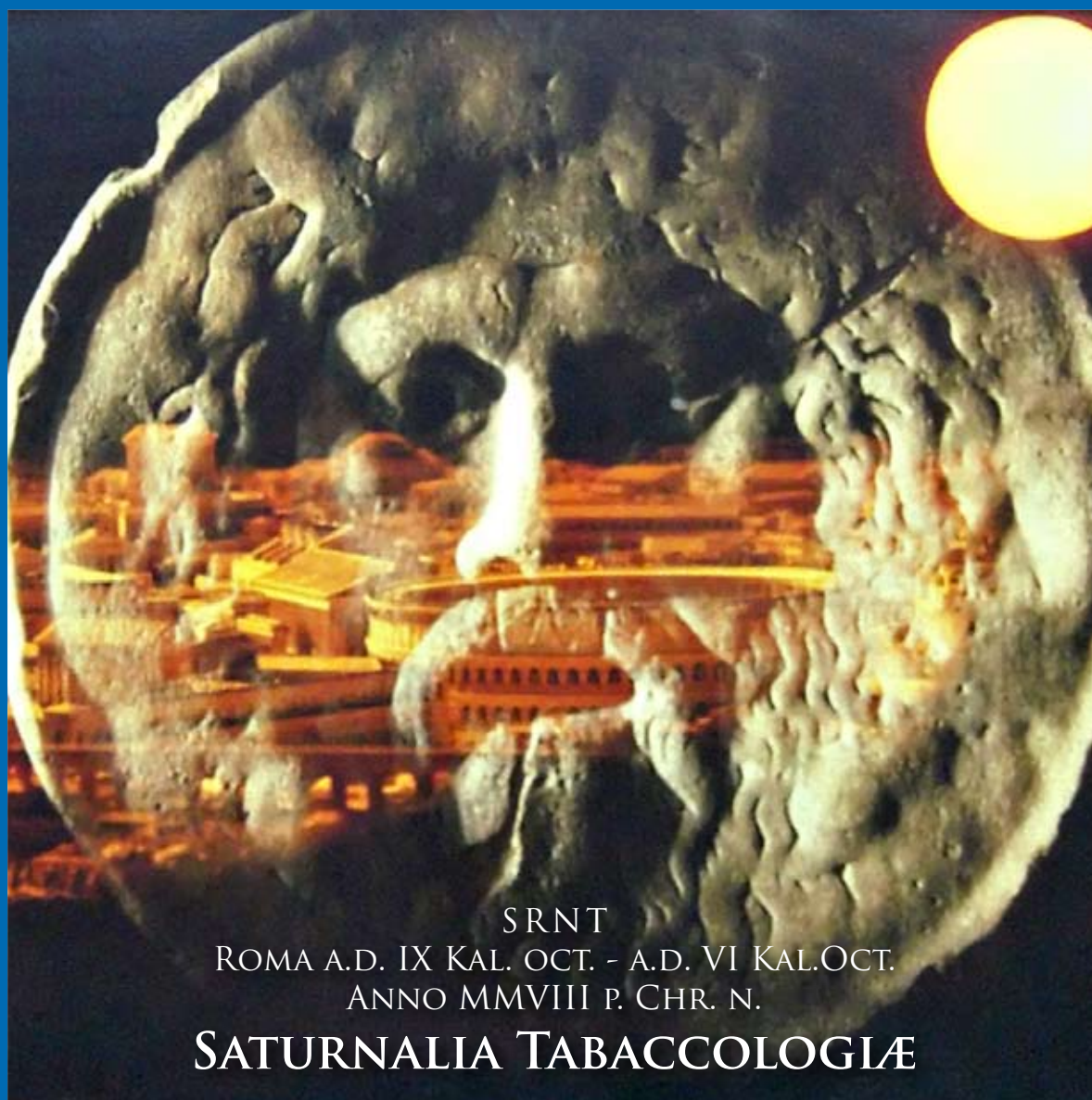


Tabaccologia

Tobaccology

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



SRNT
ROMA A.D. IX KAL. OCT. - A.D. VI KAL.OCT.
ANNO MMVIII P. CHR. N.
SATURNALIA TABACCOLOGIÆ

SRNT: THE STRONG VOICE OF SCIENCE

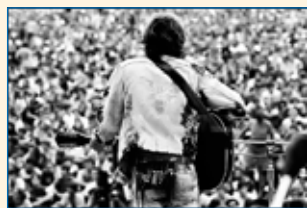


Cosà bolle in redazione

La Woodstock della Tabaccologia

Ci sono poche parole in grado di evocare un'epoca intera. Woodstock è una di queste. Non è una parola, in realtà, ma un nome, il nome di un luogo, di una piccola cittadina non molto lontana da New York, una di quelle località uguali a mille altre nel panorama della immensa provincia degli Stati Uniti.

Ma dall'agosto del 1969 Woodstock non è più il nome di una città, l'indicazione geografica di un luogo, ma un'idea, un sogno, l'eldorado di ogni appassionato rock, il posto mitico dove il sogno di un mondo diverso per soli tre giorni si è trasformato in una realtà. Il 15 agosto del 1969 si aprì a Woodstock la "Woodstock Music & Art Fair", tre giorni di "peace, love and music", il più grande festival rock mai immaginato di tutti i tempi. Ebbene sì. Ci piace immaginare Roma come una novella Woodstock su cui centinaia di cultori della Tobacco Science convergeranno da ogni dove per confrontarsi e cimentarsi in



dibattiti e ipotesi operative allo scopo di dare risposte e trovare soluzioni adeguate ad un problema mondiale, che l'OMS chiama, a ragion veduta, *Tobacco Epidemic*. Alla mitica triade Love, Peace & Rock del '69 questo

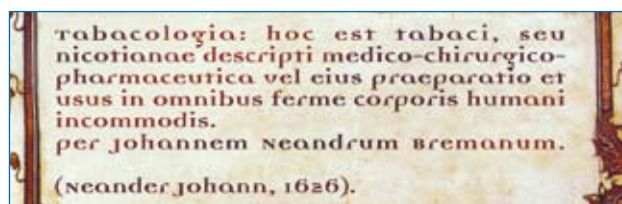
Consesso Scientifico risponderà con *Prevention, Research & Therapy on Tobacco Smoking*. In questi tre giorni a Roma ci sarà il meglio della Tabaccologia mondiale. E allora amiamo immaginare il Gotha della Tabaccologia internazionale che, per alleviare le fatiche dell'agone scientifico, non mancherà di godere delle immense bellezze antiche architettoniche e culinarie della Roma, *Caput Mundi*! Insospettabili luminari tabaccologi, nei pochi momenti liberi, s'aggraveranno, col naso all'insù, per i Fori Imperiali, mentre, la sera, si tufferanno in quella che era la *movida* dell'antica Roma, i *Saturnalia*, alle prese con bucatini all'amatriciana, pajata, coda alla vaccinara e vino dei Castelli! Insomma, a Roma, non sarà difficile unire l'utile al dilettevole passando dalla Woodstock scientifica della Tabaccologia ai baccanali di una *Tabaccologiae Saturnalia*! Il prologo di tutto ciò (SRNT SITAB Satellite Meeting del 23 settembre) sarà di marca tutto italiano per poi assumere un ampio respiro internazionale. Contiamo sull'interesse e, perché no, anche sulla curiosità che molti operatori sanitari hanno mostrato negli ultimi tempi nei confronti del tabagismo. In questo numero troverete gli Atti dei Satellite Meeting e autorevoli e editoriali. In coda alla giornata da mettere in agenda l'Assemblea elettiva SITAB.

Last but not least, vi regaliamo una prima e quarta di copertina tutte da incorniciare.

Arrivederci a Roma.

Vincenzo Zagà - Caporedattore
(redazione@tabaccologia.it)

Sommario



EDITORIALI

- Verità in movimento. / *The strenght of thruth.* **3**
(G. Mangiaracina)
- Inpatient or Residential Treatment for Smokers with Tobacco Dependence. / *Il ricovero ospedaliero nella terapia del tabagismo.* (R.D. Hurt, I.T. Croghan) **5**
- Sono utili le Linee Guida per la tabaccologia? / *How much useful are Guidelines for Tabaccology?* (F. Faggiano) **7**
- Welcome to the Festival of Science **9**
(J. Le Houezec, G. Mangiaracina, C. Chiamulera)

ATTI / PROCEEDINGS SATELLITE MEETING

- Tabaccologia tra passato e futuro. / *Tobaccology, between past and future.* (G. Mangiaracina) **11**
- La ricerca: attualità e prospettive. *Research: current and future perspectives.* (C. Chiamulera) **12**
- L'evidenza di efficacia nel trattamento del tabagismo. *Evidence of effectiveness in tobacco dependence treatment.* (B. Tinghino) **13**
- Alleanze produttive e consolidamento dell'efficacia in prevenzione. *Fruitful alliances to reinforce efficacy in Prevention.* (M.E. Tamang) **14**
- Le ricadute del progetto Inspiro. / *Research perspectives after the INSPIRO project.* (C. Poropat) **15**
- Priorità e necessità del controllo del tabagismo. *Priorities of tobacco control.* (D. Galeone) **16**

PRIMO PIANO

- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 (A. Russo, M. Del Donno) **17**
- ITALIA/Linee Guida Aggiornamento 2008 delle Linee Guida ISS-OSSFAD per la terapia del tabagismo. (P. Zuccaro) **18**
- USA/Linee Guida Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. (V. Zagà) **20**

QUELLI CHE IL FUMO...

- Un incontro con... Piergiorgio Zuccaro. (M. Giovenchi) **22**

QUELLI CHE IL FUMO... INTERNATIONAL

- Intervista a... Jacques Le Houezec. (M. Paz Corvalan) **23**

PERSPECTIVES & RESEARCH

- Gratuità dei farmaci per la disassuefazione da tabacco. (C. Poropat) **27**

REVIEW

- La valutazione spirometria dei fumatori nella Medicina Generale. Dove sono le prove? / *Spirometric valuation for smokers in the General Medicine. Where is the evidences?* (A. Donzelli) **29**
- Il ricovero elettivo per smettere di fumare. Presentazione delle esperienze in letteratura. *Residential treatment for smoking cessation. A review of scientific experiences.* (F. Lugoboni) **32**

Rubriche

- News & Views **36**
- Congressi & eventi **40**

Istruzioni per gli Autori

Tabaccologia (Tobaccology) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medica open-access. Viene pubblicato con cadenza trimestrale più gli eventuali supplementi. Vengono pubblicati Editoriali, Articoli Originali, Rassegne, "Focus on" e "Perspective&Research" su argomenti legati al fumo di tabacco, tabaccologia, patologie indotte dal tabacco, dipendenza dal fumo e sua prevenzione. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Microsoft Word via e-mail all'indirizzo redazione@tabaccologia.it. Le Figure devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint, TIF o JPG.

Il testo deve essere in formato Times New Roman con doppia spaziatura. Le pagine devono essere numerate in fondo a ciascuna.

Tutti gli articoli non invitati vengono inviati al processo di **peer-review** dall'Editor. Tutte le comunicazioni inerenti gli articoli inviati a Tabaccologia avvengono via e-mail. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno firmare un modulo col quale trasferiscono i copyright a Tabaccologia.

Vengono considerati per la pubblicazione articoli in italiano ed in inglese. Gli articoli in italiano devono presentare il titolo, il riassunto (*summary*) e le parole chiave anche in inglese. Gli articoli in inglese verranno tradotti in italiano a cura della redazione.

La **prima pagina** del manoscritto deve includere a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi degli autori; c) le istituzioni degli autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria, i numeri di telefono e fax e l'indirizzo e-mail del corresponding author.

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

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

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

Gli Articoli Originali che includono esperimenti su esseri umani o animali devono indicare sotto la responsabilità degli autori nei "Metodi" che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli **standard etici** stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli autori devono spiegare il razionale del loro approccio, e dimostrare che il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti dubbi dello studio. Quando vengono riportati **esperimenti su animali**, gli autori devono indicare quale guida istituzionale o nazionale hanno seguito per il trattamento e l'utilizzo degli animali in laboratorio.

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

1) **Conflitto di interessi**: tutti gli autori devono indicare eventuali conflitti di interessi. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o l'istituzione di un autore) ha una relazione finanziaria o personale che influenza in maniera inappropriata (*bias*) la sua condotta (queste relazioni sono anche conosciute come *commitments*, *competing interests*, o *competing loyalties*). Queste relazioni variano da quelle con potenziale trascurabile a quelle con grande potenziale di influenzare il giudizio, e non tutte le relazioni rappresentano un vero conflitto di interessi. Il potenziale di un conflitto di interessi può esistere anche quando l'autore non ritenga che la relazione influenzi il suo giudizio scientifico. Le relazioni di natura finanziaria (come impiego, consulenze, possesso di azioni, pagamento di onorari, testimonianze di esperto retribuite) rappresentano i conflitti di interessi più facilmente identificabili e quelli che più probabilmente possono minare la credibilità della rivista, degli autori e della scienza stessa. Tuttavia, i conflitti di interessi possono avvenire anche per altre ragioni, come relazioni personali, competizione accademica e passione intellettuale.

2) **Fonti di finanziamento**: (solo per gli Articoli Originali): tutte le fonti di finanziamento devono essere dichiarate dagli autori. Tabaccologia applica un embargo a tutti i lavori che abbiano ricevuto finanziamenti dalle industrie e compagnie del tabacco. Pertanto tali articoli non verranno considerati per la pubblicazione.

Dopo il manoscritto devono essere indicate le **referenze** citate (**Bibliografia**), come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato in apice. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Gli articoli di riviste devono indicare: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int J Addiction 1994; 29: 913-925

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

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

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

Segretaria dell'Editore: Livia Laurentino

Indirizzo: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna
Tel./fax 0039-051304737; e-mail: liviaelena.laurentino@fastwebnet.it

Come ricevere la rivista: la rivista Tabaccologia viene inviata per posta ordinaria a tutti i membri della SITAB.

Come diventare membro della SITAB: l'iscrizione alla SITAB per il 2008 è gratuita. Il modulo di iscrizione può essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.org ed inviato alla Dott.ssa Nolita Pulerà:

- per posta ordinaria: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno
- per fax: 0039-0586223006
- per e-mail: segreteria@tabaccologia.it

Instructions for the Authors

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

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

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

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

The **first page** of the manuscript should include a) the title of the article; b) the authors' names; c) the authors' institution(s); d) mail address, telephone and fax number 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: Background, Methods, Results, Conclusions.

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

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

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

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

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

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

After the manuscript body, quoted **references** should be listed in order of appearance in the text. There is no limit for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in apex. Quoted journals' articles should indicate: surname and name initials of all authors (max 6), complete title of the article in the original language, abbreviated information of the journal according to the Medical Index, publication year, the volume and the pages (the beginning and the end). **For example**:

Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int J Addiction 1994; 29: 913-925.

Book chapters should indicate the surname and name initials of authors, the chapter title, the surname and name initials of the book authors, the editor, the place and the year of publication.

For example:

Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

Websites should indicate the subject title and the web address. **For example**:

Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm

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

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

Secretary of the Editor: Ms. Livia Laurentino

Mail address: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, Italy
Tel./fax 0039-051304737

e-mail liviaelena.laurentino@fastwebnet.it

How to receive the journal: the journal Tabaccologia is sent by mail to all members of SITAB.

How to become a member of SITAB: SITAB membership for 2008 is free. Download the membership form from the website www.tabaccologia.org and send it to Dr. Nolita Pulerà

by mail: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno, Italy
by fax: 0039-0586223006

by e-mail: segreteria@tabaccologia.it



Verità in movimento

The strenght of thruth

Giacomo Mangiaracina

Ho atteso questo momento da molti anni. Eravamo agli inizi degli anni Novanta quando consolidai la convinzione che per occuparsi di "tabacco" era necessario soppiantare il lavoro volontario con quello professionale. A quel tempo attingevo conoscenza da esperienze internazionali e capivo che l'Italia si trovava ad uno stadio zero in questo ambito. Nel frattempo lavoravo coi gruppi per "aiutare i fumatori a smettere". Era questa la terminologia in voga, e l'idea di una "terapia del tabagismo" era molto lontana dalle nostre concezioni. Tuttavia, ero certo dell'importanza di questo tipo di intervento orientato sui fumatori. Fornivo volontari non professionisti, fornivo loro strumenti di lavoro elementari ma essenziali.

Si faceva esperienza. Era normale che crescesse via via la consapevolezza, la necessità di un lavoro diverso, poggiato non su basi empiriche ma su approcci tecnicamente strutturati, sottoposti a verifica e ad un processo continuo di revisione. Abbiamo fatto certamente dei progressi, senza alcun dubbio.

Se guardo all'indietro mi fanno quasi tenerezza quei modi un po' scomposti e alquanto rudimentali con i quali si lavorava. D'altro canto l'unico riferimento a cui mi ispiravo erano le esperienze americane dei primi anni Cinquanta. Ci sono voluti un paio di decenni per vedere fiorire una ricerca scientifica sempre più interessata al problema. Ricerca di base, clinica, epidemiologica, strategie di controllo sul tabacco, hanno gradualmente conquistato un livello di interesse maggiore anche se l'obiettivo di una rilevanza primaria non è stato ancora raggiunto. Un problema gigantesco di sanità pubblica merita la massima attenzione. Non possiamo accontentarci di avere raggiunto un "buon livello". L'Italia è stata tra i primi paesi in Europa e nel mondo ad avere una legge che vieta di fumare nei luoghi pubblici di lavoro e di svago, e che ci ha posto al centro dell'attenzione internazionale.

Il 10 gennaio 2005 questa legge è entrata in vigore, ma solo in pochi sappiamo come furono travagliati quegli anni, fatti di lotte, dibattiti accesi nei media, tentativi di blocco e di difesa. Difendevamo la legge con le uniche armi che avevamo a disposizione: l'evidenza scientifica. Siamo cresciuti.

I have waited many years for this moment. Since 1990 my conviction about professional approach in tobacco prevention and control was absolute. Until that time I have worked with volunteers in charity.

My knowledge came from international experiences and at that time I realized that Italy was at level zero in tobacco control. In the meantime I was working in "helping people to stop smoking" (the expression "tobacco addiction treatment" was very far from our perception), experimenting group therapy in many regions of Italy.

I was completely convinced of the importance and priority of smoking cessation programs. So, for many years I formed volunteers, non-professional operators, giving them elementary but essential work instruments.

We were experimenting and it was normal that our awareness increased about a need of a different way of working, not empiric, but based on technical approach, on scientific evidence, on a continuous revision process.

Surely we proceeded in a right way. If I look back at that time I feel a little of tenderness about our will to create experiences in a rudimentary way. Our inspiration was related to the first American experiences of the years Fifty. After twenty years we saw a growing scientific interest in tobacco. Basic, clinical, epidemiological researches, tobacco control strategies, have today reached an

increased interest. But the top level of this interest is still not reached. The greatest problem for public health as tobacco is, requires the maximum of attention.

We cannot be satisfied to have reached only a "good level". Italy is one of the first countries in Europe to have a law that bans tobacco in workplaces and public places. This law suddenly gave us the attention of international community.

The 10th of January 2005 the law entered into force, but only few people know how many battles, how many hot debates in the media, oppositions and hard defences with the only "arms" we have: the scientific evidence.

We grow up of course, but only a law is not enough to counter a big burden like tobacco is.





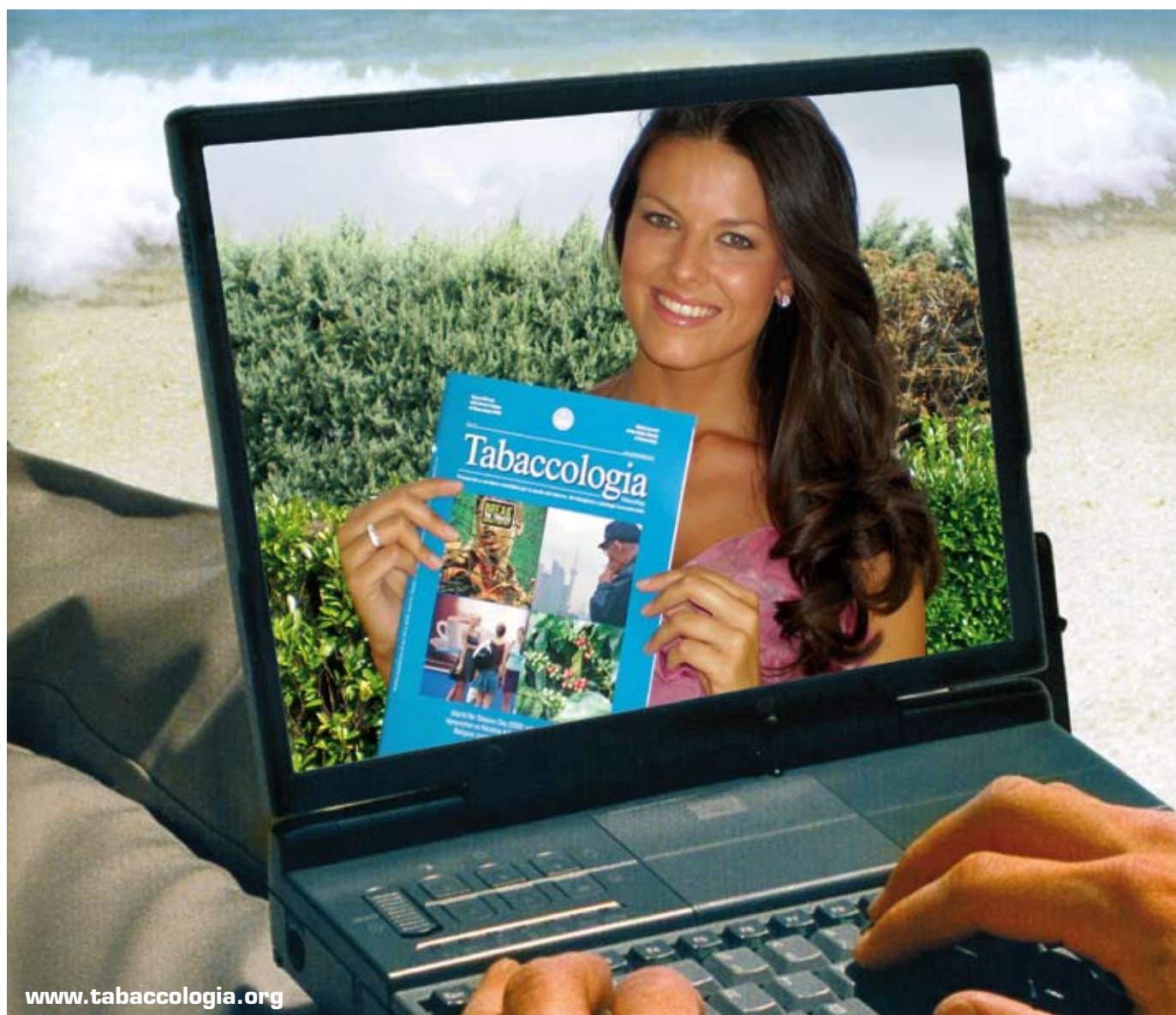
Ma una legge non basta a contenere un problema colossale. Dirò di più. 32 anni di lavoro in questo campo mi hanno reso costantemente insoddisfatto, e anche un po' più arrabbiato. Da vari anni facciamo proposte precise di intervento in ambito di controllo sul tabacco, come ad esempio l'elevazione del prezzo delle sigarette, peraltro condiviso da tutti, e la creazione di una fondo nazionale, pari a 3 euro per cittadino, utilizzando una quota parte del maggiore introito fiscale. In risposta, il silenzio più assoluto. Oggi finalmente possiamo alzare il volume della nostra voce. Ho atteso molti anni, e il grande appuntamento è arrivato. Il 10° Congresso Europeo della Society for Research on Nicotine and Tabacco viene ospitato in Italia, a Roma. Ricercatori, rappresentanti delle maggiori organizzazioni internazionali, medici, psicologi, studenti, sono arrivati qui da varie parti del mondo. Tutti noi rappresentiamo la "voce alta" che la Scienza deve essere in grado di comunicare e di far sentire. La voce della Scienza deve arrivare a tutte le società scientifiche, alle università, alle istituzioni, agli organi di governo, ai politici, ai medici, alla società intera, alla gente. ■

I will say more. 32 years working in this area of interest made me constantly unsatisfied, and perhaps more angry. In the last years we proposed specific actions to our Ministry of health, as a reasonable increase of the price of tobacco products and the creation of a national fund (3 euros per citizen) with the increased tax income. No responses, absolute silence, too many conflicts yet.

At this 10th SRNT European Conference, a lot of researchers, representants of important international organizations, doctors, psychologists, students, arrived in Rome from many places of the world.

They represent the talking aloud of Science. We all can spread out the strong voice of Science, the truth of Science to scientific societies, to institutions, universities, government, politics, doctors, to all the social community. ■

Giacomo Mangiaracina
SRNT Conference Chair





Inpatient or Residential Treatment for Smokers with Tobacco Dependence

Il ricovero ospedaliero nella terapia del tabagismo

Richard D. Hurt, Ivana T. Croghan

In recent years, tobacco dependence is receiving more attention for the severe medical problems that it causes but also as the severe addiction that it is. This has led physicians and health care professionals to more aggressively treat smokers with combinations of medications and more intensive behavioral counseling. Inpatient or residential treatment programs, the most intensive treatment available for patients with tobacco dependence, are available in a few medical centers¹. Most recently, Swedish researchers reported on their success of treating smokers with COPD in a hospital-based program².

Health care practitioners are often faced with the dilemma of the smoker who has not been able to stop smoking despite counseling and pharmacotherapy.

The only option available in most medical centers is to "recycle" the patient through similar treatments. As the smoking prevalence declines, as a result of public health policies such as smoke-free workplaces and increased taxes, the remaining smokers will likely have higher levels of tobacco dependence.

Thus, residential or inpatient treatment programs will be needed to treat these smokers, many of whom will have serious life or limb threatening tobacco caused medical problems. Two such long-standing treatment programs are available in the United States, one at the Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, (<http://ndc.mayo.edu>) and the other at St. Helena Hospital in California (www.smokefreelife.com). These two programs are based on a medical model for the treatment

of tobacco dependence that has been used to successfully treat alcoholism and other addictions. It is well recognized that the intensity of treatment for tobacco dependence is an important factor. The 2008 US Public Health Service Guideline acknowledges that there is a dose response for behavioral interventions.



From left: Hurt, Croghan and Fagerström

Components of these two multifaceted and comprehensive programs are similar. The program at the Mayo Clinic is 8 days long where the patients are admitted on a Friday and dismissed on the following Friday while the St. Helena program is 7 days in length.

There are frequent one-to-one counseling sessions as well as group sessions where counseling also occurs. The group dynamics themselves offer ways for smokers to gain insight to their tobacco dependence and to develop plans to remain smoke-free. In addition, there are a large number of educational sessions including the medical aspects of smoking, the neurobiology of tobacco dependence, diet and exercise, stress management, and relapse prevention to name a few. Because the program is overseen by a



Rochester, Minnesota (USA): Mayo Clinic

physician who makes daily rounds on the patients, the pharmacotherapy can be tailored to the individual needs of the patient.

We utilize serum cotinine concentrations to not only gauge the level of tobacco dependence of the individual but also use it to tailor the pharmacotherapy, especially if we are using nicotine replacement therapy. Combination pharmacotherapy is the rule, and we frequently use higher than standard dose nicotine patch therapy³. We use nicotine patch therapy, bupropion, and/or varenicline as the base medication and use short acting nicotine replacement therapy (nicotine gum, lozenges, nasal spray and/or vapor inhaler) for ad lib use to control withdrawal symptoms and urges to smoke. Finally, the program is provided in a smoke-free, tobacco-free milieu which provides a protected environment and allows for the interventions to take place free of the usual triggers or cues to smoke.

Residential or inpatient treatment offers the best treatment outcome available. One year smoking abstinence rates were comparable with the Swedish experience showing 52% of patients were abstinent from smoking at one year and the Mayo program shows smoking abstinence rates of 45% at one year. The analysis of the Mayo program showed that patients admitted in the more recent time frame had better outcomes than those admitted earlier¹. This is thought to represent continued modification of the program based on new evidence-based techniques but also that more medications have become available.

Further, we are using combination pharmacotherapy more often now than we did 15 years ago. It also should be noted that patients admitted for residential treatment are usually a bit older than the average smoker with an average age of 53 years, 80% have a tobacco caused disease, and over a third are recovering from other addictions. Thus, long term success rates approaching 50% in this group of patients is quite acceptable. Finally, the cost effectiveness analysis of the residential program at Mayo Clinic shows it to be highly cost effective⁴. Therefore, residential treatment should be seriously considered for patients who have tobacco dependence who are unable to stop smoking using conventional treatments and for any patient with limb or life threatening medical problems who urgently need the most effective treatment available. ■

Richard D. Hurt

*Director of The Nicotine Dependence Center,
Mayo Clinic - Rochester (USA)*

Ivana T. Croghan

*Nicotine Research Program,
Mayo Clinic - Rochester (USA)*

Bibliografia

1. Hays JT, Wolter TD, Eberman KM, Croghan IT, Offord KP, Hurt RD. Residential (inpatient) treatment compared with outpatient treatment for nicotine dependence. *Mayo Clinic Proceedings*. 2001;76:124-133.
2. Sundblad BM, Larsson K, Nathell L. High rate of smoking abstinence in COPD patients: Smoking cessation by hospitalization. *Nicotine Tob Res*. 2008;10:883-890.
3. Ebbert JO, Sood A, Hays JT, Dale LC, Hurt RD. Treating tobacco dependence: review of the best and latest treatment options. *J Thorac Oncol*. 2007;2:249-256.
4. Croghan IT, Offord KP, Evans RW, et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clinic Proceedings*. 1997;72:917-924.



Sono utili le Linee Guida per la tabaccologia?

How much useful are Guidelines for Tobaccology?

Fabrizio Faggiano

La presentazione in questo numero della rivista dell'aggiornamento di due importanti linee guida di cessazione, la *Treating Tobacco Use and Dependence* americana¹ e le *Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*² dell'Istituto Superiore di Sanità-OSSFAD, è un'occasione per riflettere intorno all'utilità dello strumento Linea Guida.

Le Linee Guida possono essere utili alla tabaccologia per almeno due ragioni: per assicurare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e cessazione e per supportare la messa in atto di strategie complesse a livello di comunità.

Perché è importante assicurare l'appropriatezza degli interventi? I professionisti della tabaccologia sanno bene che vi è oramai un ampio ventaglio di interventi per aiutare la cessazione: interventi farmacologici, sostitutivi e non, il *counseling*, i gruppi di auto-aiuto, l'agopuntura etc.

Eppure non sempre viene messo a fuoco che non tutti gli interventi hanno pari efficacia, e che gli studi di valutazione hanno evidenziato differenze di efficacia in fumatori con caratteristiche diverse.

Così come è importante rendersi conto che vengono spesso utilizzati nella pratica interventi non efficaci, che, in studi non adeguati a valutarne l'efficacia, sembrano dare risultati rilevanti in forza del solo effetto placebo.

Eppure ogni professionista deve essere cosciente che è suo dovere utilizzare sempre gli strumenti che la ricerca scientifica indica come i più efficaci per ogni singolo fumatore.

Ma le Linee Guida sono uno strumento adeguato per assicurare l'appropriatezza? La base di ogni Linea Guida è la revisione sistematica di tutta la lettera-

tura scientifica per l'identificazione degli interventi efficaci.

Ma questo non è sufficiente: infatti le evidenze scientifiche raccolte in questo modo vengono trasformate in raccomandazioni di pratica solo dopo che un gruppo multidisciplinare le ha vagliate e soppesate considerando anche tutti i vincoli che il contesto presenta. In questo modo si costruisce un documento che, per struttura e linguaggio, può essere molto utile per supportare il professionista tabaccologo.

Se fino ad ora mi sono limitato a parlare di cessazione è solo perché oggi abbiamo a disposizione unicamente Linee-Guida di cessazione. Eppure la prevenzione primaria è certamente più a rischio di inappropriata rispetto alla cessazione; ricordo soltanto il programma *Life Education* (3), che nonostante le ottime premesse teoriche, ha prodotto un aumento del 60% del consumo sigarette nel gruppo di studenti sottoposti all'intervento.

E ricordo anche che la maggior parte degli interventi scolastici di prevenzione dell'iniziazione al fumo svolti in Italia è ancora basato sulle conoscenze, pratica che non ha mai mostrato efficacia fin dai primi studi degli anni '60⁴.

Perché, poi, la tabaccologia ha bisogno di strategie complesse? Iniziare a fumare o smettere di fumare sono un atto individuale, ma nessuno nega più un ruolo fondamentale del contesto, e in particolare della famiglia, dei pari, delle leggi, del costo del tabacco, dell'ac-

cessibilità dei trattamenti, del *normative belief* (cioè della percezione di quanto è frequente il fumo nella popolazione o nel proprio gruppo di pari) nel motivare e determinare gli atteggiamenti e i comportamenti.

Sono numerose le prove che l'impatto sulla salute della popolazione degli interventi clinici di cessazione è maggiore se inseriti nell'ambito di strategie complesse: le campagne di mass media possono ad esempio motivare il fuma-

tore a smettere e a rivolgersi al sistema sanitario⁵, l'implementazione di Linee Guida che non comprendono solo raccomandazioni cliniche, può aumentare il tasso di cessazione a lungo termine⁶. Così come sappiamo che le campagne di mass media e l'aumento delle accise sui prodotti del tabacco



possono ridurre l'incidenza di iniziazione⁷. Inoltre è una conoscenza consolidata che i genitori e i pari hanno un ruolo cruciale nel determinare il rischio di fumare, che è ad esempio moltiplicato per 2 o 3 se genitori e fratelli fumano.

Affinché abbia un impatto rilevante sulla salute di una popolazione, dunque, un programma di cessazione o di prevenzione deve essere costruito mettendo insieme diverse componenti efficaci, che agiscano sui diversi determinanti sociali e individuali del fumo; deve cioè essere una strategia complessa.

Ma come le Linee Guida possono aiutare a mettere in atto una strategia complessa? Un Linea Guida di buona qualità deve contenere una sintesi dell'efficacia



di tutti gli interventi che hanno l'obiettivo di intervenire su un problema di salute.

Queste evidenze sono poi trasformate in messaggi semplici, le Raccomandazioni, che devono essere redatte da un gruppo multidisciplinare, che devono tener conto anche delle relazioni fra interventi.

L'operatore sanitario, il *policy-maker*, si trovano quindi in mano un documento che riassume tutto ciò che può essere fatto per contrastare un problema di salute, le relative prove di efficacia, le opinioni di esperti nel caso che non esistano prove di efficacia, le interrelazioni fra interventi. In sintesi tutto ciò che serve per costruire una strategia complessa.

Critico al fine della autorevolezza di un tale documento è l'aggiornamento: tutti i dati contenuti devono avere un livello di aggiornamento adeguato per tener conto anche degli studi più recenti.

Benvenuti quindi gli aggiornamenti alle Linee Guida sulla cessazione che vengono presentati in questo numero della rivista, perché contribuiscono a mantenerli uno strumento fondamentale di pratica clinica e di programmazione sanitaria.

Ma i documenti presentati in questo numero raggiungono gli obiettivi che ho definito all'inizio? Sì e no. Ambedue sono un ottimo strumento di assicurazione dell'appropriatezza, contengono ricche revisioni di letteratura e le raccomandazioni rappresentano una preziosa

guida per il lavoro clinico, in particolare ovviamente quelle italiane in cui lo sforzo di contestualizzazione ha dato risultati ragguardevoli².

Ambedue danno un contributo limitato alla definizione di strategie complesse. Quelle italiane sono centrate sul fumatore e sulla relazione con il MMG e con il centro antifumo², quelle americane affrontano alcuni problemi di contesto, come ad esempio la rimborsabilità da parte delle assicurazioni delle pratiche di cessazione, ma lo fanno per il contesto americano.

D'altra parte la cessazione del tabagismo è un argomento che è al limite fra la clinica e la Sanità Pubblica, e Linee Guida su argomenti non clinici sono ancora rare.

Sono infatti strumenti nati in contesto prettamente clinico e, quando affrontano problemi di salute nel loro complesso,

lo fanno occupandosi, oltre che di trattamento, anche di prevenzione, diagnosi, riabilitazione.

È ben diverso doversi occupare di interventi per cambiare la percezione di prevalenza di una popolazione, motivare a smettere i fumatori, motivare il personale sanitario a non mostrarsi a fumare quando ricoprono funzioni sanitarie.

Ma è questo che ci dobbiamo aspettare da una linea guida di prevenzione o di cessazione del tabagismo.

Qualche esperienza comincia ad esserci: sono contento di poter citare un recente tentativo messo a punto dalla

Regione Piemonte, partendo da tutte le Linee Guida esistenti, in particolare da quelle ISS³. Lo sforzo di censire e valutare tutti gli interventi utili alla cessazione, da quelli normativi a quelli organizzativi, dai trattamenti alle pratiche di follow-up dei trattati, una volta contestualizzati al Piemonte, ha dato origine a raccomandazioni che saranno utili non solo al clinico, ma anche, mi auspico, alla costruzione di una strategia complessiva regionale.

Anche la prevenzione necessita di un tale strumento.

È necessario che gli interventi scolastici, quelli più frequenti, vengano implementati insieme a interventi sulla famiglia, sul contesto (limitazione delle vendite, supporto alle limitazioni, interventi sui prezzi etc), insieme ad interventi sui luoghi di lavoro, che vengano sviluppate *policy* istituzionali che favoriscano atteggiamenti sani del personale sanitario, dei docenti delle scuole e università, siano progettate efficaci campagne di mass media.

Le Linee Guida possono essere di aiuto in questo complicato processo. Ben vengano quindi Linee Guida che siano in grado di indirizzare anche interventi di Sanità Pubblica, più complessi di quelli clinici, sul fumo, principale causa singola di morte in Italia, ma, perché no, anche su altri fattori di malattia, come la dieta, la sedentarietà, il consumo di droghe e l'abuso di bevande alcoliche, la sicurezza stradale. ■

Fabrizio Faggiano

Università Avogadro del Piemonte Orientale e Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED-Piemonte)



Bibliografia

1. Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Washington, 2008 (www.surgeongeneral.gov/tobacco)
2. Zuccaro PG et al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo - Edizione 2008. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2008. (www.iss.it/ofad)
3. Hawthorne G. The social impact of Life Education: estimating drug use prevalence among Victorian primary school students and the statewide effect of the Life Education programme. *Addiction* 1996; 91 (8): 1151-1160.

4. Horn D. Modifying smoking habits in high school students. *Children* 1960; 7: 63-65.
5. Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Am J Prev Med* 2001;20(2S):16-66.
6. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a

randomized, controlled trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(8):594-603.

7. Faggiano F and Vigna-Taglianti F. Drugs, Illicit - Primary Prevention Strategies. In: Hegggenhougen K and Quah S (EDS). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 2. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 249-265.
8. Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, Vadrucchi S, Giordano L, Senore C, Piccinelli C, Molinar R, Charrier L, Leigheb F, Fedele M, Bonvini D. Cessazione del fumo di tabacco - Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Anti-Tabacco. Quaderno n. 3. Torino 2007. (www.iss.it/ofad)



Welcome to the Festival of Science

Jacques Le Houezec, Giacomo Mangiaracina, Cristiano Chiamulera

Con immenso piacere vi diamo il benvenuto al 10° Congresso Annuale di SRNT Europe che si tiene a Roma dal 23 al 26 September 2008 all'ATA Hotel "Villa Pamphili".

Il tema 2008 è: "*The Scientific Evidence: Criteria for Therapy, Needs for Prevention*". La scelta viene dal fatto che, nonostante siano ben disponibili Linee Guida basate sui dati di letteratura scientifica internazionale, il trattamento del tabagismo, la prevenzione e le strategie di controllo del tabacco si basano ancora, molte volte, sul senso comune, sulla intuizione personale, e su approcci non fondati sull'evidenza scientifica.

Noi riteniamo che questa perdita di energia possa essere contenuta attraverso un migliore scambio di informazioni tra gli stessi professionisti e tra i ricercatori, con uno scambio di comunicazioni interdisciplinare tra diversi livelli di competenza ed esperienza.

La mission della Society for Research on Nicotine and Tobacco è quella di fare incontrare gli esperti in diverse discipline, ma anche di promuovere la prevenzione e la terapia del tabagismo a chi quotidianamente è coinvolto nella ricerca, nella pratica medica e nell'educazione.

Scopo di questo congresso è pertanto quello di sviluppare il valore "traslazionale" dell'evidenza scientifica, come criterio univocamente accettato per la terapia, ma anche come bisogno fondamentale e non ancora soddisfatto nel campo della prevenzione.

Auspichiamo che "Roma 2008" possa farci raggiungere questi obiettivi. Roma a settembre è al meglio della godibilità, con il suo "ponentino", la calda brezza autunnale che rende i giorni e le serate piacevolmente adatti alle passeggiate tra le antiche vestigia romane, per osservare le spettacolari vestigia imperiali e i suoi tipici vecchi quartieri.

Negli ultimi cinque anni Roma ha avuto uno sviluppo cosmopolita straordinario ed aggiunge tutti i vantaggi di una città moderna al suo cuore storico tradizionale. ■

It is with great pleasure that we welcome you to the 10th Annual SRNT Europe Conference holding in Rome from 23 to 26 of September 2008 at the ATA Hotel at Villa Pamphili.

The theme of this year's conference is "*The Scientific Evidence: Criteria for Therapy, Needs for Prevention*".

This thematic choice derives from the acknowledgment that in spite of guidelines and of the available scientific literature, the practical intervention for smoking cessation, prevention and tobacco control, are still based, many times, on common-sense, intuition and non-evidence based approaches.

We think that this loss of energy may be limited with better information sharing among professionals and researchers based on a multidisciplinary communication across the different levels of expertise.

The mission of the Society for Research on Nicotine and Tobacco is to bring together experts from different fields, but also to disseminate to those people daily involved in research, medical practice and education on tobacco therapy and prevention.

The aim of this conference is in fact to enhance the "translational" value of the scientific evidence as a well-accepted criterion for therapy, but also as a still unmet need for preventive activity.

We hope that the Rome 2008 Conference will meet these objectives.

Rome in September is at its best, with the *ponentino* (the moderate warm wind) making the days and the evening pleasurable for walking around ancient roman ruins, spectacular imperial perspectives and its typical old quarters.

In the last few years, Rome underwent an impressive cosmopolitan development and offers all the advantages of a modern city to its traditional historical heart. ■



Jacques Le Houezec
SRNT Europe President

Giacomo Mangiaracina
SRNT Conference Chair - SITAB President

Cristiano Chiamulera
SRNT Conference co-Chair - Programme Committee Chair

PROGRAMMA

9.30

Registrazione partecipanti

10.00

Saluti autorità e
introduzione ai lavori
(F. Schittulli, A. Mangiacavallo,
D. Greco, P.G. Zuccaro)

PARTE PRIMA

Moderatori:
Vincenzo Zagà,
Nolita Pulerà

10.30 - 10.50

Tabaccologia, tra passato
e futuro
Giacomo Mangiaracina (Roma)

10.50 - 11.10

Priorità e necessità nel
controllo del tabagismo
Daniela Galeone (Roma)

11.10 - 11.30

Alleanze produttive
e consolidamento
dell'efficacia in prevenzione
Elizabeth Tamang (Venezia)

PARTE SECONDA

Moderatori:
Domenico Enea,
Mario Del Donno

11.30 - 11.50

Le ricadute del Progetto
INSPIRO
Claudio Poropat (Trieste)

11.50 - 12.10

La ricerca: attualità
e prospettive
Christian Chiamulera (Verona)

12.15 - 12.30

L'evidenza di efficacia
nel trattamento
Biagio Tinghino (Monza)

12.30 - 13.00

Discussione

13.00 - 14.30

Pranzo

14.30 - 16.00

Tavola rotonda: L'efficacia
dei processi: dalle speranze
alle possibilità
Moderatori:
G. Tarsitani,
P. Martucci
Intervengono:
A. Corrado, M. Laezza, A.
Mangiacavallo, S. Nardini, C.
Poropat, M.T. Tenconi, P.G.
Zuccaro.

16.30 - 17.30

Assemblea SITAB

18.30

Welcome & opening address
SRNT

Segreteria scientifica

Zagà (redazione@tabaccologia.it)
Tinghino (btinghi@tin.it)
Pulerà (segreteria@tabaccologia.it)

www.tabaccologia.it

Comitato scientifico

G. Tarsitani, G.F. Fumagalli,
G. Mangiaracina,
C. Chiamulera, P.G. Zuccaro,
M.T. Tenconi.

Segreteria

Anteprimadue
Viale del Tintoretto, 88
00142, Roma
tel. +39 06 5403600
fax +39 06 547865
info@anteprimadue.it

Sede congresso:

ATAHOTEL Villa Pamphili
Via della Nocetta, 105
00164 Roma

<http://www.srnt2008rome.com>



Università
di Verona



Università
La Sapienza
Roma



AIPO



10th Annual Conference of SRNT Europe Rome, September 23 - 26 2008 *The Scientific Evidence: Criteria for Therapy, Needs for Preventions*



Atti / Proceedings

SITAB - SRNT Satellite Meeting

Priorità ed evidenze in Tabaccologia Roma 23 settembre 2008

Tabaccologia tra passato e futuro

Tobaccology, between past and future

Giacomo Mangiaracina

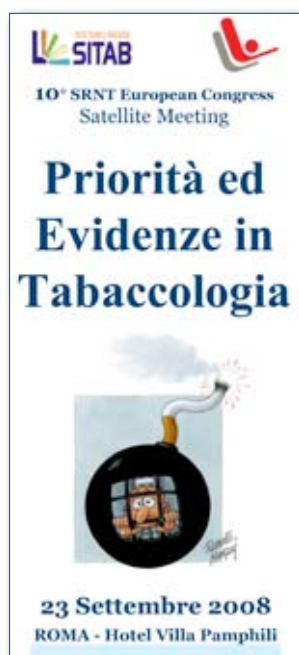
La "Tobacco Science" esisteva ancora prima che la formalizzassimo in una struttura oggettivamente riconosciuta in ambito scientifico. Dagli anni Cinquanta in poi vari studi di grande rilevanza scientifica si sono avvicendati a formare il più grande dossier sul problema del Tabacco che la storia conosca.

Oggi la riconosciamo in forma di disciplina, articolata per vastità, complessità, trasversalità, interdisciplinarietà.

La SITAB nasce alla fine del 1999 ed inaugura l'entrata nel nuovo Millennio con una visione nuova della materia, ponendosi come spartiacque tra una terra di tutti e di nessuno, quella del "vizio" e della "disassuefazione", ed il terreno coltivato dall'inquadramento nosologico, dall'appropriatezza in ambito preventivo e trattamentale.

Nal momento in cui nasce la Tabaccologia come scienza, finiscono i "metodi per smettere di fumare" e l'improvvisazione nel territorio difficile della prevenzione. Non possiamo permetterlo. La ricerca di base, clinica ed epidemiologica, le strategie di controllo del Tabacco, non permettono passi falsi, anche in considerazione che un passo falso in questo ambito, vale a dire una campagna improduttiva, un approccio inefficace in prevenzione e terapia, inevitabilmente rappresentano una cessione del territorio all'industria del tabacco, alle grandi compagnie, che dettano una legge spietata, quella del profitto finalizzato a produrre morti precoci e invalidità senza fine.

In questo ambito il futuro è dell'evidenza scientifica, con il compito di indicare le buone pratiche e proseguire il cammino della formazione e dell'aggiornamento continuo, perché la "terra di tutti e di nessuno" diventi un campo coltivato ad arte, per il bene di tutti. ■



The "Tobacco Science" existed before it was objectively codified in a scientific form. Since 1950s many important controlled studies came up to compose in the years the biggest dossier on Tobacco problems that the world had ever known. Today we know it as a scientific discipline, organized by importance, complexity, transversality, multi-disciplinary approach. The Italian scientific society of Tobaccology (SITAB) was born at the end of 1999 and opened the new Millenium with a new vision of this discipline. SITAB assumed the role of the turning point between a desert land of ignorance and improvisation, and the farmed land of nosological classification, and appropriate evidence-based approaches in therapy and prevention. When Tobaccology was born as a scientific discipline, at the same time, the "methods to stop smoking" disappeared. At the same time, we declared the end of improvisation in the difficult field of prevention. We cannot allow

it. The basic, clinical and epidemiological researches, as well as tobacco control strategies, cannot allow false steps to be taken. A false step in this field, in other words an unproductive educational campaign, or an ineffective approach in therapy and prevention, is destined to give away the territory to the big tobacco companies, who dictate a ruthless law, based on the profit that causes early deaths and endless disabilities. In this "new era", the future is of course represented by the scientific evidence, with the task to indicate the best practices carrying on the road of formation of medical staff and running updating of operators, in order to transform the desert land in a well farmed land, for the goodness of all. ■

Giacomo Mangiaracina

Università La Sapienza - Roma, SRNT Conference Chair - SITAB President

La ricerca: attualità e prospettive

Research: current and future perspectives

Christian Chiamulera

Fumare induce una serie di modifiche dell'umore, dell'attenzione, dell'emotività. Questi effetti psicobiologici piacevoli determinano l'instaurarsi ed il mantenimento di un comportamento compulsivo protratto nel tempo. Fumare è comunque assunzione – regolata e cronica – di nicotina. Il comportamento del fumare è regolato accuratamente – sia come frequenza che come intensità – in modo tale da mantenere stabili i

livelli plasmatici della nicotina stessa. La riduzione dei livelli di nicotina induce la comparsa dei sintomi d'astinenza. Questo stato negativo viene evitato mantenendo il fumare e garantendo l'assunzione continua di nicotina. Gli effetti piacevoli del fumare avvengono in un contesto ambientale ricco di stimoli che acquisiscono così proprietà condizionate positive efficaci nel rinforzare il condizionamento dalla sigaretta. Analogamente, situazioni e stimoli avversivi associati all'astinenza sono in grado di causare la ricaduta. Entrambe queste classi di fattori ambientali possono indurre il craving, ovvero il forte desiderio incontrollabile di fumare una sigaretta. La maggior parte della ricerca farmacologica applicata si sta concentrando sulla modulazione in senso terapeutico della dipendenza nicotina: I), la sua disassuefazione con farmaci specifici e selettivi, come l'agonista parziale vareniclina, II), l'azione di farmaci che agiscono sui meccanismi motivazionali alterati dalla nicotina, come il bupropione, III), il blocco dell'assorbimento cerebrale di nicotina con il vaccino, IV), lo sviluppo di nuove formulazioni a base di nicotina con proprietà farmacocinetiche caratterizzate da migliore efficacia e tollerabilità. La ricerca di base sta invece esplorando ulteriori modulazioni del recettore nicotinico, sulla scia di vareniclina, caratterizzate da selettività d'azione molecolare. Inoltre, numerose ricerche si stanno concentrando sulla modulazione di altri neurotrasmettitori, come la noradrenalina e l'acetilcolina. La ricerca genetica sta dimostrando come i polimorfismi – forme di varianza genetica – possono non solo caratterizzare determinate tipologie di tabagisti, ma possono anche permettere un modo diverso di rispondere al trattamento integrato. Infine, l'uso di tecniche di visualizzazione cerebrale non invasiva sta permettendo di individuare le basi neurali della reattività agli stimoli e situazioni ambientali.

La conoscenza più approfondita di queste interazioni non deve prescindere da un approccio multidisciplinare di ricerca: lo scopo è quello di poter delineare una topografia dei fattori che concorrono all'instaurarsi ed al mantenimento del tabagismo: nicotina, fumatore, ambiente. ■



Smoking exerts a series of changes in mood, attention and emotionality. These pleasurable psychobiological effects are determinants to initiation and maintenance of a protracted and compulsive behaviour. Indeed, smoking is a self-titrated and chronic administration of nicotine. Smoking behaviour is accurately controlled in terms of frequency and intensity in order to maintain a steady state

of nicotine plasma levels. The decline of nicotine plasma levels are associated to onset of withdrawal symptoms. This negative state is avoided by maintaining smoking behaviour which guarantees a continuous nicotine intake. The pleasurable effects of nicotine take place in a stimuli-rich environment that acquires positive conditioned value and reinforcing properties. Similarly, aversive states and stimuli are able to trigger relapse. Both these class of environmental stimuli may induce craving, that is the potent subjective desire to smoke a cigarette. Mostly of applied pharmacological research is focused on the therapeutic modulation of nicotine dependence: I), smoking cessation with specific and selective drugs, such as partial nicotinic agonist varenicline, II), the action of drugs that act on the motivational mechanisms altered by nicotine, such as bupropion, III), nicotine brain penetration blockade by immunization, IV), the development of novel nicotine replacement formulations with pharmacokinetic properties improving efficacy and tolerability. Basic research is investigating further modulations of the nicotinic receptors, as follow-up of varenicline, with improved molecular selectivity.

Moreover, several research programme are studying other neurotransmitter systems such as cholinergic and noradrenergic. Genetic research shows that polymorphisms – genetic variance – could help to identify specific types of smokers and a different response to drug therapy. Finally, neuroimaging techniques allow to identify the neural circuits involved in cue reactivity and relapse. A better insight into the brain-behaviour mechanisms of tobacco addiction must be in agreement with a multidisciplinary approach: the aim is to define a topography of factors that contribute to initiation and maintenance of tobacco addiction: nicotine, smoker, environment. ■

Christian Chiamulera
Università di Verona

SAINT Conference co-Chair - Programme Committee e Chair



L'evidenza di efficacia nel trattamento del tabagismo

Evidence of effectiveness in tobacco dependence treatment

Biagio Tighino

Il trattamento del tabagismo è un ambito complesso, cosa che rende indispensabile la razionalizzazione degli approcci basati su evidenze scientifiche.

L'indagine INSPIRO ha evidenziato però che già sul piano diagnostico in Italia esiste una grande eterogeneità di strumenti utilizzati. I test più usati in Italia sono il FTND (meno del 50% dei centri), il Mondor (9-17%), il test di Horn, lo Smokeloc Questionnaire, l'SDS, la VAS (complessivamente tra il 10-15% dei centri), l'HAD, il Beck Inventory, il GSE e il CDS-5 (meno del 7%). Un incremento di efficacia diagnostica capace di indagare in modo sufficientemente attendibile tutte le componenti della dipendenza tabagica permetterebbe sicuramente di diversificare gli interventi in modo mirato e, presumibilmente, più efficace. Anche da un punto di vista terapeutico è stata rilevata una estrema variabilità di approcci. Solo il 54% dei centri dispone del medico e dello psicologo insieme, per un approccio integrato.

Questa percentuale scende al 20% se si considerano solo i centri ospedalieri. Altre strutture non prescrivono farmaci di supporto, oppure offrono un percorso troppo breve (meno di 6 incontri nel 40% dei casi). Da rilevare che diversi servizi praticano metodi di cura per cui non esistono sufficienti evidenze di efficacia (per es. agopuntura auricolare) o non rilevano con appropriati follow-up gli esiti dei trattamenti.

Le recenti evidenze di letteratura mostrano come sia indispensabile una valutazione corretta del tabagista, indagando sul grado di dipendenza fisica, sullo stato motivazionale, sulla self-efficacy, sulle risorse personali, ma anche sulla commorbidità per altre dipendenze, disturbi del comportamento alimentare, patologie psichiatriche (per es. depressione e ansia). Il counselling di secondo livello dovrebbe essere praticato da operatori opportunamente formati, con colloqui individuali superiori ai 10 minuti, per un numero di incontri sufficiente (meglio se superiore ai 5). Le terapie di gruppo sono uno degli strumenti più efficaci, capaci di fornire strumenti di consapevolezza rispetto alla dipendenza da fumo, per un numero di incontri sufficiente (generalmente superiore a 8). È più nota l'ef-



Smoke addiction is a chronic diseases in which poor results of treatment are more common than in other diseases. The extent of the problem and these difficulties require effective solutions based on an scientific approach.

The treatments for smoking cessation are highly cost-effective, if compared to the therapies for other chronic diseases. An international meta-analysis shows that effectiveness can be five time higher when treatment are provided by clinicians who received a specific training.

In this process, diagnostic evaluation is also important. Psychological aspects play an important role in the effectiveness of treatment.

Smoke cessation is related to high motivation, adequate self-efficacy,

presence of a social supportive network. Tobacco dependence and motivation need to be assessed, and this is possible by using a simple self-rating questionnaire (FOT) or other instruments (Horn test, Mondor test, CDS-12, HONC, SDS, VAS, Smokeloc questionnaire, MAC/T etc.).

Negative effectiveness predictor factors are represented by addiction to illegal substances, alcohol, depressed mood (major depression) or history of depression, eating disorders, and schizophrenia.

It is recommended that cessation treatments do incorporate screening procedures that can identify those patients with coexisting psychiatric disorders.

Abstinence rates increase when multiple interventions (counseling and medication vs. medication alone) are provided.

There are evidences to support the effectiveness of intensive programs (more than 90 minutes in total) that include 4 or more sessions. The best results are reported for group therapy (more than 7 sessions) that include a cognitive-behavioural approach and pharmacological treatments (NRT, bupropion, varenicline).

Drugs for smoking cessation are affective and can improve the results. Varenicline in particular is reported as the most effective treatment when compared with no-drugs therapies or other medications.



ficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale. L'uso dei farmaci, almeno nei Centri per il Trattamento del Tabagismo, è un fattore di successo notevole, se unito all'approccio psicologico. Sono efficaci la nicotina (NRT), il bupropione, la vareniclina. La vareniclina ha offerto, negli studi a lungo termine (52 settimane) efficacia pari al 21,9%, vs 16,1% del bupropione. Il sostegno psicologico deve comprendere un'accurata valutazione dei fattori di disagio personale, delle caratteristiche e influenze ambientali, del percorso motivazionale. Deve fare interiorizzare strategie di controllo, di gestione dei momenti di crisi, di potenziamento delle risorse interne. ■

There are no evidence to support acupuncture, hypnosis or adversative methods.

At the moment there are no evidences to support the efficacy of biomedical approaches, such as spirometry, echocardiography, etc. ■

Biagio Tinghino

Center for Smoking Cessation, Monza-Italy Center for Drug and Alcohol Addiction, Monza-Italy

Alleanze produttive e consolidamento dell'efficacia in prevenzione

Fruitful alliances to reinforce efficacy in Prevention

Mary Elizabeth Tamang, Annarosa Pettenò, Alessandro Mantovani, Fabio Franceschi

La promozione di stili di vita sani e nello specifico la prevenzione di un problema rilevante di salute pubblica quale è il tabagismo, al secondo posto nella Regione Europea come fattore di rischio per carico di malattia, necessita la costruzione di reti ed alleanze tra tutti quegli attori che lavorano costantemente nel tentativo di implementare l'efficacia dei loro interventi. La realizzazione di queste reti rappresenta uno strumento ulteriore per consolidare le esperienze realizzate e per identificare un



Tobacco is the single largest cause of preventable premature mortality in Europe. One major instrument in promoting healthy lifestyles and in countering tobacco is building networks between all actors involved in tobacco prevention sharing and exchanging best practices. Networks can reinforce effective interventions and implement coordinated actions bringing about results that cannot be achieved singly by individual persons or organisations. At the European level, ENSP (European

Network for Smoking Prevention) è il network che è riuscito a connettere le organizzazioni attive nel controllo del tabacco proponendosi di condividere le esperienze e le informazioni anche a livello delle singole nazioni attraverso istituzioni governative e non, al fine di arrivare a definire politiche comuni di controllo e di prevenzione del tabagismo. Nel 1990 nasce il network che è riuscito a collegare le diverse esperienze ed attività di prevenzione del tabagismo nelle donne: INWAT (International Network of Women against Tobacco). Anche in questo caso, tale importante alleanza è riuscita a mettere in contatto quelle organizzazioni, prevalentemente femminili, di controllo del tabacco diffondendo informazioni, strategie di marketing e di prevenzione e gli importanti temi che legano il fumo di tabacco al genere femminile, portando così a conoscenza di come il problema fumo ed il suo controllo assuma valenze e connotazioni differenti anche di genere. A livello nazionale esistono reti stabili, quali la Consulta Italiana sul Tabagismo e il Gruppo Tecnico Interregionale sul Tabagismo, che condividono l'obiettivo di costruire

an Network for Smoking Prevention) has brought together numerous governmental and non governmental organisations, coalitions and institutions involved in tobacco control by sharing information and experiences and defining common tobacco control policies.

In 1990, INWAT (International Network of Women against Tobacco) came into being.

This important network has managed to join forces with different organizations distributing information, marketing ad prevention strategies regarding women and tobacco. It is also creating links between women and tobacco and human rights issues.

In Italy we have two networks: the Italian Coalition against Tobacco and the Inter-regional Group. Their goal is to build alliances to promote healthy life styles and tobacco free environments.

The National Centre for Prevention and Disease Control (CCM) is also an example of a network which brings together competences, structures and capacities to promote and im-



alleanze operative per intervenire con maggior peso ed efficacia sul versante della promozione di stili di vita liberi dal fumo. Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) è pure un esempio di network di competenze, strutture e capacità che promuove progetti il cui valore aggiunto è rappresentato da maggiore disponibilità di informazioni, diffusione e sostegno di interventi di prevenzione validati sul piano scientifico, oltre alla sperimentazione di interventi "pilota" di prevenzione, al miglioramento della qualità assistenziale e all'aumento dell'offerta di formazione. Infine, si descrive brevemente il modello veneto di rete per l'implementazione del programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate. La costituzione di reti rappresenta, dunque, oltre che uno strumento, anche una strategia di azione privilegiata utilizzata a più livelli nella promozione di una cultura libera dal fumo. ■

plement evidence based projects in the regions. It also helps to experiment pilot projects, provides tools and support for training. The Veneto network model for implementing the tobacco control strategy and preventing tobacco related diseases is also briefly described.

Networking at different levels is therefore not only an instrument but can also become a privileged strategy in the promotion of a tobacco free culture. ■

**Mary Elizabeth Tamang, Annarosa Pettenò,
Alessandro Mantovani, Fabio Franceschi***

Regione del Veneto – Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo,

**Azienda ULSS 14 Chioggia*

Le ricadute del progetto INSPIRO

Research perspectives after the INSPIRO project

Claudio Poropat, Giacomo Mangiaracina

Nel 1999 per la tabaccologia sono successi due fatti importanti: il 1° congresso italiano "A fuoco il fumo", organizzato dal GITAB, gruppo di interesse sul tabagismo, creato nel contesto dei servizi per le tossicodipendenze, e la nascita della SITAB con lo scopo preminente di aggregare le forze in campo tabaccologico e fare emergere la figura professionale dell'operatore (medico, psicologo, o altro) con competenze e capacità specifiche nel trattamento e nella prevenzione di un "Tabagismo" considerato non più semplice "fattore di rischio" oncologico, respiratorio o cardiovascolare, ma sempre più inquadrato tra le patologie da dipendenza ad alta complessità. Evidentemente l'impresa fu di successo, visto che dal 2000 al 2002 si sono coagulate molte iniziative preesistenti e si sono costituite in Italia, come un'esplosione, un gran numero di strutture, territoriali ed ospedaliere, denominate con il termine di Centri antifumo o Centri per la cura del tabagismo, principalmente dedicate al trattamento della dipendenza tabagica. La rapida nascita di questi centri, senza alcuna pianificazione e progettualità su scala nazionale, ovviamente creava legittimi dubbi sulla loro efficienza.

Dal 2002 al 2005, altri centri si aggregarono ai precedenti, per un totale di 350 contando anche quelli già consolidati delle "Leghe Tumori", in attività dal 1986. Le discussioni su queste modalità di crescita e le conseguenti necessità formative proseguirono nell'organo direttivo della SITAB, tanto che nel 2004 venne lanciato il progetto "INSPIRO". La motivazione in origine fu quella di esplorare le modalità generali di lavoro dei Centri antifumo, ma presto venne esemplificata in qualcosa di



Antonio Basoli (Castelguelfo, 1774 - Bologna, 1848)

Two important facts have happened in 1999 for Tobaccology: the first Italian congress on tobacco "Fire the Smoke" (a fuoco il fumo), organised by the interest group concerned with tobacco addiction (GITAB), created inside the regional services on drug addictions. The second one was the birth of the Italian scientific society of Tobaccology (SITAB). Its principal purpose was to create a network of all the Italian resources and expertises, in order to promote the professional

operators (doctors, psychologists, and others), with expertise and specific competence in tobacco treatment and prevention. One of the goals was the new conception of tobacco consumption. Not only as an oncologic, respiratory or cardiovascular risk factor, but as well as an addiction disease, with a high level of complexity. The project was successful. From 2000 to 2002 many important initiatives in tobacco control were created. At that time Italy experienced a rising number of services for the treatment of tobacco dependency in clinics and hospitals, called "Centri antifumo or Centri per la cura del tabagismo". The dramatic growth of the first No-smoking Centers was not an output of National planning or design, therefore it determined justified doubts about its efficiency. From 2002 to 2005, other territorial tobacco services were established reaching the total number of 350 units, comprehensive of tobacco services of Italian Cancer League, which was created in 1986. The SITAB national board continued to debate on the procedures in order to provide credentials, with the subsequent primary need of formation. In 2004 the "INSPIRO Project" was launched in order to explore the working methods in tobacco treatments in clinics and hospitals. After, the survey was oriented in a more specific form: to check the main patterns of clinic evaluation in smoking treatments. The figures we ob-



più sofisticato e mirato: indagare sui principali parametri di valutazione del paziente fumatore. I dati ottenuti sono di tutto rispetto, ed assumono maggiore significato per la numerosità del campione esaminato. Infatti, ben 139 centri hanno aderito all'indagine.

La conclusione della rilevazione "INSPIRO" è che vi è necessità di migliorare il lavoro dei centri antifumo, ovvero di quelle strutture di 2° livello specializzate nella cura del Tabagismo, e dei suoi attori. L'altro problema è che i centri antifumo, in Italia, sono pochi, e le politiche sanitarie dovranno considerare l'opportunità e la necessità di sviluppare una politica di sviluppo in questo ambito.

Ogni ambito territoriale in Italia dovrebbe avere un centro per la terapia della dipendenza tabagica, riconosciuta comunque come primo fattore assoluto di rischio delle maggiori patologie che ci affliggono. È da sottolineare molto positivamente che la soluzione di tali problematiche vede impegnato l'Istituto Superiore di Sanità ed il Ministero della Salute che propone dal 2005 un piano triennale di formazione sul tabagismo rivolto a coloro che saranno i pianificatori regionali delle relative attività. Stiamo ancora aspettando una valutazione dei risultati di questo progetto.

I punti in discussione sono i seguenti:

- 1) Necessità organizzative e normative dei Centri Tabagismo italiani;
- 2) Parcellizzazione delle risorse;
- 3) Indicazioni terapeutiche;
- 4) Strumenti di valutazione clinica del paziente;
- 5) Aggiornamento dell'Operatore;
- 6) Utilizzo delle risorse;
- 7) Contenimento delle ricadute;
- 8) Ricerca. ■

tained were important because the statistical population was really significant. In fact, the tobacco services that adhered to the survey were 139. The conclusions of the survey evidenced the need to organize the work of the no-smoking services, specialized in tobacco treatments, in a better professional way. An important emphasis was given to the formation of operators in order have a single line of conduct in diagnostic pathway. In addition to this there is the need to develop an national health policy that considers an increased number of territorial services of tobacco treatments. Every district must have a medical centre specialized in therapy and prevention, in order to counter the addiction cause from tobacco, but also the first risk factor of the most important pathologies that afflict our society. The solution to those problems needs a large collaboration of Italian Health Institute and the Ministry of Health. Since 2005, a three years plan was organized to form regional managers in tobacco control. Until today we are still waiting an evaluation outcome about this project. The hot discussing points are the following.

- 1) Needs of administrative organization;
- 2) Equal distribution of resources;
- 3) Treatmental procedures;
- 4) Homogeneous tests for clinic evaluation of the patient;
- 5) Continuous training of operators;
- 6) Availability of suitable resources;
- 7) Control of smoking relapses;
- 8) Research. ■

Claudio Poropat¹, Giacomo Mangiaracina²

¹Responsabile Centro Interdipartimentale di Prevenzione e Cura del Tabagismo, ASS n. 1 Triestina

²Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, Università di Roma "La Sapienza"; presidente della SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

Priorità e necessità del controllo del tabagismo

Priorities of tobacco control

Daniela Galeone

Il fumo è il secondo fattore di rischio in termini di mortalità (dopo l'ipertensione arteriosa), ma il primo in termini di anni di vita liberi da disabilità.

In Italia è in vigore dal 10 gennaio 2005 una legge (la 3/2003) che vieta il fumo in tutti i locali pubblici. È stata la prima legge in Italia la cui applicazione è sottoposta a continuo monitoraggio e valutazione.

Nel marzo del 2008 è stata finalmente ratificata anche dall'Italia la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabagismo (FCTC) promossa dall'OMS e firmata all'unanimità nel 2003.

L'Italia deve quindi implementare le politiche promosse dalla Convenzione non ancora incluse nella strategia del Ministero della Salute come le misure di riduzione della domanda (finanziarie e fiscali, regolamentazione della composizione dei prodotti, confezionamento, trattamento della dipendenza), e le misure di riduzione dell'offerta (contrasto al commercio illecito, vendita ai minori, attività di sostituzione per i coltivatori e lavoratori). ■



Tobacco is the second risk factor for mortality (just after hypertension) but the first in terms of DALYs. On January 10th, 2005, a smoking ban in all enclosed places has been implemented in Italy. The smoke free policy is the first ever example of strategy in Italy that has been monitored and evaluated in its application. On March, 2008 the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) has been ratified by

the Italian Parliament. Consequential, Ministry of Health should implement in its strategy all the policies promoted by the FCTC such as the measures relating to the reduction of demand (price and tax measures, regulation of the contents of tobacco products, packaging and labelling, measures concerning tobacco dependence and cessation) and measures relating to the reduction of the supply (illicit trade, sales to and by minors, provision of support for economically viable alternative activities). ■

Daniela Galeone

Istituto Superiore di Sanità, Roma

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008

Antonio Russo, Mario Del Donno

Il tabacco è la sostanza maggiormente utilizzata in tutto il mondo ed il suo uso causa consistenti danni all'organismo determinando patologie che possono senz'altro portare a morte gli individui assuefatti al fumo. L'ampia distribuzione del tabacco nella popolazione mondiale è legata a diversi fattori quali il basso prezzo, il marketing aggressivo delle multinazionali, la mancanza di una corretta informazione sui danni causati dal fumo ed una inconsistente politica sociale che ne contrasti l'utilizzo.

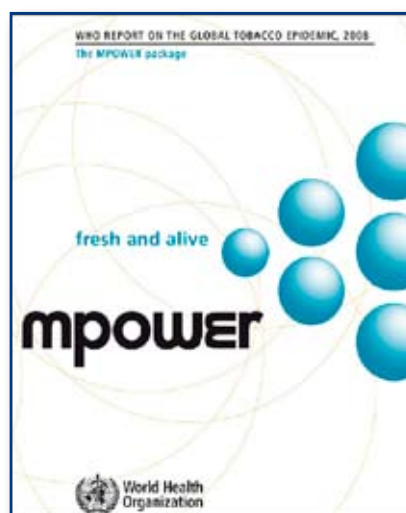
L'analisi dei numeri riguardanti l'epidemia di tabacco ci consentono di comprendere il perché sia necessario contrastare il suo utilizzo. Difatti, è stato stimato che 1 persona ogni 6 secondi è uccisa dal tabacco e che più di 5 milioni di persone muoiono ogni anno per tale causa. Purtroppo il trend negativo è destinato ad aumentare nel corso degli anni e, in mancanza di strategie volte a contrastare il suo utilizzo, si prevede che circa 8 milioni di decessi annui saranno dovuti al tabacco entro il 2030. Anche sul fronte del fumo passivo si registrano dati negativi, infatti, negli Stati Uniti, è responsabile di 3400 decessi per cancro del polmone, di 46.000 decessi per patologie coronariche, di 430 casi di sindrome della morte improvvisa del neonato, di 24.500 bambini con basso peso alla nascita, di 71.900 nascite pre-termine e di 200.000 episodi di asma nei bambini ogni anno.

A differenza di altre sostanze nocive all'organismo, il cui impatto sulla salute è visibile in tempi brevi, le patologie correlate al tabacco si sviluppano nel corso di anni o decenni determinando un notevole aggravio sulle spese sanitarie. Nella valutazione dell'epidemia di tabacco è interessante notare come

l'aumento del suo utilizzo è direttamente proporzionale alla crescita della popolazione soprattutto nei paesi a basso e medio reddito. Infatti, è stato stimato che nel 2030 l'80% delle morti correlate al tabacco nel mondo avverranno nelle popolazioni in via di sviluppo. Un esempio caratteristico è costituito dall'India dove circa un quarto delle morti negli uomini di mezz'età è dovuto al tabacco o come in Cina dove si assisterà alla morte di circa 100 milioni di uomini al di sotto di 30 anni dediti al suo utilizzo.

Nell'incremento epidemiologico del tabacco e delle patologie fumo-correlate, un ruolo cruciale è svolto dalle donne. Il target delle multinazionali si sta sempre più concentrando sulla popolazione femminile attraverso pubblicità di prodotti dedicati alle donne o utilizzando subdole strategie quali, ad esempio, donazioni ad organizzazioni che si battono per i diritti della donna. Questo marketing si è rivelato particolarmente efficace considerando che si sta assistendo ad una diminuzione dei fumatori maschi ed un aumento del fumo nella popolazione femminile soprattutto nelle regioni centrali, meridionali ed orientali dell'Europa. Tuttavia, tale andamento non si registra nei paesi del Sud-Est asiatico dove la popolazione maschile di fumatori è dieci volte maggiore rispetto alla popolazione femminile.

Sebbene le industrie di tabacco favoriscano una crescita dell'economia



locale e nazionale, creando nuovi posti di lavoro, le perdite economiche derivanti dalla crescita delle spese sanitarie per la cura delle patologie tabacco correlate sono sempre più insostenibili. Si stima che negli Stati Uniti le spese sanitarie per tali patologie siano di 81 bilioni di dolla-

ri, in Germania 7 bilioni ed in Australia circa 1 bilione. Tali cifre possono sembrare minime rispetto all'analisi della micro-economia familiare, difatti il tabacco è maggiormente diffuso tra le classi sociali più povere in cui la spesa per il fumo di sigaretta supera di 10 volte quella dei bisogni basilari quali il cibo, l'alloggio, l'educazione e la salute. Inoltre, per le condizioni igieniche sanitarie scadenti, le classi più disagiate sono più recettive alle patologie fumo correlate e presentano una sopravvivenza minore rispetto alla popolazione più ricca. Tutto ciò non fa altro che incrementare il circolo vizioso della "povertà e malattia". Infatti, la morte precoce di un soggetto giovane, unico sostegno economico della famiglia, rappresenta una catastrofe economica poiché i membri della famiglia saranno costretti a chiedere il supporto delle istituzioni per poter far fronte al fabbisogno giornaliero. La situazione non è dissimile per ciò che concerne le risorse economiche utilizzate nella cura delle patologie derivanti dal fumo passivo. Negli Stati Uniti si stima un costo annuo di circa 5 bilioni di dollari ripartiti in cure mediche dirette ed indirette (es.

disabilità e perdita di giorni di lavoro), mentre in Cina ammonta a 156 milioni di dollari annui.

È possibile considerare la diffusione del tabacco nel mondo come un'epidemia. Tuttavia, come ogni patologia contagiosa è determinata da un vettore, sia esso un batterio o un virus, così il vettore della diffusione del fumo è rappresentato dalle industrie di tabacco e dalle loro strategie di guadagno. Le numerose multinazionali che vendono "fumo" si concentrano su specifici bersagli: gli adolescenti e le donne. Infatti, i ragazzi giovani sono il terreno fertile per rimpiazzare coloro che precocemente decidono o coloro che smettono di fumare e, più è precoce l'età di inizio del tabagismo, più facilmente diventeranno

dei "fumatori regolari" e più sarà difficile disassuefarsi dal fumo di tabacco. Le altre strategie adottate dalle multinazionali riguardano i rapporti con le istituzioni. Infatti, nei paesi in via di sviluppo, esse esercitano attraverso aiuti (il più delle volte economici), pressioni sulle istituzioni al fine di impedire le restrizioni della vendita o di impedire l'aumento delle tasse sulle sigarette.

In conclusione, le società civili e le istituzioni devono impegnarsi a prevenire l'epidemia di tabacco evitando centinaia di morti legate alle patologie fumo correlate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è attivamente coinvolta nella lotta contro il fumo, sensibilizzando governi e cittadini ad intraprendere iniziative volte a contra-

stare l'epidemia di tabacco¹. In particolare, l'OMS consiglia ad ogni Nazione di attuare una politica sanitaria volta a monitorare l'utilizzo del tabacco, a proteggere la popolazione dal fumo, ad intraprendere programmi di "smoking cessation", ad informare la popolazione della pericolosità del tabacco, a vietare qualunque forma di pubblicità riguardante le sigarette e, infine, ad aumentare le tasse sulla vendita di tabacco. ■

Bibliografia

1) The MPOWER package, WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, WHO 2008

Antonio Russo, Mario Del Donno
U.O.C. di Pneumologia - Dipartimento di Scienze
Mediche - A.O. "G. Rummo", Benevento



ITALIA / Linee Guida Aggiornamento 2008 delle Linee Guida ISS- OSSFAD per la terapia del tabagismo

Piergiorgio Zuccaro

Il 31 maggio 2008 Giornata Mondiale Senza Tabacco, nell'ambito del Convegno Tabagismo e SSN, sono state presentate all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'aggiornamento 2008 delle Linee Guida Cliniche per promuovere le cessazioni dell'abitudine al fumo. Le linee guida nascono dalle collaborazioni dell'osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'ISS con il Cochrane Drugs and Alcohol Group che ha sede presso il Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RM E.

I destinatari delle Linee Guida sono gli operatori del SSN che operano nell'assistenza di primo e secondo livello nel corso della loro attività ambulatoriale e ospedaliera con particolare

riguardo ai Medici di Medicina Generale (MMG).

Queste Linee Guida sono rimaste sostanzialmente invariate nella sua struttura e per il tipo di intervento raccomandato nelle Linee Guida pubblicate nel 2002. Per redigere le Linee Guida è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura effettuando una ricerca bibliografica sulle seguenti Banche dati: Medline, Embase e Cochrane Library dal 1990 a marzo 2001. Nell'aggiornamento la ricerca è stata estesa fino al 31 dicembre 2007.

Le revisioni individuate sono state sottoposte ad una valutazione della qualità metodologica. Le revisioni sistematiche Cochrane sono risultate essere le più aggiornate, le più recenti, le

più complete e metodologicamente di migliore qualità. Pertanto per l'estrazione dei dati di efficacia ci si è limitati a considerare le revisioni Cochrane. La ricerca degli studi randomizzati controllati (RCT) si è limitata a studi di recente pubblicazione.

Le prove di efficacia reperite nelle revisioni sistematiche Cochrane e le raccomandazioni contenute nelle linee guida individuate di migliore qualità sono state quindi utilizzate per redigere il testo delle linee guida. La bozza di linea guida redatta dal gruppo degli autori è stata quindi sottoposta ad un processo di revisione da parte di esperti esterni al progetto e dai presidenti delle principali società scientifiche del settore.

Le prove di efficacia sono state classificate secondo i livelli di evidenza riportati di seguito; tali livelli riflettono il grado di validità (assenza di distorsioni sistematiche) dei risultati e delle conclusioni relative alla efficacia dei trattamenti riportati nei singoli studi.

Il presupposto su cui si basano tali livelli è che i disegni di studio dei livelli superiori sono in grado di fornire evidenze più valide di quelli ai livelli più bassi.

Infatti, affinché i risultati di uno studio possano essere attribuiti con relativa certezza all'intervento sperimentale, è necessario che il disegno dello studio abbia rispettato una serie di requisiti metodologici.

In caso contrario possono verificarsi errori sistematici che possono portare a concludere erroneamente per l'efficacia o la non efficacia di un intervento.

L'interpretazione delle prove di ef-

ficacia reperite negli studi tiene conto dei livelli di evidenza, della numerosità e della qualità metodologica degli studi, della consistenza dei risultati e della rilevanza clinica delle misure di risultato utilizzate.

Tale interpretazione, alla luce anche della esperienza clinica degli autori e del contesto locale in cui le linee guida andranno implementate, porta alla formulazione del grading della forza delle raccomandazioni pratiche. ■

Schema di interpretazione dei livelli di evidenza e della forza delle raccomandazioni

Livelli di evidenza

- Livelli di evidenza 1
Revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati
- Livelli di evidenza 2
Studi controllati randomizzati
- Livelli di evidenza 3
Studi controllati non randomizzati
- Livelli di evidenza 4
Studi osservazionali
- Livelli di evidenza 5
Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

Forza delle raccomandazioni

- Forza delle raccomandazioni A = molto forte
Basata su prove di efficacia di livello 1 o 2
- Forza delle raccomandazioni B = abbastanza forte
Basata su prove di efficacia 3 o 4 o su revisioni sistematiche o studi controllati randomizzati con risultati contrastanti o campioni di piccole dimensioni
- Forza delle raccomandazioni C = debole
Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

Sintesi delle raccomandazioni

Per brevità riportiamo solo gli interventi che hanno livelli di evidenza 1 e forza delle raccomandazioni A = molto forte.

1. Domanda a tutti i soggetti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori.
Affronta l'argomento con tutti, vecchi e giovani, indipendentemente dal motivo della visita.
2. Registra la condizione e la storia di fumatore (Sì/No/Ex fumatore) tra i dati del paziente.
3. Raccomanda a tutti i fumatori di smettere di fumare.
4. Dai al soggetto materiale scritto di supporto agli altri interventi (manuali, opuscoli, etc.).
5. Proponi la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio ≥ 5).
6. I farmaci di prima scelta sono i sostitutivi della nicotina (NRT) nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparati per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali) gli agonisti parziali della nicotina (citisina e vareniclina) e gli antidepressivi (bupropione e nortriptilina).
7. L'associazione di cerotti con inalatori, gomme o compresse sublinguali di nicotina è più efficace di una singola formulazione e si può utilizzare nei pazienti resistenti.
8. Il bupropione associato a NRT ne rafforza l'efficacia, mentre non avviene il contrario.
9. La vareniclina è efficace per smettere di fumare. Anche

la citisina è efficace ma i risultati provengono da un solo trial.

10. Proponi a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo-comportamentale o il counseling professionale individuale.
11. Alle donne in gravidanza offrire un intervento sociale e comportamentale più intenso degli interventi minimi di raccomandazione.

Nelle linee guida sono state inserite l'aggiornamento della carte del rischio cardiovascolare (www.cuore.it) che servono a stimare la probabilità di andare incontro un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio, ictus) nei dieci anni successivi, conoscendo il valore dei sei fattori di rischio (sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

Inoltre sono state inserite le carte del rischio di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) (www.iss.it/osfad)

Le carte del rischio respiratorio assoluto o relativo si propongono come uno strumento di educazione sanitaria ed hanno lo scopo di fornire al medico e al cittadino una stima quantitativa sia del rischio di sviluppare determinate patologie respiratorie in presenza di date condizioni, sia dei benefici derivanti da variazioni di una o più componenti delle stesse.

Le Carte del rischio assoluto servono a calcolare, prenden-

do in considerazione l'abitudine al fumo, la probabilità del soggetto di ammalarsi di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nei 10 anni successivi all'età che ha al momento della consultazione.

Il rischio è stato calcolato per i non fumatori, gli ex-fumatori e i fumatori, sia nella popolazione maschile che femminile senza nessuna esposizione aggiuntiva e/o con l'esposizione lavorativa a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche e con l'esposizione a inquinamento ambientale.

Nel redigere le linee guida nel 1992 scrivemmo che numerosi studi hanno dimostrato che la semplice diffusione delle linee guida, se non accompagnata da strategie di implementazione più intense, non è efficace nel produrre un cambiamento nei comportamenti dei destinatari delle linee guida.

Dovranno essere organizzati workshop nei quali vengano discusse le linee guida, le possibilità e le difficoltà legate alla realizzazione dell'intervento proposto e l'impatto atteso in

termini di salute pubblica. Ma la vera utilità delle linee guida che si basano sulla revisioni sistematiche della letteratura è che l'operatore evita di leggersi una letteratura che per il tabagismo è molto abbondante.

Questo però dalla nostra esperienza sembra non essere apprezzato: spesso il ricercatore preferisce leggersi la singola revisione Cochrane su un dato argomento e citarla piuttosto che avvalersi delle linee guida; cosa che è stata fatta anche dal Ministero della Salute nel suo programma Guadagnare Salute (GU n.117 del 22-5-2007 – Suppl. Ordinario n.119).

Le Linee Guida possono essere richieste telefonando al Telefono Verde contro il Fumo 800554088 oppure si possono consultare sul sito dell'OSSFAD www.iss.it/ofad. e stampare. ■

Piergiorgio Zuccaro
Direttore OSSFAD - ISS, Roma



USA / Linee Guida Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update

Vincenzo Zagà

La *Clinical Practice Guideline*¹, che ha avuto come major sponsor il Public Health Service è stata prodotta dal Tobacco Use and Dependence Guideline Panel ("the Panel").

La sua stesura ha coinvolto 37 specialisti con la responsabilità di identificare l'efficacia e le sperimentazioni validate delle metodiche e trattamenti relative alla dipendenza da tabacco. Queste Linee Guida sono state sponsorizzate da otto organizzazioni federali Governative e Organizzazioni no-profit Statunitensi:

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);
- 2) Centers for Disease Control and Prevention (CDC);
- 3) National Cancer Institute (NCI);

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI);

- 4) National Institute on Drug Abuse (NIDA);
- 5) American Legacy Foundation;
- 6) Robert Wood Johnson Foundation (RWJF);
- 7) University of Wisconsin School of Medicine and Public Health's Center for Tobacco Research and Intervention (UW-CTRI).

Questa Linea Guida è un update della versione del 2000 *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline* che era sponsorizzata dall'U.S. Public Health Service, e U.S. Department of Health and Human Services.

La Linea Guida originale del 1996 si basava su circa 3.000 articoli sul tratta-

mento del tabagismo pubblicati tra il 1975 e 1994.

Quella del 2000 ha lavorato su altri 3000 articoli pubblicati tra il 1995 e il '99.

Questo aggiornamento 2008 ha scrutinato altri 2700 articoli scelti fra più di 8700 articoli della letteratura di base. Questa Linea Guida contiene strategie e raccomandazioni per gli specialisti in terapia del tabagismo, medici di medicina generale, amministratori sanitari e in generali tutti quei soggetti coinvolti nel trattamento dell'uso del tabacco e dipendenza.

Le raccomandazioni sono il risultato di una rassegna sistematica e meta-analisi di 11 specifici argomenti topici identificati dal Panel (quitline proattiva;

combinazione di counseling e terapia farmacologica rispetto all'uso singolo di terapia farmacologica e counseling; vareniclina; combinazione di più terapie; terapie prolungate; interventi di cessazione per individui con basso status socioeconomico/bassa scolarità; interventi di cessazione per adolescenti fumatori; interventi per individui con disturbi psichiatrici, includendo anche l'uso di altre droghe; benefici dello smettere; interventi sistematici).

La forza dell'evidenza che è servita come base per ogni raccomandazione è chiaramente indicato in questo aggiornamento della Linea Guida.

LE 10 RACCOMANDAZIONI CHIAVE DELLE LINEE GUIDA

Obiettivo principale di queste raccomandazioni è quello che i medici raccomandino fortemente l'uso di trattamenti medici e di counselling efficaci nel trattamento della dipendenza da tabacco a tutti quei pazienti che usano tabacco.

1. La dipendenza da tabacco è una malattia cronica che spesso richiede interventi ripetuti e multipli per smettere. Esistono trattamenti efficaci che possono significativamente aumentare le percentuali di astinenza a lungo termine.
2. È essenziale che i medici identifichino e documentino lo status tabagico di ogni paziente visto nel corso della loro attività di assistenza sanitaria. (Strength of Evidence = C).
3. I trattamenti per la dipendenza da tabacco sono efficaci in una vasta gamma di popolazione. I medici dovrebbero incoraggiare ogni paziente disposto a fare un tentativo di smettere di utilizzare i trattamenti di counseling e farmacologici raccomandati in queste Linee Guida di indirizzo. (Strength of Evidence = A).



4. Il trattamento breve della dipendenza da tabacco è efficace. I medici dovrebbero offrire ad ogni paziente che utilizza tabacco almeno i trattamenti brevi che si sono dimostrati essere efficaci come riportato in queste Linee Guida di indirizzo. (Strength of Evidence = A).
5. Il counseling individuale, di gruppo, e telefonico sono efficaci, e la loro efficacia aumenta con l'intensità del trattamento. Due componenti di counseling sono particolarmente efficaci, e i medici dovrebbero usare quando si trovano dinanzi a pazienti che vogliono fare un tentativo per smettere di fumare:
 - A) Practical counseling (problem solving/formazione professionale).
 - B) Sostegno sociale fornito come parte del trattamento. (Strength of Evidence = A).
6. Numerosi farmaci efficaci sono disponibili per la terapia della dipendenza da tabacco, e i medici dovrebbero incoraggiarne l'uso a tutti i pazienti che tentano di smettere di fumare, tranne quando controindi-

cata per ragioni mediche o per specifiche popolazioni per le quali non vi sono sufficienti prove di efficacia (vale a dire, le donne incinte, gli utilizzatori di tabacco non da fumo, i fumatori leggeri e gli adolescenti). Abbiamo a disposizione sette farmaci di prima linea (5 nicotinici e 2 non-nicotinici) affidabili e capaci di aumentare a lungo termine i tassi di astinenza da fumo di tabacco: nico-

tina gomma, inalatore di nicotina, cpr, nicotina spray nasale, nicotina cerotti, Bupropione SR e Vareniclina. (Strength of Evidence = A).

7. Counseling e farmaci sono efficaci quando utilizzati da soli per il trattamento di dipendenza da tabacco. Tuttavia la loro combinazione, è più efficace dell'utilizzo di un solo strumento (counseling o farmaci). Pertanto, i medici dovrebbero incoraggiare tutti gli individui che fanno un tentativo di smettere di utilizzare sia il counseling che i medicinali. (Strength of Evidence = A).
8. Il counseling telefonico per smettere è efficace con diverse categorie di fumatori. Pertanto, sia i medici che le strutture di assistenza sanitaria dovrebbero favorire, promuovere e garantire l'accesso dei pazienti alle quitlines. (Strength of Evidence = A).
9. Se un fumatore non è ancora disponibile a fare un tentativo per smettere, i medici dovrebbero utilizzare i trattamenti motivazionali che come evidenziato in queste Linee Guida sono efficaci per incrementare le chance di un futuro tentativo di smettere. (Strength of Evidence = B).
10. Entrambi i trattamenti della dipendenza da tabacco sono clinicamente efficaci con un alto rapporto costo/efficacia nei confronti di interventi clinici per altri disturbi. Fornire la copertura per questi trattamenti aumenta i tassi di disassuefazione.

Tutti i piani assicurativi privati e i Servizi Sanitari Nazionali dovrebbero garantire la gratuità delle cure (counseling e farmaci) riportate in queste Linee Guida come efficaci nella terapia del tabagismo. (Strength of Evidence = A). ■

Vincenzo Zagà
Vice Presidente SITAB

Bibliografia

- 1) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.]

Un incontro con... Piergiorgio Zuccaro

intervista di **Manuela Giovenchi**



Piergiorgio Zuccaro, Dirigente di Ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità, è direttore del reparto "Farmacodipendenza Tossicodipendenza e Doping" del Dipartimento del Farmaco. Responsabile Scientifico dell'Osservatorio fumo, alcol e droga dell'ISS, dal 1998 al 2000 ha diretto e coordinato il progetto ISS "Abuso e dipendenza da tabacco e sostanze stupefacenti". È stato inoltre un componente della Commissione Tecnica Scientifica su "Programmi di Prevenzione primari e secondari del danno alla salute derivante dall'uso di prodotti di tabacco" del Ministero della Sanità. Dal 1996 al 2000 è stato il Responsabile scientifico dei Progetti dell'ISS presso il "Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga", Dipartimento per gli Affari Sociali.

TABACCOLOGIA: *Quando e come ha cominciato ad interessarsi del fumo di tabacco?*

ZUCCARO: Nel 1986 abbiamo iniziato a misurare il contenuto di nicotina e condensato nelle sigarette vendute in Italia e a renderne pubblici i risultati.

Ogni anno pubblicavamo i risultati e partecipavo ai lavori della Commissione Europea che preparava la direttiva sulle avvertenze sanitarie e sull'obbligo di indicare sui pacchetti il contenuto di nicotina e condensato.

Quando nel 1991 la direttiva è entrata in vigore in Italia abbiamo iniziato a studiare la cotinina quale marker di esposizione al fumo passivo.

TABACCOLOGIA: *Ad un certo punto del suo percorso professionale si è trovato ad assumere una importante responsabilità istituzionale: l'OSSFAD. Con quali risorse e programmi?*

ZUCCARO: Ossfad è nato nel luglio del 1998 e quest'anno festeggiamo i primi 10 anni di attività.

Solo raramente ho avuto risorse per il tabagismo; l'attività viene svolta dal personale dell'ISS in quanto l'Ossfad non ha un proprio budget nè personale "assegnato". Questo è un problema non solo mio, perché in Italia non vengono assicurate risorse a quelli che si dedicano al tabagismo. Conosco la situazione della rivista "Tabaccologia"

TABACCOLOGIA: *L'OSSFAD ha maturato in esperienza con un cavallo di battaglia che resiste negli anni, il Congresso Nazionale per la Giornata del 31 maggio. Pensa sia anco-*

ra necessario questo appuntamento annuale e perché?

ZUCCARO: Il 31 maggio "Giornata mondiale senza tabacco" è un appuntamento importante perché l'OMS ritiene utile che in ogni nazione si organizzino eventi e manifestazioni per ricordare il problema del tabagismo.

Da diversi anni la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, "l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri" e il Ministero della salute hanno scelto di coordinare con noi questa giornata in ISS dando quindi forza all'azione comune.

TABACCOLOGIA: *Oltre a questo evento nazionale quali altri progetti l'OSSFAD ha portato e porta avanti?*

ZUCCARO: Oltre alla ricerca focalizzata sull'analisi dei metaboliti della nicotina in diverse matrici biologiche sia sulla madre che sul nascituro per la valutazione del rischio, ogni anno commissioniamo alla DOXA un'indagine sul fumo in Italia.

Questo ci consente di analizzare nel tempo sia i consumi che la prevalenza dei fumatori in Italia.

TABACCOLOGIA: *A suo giudizio, quali sono le criticità da superare in questo lavoro?*

ZUCCARO: Da tempo chiediamo che l'Italia adegui la normativa per quanto riguarda l'analisi degli altri componenti del fumo di sigaretta perché non sono note le concentrazioni delle principali sostanze cancerogene sprigionate dal fumo di sigaretta.

TABACCOLOGIA: *E i punti di forza?*

ZUCCARO: Il punto di forza delle nostre azioni è che l'ISS con la SITAB e la LILT e le altre associazioni vigilano sull'andamento del fenomeno sia per quanto riguarda i produttori del tabacco ma anche per quanto riguarda il Ministero della Salute che è poco attento al proprio dovere istituzionale, basti ricordare che la Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo del 2003 è stata ratificata con quattro anni di ritardo impedendoci così di partecipare alle riunioni con i 157 paesi firmatari.

TABACCOLOGIA: *Un aspetto evidente del suo lavoro è quello del coinvolgimento in rete di vari soggetti e organizzazioni che in un modo o nell'altro hanno un ruolo riconosciuto nelle strategie di controllo del tabacco in Italia. A che punto siamo con l'auspicata integrazione delle risorse per il raggiungimento di un fronte unico e solidale?*

ZUCCARO: Siamo a buon punto, molti amici e colleghi mi stanno aiutando ma preferisco non anticipare nulla per scaramanzia!

TABACCOLOGIA: *La SITAB sostiene l'importanza della ricerca e della formazione come base dell'efficacia degli interventi. Qual è la sua posizione in merito?*

ZUCCARO: Sono d'accordo con la SITAB! ■

Intervista a Jacques Le Houezec

SRNT: la falange della tabaccologia

di **María Paz Corvalán**



Jacques Le Houezec, PhD, specializzatosi come neuroscienziato a Parigi, è stato per due anni post-doctoral fellow in Clinical Pharmacology & Experimental Therapeutics alla University of California, San Francisco (Direttore Neal Benowitz), dove ha studiato gli effetti cognitivi della nicotina nei fumatori e non. Dopo 6 anni di ricerca presso il La Salpêtrière Hospital di Parigi, e dopo aver insegnato alle Università Paris V e Paris VII, è diventato un consulente freelance. Ha quindi passato 5 anni come Scientific Adviser presso l'industria farmaceutica Pharmacia. Dal 2004, è tornato come consulente freelance sia nell'industria farmaceutica che nel settore pubblico, dove insegna anche in varie corsi di diploma sulla Tabaccologia. È co-manager del sito www.treatobacco.net, gestito dalla SNRT e dalla UICC e dedicato al trattamento della dipendenza da tabacco, ed è Presidente dell'SRNT Europe (www.srnt.org). In Francia è inoltre membro delle due maggiori organizzazioni non-giovernative dedite al tabagismo (Société Française de Tabacologie e Comité National Contre le Tabagisme).

Trained as a neuroscientist in Paris, I spent 2 years as a post-doctoral fellow in Clinical Pharmacology & Experimental Therapeutics at the University of California, San Francisco (Pr. Neal Benowitz), where I studied the cognitive effects of nicotine in smokers and non-smokers. After 6 years of research in La Salpêtrière Hospital (Paris), and teaching at Paris V and Paris VII Universities, I became a freelance consultant. I then spent 5 years as Scientific Adviser in the pharmaceutical industry (Pharmacia). Since 2004, I am back to freelance consulting for the Pharmaceutical industry and the public sector (teaching in several Tobaccoology diplomas). I am co-manager of www.treatobacco.net the SRNT & UICC website dedicated to tobacco dependence treatment, and President of SRNT Europe (www.srnt.org). In France, I am also member of two major NGO (Société Française de Tabacologie & Comité National Contre le Tabagisme).

Tabaccologia: Qual'è la sua esperienza nella Société Française de Tabacologie e l'importanza di una Società Nazionale di Tabaccologia per un strategia efficace di controllo del tabacco?

Le Houezec: La Société Française de Tabacologie (SFT) è stata creata da Robert Molimard e Gilbert Lagrue nel 1982, e vi ho aderito come dottorando nel 1983. Nel 1986 a Parigi è stato creato il primo diploma universitario in Tabaccologia, che ha formato i primi specialisti della cessazione del fumo (tabacologi).

Da allora sono stati creati 5 diplomi inter-universitari (regionali) di Tabaccologia in Francia. Questo è stato un lavoro ricco di frutti, che ha permesso di sviluppare centri antifumo in tutto il paese (oltre 600 al giorno d'oggi). La SFT ha anche creato delle Scuole di Dottorato per stimolare la ricerca sulla nicotina ed il tabacco, ma purtroppo vi è scarso supporto da parte degli istituti di ricerca nazionali per questo tipo di ricerca in Francia. Di conseguenza alcuni ricercatori hanno lasciato la Francia per altri paesi e sono rimasti all'estero oppure hanno cambiato settore.

Tabaccologia: Come può una società nazionale di Tabaccologia (Società Italiana di Tabaccologia - SITAB, Sociedad

Tabaccologia: What's your experience in to Société Française de Tabacologie and the importance of a National Society of Tobaccoology for an effective strategy of tobacco control?

Le Houezec: The Société Française de Tabacologie (SFT) was created by Robert Molimard and Gilbert Lagrue in 1982, and I joined as a PhD student in 1983. In 1986 in Paris, was created the first university diploma in Tobaccoology, training the first smoking cessation specialists (tabacologues). Since then there are 5 inter-university (regional) diplomas in Tobaccoology in France. This was a seminal work that permitted to develop smoking cessation clinics all over the country (over 600 smoking cessation centres today). The SFT also created PhD scholarships to stimulate nicotine and tobacco research, but unfortunately there is little support from the National research institutes for this type of research in France. Consequently, some researchers left France for other countries and either stayed there or changed field.

Tabaccologia: How a National Society of Tobaccoology (Società Italiana di Tabaccologia-SITAB, Sociedad de Tabaquismo-SEDET, Société Française de Tabacologie-SFT) can collaborate with SRNT?

Le Houezec: SRNT Europe is a small organisation (around 120 members) and consequently is not seen as a major actor in tobacco control or public health in Europe.



de Tabaquismo - SEDET, Société Française de Tabacologie - SFT) collaborare con l'SRNT?

LE HOUZEC: L'SRNT Europe è una piccola organizzazione (circa 120 membri) e quindi non è vista come una dei protagonisti nel controllo del tabacco in Europa. Il modo migliore per collaborare è incoraggiare i propri membri a diventare membri anche dell'SRNT Europe. Quando le diverse società nazionali saranno fortemente rappresentate nell'SRNT Europe questo ci porrà in un posizione migliore per affrontare i problemi a livello europeo.

Tabaccologia: *Lei è il Presidente dell'SRNT Europe per la prossima 10^a Conferenza Annuale dell'SRNT Europe; quali sono le sfide che dovrà affrontare?*

LE HOUZEC: L'SRNT Europe è la prima branch regionale dell'SRNT (Society for Research on Nicotine and Tobacco: www.srnt.org). La missione dell'SRNT è quella di stimolare la generazione di nuove conoscenze sulla nicotina e le sue manifestazioni - da quelle molecolari a quelle societarie. La Società ha tre scopi principali: 1) sponsorizzare meeting scientifici e pubblicazioni (come Nicotine & Tobacco Research, la nostra Rivista) promuovendo lo scambio di informazioni sulla nicotina ed il tabacco; 2) incoraggiare la ricerca scientifica sulla prevenzione ed il trattamento dell'uso di tabacco (vedasi il nostro sito www.treatotobacco.net); 3) offrirsi come consulenti per enti legislativi e governativi sulla nicotina ed il tabacco.

Un altro obbiettivo dell'SRNT Europe è quello di stimolare l'insegnamento ed il riconoscimento della tabaccologia (specialisti della cessazione del fumo) come avviene in Francia, e di includere la materia nei programmi di insegnamento e nel sistema sanitario come nel Regno Unito.

Tabaccologia: *Quali sono gli effetti della nicotina sulle funzioni cognitive nei non fumatori?*

The best way to collaborate for a national organisation is to encourage its members to also become SRNT Europe members. When the different National societies are strongly represented in SRNT Europe this will give us all a more powerful situation when dealing with European or National issues.

Tabaccologia: *You are the President of SRNT Europe for the next 10th Annual Conference of SRNT Europe; please let us know what the challenges here are.*

Le Houezec: SRNT Europe is the first Regional branch of SRNT (Society for Research on Nicotine and Tobacco: www.srnt.org). The mission of SRNT is to stimulate the generation of new knowledge concerning nicotine in all its manifestations - from molecular to societal. The Society has three main aims: 1) To sponsor scientific meetings and publications (see Nicotine & Tobacco Research, our Journal) fostering the exchange of information on nicotine and tobacco; 2) To encourage scientific research on public health efforts for the prevention and treatment of tobacco use (see www.treatotobacco.net our dedicated website); 3) To provide a means by which legislative, governmental, regulatory and other public agencies can obtain expert advice and consultation on nicotine and tobacco.

Again, strong National representations within SRNT Europe is critical for each country to obtain support both at the National and European level to backup their actions (e.g. smokefree laws, removing regulatory barriers for smoking cessation medications, regulatory control over the tobacco industry) with evidence based on scientific grounds.

We then need to convince our European colleagues to join the Society to be seen as a major actor by European and National authorities. This should also help to develop a strong scientific agenda in the field of nicotine and tobacco research for Europe.

Another challenge for SRNT Europe would be to stimulate training and recognition of tobaccologists (smoking cessation specialists) as in France, as well as encourage governments to incorporate smoking cessation in their healthcare system as in the UK.

Tabaccologia: *What are the effects of nicotine on cognitive functions in non smokers?*

Le Houezec: Nicotine is acting on the cholinergic system which is a neuromodulatory system. Nicotine intake can change the way the brain is functioning (e.g. increase in attention, speed-up of information processing), and smoking is the fastest route to bring nicotine to the brain (and hence the most addicting form of tobacco use).

Nicotine is an addictive drug but is also used by many smokers as a self-medication because the nicotinic cholinergic system is modulating many neurotransmitter systems in the

LE HOUZEC: La nicotina agisce sul sistema colinergico, che è neuromodulatorio. L'apporto di nicotina può aumentare la capacità di attenzione e la velocità di elaborazione di informazioni, ed il fumo è la forma più rapida di trasporto della nicotina al cervello; la nicotina è pertanto la componente del fumo che più dà dipendenza.

La nicotina viene usata dai fumatori come auto-medicazione dal momento che il sistema nicotinico colinergico modula molti sistemi di neurotrasmettitori nel cervello. Potremmo dire che "dove c'è nicotina c'è speranza", visto che la ricerca sulla nicotina aiuta a comprendere meglio il funzionamento del cervello e la fisiopatologia di malattie come il Parkinson e la schizofrenia), e potrebbe presto aiutare a sviluppare nuovi farmaci per disordini neurologici e psichiatrici.

Tabaccologia: Come si diventa dipendenti dal tabacco?

LE HOUZEC: La nicotina determina il rilascio della dopamina nel cervello, il che provoca sensazioni piacevoli. Ma dobbiamo anche dire le sigarette sono immediatamente disponibili in ogni angolo del mondo. La "denormalizzazione" del fumo è un passo cruciale per ridurre la mortalità da tabacco. Il fumo è la forma peggiore di utilizzo del tabacco, quella che dà più dipendenza (portando la nicotina al cervello nel giro di pochi secondi), la più visibile (l'industria del tabacco ha ben capito il potere della pubblicità), e la più letale, a causa delle oltre 4000 sostanze nocive presenti nel fumo, incluse cancerogeni, pericolosi anche per chi è esposto passivamente al fumo.

Tabaccologia: Perché aiutare le persone a smettere è una priorità?

LE HOUZEC: L'utilizzo del tabacco uccide circa 5 milioni di persone nel mondo ogni anno. La denormalizzazione del tabacco aiuterà anche a ridurre la prevalenza del fumo, particolarmente tra i giovani.

Per ridurre in fretta la conta dei morti, dobbiamo aiutare i fumatori a smettere. Come ha dimostrato Richard Peto, solo la cessazione del fumo può ridurre in maniera sostanziale la morbidità e la mortalità nella prima metà di questo secolo. Poiché questa è la priorità più urgente, l'SRNT ha sviluppato insieme all'UICC (International Union Against Cancer) un sito web dedicato (www.treatobacco.net), che vi incoraggio a visitare per ottenere informazioni sulle 5 sezioni che abbiamo sviluppato (Demografia ed effetti sulla salute, Efficacia, Sicurezza, Economia e Politica della Salute) in 11 lingue diverse.

Tabaccologia: Quali interventi per la cessazione del fumo sono efficaci durante la gravidanza?

LE HOUZEC: Gli stessi che sono efficaci nelle fumatrici al di fuori della gravidanza.

La gravidanza è sempre un periodo delicato dal punto di vista farmacologico, ma la cessazione del fumo è comunque una priorità. La nicotina potrà non essere del tutto priva di effetti nocivi, ma è solo una delle 4000 sostanze nocive con-

brain. And in some way we could say "where there's nicotine there's hope", because nicotine research helps to better understand the brain functioning and diseases (e.g. Parkinson, Schizophrenia), and may soon help to develop new drugs to treat many neurological or psychiatric disorders.

Tabaccologia: Why does one become dependent on tobacco?

Le Houezec: Because nicotine produces the release of dopamine in the brain like other addictive substances, and because this release of dopamine creates pleasure. But we could also say because cigarettes are readily available at every corner in the whole world.

Denormalisation of smoking is a crucial step to reduce the death toll from tobacco smoking. Tobacco smoking is the worst form of tobacco use as it is the most addictive one (it brings nicotine to the brain in seconds), the most visible one (the tobacco industry well understood the power of it for advertising), and the most deadly one because of the more than 4000 compounds present in the smoke, including some of the deadliest cancer causing substances, that kills not only the smokers but also those exposed to their smoke.

Tabaccologia: Why is helping people to quit a priority?

Le Houezec: Tobacco use kills around 5 million people worldwide each year. Denormalisation of tobacco smoking will help to reduce the prevalence of smoking, particularly in young people.

But if we want to reduce the death toll quickly, we need to help smokers quit. As Richard Peto demonstrated, only smoking cessation in current smokers will reduce substantially tobacco related morbidity and mortality in the first half of this century.

Because this is the most urgent priority, SRNT has developed with UICC (International Union Against Cancer) a dedicated website for the treatment of tobacco use (www.treatobacco.net), which I encourage you all to visit to obtain authoritative information in the 5 core sections we have developed (Demographics and health effects, Efficacy, Safety, Health Economics, and Policy) in 11 languages!

Tabaccologia: What smoking cessation interventions are effective in pregnancy?

Le Houezec: The ones that are effective in non pregnant smokers. Pregnancy is always a delicate period for pharmacological treatments, but smoking cessation is a priority in every smoker. Nicotine may not be totally harm-free, particularly during pregnancy, but it is only one substance compared to the more than 4000 coming with tobacco smoke. Consequently, France was the first country in the world in 1997, to remove the contra-indications of nicotine replacement therapy (NRT) for pregnancy (as well as those for cardiovascular diseases a few years later). Tobaccologists in France are specially trained to treat pregnant women. They use NRT, but they also follow-up the pregnant women as long as possible to avoid relapse, particularly in the critical period of post-partum.

tenute nel fumo di tabacco. Per questo la Francia è stato il primo paese a rimuovere nel 1997 le controindicazioni alla nicotina replacement therapy (NRT) durante la gravidanza (così come per le malattie cardiovascolari pochi anni dopo). I Tabaccologi in Francia sono addestrati nel trattare le donne in gravidanza, utilizzando l'NRT, ma anche seguendo le donne incinte il più a lungo possibile, in modo da evitare le ricadute, particolarmente nel delicato periodo post-parto.

Tabaccologia: *Cos'altro può essere fatto per ridurre la morbidità e mortalità dovute al fumo di tabacco?*

Le Houezec: L'utilizzo di tabacco, e in particolare il fumo, sono particolarmente radicati nella società.

Dobbiamo usare tutte le strategie disponibili per aiutare i fumatori correnti e futuri. In un mondo ideale, vorremmo vedere il fumo scomparire. È questo un obiettivo realistico? Personalmente condivido il punto di vista di alcuni colleghi membri delle organizzazioni europee (Royal College of Physicians, European Respiratory Society, Action on Smoking and Health UK, Comité National Contre le Tabagisme in France), e cioè che dobbiamo immaginare di far scomparire il fumo di tabacco nel giro di pochi decenni se saremo capaci di mettere in atto tutte le strategie possibili.

Dovremmo anche cercare di offrire ai fumatori altre forme di utilizzo del tabacco meno dannose. Per fare questo dovremo però prima convincere la comunità scientifica dell'opportunità di compiere questo passo. Un altro punto importante è di ottenere una legislazione omogenea sul controllo del tabacco e della nicotina a livello europeo. ■

Dr.ssa María Paz Corvalán

Dichiarazione:

L'autrice dichiara di non avere conflitti di interesse.

Traduzione: Marco Mura

Tabaccologia: *What else can be done to reduce the morbidity and mortality due to tobacco smoking?*

Le Houezec: Tobacco use, and particularly tobacco smoking is deeply rooted in the society. We need to use all the effective strategies to help the current and future smokers. In an ideal world, we would like to see tobacco use disappear. Is this a realistic goal? I personally share the point of view of some colleagues of mine in European organisations (e.g. Royal College of Physicians, European Respiratory Society, Action on Smoking and Health UK, Comité National Contre le Tabagisme in France) that we may envisage to make tobacco smoking (the most deadly tobacco use) disappear in a few decades, as long as we use all the strategies of tobacco control plus one, which is harm reduction.

We need to provide the smokers with alternative tobacco forms that are less harmful, and convince those who cannot or are not willing to stop that switching to non-combustible products (like smokeless tobacco) is a safer alternative to continuing smoking.

But to get there we need to convince the tobacco control community, and then the authorities that this is a necessary step before ending tobacco use, if we ever succeed to this. Another important issue is to obtain at national or European level, a regulatory authority that would control both tobacco and nicotine products, because we need to have the control over all the products that could reach current and future tobacco users. ■

Dra. María Paz Corvalán

Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres para el Control del Tabaco (<http://www.inwat.org>).

Coordinadora Programa Tabaquismo Hospital del Tórax Chile (www.torax.cl).

Globalink NIMI-Español (<http://newses.globalink.org/>) (<http://join.globalink.org/>).
SRNT miembro (<http://www.srnt.org/>).

Disclosure:

The author has declared no competing interest.



Memo per i soci SITAB

Convocazione Assemblea Nazionale SITAB

Si ricorda che alla fine del Satellite Meeting Sitab/SRNT del 23 settembre 2008, si terrà dalle ore 16:30 alle ore 17:30, presso l'hotel Villa Panphili di Roma, l'Assemblea Nazionale dei soci Sitab, per l'elezione del nuovo Consiglio Nazionale Sitab. Si ricorda inoltre che:

- a) avranno diritto di voto tutti gli iscritti 2008 da almeno un mese;*
- b) ogni Socio può avere diritto in sede di votazione ad un massimo di tre deleghe.*

Info: dott.ssa Nolita Pulerà (Segreteria SITAB)

E-mail: segreteria@tabaccologia.it - info@tabaccologia.it

Perspectives & Research



Studio pilota a Trieste Gratuità dei farmaci per la disassuefazione da tabacco

Claudio Poropat, Rosanna Purich, Alessandro Vegliach, Riccardo Tominz

INTRODUZIONE

Pagare o non pagare prestazioni e farmaci nella cura del tabagismo? Questo è il problema. Sul tema ci sono sostanzialmente due posizioni e la prima sostiene che pagare le cure, compresi i farmaci, migliora l'aderenza alla terapia. L'argomento è logico ma soffre di 3 aspetti critici:

Il primo è di tipo morale e si riassume nella frase: pagavi prima il tuo vizio che era voluto, paghi ora che vuoi redimerti. In fin dei conti il fumatore spende per i farmaci quanto spendeva prima per le sigarette. Il guadagno verrà in seguito.

Il secondo è che 3-4 euro al giorno per le sigarette si trovano più facilmente che 25-50 in un'unica spesa per i farmaci. In questo modo sono discriminati i fumatori a più basso reddito, accentuando le disuguaglianze sociali nel campo della salute.

Il terzo è che il fumatore medio esita ad imbarcarsi in una spesa che teme improduttiva, date le probabili precedenti esperienze fallite di cessazione, durate magari poche ore.

L'altra posizione, che chiaramente sosteniamo, è che le dipendenze sono malattie croniche, le cui cure sono gratuite in tutta Italia. Perché discriminare il tabagismo? L'esperienza brillante delle Smoking Cessation Clinics inglesi (poi ribattezzate Stop Smoking Services) ha dimostrato che un approccio professionale e la possibilità di un uso gratuito dei farmaci sono in grado di reclutare un alto numero fumatori (www.nice.org.uk).

DOCUMENTAZIONE

Il Ministero della Salute italiano ritiene il tabagismo un problema preminente di salute pubblica e nel Piano Nazionale di prevenzione 2005-2007, esteso al 2008, "Linee operative per la pianificazione Regionale", raccomanda l'individuazione di servizi e strutture operative per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili mediante trattamenti terapeutici ed azioni di *counseling*.

Anche il Programma "Guadagnare Salute" del maggio 2007 sottolinea come il 77% degli anni di vita perduti ed



Claudio Poropat, Rossana Purich, Alessandro Vegliach, Riccardo Tominz

Centro interdipartimentale per la prevenzione e cura del tabagismo - Dipartimento delle Dipendenze-Dipartimento di Prevenzione, A.S.S. n. 1 Triestina



il 75% delle spese sanitarie in Europa sono causate da patologie che hanno in comune fattori di rischio modificabili e correlati ad alcuni stili di vita, tra i quali è preminente il fumo di tabacco. Il programma sottolinea le strategie adatte ad aiutare i fumatori a smettere, tra cui:

- “qualificare e potenziare l’attività dei Centri per il tabagismo”;
- “diffondere le informazioni relative alla diffusione ed alle prestazioni offerte dai Centri antitabacco”;
- “garantire a tutti i cittadini equità di accesso alle prestazioni offerte a livello territoriale”;
- “studiare misure per ottenere la rimborsabilità dei farmaci”.

Nel 2008 gli interventi in temasi tabagismo dovrebbero essere inseriti nei LEA.

METODO

Volendo, su queste basi, sperimentare gli effetti della gratuità del farmaco, bisognava evidentemente trovare uno sponsor e trovare un accordo con la propria Azienda Sanitaria.

Nel 2007 è stato registrato e commercializzato in Italia un nuovo farmaco per il trattamento del tabagismo,

Vareniclina (Champix-Pfizer) che si è dimostrato il più efficace tra tutte le monoterapie riconosciute (Clinical practice Guideline-2008 update). È stato pertanto discusso un contratto che si è tradotto in una delibera dell’Azienda Sanitaria.

La Pfizer Italia srl, nell’ottica di una collaborazione con la struttura pubblica di cura, si è impegnata, per ogni fumatore preso in carico dall’AT dell’Azienda, a:

- fornire gratuitamente la prima confezione del prodotto, utile per un trattamento di 14 giorni;
- fornire a metà costo per l’Azienda per i Servizi Sanitari le due confezioni successive utili per un trattamento, ciascuna, di 14 giorni.

Il periodo di trattamento proposto di 6 settimane deriva dalla durata media del trattamento farmacologico con vareniclina in Europa e dall’esperienza locale di reale compliance dei fumatori trattati nell’ AT. Le motivazioni vengono ulteriormente approfondite in una lettera pubblicata in questo stesso numero di Tabaccologia.

L’Azienda per i Servizi sanitari n. 1 Triestina si impegna ad acquistare dalla Pfizer Italia srl, a metà prezzo, una quantità di confezioni di 28 compresse di vareniclina da 1 mg per un importo di spesa totale di 10.000 (diecimila) Euro.

L’AT si impegna a fornire gratuitamente, ai fumatori consenzienti ed individuati come idonei in base alle correnti indicazioni, una terapia farmacologica con vareniclina sufficiente per 6 settimane, con 1 incontro settimanale per otto settimane di counseling comportamentale individuale o di terapia di gruppo.

Si prevede che circa 174 fumatori potranno usufruire di detta terapia.

TEMPISTICA

È stata firmata dal Direttore Generale la delibera relativa all’accettazione e stanziamento dei fondi. Resta da perfezionare il Protocollo di intesa. In settembre si parte. Terremo informati i lettori di Tabaccologia dell’esito dell’esperienza. ■

La valutazione spirometria dei fumatori nella Medicina Generale. Dove sono le prove?

Spirometric valuation for smokers in the General Medicine. Where is the evidences?

Alberto Donzelli

Riassunto

L'ultima revisione Cochrane non ha evidenziato l'efficacia della spirometria nel favorire la cessazione dal fumo. Un nuovo studio afferma che sarebbe efficace negli ambulatori medici, e propone incentivi contrattuali. Ciò non sembra supportato dai dati.

Infatti lo studio ha effettuato spirometrie a tutti i fumatori partecipanti, chiedendo di smettere; a differenziare il gruppo sperimentale è stata la comunicazione (immediata, verbale, visiva, poi scritta) dell'età polmonare. Il gruppo di controllo non riceveva comunicazione immediata del risultato, presentato un mese dopo con lettera come FEV1, senza spiegazioni.

Non è stata la spirometria, né la prova del danno a fare la differenza, ma la comunicazione con il paziente, con presentazione delle informazioni in modo comprensibile, anche visivo, più messaggi educativi incoraggianti.

L'USPSTF raccomanda di scoraggiare la spirometria ai fumatori, perché occorrerebbe screenarne circa 1000 (esponendone molti, compresi i falsi positivi, agli effetti avversi dei trattamenti farmacologici) per evitare un'esacerbazione.

La spirometria è tecnologia costosa da acquisire, con tariffe a carico di SSN o assistiti, tempi di impiego in competizione con il counseling delle 5A e con la prescrizione/educazione all'uso di farmaci di efficacia dimostrata.

Come "aggancio" meglio le carte del rischio di BPCO, abbinare a quelle del rischio di cancro polmonare e cardiocerebrovascolare, per trasmettere messaggi coinvolgenti sulle conseguenze per la maggior parte dei fumatori che non smettono per tempo.

Meglio riservare incentivi a interventi che documentino cessazioni a lungo termine in assistiti con stato di fumatore certificato, anziché a prestazioni/processi che non garantiscono outcome e si prestano ad abusi tecnologici e comportamenti opportunistici.

Abstract

A Cochrane review showed that pulmonary function tests (spirometries) are effective in promoting smoking cessation.

A new study reports that spirometries may be effective in GPs' offices and suggests related contractual incentives. However, the data are not definitive.

In the study, all subjects enrolled were smokers, had a spirometry and then were told to quit smoking; one group also received informations (immediate, verbal, with visual and written aids) about their pulmonary age. The control group instead did not receive an immediate feed-back of the spirometry results, which were sent by mail one month later, but not with further explanation.

The difference has been therefore made neither by spirometry, nor by the evidence of pulmonary damage, but by the information given to patients, that was delivered immediately and in a customer-friendly way. USPSTF (United States Preventive Services Task Force) recommends against spirometry in smokers because the number needed to screen is around 1000 to avoid a COPD exacerbation, therefore exposing many patients to the side effects of pharmacological treatments. Spirometry is a technology expensive to acquire, and the costs are covered by the NHS; it also requires health professionals' extra working time, that could be spent in the application of the "five As" counselling and in the prescription of the existing and effective anti-smoking drugs.

COPD risk visual charts (combined with lung cancer and cardiovascular risk charts), seem better tools to "hook" smokers and to raise their awareness.

Incentives for documented long-term cessations in "certified" smokers are more cost-effective than technologies with no guaranteed health outcome and that may be overused or stimulate opportunistic behaviours.

Parole chiave: *Spirometria, Smettere di fumare, Medico di medicina generale.*

Keywords: *Spirometry, Smoke cessation, General practitioner.*

INTRODUZIONE

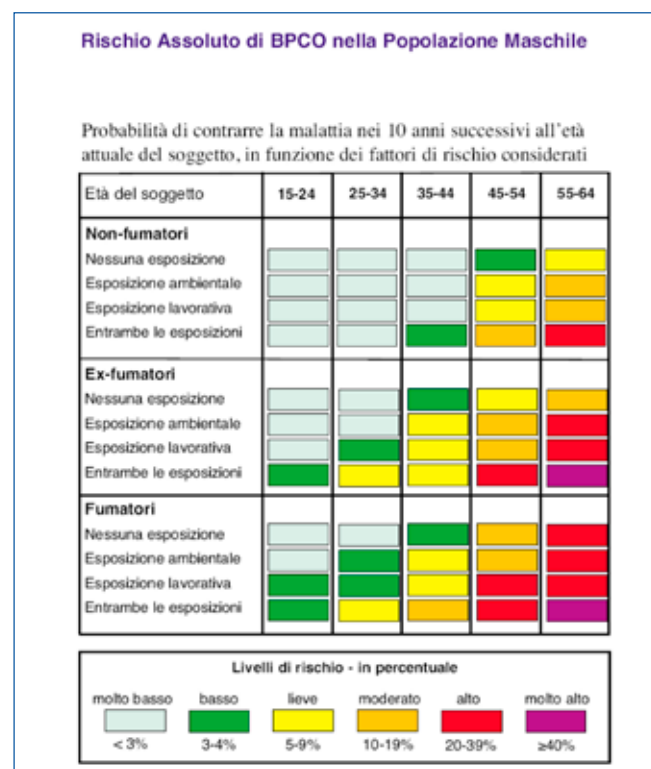
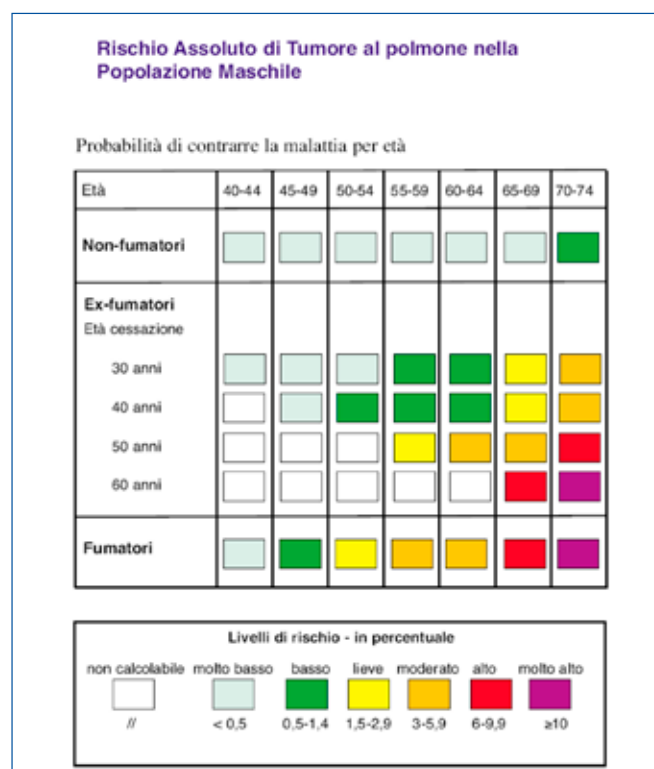
Una revisione sistematica Cochrane del 2005¹ aveva concluso per l'assenza di prove di efficacia di spirometrie + misura del monossido di carbonio (CO) espirato nel favorire la cessazione dal

fumo di tabacco. Nessuno dei tre trials controllati e randomizzati (RCT) che prendevano in considerazione il loro effetto sui tassi di cessazione mostrava differenze significative tra esposti e non esposti, e due su tre mostravano addirittura una tendenza a minori ces-

sazioni (OR 2,45 IC 95% 0,73-8,25 e 3,50 IC 95% 0,88-13,92) nei gruppi sottoposti a spirometrie + misurazioni CO. Un quarto RCT con sole spirometrie ha dato un OR 1,21 IC 95% 0,60-2,42 (e un quinto con ultrasonografia delle arterie carotidi e femorali in fumatori di 10-12

Alberto Donzelli

Direttore Servizio Coordinamento Educazione sanitaria, Promozione della salute e Marketing sociale dell'ASL Città di Milano



sigarette al di un ha significativamente ridotto le probabilità di cessazione: OR 3,15 IC 95% 1,06-9,31). Il RCT di Parkes² afferma che le linee guida NICE sulla cessazione dal fumo andrebbero ora riviste, incorporando la spirometria tra le prestazioni da prevedere negli ambulatori dei medici di medicina generale, abbinata alla comunicazione dell'età polmonare, e che il nuovo contratto dei Medici Medicina Generale (MMG) con il NHS dovrebbe prevedere incentivi per la valutazione spirometrica, che avrebbe un'efficacia pratica almeno comparabile ad altri trattamenti di provata efficacia per la cessazione dal fumo. Tale conclusione e richiesta non sembra però supportata dai dati. Infatti Parkes et al. hanno effettuato una spirometria a tutti i fumatori partecipanti al RCT, e ciò che ha differenziato il gruppo sperimentale è stata la comunicazione (immediata, verbale e con supporto visivo di due grafici, e in seguito anche scritta) dell'età polmonare. Invece il gruppo di controllo riceveva solo l'invito a una spirometria di controllo dopo un anno, senza comunicazione immediata del risultato, presentato con una lettera dopo 4 settimane sotto forma di semplice FEV1, senza altre spiegazioni. A entrambi i gruppi si raccomandava decisamente di smettere

di fumare, fornendo indicazioni sui centri pubblici per la disassuefazione.

Il RCT non supporta neppure la convinzione che l'essere messi di fronte al danno già arrecato ai propri polmoni favorisca la motivazione a smettere.

Anzi, tendenzialmente si è verificato l'opposto: infatti il deficit medio di età polmonare è risultato di 8,7 anni in chi ha smesso di fumare contro 9,4 anni in chi non ha smesso, e gli autori ipotizzano che la mancanza di significatività nella differenza (che per altro va nella direzione opposta a quanto può sembrare intuitivo) possa essere dovuta a un'insufficiente potenza dello studio, specie nel gruppo di chi ha smesso.

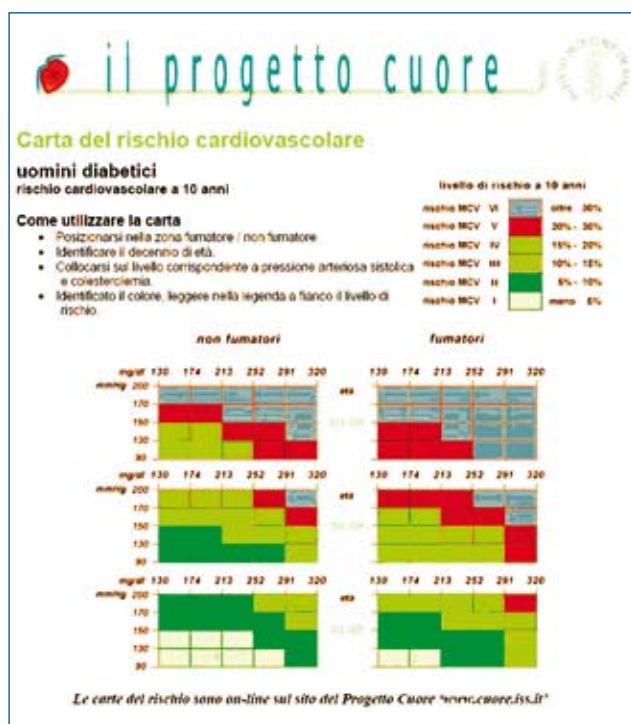
INTERPRETAZIONE DEI DATI

Dunque, in attesa che altri studi chiariscano meglio se esistano esami strumentali che aiutano a smettere, come si possono interpretare i dati? Non è stato l'uso di un supporto tecnologico (identico nei due gruppi), né la prova di un danno a fare la differenza, ma la comunicazione con il paziente, con presentazione delle informazioni in modo comprensibile e anche visivo, abbinata a messaggi educativi incoraggianti. Ciò trova una tempestiva conferma in uno studio³ e in un editoriale⁴ da po-

co pubblicati sul BMJ: pazienti affetti da intestino irritabile sottoposti a falsa agopuntura + farmaci hanno avuto una riduzione del disturbo maggiore del 17% rispetto al gruppo di controllo con soli farmaci.

Ma la riduzione è aumentata del 34% se sottoposti a un falso trattamento con agopuntura, ma in contemporanea seguiti personalmente da un medico o un infermiere che stava con loro tutto il tempo della seduta, intervistandoli sui sintomi, sulla storia familiare e sullo stile di vita.

Il vero effetto placebo (ma sarebbe meglio dire "il maggior effetto curativo") era prodotto dalla relazione tra paziente e operatore sanitario: chi percepisce di essere seguito con attenzione e cura risponde meglio. La comunicazione più efficace ha forse prodotto anche un tendenziale maggior ricorso a supporti clinici o farmacologici efficaci per smettere (7,8% nel gruppo di controllo vs 10,7 nel gruppo di intervento). Tra l'altro i tassi di cessazione a un anno nel gruppo di intervento (13,6%, e 6,4% nei controlli) sono simili a quanto si ottiene esponendo un gruppo di fumatori ai trattamenti brevi + farmaci efficaci disponibili, e inferiori a quanto ottenuto in un RCT italiano nel contesto delle cu-



re primarie, con counseling breve a tutti, e bupropione nel gruppo sperimentale⁵: cessazioni continuative a un anno 25%, vs 14% nel gruppo con placebo.

In base alle prove esistenti quindi non può essere raccomandata di routine ai fumatori una spirometria.

Questa posizione è affermata con decisione anche dall'autorevole Agenzia indipendente US Preventive Services Task Force^{6,7}, che "recommends against screening adults (smokers) for COPD using spirometry (Grade D = moderate certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits. Suggestion for practice: discourage the use of this service)", anche perché in base ai dati negli USA occorrerebbe screening con spirometria circa 1.000 fumatori adulti (esponendone molti, compresi i falsi positivi, agli effetti avversi dei trat-

di efficacia dimostrata. Un esempio di possibili ricadute, considerando solo l'aspetto finanziario, nel 2007 nell'ASL Città di Milano si sono effettuate a carico del SSR 27.020 spirometrie (che ammontano al 41% di tutte quelle effettuate in Lombardia) su 18.754 soggetti. Applicare uno screening spirometrico a tutti i fumatori (identificati come "soggetti >40 anni con più di 10 pacchetti/anno di fumo" in una proposta di PDT regionale formulato da pneumologi) significherebbe fare in un anno una spirometria completa, senza contare altri esami che potrebbero aggiungersi, a circa 180.000 milanesi, al prezzo di circa 9,3 milioni di Euro (7,9 milioni di Euro in più rispetto al 2007).

Se il medico di Medicina Generale (MMG) intende usare un "aggancio" per

tamenti farmacologici oggi disponibili) per evitare un'esacerbazione. In aggiunta, la spirometria è una tecnologia costosa da acquisire (€ 1.000 o più per spirometro), da imparare a usare, con tariffe a carico del SSN (in Italia € 51,65) o pagamenti richiesti all'assistito, e con un tempo di impiego (30' in media² solo per effettuare l'esame) che va inevitabilmente in competizione con prestazioni di provata efficacia come il counseling delle 5A e con la prescrizione/educazione all'uso di farmaci

il counseling, questo potrebbe limitarsi alla presentazione o consegna di materiali dell'Istituto Superiore di Sanità come le carte del rischio di BPCO, anche abbinate a quelle del rischio di cancro polmonare e del rischio cardiocerebrovascolare (figure 1, 2, 3). Non c'è bisogno di spirometrie (meno che meno ripetute tutti gli anni) per trasmettere un messaggio coinvolgente su quali saranno le conseguenze (polmonari, cardiovascolari o tumorali) per la maggior parte dei fumatori che non smettono fino a che sono in tempo.

Per i MMG che volessero comunque usare un aggancio "tecnologico", un misuratore portatile del CO espirato, benché di rapida esecuzione e costo di circa € 500, sembra altrettanto inutile come supporto motivazionale a smettere¹. Per restare a quanto emerge dal RCT di Parkes, potrebbe bastare un misuratore di FEV1 (costo meno di € 50), che dà l'informazione essenziale da abbinare a grafici con cui mostrare anche l'età polmonare.

Per l'incentivo, infine, meglio riservarlo a MMG il cui intervento documenta cessazioni a lungo termine (outcome di interesse) in assistiti di cui sia stato certificato lo stato di fumatore, piuttosto che a prestazioni e processi che di per se non sono garanzia di outcome e si possono prestare ad abusi tecnologici e comportamenti opportunistici degli erogatori.

Esperienze di incentivi di risultato per cessazioni dal fumo confermate a 1 e a 2 anni dall'esposizione all'intervento medico si sono dimostrate fattibili nel contesto della Medicina Generale, con oneri organizzativi relativamente modesti^{8,9}. ■

Bibliografia

1. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, issue 4. Art. N°: CD004705
2. Parkes G, Greenhalg T, Griffin M, Dent M. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2 quit randomised controlled trial. BMJ 2008; 336: 598-600
3. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ 2008; 336:999-1003
4. Spiegel D, Harrington A. What is the placebo about? BMJ 2008; 336:967-968
5. Fossati R, Apolone G, Negri Emanuele, Compagnoni A, La Vecchia C, Mangano S et al. A double-blind, placebo controlled, randomized trial of bupropion for smoking cessation in primary care. Arch Intern Med 2007; 167:1791-1797
6. US Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2008; 148:529-534
7. Lin K, Watkins B, Johnson T, Rodriguez JA, Barton MB. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008; 148:535-543
8. Donzelli A, Perozziello F, Bettinelli M, Sghedoni D. Progetto aziendale per la disassuefazione dal fumo degli assistiti dei medici di medicina generale. ASI 2001; 3: 36-40
9. Donzelli A. Alcune domande e risposte sul progetto aziendale di disassuefazione dal fumo da parte dei MMG. ASI 2001; 3: 41-43

Il ricovero elettivo per smettere di fumare. Presentazione delle esperienze in letteratura

Residential treatment for smoking cessation. A review of scientific experiences

Fabio Lugoboni, Gianluca Quaglio

Riassunto

Il fumo di sigaretta rappresenta la prima causa evitabile di morte nel mondo industrializzato¹. Eppure il tabagismo, nel mondo medico, non è affrontato e curato con l'attenzione che meriterebbe. Smettere di fumare è un processo, non un evento. Tale processo può risultare piuttosto semplice per alcuni ma può essere estremamente arduo per altri e spesso questi ultimi sono anche quelli che fumano di più e che necessitano maggiormente di smettere. Gli aspetti volontaristici, di impatto relativo in una dipendenza come il tabagismo, vengono purtroppo eccessivamente enfatizzati dai medici a scapito della ricerca sistematica di ogni possibile terapia atta a raggiungere la cessazione del fumo. In questa prospettiva anche lo strumento del ricovero, finalizzato allo smettere di fumare, deve essere considerato (in casi particolari e come soluzione estrema) come una possibile opzione. Questo articolo cerca di esaminare tale problematica e di dare un panorama aggiornato di questo approccio, ancora pochissimo praticato anche a livello internazionale. Viene, in ultimo, presentata l'esperienza dell'unico reparto ospedaliero italiano che propone di routine tale intervento per fumatori particolarmente resistenti.

Parole chiave: *Dipendenza nicotina, Smettere di fumare, Terapia del tabagismo, Trattamento residenziale ospedaliero*

Summary

Cigarette smoking represents the the main avoidable cause of death in the industrial world. Yet physicians frequently do not treat or prevent the disease as they should. Smoking cessation consists on a process, not a single event; to achieve abstinence can be extremely hard in some cases and, unfortunately, the smokers hard-to-treat are often the patients who experience the most serious smoke-related harms and nicotine dependence. The majority of nicotine-dependent patients who have been treated with traditional cessation programs without success may require maximal intervention to achieve abstinence, including residential treatments. The aim of this article is to describe the treatment for severe nicotine addiction that we administer on a residential base. The only italian experience of inpatient treatment for smoking cessation is also described.

Keywords: *Nicotine addiction, Smoking cessation, Smoking treatment, Residential treatment.*

INTRODUZIONE

"Non vi è nulla in medicina come il fumo che unica un così forte concentrato di prevalenza, letalità e di negligenza nonostante l'offerta terapeutica disponibile" (U.S. Department of Health and Human Services, 2000)¹. È prassi comune in medicina affrontare una patologia prima a livello ambulatoriale, quindi a livello di day-hospital e di ricovero vero e proprio se la patologia richiede quel grado di cure, in termini di intensità e continuità, che il medico non riesce a garantire a livello ambulatoriale. Questo principio, applicato largamente e con criteri generalmente poco selettivi nel nostro paese, non viene preso in considerazione per il

tabagismo, nemmeno in quei casi che per gravità delle patologie fumo-correlate e per il fallimento di tutti i tentativi proponibili come supporto ai tentativi di cessazione, pure in presenza di un chiaro desiderio di smettere da parte del fumatore, dovrebbero richiamare particolare attenzione da parte dei curanti. La mancata considerazione della possibilità di ricoverare in elezione il fumatore particolarmente resistente (FPR) non ha corrispettivi in medicina; il ricovero per alcolismo è una pratica comune non solo ove si tema una grave sindrome d'astinenza pericolosa per la vita ma anche come prologo ad un intervento che proseguirà a livello

territoriale. Analogo discorso vale per le detossificazioni da oppioidi, spesso praticate prima di un ingresso in comunità residenziali o diurne; in questo caso, pur potendosi presentare quadri clinici di intensa sofferenza, non esiste praticamente mai un pericolo per la vita del paziente e potrebbero essere praticati con facilità a domicilio; si preferisce il regime ospedaliero perché l'isolamento dall'ambiente consueto tiene bassi gli stimoli condizionanti unitamente alla possibilità di un intervento specifico, da parte dei sanitari, più volte al giorno. Ciò non vale per il tabagismo; in un paese come gli Stati Uniti, che ha fatto della lotta al fumo un obiet-

tivo di salute prioritario, esiste la possibilità di essere ricoverati per tabagismo severo solo in tre strutture: 2 in Minnesota (Mayo Clinic e Hazelden Hospital) ed una in California (St Helena Hospital) (R. D. Hurt, comunicazione personale). In Italia vi è una sola struttura pubblica, a quanto ci è dato di conoscere, che propone il ricovero per casi di tabagismo particolarmente resistente ai trattamenti, quella in cui operano gli autori del presente articolo^{2,3}. La letteratura scientifica, generalmente povera di articoli sugli interventi da praticare sul fumatore ricoverato per altre cause, è praticamente priva di studi sul ricovero in elezione su chi non riesce a smettere in altri modi.

L'idea di ricoverare i FPR nasce dall'osservazione che molti forti fumatori, quelli che di solito si ammalano più frequentemente di patologie fumo-correlate (PFC), non riescono a smettere di fumare nei vari tentativi di cessazione con supporto individuale o di gruppo^{2,4}. Le opzioni terapeutiche sono ancor oggi limitate ed in genere i FPR le hanno già provate sviluppando un atteggiamento di sfiducia e scoraggiamento, avendo spesso l'impressione di aver esaurito ogni terapia disponibile; e, quel che è peggio, tale impressione viene spesso anche agli operatori, spesso a corto di risorse intensive nei confronti dei FPR.

Vi è inoltre un paradosso che si va facendo sempre più evidente, parallelamente al declino della prevalenza dei fumatori cresce la percentuale dei tabagisti fortemente dipendenti dalla nicotina, una sorta di selezione naturale che mantiene attivi i soggetti più legati alla sostanza; questo fenomeno impone di pensare i trattamenti per il fumo in modo nuovo ed adeguato⁵ soprattutto se si pensa al tabagismo come patologia da dipendenza, chimica e psicocomportamentale.

IL TABAGISMO COME DIPENDENZA

Sicuramente la nicotina è una droga a tutti gli effetti da cui è difficile affrancarsi; uno studio comparativo del National Institute for Drug Abuse americano del 2000 confrontava le più comuni droghe d'abuso in base alle loro caratteristiche tossicomaniogene (sindrome d'astinenza, tolleranza, dipendenza psichica, auto

rinforzo ecc.), posizionando la nicotina subito dopo l'eroina e l'alcol, a pari merito della cocaina e prima di anfetamine e cannabinoidi. Perché la nicotina possiede questa potente capacità di dare dipendenza? Innanzitutto, essendo fumata, giunge rapidamente al cervello e risponde quindi molto bene alla definizione per cui una droga è tanto più temibile quanto più veloce è la sua azione psicoattiva. La sigaretta dà inoltre la possibilità al fumatore di acquisire un perfetto *drug control* molto più efficiente rispetto alle altre droghe; ciò significa che il fumatore, attraverso il numero, la frequenza e l'intensità delle boccate, si può autodossare perfettamente la sostanza secondo le sue esigenze psicofisiche^{6,7}. Dal punto di vista biochimico la crisi di astinenza si manifesta nel nicotino-dipendente con una tempesta neuromonale provocata dal forte calo della dopamina a livello del Nucleo Accumbens nel sistema mesocortico-limbico con conseguente intensa stimolazione della corteccia prefrontale da parte delle fibre noradrenergiche solitamente inibite dalla dopamina stessa. Il forte senso di allertamento e pericolo avvertito dal soggetto viene prontamente annullato dalla riassunzione di nicotina, con istintiva avversione a riprovare tale esperienza^{6,7}. Col termine "craving" si suole definire il desiderio, quasi sempre invincibile, di drogarsi, in questo caso di fumare. Koob identifica 3 componenti maggiori nella dipendenza da fumo, intese come una spirale discendente dalla "preoccupazione-anticipazione" (ricerca degli effetti positivi del fumo, *sensation seeking*), alla "tolleranza-dipendenza" (timore per gli effetti negativi legati alla mancanza della sostanza, *withdrawal*) fino al "fumo compulsivo-abbuffativo" (compromissione sociale, occupazionale e ricreazionale, *addiction*)⁸. Chi ha familiarità con le dipendenze sa bene che gli aspetti economici e di salute sono poco o per niente considerati da chi è sceso a livelli più bassi di detta spirale. Anche le terapie perdono via via di rilevanza con il crescere dell'*addiction*.

L'ESPERIENZA DELLA MAYO CLINIC

"The most severely nicotine-dependent patients who have tried traditional treatment programs

without success may require maximal intervention to achieve abstinence"; questo in sostanza il pensiero del dr. Richard Hurt, uno dei massimi esperti mondiali di fumo e paladino delle class-action contro Big Tobacco (i grandi gruppi produttori di sigarette). Hurt, che dirige il Nicotine Dependence Center della Mayo Clinic di Rochester (Minnesota, USA), da quasi vent'anni propone la detossificazione tabagica in regime di ricovero per fumatori particolarmente dipendenti.

La prima esperienza di ricovero elettivo per FPD motivati ma incapaci di smettere del tutto con i trattamenti ambulatoriali proposti è nata alla Mayo Clinic di Rochester (USA) dall'osservazione che il 35% dei pz. seguiti con terapia individuale e di gruppo che non riuscivano a smettere di fumare formulava una richiesta di essere ricoverato per cessare completamente. Il primo studio è stato eseguito nel 1990 su 24 soggetti (18 femmine e 6 maschi), età media di 51,3 anni con una durata media di fumo di 33,2 anni. Tutti i soggetti erano noti come FDP come dipendenza (7,4 FTO e 43,8 sigarette/die), con PFC di vario grado ed avevano fallito precedenti tentativi strutturati di cessazione. Il programma di ricovero durava 2 settimane ed era strutturato in modo rigido con i seguenti interventi: 1) letture sulle strategie di smettere, 2) informazioni sui danni da fumo e sui benefici dello smettere, 3) informazioni sulla dipendenza da nicotina, 4) comprensione e smantellamento degli schemi personali di fumo, 5) le relazioni familiari ed ambientali fumo-correlate, 6) la preparazione alla dimissione. I primi 4 giorni il pz. non poteva avere contatti con i familiari se non per via telefonica; nei giorni successivi la presenza dei familiari veniva decisa caso per caso dall'equipe curante. I pz. potevano muoversi liberamente ma veniva richiesto un accompagnatore per uscire dall'unità di ricovero per accedere alle aree interne ed esterne dell'ospedale. Durante la seconda settimana venivano incoraggiate le attività ed i contatti ritenuti ad alto rischio dai pz. Durante la degenza sono stati proposti interventi dietetici, addestramento all'esercizio fisico e sul coinvolgimento familiare. Tutti i pz. erano in terapia sostitutiva con cerotti di nicotina (22 mg/24 h) applicati all'ammissione e continuati

per 4 settimane dopo la dimissione cui seguiva uno scalaggio ad 11 mg/24 h per 6 settimane. È stato attuato un follow-up inizialmente settimanale ed in seguito ogni 2 settimane presso la clinica. Dei 28 soggetti reclutati per lo studio 4 furono esclusi per grave depressione con ideazione suicidaria attiva, alcol dipendenza attiva ed angina instabile. I 24 soggetti studiati portarono tutti a termine il ricovero fino alla data prevista; tutti eccetto 2 (che fumarono mezza sigaretta) non fumarono durante il ricovero. Ad un anno 7 pz. su 24 (29%) erano ancora astinenti, dato senz'altro incoraggiante in termini assoluti ma ancor di più vista la tipologia dei soggetti⁴.

Un secondo studio, condotto sempre presso la Mayo Clinic dall'equipe di Hurt, aveva come scopo il confronto dell'utilità del ricovero per disassuefazione da fumo rispetto ai trattamenti ambulatoriali; la numerosità dei 2 gruppi era stavolta decisamente più consistente; ad un gruppo composto da 146 fumatori ricoverati (FR) si paragonava un gruppo di controllo composto da 292 (rapporto 1:2) fumatori ambulatoriali (FA), bilanciati per sesso, età e nicotinodipendenza, con controlli a 6 e 12 mesi. I trattamenti proposti ai 2 gruppi includevano cerotti di nicotina, gomme di nicotina e clonidina, rapportati al grado di dipendenza ed a precedenti esperienze, oltre al counseling ed al follow-up telefonico. Il regime di ricovero prevedeva questa volta solo 8 giorni di degenza in cui si interagiva coi pz. sugli aspetti di salute, di dipendenza e comportamentali del fumo. Il tasso di astinenza (che veniva testata con il dosaggio della cotinina) si è rivelato significativamente più alto nei FR vs. i FA: 45% contro il 26% a 6 mesi ($P<.001$) e 45% vs. 23% a 12 mesi ($P<.001$).

Gli AA hanno cercato di spiegare questa netta superiorità di risultato nei FR rispetto al gruppo di controllo con l'ipotesi che un intervento più intenso nei fumatori intenzionati a smettere produce migliori risultati sia nel breve che nel lungo periodo; si produrrebbe una sorta di curva dose-risposta tra il tempo dedicato al fumatore ed il risultato in termini di cessazione; inoltre è stato notato che un intervento proposto da più operatori, come generalmente in ogni ricovero, aumenta ulteriormente la risposta. Lo stu-

dio faceva rilevare inoltre altri aspetti importanti come il fatto che avere già fatto altri tentativi con sostituzione nicotinic predisponesse ad una minor risposta al trattamento mentre un precedente periodo di almeno 30 gg senza fumo si correlava con una miglior risposta. Una più severa diagnosi di malattia cardiovascolare si associava ad una peggior risposta al trattamento. Il costo per la degenza veniva stimato in 2800 dollari (1996) per paziente. La conclusione degli AA era che l'opzione del ricovero dovrebbe essere offerta a quei fumatori motivati che hanno fallito con i trattamenti tradizionali; il ricovero rappresenterebbe quindi l'ultimo gradino dei livelli di trattamento e, nonostante i costi maggiori del ricovero, un'analisi accurata dei costi-benefici promuove tale trattamento come altamente vantaggioso in pazienti selezionati⁵.

LA NOSTRA ESPERIENZA

Dal gennaio 2001 il Servizio di Medicina delle Dipendenze, operante in un contesto di tipo internistico, ha attivato un ambulatorio dedicato ai fumatori. Abbiamo optato per un sistema di reclutamento per "passaparola" piuttosto che una pubblicità su TV locali, giornali, locandine o altro, per non dover far fronte a prenotazioni con liste d'attesa troppo lunghe.

Nei primi 12 mesi di attività sono stati presi in carico circa 300 fumatori, saliti in 3 anni a circa 500 fumatori per anno; attualmente vengono visti circa 10 pazienti nuovi a settimana, con un'attesa contenuta entro i 25 gg. La tipologia del nostro paziente medio è maschio (56% dei casi), età mediana di 44 anni (identica per maschi e femmine), forte fumatore (un FTND mediano di 6 in ambo i sessi, superiore o uguale a 8 nel 20% dei casi), al primo tentativo assistito di smettere nel 73% dei casi⁹. Importante è, a nostro avviso, personalizzare le modalità ed i tempi dell'intervento poiché una gestione rigidamente standardizzata e protocollare male si adatta alla cura del tabagismo. Vengono così impiegate, oltre al counseling cognitivo-comportamentale^{10,11,12}, terapie con NRT, bupropione¹³, vareniclina¹⁴, agopuntura^{15,16} ed antidepressivi quando ve ne sia la provata necessità^{17,18}. L'impiego di terapie non convenzionali come l'agopuntura (protocollo Acudetox)

ha senza dubbio portato a significativi vantaggi differenziando l'offerta terapeutica e dando in più la possibilità di trattare alcuni pazienti indisponibili ad assumere un trattamento farmacologico. In questo contesto il Servizio ha iniziato dal 2002 ad offrire a fumatori che coniugassero urgenza di smettere per comorbidità organica, grave nicotino-dipendenza e non efficacia provata dei normali trattamenti per il fumo, la possibilità di ricevere un trattamento intensivo in regime di ricovero; il trattamento prevede, generalmente, una sola valutazione ambulatoriale a scopo diagnostico e di pianificazione del ricovero; spesso si tratta di FRT inviati da ambulatori del fumo di altre città, con documentazione dei trattamenti effettuati. Vengono eseguiti da personale medico alcuni test come il Fagerstrom Test of Nicotine Dependence, il MALT2 per valutare un'eventuale dipendenza alcolica, un test di valutazione motivazionale, il Self Depression Scale per la valutazione del tono dell'umore. Il ricovero avviene di solito dopo una ventina di giorni. Alla data fissata il pz. si presenta in reparto con un cerotto di nicotina applicato al risveglio (prima somministrazione); in alternativa può essere iniziata una terapia di bupropione o vareniclina, in questo caso iniziate subito dopo la prima visita o altra terapia idonea in caso di comorbidità psichiatrica non trattata, in genere disturbi del tono dell'umore o disturbi d'ansia, particolarmente frequenti nei fumatori estremi (FE)^{19,20}. Riteniamo importante diagnosticare e tenere sotto controllo il tono dell'umore, in questi pz., in ogni fase del trattamento proponendo l'inizio di una terapia antidepressiva, in genere con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, nei casi in cui sia rilevabile uno stato depressivo in fase di pre-trattamento; questo perché un umore francamente depresso può rendere oltremodo faticoso, nei FRT, soprattutto le prime fasi della cessazione²¹. Attualmente vengono accettati FRT che abbiano già un contatto con un centro antifumo disponibile a proseguire il supporto dopo la dimissione; nel caso di pz. della provincia di Verona o zone limitrofe il follow-up viene attuato dall'ambulatorio del fumo del Servizio di Medicina delle Dipendenze. La degenza avviene in stanza singola

ed ha una durata di 4-5 giorni. Il numero dei giorni di degenza può sembrare limitato ma, nella nostra esperienza, è sufficiente per far sperimentare a questi pz. la possibilità di restare astinenti per alcuni giorni (cosa spesso ritenuta da loro praticamente impossibile) ed aumentare così la loro autoefficacia. Durante la degenza il pz. viene seguito da più operatori, riceve una terapia NRT combinata (cerotti più compresse sublinguali e/o inhaler), può ricevere bupropione o vareniclina e si sottopone quotidianamente ad una seduta di auricoloterapia secondo protocollo per le dipendenze Acudetox. La scelta della terapia viene fatta in base al giudizio del medico, alle preferenze/esperienze del pz. Nei casi più gravi (molti dei nostri pz. superano le 100 sigarette al giorno) raccomandiamo la presenza di un familiare che stia vicino al pz. nei momenti di *craving* più intenso. Spesso viene accordato un breve permesso prima della dimissione per potersi confrontare con gli stimoli esterni (p.e. cenare con il partner al ristorante o fare una passeggiata in centro città a contatto con i fumatori), cosa generalmente molto temuta dai FRT che tendono a dare maggior salienza agli stimoli esterni rispetto a quelli interni, sicuramente altrettanto importanti nei processi di ricaduta¹¹. Il controllo dell'effettiva astinenza viene effettuato tramite

misurazione del CO nell'aria espirata.

Al momento attuale sono circa un centinaio i FRT ricoverati; non disponiamo, al momento di dati di follow-up a distanza: spesso si tratta di pz. rinviati ai rispettivi ambulatori del fumo; nei pz. seguiti poi dal nostro ambulatorio le percentuali di astinenza a due mesi non sono dissimili da quelle riscontrate nei pz. ambulatoriali; dati più precisi saranno disponibili in futuro; possiamo, al momento attuale, solo confermare il bassissimo tasso di abbandono del programma di ricovero: I solo caso in tutti questi anni². Quello che ci preme portare a conoscenza dei centri antifumo italiani è che esiste anche in Italia un'esperienza simile a quella americana della Mayo Clinic, disponibile a prendere in carico FRT, farli smettere per alcuni giorni al fine di riaffidarli agli stessi ambulatori specialistici invianti al fine di proseguire un iter riabilitativo come altri fumatori meno "difficili".

CONCLUSIONE

Il fumo di sigaretta rappresenta la prima causa di morte evitabile nel mondo industrializzato. Smettere di fumare non è affatto facile e per i FE può essere veramente difficile. È difficile per questi fumatori che spesso tendono a sovrastimare la violenza della loro crisi d'astinenza ed è difficile per il medico che li

segue che spesso non ha a disposizione risorse adeguate per un problema così grave e complesso per il quale non ha ricevuto, il più delle volte, alcuna formazione professionale. Anche l'offerta terapeutica è ancora del tutto insufficiente per un problema così rilevante e diffuso. Il principio di impiegare ogni mezzo possibile, incluso il ricovero, per aiutare quei FE motivati, una percentuale largamente minoritaria dei fumatori italiani ma sicuramente bisognosa di particolare cura ed attenzione perché più dipendente e malata, deve a nostro avviso trovare applicazione anche in Italia, sull'esperienza di alcune ancor rare ma significative esperienze estere. Tali esperienze documentano che l'ambiente ospedaliero può avere un ruolo decisivo negli interventi di disassuefazione dal fumo nei FE motivati, resistenti ai trattamenti ordinari. Tali interventi si sono dimostrati efficaci anche in termini di costo-beneficio e possono avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati. Il ricovero elettivo per i FRT non è contemplato ancora dalle linee guida di nessun paese al mondo tuttavia è pur vero che *"non è dalla conoscenza perfetta delle linee guida, degli studi di meta-analisi, né dalla collaborazione con illustri professori che si apprende l'arte medica, bensì dalla esperienza clinica diretta"* (BMJ, 2004). ■

Bibliografia

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 2000.
2. Nardini S. Un ricovero in ospedale per smettere di fumare; intervista con il dr. Fabio Lugoboni, dell'Azienda Ospedaliera di Verona. Multidisciplinary Respiratory Medicine 2007; 3:114-16.
3. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A. Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. Annali Italiani di Medicina Interna 2003; 28:73-82.
4. Hurt RD, Dale LC, Offord KP, Bruce BK, McLain FL, Eberman KM. Inpatient treatment of severe nicotine dependence. Mayo Clin Proc 1992;67:823-8.
5. Hays JT, Wolter TD, Eberman KM, Croghan IT, Offord KP, Hurt RD. Residential (inpatient) treatment compared with outpatient treatment for nicotine dependence. Mayo Clin Proc 2001;76:124-33.
6. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. Respiration 2002; 69: 7-11.
7. Kenny PJ, Markou A. Neurobiology of the nicotine withdrawal syndrome. Pharmacol Biochem Behav 2001; 70: 531-49.
8. Koob GF. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on extended amygdala. Eur Neuropsychopharmacol 2003;13:442-52.
9. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A. Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. Annali Italiani di Medicina Interna 2003; 28:73-82.
10. Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychol Rev 1977; 84: 191-215.
11. Marlatt GA, Barrett K. Prevenzione delle ricadute. In: Galanter M., Kleber HD. In: Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Milano: Masson, 1998: 314-28.
12. Lugoboni F, Mezzelani P, Quaglio GL, Pajusco B, Casari R, Lechi A. Migliorare la compliance in Medicina Interna: il Colloquio Motivazionale. Annali Italiani di Medicina Interna 2004; 3:155-62.
13. US Public Health Service. A Clinical Practice Guideline for treating Tobacco Use and Dependence. JAMA 2000; 283: 3244-54.
14. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watkins EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-relapse bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 296:56-63.
15. Avants SK, Margolin A, Holford TR, Kosten TR. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch Intern Med 2000; 160: 2305-12.
16. Bier IA, Wilson J, Shakleton M. Auricular acupuncture, education and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. Am J Public Health 2002; 92:1642-7.
17. 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. Intern Emerg Med 2007; 2:196-201.
18. Killen JD, Fortmann SP, Kramer HC, Varady AN, Davis L, Newman B. Interactive effects of depression symptoms, nicotine dependence and weight change on late smoking relapse. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 1060-7.
19. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. JAMA 1990; 264: 1541-5.
20. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE. Smoking, smoking cessation and major depression. JAMA 1990; 264: 1546-9.
21. Japuntich SJ, Smith SS, Jorenby DE, Piper ME, Fiore MC, Baker TB. Depression predicts smoking early but not late in a quit attempt. Nicotine Tob Res 2007; 9:677-86.

News & Views



Efficacia delle policy antifumo



International Agency for Research on Cancer
Centre International de Recherche sur le Cancer

Lo IARC (International Agency for Research on Cancer) con un recente report pubblicato il 30 giugno 2008, ha affermato, confermando quanto evidenziato da alcuni recenti studi, anche italiani, che le policy antifumo risultano estremamente efficaci nella riduzione della prevalenza dei fumatori e nella diminuzione del rischio di malattie cardiovascolari correlate all'esposizione al fumo passivo. Questi interventi inoltre, secondo l'Agenzia, non hanno avuto un impatto negativo sugli affari di bar e ristoranti. Queste le principali evidenze tratte dall'analisi delle ricerche fino ad ora compiute sugli effetti delle policy antifumo:

- sostanziale diminuzione dell'esposizione a fumo passivo,
- nessun impatto negativo sugli affari di bar e ristoranti,
- diminuzione dell'uso di tabacco tra i giovani,
- diminuzione del tasso di malattie cardiovascolari.

Inoltre, per quanto riguarda l'adozione di tali policy nei luoghi di lavoro, gli studi hanno osservato:

- una diminuzione del consumo di sigarette tra i fumatori,
- una riduzione dei sintomi respiratori,
- una generale diminuzione dei fumatori.

[Vincenzo Zagà]

SRNT HISTORY CHANNEL

Saturnalia La movida dell'antica Roma

I Saturnali erano un'antica festività della religione romana dedicata all'insediamento nel tempio del dio Saturno e alla mitica età dell'oro; si svolgevano dal 17 al 23 dicembre, come stabilito da Domiziano. Saturno (latino: Saturnus) era la divinità romana dell'agricoltura.

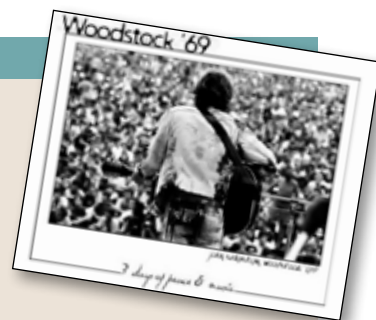
In memoria dell'antica età dell'oro dell'uomo, un'era mitica durante la quale Saturno aveva governato, venivano celebrati grandi festeggiamenti chiamati Saturnalia che avevano luogo nei mesi invernali, all'incirca al solstizio d'inverno. Originariamente duravano un solo giorno, tenendosi il 17 dicembre, ma in seguito ebbero durata di una settimana.

Durante i Saturnalia, il ruolo di padroni e schiavi veniva invertito, i vincoli morali venivano meno e le regole dell'etichetta ignorate. I saturnali avevano inizio con grandi banchetti.

Insomma una movida o torcida dell'antica Roma che Catullo definiva i "giorni più belli dell'anno".

Woodstock La fantasia al potere

Il festival di Woodstock si svolse nei giorni 15, 16, 17 agosto 1969 a Bethel, piccola località della contea di Sullivan nello stato di New York e fu probabilmente il più importante evento collettivo nella storia della musica rock. Organizzato come un semplice rock festival di provincia, accolse inaspettatamente per tre giorni e tre notti più di 400.000 giovani (secondo fonti non certe si arrivò addirittura alle 800.000 persone). L'importanza storica di questo evento dipese tanto dal punto di vista musicale, quanto dal punto di vista politico-sociale: le date in cui ebbe luogo, infatti, vengono fatte coincidere con la consacrazione mediatica della rivoluzione culturale del '68 e il culmine dell'era hippie. Migliaia di giovani americani, per tre giorni, abbandonarono i propri interessi personali per dedicarsi a qualcosa che, a posteriori, viene visto come un sogno collettivo di riforma della società. Molte carriere musicali sono nate a Woodstock, e alcune si sono concluse sul palco del festival, ma ogni gruppo, ogni interprete, ogni musicista, è diventato parte di qualcosa di più grande di quello che era e di quella grandezza hanno brillato per riflesso. Ognuno di loro, in quei tre giorni, rappresentava non solo se stesso ma uno spazio nell'universo giovanile, un'idea, un sogno, un'avventura diversa; nessuno sembrava essere stato convocato per caso, le mille anime musicali del movimento, le mille anime musicali del rock erano lì, tutte presenti, tutte mescolate, tutte importanti, tutte unite. Non esistevano divisioni in generi e stili, tutto era rock.



L'Unione Europea lancia la sigaretta che non provoca incendi

Dal 2011 obbligatorio nella UE un dispositivo di autospegnimento

I ventisette dell'UE hanno dato, da alcune settimane, il loro via libera alla sigaretta che si autospegne se si lascia accesa, per limitare i rischi di incendi. L'UE intende rendere obbligatorie sul mercato a partire dal 2011 la sigaretta che non provoca incendi. Certamente ciò contribuirà a ridurre di molto il numero di morti causati da incendi innescati dalle sigarette, e risparmiare migliaia di ettari di bosco che annualmente vanno in fumo per un mozzicone. Le sigarette in questione dovranno avere come caratteristica fondamentale la capacità di spegnersi nell'arco di un minuto se il fumatore non aspira in quel lasso di tempo. Lo ha annunciato al quotidiano tedesco Die Welt il Commissario Europeo per la tutela dei consumatori, Meglena Kuneva.

L'iniziativa è importante e trae fondamento dal fatto che solo nei 14 stati UE di cui sono disponibili i dati, più l'Islanda e la Norvegia, vi sono stati 11.000 incendi all'anno, innescati da sigarette abbandonate o anche da mozziconi lasciati cadere senza essere spenti adeguatamente: incendi che negli ultimi tre anni hanno provocato la morte di oltre 1.500 persone. Quasi

5.000 sono invece rimaste ustionate più o meno seriamente. Negli Stati Uniti le cifre sono ancora più impressionanti: i morti negli ultimi trent'anni sono decine di migliaia, fra loro molti ragazzi. Secondo stime di James M. Shannon, Direttore del National Fire Protection Association introdurre le sigarette che si autospegnono può ridurre fino al 20% gli incendi nelle case. In Italia, solo nel 2006, del 15% degli incendi dei boschi causati involontariamente il 31,7% è stato provocato da una sigaretta accesa.

A rendere possibile l'autospegnimento della futura sigaretta saranno due strati di cellulosa o alginato, un sale di acido alginico (composto chimico molto complesso) dal sapore neutro, che spruzzati sul tabacco "tolgono l'aria alla brace" non appena si smette di aspirare. Tutte le sigarette vendute in Europa dovranno così essere munite del dispositivo anti-incendio: due o tre strisce di carta più spessa in grado di rallentare la combustione e spegnersi una volta abbandonate. Le nuove «bionde» sono già in commercio in Canada, in Australia e in alcuni Stati americani.



Le sigarette proposte dalla UE sono già state sperimentate a Bruxelles, e alcuni funzionari si sono detti entusiasti del prodotto dopo averlo sperimentato e averlo visto spegnersi dopo un minuto da che si era smesso di aspirare. Al momento le grandi industrie produttrici non si sono opposte come fecero negli Usa, ma si dicono d'accordo con le autorità di Bruxelles, e spiegano che il prezzo delle sigarette non dovrebbe aumentare, in quanto i costi del procedimento sarebbero minimi. La Finlandia, che pensa alle sue grandi distese boschive, sarà il primo Paese a introdurre la sigaretta richiesta dall'Unione Europea e sta già preparando una legge ad hoc.

Sebbene vada annotato che gli incendi fanno più notizia della brace sotto la cenere, tuttavia l'iniziativa è lodevole in quanto permetterà di ridurre i danni, evitando gran parte degli incendi causati da incuria, leggerezza e talora incoscienza dei fumatori! (VZ)



Ricerca Bocconi con consulenza SITAB sulla Legge Antifumo

Due docenti e ricercatrici dell'Università Bocconi – CER GAS, Valentina Mele ed Amelia Compagni che, tra l'altro, si occupano di policy e

management in sanità, alcuni mesi fa hanno contattato noi della SITAB per una collaborazione ad una ricerca sull'art. 51 della legge 3/2003, cioè la Legge Antifumo. In particolare l'oggetto della ricerca era la ricostruzione di eventi e dinamiche che hanno portato ad un intervento di successo nonostante il grande scetticismo che a livello internazionale aveva accompagnato la

notizia della volontà dell'Italia di lanciare/ampliare un divieto di fumo in luoghi pubblici nell'ambito di una politica strategicamente organica contro il fumo. Lo scopo era quello di capire cosa è che ha reso le fasi di progettazione e poi implementazione efficaci. La ricerca con tutti i suoi dettagli tecnici è in via di pubblicazione sulla rivista specializzata Public Administration (Explaining the unexpected success of the smoking ban in Italy: political strategy and transition to practice, 2000-2005). Anche Tabaccologia ospiterà, in uno dei prossimi numeri, un'articolo originale degli autori sui risultati dello studio. (VZ)



Unione Europea

Nico-Market: la bottega virtuale degli orrori

Qualcuno ricorderà le due campagne mediatiche contro il fumo "Feel free to say no" ed "HELP - per una vita senza tabacco". Sono state proposte dalla Commissione Europea rispettivamente nel 2002 e nel 2004, e sono di certo le due iniziative che hanno avuto come obiettivo principale i giovani. Come sottolinea il sito della comunità europea, infatti, sarebbero ben 172 milioni gli europei che ricordano di aver visto la campagna HELP in televisione. Quasi tre milioni di utenti avrebbero dunque avuto informazione attraverso il sito web creato ad hoc (www.help-eu.com), mentre gli eventi nazionali organizzati in tutta Europa sarebbero 300, e circa 4.000 le volte in cui il messaggio è stato veicolato attraverso i grandi mezzi di comunicazione (stampa, radio, tv e internet).

Ma nonostante queste importanti cifre ci si aspettava qualcosa di più da entrambe le campagne. Anche per tali motivazioni quest'anno l'Unione Europea ha deciso di lanciare un terzo progetto: "Nico Market". Particolare e paradossale come forma di comunicazione, si tratta di un vero e proprio supermercato virtuale (www.nicomarket.com) all'interno del quale è possibile acquistare prodotti alla nicotina (almeno è quello che sembra inizialmente). Prodotti a base di nicotina per combattere il fumo? Niente affatto. Si tratta di una parodia, di una campagna altamente ironica ma allo stesso tempo dai contenuti molto forti.

Ad accogliere l'utente è Mr. Simon Garet, astuto dirigente della NICO Ltd, che si presenta con un sigaro fumante in bocca e mano allungata in segno di saluto, introducendo il cliente nel suo negozio virtuale dedicato agli amanti del tabacco.

La home page del sito si rivolge così ai fumatori: "I nostri prodotti sono stati creati espressamente per aumentare gli effetti del tabacco su di te e su chi ti circonda"; mentre una seconda frase rivolta ai non fumatori recita: "I nostri prodotti ti consentono di pro-



vare gli effetti del tabacco senza neppure un tiro di sigaretta!".

All'interno del negozio on-line è possibile visionare, ed eventualmente comprare a 99,99 euro, cosmetici contenenti principi attivi della nicotina che "invecchiano la pelle e sviluppano profonde occhiaie", spray che "rendono roca la voce", dentifrici che "macchiano e distruggono i denti", profumi per la casa agli estratti di sigaretta. Tutto ciò per sottolineare in realtà i danni alla persona causati dal tabacco.

Il sito propone per i quattro prodotti al momento in "vendita" (sembra ne verranno aggiunti altri in futuro) anche altrettanti e divertenti spot. Ma che succede quando l'utente decide di comprare un prodotto, cliccandoci su e provando a metterlo nel carrello? Altro colpo di scena molto simpatico! si apre una finestra che recita: "Per tua fortuna, questi prodotti non sono disponibili. Per una vita senza tabacco, visita www.help-eu.com", rimandando così al sito creato dalla Comunità Europea per aiutare a smettere di fumare.

Possiamo almeno dire che la Commissione europea sta utilizzando le scarse risorse a disposizione per indicare ai giovani uno stile di vita salutare e avversativo nei confronti del tabacco.

Se ancora non è possibile sancire o meno il successo della campagna in base all'effettiva decodifica del messaggio da parte del target interessato, si può affermare comunque che sul piano creativo si tratta di un'ottima trovata pubblicitaria. L'uso di una comunicazione paradossale ed ironica infatti si scontra con gli schemi mentali di chiunque si appresti a vedere uno spot sociale, creando una situazione umoristica non sempre facile da offrire. Proprio perché il target da raggiungere è quello giovanile, sembra essere quindi necessario condire questo tipo di messaggi pubblicitari con colpi di scena, novità e incongruenze che riescano a colpire positivamente i destinatari.

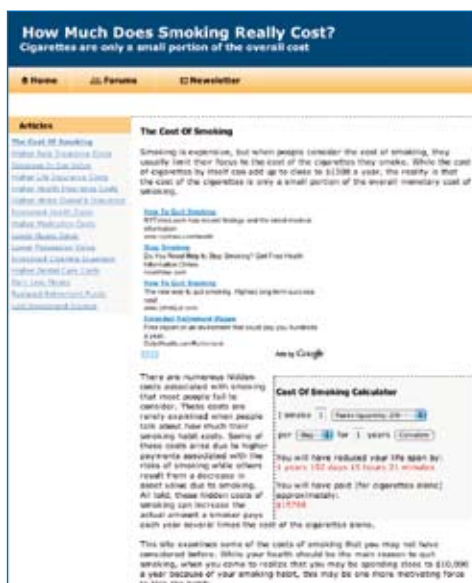
(Andrea Andò, GEA Progetto Salute - Area Psicologia)



COST OF SMOKING... Ma quanto mi costi!

Un programma online permette di calcolare il denaro perso (non solo quello speso) a causa delle "bionde". Per molti fumatori il fatto di sapere che le sigarette danneggiano la salute non rappresenta un motivo sufficientemente valido per smettere. Del resto si sa che quello del fumo è uno dei vizi più difficili da abbandonare, tanto che molto spesso accade che chi riesce a farlo finisca poi per ricarderci, anche dopo anni di astinenza dalle bionde. Nella mente del fumatore il piacere della sigaretta e dei rituali a essa associati è spesso più forte della paura legata alla possibilità di ammalarsi a causa del fumo, poiché si tratta - appunto - "solo di una possibilità". Serve forse un motivo più "concreto" per demordere (o per non ricominciare)? Eccone uno: il portafoglio.

IL CALCOLO - Contando sul fatto che in linea di massima siamo tutti sensibili alle questioni economiche, c'è infatti chi ha pensato bene di realizzare un programmino assai elementare, ma altrettanto illuminante, che permette di tradurre in soldoni la dipendenza tabagica. CostOfSmoking è un programma gratuito disponibile online dedicato



appunto ai fumatori più irriducibili. E' sufficiente scaricarlo, installarlo nel proprio Pc e procedere all'inserimento delle informazioni necessarie al calcolo di quanto denaro è stato perso in passato (o di quanto se ne perderà in futuro) a causa della dipendenza in questione.

DENARO CHE VA IN FUMO - Non si tratta di un semplice conteggio delle sigarette fumate nel periodo indicato moltiplicate per il prezzo medio del pacchetto: il conteggio tiene anche conto del tasso di inflazione e della percentuale di interessi che una banca avrebbe corrisposto per il deposito del denaro che invece

è semplicemente "andato in fumo". Ecco perché il valore che si ottiene non corrisponde tanto al denaro speso, quanto a quello perso per colpa delle sigarette.

E così, per esempio, immaginando di aver fumato un pacchetto e mezzo al giorno per dieci anni, si scopre che la cifra persa è di circa 60 mila euro.

E' forse banale invitare a riflettere su quante cose si sarebbero potute fare con la stessa somma di denaro, ed è comunque assai probabile che il vero fumatore direbbe di non avere alcun rimpianto... *(Alessandra Carboni)*

Curiosità

Un agente speciale

Verso la fine del XIX secolo un'inspiegabile malattia colpì le piante di tabacco in Crimea. Lo scienziato russo Dimitri Iosifovich Ivanovsky (1864-1920), analizzando la linfa di quelle piante scoprì che esisteva in alcune qualcosa di misterioso che si poteva ritenere responsabile della trasmissione della malattia da una pianta all'altra.

L'agente in missione speciale era un piccolissimo organismo che oggi chiamiamo virus (in latino significa "succo di piante; veleno").

Ivanovsky morì il 20 giugno 1920, sedici anni prima che fosse individuato e isolato, grazie al microscopio elettronico il primo virus e che la virologia divenisse un'importante branca della biologia. *(Claudia Cotti)*

(Fonte: <http://www.focus.it>)

Dove finiscono le merci sequestrate dalle forze dell'ordine?

Dopo la confisca e l'autorizzazione della magistratura, oggetti contraffatti, droga e sigarette vengono distrutti in inceneritori delle ASL o dei Comuni abilitati allo scopo.

Per le armi, invece, se si riesce a risalire al numero di matricola, vengono consegnate al Banco di Prova di Gardone Valtrompia per essere reimmesse nel mercato.

Altrimenti vengono affidate all'esercito per essere distrutte. Auto, gioielli e altri beni vengono affidati a istituti di vendita autorizzati. ■

I fumatori sono più a rischio per incidenti stradali

Da uno studio di un gruppo di medici spagnoli diretti da José Miguel Buñuel, pubblicato sulla rivista Atención Primaria, si rileva che i fumatori hanno, mediamente, oltre il doppio di rischio di subire incidenti non mortali, in relazione ai non fumatori. Mentre ai non fumatori è associata una percentuale del 7% di rischio, i fumatori oscillano tra l'11,6 (se non fumano mentre guidano) e il 16,7% (se fumano al volante). In questo senso, le Assicurazioni britanniche ritengono che almeno il 5% degli incidenti stradali siano attribuibili al fumare in automobile. ■

(Fonte: Revista de Tráfico 10)

Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE SITAB
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

Direttore Responsabile: Giacomo Mangiaracina - Roma
(info@tabaccologia.it)

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

CapoRedattore: Vincenzo Zagà - Bologna
(redazione@tabaccologia.it)

Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera, (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Marco Mura (Roma), Claudio Poropat (Trieste), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Mariella Debiassi (Riceratrice, Houston, Texas-USA), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Antigna Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Antonio Mocellin (Div. Oculistica, Osp. Fazzi - Lecce), Emanuele Passanante (Psicologia, Torino), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Luca Pietrantonio (Scienze dell'Educazione, UniBO), Paquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (CNR, Palermo), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia),

Amanda Amos (University of Scotland, Edimburgo - UK), Lucio Casali (Università di Perugia), Simon Chapman (Australia), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Dario Olivieri (Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tubercolosi
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori
- FederAsma
- Associazione Pazienti BPCO

Segreteria di redazione: Livia Laurentino
(liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)
c/o Suoni Comunicazioni - Bologna

Art director: Fabrizio Cani
Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it



Ricerca iconografica: Zagor & Kano

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

Pubblicità: Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)
via Venturoli 38/D - 40138 Bologna - tel./fax +39 051 304737

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. ISSN 1970-1187 (Tabaccologia stampa)
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel settembre 2008. Tiratura: 5000 copie.

Congressi & eventi

redazione@tabaccologia.it

ITALIA

10-13 Settembre 2008

Genova: S.I.Me.R Società Italiana di Medicina Respiratoria:
9° Congresso Nazionale della Pneumologia UIP.
Info: Fabrizio Rizzi
Tel. 02 56601260
E-mail: f.rizzi@aimgroup.it
www.simernet.eu

13 Settembre 2008

Bologna: SANA 08 - 20° Salone Internazionale del Naturale.
Convegno medico scientifico: "Nutrizione e metabolismo".
Ore 9:30, Sala Topazio presso Pala Affari.

23-26 Settembre 2008

Roma: 10° Congresso Europeo SRNT, Society for Researches on Nicotine and Tobacco.
Hotel Villa Pamphili.
Tel. +39 06 5403600
E-mail: info@antoprimadue.it

9-12 Ottobre 2008

Varallo, Val Sesia (VC):
25th Anniversary of research in high altitude physiology and medicine at the new Capanna Margherita.
Teatro civico.
E-mail: gxfiore@tiscali.it

10-12 Novembre 2008

Ferrara: Clinical Governance in Pneumology 2: Audit Clinico e Indicatori di Qualità by GIMBE.
E-mail: midia@midiaonline.it

2 Dicembre 2008

Roma: Fumo di tabacco e salute respiratoria nella donna.
Un problema emergente. Istituto Superiore di Sanità, Aula Pocchiarri - Roma
Tel. 02 36590350
E-mail: segreteria@aiponet.it

23-24 Gennaio 2009

Bari: Patologia Respiratoria da inquinamento ambientale: impatto sulla salute e qualità di vita.
Villa Romanazzi Carducci.
E-mail: sabino@meeting-planner.it

28-31 Gennaio 2009

Napoli: IX edizione del Congresso IBAT '09. Infezioni Batteriche micotiche, virali e parassitarie.
Attualità Terapeutiche.
Via S. Pasquale a Chiaia, 55
Tel. 081 411450 - 081 401201
Fax 081 404036

E-mail: info@gpcongress.com
www.gpcongress.com

2-4 Aprile 2009

Stresa (Lago Maggiore): 3° European Respiratory Care Association - Palazzo dei Congressi.
E-mail: info@victoryproject.it

ESTERO

4-8 October 2008

Berlin, Germany:
ERS Congress
Contact: ERS Headquarters
Tel: +41 212130101
Fax: +41 212130100
E-mail: info@ersnet.org
www.ersnet.org

8-12 Mar 2009

Mumbai, India:
World Conference on Tobacco or Health.
Contact: Prakash Gupta
E-mail: pgupta@globalink.org




10° SRNT European Congress
Satellite Meeting

Priorità ed Evidenze in Tabaccologia



23 Settembre 2008
ROMA - Hotel Villa Pamphili

TABACOLOGIA

Tobaccology

TRIMESTRES LIBELLI COMPOSITI A SAPIENTIBUS QUI DE TABACO MORBISQUE EX USU TABACI ORTIS INQUIRUNT



SRNT, ROMA - ITALIA

ANTE DIEM IX KALENDAS OCTOBRES - ANTE DIEM VI KALENDAS OCTOBRES
ANNO MMVIII P. CHR. N.

COLOSSEUM TABACOLOGICÆ