suggerito di aggiungere un altro indicatore alla sua scala: il monitoraggio dell'applicazione delle politiche implementate, ma Luk giustamente mi ha fatto notare che per questo ci sono gli aggiornamenti di MPOWER dell'OMS. Istanbul è bellissima. ■

**Giuseppe Gorini** ([g.gorini@ispo.toscana.it](mailto:g.gorini@ispo.toscana.it))

SC Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione oncologica (ISPO), Firenze

**Elizabeth Tamang** ([etamang@ulss15.pd.it](mailto:etamang@ulss15.pd.it))

Regione Veneto, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 15 Alta Padovana.

## Aiutare i pazienti a smettere di fumare

### Corso di Formazione a Distanza realizzato con il patrocinio della SITAB (Società Italiana di Tabaccologia)

Parte la seconda edizione della FAD sulle tecniche di cessazione dal fumo, dopo il successo della prima edizione. L'iniziativa, curata dalla SEED edizioni è rivolta a tutte le figure sanitarie ed offre 7 crediti ECM. Il programma, ricco di documentazione e spunti di riflessione, ha al suo interno numerosi filmati a cui hanno collaborato il dr. Fabio Luogoboni (responsabile Scientifico) e il Dr. Biagio Tinghino. Le figure sanitarie che possono supportare il paziente nella cessazione del fumo possono essere diverse. Medici, farmacisti, infermieri e altre figure dell'ambito possono svolgere di fatto un ruolo importante. La terapia farmacologica e il trattamento delle patologie correlate sono più di pertinenza medica, ma nel trattamento del tabagismo pesano molto gli aspetti comportamentali e psicologici propri di una dipendenza. Il curante è dunque "chi prende in carico il fumatore". Occorre quindi affrontare il problema del superamento della dipendenza con metodo ed è fondamentale stabilire un'alleanza con il paziente. Dalla definizione di quest'alleanza spesso dipende il buon esito del trattamento. Migliorare l'approccio comunicazionale dei professionisti della salute nella cura del tabagismo è il punto di arrivo di questo percorso didattico. Le sezioni contengono degli aspetti teorici e pratici, con dei take home message che concludono le fasi del percorso, facili da ricordare e fondamentali nei contenuti. Il corso è attivo dal 5 maggio 2014 al 30 novembre 2014 e può essere attivato consultando il link: <http://edizioniseed.it/corso.aspx?id=52> (B.T.)

**Previsto sconto Soci SITAB**

## Novità editoriale

# Tabagismo: modelli e guida alla conduzione di gruppi

Presentazione dell'autore *Biagio Tinghino*

I trattamenti di gruppo hanno alle spalle una storia lunga. Come succede spesso, il primo bisogno dei clinici che sperimentarono questo approccio fu eminentemente pratico. Avevano semplicemente necessità di risparmiare tempo, riunendo i pazienti nello stesso luogo per permettere in tal modo l'accesso alle cure a più persone. Stiamo parlando, per fare riferimento ai pionieri più direttamente correlati con la moderna medicina, del 1907, quando Pratt riuniva i suoi pazienti tubercolotici per dare loro informazioni sulla malattia, rispondere alle domande, spiegare come curarsi. Da allora l'idea di curare in gruppo si è evoluta, è stata sottoposta ad interpretazioni sociologiche, approcci psicometrici, è stata ripresa dagli psicoanalisti e da è stata attraversata dalle influenze dello psicodramma. Il gruppo è diventato il terreno di esperienza delle psicoterapie umanistiche e degli interventi di auto-aiuto. Ma alla fine resta uno dei setting più naturali in cui l'essere umano si rivela: la relazione con gli altri, che rappresenta il teatro in cui si agisce il funzionamento patologico e allo stesso tempo il luogo in cui può iniziare la guarigione delle ferite interiori e delle dipendenze, come nel caso del tabagismo.

Tutto ciò per dire che esistono diversi modi di usare il gruppo per curare o per aiutare le persone a stare meglio. La dipendenza da tabacco è uno di quegli ambiti in cui questo approccio è più efficace. Dopo l'esperienza dei gruppi in alcologia, intorno al 1964 negli Stati Uniti furono messi a punto incontri per smettere di fumare attraverso un programma (Five-Day-Plan) che ha influenzato per decenni il trattamento del tabagismo. Si trattava di incontri "aperti" (delle vere e proprie conferenze frontali) nei quali un conduttore "esperto" (non necessariamente un professionista) aiutava i presenti a smettere, convincendoli dei danni prodotti dalle sigarette, facendoli impegnare sulla promessa di "gettar via il pacchetto" e sostenendoli per i primi giorni di astinenza.

Da allora l'approccio è mutato radicalmente, grazie al divenire della ricerca scientifica e al mutamento di paradigma culturale che è intervenuto nel campo delle addiction. Il tabagismo è oggi classificato tra le dipendenze, quindi tra le malattie, e ne viene ampiamente riconosciuto il substrato neurochimico che permette alla nicotina di "legare" il paziente al suo comportamento. Sono stati sviluppati

farmaci specifici, capaci di dare sollievo all'astinenza da tabacco e moltiplicare le possibilità di successo dei trattamenti. Ma soprattutto ci si è diretti in modo inequivocabile verso il concetto di "trattamento multidisciplinare integrato", che viene praticato ormai nei servizi pubblici per le dipendenze.

È il modo di procedere della storia: dapprima sono i movimenti spontanei ad accorgersi dei problemi e sperimentare i percorsi innovativi. Poi se ne fa carico il volontariato e infine ne prende atto l'istituzione pubblica.

Nella nostra realtà coesistono tutti gli approcci di gruppo che fanno riferimento a queste esperienze: quelli di auto-mutuo-aiuto, i nuovi modelli del Five-day-plan, i più recenti "Gruppi integrati" ad approccio multidisciplinare. Ciascuno di essi conserva delle peculiarità e dei riferimenti di coerenza interna che lo rendono comunque efficace. Nel presente lavoro, che si è avvalso della collaborazione di psicologi, psicoterapeuti, conduttori di gruppo, ma anche di farmacologi e neuroscienziati, sono esposti tutti i modelli, anche se quello più estesamente trattato fa riferimento all'approccio multidisciplinare.

Questo libro, che si avvale anche dei contributi di Cristian Chiamulera, Francesca Zucchetta, Massimo Baraldo e Raffaella Caneparo, non è un testo esaustivo e soprattutto non si può sostituire ad un percorso formativo completo, al training clinico. Forse, più semplicemente, può essere considerato una "finestra" sul panorama affascinante della conduzione dei gruppi, un "invito" ad un modo di lavorare straordinariamente ricco ed arricchente, per i pazienti e per i conduttori.

Questo libro, che si avvale anche dei contributi di Cristian Chiamulera, Francesca Zucchetta, Massimo Baraldo e Raffaella Caneparo, non è un testo esaustivo e soprattutto non si può sostituire ad un percorso formativo completo, al training clinico. Forse, più semplicemente, può essere considerato una "finestra" sul panorama affascinante della conduzione dei gruppi, un "invito" ad un modo di lavorare straordinariamente ricco ed arricchente, per i pazienti e per i conduttori.



**Biagio Tinghino**, medico con specializzazioni di area internistica, si occupa di conduzione di gruppi per il tabagismo dal 1986. Ha contribuito alla creazione di un modello di Minimal Advice con approccio motivazionale nel campo del tabagismo e degli stili di vita. Presidente della Società Italiana di Tabaccologia, dirige la III Unità Operativa del Dipartimento Dipendenze della ASL di Monza e Brianza.

*Tabagismo - Modelli e guida alla conduzione di gruppi.* Seed Editore - Italia 2014. Pagine 136. € 18,00.



## Direttivo Nazionale SITAB 2011-2014

### **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](mailto:presidenza@tabaccologia.it)

### **VICE PRESIDENTE**

#### **Dott. Fabio Beatrice**

Direttore S.C. Otorinolaringoiatria, Osp. S. Giovanni Bosco, Torino. Direttore del Centro per la Cura e la Prevenzione del Tabagismo, ASLTO2.

[f.beatrice@tabaccologia.it](mailto:f.beatrice@tabaccologia.it)

### **TESORIERE, REDATTORE CAPO "TABACCOLOGIA"**

#### **Dott. Vincenzo Zagà**

Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL Bologna.

[caporedattore@tabaccologia.it](mailto:caporedattore@tabaccologia.it)

### **SEGRETERIA**

#### **Dott.ssa Francesca Zucchetta**

Psicologa, Segreteria SITAB.

[segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)

### **DIRETTORE RIVISTA "TABACCOLOGIA"**

#### **Prof. Giacomo Mangiaracina**

Professore a contratto, facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma

[direttore@tabaccologia.it](mailto:direttore@tabaccologia.it)

### **CONSIGLIERI**

#### **Prof. Massimo Baraldo**

SOS di Tossicologia, Ambulatorio Tabagismo Azienda Ospedaliero-Universitaria.

[m.baraldo@tabaccologia.it](mailto:m.baraldo@tabaccologia.it)

#### **Dott.ssa Maria Sofia Cattaruzza**

Università degli Studi di Roma Sapienza.

[mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it](mailto: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](mailto:fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it)

#### **Dott.ssa Nolita Pulerà**

Responsabile Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei Danni indotti dal Fumo, U.O. Pneumologia, Ospedale di Livorno.

[n.pulera@tabaccologia.it](mailto:n.pulera@tabaccologia.it)

**La SITAB è l'unica Società Scientifica in Italia che dà maggiore significato e forza all'impegno di chi a vario titolo lavora nella ricerca, nella prevenzione, nel trattamento e nelle strategie di controllo del tabacco.**

**ADERISCI ALLA SITAB: modulo di adesione nel sito**

**[www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)**

**SITAB, Società Italiana di Tabaccologia.**

Via G. Scaglia 39, 00136 Roma - Tel.: 06-39722649,

Fax: 06-233297645, 178-2215662

CF: 96403700584

[presidenza@tabaccologia.it](mailto:presidenza@tabaccologia.it) - [segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)

[ufficioprogetti.sitab@gmail.com](mailto:ufficioprogetti.sitab@gmail.com)

# Tabaccologia

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

**ORGANO UFFICIALE SITAB  
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA**

**Direttore Responsabile:** Giacomo Mangiaracina - Roma  
([direttore@tabaccologia.it](mailto:direttore@tabaccologia.it))

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

**CapoRedattore:** Vincenzo Zagà - Bologna  
([caporedattore@tabaccologia.it](mailto:caporedattore@tabaccologia.it))

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

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

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

### **Con il Patrocinio:**

- Associazione Pazienti BPCO
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori
- FederAsma
- Fondazione ANT Italia
- ALIBERF (Associazione Liberi dal Fumo)

**Segreteria di redazione/marketing:** [tabaccologia@gmail.com](mailto:tabaccologia@gmail.com)

**Realizzazione editoriale:** Graph-x Studio • [www.graph-x.it](http://www.graph-x.it)

**Ricerca iconografica:** Zagor & Kano

**Stampa:** Ideostampa - Via del Progresso s.n. 61030 Calcinelli di Saltara (PU)

*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)

Finito di stampare nel mese di luglio 2014.

X Congresso Nazionale  
Società Italiana  
di Tabaccologia

# NEWS in tema di TABAGISMO

14 - 15 Novembre 2014

**AUDITORIUM BANCA POPOLARE DI NOVARA**  
**Piazza San Carlo 196 - Torino**



save the date  
save the date  
save the date  
save the date