



Tabaccologia

Tobaccology

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

Il pacchetto brutto

Atti del XII Congresso Nazionale SITAB

Uso di e-cigarette in fumatori
di Centri Anti-fumo, tossicodipendenti
di un SerD e studenti delle superiori

Il problema del fumo di tabacco nelle carceri

La tassa che allunga la vita

SITAB entra nella GARD-Italia

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

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

COPD: Current Excellence and Future Development

7-9 May 2017
Amsterdam,
The Netherlands



**Don't miss this review
of research, clinical focus,
and therapeutic
development for COPD.**

The global burden of COPD is increasing, and the disease is projected to be the third leading cause of death and fifth leading cause of overall disability worldwide by 2020. It is one of the leading causes of disability worldwide and is the most common disease whose prevalence and mortality rates continue to rise.

COPD: Current Excellence and Future Development aims to disseminate cutting-edge findings on COPD and provide a unique, intimate platform for clinicians, experts, and specialists to come together for discussion on current best practices and future directions in diagnosis, treatment, and therapeutic innovations.

Session themes:

- History and burden of COPD
- Polymorbidity in COPD
- Infections and exacerbations in COPD
- Current treatment of COPD
- The future of COPD

> Learn More and Register chestcopdconference.com

THE LINDE GROUP

Linde

Il tuo partner di fiducia per il servizio, la formazione e il supporto ai Pazienti nelle terapie domiciliari

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

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

Numero Verde

800 010 033

Linde Medical Hub

Linde: Living healthcare



LE SPESE MEDICHE
SONO UNA NOTA STONATA?

CON CAMPA È TUTTA
UN'ALTRA MUSICA!

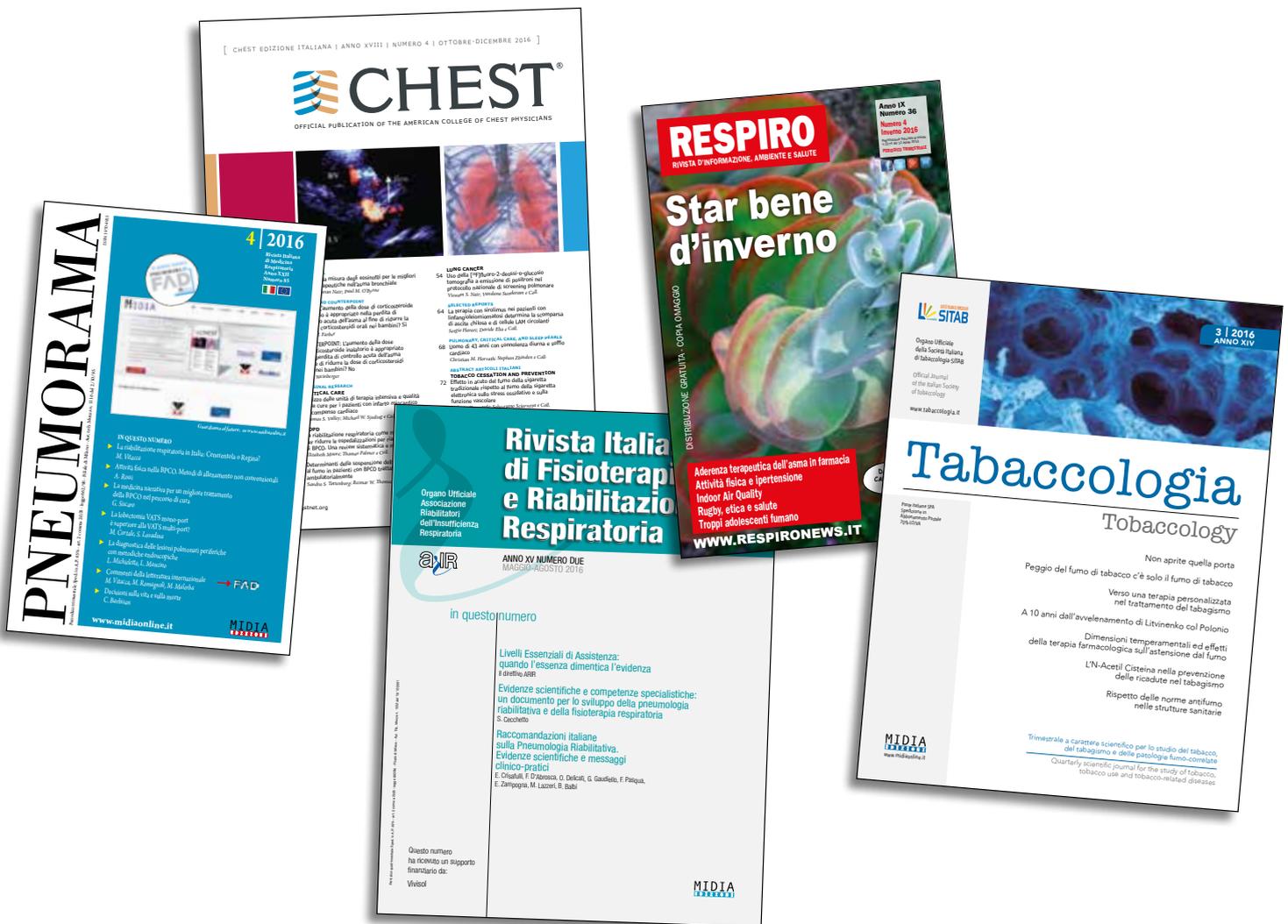
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

CAMPA

Mutua Sanitaria Integrativa

www.campa.it

L'EDITORIA DELLE MALATTIE CARDIO-RESPIRATORIE Cultura e Comunicazione



Dalla Redazione

Carceri e fumo

Cari lettori

In questo numero di Tabaccologia, riportiamo gli abstract delle interessanti comunicazioni libere che hanno impreziosito il nostro XII Congresso Nazionale SITAB svoltosi a Milano nel novembre u.s. Nel *report* di apertura di **Amram** potrete leggere dei flash relativi alle interessanti e stimolanti relazioni che si sono susseguite nel corso delle due seguitissime giornate congressuali.

L'editoriale di apertura del direttore **Mangiaracina** è dedicato alle immagini *warning* sui pacchetti di sigarette con la madre di tutte le domande che riguarda naturalmente la deterrenza all'acquisto e l'aiuto a desistere dal fumare. Nell'articolo originale, il gruppo di **Lugoboni** ci illustra i risultati di una indagine sull'uso della sigaretta elettronica in tre popolazioni di fumatori molto differenti tra loro e con risultati sorprendenti: utenti dei Centri Anti-fumo, tossicodipendenti di un SerD e studenti di scuole superiori.

Nella review di **Pistone et al.**, affrontiamo un problema spinoso e ancora insoluto, sicuramente in Italia, nonostante la legge antifumo in vigore: il fumo nelle carceri. La letteratura scientifica suggerisce che i vantaggi riscontrati nei luoghi di pena ove il divieto è in vigore sono tanto più significativi quanto più esso interessa l'uso del tabacco sia all'interno che nelle pertinenze del carcere, quando vi è una forte vigilanza per farlo rispettare e quando sono svolte azioni di contrasto al mercato nero. Ovviamente questa *no smoking policy*, per un migliore successo, andrebbe sempre accompagnata da una offerta di *smoking cessation* all'interno delle prigioni. Tale opportunità rafforza e facilita il rispetto del divieto tra i detenuti. È una review questa che si spera possa dare spunti di riflessione e, ci si augura, di operatività ai nostri decisori politici e sanitari preposti in questo settore.

Nelle News & Views diamo notizia dell'ingresso della nostra Società nella GARD-Italia, avvenuta il 15 dicembre 2016, presso il Ministero della Salute, nell'ambito dell'annuale assemblea generale della GARD Italia (VI Assemblea Generale GARD-Italia), e che vede il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e le principali Associazioni di pazienti e Società Scientifiche italiane collaborare per definire strategie di contrasto verso le malattie croniche respiratorie nel nostro Paese.

Pubblichiamo inoltre una lettera aperta al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sulla "Riduzione del danno" e sulla insidia che nasconde operazioni commerciali. Il messaggio è chiaro: se la "riduzione del danno" può essere una strategia terapeutica (per chi già fuma), non può certo costituire un messaggio commerciale per la popolazione generale.

Una anticipazione: il prossimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia si terrà a Bologna nel prossimo autunno.

Buona lettura a tutti.

Vincenzo Zagà
caporedattore@tabaccologia.it

Sommarario

EDITORIAL

- Il pacchetto brutto [Giacomo Mangiaracina] 5
The Ugly Pack

ATTI DEL XII CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

- Un Congresso da ricordare [D.L. Amram] 7
Utilizzo in riabilitazione cardiovascolare del tabacco craving questionnaire [G. Baiardo et al.] 14
Studio osservazionale retrospettivo per la valutazione dell'efficacia di vareniclina a due anni [C. Veronese et al.] 14
Rilevazione dell'abitudine tabagica in pazienti con neoplasia polmonare. Utilità di un questionario dedicato [D. Bafunno et al.] 15
Sperimentazione, comportamento tabagico e percezione del rischio tabacco correlato degli studenti della scuola secondaria di 1° grado di Trieste (2014) [G.B. Modonutti et al.] 16
Iniziazione al fumo, comportamento tabagico, familiarità e percezione del rischio tabacco correlato espressi dagli studenti della scuola secondaria di 2° grado di Trieste e Udine [G.B. Modonutti] 17
Evoluzione del modo di porsi nei confronti del fumo di tabacco degli studenti di una scuola secondaria di 1° grado di Trieste (2004-2014) [G.B. Modonutti et al.] 17
Aggiornamenti sul problema della dispersione delle cicche di sigaretta: la contaminazione ambientale da microplastiche [C.C. Lombardi et al.] 18
Risultati finali di uno studio sul tabagismo in Piemonte. "Il Progetto Liaison dell'asl 5" [D. Artuso et al.] 19
La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio [F. Tarantino] 20
Incidenza, fattori ambientali e conoscenze sul fumo di tabacco in un campione di studenti pre-adolescenti e adolescenti [V. Zagà et al.] 21
Citisina: gli ospedali possono dare il buon esempio [R. Casari et al.] 21
Un percorso di cessazione e riduzione del danno da tabagismo nella grande industria. Dati preliminari [G. Massaro et al.] 22
Alterazione reversibile del rapporto VR/VRE: prevenire la BPCO sensibilizzando i fumatori? [M. Amendola et al.] 23

ORIGINAL ARTICLE

- Use of e-cigarettes in 3 popolazioni di fumatori: utenti dei centri anti-fumo, tossicodipendenti di un SerD e studenti delle superiori 24
[Anna Pinali, Paola Tomelleri, Eva Cordioli, Lorenzo Zamboni, Cristina Biasin, Maristella Zerman, Fabio Lugoboni]
Use of E-CIGARETTES in 3 types of smokers: users of centers anti-smoke, drug addicts of a Social service agency and high school students

REVIEW ARTICLE

- Il problema del fumo nelle carceri 33
[Giovanni Pistone, Vincenzo Zagà, Liborio M. Cammarata]
The problem of smoking in prisons

NEWS & VIEWS

- Lettera aperta al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. "Riduzione del danno?" Insidia che nasconde operazioni commerciali. Dura opposizione degli esperti europei [Biagio Tinghino] 40
La tassa che allunga la vita 42
SITAB accolta nella Global Alliance on Respiratory Diseases (GARD) 43
Dona alla SITAB il tuo 5 per 1000 43
Ringraziamento ai revisori 2016 43



DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2014-2017

PRESIDENTE

Dott. Biagio Tinghino

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

VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO

Dott. Vincenzo Zagà

Pneumologo, Bologna
caporedattore@tabaccologia.it

SEGRETERIA / TESORERIA

Dott.ssa Francesca Zucchetto

Psicologa, Segreteria SITAB
segreteria@tabaccologia.it

CONSIGLIERI

Prof. Giacomo Mangiaracina

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

Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza

Professore associato di Epidemiologia e Demografia,
Sapienza Università di Roma, Direttore Scientifico di Tabaccologia
direttorescientifico@tabaccologia.it

Dott. Fabio Lugoboni

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

Prof. Massimo Baraldo

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

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

SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

CF: 96403700584

via G. Scalia 39, 00136 Roma

Tel. 06 39722649 - Fax 06 233297645, 178 2215662

✉ presidenza@tabaccologia.it

✉ segreteria@tabaccologia.it

✉ ufficioprogetti.sitab@gmail.com

Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2017 è di € 50,00 (€ 25 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto).

Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 01000001062; CAB: 02401; ABI 03032; IBAN: IT02U030202401010000001062

Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web

www.tabaccologia.it ed inviato alla dr.ssa Francesca Zucchetto:

- per posta ordinaria: c/o Qi Studio, P.zza G. La Pira 18, Lissone (MB)

- per fax 0393940283

- per e-mail francesca.zucchetto@tin.it

Pubblicità e Marketing

MIDIA srl

Edizione

Midia srl - Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste

Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012

midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

MIDIA
EDIZIONI

Tabaccologia

www.tabaccologia.it

ORGANO UFFICIALE SITAB

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

COMITATO SCIENTIFICO-REDAZIONALE: **Daniel L. Amram** (ASL Pisa), **Eugenio Bianchi** (Giornalista-Bologna), **Christian Chiamulera** (UNI-Venona), **Fiammetta Cosci** (UNI-Firenze), **Silvano Gallus** (Istituto Mario Negri-MI), **Charilaos Lygidakis** (UNI-Lussemburgo), **Stefano Picciolo** (UNI-ME), **Giovanni Pistone** (ASL-Novara), **Biagio Tinghino** (ASL-Monza), **Alessandro Vegliach** (ASL-Trieste), **Alessia Verduri** (UNI-MORE).

COMITATO SCIENTIFICO ITALIANO: **Massimo Baraldo** (Farmacologia, UniUD), **Fabio Beatrice** (ORL-Torino), **Roberto Boffi** (Pneumo-oncologia, INT-Milano), **Monica Bortolotti** (Villa Pineta, Gaiato, MO), **Lucio Casali** (Pneumologia-Università di Perugia), **Enrico Clini** (Università di Modena e Reggio Emilia), **Francesco de Blasio** (Pneumologo, Clinical Center, Napoli), **Mario Del Donno** (Benevento), **Vincenzo Fogliani** (Pneumologo, Messina), **Alessio Gamba** (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), **Stefania La Grutta** (Pediatra, CNR, Palermo), **Fabio Lugoboni** (Medicina Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi, Verona), **Paola Martucci** (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), **Claudio Micheletto** (Pneumologia, Legnago), **Roberta Pacifici** (Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Nolita Pulerà** (Livorno), **Antonio Sacchetta** (Medicina, Osp. di Conegliano, Treviso), **Franco Salvati** (Oncologo, FONICAP, Roma), **Girolamo Sirchia** (Università di Milano), **Gherardo Siscaro** (Fondazione Maugeri, Agrigento), **Elisabeth Tamang** (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto-VE), **Maria Teresa Tenconi** (Igienista, UniPV), **Riccardo Tominz** (Epidemiologia, Trieste), **Pasquale Valente** (Medicina del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), **Giovanni Viegli** (Direttore CNR, Palermo), **Pier Giorgio Zuccaro** (Past Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Francesca Zucchetto** (Psicologa, Monza).

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

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

Segreteria di redazione/marketing: midia@midiaonline.it

Realizzazione editoriale: **Midia srl, Trieste**

Grafica, impaginazione e stampa:

Artestampa srl, Galliate Lombardo (VA), www.arte-stampa.com

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

Tutti i diritti riservati, è vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore. Per le immagini pubblicate restiamo a disposizione degli aventi diritto che non si siano potuti reperire.

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003

Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)

Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Come ricevere la rivista:

a) tramite abbonamento di € 40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca UNICREDIT di Trieste, Agenzia Trieste Carducci; IBAN IT98E020080224200004117997

b) oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di febbraio 2017.

Il pacchetto brutto

Giacomo Mangiaracina

Seppure con fatica, siamo entrati nell'era delle immagini sulla confezione dei prodotti del tabacco, e la madre di tutte le domande è: funzionano? Il "funzionamento" riguarda naturalmente la deterrenza all'acquisto e l'aiuto a desistere dal fumare. Le posizioni avversative sono: a) non cambia nulla, tanto si fuma ugualmente; b) più si vieta, più la gente ama trasgredire, dunque si fumerà di più; c) l'immagine è davvero brutta, ma io la copro.

Analizziamo sommariamente.

a) Chi afferma che non cambierà nulla, esprime solo un'opinione molto personale ignorando ovviamente la ricerca internazionale [1] che in primis ne riconosce l'efficacia in termini di riduzione dell'attrattività, limita la possibi-

lità di promuovere il prodotto e il marchio, rende più difficile la contraffazione del mercato illecito, e rinforza le avvertenze di pericolo. Chi sostiene che le immagini sul pacchetto non dovessero servire a nulla dovrebbero anche spiegare per quale motivo le compagnie del Tabacco si sono opposte duramente alla loro introduzione [2]. A Bruxelles ci siamo battuti sulle barricate con la nostra referente per gli affari internazionali, Maria Sofia Cattaruzza, direttore scientifico di Tabaccologia. Una negoziazione durata due anni contro agguerriti avvocati delle multinazionali del Tabacco. L'abbiamo spuntata con l'approvazione delle immagini sul 65% della su-

perficie del pacchetto contro il 75% inizialmente proposto. Ed è grazie alla nuova Direttiva europea che anche in Italia sono state approvate e rese esecutive.

b) La questione del "più divieti, più trasgressioni" aleggia da tempo negli ambienti della Psichiatria italiana (non so all'estero). Mi è toccato sentire un esponente del mondo accademico pontificare sulla eliminazione dei divieti e ho provato ad immaginare una città senza i segnali stradali di divieto, tutto affidato al "buon senso" dei cittadini. Ho realizzato che sarebbe l'apoteosi dell'idiozia umana. È verosimile che alcuni fumatori avranno pure reazioni di tipo adolescenziale e proveranno a fumare di più, ma

The Ugly Pack

Giacomo Mangiaracina

After quite a struggle, we got into the Era of images upon the packaging of tobacco products and the mother of all questions is: do they work? The word "work" means obviously the deterrence of purchase and to search for help to quit smoking. The adversative positions are: a) nothing changes, we keep on smoking anyways; b) the more you ban, the more people like to trespass, thus we shall smoke even more; c) the image is truly shocking but I cover it.

Let's analyse briefly these positions: a) Those who declare that nothing will happen, express merely a very personal opinion, ignoring international research [1] that firstly admits efficacy in terms of

reduction of attractiveness, limits the possibility to promote the product and the brand, hardens forgery of the illicit market, and reinforces the harm warnings. Those who claim that the images on the packs are useless must also explain for what reason the tobacco companies objected so strongly to their introduction [2]. In Brussels, we fought on the barricades with our referent for foreign affairs, Maria Sofia Cattaruzza, Scientific Director of "Tobaccology". A negotiation that lasted for two years, facing fierce solicitors of the multinational tobacco companies. We made it, with the approval of the images on 65% of the surface of the



package against the 75% initially proposed. And it is thanks to the new European directive that also in Italy it was approved and enforced.

saranno casi isolati e limitati nel tempo. Sono dunque ipotesi che si consumano nel chiuso delle aree encefaliche di chi conosce a menadito le Atassie ma non il Tabagismo, senza la minima idea di cosa veramente significhi il *Tobacco Control*.

c) Il pacchetto così com'è è davvero brutto e le immagini fanno senso. Abbiamo "sporcato" ad arte il marchio con cui sono state costruite persino linee di moda. Ma con il divieto di pubblicità e di sponsorizzazione, le linee di moda sono finite come anche la Ferrari Marlboro. Rimane il pacchetto brutto, quello che non piace. Per qualcuno erano meglio le scritte. Ma sono proprio quelle che abbiamo avvertito perché paradossalmente proteggevano il produttore. Da quando c'è scritto che il fumo uccide non possiamo più avanzare richieste di risarcimento alle compagnie del Tabacco. Perciò alcuni fumatori hanno pensato bene di coprirle. Questa frase però va

compresa meglio. Non è stato affatto un movimento di cittadini fumatori a chiedere e organizzare la copertura del pacchetto brutto e percepito come menagramo [3]. È stata un'offerta creata ad arte che ha permesso ai cittadini di accoglierla facendola propria. Prima con i copri-pacchetto colorati, che ci furono pure ai tempi delle avvertenze scritte, e poi con un progetto bene e meglio orchestrato, quello degli **stickers** da collezione, adesivi che si applicano sul pacchetto, con una serie di frasi ironiche che inneggiano alla cultura **idiot** [4] e disponibili, come viene detto nel sito, "solo nelle migliori tabaccherie d'Italia". "*Be Happy. Be You. Be Idiot*" dice uno degli slogan del sito. Prodotto accattivante e desiderabile, a 20 centesimi per 6 adesivi, per coprire tre o sei pacchetti di sigarette. Un altro prodotto del genio creativo di chi vuole addestrare i tabagisti a rimanere fidelizzati al prodotto che li sta uccidendo.

A queste persone noi diciamo semplicemente: coprite pure l'immagine del vostro pacchetto brutto. Se vi obblighiamo ad un'azione a noi va pure bene in un'ottica di promozione della salute. Forse sarà proprio questo gesto ripetuto a farvi decidere un bel giorno di non farlo più e di liberarvi da una odiosa dipendenza.

[*Tabaccologia 2016; 4:5-6*]

Giacomo Mangiaracina

✉ direttore@tabaccologia.it
Direttore di Tabaccologia

Bibliografia

1. <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/faq-plain-packaging/en/index1.html>.
2. https://en.wikipedia.org/wiki/Plain_tobacco_packaging.
3. Mangiaracina G. Pacchetto apotropaico – Editoriale. *Tabaccologia*. 2/2010. pag. 3.
4. www.idiotinformation.com.

b) The question about "the more you ban the more you get transgression" lingers since quite a while in the Italian psychiatry environments (I don't know if the same happens abroad). I even had to hear a member of the academic world pontificate on the elimination of prohibitions and I tried to imagine a city without banning traffic signs, leaving it all to citizens' "common sense". I realised that it would be the apotheosis of human idiocy. It is probable that some smokers will have a teenage like reaction and try to smoke even more, but it would be isolated and time limited cases. They are hypotheses that are consumed in the brain areas of those who know everything about ataxias but nothing about Tobacco addiction without a minimal idea of what *Tobacco Control* means.

c) The package as it is now is really awful and the images are creepy. We artfully "dirtied" the brand

with which even fashion lines were built up. But with the publicity and sponsorship ban, the fashion lines ended, also the Marlboro Ferrari team. What is left is the ugly package, which nobody likes. For some people, the writings were better. But it is exactly what we had contrasted, because, paradoxically, they protected the producer. Since it is written that smoke kills, we cannot seek redress from the tobacco companies any more. This is why some smokers had the great idea to cover them. However, this sentence must be better understood. It was not a movement of smoking people at all, who asked for and organised to cover the ugly package perceived as a hoodoo [3]. It was an artfully created offer that permitted people to welcome it and making it their own. At first, with coloured pack-covers, which were available at the times of the written warnings; then with a well

orchestrated project, that of collectable **stickers**, applicable over the pack, with a series of ironic phrases which celebrate the so-called **idiot** culture [4] and available, as quoted from the portal, "only at the best Italian tobacconists". "*Be Happy. Be You. Be Idiot*", recites a slogan of the site. An attractive and desirable product, costing 20 cents for six stickers, to cover 3 or 6 packs of cigarettes. Another product of the creative geniality of those who want to train smokers to stay faithful to the product which is killing them. To these individuals we simply say: keep on covering the image of your ugly pack. If we oblige you to deliver an act from a health promotion point of view it may be alright for us. Maybe it will be that very repeated action to make you decide one fine day to quit from doing it and to free yourselves from a hideous addiction

Atti del XII Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Milano, 3-4 novembre 2016

Un Congresso da ricordare

Daniel L. Amram

Il XII Congresso Nazionale di Tabaccologia, svoltosi a Milano il 3-4 novembre 2016, deve essere ricordato per i relatori che hanno presentato dei lavori su una tabaccologia che si rinnova, affrontando tematiche che indicano il cammino ormai imminente, di una condivisione di intenti sia sulla ricerca, che sulla clinica e sulla prevenzione dell'Addiction. Ma anche per i partecipanti, un vero record dicono le cifre, venuti dai quattro angoli dello Stivale, ad ascoltare ed a proporre nuovi spunti di ricerca, di clinica e di prevenzione in tema di lotta al tabagismo.

Giovedì 3 novembre

Il Presidente della SITAB, **Dr. Biagio Tinghino**, apre i lavori dando immediatamente un taglio pratico al convegno, con un invito ai partecipanti a firmare una petizione contro l'uso della pubblicità a fini prettamente commerciali per i prodotti del tabacco. Non è ammissibile, incalza Tinghino, che certe affermazioni vengano permesse senza alcun riscontro scientifico specie per i nuovi prodotti lanciati da Big Tobacco anche in Italia, spacciandoli per "sicuri e privi di effetti" per gli utilizzatori attivi e passivi.

La mattinata è stata impreziosita dalla presenza del **Prof. Girolamo Sirchia**, ex Ministro della Salute, *pater* della nota legge per la protezione dei non fumatori che si è dimostrata essere fra le migliori al mondo, ampiamente seguita in molti aspetti ancora oggi dai cittadini italiani. La puntualizzazione del Professore è tutt'altro che ottimistica:

il quadro delle politiche anti-tabacco in Italia è disastroso specie se paragonato a quello dell'Australia, della Nuova Zelanda e dell'Irlanda. L'Italia è ridiventata il massimo produttore di tabacco in Europa, è poco e male impegnata nella lotta al tabacco, e va in ordine sparso e confuso in ambito di prevenzione primaria del tabagismo. In nome della "creazione di posti di lavoro", vanto di chi ha permesso la costruzione vicino a Bologna di uno dei maggiori impianti industriali della Philip Morris in Europa, la politica ha portato a una ripresa delle vendite delle sigarette e del fumo di tabacco in Italia.

Il **Prof. Carlo Signorelli**, Presidente della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) ritorna sulle "cose buone", in primis sulla legge Sirchia, ampiamente rispettata specie al cospetto di bambini. Ma subito dopo

evidenzia una intollerabile anomalia tutta italiana dello stato di fumo di tabacco fra il personale sanitario. "C'è troppa ipocrisia", denuncia Signorelli, "e gli operatori sanitari, invece di recitare un ruolo educativo e di esempio, fuma di più della popolazione generale". L'impegno politico nei confronti, per esempio, del Tobacco End Game, al contrario di altri Stati del Nord Europa e dell'Australia, tarda a concretizzarsi anche perché forse, in Italia il tornaconto del beneficio a lungo termine, tipico delle azioni di prevenzione, non infiamma il politico spesso maggiormente interessato a iniziative con piccoli riscontri a breve termine. Specie se egli stesso fuma...

Il **Dr. Silvano Gallus**, dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, moderatore della prima sessione dei lavori dal titolo "nuovi scenari clinici ed epidemio-



Da sinistra: Zucchetta, Tinghino, Sirchia, Zagà, Lombardi.

logici", dopo aver trasmesso dati aggiornati sulla prevalenza dei fumatori in Italia, invita a monitorare non solo il fenomeno fumo ma anche gli ingredienti dei prodotti derivanti dal tabacco (compresa la e-cig), per una sorveglianza sull'esposizione di seconda e di terza mano a tutela dei non fumatori. Il 22% degli italiani fumatori, scorrendo le indagini epidemiologiche, mostrano come negli ultimi sessant'anni ci sia stata una riduzione della prevalenza dei maschi e un aumento delle fumatrici, al punto tale da modificare la prevalenza dei tumori femminili. Solo grazie alla legge Sirchia, negli ultimi tempi è stata osservata una riduzione del fumo sia nei maschi che nelle femmine, ma molto deve ancora essere fatta in quella fascia di età critica per promuovere la cessazione del fumo di tabacco, e cioè nelle persone di età compresa tra i 26 e i 62 anni.

"Il tabagismo, le patologie correlate, i trattamenti" è stato l'argomento dell'overview del **Dr. Vincenzo Zagà**, Pneumologo, Caporedattore di Tabaccologia, organo ufficiale SITAB. Nel suo intervento affrontato viene evidenziato il pesante coinvolgimento del fumo di tabacco sulla mortalità: 6 milioni di morti/anno nel mondo, tutte evitabili, con una prevalenza del 22%. Globalmente. Secondo l'OMS, il 12% di tutte le morti negli adulti di 30 aa. e più, il 5% di tutte le morti da malattie trasmissibili e il 14% di tutte le morti da patologie non-trasmissibili negli adulti di 30 aa. sono attribuiti al tabacco.

In Italia a fronte di 11,5 milioni di fumatori sono oltre 70 mila i decessi ogni anno per patologie fumo-correlate. Questa ecatombe potrebbe essere evitata o almeno limitata smettendo di fumare ricorrendo agli specialisti tabaccologi dei Centri Antifumo (CAF) del Servizio Sanitario Nazionale che utilizzano terapie e trattamenti scientificamente efficaci. Il rovescio della medaglia è il numero esiguo di CAF (363) presenti sul territorio nazionale.

"Nella combustione del tabacco vengono inalate oltre 4000 sostanze chimiche", avverte Zagà, "fra cui 70 cancerogeni e fra questi Polonio 210 e Piombo 210 con un rischio biologico per un fumatore di 20 sigarette/die, in un anno, pari a quello di 27-28 radiografie in antero-posteriore".

È cruciale il ruolo, per quanto concerne il trattamento, del Medico di Medicina Generale (MMG) che però, in Italia, fuma di più della popolazione generale (prevalenza del 35% rispetto al 22%). Un po' migliore è la prevalenza dei Dentisti (17%). Tutto questo contrasta con l'efficacia evidenziata scientificamente perfino del "banale" *minimal advice* dato dal MMG nei confronti del fumatore, che troppo volte non viene fatto.

Tinghino nella sua lettura magistrale affronta subito il concetto del rapporto fra tabagismo e l'altra faccia dell'Addiction parlando della *Food Addiction* e delle sue similitudini con la dipendenza da tabacco e da altre sostanze d'abuso. *"L'addiction", sottolinea Tinghino, "è intesa come una condizione di una perdita di controllo in seguito a ripetute assunzioni di sostanze d'abuso, ma anche di cibi, di comportamenti, in grado di provocare profondi cambiamenti plastici in molti circuiti cerebrali".* Questi cam-

biamenti comportano una aumentata sensibilità del consumatore verso l'agente, ma anche per altre condizioni o sostanze per le quali esso stabilisce una vera e propria vulnerabilità, alimentata da situazioni ed eventi stressanti. L'assunzione diventa così condizionata e incontrollata piuttosto che volontaria ed edonica. Molti sono gli alimenti che possono promuovere uno stato di dipendenza: i dolci, i salati, i grassi e in genere tutti gli alimenti ad alta densità calorica, alludendo a un noto alimento industriale di notevole consumo. L'adattamento, a livello del circuito mesocorticolimbico, noto come il circuito della gratificazione è a carico dei recettori dopaminergici D1 e D2 e si assiste a una riduzione dei recettori D2/D3 con riduzione della dopamina nello striato, nel nucleo accumbens (NACc), tutte condizioni che accomunano i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare in senso obesità e per esempio i soggetti dipendenti dalla cocaina. Ma c'è anche una riduzione dei recettori mu degli oppioidi endogeni che favorisce l'over-eating, come pure la stimolazione dei recettori CB1 endocannabinoidi da parte dei cibi grassi. Naturalmente da non sottovalutare anche l'azione degli ormoni insulina/leptina nell'aumentare l'appetito e la perdita del controllo sull'assunzione di cibi.



Dr. Lorenzo Somaini ha tracciato elegantemente i diversi aspetti pre-clinici, clinici, e biologici sulla nicotina come "gateway drug" per il consumo di altre sostanze psicotrope. Citando i fondamentali lavori dei coniugi Kandel, Somaini sottolinea come, pur esordendo come un'iniziativa politica dall'amministrazione di Reagan negli USA per iniziare la "war on drugs", grazie a studi epidemiologici sui giovani condotti dalla Prof. Denise Kandel, ed i lavori biologici in laboratorio del Premio Nobel Eric Kandel, è stato possibile dimostrare che la nicotina è in grado di agire a livello epigenetico sui nucleosomi che costituiscono la cromatina, alterando la sintesi proteica a favore di un'aumentata sensibilità in topi pretrattati per 7 giorni con nicotina, alla cocaina. Il "priming" alla cocaina in seguito ad esposizione cronica di nicotina si poteva dimostrare anche con studi neuro-comportamentali dei roditori con il paradigma del "conditioned place preference" ovvero una preferenza di posto dettata dalla presenza della sostanza d'abuso testato. Questo fenomeno di gateway non avveniva né per altre sostanze come per la fluoxetina, né in senso inverso cioè pre-trattamento con cocaina e aumentata sensibilità per la nicotina. Occorre quindi trattare anche il tabagismo in soggetti con disturbo

da uso di sostanze grave (addiction) per evitare una quasi scontata ricaduta, ma soprattutto non sottovalutare il rischio del consumo di nicotina (tabacco e e-cig.) fra i giovani.

La **Dr.ssa Valeria De Giovanni** affronta il tema "mindfulness, strumenti e potenzialità terapeutiche" attraverso il quale è possibile focalizzarsi in modo non giudicante sul presente, su ciò che accade senza contaminazioni del passato o del futuro che sono pensieri che ci distolgono il pensiero che non riesce ad accogliere l'esperienza per quello che è. Il mindfulness trae origini dalla meditazione Buddista ma viene elaborata da J. Kabat Zinn, noto biologo statunitense. La *mindfulness*, ci dice la De Giovanni, è utile per tutte le persone e nei campi più diversi: dalla scuola, al mondo del lavoro, alle professioni d'aiuto; è uno stile di vita consapevole e responsabile che migliora il nostro benessere psico-fisico e ci aiuta a modificare quelle reazioni automatiche e disfunzionali che causano sofferenza e stress. Studi scientifici dimostrano che la mindfulness è efficace per ridurre lo stress e numerosi disagi di natura organica e psicologica: dolori, ipertensione, ansia, insonnia, depressione, dipendenze, disturbi dell'alimentazione. I vantaggi per fron-

teggiare la cessazione del fumo di tabacco e di ridurre il craving vengono sapientemente spiegati tra tecnica di mindfulness e interessamento dei circuiti neurobiologici del ripristino del controllo perduto dallo stato di dipendenza (corteccia orbito-frontale, corteccia cingolata, lobo insulare) attivati durante tale pratica. Ma anche per la prevenzione della ricaduta attraverso l'identificazione dello stimolo "trigger" ed evitamento della reazione da "pilota automatico" verso il consumo compulsivo.

L'intervento successivo è della **Dr.ssa Roberta Pacifici** dell'Istituto Superiore di Sanità. Illustra con pennellate efficaci la situazione attuale dell'epidemia del tabacco in Italia ed in Europa, partendo dal modello Australiano, che sarebbe auspicabile seguire, ma subito enfatizza l'abisso tra il continente australe e noi del vecchio mondo. L'Italia è poi detentrica di diversi tristi primati: è il maggior paese produttore di tabacco in Europa, ha circa 11,5 milioni di cittadini che fumano, il numero dei fumatori nella fascia d'età 25-44 anni è aumentato ma il vero campanello d'allarme sono i giovani e gli adolescenti: oltre il 70% dei fumatori sono nella fascia d'età 15-20aa. E il 14% dei ragazzi al di sotto dei 15aa fuma spinto dalla pressione dei pari. Vi è un aumento delle sigarette "roll your own" in Italia, nella fascia di età dei 15-24aa. Per quanto concerne l'uso delle e-cigarette, dopo una netta flessione, "anomala" in Italia, nel 2016 siamo tornati a una percentuale del 4%, di cui il 77% è fumatore "dual" e cioè consuma sia come e-cig, sia sigaretta convenzionale. I centri antifumo in Italia hanno in carico 13.802 pazienti che è in realtà un numero basso, che accede ai servizi non in seguito a un invio ma per accesso volontario. Una nota lieta viene invece dalle chiamate al numero verde per la cessazione del tabacco dell'ISS che ha raggiunto nel 2016 6059 chiamate, purtroppo non di giovani e di giovanissimi.



Da sinistra: Tinghino, Baraldo, Boffi, Lugoboni.

Nel pomeriggio, il **Dr. Fabio Lugoboni** relaziona sul binomio compulsione e dipendenza da nicotina. È ciò che viene chiamato "il lato oscuro della dipendenza", in cui l'adattamento neuroplastico dei circuiti della gratificazione tende a soppiantare l'iniziale edonismo in seguito a un consumo reiterato della sostanza, in questo caso la nicotina attraverso il tabacco, con il rilascio di molteplici mediatori chimici ed ormoni dello stress. Il consumo di tabacco avviene quindi principalmente per contrastare una situazione di stress, ansia ed irritabilità.

A maggior ragione in popolazioni vulnerabili come ad esempio i pazienti con schizofrenia, con depressione bipolare e con toni dell'umore depressivi, nonché pazienti con disturbo da uso di sostanze (SUD) di grado severo, e cioè la dipendenza da sostanze d'abuso. Per questo, c'è un intimo rapporto tra disturbi psichiatrici e tabagismo che ci impone sempre di fare un'attenta anamnesi psichiatrica in tutti i pazienti tabagisti. Inoltre particolarmente vulnerabili sono i pazienti con disturbi della personalità come i politraumatizzati, i "borderline". Per loro la cessazione è difficile, non impossibile. Occorre proporre una cessazione anche perché possiamo volere solo ciò che immaginiamo. Il craving è poco studiato, osserva Lugoboni e non a confuso

con il withdrawal, l'astinenza. Il talamo indirizza l'impulso o verso la percezione e l'elaborazione cognitiva del lobo frontale (corteccia orbito frontale) oppure l'invia all'amigdala dove compare come emozione tipica che fa agire in modo condizionato pavloviano. Qui si innescano i circuiti impulsivo-compulsivi con una condizione di decision making molto bassa, quasi inibita. Da lì la perdita di controllo sul consumo. Per questi pazienti sono da incoraggiare i piccoli passi verso una riduzione piuttosto che ristagnare in uno status quo.

A seguire **Tinghino** relaziona sulla citisina nel trattamento del tabagismo. È un naturale agonista del recettore nACh $\alpha 4\beta 2$ aiuta a smettere di fumare ma forse anche a ridurre l'aumento di appetito nel corso della cessazione del fumo di tabacco. In teoria, i semi che derivano dall'albero maggiociondolo (laburnum) sono altamente tossici ma ai dosaggi prescritti, la citisina è assolutamente innocua. Comparsa in Bulgaria nel 1964 nella terapia del tabagismo, nell'Est Europa viene usata perché efficace e particolarmente vantaggiosa sul piano economico. Nel 2011 West e Zatonski hanno condotto uno studio placebo controllato evidenziando un'efficacia della citisina 4 volte superiore al placebo per la cessazione del tabacco. Gli effetti

collaterali più frequentemente riscontrati erano nausea e vomito e disturbi del sonno ma non risultarono significativamente diversi dagli stessi sintomi lamentati in seguito all'uso di placebo. A causa dell'emivita breve, la somministrazione deve essere protratta nel corso della giornata secondo degli schemi elaborati Tinghino ha quindi illustrato lo schema adoperato per esempio dalla Walker e colleghi (2011): Schema utilizzato da Walker e coll. per un trattamento di 25 giorni: compresse da 1,5 mg N. compresse giornaliere 1-3: 1 compressa ogni 2 ore 6 cps; gg. 4-12, 1 compressa ogni 2,5 ore; 5 cps. gg. 13-16 1 compressa ogni 3 ore 4 cps; gg. 17-20 1 compressa ogni 4-5 ore 3 cps. gg 21-25 1 compressa ogni 6 ore 2 cps.

Lo schema invece proposto e adottato dalla SITAB e illustrato da Tinghino è con induzione graduale e scalaggio protratto:

gg. 1: 2 cpr/dì, ogni 12 ore (ore 8, 20); gg 2: 3 cpr/dì ogni 6 ore (ore 8, 14, 20); gg. 3: 4 cpr/dì, ogni 4 ore (ore 8, 12, 16, 20); gg. 4-7: 5 cps/dì 1 cpr ogni 3 ore (ore 8, 11, 14, 17, 20); gg. 8-14 6cps/dì 1 cpr ogni 2 ore e mezza (ore 8.00; 10.30; 13.00; 15.30; 18.00, 20.30); gg. 15-21: 5 cps/dì 1 cpr ogni 3 ore (ore 8, 11, 14, 17, 20); gg. 22-28 4 cps/dì 1 cpr ogni 4 ore (ore 8, 12, 16, 20); gg. 29-35 3 cps/dì 1 cpr ogni 6 ore (ore 8, 14, 20) gg. 36-40 2 cps/dì, 1 cpr ogni 12 ore (ore 8, 20), che sta dando ottimi risultati: a 3 mesi gli astinenti erano il 59,7%, i dropout il 5,7% e solo 11,5% fumavano ancora.

Il **Dr. Roberto Boffi** dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ha parlato dell'inquinamento indoor da tabacco, e-cig e prodotti da "fumo freddo". Cita una loro ricerca che dimostra che una sola sigaretta inquina tre volte di più dello scarico del diesel di un TIR. Poi parla dell'harm reduction con sigaretta elettronica (e-cig) in pazienti psichiatrici, ammonendo che in essi si sono riscontrati un aumento delle



Consegna da parte del Presidente Tinghino del premio SITAB per il miglior abstract al dr. Baiardo.

resistenze delle vie aeree, un aumento degli NOx riscontro in letteratura anche di casi di polmoniti lipidiche. La e-cig contenente nicotina (ENDS) in USA e in UK viene usata tre volte di più delle sigarette tradizionali anche da un 11% che non ha mai fumato. Le PM sottili nella e-cig sono 20 volte minori rispetto alla sigaretta tradizionale mentre le PM ultrasottili sono 200 di meno. Ma nelle e-cig e nei prodotti da "fumo freddo" (es. Iqos) sono stati riscontrati anche metalli pesanti come il Cromo, il Nichel, il Piombo e lo Zinco. In sede di discussione si è avanzata l'ipotesi e il suggerimento di verificare il piombo dal punto di vista radioattivo. Negli ENDS c'è il riscontro di cotinina nel fumatore e di nicotina ambientale. Altre sostanze rilevate sono la formaldeide (classe 1B IARC) e l'acroleina proveniente verosimilmente dagli atomizzatori delle e-cig. Nei dispositivi di consumo di tabacco riscaldato tipo Iqos, le PM sono inferiori alle sigarette convenzionali ma superiori alle e-cig. Inoltre è segnalato stagno in grandi quantità, nicotina ed anche aldeidi.

Il **Dr. Elio Staffiere** di Bergamo ci illustra un'altra "vecchia conoscenza" terapeutica, ma dalle proprietà solo recentemente pienamente conosciute: l'acido acetil salicilico. Dalla constatazione della azione nella riduzione dei rischi cardiovascolari, sono partiti diversi studi sull'efficacia dell'aspirina usata quotidianamente nel ridurre anche le neoplasie. Staffiere cita un lavoro di Kune e colleghi su 700 pazienti che testimonia quest'azione antitumorale. Cita un lavoro anche di Rothwell randomizzato e controllato sull'uso quotidiano di aspirina su incidenza di cancro e di metastasi. L'acido acetil salicilico impedisce la iper-espressione del Cox-2 riscontrato nei cancro. 100 mg/die di aspirina agisce sulle piastrine che incidono nella patologia sia cardiovascolare che neoplastica. I tumori studiati sono prostata, mammella e laringe. Ma gli studi continuano come per esempio di song

e collaboratori anche sul melanoma. Ed è una molecola che costa quasi nulla.

La **Dr.ssa Rebecca Casari** dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona parla dell'impotenza sessuale nei pazienti tabagisti. I fumatori hanno il doppio di rischio rispetto ai non fumatori di avere un'infertilità funzionale erettile nella fascia di età maschile 40-70 anni. In associazione spesso con una patologia cardiaca, il 56% di questi pazienti con impotenza erettile è fumatore mentre il 21% non fuma. L'associazione con ipertensione arteriosa è del 20% tra fumatori e solo dell'8% nei non fumatori. La patologia è dose dipendente e smettendo di fumare le condizioni cliniche sessuali migliorano. Le concause per una disfunzione sessuale sono l'età, l'arteriosclerosi, diabete, cause ormonali, cause terapeutiche (es. beta-bloccanti meno selettivi) le cosiddette "cattive abitudini" e psicogene (ansia, problemi relazionali, etc.). Un'altra causa è l'alcolismo cronico con un'alta percentuale della causalità del tabacco perché gli alcolisti in altissima percentuale sono anche forti fumatori. Il test abitualmente usato in ambulatorio è l'*erectile function scale* (IIEFS). La stessa valutazione del test costituisce spesso un buon motivo per smettere di fumare per molti pazienti. Indagare sull'eventuale disfunzione erettile è quindi una cosa utile.

Le complicanze chirurgiche del tabacco è un originale argomento trattato dal **Prof. Luca Calabrese** dell'Istituto Europeo dei Tumori (IEO) di Milano. È stato un intervento per un verso incoraggiante e didattico per noi che ci occupiamo di tabagismo. Calabrese sottolinea come nonostante il fatto che ci sia una ricca letteratura sull'aumento di incidenza di complicanze intra e post-operatorie, i chirurghi in Italia sono molto, troppo tolleranti, compreso lui stesso prima di accettare di relazionare al Congresso. Il fumatore ha il 50% in più

di complicanze rispetto al non fumatore, il 5,5% contro il 3,3%. Le complicanze delle ferite si registrano nel 38% in più vs i non fumatori con enormi costi economici per la sanità pubblica. Occorre smettere di fumare 8 settimane prima dell'intervento, o comunque entro le 4 settimane. Ma il 70% dei chirurghi non invita i pazienti a smettere di fumare.

La **Prof. Laura Carrozzini** dell'Università di Pisa sottolinea come per la gestione farmacologica della BPCO nel fumatore, la cessazione del tabacco sia una vera e propria terapia da prescrivere ai pazienti BPCO fumatori. Per essi la cessazione del fumo di tabacco ha un outcome migliore di combinazioni terapeutiche con i broncodilatatori. Ci sono a tal proposito nuove molecole con efficacia testata che migliorano le variabili di esito sia per il decorso clinico che per la mortalità. Resta comunque essenziale la cessazione del fumo per i fumatori.

A concludere la prima giornata, il prof. **Giacomo Mangiaracina** propone il tema della ricerca di nuovi linguaggi in prevenzione con la realizzazione del film "The Answer", prodotto dalla Fondazione Il Sangue e divenuto strumento di lavoro nelle scuole, con una guida per gli insegnanti scaricabile dal sito www.prevenzione.info. Il film tratta dell'impatto ambientale del tabacco per i fertilizzanti e i pesticidi usati massivamente nelle colture, ma è narrato come una fiaba dark a denuncia delle multinazionali del tabacco. Cattura l'attenzione e parla il linguaggio dei giovani, non quello degli esperti. Mangiaracina evidenzia soprattutto il rigore metodologico con cui è stato realizzato il progetto. Storia e personaggi rispecchiano emozioni e vissuti dei giovanissimi, frutto dell'adozione delle tecniche di marketing (sociale), attraverso focus group, integralmente videoripresi e supervisionati da esperti, per la durata di tre mesi, con ragazzi di una seconda media dell'Istituto Visconti di Roma.

Venerdì 4 novembre

La mattina successiva si apre con l'intervento del **Dr. Mario Bisconti** della Clinica S. Francesco di Galatina, Lecce che parla delle patologie respiratorie da droghe, dall'asma da eroina, all'alveolite neutrofila da streptococco. L'asma da cannabis insorge con modalità ritardata dopo 8 ore. Interessante anche la candidosi da eroina dovuto verosimilmente al limone che spremono per acidificare la sostanza da iniettarsi.

Il **Dr. Gianni Testino** del San Martino di Genova ci parla di giovani, alcol e tabacco tra vecchie e nuove dipendenze. I consumatori di alcol in Italia sono 34 milioni; di essi, a medio rischio per problemi e patologie alcol correlati sono 1,3 milioni di individui e circa un milione ad alto rischio. Possono già essere a rischio a 16-17 anni ma ci sono consumatori ancora più giovani con ragazzi interessati dal problema fin dagli 11-15 anni di età. Spesso si associano anche disturbi alimentari. L'etanolo è nel 1° gruppo IARC come sicuro cancerogeno per l'uomo e l'associazione (che c'è frequentissimamente) con il tabacco diventa ancora più problematica. C'è un'azione sinergica tra etanolo e tabacco. Poi c'è il fenomeno del *binge drinking* che apporta 7 calorie/g. L'azione dell'etanolo è tende a determinare una patologia di genere per l'azione dell'alcol deidrogenasi che non c'è nella donna. Il 25% dei bevitori di meno di 20 anni hanno già la steatosi, con una mortalità di 1 ogni 1000. Questo purtroppo è accettato dalla sanità pubblica anche se il limite per l'accettabilità della mortalità per altre cause è fissato a 1 per milione. Il *binge drinking* è un fenomeno che colpisce impietosamente il fegato con un aumento della cirrosi megaloblastica. C'è un nesso anche col fibroadenoma mammario e la riduzione delle dimensioni del testicolo. Il DSM-5 stabilisce come malattia il "disturbo da uso di alcol" A.U.D. che nella forma severa è la dipendenza da alcol (alcolismo).

La **Dr.ssa Daniela Capitanucci** dell'Associazione AND (azzardo e nuove dipendenze) affronta il tema del Gambling e Tabacco, tracciando le somiglianze tra la sintomatologia del gioco d'azzardo patologico e il SUD, ambedue rafforzati dal tabagismo. Viene criticato il presidente del sistema gioco d'Italia, Massimo Passamonti, che invoca le solite ragioni contro la regolamentazione della pubblicità del gioco d'azzardo rispetto a coloro che auspicano la liberalizzazione delle cosiddette droghe leggere perché a suo dire, impedire il gioco d'azzardo, che "non ha mai ucciso nessuno", vuol dire consegnarlo in mano alla mafia. Sull'argomento gioco d'azzardo occorre anche sottolineare il palese conflitto d'interessi dello Stato, che incassa importanti somme di denaro da questo settore.

Il **Prof. Jean-François Etter** dell'Università di Ginevra con una lettura magistrale in Inglese, ci da il suo punto di vista sul tema de "la sigaretta elettronica: evidenze e prospettive". Subito, e in modo molto pragmatico – anche se forse semplicistico – Etter sottolinea come la combustione sia la principale causa dei danni del fumo di tabacco e che, siccome i vaporizzatori non usano né tabacco né combustione, occorre avere il coraggio di promuovere energicamente la sua diffusione ed utilizzo. In sostanza, si allinea alla visione britannica del e-cig citando anche che il danno è ridotto del 95% rispetto al fumo di tabacco. Etter dice che in Svizzera l'uso di e-cig è marginale e all'inizio legato a un tentativo di cessazione del fumo di tabacco. Su questo argomento, secondo lui, l'evidenza di efficacia non è molto forte, e l'utilizzo "dual" di e-cig e tabacco è quello più frequente. Infine minimizza un effetto gateway delle e-cig nei confronti della sigaretta convenzionale (che sembra un problema sollevato anche dal NIDA in USA) dicendo che l'uso di e-cig anche tra i giovani è quasi esclusivo di chi ha già iniziato a fumare

le sigarette di tabacco. Il suo vero ed accorato appello è il seguente: le e-cig non hanno bisogno di essere prive di rischi, basta avere rischi sensibilmente inferiori.

Contrastare il fumo di tabacco è sparare su un bersaglio in continuo movimento perché l'industria del tabacco, con il suo esercito di ricercatori ben retribuiti, offre attraverso investimenti importanti nuovi prodotti che soppiantano le conoscenze della ricerca. Occorre porre fine al feroce dibattito ideologico che limita l'uso della e-cig e che i ricercatori indipendenti forniscano tempestivamente i cittadini ed i decisori di una guida basata sull'evidenza sull'argomento.

Occorre evitare, continua Etter, che un eccesso di regolamentazione faccia chiudere i liberi fornitori di vaporizzatori a favore del colosso Big Tobacco che ha già acquistato un'importante fetta del mercato, che è in grado di sopravvivere alla regolamentazione più serrata, e che al momento opportuno può in qualsiasi momento porre fine all'alternativa e-cg, una volta stabilita l'egemonia del mercato, facendole scomparire dai negozi e dalle farmacie. Purtroppo, conclude Etter, la regolamentazione che sta per essere votata in EU farà proprio il gioco di Big Tobacco.

La **Prof.ssa Cecilia Gotti** dell'Istituto di Neuroscienze del CNR di Milano con la sua interessante relazione ci ha illustrato le nuove evidenze sul recettore nicotinic che vanno oltre l'alfa4-beta2. Nel SNC esistono 3 diverse subunità beta e 9 diverse subunità alfa che possono associarsi in combinazioni che sono specifiche per varie zone del SNC I recettori nicotinici del SNC partecipano a modulare importanti funzioni come memoria e affettività. I recettori omomerici sono con subunità uguali e costituiscono per esempio i nAChR $\alpha 7$ mentre i recettori eteromerici, più frequenti sono per il 90% le $\alpha 4\beta 2$ a prevalente localizzazione presinaptica. L'applicazione clinica della migliore conoscenza dei recettori nicotinici

è soprattutto sui meccanismi d'azione dei farmaci agonisti parziali dei recettori $\alpha 4\beta 2$ – essere parziali agonisti non significa che la loro funzione terapeutica non sia importante, al contrario – dice la Prof. Gotti, ma anche sull'implicito monito sul considerare come "innocui" i dispositivi di erogazione di nicotina (ENDS) che agiscono sullo sviluppo del sistema nervoso centrale specie nei giovani e nei giovani adulti.

Il **Dr. Federico Moro** dell'Istituto Farmacologico Mario Negri di Milano ci ha parlato di un vecchio farmaco, la N-Acetil Cisteina che comincia a trovare un nuovo utilizzo contro le ricadute in smoking cessation. Un argomento di cui ci siamo occupati ampiamente con una review della letteratura nel numero 3/2016 di Tabaccologia.

Il gruppo del **Prof. Cristian Chiamulera** (UNIVR) con **Elisa Ferrandi** e **Giulia Benvegnù** relaziona su un interessante quanto innovativo argomento: la Virtual Reality con i nuovi approcci per lo studio della Cue Reactivity al fumo. Ci presentano così lo sviluppo di un modello sperimentale che permetta una simulazione realistica ma controllata di ambienti che inducono il craving. Ad esempio, i soggetti con una storia di dipendenza da bevande alcoliche o da sigaretta sono particolarmente reattivi agli stimoli precedentemente associati all'alcol o al fumo che innescano il bisogno psicologico (*craving*) e li rendono più vulnerabili alle ricadute. Il modello sviluppato è efficace nell'evocare craving e si propone come uno strumento di studio del fenomeno della cue reactivity, con potenzialità diagnostiche, prognostiche e terapeutiche.

Sui progetti di prevenzione e le evidenze di efficacia ci hanno parlato la **Prof.ssa M. Sofia Cattaruzza** dell'Università La Sapienza di Roma e il **Dr. Corrado Celata** dell'ASL Milano.

La sessione pomeridiana è stata in parte dedicata alle comunicazioni scientifiche, che pubblichiamo di seguito, ed in parte al counselling psicocomportamentale visto e interpretato da due psicologi, di diversa estrazione, la **Dr.ssa Francesca Zucchetto** e il **Dr. Alessandro Vegliach**.

Arrivederci al prossimo appuntamento nazionale con il XIII Congresso Nazionale SITAB.

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

L'EDITORIA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE

Cultura e Comunicazione

MIDIA EDIZIONI

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

Utilizzo in riabilitazione cardiovascolare del tabacco craving questionnaire

Giacomo Baiardo¹, Gaia Savioli², Chiara Aglieri Rinella³, Massimo Miglioretti⁴

¹Istituto Cardiovascolare Camogli, Genova; ²Istituto Cardiovascolare Camogli, Genova; ³Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca; ⁴Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Introduzione

Molti pazienti in riabilitazione cardiovascolare si trovano, proprio nel contesto riabilitativo o nei giorni immediatamente precedenti in terapia intensiva, a interrompere la loro abitudine tabagica. Gli eventuali possibili sintomi di craving, tipici dei primi giorni di astinenza, non vengono però normalmente presi in considerazione dal personale sanitario. Questo lavoro si propone di sviluppare la versione italiana del Tobacco Craving Questionnaire e verificarne l'utilità in un contesto riabilitativo con pazienti cardiovascolari.

Materiale e metodi

A 81 pazienti (età: $64 \pm 9,7$; maschi: 82,7%) ricoverati presso l'Istituto Cardiovascolare Camogli per una problematica cardiovascolare o di vasculopatia periferica, che riferivano in anamnesi l'abitudine taba-

gica, è stato chiesto di compilare, entro i primi tre giorni di ricovero, un questionario formato dal Tobacco Craving Questionnaire – short version, il Test di Fagerstrom per la dipendenza da Nicotina e Q-MAT per valutare la motivazione a smettere di fumare. Il Tobacco Craving Questionnaire – short version è un questionario di 12 items che analizza 4 diverse dimensioni connesse al Craving: l'emotività (ad es. In questo momento sarei meno irritabile se mi fumassi una sigaretta); l'aspettativa di fumare (ad es. In questo momento avrei voglia di fumarmi una buona sigaretta); l'impulsività (ad es. Se fumassi ora, non riuscirei a smettere); l'intenzionalità (ad es. Sarebbe difficile rinunciare alla possibilità di fumare).

Risultati

La prima analisi fattoriale esplorativa condotta sulla versione italiana del Tobacco Craving Questionnaire-

Short Version tende a far preferire la soluzione ad un unico fattore che spiega il 55% della varianza, con un alfa di Cronbach di 0,92. Il punteggio di Craving correla positivamente e significativamente con il grado di dipendenza rilevato al test di Fagerstrom ($r^2 = 0,300$; $p = 0,013$), e correla negativamente, seppur in modo molto debole con l'intenzione a smettere di fumare ($r^2 = -0,231$; $p = 0,052$).

Conclusioni

Questi primi dati mostrano come il Tobacco Craving Questionnaire – Short Version possa essere un utile strumento per valutare l'eventuale stato di Craving nei pazienti degenti per riabilitazione cardiovascolare e come esso possa essere inserito in una valutazione multidimensionale dell'abitudine tabagica, con l'obiettivo di aiutare il paziente a smettere di fumare.

Studio osservazionale retrospettivo per la valutazione dell'efficacia di vareniclina a due anni

C. Veronese¹, E. Munarini¹, P. Pozzi², U. Pastorino³, R. Boffi¹

¹SSD Fisiopatologia Respiratoria, Centro Antifumo, Istituto Nazionale dei Tumori (INT); ²Unità di Riabilitazione Cardiopolmonare, Azienda Sociosanitaria Territoriale Lariana, Cantù; ³SC Chirurgia Toracica, Istituto Nazionale dei Tumori (INT), Milano

Introduzione

Secondo le Linee Guida internazionali sono diversi i farmaci che, associati al counseling di supporto, possono aiutare il fumatore nella smoking cessation. Uno di questi è la vareniclina, una molecola che agisce come agonista parziale dei recettori nicotinici. Dopo che nel 2006 la Food and Drug Administration l'ha approvata come farmaco nella terapia di disassuefazio-

ne, sono stati numerosi gli studi e le reviews che hanno dimostrato la sua efficacia e sicurezza.

Poiché però la maggior parte di questi valuta l'efficacia per un periodo di 6-12 mesi, si rendono necessari studi che includano un monitoraggio anche a lungo termine.

Materiali e metodi

Presso l'INT sono state analizzate le cartelle dei fumatori ai quali era stata prescritta vareniclina tra il

2008 e il 2014 all'interno del Centro Antifumo e del progetto MILD (Multicentric Italian Lung Detection trial). Sono stati inclusi coloro che avevano assunto vareniclina per almeno un mese e con un follow-up di almeno 24 mesi. Per tutto il periodo i pazienti sono stati visitati periodicamente e supportati attraverso counseling telefonico. Rispondevano ai criteri di selezione in totale 233 soggetti ($n = 233$). Di questi, 129 erano uomini, 104 don-

ne, con le seguenti caratteristiche medie: 55 anni di età, 23,3 sig/die da 35 anni, 40,3 PY e monossido di carbonio esalato (CO) alla prima visita di 22 ppm. Lo status di fumatore a 12 e 24 mesi è stato ricavato con CO rilevato alle visite o tramite le telefonate di counseling. È stata valutata la riduzione del n° di sig/die a 24 mesi (rid \geq 50%) per chi continuava a fumare.

Risultati

A 24 mesi dall'assunzione del farmaco l'efficacia sui 233 pazienti è risultata essere del 42,5% (n = 99); il dato di stop fumo a 12 mesi è stato del 54,1% ed era disponibile solo per 205 soggetti. I valori di CO erano presenti per il 44% dei pazienti. I mesi di terapia variavano

da un minimo di 1 mese a un massimo di 8 mesi: l'efficacia massima è stata ottenuta con l'assunzione del farmaco per 3 mesi come prevede lo schema del trattamento (il 39,3% di chi ha smesso a 24 mesi aveva assunto il farmaco per 3 mesi). Dei 134 soggetti che a 2 anni sono risultati essere ancora fumatori, il 23,1% è riuscito almeno nella riduzione del numero di sigarette fumate al giorno.

Tra il gruppo di fumatori seguiti presso il Centro Antifumo (n = 141) e quello del progetto MILD (n = 92) non sono emerse differenze sostanziali (43,9% vs 40,2%).

Conclusioni

Secondo i dati ottenuti dalla nostra analisi osservazionale, la vare-

niclina è efficace nel mantenimento dell'astensione dal fumo anche a lungo termine. Inoltre, nei due diversi ambiti in cui la vareniclina è stata prescritta, il Centro Antifumo e il programma di screening per la diagnosi precoce del tumore polmonare, ha prodotto risultati simili: indipendentemente quindi dal diverso contesto sanitario e profilo motivazionale dei fumatori trattati, la terapia ha mantenuto la stessa efficacia. In entrambi i gruppi erano presenti controlli medici periodici e Counseling telefonico da parte di personale esperto protratti nel tempo che, come già dimostrato in letteratura, contribuiscono in modo determinante al successo dei trattamenti antifumo.

Rilevazione dell'abitudine tabagica in pazienti con neoplasia polmonare. Utilità di un questionario dedicato

D. Bafunno, A. Catino, E.S. Montagna, A. Logroscino, D. Galetta

Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari

Introduzione

Dati recenti confermano il rapporto causa-effetto tra tabagismo e neoplasie polmonari e indicano l'efficacia della cessazione del fumo anche durante le terapie antineoplastiche. Nella presa in carico del paziente, la rilevazione sistematica dell'abitudine tabagica e della motivazione alla cessazione potrebbero migliorare il supporto oncologico globale e fornire importanti dati nella valutazione di efficacia delle terapie. Lo studio pertanto intende sviluppare un questionario utile ad identificare le aree rilevanti per la diagnosi di tabagismo e gli indicatori sensibili rispetto alla prognosi durante un colloquio psicologico.

Materiali e metodi

Il "Questionario per la Valutazione del Tabagismo" (42 item) è composto da una parte anagrafica e 8 aree che indagano: 1) se il paziente fuma; 2) le abitudini al fumo a partire dall'età di inizio (numero di si-

garette e marchi) in modo da risalire anche ai livelli di nicotina, catrame e CO assunti; 3) i tentativi di Disassuefazione, i tempi e i metodi; 4) lo stadio del cambiamento, se precontemplativo, contemplativo o di determinazione; 5) le motivazioni che hanno spinto o spingerebbero il paziente a smettere di fumare; 6) l'abuso di alcol, droghe, psicofarmaci; 7) la sostituzione del fumo con il cibo; 8) il fumo passivo respirato dal paziente nel contesto lavorativo e a casa. Il questionario è stato somministrato a 13 pazienti (9 maschi, età media = 66,62; d.s. = 5,4) con recente diagnosi di tumore al polmone avanzato/metastatico, che hanno aderito in modo volontario con la collaborazione dei medici.

Risultati

I pazienti, di cui 10 ex fumatori, in media hanno iniziato a fumare a 17 anni e hanno proseguito per circa 42 anni incrementando il numero di sigarette intorno ai 40 anni (me-

dia = 29 sigarette/giorno, d.s. = 16,8). Il 38,5% dei pazienti ha tentato, senza metodi, di smettere di fumare riuscendoci solo per meno di un mese. Due pazienti fumatori riferiscono di desiderare ma di non riuscire a smettere. I non fumatori invece riferiscono di aver smesso di fumare a causa delle proprie condizioni di salute. Nessun soggetto fa uso di droghe e psicofarmaci mentre 2 soggetti fanno uso di cibo e 1 di alcol per compensare l'assenza della sigaretta. In riferimento agli item sul fumo passivo è emerso che il 46,2% ha respirato fumo passivo in contesti lavorativi dalle 8 alle 12 ore al giorno, mentre in casa il 46,2% convive con fumatori respirando fumo passivo da 1 a 3 ore al giorno. Analizzando il contenuto delle sigarette assunte si osserva un aumento dei mg di CO negli anni (prima dei 20 anni media = 6, d.s. = 4,5; dopo i 30 anni media = 9,2, d.s. = 1,2).

Conclusioni

Nonostante la scarsa numerosità del campione, i dati preliminari portano ad ipotizzare che i pazienti con neoplasia polmonare abbiano una motivazione personale per smettere di fumare che aumenta l'efficacia della cessazione del fumo; tuttavia, lo stadio motivazionale contemplativo e i periodi brevi

di cessazione potrebbero ridurre il senso di autoefficacia dei pazienti, per cui è necessario predisporre specifici programmi.

La positività delle risposte all'abuso di alcol e cibo suggerisce un approfondimento clinico. In conclusione, il Questionario predisposto, inserito nel contesto della raccolta anamnestica, potrebbe rivelarsi

uno strumento utile per guidare l'operatore nella ricerca dei fattori predittivi di efficacia del trattamento della dipendenza da fumo oltre a permettere un'indagine sistematica sul rapporto tra tabagismo e patologia neoplastica ed eventuali approfondimenti di tipo psicologico.

Sperimentazione, comportamento tabagico e percezione del rischio tabacco correlato degli studenti della scuola secondaria di 1° grado di Trieste (2014)

Giovanni Battista Modonutti, Luca Leon

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

Introduzione

Gli interventi di prevenzione, educazione e promozione della salute (IPEPS) rivolti alla popolazione giovanile si propongono di procrastinare l'età d'approccio e di dissuadere l'utilizzo del fumo di tabacco. Questo studio (2014/15) intende indagare il rapporto con il fumo di tabacco degli studenti (SS1) delle Scuole Secondarie di 1° grado di Trieste.

Materiali e metodi

Agli SS1 coinvolti – 242 studenti (M: 49,2%; F: 50,8%) di età compresa tra i 10 e i 15 anni (M: 10-14 aa; F: 10-15 aa) ed età media 12,1 anni (M: 12,2 aa; F: 12,0 aa) – è stata proposta, in classe, la compilazione di una scheda questionario in grado di raccogliere le informazioni sull'anagrafe, l'iniziazione tabagica, i comportamenti, le abitudini e le opinioni sul fumo di tabacco.

Risultati e considerazioni

Al momento il 15,7% degli SS1 ha già sperimentato il fumo di tabacco (M: 19,3%; F: 12,2%), lo hanno fatto tra i 3 e i 13 anni (M: 3-13 aa; F: 5-13 aa), in media all'età 10,9 anni (M: 10,7 aa; F: 11,1 aa). L'iniziazione tabagica ha interessato lo

0,8% degli studenti in età prescolare (M: 0,8%; F: 0,8%), il 5,0% nel corso della Scuola Primaria (M: 7,6%; F: 2,4%) e il 9,9% durante la Scuole Secondarie di 1° grado (M: 10,9%; F: 8,9%). Sono il 5,7% gli sperimentatori scritti alla prima classe (M: 7,8%; F: 3,6%), più numerosi (CI1 vs CI2 = > MF: $p < 0,05$;) e pari al 15,2% quelli in seconda (M: 20,6%; F: 9,4%) ed il massimo del 31,4% (CI1 vs CI3 = > M: $p < 0,06$; F: $p < 0,001$; MF: $p < 0,0005$ – C2 vs C3 = > F: $p < 0,06$; MF: $p < 0,05$) in terza (M: 35,3%; F: 27,8%). Fa un qualche uso del fumo di tabacco il 6,2% degli SS1 (M: 5,9%; F: 6,5%), fuma lo 0,9% degli iscritti alla prima (M: 0,0%; F: 1,86%), il 9,1% (CI1 vs CI2 = > M: $p < 0,005$; MF: $p < 0,01$) dei compagni della seconda (M: 14,7%; F: 3,1%) e, decisamente superiori ai precedenti (CI1 vs CI3 = > F: $p < 0,01$; MF: $p < 0,005$), l'11,4% dei colleghi della terza (M: 5,9%; F: 16,7%). I consumi tabagici sono compresi tra 0,1 e 15 sigarette (M: 1,0-10,0 sig/die; F: 0,1-15,0 sig/die) ed il consumo medio stimato è pari a 4,7 sig/die (M: 5,4 sig/die; F: 4,1 sig/die). I fumatori occasionali (< 1,0 sig/die) ammontano allo 0,4% (M: 0,0%; F: 0,8%), i fumatori abituali (> 1,0 sig/die) al 5,7% (M: 5,7%; F: 5,7%). Questo ultimo comportamento è proprio dello

0,9% degli SS1 della prima classe (M: 0,0%; F: 1,8%), il 7,6% di quelli della seconda (M: 14,7%; F: 0,0%) e l'11,4% dei compagni di terze (M: 5,9%; F: 16,7%). Sono dell'idea che si possa fare un qualche uso del fumo di tabacco senza nuocere alla salute il 67,4% degli SS1 (M: 65,5%; F: 69,1%), opinione che accomuna il 63,2% degli SS1 del primo anno (M: 56,9%; F: 69,1%), il 68,2% di quelli del secondo (M: 76,5%; F: 59,4%) ed il 72,9% dei diplomandi (M: 67,6%; F: 77,8%). La normativa italiana che vieta la vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 18 anni è nota al 51,2% dei giovani intervistati (M: 53,8%; F: 48,8%), il 24,4% la riconduce ai minori di 16 anni (M: 21,0%; F: 27,6%), un altro 10,3% ai minori di 14 anni (M: 10,9%; F: 9,8%), mentre il 12,0% afferma "è libera a tutti" (M: 11,8%; F: 12,2%).

Conclusioni

La diffusa e precoce sperimentazione tabagica, la prevalenza dei fumatori, la tolleranza nei confronti del fumo di tabacco, eventualità che si accentuano con il procedere della carriera scolastica, meritano tutta l'attenzione delle istituzioni all'atto di programmare e valutare l'efficacia degli interventi di IPEPS.

Iniziazione al fumo, comportamento tabagico, familiarità e percezione del rischio tabacco correlato espressi dagli studenti della scuola secondaria di 2° grado di Trieste e Udine

Giovanni Battista Modonutti

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

Introduzione

Le attività di informazione, prevenzione e promozione della salute non possono prescindere dalla conoscenza del background culturale e comportamentale della popolazione utente. La ricerca intende acquisire informazioni sul modo di porsi di studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste (2003/2005) e Udine (2004/2005), nei confronti del fumo, la percezione dei rischi tabacco correlati (RTC) ed il comportamento tabagico dei conviventi.

Materiali e metodi

Hanno risposto alle domande proposte da una scheda questionario anonima, autosomministrata, semi-strutturata 666 studenti a Trieste (STs = M: 40,2% e F: 59,8%, età 13-25 aa, in media 16,2 aa) e 805 a Udine (SUd = > M: 24,3% e F: 75,7%, età: 14-21 aa, in media 16,0 aa).

Risultati

L'iniziazione tabagica interessa già buona parte degli studenti, gli SUd (57,9%) più ($p < 0,05$) degli STs (52,6%), le femmine (STs: 65,1%; SUd: 59,4%; $p < 0,08$) prevalgono (STs: $p < 0,0005$) sui maschi (STs: 34,0%; SUd: 53,1%; $p < 0,0005$). La sperimentazione è avvenuta sia

per gli STs che per gli SUd fra 1 e 18 aa, in media a 12,9 aa, ed i ragazzi (STs: 12,4 aa; SUd: 12,6 aa) si sono rivelati più precoci (STs: $p < 0,009$) delle coetanee (STs: 13,1 aa; SUd: 12,9 aa). Fumano il 26,6% degli STs (M: 19,4%; F: 31,4%; $p < 0,001$) ed il 30,6% dei colleghi SUd (M: 27,0%; F: 30,6%), gli STs (5,2 sig/die) fumano in media più dei coetanei SUd (4,8 sig/die) ed in entrambi i contesti i maschi (STs: 5,9%; SUd: 5,0%) più delle femmine (STs: 5,0%; SUd: 4,6%). Fumano occasionalmente (Foc: < 1 sig/die) l'8,0% degli STs (M: 6,3%; F: 9,0%) e l'8,8% degli SUd (M: 7,7%; F: 9,2%), i fumatori abituali (Fab: $> 1,0$ sig/die) sono il 18,6% fra gli STs (M: 13,1%; F: 22,4%; $p < 0,005$) ed il 21,7% fra gli SUd (M: 19,4%; F: 22,5%). Sia fra gli STs (M: $p < 0,01$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) che gli SUd (M: $p < 0,0005$; F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) i Fab prevalgono sui Foc. A proposito dei RTC, la maggioranza degli studenti afferma "si può fare un qualche uso del fumo di tabacco senza che la salute ne risenta", gli SUd (M: 48,9%; F: 64,9%; MF: 61,0%) più numerosi (F: $p < 0,0005$; MF: $p < 0,0005$) degli STs (M: 50,0%; F: 50,8%; MF: 50,5%), fra gli SUd le giovani sono più rappresentate dei compagni ($p < 0,0005$). Ritengono

si possano fumare in media 2,5 sig/die senza nuocere alla salute sia gli STs (M: 3,1 sig/die; F: 2,0 sig/die) che gli SUd (M: 2,3 sig/die; F: 2,5 sig/die), fra gli STs i maschi si rivelano più indulgenti delle coetanee ($p < 0,003$), fra le femmine le SUd più permissive delle STs ($p < 0,03$). Ancora, il 35,0% degli STs (M: 39,6%; F: 45,6%) ed il 44,3% degli SUd (M: 28,8%; F: 37,6%) dichiarano consumi tabagici quotidiani superiori a quelli ritenuti da loro stessi a rischio per la salute. Infine, convivono con dei fumatori il 50,5% degli STs (M: 53,7%; F: 48,2%) ed il 46,7% degli SUd (M: 39,3%; F: 48,9%), i maschi SUd meno numerosi ($p < 0,025$) delle compagne e dei coetanei STs ($p < 0,005$).

Conclusioni

L'ampia sperimentazione (SUd $>$ STs; F $>$ M), la precocità dell'evento (M $>$ F), la prevalenza dei fumatori (SUd $>$ STs), dei Fab (SUd $<$ STs; F $>$ M), i consumi tabagici (STs $>$ SUd; M $>$ F), la scarsa sensibilità nei confronti dei RTC (SUd $>$ STs; M $>$ F), la diffusa convivenza con fumatori (STs $>$ SUd) e l'esposizione al fumo di "seconda e terza mano" sono le realtà emerse dalla ricerca che penalizzano la salute degli studenti.

Evoluzione del modo di porsi nei confronti del fumo di tabacco degli studenti di una scuola secondaria di 1° grado di Trieste (2004-2014)

Giovanni Battista Modonutti, Fulvio Costantinides

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

Introduzione

Lo studio dello stile di vita delle giovani generazioni consente di evidenziare le criticità e l'adozione precoce di comportamenti a rischio

evitabili – bevande alcoliche, fumo di tabacco... – e di orientare le attività di prevenzione e promozione della salute. A questo proposito sono state monitorate le modalità di approccio, d'uso, il background

culturale e la percezione del rischio espresso dai preadolescenti (SS1) iscritti ad una Scuola Secondaria di 1° grado di Trieste nei confronti del fumo di tabacco.

Materiali e metodi

La prima fase della ricerca – 2004 (P1) – ha coinvolto 125 studenti (M: 45,6%; F: 56,4%) di 11-15 aa, in media 12,6 aa. La seconda fase – 2014 (P2) – ha interessato 125 SS1 (M: 48,8%; F: 51,2%) fra i 10-14 aa, in media 12,2 aa.

Risultati

Dalle risposte degli studenti alle domande proposte da una scheda questionario emerge che hanno già sperimentato il fumo il 24,8% degli SS1 della P1 e il 16,0% dei coetanei della P2 (P1 vs P2: $p < 0,09$), i maschi (P1: 26,3%; P2: 23,0; F: %) più (P2: $p < 0,05$) numerosi delle femmine (P1: 23,5%; P2: 9,4%; $p < 0,05$). L'iniziazione tabagica è avvenuta a 4-13 aa nella P1 (M: 4-13 aa; F: 6-13 aa), in media a 10,8 aa (M: 10,3 aa; F: 11,3 aa), evento realizzatosi a 3-13 aa, in media a 10,6 aa (M: 10,7 aa; F: 10,3 aa), nella P2. Fumano il 5,6% degli SS1 nella P1 (M: 5,3%; F: 5,9%) ed il 7,2% nella P2 (M: 9,8%; F: 3,0%). I fumatori della P1 dichiarano consumi di 1,5 sig/die (M: 0,8%; F: 2,1%), quelli della P2 4,1 sig/die (M: 4,7%; F: 3,0%). I fu-

matori occasionali ($< 1,0$ sig/die) costituiscono il 2,4% degli SS1 della P1 (M: 3,5%; F: 1,5%), mentre non sono presenti nella P2. I fumatori abituali ($> 1,0$ sig/die) ammontano al 3,2% degli SS1 nella P1 (M: 1,8%; F: 4,4%) ed al 7,2% di quelli della P2 (M: 9,8%; F: 4,7%). La maggior parte degli studenti, gli SS1 della P2 (72,0%) più di quelli ($p < 0,08$) della P1 (70,4%), è dell'avviso che "si può fumare senza nuocere alla salute", e le ragazze (P1: 79,4%; P2: 73,4%) appaiono più permissive (P1: $p < 0,025$) dei compagni (P1: 59,6%; P2: 69,4%). In entrambi i periodi buona parte degli SS1 (P1: 51,2%; P2: 51,2%), siano maschi (P1: 52,6%; P2: 50,0%) o femmine (P1: 55,7%; P2: 46,9%), convive con familiari fumatori (FSi). Nelle FSi la prevalenza degli SS1 fumatori/trici (P1: 9,1%; P2: 10,9%) è maggiore di quella delle FNo (P1: 2,9%; P2: 3,3%). Questo avviene anche fra i maschi (P1 = $>$ FSi: 12,9%; FNo: 0,0% – P2 = $>$ FSi: 14,7%; FNo: 3,7%), mentre fra le femmine sono le fumatrici delle FNo a prevalere su quelle delle FSi (P1 = $>$ FSi: 5,7%; FNo: 6,1% – P2 = $>$ FSi: 2,0%; FNo: 2,9%). Conoscono la

normativa italiana sulla vendita dei prodotti del tabacco del momento il 30,4% degli SS1 della P1 (M: 35,1%; F: 26,5%) e il 46,2% (P1 vs P2: $p < 0,01$) dei coetanei della P2 (M: 50,8%; F: 42,2%), i maschi sempre più informati delle femmine e gli SS1 della P2 più di quelli della P1 (P1 vs P2 = $>$ M: $p < 0,09$; F: $p < 0,06$).

Conclusioni

L'iniziazione crescente e precoce, l'aumento dei consumi tabagici, dei fumatori abituali, della tolleranza nei confronti del fumo di tabacco, l'influenza dei comportamenti famigliari e la limitata conoscenza della normativa che regola la vendita dei prodotti del tabacco sono le criticità emerse da questo studio che – nonostante sia riconducibile ad una piccola comunità studentesca e quindi "non direttamente generalizzabile" – inducono a riflettere sulla efficacia degli interventi di prevenzione, educazione e promozione della salute messi in atto nella scuola e sulla necessità di, a partire dai risultati emersi dalla ricerca, rimodularli e verificarne in continuo l'efficacia.

Aggiornamenti sul problema della dispersione delle cicche di sigaretta: la contaminazione ambientale da microplastiche

Carmine Ciro Lombardi¹, Vincenzo Zagà², Giacomo Mangiaracina³

¹Agenzia Nazionale per la Prevenzione (ANP); ²Società Italiana di Tabaccologia (SITAB); ³Università La Sapienza di Roma

Introduzione

L'ambiente ha un nemico silenzioso e pervasivo, le microplastiche. Si tratta di microscopici frammenti, invisibili all'occhio umano, che derivano dalla disgregazione di oggetti in materiale plastico non biodegradabili. Mentre i rifiuti di dimensioni visibili possono essere facilmente rimossi, quelli microscopici no, rimangono nell'ambiente e si accumulano nei mari e negli oceani dove vengono ingeriti da pesci, molluschi e altri organismi marini

con relativa contaminazione della catena alimentare umana. Il filtro dei mozziconi di sigaretta è costituito da fibre di acetato di cellulosa, materia plastica non biodegradabile ma foto/termo disgregabile, ossia in grado di produrre nel tempo migliaia di microparticelle di materiale plastico.

Materiali e metodi

Le cicche di sigaretta sono al primo posto tra i rifiuti che si ritrovano nei mari di tutto il mondo, il Medi-

terraneo in particolare. In base ai consumi di sigaretta, dati relativi al 2015, si stima che in Italia ogni anno vengono prodotti più di 51 miliardi di cicche, la maggior parte delle quali finisce nelle fogne e da qui ai fiumi e al mare. Grazie al comportamento dei fumatori abbiamo strade, spiagge e mari pesantemente invasi. Le 12.000 fibre di acetato di cellulosa, materiale con cui è fatto il filtro delle sigarette, hanno un diametro di circa 25-50 μm , una dimensione ben al

di sotto dei limiti di visibilità dell'occhio umano. In ambiente le cicche sono sottoposte a stress fotochimici, termici e meccanici che ne favoriscono la disgregazione. Molti fumatori dopo aver gettato la cicca in terra, la schiacciano con le scarpe per spegnerla. Questo gesto provoca la frammentazione delle fibre di acetato di cellulosa e facilita la produzione di microframmenti.

Risultati

Recenti stime hanno valutato in circa 290 miliardi il numero delle microplastiche, galleggianti nei primi 10-15 cm d'acqua del mare Mediterraneo. Le microplastiche derivano da diverse fonti, le cicche sono una delle più importanti. Supponendo che le fibre di acetato di cellulosa

contenute in una cicca subiscano cinque frammentazioni abbiamo la produzione di circa 60.000 fibrille di dimensioni microscopiche.

Dai dati DOXA-ISS 2016, risulta che ogni giorno un fumatore in Italia consuma 13 sigarette, ossia produce 13 cicche. In base a quanto detto in precedenza le cicche di un solo fumatore, ogni giorno sono in grado di produrre almeno 780.000 microparticelle di plastica. Le microparticelle accumulate nel biota, possono essere ingerite da pesci e animali filtratori e inducono negli organismi marini pseudosazietà, blocco digestivo, danni fisici e meccanici.

Ogni anno in Italia vengono prodotte più di 51 miliardi di cicche, la maggior parte di queste finisce nell'ambiente e da qui con le

piogge vengono trascinate nelle caditoie e quindi nei fiumi e nel mare. Per via del comportamento anomalo abituale dei fumatori che gettano le cicche dove capita senza tenere conto della loro pericolosità, abbiamo strade, spiagge e mari letteralmente invasi dai rifiuti del tabacco. Considerando che un tabagista, con le sigarette fumate in un solo giorno immette in ambiente più di 780.000 microparticelle di plastica possiamo dire che le cicche rappresentano un pericolo per i mari, per la vita acquatica e la biodiversità. Al fine di proteggere l'ambiente, è necessario educare i cittadini a comportamenti più ecosostenibili e inserire il rifiuto "cicca" nella filiera dell'economia circolare attraverso il possibile recupero di energia e materia.

Risultati finali di uno studio sul tabagismo in Piemonte. "Il Progetto Liaison dell'ASL TO 5"

D. Artuso, A. Brignolo, P. Dadone, E. Pacioni, P. Panarisi

Dipartimento Dipendenze, Dipartimento Prevenzione, Direzione Generale, ASL TO 5, Torino

Introduzione

Il Dipartimento Dipendenze, unitamente al Dipartimento di Prevenzione Serena, sotto l'egida della Direzione Generale hanno visto l'attivazione, nel corso del 2012, di un Progetto Aziendale sul tabagismo, chiamato "Progetto Liaison". A questo studio, della durata di un anno, hanno partecipato gli Operatori dei Centri Trattamento Tabagismo (CTT) dei quattro distretti dell'ASL TO 5, che hanno aderito in maniera graduale e successiva nel corso dell'anno. Gli obiettivi del Progetto sono stati quelli di rendere più visibili e facilmente accessibili questi Centri alla popolazione.

Materiali e metodi

Il Progetto Liaison ha previsto la collaborazione degli Operatori dei CTT dei quattro distretti dell'ASL con i medici di medicina generale

e gli specialisti ospedalieri, precedentemente informati dello studio. È necessario distinguere una fase preparatoria e una fase di attivazione dello studio. Nella prima fase gli Operatori, tramite cartellonistica e volantaggio, hanno motivato tutti i medici e il personale sanitario dei presidi ospedalieri, sull'utilità di un invio di fumatori agli Ambulatori Tabagismo inseriti nella realtà ospedaliera o di poliambulatori.

I fumatori sono stati visti da un'équipe multidisciplinare, costituita da un'educatrice (infermiera o assistente sociale) che si è occupata della fase di accoglienza, un medico della parte sanitaria e uno psicologo della parte riabilitativa. A tutti i pazienti in trattamento veniva proposta una terapia farmacologica, unitamente a ciclo di counselling individuale o di gruppo.

Risultati

Il Progetto Liaison ha prodotto i seguenti risultati. Nel 2012 si è assistito a un incremento dei fumatori trattati del 70,5%, rispetto al 2011. Si è infatti passati da 85 cartelle aperte nel 2011, a 145 nel 2012. In base alle tipologie di invio, è utile distinguere i fumatori inviati dai medici generalisti o dagli specialisti da quelli arrivati in maniera autonoma, dal passaparola o dalla pubblicità posta all'interno dei locali dell'ASL. I principali inviati sono stati i medici di medicina generale, seguiti dagli specialisti cardiologi, diabetologi e dalla ginecologia (prevenzione serena). Dei 145 pazienti trattati, il 56% ha avuto un esito positivo, considerando come tale anche coloro che avevano raggiunto una riduzione del fumo e l'astinenza per un periodo di tempo considerato pari o

superiore a tre mesi. Il periodo medio di presa in carico è stato di due mesi. Il trattamento congiunto ha prodotto risultati più duraturi.

Conclusioni

È chiaro che il Progetto Liaison ha prodotto un incremento dei fumatori afferiti e trattati dai CTT nel periodo di tempo considerato. Tutta-

via, a distanza di tre anni dal termine dello studio permane una maggiore affluenza di pazienti, che giungono autonomamente agli Ambulatori rispetto agli anni precedenti. Anche i medici curanti e gli specialisti, avendo riconosciuto l'utilità di un Ambulatorio centrale per il trattamento del tabagismo, hanno sviluppato la consuetudine all'in-

vio dei fumatori. È possibile concludere che i due obiettivi iniziali, quali cardine per l'attivazione del Progetto Liaison, sono stati ampiamente soddisfatti. I nuovi ambulatori tabagismo, posti in sede centrale e fuori dai servizi per le dipendenze, non solo sono stati più visibili all'utenza e ai colleghi ma anche più facilmente accessibili

La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio

Francesco Tarantino

Dirigente Centro Antifumo di Copertino, Asl Lecce. Psicologo Psicoterapeuta

Introduzione

In questo lavoro si mette in evidenza l'importanza dell'ipnosi nella cura del tabagismo con un nuovo metodo, denominato Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve (PIAB), i cui primi risultati sono stati recentemente presentati. Questo metodo in realtà deriva da un altro mio approccio pubblicato nel 2013, chiamato Training Ipnotico Antifumo (TIA), il quale pur rivelandosi utile nella terapia della dipendenza nicotina, richiede, in pratica, tempi più lunghi. La PIAB invece è più breve del TIA ed utilizza un'originale prospettiva fenomenologico-esistenziale.

Materiali e metodi

Il campione, composto da 108 tabagisti adulti, è suddiviso in tre gruppi, ciascuno costituito da 18 femmine e 18 maschi con analoghe caratteristiche. Il primo gruppo comprende i pazienti trattati con la PIAB, il secondo quelli trattati con consulenza ("5A" e "5R") e strategie cognitivo-comportamentali, il terzo rappresenta il gruppo di controllo. La PIAB si svolge in media in 10-20 giorni, con 6 sedute (ipnotiche) a distanza ravvicinata. La prima è basata sulla valutazione del paziente e la preparazione dell'intervento ipnotico. La secon-

da, distanziata da 3-7 giorni dalla prima, è eseguita con 10-12 ore di assenza di fumo. Al termine di questa sessione viene insegnato il training autoipnotico. Seguono, dopo 24 ore, altre 4 sedute consecutive, una al giorno. Infine, la sesta seduta, separata da 3-7 giorni, ha come scopo il rinforzo dei risultati.

Risultati

I risultati migliori si sono avuti nel gruppo sperimentale, trattato appunto con la PIAB, in cui è previsto l'intervento psicoterapeutico ipnotico. I successi dei pazienti, nella misura del 36,3%, riguardo alla cessazione del fumo in tale gruppo sperimentale, sono superiori di oltre il doppio rispetto a quelli del secondo gruppo (16,6%), trattati con counseling e strategie cognitivo-comportamentali. Gli insuccessi del gruppo di controllo, esattamente del 97,3% dei casi, dimostrano invece la difficoltà o impossibilità a smettere di fumare senza un aiuto terapeutico specifico.

I dati statistici inoltre sono stati integrati con l'esposizione sintetica di due casi clinici, trattati positivamente con la PIAB, al fine di rendere maggiormente comprensibile il trattamento ipnotico nelle sue varie fasi.

Conclusioni

Con il presente studio si è messo in risalto che l'ipnosi, in quanto facilita le comunicazioni mente-corpo, è uno strumento psicoterapeutico importante nel tabagismo soprattutto se basato su procedure codificate e standardizzate come il metodo PIAB. I risultati di questa ricerca evidenziano come la psicoterapia ipnotica nella prospettiva fenomenologica, attraverso lo stato di coscienza modificato (trance), sia in grado di cambiare l'apprendimento incentivo abnorme (craving) che struttura la dipendenza nicotina. In tal modo è possibile la cessazione del fumo di tabacco con l'estinzione dei condizionamenti comportamentali e del relativo disagio esistenziale. Si auspica pertanto che i risultati di questo lavoro possano stimolare altre ricerche sul ruolo della psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo.

Incidenza, fattori ambientali e conoscenze sul fumo di tabacco in un campione di studenti pre-adolescenti e adolescenti

Vincenzo Zagà¹, Elisa Truffelli², Mario Bisconti³

¹Pneumologo ex coordinatore Centri Antifumo, AUSL di Bologna; ²Ricercatrice Dipartimento Scienze dell'Educazione, Università degli Studi di Bologna; ³Direttore U.O. di Pneumologia di Galatina e Lecce, ASL LE1

Introduzione

Anche la giusta informazione sul problema tabagismo, unitamente alle competenze e influenze socio-ambientali e in combinazione con più strategie, può concorrere in maniera significativa a perseguire e raggiungere l'obiettivo di una efficace prevenzione primaria del tabagismo negli studenti pre-adolescenti e adolescenti, che si trovano nella fase cruciale di potenziale iniziazione al fumo.

Materiali e metodi

La presente indagine è stata realizzata negli anni scolastici 2014-16 in tre scuole secondarie di primo grado e due scuole secondarie di secondo grado nelle provincie, rispettivamente di Lecce e Bologna. Il campione indagato longitudinalmente in questi anni e fino al 2016 comprende complessivamente 756 studenti. Le cui classi avevano aderito volontariamente a un programma di prevenzione al fumo di tabacco. Per la raccolta dei dati relativi a comportamenti e cono-

scenze legati al tabagismo è stato somministrato, prima dell'intervento formativo, un questionario strutturato contenente una sezione dedicata a variabili socio-demografiche, una relativa a comportamenti inerenti il fumo e infine una terza costituita da un breve test di conoscenza tabaccologica.

Risultati

Il consumo di sigarette tra gli adolescenti indagati pare essere legato ad alcune variabili di sfondo quali età e fumatori in famiglia. La percentuale di intervistati che dichiarano di fumare cresce al crescere dell'età ($p = 0,00$) ed è significativamente ($p = 0,00$) e positivamente correlata con il numero di persone che fumano in famiglia. I consumatori di cannabis (10% del campione indagato) in oltre la metà dei casi sono anche fumatori di tabacco ($p = 0,00$). Per quanto concerne le conoscenze tabaccologiche, esse risultano complessivamente scarse. Per quasi tutti gli item somministrati la percentuale

di risposte corrette è significativamente più elevata nei ragazzi di scuola secondaria di secondo grado. Rispetto ad alcune conoscenze, soprattutto legate alle sostanze contenute nel tabacco, il titolo di studio della madre appare positivamente e significativamente correlato.

Conclusioni

Il consumo di tabacco nel campione preso in considerazione appare un fenomeno già presente anche a livello di scuola secondaria di primo grado, a fronte di uno scarso livello di conoscenze di questi studenti in merito al tabagismo. Questa pratica sembra essere in parte legata alle caratteristiche del contesto familiare di provenienza. Da questi elementi appare evidente l'opportunità che le istituzioni scolastiche, affiancate da esperti in questo campo, continuino a promuovere e realizzare percorsi di sensibilizzazione e di informazione sui reali rischi connessi al tabagismo e alla nicotina come "gateway drug".

Citisina: gli ospedali possono dare il buon esempio

R. Casari¹, M. Faccini¹, S. Pigozzo², S. Schirolì², P. Marini², F. Lugoboni¹

¹Unità di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

²Farmacia Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Introduzione

Un recente *position paper* di Walker e altri noti AA, apparso su *Addiction*, descrive come la citisina (CY) sia un farmaco efficace nel processo di *smoking cessation* almeno quanto la vareniclina, con cui condivide il meccanismo d'azione, individuando nella diffusione di CY la priorità, rispetto alla conduzione di ulteriori studi. Il basso costo di CY ne potrebbe fare il supporto

ideale per trattare il tabagismo in quelle fasce di popolazione svantaggiate dove non si è registrato nessun apprezzabile calo di prevalenza del fumo negli ultimi anni. Ma il costo particolarmente basso della CY è anche il suo tallone d'Achille: il suo impiego è al momento limitato solo a pochissimi Paesi dell'Europa dell'Est a causa della lunghe ed onerose procedure di registrazione necessarie in Eu-

ropa occidentale. L'Italia, come la maggior parte dei paesi UE, si trova in questa situazione paradossale: la CY può essere prescritta come preparazione galenica magistrale, essendo normalmente registrata in alcuni paesi UE (i.e. Polonia) ma sono molto pochi i medici a conoscerla e, di conseguenza, le farmacie disponibili ad prepararla. L'AOUI di Verona, che comprende 2 ospedali, di cui 1 universitario,

per un numero di 1200 letti di degenza, ha deciso da gennaio 2016 di intraprendere, unica in Italia, la preparazione galenica della CY, da offrire ai degenti fumatori. È stato infatti dimostrato che 1/5 dei fumatori continua a fumare anche una volta ospedalizzato, nonostante le difficoltà logistiche e i divieti.

Obiettivi

Offrire un supporto farmacologico efficace e ben tollerato dai degenti fumatori, creare una continuità terapeutica anche dopo la dimissione per ridurre il rischio di ricadute, ridurre i costi dei presidi usati in precedenza (Nicotine patch).

Metodi

È stata interessata la Farmacia Ospedaliera e la sua divisione di galenica, che ha prodotto la CY per

uso interno, al costo di 3 euro/pz. per una terapia di 15 gg alle dosi di 5-6 cps./die. La preparazione non ha dato problemi tecnici, essendo il materiale tecnico per produrla già normalmente presente.

Conclusioni

La CY può rappresentare il farmaco ideale per il fumatore ospedalizzato. Infatti, la sua rapidità d'azione permette di applicare protocolli che non richiedono una titolazione, come invece avviene per vareniclina. Come questa, CY ha interferenze farmacologiche quasi nulle e ciò rassicura i clinici. Inoltre il suo basso costo la rende ben accetta ai pazienti ed agli amministratori. È presto per trarre conclusioni di efficacia, ma non si sono registrate reazioni avverse significative. È provato che gli interventi di smoking

cessation sui fumatori ospedalizzati sono efficaci solo se vi è una continuità terapeutica, anche farmacologica, dopo la dimissione. Per questo ai pazienti, al momento della dimissione, viene raccomandata la continuazione della terapia con CY, coinvolgendo la medicina generale. In pochi mesi vi è stato un netto incremento delle farmacie territoriali di Verona disponibili ad allestire il prodotto. La CY è entrata, grazie al prestigio del polo ospedaliero più importante del territorio nei programmi di smoking cessation dei servizi antifumo limitrofi. Raccomandiamo che altri ospedali seguano l'esempio, facendo breccia in questa paradossale barriera data dall'insolito binomio: innovazione ad un costo troppo basso.

Un percorso di cessazione e riduzione del danno da tabagismo nella grande industria. Dati preliminari

Giuseppina Massaro¹, Fabio Beatrice²

¹Free researcher; ²ASL TO2

Introduzione

Raggiungere i fumatori ed offrire loro una proposta ricevibile di cessazione o di riduzione del danno costituisce una sfida non ancora vinta: su 11 milioni di fumatori meno di 16 mila si rivolgono ai centri antifumo. Ciò condiziona la possibilità di incidere significativamente sulla mortalità da fumo di tabacco. È necessario attuare strategie che consentano di raggiungere grandi numeri di fumatori, valutarne l'efficacia ed applicarle. Presentiamo i risultati di un percorso di cessazione.

Materiali e metodi

Sono stati predisposti e distribuiti a tutti i lavoratori specifici questionari di ingresso per identificare i fumatori ed i loro principali parametri clinici di trattamento. L'elaborazione dei questionari ha consentito di identificare i fumatori e convocarli ad un counseling inte-

rattivo di gruppo (CIG). Data la numerosità sono stati divisi in 2 tranche. Per chi lo richiedeva dopo il CIG è stato offerto un approfondimento individuale mirato allo staging del fumatore ed all'orientamento alla cessazione. Sono stati erogati gruppi di cessazione nei soggetti a punteggio più elevato. In chi lo ha richiesto è stato fornito supporto allo switch ad e-cig secondo la procedura MB. Per i resistenti a cessazione è stato offerto sportello di ascolto.

Risultati

Questionari distribuiti 1800 (totale dei lavoratori del Plant). Restituiti 1296 (72%). Dichiarati fumatori 461 lavoratori (348 U, 113F). Prima tranche convocata 195 lavoratori fumatori (42% dei fumatori selezionati). 156/195 (80%) hanno richiesto consulto individuale per staging e orientamento al cambiamento. 39/195

sono stati appoggiati a sportello di ascolto. 52/156 (33%) presentavano disponibilità al cambiamento classificata come disponibilità a cessazione (6 sedute di gruppo), switch a e-cig, riduzione del fumato medio. Fumato medio nei 52 (16/die).

A fine step: 12 cessazioni (23%, CO medio: 30). Switch totale (a 30 gg) in 15 soggetti richiedenti: 100% a 30 giorni (CO medio 32%). In 25 casi riduzione del fumato medio a 6 sigarette/die (pari al 62,5% di riduzione). Questi 25 sono stati reindirizzati a sportello di ascolto per proposta di ulteriore riduzione o switch a e-cig sec MB.

Conclusioni

Proposte sul trattamento dei lavoratori tabagisti possono essere ben accolte nella grande industria nell'ambito della Health Promotion in collaborazione con i medici

competenti. L'azione richiede un forte impegno nella comunicazione interna e capacità gestionali per "industrializzare" la proposta di cessazione e/o riduzione del rischio. Il percorso studiato secondo un principio di selezione pro-

gressiva dei fumatori consente di raggiungere tutti i lavoratori con una offerta diversificata che tiene conto delle personali disponibilità. I livelli di cessazione sono inferiori a quelli dei centri antifumo (CAF) nei quali i fumatori arrivano

in forma attiva. Ciò nonostante diventano raggiungibili centinaia di fumatori che in ogni caso non verrebbero mai in un CAF. La domanda di switch a e-cig appare significativa. Una azione di mantenimento è raccomandata.

Alterazione reversibile del rapporto VR/VRE: prevenire la BPCO sensibilizzando i fumatori?

Mariano Amendola¹, Maria Sofia Cattaruzza¹, Felice Giordano¹, Francesca Clementi², Rosastella Principe²

¹Sapienza Università di Roma; ²Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini Roma

Introduzione

La BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è la terza causa di morte in Europa (7%) e la quinta nel Mondo e la patologia è in aumento. Inoltre è al settimo posto come causa di disabilità. Il principale fattore di rischio è il fumo di sigaretta.

Lo studio ha valutato come cambiano i parametri di funzionalità respiratoria e in particolare il rapporto VR/VRE in una popolazione di pazienti fumatori al cessare o meno dell'abitudine tabagica.

Materiali e metodi

Sono stati presi in considerazione 54 fumatori afferenti al Centro Antifumo (CA) dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, il cui referto alle Prove di Funzionalità Respiratoria (PFR) riportava la dizione: "Valori nei limiti della norma" al momento dell'arruolamento nel gruppo di trattamento per la cessazione. Questi fumatori sono stati divisi in due gruppi: nel "gruppo A" sono stati inseriti i pazienti che presentavano un Volume Residuo (VR) maggiore del Volume di Riserva Espiratoria (VRE) e nel "gruppo B" i pazienti in cui tale alterazione non era presente. Questi fumatori hanno tutti smesso di fumare e 21 hanno effettuato una seconda spirometria a distanza di un anno.

Sono stati inoltre arruolati nello studio 20 fumatori che hanno effettuato le spirometrie come nel

gruppo dei casi, ma non hanno smesso di fumare.

Risultati

All'inizio dello studio il 66,7% dei 54 fumatori presentava un valore inverso fra VR e VRE ($VR > VRE$). Il "gruppo A" rispetto al "gruppo B" era più anziano (+ 5 anni) e fumava di più (+ 9 punti di pack year). Nei 21 fumatori che hanno ripetuto le PFR a 12 mesi dalla cessazione del fumo, si sono osservate riduzioni statisticamente significative per VR (-19,38%, $p = 0,0088$), FRC (-11 %, $p = 0,055$), RV/TLC (-13,5%, $p = 0,023$) e la DLCO è aumentata (+4,33%, $p = 0,029$). In particolare nel "gruppo A", 7 dei 16 pazienti non hanno presentato più l'inversione (44%, $p = 0,0233$; VR ridotto del 30% vs valore iniziale) mostrando una reversibilità della limitazione al flusso, mentre gli altri 9 pazienti hanno continuato ad avere il $VR > VRE$, anche se il VR si è ridotto del 13% rispetto ai valori iniziali. Tutti e 5 i pazienti del "gruppo B" sono rimasti stabili. Dei 20 pazienti che hanno continuato a fumare, dopo un anno, 16 hanno mantenuto il $VR > VRE$ e il FEV_1 e la DLCO sono diminuiti in maniera statisticamente significativa.

Conclusioni

Tra i fumatori prevalentemente asintomatici afferenti al centro antifumo, è stato riscontrato che circa la metà di coloro che avevano il

VR maggiore del VRE regrediscono da tale condizione dopo 12 mesi di cessazione del fumo rispetto ai fumatori persistenti.

Pertanto, oltre al trattamento per il tabagismo, si raccomanda di controllare nel tempo la funzionalità respiratoria richiedendo una spirometria a tutti i fumatori che hanno un elevato consumo di sigarette (più di 30 pack year) e un'età maggiore di 40 anni, perché ciò potrebbe essere molto utile per la prevenzione della BPCO.



**Arrivederci
in autunno
a Bologna**
XIII Congresso
Nazionale SITAB

Uso di e-cigarette in 3 popolazioni di fumatori: utenti dei centri anti-fumo, tossicodipendenti di un SerD e studenti delle superiori

Anna Pinali, Paola Tomelleri, Eva Cordioli, Lorenzo Zamboni, Cristina Biasin, Maristella Zerman, Fabio Lugoboni

Riassunto

Introduzione: Il presente studio osservazionale indaga sulla prevalenza d'uso e il valore attribuito alla sigaretta elettronica (EC) in 3 distinte popolazioni di fumatori: a) 77 soggetti (44 maschi e 33 femmine) che si sono presentati a 3 Servizi per smettere di fumare, b) 91 pazienti (71 maschi e 20 femmine) con disturbo da uso di sostanze (TD), c) 85 studenti delle scuole superiori (67 maschi e 18 femmine). Lo studio si è svolto nel periodo compreso tra agosto e ottobre 2015.

Obiettivi: Con il presente lavoro si è voluto indagare, attraverso la somministrazione di un questionario, uguale per tutti 3 i gruppi, la prevalenza d'uso e il valore attribuito alla EC da questi soggetti.

Metodi: Le 3 popolazioni prese in esame, composte da utenti fumatori intenzionati a smettere (FIS), intervistati in tre ambulatori per smettere di fumare della provincia di Verona (Bussolengo, Zevio e Verona città), soggetti TD in terapia metadonica o buprenorfinica presso il SerD di Bussolengo (VR)

Use of E-CIGARETTE in 3 types of smokers: users of centers anti-smoke, drug addicts of a Social service agency and high school students

Anna Pinali, Paola Tomelleri, Eva Cordioli, Lorenzo Zamboni, Cristina Biasin, Maristella Zerman, Fabio Lugoboni

Abstract

Introduction: This observational study examines the prevalent use and value attributed to the electronic cigarette (EC) in 3 separate groups of smokers: (a) 77 subjects (44 males and 33 females) who were presented to 3 programs to help them to stop smoking, (b) 91 patients (71 males and 20 females) with substance use disorders (drug addicts), (c) 85 high school students (67 males and 18 females). The study was conducted from August to October 2015 timeframe.

Objectives: This study was to examine, through administration of a questionnaire to the 3 groups, the prevalent use and value attributed to the EC by the test groups.

Methods: The 3 groups examined, composed of smokers intending to stop, interviewed in three clinics to stop smoking in the province of Verona (Bussolengo, Zevio and Verona city); drug addicts in therapy with methadone and buprenorphine at the Bussolengo (VR) social service agency for

e studenti di una scuola superiore (SSS), sempre della provincia di Verona, mediante la somministrazione, in modo riservato, di un questionario anonimo, non retribuito, uguale per tutti. Si sono rilevati alcuni dati anagrafici, lo "smoking status" (abitudine al fumo di sigaretta, il numero di sigarette fumate, l'età di inizio, i tentativi di interruzione), il grado di dipendenza da nicotina tramite il FTND (Fagerstrom Test For Nicotine Dependence, 1989), il senso di autoefficacia rispetto alla possibilità di diventare un non fumatore, l'uso della sigaretta elettronica, il senso di rinforzo positivo (piacevolezza) e di efficacia di quest'ultima come ausilio a smettere di fumare.

Risultati: La prevalenza di fumatori che hanno provato l'EC è risultata sorprendentemente diffusa tra queste 3 popolazioni alquanto diverse. Il 53% dei FIS, il 49% dei fumatori TD ed il 71% degli SSS hanno utilizzato la EC per un periodo più o meno lungo. Se considerato il gradimento, le medie delle 3 popolazioni sono risultate sovrapponibili. Quando veniva indagata l'efficacia attribuita alla EC nella cessazione del fumo, i valori erano simili ma, sorprendentemente, i TD hanno mostrato di apprezzarne più degli altri le potenzialità, dando ragione di un più frequente uso attuale. Se si considerava l'autoefficacia, come segnalato in altri studi, i TD ne mostravano sensibilmente meno di SSS, che avevano valori di FTND particolarmente bassi (1 il valore mediano, vs. 6 dei TD e dei FIS) e dei FIS che però erano l'unica popolazione intenzionata a smettere delle 3.

Conclusioni: I dati di questo studio, insolito nelle tipologie di confronto, alquanto diverse come età, stato sociale e problematiche individuali, hanno fatto rilevare meno differenze di quanto ci si poteva aspettare. L'uso della EC si è confermato popolare tra i FIS, cosa rilevata da più parti, ma parimenti sperimentata tra i TD, considerati spesso non intenzionati a smettere di fumare. Altrettanto sorprendente è la popolarità dell'EC tra gli SSS, che hanno espresso la percentuale più alta di esperienza con il device. Per quanto riguarda la potenzialità di rinforzo, gli SSS hanno dato i valori più elevati, mentre i valori di efficacia attribuita all'EC, sono risultati quelli espressi dai TD. I dati vanno a confermare che la EC può essere un buon strumento per la riduzione del danno mentre appare ancora discutibile il suo uso come strumento di disassuefazione, quando usata senza un supporto di *counselling*. Da qui nasce la necessità di valutare se la EC, inserita in un adeguato programma, potrebbe essere utile per questa particolare tipologia di utenza.

Parole chiave: Sigaretta elettronica, prevalenza, fumo, nicotina.

drug addicts; and students of an high school (HSS), also in the province of Verona, administered in a confidential manner using an anonymous questionnaire, unpaid, and equal for all. Demographic data was collected such as "smoking status" (smoking, the number of cigarettes smoked, age of beginning, attempts to break), the degree of nicotine dependence by the FTND (Fagerstrom Test For Nicotine dependence, 1989), the sense of self-efficacy with respect to the possibility of becoming a non-smoker, the use of the electronic cigarette, the sense of positive reinforcement (hedonics) and the efficacy of the latter as an aid to quit smoking.

Results: *The results from the prevalent smokers who have tried the EC was surprisingly different among the 3 groups: 53% of smokers intending to stop, 49% of smokers drug addicts and 71% of the HSS have used the EC for what is considered a long period. If the results are considered "satisfied" or "acceptable" the medium of 3 populations were superimposable. When the study was conducted the efficacy attributed to the EC in the cessation of smoking, the values were similar but, surprisingly, the drug addicts' results included their appreciation for the potency of the EC, resulting in more frequent use. If we consider the self-efficacy, as reported in other studies, the drug addicts showed significantly less than HSS, who had values of FTND particularly low (1 the median value, vs. 6 of drug addicts subjects and the smokers intending to stop) and of the 3, the smokers intending to stop, were the only people intending to do so.*

Conclusions: *The data from this study, unusual in the typologies of comparison, quite different as age, social status and individual problems detected fewer differences than what was to be expected. The use of the EC was confirmed as popular among the smokers intending to stop, detected by multiple parties, but also experienced among the drug addict, considered often a person not intending to stop smoking. Equally amazing is the popularity of the EC between the HSS, who have expressed the highest percentage of experience with the device. With regard to potential for reinforcement, the HSS gave the highest values, while the values of effectiveness attributed to the EC are results of those expressed by drug addicts. The data should used to confirm that the EC can be a good instrument for reducing damage, but is seemingly questionable that its use is a means of overcoming addiction, when used without a support of counseling. From here arises the need to assess whether the EC, inserted in an appropriate program, it might be useful for this particular type of user.*

Keywords: *E-cigarette, nicotine, prevalence, smoking.*

Introduzione

La EC è un dispositivo elettronico nato con l'obiettivo di fornire un'alternativa al consumo di tabacchi lavorati che ricalchi le mimiche e le percezioni sensoriali di questi ultimi. Colui che fa uso della EC è chiamato svapatore o vaper [1,2].

Il primo vero brevetto della EC risale al 1963 ed è opera dell'americano Herbert A. Gilbert, ma è solo 40 anni dopo che in Cina, a Pechino, un farmacista cinese – Hon Lik – sfruttando una tecnologia ad ultrasuoni, inserì sul mercato il primo prodotto commerciale che diventò presto la EC che conosciamo [1,2].

La maggior parte delle sigarette elettroniche sul mercato utilizza oggi un sistema differente basato su un vaporizzatore in grado di nebulizzare (per mezzo di riscaldamento) la soluzione contenuta nella cartuccia. Sebbene esistano pochi studi ufficiali in merito, alcuni medici illustri tra cui il dott. Um-

berto Veronesi ritengono che la EC sia sensibilmente meno dannosa di qualsiasi tabacco lavorato assunto tramite combustione [1,2]. La Legge del 2005 (legge Sirchia 3/2003 – Tutela della salute dei non fumatori) che vieta il fumo nei luoghi pubblici, ha fatto sì che la EC, avesse un momento di grande interesse da parte dei fumatori, in quanto era possibile per loro aggirare i divieti sostituendo la normale sigaretta con la EC.

In contrapposizione al suo grande successo tra i fumatori, negli operatori sanitari addetti al trattamento del tabagismo ha suscitato molte perplessità. Gli addetti ai lavori si sono preoccupati dei possibili danni e di mettere sotto "inchiesta" la EC, sottovalutandola come possibile ausilio da usare per il trattamento dei tabagisti.

Come conseguenza a questo atteggiamento di preoccupazione da parte degli operatori sanitari e della legge 99/2013 che ha rego-

lamentato l'uso della EC questo grande interesse si è sensibilmente ridimensionato. Sono arrivati i divieti per treni, teatri e altri luoghi pubblici e soprattutto è entrata in vigore una tassazione punitiva del 58,5 % [3-5].

Il fumo hi-tech si è trovato quindi equiparato al fumo tradizionale e, forse per questo, più di qualcuno è tornato alle vecchie e più analogiche abitudini.

Nel momento d'oro delle EC l'anagrafe quantificava gli svapatori della Penisola in un milione e mezzo: uno ogni 7 fumatori. In realtà, i dati provenivano da una ricerca di mercato condotta dagli stessi esercenti e senza base statistica. A smentire quei numeri è arrivata l'indagine Doxa 2013, che a maggio – ancora in pieno boom – indicava i consumatori abituali di sigarette elettroniche nell'1% degli italiani adulti: circa 510mila persone. A caratteri generali, solo più di recente gli operatori sanitari addetti

Introduction

The EC is an electronic device invented with the objective of providing an alternative to the consumption of tobacco products which resembles the gestures and sensory perceptions of the latter. Users who use EC are identified as vaper [1].

The first true patent of EC dates back to 1963 and is the work of American Herbert A. Gilbert, however 40 years later in Beijing China, a Chinese pharmacist, Hon Lik, exploited ultrasound technology, and marketed the first commercial product that soon became the EC that we know [1].

Most of the electronic cigarettes on the market today use a different system based on a vaporizer capable of atomizing (by means of heating) the solution contained in the cartridge. Although there are few formal studies on the subject, Doctor Umberto Veronesi considers the EC significantly less harm-

ful than any processed tobacco recruited through combustion [1,2].

The Law of 2005 (Law Sirchia 3/2003 – Protection of health of non-smokers) that prohibits smoking in public places, indicated the EC had a moment of great interest on the part of smokers, because it was possible for them to circumvent the prohibitions by replacing the normal cigarette with the EC.

In contrast to its great success among smokers, specialized healthcare workers on the subject of tabacism, have many doubts on the treatment. Insiders worried about the possible damage and put the EC under "investigation", underestimating it as possible aid to be used for the treatment of smokers.

As a result of this attitude of concern on the part of health professionals and the Law 99/2013 which has regulated the use of the EC, this great interest was significantly reduced. Prohibitions for trains, theaters and other public

places are enforced and above all is the entry of a punitive taxation of 58,5% [3-5].

The hi-tech smoke is found, which is then altered to traditional smoke and perhaps for this reason, most smokers are back to old and more analog habits.

In the golden moment of EC the registry of the Peninsula estimated there were a million and a half EC users or one out of every seven smokers. In reality the data came from a market research carried out by the same retailers and without a statistical basis. To refute those numbers the survey Doxa 2013 came out, that in May – still booming – pointed to the regular consumers of electronic cigarettes in one percent of Italian adults or about 510,000 people.

More recently health officials specializing in the treatment of nicotine addiction began to look to the EC as a possible resource for the treatment of the weaning from tobacco.

al trattamento del tabagismo hanno iniziato a guardare alla EC come possibile risorsa da mettere in campo per il trattamento della disassuefazione da tabacco.

Rimangono però alcuni quesiti aperti. Negli ultimi anni si è andato diffondendo il concetto di riduzione del danno che potrebbe essere un ulteriore strumento di azione clinica rivolto a contenere le attuali cifre di mortalità per tabagismo. In questo quadro si inserisce la EC che pur presentando una tossicità ancora da chiarire non produce però la combustione ai cui prodotti sono legati gli effetti tossici del fumo di tabacco [1,2,6].

Il presente lavoro parte dall'idea che la EC al di là di utilizzi e propagande a scopo puramente commerciale, possa quindi assumere un significato nel trattamento ambulatoriale di disassuefazione dal fumo di tabacco nelle persone che intendono ridurre o abbandonare l'abitudine al fumo.

But there are still some open questions. Recently, the concept of reducing the damage that could be used as an instrument of clinical recording, directed to maintain the current figures of mortality due to smoking. It is within this framework that EC, while having toxicity which is not clarified, it doesn't generate combustion such as tobacco products, linking them to toxic effects of tobacco smoke [1,2,6].

This study began with the idea that the EC, beyond the uses and propaganda which were purely for commercial use, could then assume meaningful outpatient treatment for withdrawal from tobacco smoke in people who intend to reduce or abandon the habit to smoking.

Objectives

The aim of the study is to assess the prevalence and what role EC use has had on the smoking habits from three different groups of smokers: Smokers intending to

Obiettivi

L'obiettivo del presente lavoro è stato valutare la prevalenza e quale ruolo ha avuto l'uso della EC sull'abitudine al fumo di 3 diverse popolazioni di tabagisti: fumatori intenzionati a smettere (FIS), soggetti tossicodipendenti (TD) in terapia sostitutiva oppioide, studenti delle scuole superiori (SSS). Si è voluto inoltre valutare la potenzialità di rinforzo positivo, espressa come piacevolezza, dell'EC sui 3 diversi gruppi. In sintesi: quanto è stata usata e se è tuttora usata, quanto risulta o è risultata gradevole; quanto viene o è stata ritenuta efficace nel sostituire la sigaretta.

Materiali e metodi

Per questa osservazione è stato sviluppato un breve questionario articolato in 11 domande chiuse e 3 domande con scala Likert da 1 a 10. Il questionario si sviluppa in tre sezioni:

stop, drug addicts subjects, students of high schools (HSS). It is also to assess the potential for positive reinforcement, expressed as the agreeability of the EC on the three different groups. In summary: what has been used and if it is still used, how is or was it pleasant; how is or was it considered to be effective in replacing the cigarette.

Materials and methods

A brief questionnaire was developed, divided into 11 closed questions and 3 questions with Likert scale from 1 to 10.

The questionnaire is divided into three sections:

- The first section evaluates the smoking status.
- The second section examines the use of the EC, if used at the same time as the cigarettes or as an alternative thereto, the satisfaction index of the EC and the value conferred upon it in terms of effectiveness.

- Nella prima sezione viene valutato lo *smoking status*.
- Nella seconda sezione si indaga sull'utilizzo della EC, se utilizzata contemporaneamente alle sigarette o in alternativa ad esse, l'indice di gradimento della EC e il valore attribuito in termini di efficacia.
- Nella terza sezione si utilizza il Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) [7] che indaga il grado di nicotino-dipendenza tramite 6 domande il cui punteggio totale individua il grado di dipendenza da lieve a molto forte (0-2 lieve, 3-4 medio, 5-6 forte, 7-10 molto forte) e una domanda sull'autoefficacia percepita rispetto all'intenzione di smettere.

Soggetti

A) 77 FIS (44 maschi e 33 femmine) che si sono presentati a 3 Servizi per smettere di fumare della provincia di Verona (Bussolengo, Zevio

- In the third section uses the Fagerstrom Test for nicotine dependence (FTND) which investigates the degree of nicotine addiction through 6 questions whose total score determines the degree of dependence from mild to very strong (0-2 slight, average 3-4, 5-6 strong, 7-10 very strong) and a question about self-efficacy perceived with respect to the intention to quit.

Subject

A) 77 smokers wanting to quit (44 males and 33 females) who were presented to three Services to stop smoking in the province of Verona (Bussolengo, Zevio and Verona city), B) 91 patients (71 males and 20 females) drug addicts, in methadone or buprenorphine C) 85 HSS (67 males and 18 females). The study was conducted from August to October 2015. The questionnaire has occurred so anonymous and confidential. No payment occurred.

e Verona città), B) 91 pazienti (71 maschi e 20 femmine) TD, in metadone o buprenorfina C) 85 SSS (67 maschi e 18 femmine). Lo studio si è svolto nel periodo compreso tra agosto e ottobre 2015. La compilazione del questionario è avvenuta in modo anonimo e riservato. Nessuna ricompensa è stata prevista.

Risultati

Le 3 popolazioni considerate non erano bilanciate per sesso. È cosa nota che la tossicodipendenza vede una netta prevalenza maschile [8,9]. Anche tra gli SSS le differenze di sesso erano notevoli, per la tipologia della scuola scelta, a predominanza maschile. Le differenze erano molto meno marcate nei FIS, come normalmente osservato negli ambulatori per il tabagismo italiani [6,10,11]. La prevalenza d'uso di EC è risultata globalmente alta (**Tabella 1**), con una predomi-

Tabella 1 Prevalenza d'uso e-cigarette (EC).

Uso EC	TD	FIS	SSS
EC	45 (49%)	41 (53,2%)	60 (70,6%)
No EC	46 (51%)	36 (46,8%)	25 (29,4%)
EC in uso attuale	13 (29%)	7 (17,1%)	4 (6,6%)

Tabella 2 Valori di media (M) e deviazione standard delle 3 popolazioni.

	TD		FIS		SSS	
	M	DS +/-	M	DS +/-	M	DS +/-
Gradimento EC	5	2,5	4,3	2,4	5,1	2,9
Efficacia EC	4,4	2,5	3,6	2,4	3,3	2,7
Autoefficacia	4,9	2,6	6,7	2,2	6,3	2,6

nanza, sorprendentemente, negli SSS. FIS e TD, sostanzialmente, si equivalevano. Il dato però si ribaltava se considerato l'uso attuale: solo il 6% degli SSS lo usava ancora, mentre i TD mostravano di

usarla attualmente in circa il 30%. Con il 17% di uso in corso, i FIS si posizionavano su una quota intermedia.

Se consideriamo il gradimento (*preference*), ossia le capacità di

Results

The three groups considered were not balanced by gender. It is well known that the drug addict population sees a clear prevalence male [8,9]. Also among the HSS gender differences were considerable, due to the typology of the school choice, dominated by men. The differences were much less marked in the smokers intending to quit. The prevalent use of EC was globally high (**Tabella 1**), with predominance, surprisingly, in HSS [6,10,11]. Smokers willing to quit and drug addicts' groups, substantially, are equivalent. However the data flips with current use: only 6% of the HSS used it yet, while approximately the 30% of the drug addict showed to use it currently. With the 17% of the use the smokers wanting to stop were on an intermediate level. If we consider the liking (*preference*), i.e. the ability of the reinforcement of the EC important to

replace the craving from cigarette, the average of the three groups are stackable (**Tabella 2**). If you consider the highest values (**Graph 1**), the drug addicts and the HSS groups gave highest value scores of satisfaction.

Results on the efficacy attributed to the EC in the cessation of smoking, the values were similar but, surprisingly, the drug addicts showed to appreciate more due to potency, giving reason for more frequent current use (**Tabella 2**). The drug addicts gave, in percentage, average and higher value than the smokers intending to quit and HSS (**Graph 2**). If we consider the self-efficacy, as reported in other studies, the drug addicts patients showed significantly less than HSS, who had values of FTND particularly low (1 the median value, vs. 6 of drug addicts and the smokers wanting to quit) and the smokers who were the only people want-

ing to stop of the three groups (**Tabella 2, Graph 3**).

The question that investigated on attempts to stop, the drug addicts and HSS gave answers exactly super imposable, characterized by no attempt in half of the cases. Three quarters of the smokers intending to stop had already tried to stop (**Tabella 3**).

Conclusions

A use so popular of the EC would be expected between the Smokers wanting to quit, much less between HSS and drug addicts subjects [12-15]. Smokers could look in the EC an aid to stop, obviously not found (all subjects were considered current smokers) and not considered very valid: few of them were also using the EC when they started going to the clinic of smoking. The same is for the HSS, characterized by low dependency to FTND. The EC, for them, could be

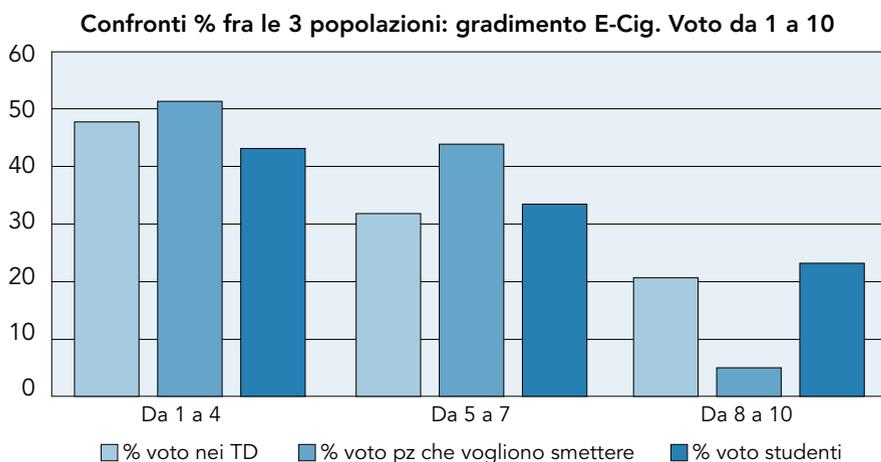


Grafico 1 Gradimento della EC.

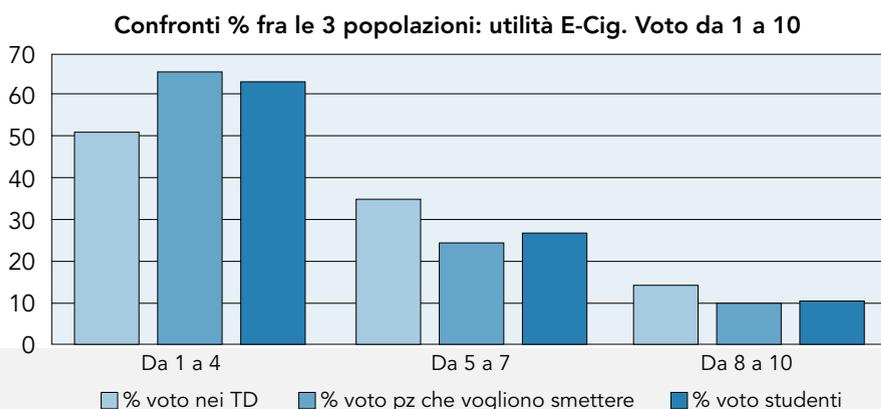


Grafico 2 Utilità percepita per la cessazione del fumo di sigaretta.



Grafico 3 Autoefficacia riguardo alla capacità di smettere di fumare sigarette.

the result of curiosity, or the research for a first support: half of them had already tried to stop smoking [12-15]. In our opinion, the more interesting and innovative data concern the drug addict people. Various controlled studies have con-

firmed that the use of drugs, but in particular those with opioid action, tend to induce an increased intake of nicotine [16-19]. The drug addict smoke more during the assumption of heroin than when they are in substitution therapy with

rinforzo della EC, importanti per sostituire il craving da sigaretta, le medie delle 3 popolazioni sono risultate sovrapponibili (**Tabella 2**). Se considerati i valori più elevati (**Grafico 1**), erano i TD e gli SSS a dare i punteggi più alti di gradimento.

Quando veniva indagata l'efficacia attribuita alla EC nella cessazione del fumo, i valori erano simili ma, sorprendentemente, i TD mostravano di apprezzarne più degli altri le potenzialità, dando ragione di un più frequente uso attuale (**Tabella 2**). I TD davano in percentuale voti medi ed alti più di FIS e SSS (**Grafico 2**). Se si considerava l'autoefficacia, come segnalato in altri studi, i TD ne mostravano sensibilmente meno di SSS, che avevano valori di FTND particolarmente bassi (1 il valore mediano, vs. 6 dei TD e dei FIS) e dei FIS che però erano l'unica popolazione intenzionata a smettere delle 3 (**Tabella 2, Grafico 3**).

methadone. The majority of patients in therapy with methadone and buprenorphine smokes, with a prevalence that oscillate around 80-90% [16-19]. The treatments aimed at the cessation of smoking are traditionally described as bankruptcy, arriving to describe the use of "smoke" products as more problematic for these patients than trying to stop the use of heroin [16-19]. The scientific literature reports, in a manner substantially concordant, that smoke correlates linearly to the dose assumed of opioid therapy, both in the case of methadone, most studied, that of buprenorphine, even if other studies have refuted this direct correlation.

The data from this study confirm that this type of user, in front of a prevalence of smoking among the highest reported, has a level of nicotine dependence rather strong but not extreme according the

Alla domanda che indagava sui tentativi di smettere, TD e SSS davano risposte esattamente sovrapponibili, caratterizzate da nessun tentativo nella metà dei casi. Tre quarti dei FIS aveva invece già provato a smettere (**Tabella 3**).

Conclusioni

Un uso così popolare della EC era da attendersi tra i FIS [6,11] e, per certi versi, tra gli SSS [12-15]; molto meno tra i TD, popolazione poco indagata rispetto l'EC. FIS potrebbero cercare nella EC un aiuto per smettere, evidentemente non trovato (tutti i soggetti considerati erano fumatori attuali) e considerato poco valido: pochi di loro stavano usando anche la EC alla presa in carico dell'ambulatorio del fumo. Stessi dati per gli SSS, caratterizzati da bassa dipendenza all'FTND. L'EC potrebbe essere frutto di curiosità per loro, o una

Tabella 3 Tentativi di smettere di fumare.

Tentativi cessazione fumo	TD	%	FIS	%	SSS	%
N/D	1	1,1	2	2,6	0	0
Mai	50	54,9	21	27,3	50	58,8
1 o più volte	40	44,0	54	70,1	35	41,2
Totale	91	100,0	77	100,0	85	100

prima ricerca di supporto: la metà di essi aveva già tentato di smettere di fumare. È dimostrato che la prevalenza di EC sia maggiore negli studenti fumatori, rispetto ai non fumatori. La prevalenza, nel nostro studio, è risultata molto più alta che in studi americani ed europei [12-15]. A nostro parere, i dati più interessanti ed innovativi riguardano però i TD.

Vari studi controllati hanno confermato che l'uso delle droghe, ma in particolare quelle ad azione oppioide, tendono ad indurre una

aumentata assunzione di nicotina [16-19]. I TD fumano maggiormente nelle fasi in cui assumono eroina rispetto a quando sono in terapia sostitutiva metadonica. La maggior parte dei pazienti in terapia metadonica e buprenorfinica fuma, con prevalenze che oscillano intorno all'80-90% [16-19]. I trattamenti volti alla cessazione del fumo sono tradizionalmente descritti come fallimentari, arrivando a descrivere lo smettere di fumare come più problematico, per questi pazienti, dello smettere con l'eroina

FTND, without substantial differences between males and females and that half of this population have never tried to stop smoking. Furthermore it suggest that the prevalence of use of the EC in this population is 49%.

A significant number of users considered it pleasant. On the question of the effectiveness of the EC numbers begin to fall, because the expectation of becoming a non-smoker wasn't achievable.

Together with this it can be seen that at the time of the administration of the questionnaire only 13 users were using the EC, all together with the cigarette. In the light of these observations it is possible to guess that probably a self-managed use of the EC becomes difficult to be successful in the path toward the reduction of damage because the user may not know how much harm reduction could have a positive impact on its health.

It appears, once more evident, that without a counseling support, a potentially useful little harmful tool as the EC, has few potential to succeed. The interest granted to the instrument by drug addicts and HSS is encouraging; if supported by an action an educational intervention could give fruits unexpected in these two populations, considered, for different reasons, difficult to treat.

It is both paradoxical and regrettable that heroin addicts patients in substitution treatment at the Italian Services for dependencies, if smoking, are substantially neglected on this lethal aspect of their health being potentially able to count on a professionalism certainly higher by their therapists, with regard to tobacco smoke, compared to the psychiatrists of Mental Health Centers, to make an example of a therapeutic environment characterized by high preva-

lence of smoke and low therapeutic offer [20].

This study presents precise limitations that we wish to emphasize. The three groups presented are not comparable tout court between them. Only the smokers were intending to stop. The age is radically different as the distribution by gender (balanced only in the smokers intending to quit). As mentioned, also the levels of FTND were profoundly different. For this reason we have not done a crossing statistical data. According to us this study must be read as the snapshot, with regard to the EC, of three groups, put one beside the other. Everyone will find, we hope, a useful inspiration or confirm what assumed or observed [21].

[16-19]. La letteratura scientifica riporta, in modo sostanzialmente concorde, che il fumo si correla in modo lineare alla dose di terapia oppioide assunta, sia nel caso del metadone, più studiato, che della buprenorfina, anche se altri studi hanno confutato questa correlazione diretta.

I dati di questo studio confermano che questa tipologia di utenza, a fronte di una prevalenza di fumo tra le più alte segnalate, ha un grado di dipendenza da nicotina piuttosto forte, ma non estremo secondo il FTND, senza differenze sostanziali tra maschi e femmine e che la metà di questa popolazione non ha mai tentato di smettere di fumare. Inoltre emerge che la prevalenza d'uso della EC in questa popolazione è del 49%. Un significativo numero di utenti l'ha considerata piacevole, in modo simile ad uno dei pochissimi trial che hanno valutato l'EC come strumento per la cessazione del fumo tra i TD [20]. Alla domanda sull'efficacia della EC i numeri cominciano a scendere, in quanto l'aspettativa di diventare non fumatori non si è realizzata. Insieme a questo dato si rileva che al momento della somministrazione del questionario solo 13 utenti la stavano usando, tutti insieme alla sigaretta. Alla luce di queste osservazioni si può intuire che probabilmente l'utilizzo autogestito della EC diventa difficilmente vincente anche nel percorso verso la ridu-

zione del danno, in quanto l'utente non può sapere quanto la riduzione del danno possa incidere positivamente sulla sua salute.

Appare una volta di più evidente che senza un *counselling* d'appoggio, uno strumento potenzialmente utile e poco dannoso come la EC abbia ridotte potenzialità di successo [20]. L'interesse accordato allo strumento da TD e SSS è incoraggiante; se sostenuto da un'azione di sostegno educativo potrebbe dare frutti insperati in queste 2 popolazioni, ritenute, per motivi diversi, come difficili da trattare.

È paradossale e disdicevole che i pazienti eroinomani in terapia sostitutiva presso i Servizi per le Dipendenze (SerD) italiani, se fumatori, siano sostanzialmente trascurati per questo esiziale aspetto della loro salute potendo potenzialmente contare su una professionalità certamente superiore da parte dei loro terapeuti, riguardo al fumo, rispetto agli psichiatri dei Centri di Salute Mentale, per fare un esempio di un ambiente terapeutico caratterizzato da alta prevalenza di fumo e di scarsa offerta terapeutica.

Questo studio presenta precise limitazioni che teniamo a sottolineare. Le 3 popolazioni presentate non sono confrontabili *tout court* tra loro. Solo i FIS erano intenzionati a smettere. L'età era radicalmente diversa, come la distribuzione per sesso (bilanciata solo nei FIS).

Come accennato, anche i livelli di FTND erano profondamente diversi. Per tale motivo non abbiamo provveduto a fare un incrocio statistico dei dati. Secondo noi questo studio va letto come l'istantanea, riguardo alla EC, di 3 popolazioni, messe una vicino all'altra. Ognuno vi potrà trovare, speriamo, un'utile ispirazione o conferma a quanto ipotizzato o osservato, riguardo ad uno strumento, l'EC, che ha portato innegabili nuove opportunità per ridurre il danno portato dal fumo di sigaretta [21].

Ringraziamenti

Gli AA desiderano ringraziare Francesca Gonzalez per la traduzione in inglese.

[Tabaccologia 2016; 4:24-32]

Anna Pinali, Paola Tomelleri, Eva Cordioli

SerD di Bussolengo, Verona

Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni

Medicina delle Dipendenze, Policlinico dell' Università di Verona

Cristina Biasin, Maristella Zerman

SerD di Zevio, Verona

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

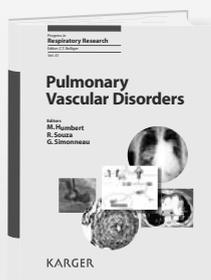
Bibliografia

1. Crowley RA. Electronic Nicotine Delivery Systems: Executive Summary of a Policy. Position Paper From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2015;162:583-584. doi:10.7326/M14-248
2. Brandon TH, Goniewicz ML, Hanna NH, Hatsukami DK, Herbst RS, Hobin JA, Ostroff JS, Shields PG, Toll BA, Tyne CA. Electronic Nicotine Delivery Systems: A Policy Statement From the American Association for Cancer Research and the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2014.59.4465>.
3. G.U. n. 15 del 20-01-2003 – suppl. Ordinario n°5 – Legge 3/2003 – Tutela della salute dei non fumatori.
4. G.U. n. 176 del 29-07-2013 – Ordinanza 26-06-2013.
5. ISS (2012) – Prot. 34955/CSC6 – Richiesta aggiornamento scientifico in merito alla pericolosità delle sigarette elettroniche contenenti nicotina.
6. Pacifici R, Beatrice F. Studio dell'uso assistito di sigaretta elettronica (EC) nella riduzione del danno da tabagismo. *Tabaccologia*, 2014;3-4:31-373.
7. Fagerstrom KO. The epidemiology of smoking. *Drugs*, 2002;62:1-9.
8. Pajusco B, Chiamulera C, Quaglio G, Moro L, Casari R, Amen G, Faccini M, Lugoboni F. Tabacco Addiction and Smoking Status in Heroin Addicts under Methadone vs. Buprenorphine Therapy. *Intern J Environ Res Public Health*, 2012;9:932-942.

The 'Blue Series'

Pinali A et al, *Tabaccologia* 2016, 4:24-32

buy it from MIDIA

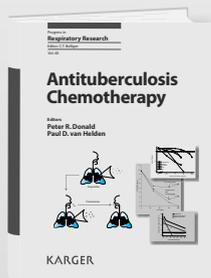


Vol. 41

Pulmonary Vascular Disorders

Editors: M. Humbert (Clamart);
R. Souza (São Paulo);
G. Simonneau (Clamart)
X + 290 p., 82 fig., 21 in color, 45 tab.,
hard cover, 2012

EUR 177.–
ISBN 978–3–8055–9914–6



Vol. 40

Antituberculosis Chemotherapy

Editors: Donald, P.R.;
van Helden, P.D. (Tygerberg)
X + 252 p., 53 fig., 2 in color, 50 tab.,
hard cover, 2011

EUR 157.–
ISBN 978–3–8055–9627–5

'This book is a comprehensive collection of well-written reviews on the treatment of TB. ... the editors are to be congratulated on producing a thoroughly useful reference book which is relevant and readable for both pharmacologists and clinicians treating patients with TB.'

British Journal of Clinical Pharmacology



Vol. 39

New Drugs and Targets for Asthma and COPD

Editors: Hansel, T.T.; Barnes, P.J. (London)
XIV + 310 p., 80 fig., 67 in color, 46 tab.,
hard cover, 2010

EUR 207.–
ISBN 978–3–8055–9566–7

'...For the interested reader, this tertiary text brings together information that would otherwise require extensive research of the primary literature. ... This book is a focused reference, highly recommended for any medical or pharmaceutical library.'

The Annals of Pharmacotherapy

Direttamente a casa tua.

Acquista online sul sito
www.midiaonline.it

MIDIA srl
Tel. 040 372 04 56
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

KARGER

K113236

9. Lugoboni F, Pajusco B, Chiamulera C, Moro L. GICS. Figli di nessuno: Lo smoking-status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva. Confronto con i fumatori della popolazione generale intenzionati a smettere. *Tabaccologia*, 2011;4:16-24.

10. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A. Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Int Emerg Med*, 2007; 2:196-201.

11. DOXA 2010: Il fumo in Italia; OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità: Rome, Italy, 2014.

12. Neff LJ, Arrazola RA, Caraballo RS, Corey CG, Cox S, King BA, Choiniere CJ, Husten CG. Frequency of Tobacco Use Among Middle and High School Students--United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015, 64:1061-1065.

13. Warner KE. Frequency of E-Cigarette Use and Cigarette Smoking by American Students in 2014. *Am J Prev Med*, 2016. doi: 10.1016/j.amepre.2015.12.004. [Epub ahead of print].

14. Fotiou A, Kanavou E, Stavrou M, Richardson C, Kokkevi A. Prevalence and correlates of electronic cigarette use among adolescents in Greece: a preliminary cross-sectional analysis of nationwide survey data. *Addict Behav*, 2015;51:88-92.

15. Saddleson ML, Kozlowski LT, Giovino GA, Goniewicz ML, Mahoney MC, Homish GG, Arora A. Enjoyment and other reasons for electronic cigarette use: Results from college students in New York. *Addict Behav*, 2016;54:33-39.

16. Du WJ, Xiang YT, Wang ZM, Chu Y, Zheng Y, Luo XN, Cai ZJ, Ungvari GS, Gerevich J. Socio-demographic and clinical characteristics of 3129 heroin users in the first methadone maintenance treatment clinic in China. *Drug Alcohol Depend*, 2008;94:158-164.

17. Elkader AK, Brands B, Selby P, Sproule BA. Methadone-nicotine interactions in methadone maintenance treatment patients. *J Clin Psychopharmacol*, 2009;29:231-238.

18. Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction*, 2002;97:1317-1328.

19. Clemmey P, Brooner R, Chutuape AM, Kidorf M, Stitzer M. Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance population. *Drug Alcohol Dependence*, 1997;44:123-132.

20. Stein MD, Caviness C, Grimone K, Audet D, Anderson BJ, Bailey GL. An Open Trial of Electronic Cigarettes for Smoking Cessation Among Methadone-Maintained Smokers. *Nicotine Tob Res*, 2015; Dec 28. pii: ntv267. [Epub ahead of print]

21. Sarewitz D. Allow use of electronic cigarettes to assess risk. *Nature*, 2014;512:349.

Il problema del fumo nelle carceri

The problem of smoking in prisons

Giovanni Pistone, Vincenzo Zagà, Liborio M. Cammarata

Riassunto

Il divieto di uso del tabacco negli Istituti di pena è una pratica legislativa che si sta diffondendo nel mondo alla luce del fatto che questa condizione migliora la qualità dell'ambiente carcerario e della vita di chi in quell'ambiente lavora o sconta una pena. Considerando che il tabagismo è una dipendenza patologica e che in generale il tasso di fumatori tra i detenuti è molto alto, occorre considerare che spesso il rispetto del divieto genera problematiche da affrontare con un approccio diagnostico-terapeutico mirato unitamente ad un chiaro rispetto delle regole. La letteratura suggerisce che i vantaggi riscontrati nei luoghi di pena ove il divieto è in vigore sono tanto più significativi quanto più esso interessa l'uso del tabacco "in toto" sia all'interno che nelle pertinenze del carcere, quando vi è una forte vigilanza per farlo rispettare e quando sono svolte azioni di contrasto al mercato nero. Infine, quando presenti, i programmi di disassuefazione svolti all'interno delle prigioni rafforzano e facilitano il rispetto del divieto tra i detenuti.

Parole chiave: Carceri, fumo di tabacco, fumo passivo, divieto di fumo, smettere di fumare.

Abstract

Cigarette smoking ban in prisons is a very common legal procedure which is spreading worldwide in the light of the fact that this condition gives higher quality to the prison environment and to life of those who work or who serve a sentence in that context. Considering that daily smoking is a pathological dependence and that generally the prevalence of smokers among convicts is very high, it must be considered that often compliance with the ban is an issue that must be taken in account by means of a diagnostic and treatment approach together with a clear enforcement of the rules. Scientific literature suggests that when rules are enforced either indoor and outdoors of the prison compound, when there always is a strong supervision upon the rules, and when there is a strong counter action against black marketing, there are many significant advantages. Finally, when available, smoking cessation programmes strengthen and enhance compliance with the ban among inmates.

Keywords: Prisons, tobacco smoking, secondhand smoke, smoking ban, smoking cessation.

Introduzione

Da alcuni anni sono state emanate ed adottate in diversi Paesi del mondo leggi e dispositivi governativi che contrastano il fumo di tabacco nei luoghi pubblici e negli ambienti di lavoro. Tale trend appare in costante crescita, considerato che l'evidenza scientifica mostra come tali condizioni proteggano centinaia di milioni di persone dagli effetti del fumo passivo. Una recentissima revisione, effettuata su ben 77 trials ed espressione di aggiornamento dei dati di un analogo studio condotto nel 2010 [1,2], ha consolidato l'evidenza che i divieti

legislativi di fumare nei luoghi chiusi hanno apportato miglioramenti sensibili nella salute pubblica, soprattutto per quanto riguarda le cardiopatie ischemiche, mentre non si sono ottenuti i risultati attesi riguardo alla mortalità perinatale ed alla prevalenza dei tabagisti sul territorio. Un editoriale della Redazione di Lancet [3], espone i dati provenienti da un esteso report britannico realizzato dal Royal College of Physicians and Paediatrics sull'inquinamento ambientale ove si sottolinea l'enorme impatto del fumo di sigaretta sulla qualità dell'aria e le significative ricadute sulla

salute pubblica, soprattutto delle generazioni future.

Tuttavia esistono ancora dei punti controversi. Le carceri ad esempio, sono non solo luoghi di lavoro ma anche vere e proprie abitazioni per persone costrette a viverci per un più o meno lungo periodo di tempo. Tali istituti rappresentano quindi una sorta di "frontiera" ove tali leggi sono applicate talora con riserve e difficoltà, poiché si prestano a dei comprensibili contenziosi tra fumatori intenzionati a continuare ed i non fumatori, gli ex-fumatori o i fumatori intenzionati a smettere di usare il tabacco. Però,

se da una parte è facilmente intuibile come la materia del "divieto" in luoghi così particolari e carichi di connotati specifici rispetto agli altri dia adito a diversi tipi di lettura e di riflessione, non bisogna dimenticare che essa riguarda non solo i detenuti e lo staff penitenziario ma anche il concetto di salute pubblica, considerando che non si tratta di una popolazione da ascrivere ad una categoria a sé stante, ma ad un contesto comunitario.

Perché le prigioni smoke-free?

Il divieto di fumo negli Istituti penitenziari è principalmente legato alla necessità di proteggere detenuti e lavoratori non fumatori dagli effetti del fumo passivo. Nel 1993 la Corte Suprema USA ha dichiarato che un detenuto non fumatore costretto a subire il fumo passivo durante la sua carcerazione è sottoposto ad una "punizione crudele e inusuale" che va oltre l'espiazione della pena prevista e che viola i diritti del prigioniero contenuti nell'Ottavo Emendamento. Stessa condizione, anche se in base ad aspetti diversi, può essere invocata da coloro che lavorano negli Istituti. La FCTC dell'OMS, ovvero la convenzione che sintetizza ed aggiorna la Legge Quadro sulla salute pubblica, nell'articolo 8 [4], identifica i Governi delle Nazioni come tutori diretti della salute pubblica rispetto alle azioni del fumo passivo nei luoghi pubblici chiusi, nei mezzi di trasporto e nei luoghi di lavoro. Quando i Paesi aderenti a tale convenzione hanno unanimemen-

te adottato a partire dal 2007 tali raccomandazioni, hanno anche focalizzato l'attenzione sull'obbligo di fornire una protezione "universale" in posti particolari "...*Grande attenzione deve essere rivolta ai luoghi di lavoro che sono anche abitazioni coatte per particolari categorie di persone come gli istituti di igiene mentale, le case di riposo ed i luoghi di detenzione. In questi posti dev'essere fornita protezione ai non fumatori che sono costretti a viverci per lavoro o per l'espiazione della pena e dev'essere incoraggiata la cessazione del fumo nei soggetti fumatori sufficientemente motivati a smettere...*". Nel mondo i detenuti "ufficiali" sono circa 10 milioni, con un'alta prevalenza di fumatori, compresa tra il 64 e l'92% a seconda del Paese tra USA, Australia ed Europa [5] (in Italia circa il 70%, contro il 20,5% circa della popolazione generale). L'alta prevalenza di fumatori sembra correlata all'elevato tasso di disturbi mentali, presente nell'80% dei casi in Inghilterra e che va dalle sindromi ansioso-depressive alle depressioni maggiori fino a disturbi di personalità più o meno gravi [6], al basso ceto sociale di provenienza ed al mediocre livello culturale medio. Tra le mura della prigione, dove i detenuti e gli agenti di Polizia Penitenziaria passano la maggior parte delle loro giornate e dove la ventilazione è talora insufficiente, il rischio degli effetti del fumo passivo è notevole. La carcerazione appare di per sé essere una condizione che conduce i non fumatori o gli ex fumatori ad iniziare ad usare tabacco così come i fumatori ad incrementare il numero di sigarette quotidiane fumate. Peraltro, come è vero che ogni forma di dipendenza non si cura mai veramente con il divieto di praticarla, sembra quasi un paradosso che i luoghi di detenzione, rappresentino dei setting quasi ideali per promuovere la smoking cessation attraverso dei programmi di disassuefazione, che avrebbero ricadute positive anche sulla salute pubblica, considerando che la mag-



gior parte dei detenuti una volta scontata la pena, torneranno liberi cittadini. Gli altri vantaggi del divieto sono legati al miglioramento della salute dei detenuti fumatori, alla riduzione dei contenziosi legali e del rischio di incendi, al decremento dei costi sanitari nelle prigioni riferibili a patologie fumo-correlate così come all'abbassamento dei costi assicurativi.

Effetti positivi delle azioni smoke-free nelle carceri

Per suffragare oggettivamente gli intuibili benefici del divieto di fumo sono stati condotti degli studi che hanno indagato la questione rispetto a diversi punti di vista. In uno di questi, condotto tra il 2001 ed il 2011 e che ha raccolto dati provenienti da tutte le carceri statunitensi, è stata rilevata una significativa riduzione della mortalità intracarceraria attribuibile al fumo [7]. Le più comuni cause correlate sono il cancro del polmone, le ischemie cardiache ed altre cardiopatie, cerebrovasculopatie ed insufficienza respiratoria legata ad ostruzione/restrizione bronchiale cronica. La mortalità corretta per età e gli anni di vita potenzialmente persi a causa del fumo sono risultati essere 360 e 5149/100.000 rispettivamente, valori significativamente più alti di quelli rilevati negli studi epidemiologici della popolazione statunitense generale. Il tasso di mortalità è risultato nettamente minore negli anni di istituzione del divieto parziale (possibilità di fumo negli spazi aperti) con ulteriore riduzione del 9% quando



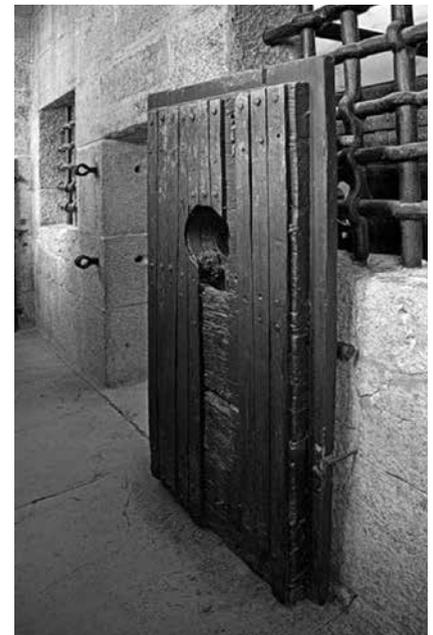
il divieto è stato totale, anche inteso come utilizzo di *tutti* i prodotti del tabacco. Questo testimonia come il divieto di fumo nelle carceri è notevolmente utile a ridurre la mortalità fumo correlata e ciò a prescindere dal fatto che i detenuti ritornino a fumare una volta scontata la loro pena. Anche se non è possibile eseguire un follow up sugli ex detenuti, per seguirne l'iter tabaccologico, è ipotizzabile che una quota di essi possa sfruttare il divieto rispettato in carcere per continuare a non usare tabacco anche dopo la scarcerazione con ricadute positive sulla salute dei propri familiari ed amici non fumatori e sulla comunità. In un altro lavoro condotto nella Carolina del Nord è stata presa in considerazione la qualità dell'aria dell'ambiente carcerario, valutandola attraverso la quota di particelle di particolato sospese respirabili. Tale quota si è ridotta del 77% dopo alcuni mesi dall'introduzione del divieto di fumo [8]. Altri studi condotti in Nuova Zelanda e negli USA [9] hanno confermato questa tesi, dimostrando miglioramenti sensibili della qualità dell'aria respirata dai detenuti, con minori possibilità di sviluppare patologie correlate al fumo passivo. Ridurre il numero di fumatori ha anche, per le ragioni sopra esposte, innegabili vantaggi sulla spesa sanitaria, con un ritorno positivo (circa il 25%) della spesa eventualmente sostenuta per l'offerta di supporti psico-farmacologici alla disassuefazione dal tabacco. In Nuova Zelanda è stato calcolato un risparmio di spesa, legato all'introduzione del divieto, di circa 113 milioni di dollari all'anno. Altro risparmio è legato anche al ridotto rischio di incendi ed ai ridotti costi di pulizia degli ambienti. Da un punto di vista legale, è registrabile anche una riduzione significativa dei contenziosi e delle azioni legali promosse (e in diversi casi vinte) da non fumatori nei confronti dei Governi per i danni da fumo passivo subiti in modo costringente nel luogo di detenzione. È vero che anche i fumatori possono fare ricor-

so contro il divieto, invocando la violazione dei propri diritti e gli effetti negativi della mancanza della sigaretta (ad esempio sull'umore, sul sonno e sull'appetito), ma parte della letteratura disponibile in merito evidenzia come i contenziosi tendano a risolversi a favore dei non fumatori e dell'applicazione del divieto.

Il carcere può essere il posto giusto per smettere di fumare?

L'uso del tabacco è parte integrante della cultura carceraria poiché aiuta a gestire le situazioni di stress e permette di ottenere vantaggi tra pari come preziosa merce di scambio. Sembrano esservi dei fattori di rischio indipendenti che rendono più difficoltosa l'aderenza alle disposizioni legislative e che vanno ben al di là della semplice "protesta". Tra questi, particolare importanza rivestono: gravi traumi infantili (alcolismo e malattie psichiatriche in famiglia, abusi sessuali), tratti personologici di impulsività, abbandono da parte dei genitori, divorzio dei genitori [10]. Per questi ed altri motivi prima citati la semplice imposizione di un divieto di fumo all'interno delle car-

ceri non è risolutivo, poiché la maggior parte dei detenuti non interiorizza la necessità di dismettere una dipendenza ma solo di obbedire ad un regolamento vigente per la durata della loro permanenza in prigione al fine di evitare sanzioni o eventuali allungamenti della pena. Molti di loro riprenderanno quasi sicuramente a fumare una volta rilasciati e l'impatto della loro temporanea disassuefazione su sé stessi e sui loro familiari/amici/colleghi (quindi sulla salute pubblica) sarà nella maggior parte dei casi poco incisivo, considerando anche che molti di loro non potranno essere valutati per un follow-up a lungo termine. Il divieto di fumare ed il conseguimento di una vera e propria disassuefazione non sono la stessa cosa. Esistono però evidenze di come molti detenuti fumatori, al contrario, vorrebbero approfittare del loro periodo di forzata astensione dal fumo per conseguire una definitiva disassuefazione, proprio perché il carcere rappresenterebbe paradossalmente un ambiente "protetto" da situazioni e persone che hanno contribuito a generare la loro dipendenza. Essi riconoscono, esattamente come tutti i fumatori, i rischi legati al tabacco ed i benefici di un ambiente e



di una vita smoke-free, vorrebbero smettere, ma non hanno spesso la forza per mantenere l'astensione proprio perché non hanno mai avuto modo né di elaborare il loro rapporto con le sigarette né di imparare ed utilizzare strategie diverse all'uso del tabacco in quelle condizioni stressogene predisponenti alla perpetuazione della loro dipendenza [11]. In tal senso, questi trials condotti nelle prigioni australiane, statunitensi e polacche hanno esaminato la motivazione a smettere dei detenuti ed hanno mostrato come il carcere rappresenti un setting quasi ideale per condurre adeguati programmi gratuiti di disassuefazione basati sulla psicoterapia e sull'uso di farmaci validati scientificamente per la cessazione [12,13]. Tali programmi sono però poco diffusi ed addirittura in alcuni casi a pagamento (!) [14]. Uno studio-pilota condotto nel 2006 considerò un intervento integrato su detenuti composto da brevi sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale ed impiego di NRT (Nicotine Replacement Therapy) associati a bupropione e registrò un'astensione da prodotti di tabacco nel 40% dei soggetti arruolati fino a 5 mesi dall'inizio della terapia [15]. Un lavoro analogo, ma con risultati meno promettenti, fu condotto impiegando la nortriptilina vs placebo [16]. È chiaro che i percorsi di ausilio nel conseguimento della disassuefazione hanno lo scopo di limitare i danni su chi non intende smettere di fumare, per evitare il proliferare del mercato nero e della crescita delle tensioni tra detenuti, ma sarebbero mirati ad aiutare coloro che desiderano conseguire un vero affrancamento dalla dipendenza. Peraltro, Kauffman e coll. hanno evidenziato come il divieto totale di uso del tabacco in prigione è a volte seguito da percorsi brevi di supporto, che però cessano dopo il primo quadrimestre di transizione. In tal modo molti dei detenuti a causa di questa immatura interruzione del programma, sono destinati a patire l'astinenza e, comunque, a riprendere a fumare una

volta scontata la pena, costituendo di fatto un'occasione perduta per la salute pubblica [12]. Per organizzare questi percorsi è indispensabile però tenere conto del fatto che anche in carcere vi sono dei fattori stressogeni psicofisici di varia natura, rispetto al normale habitat del detenuto, come la temporanea/definitiva perdita della libertà, la convivenza forzata con fumatori o comunque con persone sgradite, l'affiorare di ricordi della vita "esterna" al carcere, la rabbia contro persone o situazioni che hanno in qualche modo contribuito a determinare la carcerazione e così via. L'aiuto strutturato va quindi "ritagliato" quasi su misura in base alle caratteristiche personali del detenuto e fornendo una terapia psicofarmacologica monitorata ed erogata da operatori possibilmente esterni all'ambiente carcerario [17]. Quest'ultimo aspetto è suggerito per evitare squalificanti conflitti con i detenuti derivati da coesistenti motivazioni di interazione [11]. I programmi di disassuefazione potrebbero essere somministrati di default pochi mesi prima della scarcerazione a tutti i detenuti che hanno comunque conseguito l'astinenza. Questo sembrerebbe accrescere le possibilità di mantenere tale status anche dopo il ritorno nella comunità [18]. Altro aspetto da tener presente nell'astensione forzata da un divieto è la motivazione a smettere. Nel 2003, Cropsey e coll. [19] hanno evidenziato come, in una popolazione carceraria di 314 soggetti, coloro che si trovavano in uno stadio contemplativo e, soprattutto, pre-contemplativo secondo il modello di Prochaska-DiClemente, avevano nettamente più difficoltà a conseguire e mantenere l'astinenza da tabacco, rispetto a coloro che si trovavano in stadi di propensione migliore al cambiamento. Questo testimonia ancora una volta che il divieto in un ambiente come il carcere non può passare come un semplice "rullo compressore" su tutti, ma per evitare conflitti e sofferenze dev'essere accompa-

gnato da supporti forniti da operatori specializzati. La stessa Autrice [20] ha indagato il comportamento di 188 detenuti maschi fumatori dopo l'istituzione di un divieto di fumo, basandosi sulla dipendenza da nicotina (indagata con il test di Fagerstrom) e sullo stato di stress del singolo soggetto. Il 76% di essi aveva continuato a fumare nonostante il divieto e lo stress così come la dipendenza fisica si erano rivelati fattori predittivi significativi per l'outcome seguito al dispositivo di divieto. Ciò avvalorava ancora di più l'utilità di una azione mirata e supportiva, non totalizzante ed invasiva, su coloro che sono improvvisamente costretti a non fumare. Sembra inoltre che coinvolgere direttamente detenuti e staff di un carcere in un'indagine riguardante la loro attitudine a smettere di fumare, cercando di capirne motivazione e caratteristiche prima di imporre un divieto di uso del tabacco, sottolineando i vantaggi della disassuefazione sia sulla qualità di vita in carcere che sulla salute pubblica in generale, possa favorire maggiormente l'osservanza da parte di coloro che a questo divieto devono soggiacere, quasi che renderli parte integrante di una fase preparatoria in cui ognuno possa esprimere i propri punti di vista diventando un elemento di miglior accettazione di una disposizione *comunque* da rispettare [21]. Antesignana della cosiddetta "medicina di genere", la Cropsey [22] ha poi puntato l'obiettivo su un campione di detenute (866 donne) per evidenziare un ulteriore aspetto del problema: le caratteristiche del soggetto femminile carcerato in relazione al fumo ed alla motivazione a smettere. Il 74% di quel campione era composto da fumatrici e, di queste, il 65% era disposto a smettere di fumare spontaneamente purché supportato da un programma specifico. Ciò in funzione del fatto che le donne hanno mostrato una maggiore percezione, rispetto ai detenuti maschi generalmente inseriti in altri studi simili, della possibilità di sviluppare od aggravare

malattie tabacco-correlate, del bisogno di migliorare la qualità del luogo di detenzione e di avere la possibilità di condurre gravidanze libere da fattori di rischio per sé e per il feto e senza quelle difficoltà di concepimento cui talvolta il tabagismo contribuisce [23].

Difficoltà ad applicare i divieti

Considerata l'alta percentuale di fumatori tra i detenuti, applicare dei divieti parziali (ad esempio fumare all'aperto) comporta problemi di gestione non indifferenti come già evidenziato anni fa in Australia e Canada. I soggetti possono avere con sé le sigarette, usandole solo in luoghi e tempi molto limitati e solo quando il clima permette di fruire degli spazi aperti. Esse sono persone non avviate ad un vero e proprio percorso di disassuefazione e non hanno neanche un divieto totale che le allontana significativamente dalla sigaretta. È evidente come durante il resto della giornata o quando il clima è inclemente, soffriranno di sintomi o segni astinenziali psico-fisici che renderanno più difficile l'osservanza del divieto. In diverse prigioni, inoltre, chi dovrebbe vigilare non applica le dovute sanzioni sui trasgressori: ad es. in uno studio condotto nel Quebec nel 2011, ben il 58% dei detenuti colti a fumare dove vietato non sono stati per nulla puniti, sdoganando anche tra gli altri prigionieri fumatori la trasgressione del divieto. I temuti disordini legati a "rivolte" di fumatori privati in modo coatto del loro oggetto di dipendenza non sono risultati invece particolarmente diffusi e sostanzialmente trascurabili [24]. Il contrabbando di tabacco ed il mercato nero sembra invece essere il problema principale delle prigioni ove vige il divieto di fumo. Fiorisce rapidamente tra i fumatori astinenti e determina la creazione di obblighi, favori, gerarchie e poteri, indebitamenti di tipo economico. I detenuti dispongono infatti di pochi soldi per l'acquisto di beni allo

spaccio del carcere, quindi il reperimento e l'acquisto delle sigarette spacciate da pari o membri dello staff "compiacenti" comporta l'esposizione a rischi e l'esborso di cifre notevolmente superiori a quelle che si spenderebbero normalmente per un pacchetto. Il tabacco diventa una merce di scambio preziosissima e costosissima non solo in termini strettamente economici. Uno studio condotto nel 2007 (25) in una prigione americana ha evidenziato come il prezzo di un pacchetto introdotto da un agente di polizia penitenziaria potesse raggiungere anche i 50 dollari che si trasformavano in 200-500 dollari quando rivenduti ad altri detenuti meno "infiltrati"! Il mercato nero può essere favorito dalla struttura architettonica dell'istituto di pena (che contiene luoghi "ciechi" dove praticare lo spaccio e dove nascondere le sigarette irregolarmente introdotte), dai movimenti consentiti ai detenuti dentro e fuori il carcere, dal grado di corruzione degli operatori del carcere (che, se alto, non si controllano tra loro) e, soprattutto, dal livello di vigilanza imposto dai direttori del carcere per l'osservanza del divieto [26]. Lo stress dell'astinenza di soggetti con alto grado di dipendenza dal tabacco o con malattie psichiatriche associate può essere aggirato dai già citati programmi di supporto, dalla dispensazione di prodotti a base di nicotina e da un'assistenza psichiatrica specifica per mitigare i sintomi ed i segni di astinenza in questi particolari soggetti. L'uso della sigaretta elettronica in casi selezionati potrebbe costituire una potenziale soluzione che necessita di studi dedicati.

Azioni dei principali paesi... e l'Italia?

In Inghilterra, anche se in diverse prigioni a partire dal 2013 sono state adottate politiche antitabagiche, il Ministro della Giustizia (aprile 2014) ha dichiarato che la valutazione del rischio continuerà ad essere presa in considerazione

per lo sviluppo e l'applicazione di politiche di divieto totale di fumo in tutte le carceri del Regno Unito. Negli USA le leggi smoke-free sono state adottate sin dagli anni '90. Oggi, tutte le 105 prigioni federali applicano il divieto di fumo completo nei locali interni degli Istituti. Nell'aprile 2014, 20 dei 50 Stati hanno varato dei divieti legislativi sia all'interno che all'esterno delle carceri, vietando l'uso di tutti i prodotti del tabacco, anche quelli non fumati. L'adattamento alla nuova cultura anti-fumo è stato significativamente rapido: nel 1986 il 53% delle prigioni statunitensi distribuiva gratuitamente tabacco ai detenuti; nel 2007 in nessuna prigione vigeva più questa regola e ben il 60% degli Istituti applicavano norme smoke-free [1]. In soli 21 anni questo cambiamento quasi radicale è stato possibile in un Paese dove c'è il più alto numero di carcerati nel mondo ed in gran parte senza il supporto di farmaci o di trattamenti specifici di disassuefazione sui prigionieri. In Canada le prigioni federali hanno adottato i divieti di fumo nei locali interni a partire dal 2006, oggi il divieto è totale sia negli interni che nelle pertinenze esterne [27]. In Nuova Zelanda le prigioni sono totalmente smoke-free su tutto il Territorio dal luglio 2011 [28]. A dimostrare che l'impatto di questa nuova politica risente della cultura dell'intera popolazione, in un report del 2012 il Governo di quel Paese evidenziava come il divieto di fumo fosse stato accolto senza particolari problemi dalla grande maggioranza dei detenuti e dei lavoratori di quei luoghi di pena, con un rapido e significativo miglioramento di patologie riferibili al fumo passivo [8]. In Australia alcune regioni stanno implementando le politiche anti-fumo, a partire da quelle settentrionali nel luglio 2013. Gli altri Stati (Queensland, Australia del Sud e Tasmania) si sono adeguati a queste politiche tra il 2014 ed il 2015. Uno studio condotto in Germania [29] su 1285 detenuti di 15 prigioni, all'epoca in cui si poteva

fumare in cella, ha evidenziato come le politiche di divieto fossero fortemente auspicate dai detenuti, sia fumatori che non fumatori, cercando i primi un input per tentare/iniziare un percorso di disassuefazione dal tabacco ed i secondi una migliore qualità dell'aria [30]. Nonostante tali auspici, gli interventi di supporto per conseguire tale obiettivo sembrano essere a tutt'oggi poco diffusi in quel Paese. L'Italia, ha individuato e posto in essere, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, una serie di interventi legislativi per la lotta al tabagismo. L'incipit fu dato attraverso la legge n. 584 dell'11 novembre 1975 "Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico", che stabiliva il divieto di fumo nelle corsie degli ospedali, nella aule scolastiche, nelle sale d'attesa delle stazioni, nei locali chiusi adibiti a riunioni pubbliche, nei cinema e nelle sale da ballo, successivamente esteso, con la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 dicembre 1995, anche ai locali della pubblica amministrazione, delle aziende pubbliche e private destinati al ricevimento del pubblico. La cosiddetta legge Sirchia (n. 3 art 51 del 2003) e successive integrazioni (D.P.C.M. del 23/12/2003 e punti 2.3 e 2.4 dell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2004), estendeva il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, agli esercizi commerciali e di ristorazione, ai luoghi di svago prevedendo la facoltà di predisporre dei locali riservati ai fumatori. Il Consiglio dei ministri del 9 settembre 2013, ha approvato il decreto-legge in materia di scuola e università in cui sono state inserite le disposizioni contenute nel disegno di legge Lorenzin, varato in Consiglio dei ministri il 26 luglio, riguardante il divieto di fumo negli ambienti chiusi e aperti, di pertinenza delle scuole di ogni ordine e grado, ovvero cortili, parcheggi, impianti sportivi ed è di un mese fa il de-

creto che sancisce il divieto di fumo nelle auto con bimbi o donne in gravidanza e nelle pertinenze esterne di Ospedali e luoghi di cura. Si vince come già nel 2003 la legislazione italiana si sia occupata del divieto di fumo in carcere. L'applicazione di tali dispositivi è invece contraddistinta da luci ed ombre ed è tutt'ora disomogeneamente osservata negli Istituti Penitenziari del Territorio Nazionale. Rende conto di tale situazione l'interrogazione senatoriale n. 3-00387 durante la seduta n. 396 del 19/2/2015 [31], nella quale il rappresentante del Governo evidenzia come buona parte delle normative riguardanti il contrasto al fumo nelle carceri sia disattesa per un presunto rischio di destabilizzazione interna tra i detenuti così come per il mancato adeguamento delle strutture penitenziarie dal punto di vista edilizio e dell'areazione degli spazi chiusi per permettere una migliore applicabilità delle normative vigenti. Tutto questo per tacere della grande possibilità di sfruttare il periodo di detenzione, come detto prima, per promuovere la disassuefazione attraverso percorsi supportivi assistiti offerti gratuitamente dal SSN utilizzando il Personale di Strutture insistenti sul Territorio (es. i Centri di Trattamento del Tabagismo). In seguito a ciò, in molti casi sia gli operatori penitenziari che i detenuti non fumatori possono essere esposti al fumo passivo. Già nel 1999 da un'altra interrogazione parlamentare del SAPPE [32] risultava che il Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria (DAP) avesse emanato circolari applicate con molta difficoltà anche a causa del sovraffollamento degli istituti di pena. È chiaro che tale stato di cose, finché persistente, espone al rischio potenziale di contrarre od aggravare patologie fumo-correlate sia gli agenti di Polizia Penitenziaria che i detenuti non fumatori. Infine, molto utili sarebbero in Italia degli studi di valutazione analoghi a quelli già svolti od in corso di svolgimento negli altri Paesi e sopra citati.

Conclusiones

Il divieto di fumo nelle carceri, anche se non scivolo da miglioramenti apportabili a seconda delle situazioni, contiene in sé numerosi e significativi elementi di positività sulla salute di coloro che vivono il carcere e, potenzialmente, su quella pubblica. Alcuni Paesi come la Nuova Zelanda, il Canada e gli USA, tra i primi ad adottare tali politiche ed ove gli effetti del divieto sono stati indagati attraverso studi condotti nell'ultimo quindicennio, evidenziano come tale condizione sia più facilmente accettabile e praticabile tra i detenuti se essi sono supportati da programmi di disassuefazione gratuiti e sono coinvolti preventivamente nell'attuazione e pianificazione del divieto, se le trasgressioni sono realmente punite, se il mercato nero è efficacemente contrastato, se il divieto di fumo è totale e non parziale, investendo anche le pertinenze esterne al luogo di detenzione. La letteratura esistente mostra come i benefici sulla salute psico-fisica, sulla qualità di vita, sulla qualità dell'aria e sulla condizione sociale ed economica dei detenuti e degli operatori degli Istituti Penitenziari siano significativamente superiori ai potenziali fattori negativi correlati ad un divieto che oggi più che mai appare di indispensabile applicabilità anche in un carcere.

[*Tabaccologia* 2016; 4:33-39]

Giovanni Pistone

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

Vincenzo Zagà

Pneumologo Bologna, Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

Liborio M. Cammarata

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

Corresponding author:

Giovanni Pistone

✉ pistone.giovanni@gmail.com

Bibliografia

1. Frazer K, Callinan JE, Mchugh J et al. Does legislation to ban smoking reduce exposure to secondhand smoke and smoking behaviour? *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016.
2. Callinan JE, Clarke A, Doherty K et al. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010; 14 (4): CD005992.
3. The Lancet Editorial Board. Air pollution: consequences and actions for the UK, and beyond. 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736\(16\)00551-1](http://dx.doi.org/10.1016/50140-6736(16)00551-1).
4. WHO FCTC. Article 8 and its guidelines: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf.
5. Ritter C, Stover H, Levy M et al. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. *J. Pub. Health Pol.* 2011;32(1):32-45.
6. Royal College of Physicians and of Psychiatrists. Smoking and mental health. London RCP 2013.
7. Binswanger IA, Carson EA, Krueger PM. Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: population based retrospective analysis. *BMJ* 2014; 349: g4542.
8. Proescholdbell SK, Foley KI, Johnson J. Indoor air quality in prisons before and after implementation of a smoking ban law. *Tobacco Control* 2008;17:123-127.
9. Collinson L, Wilson N, Edwards R et al. New Zealand's smoke-free prison policy appears to be working well: one year on. *New Zealand Medical Journal* 2012; 125 n. 1357.
10. Papadodima SA, Sakelliadis EI, Sergeantanis TN et al. Smoking in prison: a hierarchical approach at the cross road of personality and childhood events. *European Journal of Public Health* 2009;20(4):470-474.
11. Kauffman RM, Ferketich AK, Murray DM et al. "Tobacco use by male prisoners under an indoor smoking ban". *Nicotine Tobacco Research* 2011 doi: 10.1093/ntr/ntr024.
12. Kauffman RM, Ferketich AK, Wewers ME. Tobacco policy in American prisons, 2007. *Tobacco Control* 2008;17:357-360.
13. Sieminska A, Jassem E, Konopa K. Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland. *BMC Public Health* 2006;6: 181-190.
14. Butler T, Richmond R, Belcher J. Should smoking be banned in prisons? *Tobacco Control* 2007;16:291-293.
15. Richmond R, Butler T, Belcher J et al. "Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi-component intervention." *Aust. N.Z. J Public Health* 2006;30:474-478.
16. Richmond R, Indig D, Butler T. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention conducted among prisoners. *Addiction* 2012;108:966-974.
17. Richmond R, Butler T, Wilhelm K. Tobacco in prisons: a focus group study. *Tobacco Control* 2009; 18:176-182.
18. Clarke JG, Stein LAR, Martin RA et al. Forced smoking cessation is insufficient to promote prolonged abstinence. *JAMA Intern Med.* 2013;173:789-794.
19. Cropsey KL, Kristeller JL. Motivational factors related to quitting smoking among prisoners during a smoking ban. *Addictive Behaviors* 2003;28:1081-1093.
20. Cropsey KL, Kristeller JL. The effects of a prison smoking ban on smoking behavior and withdrawal symptoms. *Addictive Behaviors* 2005;30:589-594.
21. Ritter C, Elger BS. Second-hand tobacco smoke in prison: tackling a public health matter through research. *Public Health* 2013;127:119-124.
22. Cropsey KL, Eldridge GD, Ladner T. Smoking among female prisoners: an ignored public health epidemic. *Addictive Behaviors* 2004;29:425-431.
23. Eldridge GD, Cropsey KL. Smoking bans and restrictions in U.S. prisons and jail: consequences for incarcerated women. *Am J Prev Med* 2009;37(2S):179-180.
24. American Nonsmokers Rights Foundation. 100% smoke-free and tobacco-free correctional facilities. 2014.
25. Lankenau SE. Smoke 'em if you got 'em: cigarette black markets in US prisons and jails. *Prison Journal* 2001;81: 142-161.
26. Hammond SK, Emmons KM. Inmate exposure to secondhand smoke in correctional facilities and the impact of smoking restrictions. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* 2005;15:205-211.
27. Lasnier B, Cantinotti M, Guyon L et al. Implementing an indoor smoking ban in prison: enforcement issues and effects on tobacco use, exposure to second-hand smoke and health of inmates. *Can J Pub Health* 2011;102 (4):249-253.
28. Gautam J, Glover M, Scott A et al. Smoke-free prisons in New Zealand: maximising the health gain. *New Zealand Medical Journal* 2011; 124 n. 1337.
29. Buth S, Stover H, Ritter C. Tobacco prevention in prisons. *Suchttherapie* 2013;14(4):160-169.
30. Voglewede P, Noel N. Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail. *Addictive Behaviours* 2004;29(2):343-348.
31. Senato della Repubblica Legislatura 17 seduta n. 396 del 19/2/2015 Atto di Sindacato Ispettivo n. 3-00387.
32. Sindacato Polizia Penitenziaria (SAPPE): Fumo passivo in carcere: D'Ambrosio Lettieri, interrogazione parlamentare. www.poliziapenitenziaria.it/dblog/stampa_blog.asp?articolo=1999.

Lettera aperta al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin

“Riduzione del danno?” Insidia che nasconde operazioni commerciali. Dura opposizione degli esperti europei

Biagio Tinghino

In questi giorni le multinazionali produttrici di sigarette sono impegnate, in Italia e in Europa, a far passare l'idea che le “nuove forme” del consumo di tabacco siano meno pericolose e perciò vadano sostenute con una tassazione bassa. Sono state le proposte avanzate al Global Tobacco and Nicotine Forum tenutosi a Brussels dal 27 al 29 settembre scorso, e al Workshop della European House-Ambrosetti, tenutosi a Roma il 28 settembre.

Va ribadito che il fumo di sigaretta è la prima causa di morte evitabile in Occidente, ma questo non giustifica l'informazione superficiale sulle “alternative meno dannose”. “Le multinazionali” – ha dichiarato il Dr. Tinghino, presidente della Società Italiana di Tabaccologia – *non pensano alla riduzione del danno, ma all'aumento dei profitti*. Profitti che rischiano di sfuggire alle multinazionali se la gente smette di fumare, così le industrie immet-

tono sul mercato forme diverse di consumo, capaci di conquistare le fette di mercato dei giovani e di quanti sarebbero motivati a farla finita con le sigarette.

Sulla base degli studi finora disponibili, la Società Italiana di Tabaccologia si esprime in modo molto prudente sulla cosiddetta *harm reduction*. Il punto è che bisogna distinguere le strategie di cura dalle comunicazioni date alla popolazione generale, ciò che decide lo

Società scientifiche, associazioni, esperti aderenti al documento

DCS, Danish Cancer Society

Niels Them Kjaer, Head

EFA, European Federation of Allergy and Airways Diseases Patient's Associations

Austrian Council on Smoking and Health

MR. Dr. Kurt AIGNER, FCCP em. President

NTAKK Lithuanian National Tobacco and Alcohol Control Coalition

DNF, Droits des Non Fumeurs, France

Health Promotion Foundation

Prof. Witold A. Zatonski, Poland

Coalition Smoke Free Life

Bulgaria
Hristo Ivanov, Coordinator

HUKRAINIAN Center for Tobacco Control

Agenzia Nazionale per la Prevenzione (ANP)
www.prevenzione.info

Life Advocacy Center

Kateryna Rymarenko, Ucraina

COPPT

Confederação Portuguesa De Prevenção Do Tabagismo

Emanuel Esteves

AERPUR, Asociația Aer Pur România

Main Council Of Nurses and Midwives

Zofia Małas, President

Slovenian Coalition for Public Health, Environment and Tobacco Control

Miha and Mihaela Lovse

Center for Health Policies and Studies of Republic of Moldova

Viorel Soltan, Director

FCTC Implementation and Monitoring Center in Georgia

Dr George Bakhturidze

specialista nel suo ambulatorio da ciò che si può consigliare in modo generico alla gente.

I vaporizzatori, noti come "sigarette elettroniche", sono generalmente meno dannosi delle sigarette tradizionali e possono costituire un ausilio nelle mani di specialisti, per il trattamento del tabagismo. Ma la questione della loro diffusione generale è ancora controversa, dal momento che il loro uso non ha fatto diminuire, dati alla mano, la prevalenza di fumatori in Italia.

È aumentato invece il fenomeno dei fumatori duali, che usano i vaporizzatori e fumano sigarette.

Secondo uno studio recente pubblicato su The Lancet, questo comportamento avrebbe ostacolato la decisione di compiere il passo definitivo verso l'astensione. A ciò si aggiunga il fatto che molti giovani che non hanno mai acceso una sigaretta si avvicinano al mondo del tabacco attraverso le sigarette

elettroniche, pensando che non facciano poi così male.

Il "fumo freddo" (attraverso un dispositivo di recente commercializzazione che usa vapori di tabacco) può costituire un'altra importante forma di iniziazione.

Tutti i prodotti contenenti nicotina inducono dipendenza e rappresentano una via di accesso alle sigarette tradizionali. Se la riduzione del danno può dunque essere una strategia terapeutica (per chi già fuma), non può certo costituire un messaggio commerciale per la popolazione generale.

Per questo motivo la Società Italiana di Tabaccologia ha promosso una lettera aperta per il Ministro della Salute a cui hanno aderito finora tutte le più importanti società scientifiche europee e circa 100 esperti italiani, ricercatori e clinici dei Centri Antifumo.

Il nostro messaggio ai medici e agli operatori della salute, per una

posizione chiara e precisa, è questo: **L'uso di tabacco e di nicotina è dannoso in qualunque forma.**

[Tabaccologia 2016; 4:40-41]

Biagio Tinghino

✉ presidenza@tabaccologia.it
Presidente SITAB

**Arrivederci
in autunno
a Bologna**

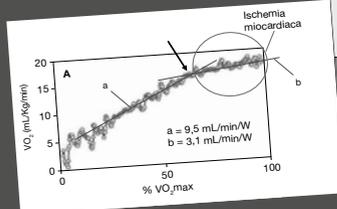
XIII Congresso
Nazionale SITAB

Romualdo Belardinelli

Il test da sforzo cardiopulmonare

Manuale di interpretazione

Presentazione di
Karlman Wasserman



MIDIA
EDIZIONI

Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito
www.midiaonline.it

€ 65,00



Disponibile
nelle migliori
librerie scientifiche

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Comunicato stampa del Gruppo promotore della strategia *endgame* del tabacco in Italia (www.tobaccoendgame.it) - 20 febbraio 2017

La tassa che allunga la vita

Aumentare le imposte sui tabacchi ne scoraggia l'acquisto, riduce cancro e malattie cardiache, promuove il benessere economico. L'appello al Governo di società scientifiche e istituzioni sanitarie

Il sistema sanitario nazionale è sottofinanziato e vacilla sotto il peso crescente di malattie croniche

Secondo i dati 2015 dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia è pari a \$ 2470, una cifra inferiore alla media europea, a quella del Regno Unito (\$ 3163), della Francia (\$ 3464), della Germania (\$ 4474). C'è il rischio di ulteriori riduzioni, proprio oggi che il Sistema Sanitario è sottoposto a una sempre maggiore pressione dovuta alle malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, respiratorie, e diabete).

Il fumo è causa principale delle malattie croniche che gravano sui servizi sanitari e danneggiano l'economia

L'impatto del tabacco sulla salute della popolazione può essere illustrato dai dati dell'autorevole *Institute of Health Metrics and Evaluation*, in base ai quali in Italia il numero di decessi attribuibile al fumo di tabacco nel 2015 ammontava a 95.917: circa 49mila per malattie neoplastiche, 23mila per malattie cardiovascolari, 21mila per malattie respiratorie, e gli altri per specifiche malattie come il diabete. Questo grande carico di sofferenze grava innanzitutto sui malati, poi sul sistema sanitario, quindi sui contribuenti ed infine sull'economia, perché provoca perdita di produttività. Le evidenze sulle conseguenze economiche del tabacco sono state recentemente raccolte in uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) condotto da 90 esperti nei campi dell'economia e della salute pubblica. Le conclusioni dello studio ci dicono che i costi economici del tabacco sono sostanziali e includono quelli dell'assistenza sanitaria per curare le malattie causate dal fumo di tabacco e la perdita della produttività derivante da morbosità e mortalità fumo-correlate. Nelle famiglie povere, l'uso del tabacco acuisce la povertà, perché provoca aumento dei costi delle cure per la salute, riduce le entrate e la produttività e distoglie le limitate risorse dai bisogni primari.

È indispensabile intervenire sui prezzi troppo bassi dei prodotti del tabacco

Esistono diverse misure, previste dalla Convenzione quadro per il controllo del tabacco, sottoscritta anche

dall'Italia, che sono efficaci per contenere il consumo di tabacco. Oltre ai divieti di fumo nei luoghi pubblici ed ai divieti di vendita ai minori, alle campagne informative, la misura ritenuta più efficace e con il rapporto costo/efficacia più favorevole è l'aumento dei prezzi, che rende i prodotti del tabacco meno accessibili, soprattutto ai giovani e ai gruppi più vulnerabili. Secondo l'OMS, una politica, prolungata nel tempo, di aumenti consistenti delle accise sui tabacchi, estesa a tutti i prodotti ed accompagnata dal contrasto al contrabbando, è in grado di ridurre la prevalenza di fumatori e aumentare il gettito fiscale, senza deprimere l'economia.

L'Italia è tra i paesi occidentali dell'Unione Europea con i prezzi delle sigarette più bassi: inferiori a quelli di Francia e Germania e addirittura inferiori alla metà di quelli della Gran Bretagna, secondo i dati riferiti al 2015 della *Tobacco Manufacturers' Association*.

Il Governo pianifichi l'aumento di almeno 1 euro delle accise sulle sigarette e, in proporzione, degli altri prodotti del tabacco

Le ricadute negative del fumo su tutta la società e le conoscenze imperfette sui danni del tabacco da parte dei consumatori (soprattutto degli adolescenti che sono bersaglio del marketing delle compagnie del tabacco), legittimano e rendono indispensabile l'intervento del Governo a salvaguardia di salute ed economia.

Come ribadito dal Piano Nazionale della Prevenzione e dal Manifesto per l'*Endgame* del tabacco, sottoscritto da oltre trenta società medico-scientifiche italiane, è necessaria una politica di aumenti programmati e consistenti dei prezzi, realizzata attraverso l'incremento delle accise, capace di migliorare la salute e il gettito fiscale, senza deprimere l'economia.

Il Governo aumenti di almeno 1 euro le accise sui pacchetti di sigarette e in proporzione quelle su tutti i prodotti del tabacco, destinando i proventi al Sistema sanitario nazionale **impegnandolo a sostenere le persone che vogliono smettere di fumare.**

Gruppo promotore della strategia *endgame* del tabacco in Italia (www.tobaccoendgame.it), a cui hanno aderito varie società e istituti scientifici.

SITAB accolta nella Global Alliance on Respiratory Diseases (GARD)



Il 15 dicembre 2016, presso il Ministero della Salute, si è svolta l'annuale assemblea generale della GARD Italia (VI Assemblea Generale GARD-Italia), l'alleanza costituitasi a Roma nel 2009 e che vede il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e le principali Associazioni di pazienti e Società Scientifiche italiane collaborare per definire strategie per contrastare le malattie croniche respiratorie nel nostro Paese. La GARD Italia nasce come realtà locale all'interno della GARD internazionale lanciata nel 2006 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per costruire una strategia globale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie croniche respiratorie.

Nel corso dell'assemblea si è discusso dello stato dell'arte dei gruppi di lavoro e delle nuove aree tematiche di lavoro per il biennio 2017-2018.

All'incontro, dove hanno partecipato i rappresentanti delle Società e Associazioni dei pazienti sottoscrittori della Gard Italia (Gard-I), è stato formalizzato l'ingresso della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e di tre Associazioni di pazienti (Amici contro la Sarcoidosi Italia onlus – ACSI, Un respiro di speranza Onlus, Associazione Apnoici Italiani Onlus) che avevano chiesto di aderire a GARD-Italia.

<http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/2071>

Dona alla SITAB il tuo 5 x 1000
c.f. 96403700584

Un piccolo aiuto per una grande causa

Ringraziamento ai revisori 2016

La Redazione di Tabaccologia ringrazia i revisori che hanno collaborato nel 2016:

Amram Daniel L.
Baraldo Massimo
Beatrice Fabio
Boffi Roberto
Cammarata Liborio M.

Cattaruzza M. Sofia
Charilaos Lygidakis
Lugoboni Fabio
Martucci Paola
Nagar Aldo

Picciolo Stefano
Pistone Giovanni
Principe Rosastella
Vegliach Alessandro
Zucchetta Francesca

Istruzioni per gli Autori

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

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

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

La prima pagina del manoscritto deve includere a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi e cognomi degli Autori, c) le istituzioni di appartenenza degli Autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria; i numeri di telefono, fax e indirizzo e-mail dell'Autore di riferimento. La seconda pagina degli articoli originali e delle rassegne devono includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere 250 parole. Il riassunto degli articoli originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. A seguire il summary in inglese, che nel caso degli articoli originali, deve essere così strutturato:

Introduction, Methods, Results, Conclusions, e dalle 3 a 5 keywords. Il corpo del manoscritto segue dalla terza pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editoriali che non devono eccedere le 1000 parole. Gli articoli originali devono essere strutturati nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni. Le Introduzioni e Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani o animali devono chiaramente indicare sotto la responsabilità degli Autori nei "Metodi" che il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio e che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli standard etici stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli Autori devono esprimere il rationale del loro approccio, e dimostrare che

il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti di dubbio dello studio. Quando vengono riportati esperimenti su animali, gli autori devono indicare quale guida istituzionale o nazionale hanno seguito per il trattamento e l'utilizzo degli animali da laboratorio.

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

1. **Conflitto di interessi:** tutti gli Autori devono indicare eventuali conflitti di interesse. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o istituzione dell'autore) ha una relazione finanziaria o personale che influenza in maniera inappropriata (bias) la sua condotta (queste relazioni sono anche conosciute come commitments, competing interests, o competing loyalties).

2. **Fonti di finanziamento** (solo per articoli originali): tutte le eventuali fonti di finanziamento devono essere dichiarate dagli Autori. Tabaccologia applica un embargo a tutti i lavori che abbiano ricevuto finanziamenti dalle industrie e compagnie del tabacco. Pertanto gli articoli non verranno presi in considerazione per la pubblicazione.

3. **Eventuali ringraziamenti.**

4. **Bibliografia:** Dopo il manoscritto devono essere indicate le referenze citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato fra parentesi quadra. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Le voci bibliografiche devono indicare, seguendo il noto Vancouver Style: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e la pagina di inizio e fine. Per esempio, Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-25. I capitoli dei libri devono indicare il cognome e le iniziali degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill New York, 1998.

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

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

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

Segretaria di redazione e marketing: media@midiaonline.it

Instructions to Authors

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

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

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

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

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

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

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

The second page of original articles and reviews should include the summary (abstract), and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions; and finally, when requested (as discussed before), the summary in English. The manuscript body should follow at page three. There is no word limit for the articles, except for the Editorials, which should not exceed 800 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions. Review articles should provide for Conclusions as well.

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

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

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

1. **Conflict of interest:** all authors should declare any occurring conflict of interest. Conflict of interest may subsist if an author (or the author's institution) has economical or personal relationships that may inappropriately influence his or her actions (biases).

2. **Source of funding** (for Original Articles only): Any source of funding should be declared by the authors. Tabaccologia applies an embargo policy towards contributions that received funding from tobacco industries and/or companies. Therefore, these contributions shall not be considered for publication.

3. **Bibliography:** After the manuscript body, quoted references should be listed in order of appearance in the text. No limits are given for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in brackets. For information on the Vancouver Style used by this journal please visit <http://www2.le.ac.uk/library/help/citing/vancouver-numbered-system/vancouver-numbered-system>. Quoted journal's articles should indicate: surname and name initials of all authors (maximum 6 authors), complete title of the article in its original language, abbreviated information of the journal, according to the Medical Index, publication year, volume and pages (beginning and end).

For example: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers.

Int J Addiction 1994; 29: 913-25. Book chapters should indicate the authors' surnames, names initials, the chapter title, surnames and names initials of the authors of the book, editor, place and year of publication. For example, Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill New York, 1998.

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

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

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

Editorial and marketing secretary: media@midiaonline.it

PROGRESSO E INNOVAZIONE TECNOLOGICA IN PNEUMOLOGIA

CONGRESSO NAZIONALE DELLA PNEUMOLOGIA ITALIANA XLIV



AIPO

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI

10 - 13 GIUGNO 2017

BOLONGNA
PALAZZO DEI CONGRESSI



PRESIDENTE

Stefano Gasparini, Ancona

COORDINATORI

Bruno Balbi, Veruno (NO)

Elio Costantino, Matera

Fausto De Michele, Napoli

Giuseppe Insalaco, Palermo

Claudio Micheletto, Legnago (VR)

Venerino Poletti, Forlì, Aarhus (DK)

Raffaele Scala, Arezzo

Antonella Serafini, Imperia

RESPONSABILI GRUPPI

DI STUDIO

Alberto Braghiroli, Veruno (NO)

Bruno del Prato, Napoli

Nicola Facciolongo, Reggio Emilia

Paola Martucci, Napoli

Guido Polese, Bussolengo (VR)

Teresa Renda, Firenze

Danilo Rocco, Napoli

Sara Tomassetti, Forlì

Adriano Vaghi, Garbagnate Mil.se (MI)

Michele Vitacca, Lumezzane (BS)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Franco Pasqua, Nemi (RM)

Lina Zuccatosta, Ancona

REVISORI

Pier Aldo Canessa, Sarzana (SP)

Mirco Lusuardi, Correggio (RE)

Andrea Rossi, Verona

COORDINATORE NAZIONALE

SEZIONE GIOVANI PNEUMOLOGI

Alessandro Zanforlin, Trecenta (RO)



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



Vibroflow®

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

(Sviluppato in collaborazione con LINDE)

NeoSpire®

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

AspiraGo³⁰®

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

AirPro3000^{Plus}®

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

FLAEM NUOVA S.p.A

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

CONTATTI

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

