Organo Ufficiale
della Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

1
2010

Official Journal
of the Italian Society
of Tobaccology

Anno VIII

www.tabaccologia.org

Tabaccologia

Tobaccology

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

Saper fare "Centro"
Wigand: scacco matto a "Big Tobacco"
I Centri Antifumo in Italia • I costi del tabagismo
Smettere di fumare in regime di ricovero

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business - AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003 - ISSN1970-1187

Indexed by Google Scholar

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
SITAB

VI Congresso Nazionale SITAB

Bologna, 25-26 maggio 2010

Rimuovere gli ostacoli, promuovere la smoking cessation

25 maggio 2010 **SESSIONE I** – Scenari italiani nel trattamento del tabagismo (*Moderatori: P. Zuccaro, B. Tinghino*)		
11.15 – 11.45	Big Tobacco e la smoking cessation	J. Wigand
11.45 – 12.15	I servizi per il trattamento dei fumatori in Italia	P. Zuccaro
12.15 – 12.45	Ostacoli alla terapia del tabagismo: falsi miti e soluzioni operative	B. Tinghino
12.45 – 13.00	Discussione	
SESSIONE II (Tavola rotonda) – Motivare i decisori (*Moderatori: G. Mangiaracina, P. Martucci*)		
14.30 – 15.30	"Motivare i decisori": strategie e progetti efficaci.	A. Pavan, S. Nardini, S. Cifiello
SESSIONE III – Esperienze organizzative in ambito specialistico (*Moderatori: N. Pulerà, M. Del Donno*)		
15.30 – 15.40	L'ambulatorio pneumologico per il tabagismo: esperienze organizzative e cliniche	V. Zagà
15.40 – 16.00	Specificità ed iniziative di terapia antitabagica in ambito cardiologico	P. Clavario
16.00 – 16.20	Malattie ORL e opportunità di smoking cessation	F. Beatrice
16.20 – 16.40	discussione	
SESSIONE IV – Tabagismo, casi psichiatrici, polidipendenze (*Moderatori M. Clerici, A. Lucchini*)		
16.50 – 17.10	Il trattamento del tabagismo nelle comorbilità psichiatriche	M. Diana
17.10 – 17.30	Polidipendenze e consumo di tabacco, esperienze di cura e prospettive	F. Lugoboni
17.30 – 17.50	I Centri per il Trattamento del Tabagismo nei SERT: criticità e nuove soluzioni	A. Lucchini
17.50 – 18.10	discussione	
26 maggio 2010 **SESSIONE V** – Gli approcci farmacologici alla smoking cessation (*Moderatori: C. Chiamulera, V. Zagà*)		
9.00 – 9.30	Nuovi approcci di farmacoterapia nella smoking cessation	M. Baraldo
9.30 – 10.00	Fumo e patologie correlate: costi sanitari e benefici socio-economici dei trattamenti	F. Romano
10.00 – 10.45	La prescrizione di farmaci nei pazienti complessi: problemi e soluzioni	P. Clavario, F. Lugoboni, M. Baraldo
10.45 – 11.00	Discussione	
SESSIONE VI – Rete dei centri e format progettuali (*Moderatore: B. Tinghino, D. Galeone*)		
11.15 – 11.45	"Guadagnare salute", percorsi di incontro tra istituzioni e progettualità	D. Galeone
11.45 – 12.15	Il MMG e il tabagismo: le esperienze positive, le proposte per il futuro	G. Invernizzi
12.15 – 12.45	La rete dei CTT: il sostegno, le attività, i "format" progettuali	B. Tinghino
12.45 – 13.00	Discussione	
SESSIONE VII – Motivazione, opportunità di trattamento, strategie psicologiche efficaci (*Moderatore: G. Forza, F. Zucchetta*)		
14.00 – 15.00	Esercitazione pratica sugli approcci motivazionali opportunistici nel tabagismo	B. Tinghino
15.00 – 15.30	Motivare i fumatori nei contesti di cura	G. Forza
15.30 – 16.00	Le best practices psicologiche nelle terapie integrate	F. Zucchetta
16.00 – 16.30	Discussione e conclusione	

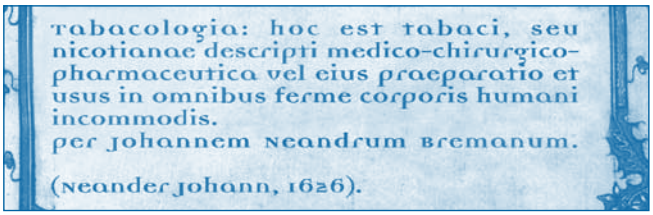
Cosa bolle in redazione

Bononia sine fumo

Cari lettori di Tabaccologia,
Bologna per la prima volta ospiterà, il 25 e 26 maggio, il Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB). È un evento prestigioso che vedrà coinvolti, come è nel DNA statutario della SITAB, numerosi specialisti di varie branche d'organo coinvolti sul versante del tabagismo. Questa due giorni di studio sarà incentrata su come "Rimuovere gli ostacoli e promuovere la smoking cessation" nei vari contesti specialistici senza perdere di vista i decisori politici.
L'auspicio è che il Convegno possa rilanciare la centralità dei Centri Antifumo, nell'ambito di una efficace strategia di prevenzione delle malattie croniche, alla luce dell'ottimo rapporto costo/beneficio. Sull'argomento, che soprattutto in tempi di congiuntura e razionalizzazione della spesa pubblica dovrebbe stare a cuore agli amministratori sanitari, pubblichiamo con Romano e collaboratori una review che evidenzia come i programmi e le politiche per il controllo del fumo di tabacco siano in grado di determinare un notevole risparmio economico e sono altamente costo/efficaci. In attesa dell'inserimento del tabagismo nei LEA (livelli minimi di assistenza) è assolutamente vitale per la loro sopravvivenza il riconoscimento formale dei Centri Antifumo, soprattutto per quelli inseriti in U.O. d'organo, come pneumologie e cardio-angiologie, da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Il presidente Tinghino ci guida su opportunità di sviluppo, possibili risorse e progettualità per… saper fare "Centro". Novità in questo ambito è la possibilità di ricovero ospedaliero per i forti fumatori motivati, resistenti alle normali terapie antifumo. Questi interventi di 3° livello si sono dimostrati efficaci anche in termini di costo-beneficio e possono avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati. La Di Pucchio e coll. dell'Istituto Superiore di Sanità/OSSFAD ci presenta la stato reale, aggiornato al 2010, dei Centri Antifumo in Italia. Wigand, con la seconda parte del suo dossier, ci rivela come si è arrivati all'atto finale che ha dato scacco matto a Big Tabacco. Sheila K. Stevens, Michael V. Burke (Mayo Clinic) ci ribadiscono la necessità della formazione degli specialisti in terapia del tabagismo. Concludiamo infine con un caloroso benvenuto a Bologna ai congressisti del VI Congresso Italiano di Tabaccologia, augurando buona lettura a tutti i nostri lettori.

Vincenzo Zagà
(caporedattore@tabaccologia.it)

Sommario



EDITORIALI

La scienza di Rubik. **3**
(G. Mangiaracina)

Formazione degli specialisti nel trattamento della dipendenza e del consumo di tabacco. **5**
(S.K. Stevens, M.V. Burke)
Training specialists to treat tobacco use and dependence.

PRIMO PIANO

Saper fare "Centro". *(B. Tinghino)* **8**
Una overview su opportunità di sviluppo, possibili risorse, progettualità dei centri italiani antifumo.

TRIBUNA

Dalla conoscenza all'azione: scacco matto a Big Tobacco. **17**
(J.S. Wigand)
From knowledge to action: checkmate for Big Tobacco.

ORIGINAL ARTICLE

I Centri Antifumo in Italia. **26**
(A. Di Pucchio, L. Martucci, L. Mastrobattista, C. Mortali, I. Palmi, R. Solimini)
Smoking Cessation Services in Italy.

REVIEW

Il trattamento del tabagismo: costi e ricadute. **30**
(F. Romano, E. Santelli, M.I. Scarlato, V. Zagà)
Smoking cessation therapy: cost/effectiveness.

BRIEF REVIEW

Cure intensive e nuove prospettive per il trattamento del tabagismo in regime di ricovero. **42**
(B. Tinghino)
Intensive care and new perspectives for smoking addiction treatment: hospital-based care.

News & Views

Italiani maggiori consumatori di sigarette in Europa: un bel primato. *(V. Zagà)* **47**

Nuove norme antifumo. Philip Morris soddisfatta. **47**
(G. Mangiaracina)

Istruzioni per gli Autori

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

Articoli Originali e Rassegne: vengono considerati per la pubblicazioni articoli in italiano ed in inglese. Gli articoli in italiano devono presentare il titolo, il riassunto (*summary*) e le parole chiave anche in inglese. Gli articoli in inglese verranno tradotti in italiano a cura della redazione.
La **prima pagina** del manoscritto deve includere a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi degli autori; c) le istituzioni degli autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria, i numeri di telefono e fax e l'indirizzo e-mail del *corresponding author*.
La **seconda pagina** degli Articoli Originali e delle Rassegne deve includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere le 250 parole. Il riassunto degli Articoli Originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. A seguire il *summary* in inglese, che nel caso degli Articoli Originali deve essere così strutturato: *Introduction*, *Methods*, *Results*, *Conclusions*, e dalle 3 alle 5 *keywords*.
Il **corpo del manoscritto** segue dalla terza pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editoriali, che non devono eccedere le 800 parole. Gli Articoli Originali devono essere strutturato 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 egli autori che il **consenso informato** è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio.
Gli Articoli Originali che includono esperimenti su esseri umani o animali devono indicare sotto la responsabilità degli autori nei "Metodi" che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli **standard etici** stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la **Dichiarazione di Helsinki** del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli autori devono spiegare il 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.

Bibliografia: Dopo il manoscritto devono essere indicate le **referenze** citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato 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.

Segreteria di redazione e marketing: Alessandra Cavazzi
E-mail: tabaccologia@gmail.com

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

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

Come diventare membro della SITAB
L'iscrizione alla SITAB per il 2010 è di **50,00 €** (**40,00 €** per laureandi, specializzandi, dottorandi). Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062
Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.org ed inviato alla dott.ssa Nolita Pulerà:
- per posta ordinaria: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno
- per fax: 0586 22.30.06
- per e-mail: segreteria@tabaccologia.it

Instructions for the Authors

Tabaccologia (*Tobaccology*) is the official journal of the Italian Society of Tobaccology (SITAB) and is a medical journal. Four issues per year plus supplements(s) are published. Editorials, Original Articles, Reviews, "Focus on" and "Perspective&Research" about subjects related with tobacco, tobaccology, tobacco-induced pathologies, smoke addition and prevention are considered for publication. All contributions must be sent in Microsoft Word format by e-mail to 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.

Original 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: Introduction, Methods, Results, Conclusions.
The **manuscript body** should then follow from the third page. There is no word limit for articles, expeot for Editorials, wich 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 of therapeutic procedures on humans must clearly state under the authors' responsability 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 financement 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 and marketing: Alessandra Cavazzi
E-mail: tabaccologia@gmail.com

How to to receive the journal
a) The yearly subscription is **40,00 €** to be sent by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

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

How to become member of SITAB
The SITAB memebership fee for 2010 is **50,00 €** (**40,00 €** for undergraduate and post-graduate students and residents) to be sent by bank draft to Banca CREDEM Bologna, Agency 2, account n. 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062.
Please also download the membership form from 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

La scienza di Rubik

Giacomo Mangiaracina

È notizia di questi giorni. Catherine Mosher dello Sloan-Kettering Center e Sharon Danoff-Burg della Albany University di New York, dimostrano che le tintarelle creano dipendenza[1]. Il commento del presidente Biagio Tinghino è stato preciso: *"Siamo consapevoli che dietro a tutte le dipendenze ci sono persone, ma dobbiamo proprio curare anche gli abbronzati?"*

E Christian Chiamulera, sulle note della *Cue Reactivity*, ha incalzato ironico: *"...dopo la disassuefazione, evitare il contatto con qualsiasi fonte di luce, restare al buio, e sviluppare cognitive skills per evitare la ricaduta indotta da creme abbronzanti"*.

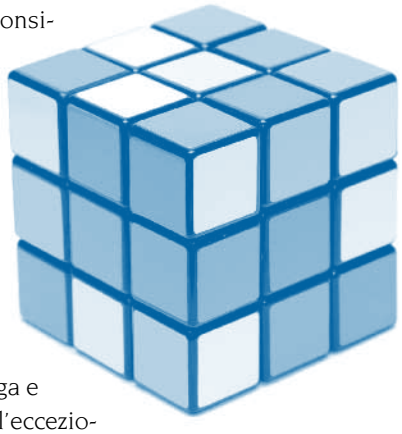
Da tempo mi interrogo sul significato della conoscenza oscillando tra Aristotele e Pascal, tra la crescita personale, attraverso la comprensione degli aspetti individuali e sociali dei significati più profondi dell'Essere, e la motivazione etica che mi spinge al bisogno di sapere, finalizzato alla crescita comune. Da un lato progredisco, dall'altro opero.

Perché questo processo si sviluppi in modo costante e crescente, leggo, studio, penso e mi confronto con la molteplicità dei saperi e delle competenze del mio tempo, e con i suoi rappresentanti e portavoce.

La sensazione che ne ho, sulla base delle esperienze fatte, è quella di una conoscenza generale che cresce in modo travolgente sulla base di studi ed esperienze che procedono al di fuori di noi e della possibilità di averne il controllo. Un po' come avviene per quei telefonini già tecnologicamente superati nel momento in cui li acquistiamo.

A questa fa riscontro il gap stridente di una scienza dell'educazione e della promozione della salute, bene affermata su modelli concettuali, ma che arranca con fatica nel raggiungimento dei suoi obiettivi recenti, dopo avere sconfitto le grandi epidemie. Così mentre si ampliano i concetti di *governance* e di *policy*, specie in considerazione delle disuguaglianze e delle popolazioni svantaggiate, sul piano pratico la salute è considerata un Diritto per tutti e una Merce per pochi, all'interno di una economia di mercato.

Tutto ciò ha fatto lievitare le disuguaglianze, per cui l'aspettativa di vita per un giapponese è di 80 anni, mentre per un cittadino della Sierra Leone è di 40. Il mercato globale e i disincentivi in agricoltura hanno fornito il depauperamento delle risorse e un aumento della fame oltre che il grave danno ambientale.

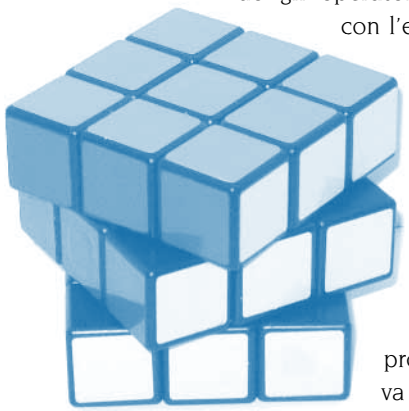


Per i cinici il consumo di tabacco nel mondo andrebbe considerato un elemento equilibratore, di normalizzazione della sovrappopolazione del pianeta. Avrebbe sostituito le grandi epidemie e le guerre di conquista. Perciò, quasi a consolidare questa aberrante concezione, dilaga e cresce. Ovunque, con l'eccezione del Buthan. Nonostante l'allarme mondiale e le misure di contenimento che i Paesi pongono in essere. Anche i fumatori sono in aumento. Pure in Italia.

E quando parliamo di "aumento", il termine tecnico appropriato è quello di "incidenza", ovvero il numero di nuovi casi di tabagismo. I "nuovi casi", tradotti in linguaggio popolare, sarebbero i ragazzi che cominciano a fumare sigarette, prima occasionalmente, poi periodicamente, fino a divenirne dipendenti, potenzialmente aperti ad ulteriori esperienze con altre sostanze, cannabinoidi, SMDA, anfetamine, cocaina e oppiacei.

Il consumo di tabacco e di bevande alcoliche da parte degli adolescenti è strettamente legato alla esplorazione di nuove esperienze potenzialmente addittive. È qui che il problema diventa

un vero allarme sociale, una assoluta priorità in sanità che non si è capaci di contrastare perché la Scienza della Prevenzione è rimasta arroccata su modelli di intervento poco produttivi e parcellari. Al tempo stesso mancano politiche nazionali coordinate ed efficaci lasciando gli operatori al loro isolamento, con l'eccezione dei convegni scientifici. È necessaria una ammissione di defaillance.



Gli operatori della prevenzione lo sanno, e il *mea culpa* lo fanno. Fatti perciò salvi i concetti teorici, la scienza della promozione della salute va ripensata, soprattutto nella formazione dei suoi attori principali. Occorre investire sulla capacità di impatto dell'intervento educativo e della sua efficacia.

La scienza della prevenzione è simile a un cubo di Rubik dove i colori non combaciano nonostante i tentativi degli operatori. Penso di avere contribuito al caos mettendo dita nelle piaghe, alimentando il dubbio, scomponendo ancor più i tasselli per il piacere o per la sfida del ricomporli. Peggio è quando le azioni destabilizzanti vengono dalle istituzioni e dai governi. I recenti disegni di legge *bipartisan* in discussione al parlamento denunciano il conflitto tra competenze finalizzate al raggiungimento di precisi obiettivi e logiche del profitto. L'apparente impossibilità di emanare leggi che aboliscano i distributori automatici di sigarette o la creazione di un fondo nazionale per la prevenzione del tabagismo risicato e senza esperti, rende molto difficile trovare soluzioni al rompicapo che ci vedrà lavorare negli anni a venire.

Le soluzioni ovviamente ci sono, e vanno trovate con metodo e perseveranza, partendo dal principio dell'*Advocay*, ossia dall'aggregazione delle risorse vive e vitali che proprio le istituzioni hanno il compito di attuare. La loro parcellizzazione e l'autoreferenzialità istituzionale contribuiscono a creare caos. ■

Bibliografia

1. *Mosher CE, Danoff-Burg S. Addiction to Indoor Tanning: Relation to Anxiety, Depression, and Substance Use. Arch Dermatol 2010; 146: 412-417. http://archderm.highwire.org/cgi/content/abstract/146/4/412*

Giacomo Mangiaracina
(direttore@tabaccologia.it)

Formazione degli specialisti nel trattamento della dipendenza e del consumo di tabacco

Training specialists to treat tobacco use and dependence

Sheila K. Stevens, Michael V. Burke

Il consumo di tabacco uccide circa 5,4 milioni di persone nel mondo ogni anno, e la conta continuare ad aumentare[1]. Mentre gli sforzi per la prevenzione possono significativamente ridurre la prevalenza dell'uso di tabacco, fornire supporto ai fumatori è di importanza vitale. Trattamenti efficaci per la dipendenza dal tabacco esistono, ma essi sono spesso somministrati in maniera poco efficiente, nonché sottoutilizzati e non ben compresi da parte di pazienti[2]. Gli Specialisti per il Trattamento del Tabacco (TTS) possono svolgere un ruolo fondamentale nel fornire un trattamento efficace e nel migliorare la capacità dei servizi sanitari di somministrare trattamenti basati sull'evidenza.

I TTS rappresentano una professione nuova ed in crescita[3]. Gli specialisti possono svolgere un ruolo importante in quanto: a) i medici di base sono riluttanti nel diagnosticare e trattare un problema, a meno che non abbiano uno specialista a cui riferirsi; b) gli specialisti possono diffondere l'utilizo di nuovi trattamenti; c) i cambiamenti nei protocolli di trattamento avvengono in gran parte a causa della pressione da parte delle associazioni dei pazienti e dei medici specialisti; d) gli specialisti sono generalmente in prima linea nel miglioramento della qualità delle cure e) gli specialisti possono legitimizzare la disseminazione delle conoscenze nella classe medica[3,4].

Al fine di identificare e diffondere trattamenti efficaci per i fumatori, il Public Health Service dello U.S. Department of Health and Human Services ha pubblicato delle linee guida intitolate "*Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline 2008 Update*". Le linee guida definiscono i TTS come professionisti della salute con vari background che vedono il trattamento della dipedenza da tabacco come il proprio ruolo professionale primario. Oltre ad avere le conoscenze, competenze ed abilità nel fornire trattamenti appropriati, i TTS contribuiscono al controllo del tabacco nei seguenti modi: 1) provvedere ai non specialisti risorse per il trattamento della dipendenza da tabacco; 2) sviluppare, implementare e valutare procedure per trattare la dipendenza da tabacco negli ambulatori ed ospedali; 3) sviluppare e valutare strategie innovative per aumentare l'efficacia e l'utilizzo delle terapie per la dipendenza da tabacco[2].

Tobacco use kills an estimated 5.4 million people world-wide each year and the death toll continues to rise[1]. While prevention efforts can significantly reduce the prevalence of tobacco use, providing help to people who currently smoke cigarettes is also vital. There are effective interventions to treat tobacco dependence, but treatment is less than optimally delivered by health-care providers and all-too-often misunderstood and underutilized by patients[2]. Tobacco Treatment Specialists (TTS) can serve a critical role in providing effective treatment and in improving the capacity of health care systems to deliver evidence-based treatments.

Tobacco Treatment Specialists are a new and growing profession.3 Specialists can serve an important role because: a) primary providers are reluctant to diagnose and treat a problem unless there are specialists to whom to refer b) specialists are agents for disseminating new treatments; c) changes in health care comes largely due to pressure from patient advocates and medical specialists; d) specialists are usually at the forefront of quality improvement efforts; and e) specialists legitimize dissemination within their primary professions[3,4].

To identify and disseminate effective treatment for people who use tobacco, the Public Health Service of the U.S. Department of Health and Human Services has published Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline 2008 Update. The Guideline defines TTS as health care providers from various professional backgrounds who view tobacco dependence treatment as a primary professional role. In addition to having the knowledge, skills, and ability to provide treatment through different modalities across a range of intensities, TTS contribute to tobacco control efforts by: 1) providing a resource to non-specialists in treating tobacco dependence; 2) developing, implementing, and evaluating procedures for treating tobacco dependence in the office, clinic, and/or hospital; and 3) developing and evaluating innovative strategies to increase effectiveness and utilization of tobacco dependence treatment.2

*The Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD) **www.attud.org** has established core competencies for training and credentialing of tobacco treatment providers. ATTUD describes a TTS as, "A professional who*

La *Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence* (ATTUD, www.attud.org) ha stabilito le competenze per l'insegnamento e l'accreditamento dei TTS.

L'ATTUD descrive un TTS come "un professionista che possiede abilità tecniche e conoscenze tali da poter provvedere interventi efficaci e basati sull'evidenza per la dipendenza da tabacco.

Il TTS può avere diverse affiliazioni professionali e lavorare in una varietà di ambienti sanitari, inclusi, ma non limitati a, ospedali, centri di salute pubblica, ambulatori medici e dentistici, agenzie di servizi sociali, centri antifumo, linee telefoniche per smettere di fumare, servizi per le tossicodipedenze (SERT) e centri di salute mentale. I TTS nono forniscono solo trattamenti ma possono essere anche coinvolti in attività di formazione (per medici, infermieri, amministratori, ricercatori, fumatori) sui trattamenti per la dipendenza da tabacco."

Il Mayo Clinic's Nicotine Dependence Center (NDC) ha trattato più di 40.000 pazienti per la dipendenza da tabacco sin da quando ha iniziato la sua attività nel 1988 sotto la direzione di Richard D. Hurt. Il modello Mayo è stato quello di fornire un trattamento guidato da uno specialista, sotto la supervisione di un medico. Sin dall'inizio, l'NDC ha offerto programmi di educazione sia intramurari che extramurari, in modo da condividere l'esperienza nel trattamento della dipendenza da nicotina.

Con questa esperienza, l'NDC ha sviluppato un programma di formazione dei TTS sotto gli auspici del Mayo Clinic College of Medicine, utilizzando i protocolli e le competenze dell'ATTUD.

Il programma TTS consiste in un corso educazionale di cinque giorni in cui vengono insegnate le tecniche necessarie per trattare in maniera efficace l'utilizzo e la dipendenza da tabacco.

L'ultima mezza giornata consiste in un test per esaminare sia le conoscenze che le tecniche di counseling. La registrazione è limitata in modo da facilitare l'apprendimento e l'interazione con gli esperti istruttori. Questi ultimi e i direttori del corso includono medici dell'NDC psicologi, ed altre figure professionali della Mayo Clinic.

In aggiuna al completamento del corso, il Mayo Clinic's Certification program rechiede come minimo un titolo di studio di bachelor, ed esperienza nel trattare pazienti per la dipendenza da tabacco. Per mantenere la certificazione, il TTS deve completare 24 ore di educazione continua (ECM) ogni due anni.

Il primo programma di certificazione TTS è stato lanciato nel maggio 2005. Da allora, più di 650 professionisti hanno

possesses the skills, knowledge and training to provide effective, evidence-based interventions for tobacco dependence across a range of intensities. The TTS may have various professional affiliations and may work in a variety of settings including but not limited to hospitals, community health centers, HMOs, medical and dental practices, educational settings, social service agencies, tobacco treatment centers, telephone quitlines, drug abuse treatment programs and mental health centers. The TTS may engage not only in providing treatment but also in educating others (health care professionals, administrators, scientists, smokers, nonsmokers) about tobacco dependence treatments."

The Mayo Clinic's Nicotine Dependence Center (NDC) has treated more than 40,000 patients for tobacco dependence since it opened in 1988 under the direction of Richard D. Hurt, MD. The Mayo model has been to provide specialist led care under the supervision of a physician. From the beginning, NDC has offered both intramural and extramural educational programs to share the expertise in the treatment of nicotine dependence. With that expertise, the NDC developed a TTS training program under the auspices of the Mayo Clinic College of Medicine utilizing ATTUD's standards and competencies. The TTS program is a five-day educational course which teaches the skills necessary to effectively treat tobacco use and dependence. The last half-day of the program consists of an examination testing both knowledge and counseling skills. Registration is limited in order to facilitate learning and maximize interaction with the experienced faculty. Teachers and course directors include NDC physicians, psychologists, counselors, and other Mayo Clinic professionals.

In addition to completing the course-work, Mayo Clinic's Certification program requires a minimum of a bachelor's degree, and experience in treating patients for tobacco dependence. To maintain the Certification, the TTS needs to renew the certification every two years by completing 24 hours of continuing education.

The first TTS Certification program was launched in May 2005. Since that time, more than 650 healthcare professionals have completed the week-long educational program. The participants who trained through the NDC work within health care organizations in 8 countries and more than 35 states within the U.S.A. These professionals have the ability to reduce mortality and morbidity from tobacco use by providing evidence-based tobacco dependence treatment and by serving as a resource and change agent within their institutions.

Surveys of TTS participants have found over 90% of the respondents found the training useful, had integrated what they

completato il programma educazione.

Color che hanno partecipato lavorano adesso in 8 diversi paesi e 35 stati degli USA. Questi professionisti hanno l'abilità di ridurre la mortalità e la morbidità da uso di tabacco grazie ai trammenti basati sull'evidenza che prescrivono ed alle competenze che forniscono nelle loro istituzioni.

I sondaggi svolti tra partecipanti dei corsi di formazione TTS hanno trovato che oltre il 90% di essi ha giudicato il corso utile e ha dichairato di aver integrato le conoscenze acquisite nella loro pratica clinica, e raccomanderebbero il corso ad altri.

Quasi tutti i partecipanti TTS prescrivono i trattamenti direttamente ai pazienti; circa due terzi di essi ha usato le informazioni acquisite per implementare modifiche ai programmi esistenti nelle loro istituzioni e per insegnare ad altri.

Gli specialisti per il trattamento del tabacco possono in conclusione contribuire in maniera determinante a migliorare la qualità del trattamento in molti ambienti sanitari. Il TTS può quindi svolgere un ruolo importante nel fronteggiare l'epidemia del tabacco. I programmi di formazione e certificazione sono essenziali nel migliorare la qualità dell'assistenza.

Per saperne di più sul *Mayo Clinic's Nicotine Dependence Centers Tobacco Treatment Specialist program*, si può chiamare il numero 1-800-344-5984 o visitare il sito web http://ndc.mayo.edu/.

(*Traduzione a cura di* Marco Mura)

learned into their practices, and would recommend the training program to others. Nearly all of the TTS participants provide treatment directly to patients and about two-thirds used the information from the training to implement changes in existing programs or to train others in treating tobacco dependence.

Tobacco Treatment Specialists can serve as a change agent for improving tobacco dependence treatment in multiple health care settings. The work of a TTS can play an important role in addressing the tobacco epidemic. Training and certification programs can help to both improve quality and build capacity for treating tobacco dependence.

To learn more about Mayo Clinic's Nicotine Dependence Centers Tobacco Treatment Specialist program, please call 1-800-344-5984 or visit ***http://ndc.mayo.edu/*** ■

Bibliografia

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence*: 2008 *Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
3. Hughes JR. Tobacco Treatment Specialists: A new profession. *Journal of Smoking Cessation*. 2007;2(Suppl):2-7.
4. Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev*. Jan 2006;25(1):21-26.

Sheila K. Stevens - MSW, Michael V. Burke - EdD
Mayo Clinic Nicotine Dependence Center - Rochester MI - (USA)

Sostenere il nostro lavoro è facile e non ti costa nulla.
Puoi donare il tuo 5 x 1000 alla Società Italiana di Tabaccologia.
Continueremo a fornirti sostegno, aggiornamento, formazione,
a fare ricerca e ad aiutare gli operatori dei servizi per il tabagismo.
Puoi anche invitare i tuoi pazienti a donare, perché il loro aiuto
può permettere a tutti noi di lavorare meglio.

5 x 1000 alla Società Italiana di Tabaccologia
C.F. 96403700584

Tinghino B, Tabaccologia 2010; 1: 8-16

Una overview su opportunità di sviluppo, possibili risorse, progettualità per i centri italiani antifumo

Saper fare "Centro"

I servizi per il tabagismo costituiscono una grande opportunità non solo se si allineano ai migliori standard clinici e operativi, ma soprattutto se compiono il passaggio del divenire "promotori" di iniziative, sensibilità, azioni di rete

Biagio Tinghino

I Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) sono una grande risorsa per il territorio. In queste strutture, spesso in modo esclusivo, si ritrovano (o ad essi fanno riferimento) i professionisti, le maggiori competenze di trattamento della dipendenza da tabacco. Lì si concentrano esperienza, passione, continuità di impegno. Purtroppo gli utenti che ad essi si rivolgono sono pochi e, qualche volta, i trattamenti non sono formulati su standard metodologici *evidence based*.

Un primo obiettivo auspicabile, dunque, sarebbe quello di far crescere il numero di fumatori che vengono curati da questi specialisti e nel far sì che ciò avvenga con una metodologia validata.

Un secondo obiettivo coincide con il cambiamento di pensiero che dovrebbe stare dietro l'organizzazione dei centri. I servizi per il tabagismo avranno un ruolo importante nello scenario italiano solo se diventeranno promotori di iniziative, sensibilità, azioni. Diversamente, il loro esiguo numero di prestazioni erogate non può, di fatto, cambiare una situazione epidemiologica drammatica sul versante del consumo di tabacco. Si tratta, insomma, di spostare il *focus* dalla buona pratica clinica (che va mantenuta) al ruolo strategico.

Per "saper fare" – "saper essere", i centri devono diventare dei moltiplicatori, che dalla propria esperienza traggono la capacità di coinvolgere altri, creare rete, promuovere salute. Da qui il contributo della SITAB attraverso questo documento, per fornire idee, spunti, consigli a chi vuole "Fare Centro".

PERCHÉ UN CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO?

Le ragioni che sostengono l'esistenza di un centro per il tabagismo sono molte. Il CTT infatti è:

Una risposta alla complessità del tabagismo

Non è vero che tutti i fumatori sono in grado di smettere da soli o con un consiglio breve. Una gran parte di tabagisti ha una dipendenza medio-alta, necessita della prescrizione di un farmaco specifico e di un percorso di sostegno nella cessazione. Nei pazienti con elevata dipendenza sono frequenti le commorbilità psichiatriche, le connotazioni psicopatologiche, gli elementi di forte craving, che richiedono cure appropriate. Il tabagismo è una dipendenza grave, dagli altissimi costi sanitari e richiede cure specifiche, risorse dedicate, operatori formati.

Un punto di promozione delle attività sul territorio

I professionisti interessati al problema del tabacco sono moltissimi, ma spesso il loro impegno è limitato ad una consulenza occasionale nelle occasioni di incontro coi pazienti. Gli operatori su cui si può contare sempre sono, generalmente, quelli che hanno scelto di occuparsi in modo specialistico di tabagismo. In un CTT ci sono, nella maggior parte dei casi, medici, psicologi, altre figure professionali che hanno voglia e competenza da investire sul territorio. Questo vuol dire che i centri non sono solo luoghi di cura, ma sono – o possono diventare – luoghi di promozione della salute. Essi hanno le potenzialità per promuovere progetti di prevenzione, sensibilizzazione, formazione, rete con altri punti di interesse. Questo fa del Centro per il Trattamento del Tabagismo un servizio strategico, capace di attivare una quantità di interventi sicuramente maggiore di quanti non possa fare se esso resta solo un luogo di trattamenti clinici.

Il riferimento scientifico e formativo

Perché i centri si arricchiscano del loro ruolo strategico, è importante che tutti abbiano a disposizione strumenti e opportunità per la formazione. Gli specialisti che lavorano nelle attività di smoking cessation possono allargare la ricaduta delle loro competenze trasferendone una parte ad altri operatori: Medici di Medicina Generale, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, infermieri, farmacisti, etc.. Questo permette di lavorare in rete, costruire alleanze, moltiplicare gli effetti delle azioni. Divenire riferimento per la formazione vuol dire accrescere la propria visibilità, il numero di invii, l'impatto dei trattamenti sulla popolazione generale, risultati che non sono raggiungibili con la sola attività clinica di un centro.

L'erogatore di cure con un rapporto costo/beneficio molto vantaggioso

La percentuale di efficacia (astinenza totale) misurata ad un anno dei trattamenti nei centri è in genere superiore al 25%

dei pazienti trattati. Un simile rapporto di beneficio è superiore a molti interventi sanitari comunemente praticati. La cessazione dal fumo produce, sul piano dei costi, un vantaggio superiore ai trattamenti farmacologici con statine (107 perone da trattare per prevenire 1 morte ogni 5 anni), antipertensivi (700 persone da curare per prevenire uno stroke, un infarto, una morte ogni anno), degli screening della cervice uterina (1140 persone da screenare per prevenire 1 morte ogni 10 anni). Il trattamento combinato (farmacologico + supporto comportamentale) praticato nei centri permette di prevenire 1 morte prematura ogni 16-40 pazienti trattati. (*Bandolier, Gates* 2001; *West* 2003; *Bandolier* 2006; *Cochrane* 2007; *Anthonsen* 2005)

Una azienda sanitaria, dunque, che ragiona sui bilanci sanitari dovrebbe riconoscere che un CTT è un produttore di salute, un servizio capace di far risparmiare prestazioni, farmaci e servizi in modo molto più consistente di altri. Un buon motivo per sostenerlo e renderlo efficiente.

QUALE PROFILO ISTITUZIONALE PER UN CTT?

Ogni centro per il tabagismo dovrebbe fare riferimento ad una precisa collocazione istituzionale. Questa serve ad avere un mandato chiaro da parte degli amministratori, poter disporre di risorse certe, muoversi con una legittimazione che conferisce autorevolezza alle azioni intraprese.

La collocazione e l'esistenza stessa del centro vanno definite da una delibera aziendale (vedi modelli di delibera nella documentazione). Nonostante queste considerazioni in molte realtà il profilo istituzionale non è ancora definito o è incerto. L'esistenza dei centri in primo luogo dipende dalla normativa regionale (vedi documentazione specifica). Molte regioni hanno emanato leggi, linee guida e disposizioni sul tabagismo, nei quali è prevista la funzione dei Centri. Le attività specialistiche di trattamento del tabagismo possono essere sinteticamente così descritte:

Ambulatorio per il Tabagismo.
Sono strutture che possono prevedere anche la presenza di un solo esperto, che esercita una attività regolare, con accessi regolamentati, operando secondo modelli trattamentali di provata efficacia. Un ambulatorio deve poter prevedere la prescrizione di farmaci, il couseling individuale, la misurazione del CO espirato, la competenza per effettuare valutazioni tabaccologiche.

Unità Operativa per il Tabagismo
La configurazione di una Unità Operativa prevede l'attribuzione di un incarico dirigenziale *ad hoc*, del personale dedicato, delle specificità (sede, collocazione nell'organigramma aziendale etc...). Questa definizione in genere risponde ad un riconoscimento importante e strutturato delle attività svolte.

Unità Funzionale per il Tabagismo
La definizione di "unità funzionale" esprime il concetto specialistico, anche se non rientra generalmente in un inquadramento gerarchico. Può essere un modo di definire ciò che si fa, anche se l'attività del centro è portata avanti col contributo di vari professionisti, appartenenti a dipartimenti o unità diverse. Sebbene questo inquadramento non conferisca in genere funzioni dirigenziali specifiche, avere una delibera che identifica una "Unità Funzionale" può essere una soluzione intermedia che permette di dare visibilità al lavoro svolto, senza intaccare l'organigramma aziendale.

Il Centro come "Progetto"
Un modo per iniziare una attività di trattamento del tabagismo, senza ipotizzare da subito risorse assegnate definitivamente o delineare impegni organizzativi conclusivi, è quello di farlo attraverso un "progetto". Un progetto (pilota?) per la cura del tabagismo dovrebbe comunque rispondere ai requisiti metodologici e professionali di appropriatezza definiti per i centri. In più è determinante stabilire tempi, processi e indicatori di processo/efficacia, che permettano – alla conclusione del percorso – di valutare i risultati ottenuti. Insomma, che pongano le basi per trasformare il "progetto" in un servizio.

I REQUISITI DI UN CENTRO

Gli standard organizzativi
La Società Italiana di Tabaccologia ha raccolto un documento di *consensus* rispetto ai requisiti organizzativi a cui deve rispondere un CTT. Tale consenso è comunque rispecchiato da altri gruppi di lavoro e da diverse linee guida regionali. Sinteticamente i requisiti sono esposti nel seguente prospetto:

Definizione
Si definiscono Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) o Centri Antifumo (CAF) le strutture di cura ed eventualmente anche di prevenzione del tabagismo con personale sanitario dedicato che opera in modo multidisciplinare.

Aspetti formali
Si auspica che il CTT operi previo riconoscimento formale (per es. delibera) della propria azienda.

Struttura
L'attività è svolta in locali dedicati (anche parzialmente) che differenziano l'utente tabagista dagli altri. I locali sono idonei ed adeguatamente dotati da un punto di vista medico e informatico. Si sottolinea la necessità dell'utilizzo di un misuratore di CO espirato per il monitoraggio e la diagnosi tabaccologica.

Personale
Si richiede che il personale operante sia dedicato (anche parzialmente) all'attività, sia stato specificamente formato nell'ambito del tabagismo e segua adeguati percorsi di aggiornamento. È necessario che vengano garantite competenze mediche e psicologiche, senza escludere l'eventuale integrazione con altre figure professionali.

Accesso
Orari di apertura settimanali, strutturati e congrui al fabbisogno del territorio. Deve essere garantito un contatto telefonico e diretto.

Gli standard metodologici

Tenendo presenti le evidenze scientifiche, è opinione condivisa degli esperti che un CTT debba offrire trattamenti integrati. Ciò significa che le cure debbano essere precedute da uno **step di valutazione clinica e motivazionale**. Questo step (1 o più colloqui) deve permettere di conoscere i dati sanitari principali sul paziente (anamnesi sanitaria), valutare lo stadio motivazionale, la self-efficacy, il tipo di motivazione a smettere, le risorse interiori della persona, le principali aree psicopatologiche. All'interno di questo step va misurato il CO espirato e somministrato il test di Fagerstrom.

Il percorso terapeutico non dovrebbe essere mai inferiore ai 6 incontri (consigliati 7-10 incontri) e dovrebbe comprendere il **sostegno psicologico** sugli aspetti legati a craving, gestione della separazione dalla sigaretta, apprendimento di skills sociali, informazioni sui meccanismi della dipendenza.

Gli **aspetti sanitari** dovrebbero accompagnare il paziente attraverso l'eventuale prescrizione di **farmaci** di provata efficacia, informazioni sui meccanismi della nicotina e del tabacco, un aiuto per gestire una corretta alimentazione e imparare a praticare attività fisica. Il medico, o l'operatore sanitario, devono inoltre sostenere – con tecniche di problem solving – il fumatore in tutte le situazioni critiche che via via emergono durante il processo di cessazione.

È importante poter disporre di operatori in grado di esplorare le aree principali dei disturbi psichiatrici e di inviare, con accordi specifici e vie preferenziali, i pazienti ad una consulenza psichiatrica, alla luce della frequente commorbilità che grava su chi ha una dipendenza da tabacco.

Infine, un CTT deve effettuare periodi **follow-up** – attraverso colloqui e misurazione del CO espirato – per verificare l'efficacia dei trattamenti.

Approccio metodologico

Il Centro realizza interventi di carattere diagnostico-terapeutico "evidence based" che integrano la dimensione psicologica con quella medica. Il Centro è in grado di garantire attività di counselling (da parte di personale formato) e la prescrizione/monitoraggio dell'uso dei farmaci di uso validato per la dipendenza da tabacco.

Valutazione e diagnosi

La valutazione deve essere multidimensionale e multidisciplinare, comprendendo (schematicamente) le seguenti aree:

- *Visita medica*
- *Anamnesi tabaccologica*
- *Misurazione CO*
- *Valutazione dipendenza Fagerstrom (FTQ)*
- *Valutazione della motivazione*
- *Valutazione ansia, tono dell'umore e disturbi alimentari, consumo di alcol e droghe*

Casistica

Si ritiene che la qualità degli interventi, dopo il periodo di "avvio" dell'attività clinica, sia garantita da un congruo numero di accessi annuali, pari ad un minimo di 50-80 casi l'anno.

Follow-up

Il follow-up viene indicato come una fase importante del percorso di trattamento, comprendendo in questa definizione sia le misurazioni del CO espirato che gli incontri programmati col paziente. Le scadenze consigliate sono a 3,6,12 mesi.

QUALI RETI ESISTONO PER SUPPORTARE I CENTRI PER IL TABAGISMO?

Rete per i Centri per il Trattamento del Tabagismo della SITAB

In Italia esiste una rete per i Centri recentemente creata dalla Società Italiana di Tabaccologia, a cui si può aderire facendone richiesta. La partecipazione a tale rete permette:

- Di ricevere la **newsletter di aggiornamento sulla bibliografia internazionale**. La newsletter è in lingua inglese e include gli *abstracts* (in chiaro) dei più importanti lavori pubblicati nelle ultime settimane.
- Avere in via preferenziale **materiale didattico** da utilizzare per eventi di formazione locale (slides etc...)
- Usufruire del supporto di un "**Ufficio progetti**" per lo sviluppo di iniziative sul territorio, attività di promozione e sensibilizzazione
- Partecipare in via preferenziale ad eventi di **formazione e aggiornamento**
- Accedere ai **social network** attraverso i quali è possibile un confronto tra operatori
- Ricevere la **rivista "Tabaccologia",** l'unica rivista scientifica italiana sul tabagismo e le patologie fumo-correlate
- Partecipare, nel caso in cui venisse formulata questa richiesta, ai **Gruppi di ricerca** sulle aree individuate per il 2010.
- **Ottenere la certificazione come formatori** per diversi livelli e aree didattiche, attraverso valutazione dei percorsi clinici, esperienziali e didattici dei facenti richiesta. Il percorso prevede la pubblicazione sul sito della società scientifica di una lista di formatori accreditati dalla SITAB e dei relativi *curricula*.
- **Format grafici** di volantini, brochure, locandine di informazione e sensibilizzazione sul tabagismo, da utilizzare liberamente e da personalizzare, sotto il patrocinio SITAB, per eventi, iniziative, campagne promosse dal tuo Centro Tabagismo.

La rete dei Centri per il Trattamento del Tabagismo della SITAB

- *Newsletter di aggiornamento sulla bibliografia internazionale.*
- *Materiale didattico*
- *Supporto da un "Ufficio Progetti"*
- *Eventi di formazione e aggiornamento*
- *Rivista "Tabaccologia"*
- *Gruppi di ricerca*
- *Certificazione dei formatori*
- *Disponibilità di materiali*

L'Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità censisce annualmente i Centri Antifumo, ne mappa le caratteristiche essenziali e ne pubblica i riferimenti sul proprio sito. Un altro elemento determinante per la diffusione delle informazioni è l'esistenza del Verde contro il Fumo (800 554 088),a cui i pazienti possono rivolgersi per avere informazioni, sui centri più vicini, altri dettagli sul tipo di cure erogate e le modalità di accesso ai servizi. Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità, inoltre, permette di scaricare documentazione di rilievo sulla dipendenza da tabacco ed eventi importanti in ambito scientifico.

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

La Lega contro i Tumori ha sviluppato la prima rete istituzionale dei servizi tabagismo nel 1986 con il Ministero della Sanità. Il punto di forza dei servizi LILT è stato quello delle sue 103 sezioni provinciali, che hanno permesso la immediata diffusione dei servizi sul territorio nazionale. Da sottolineare il servizio di *Quit-Line* della LILT (800 99 88 77), unico in Italia, inserito nel circuito dell'*European Network on Quitlines*, che con uno staff di medici e psicologi, permette di seguire il fumatore "a distanza".

I pianificatori regionali

Sono dei punti di riferimento "istituzionali" per ciascuna regione, essendo dei tecnici o funzionari incaricati di coordinare o promuovere le attività sul tabagismo, in particolare attraverso le strutture pubbliche. Essi possono favorire lo sviluppo locale delle reti, offrire sostegno per iniziative o per l'integrazione con altre realtà del proprio territorio. Ciascun pianificatore, a sua volta, fa parte del Gruppo Tecnico delle Regioni sul Tabagismo, e ciò gli permette di avere una visione più ampia delle progettualità in corso o da sviluppare.

COME PROMUOVERE LA RETE LOCALE?

Che cosa

Per rete si intende abitualmente l'insieme delle collaborazioni tra professionisti, enti, organizzazioni, volta a favorire e ottimizzare i processi nella (in questo caso) prevenzione e cura del tabagismo. Nell'ambito della dipendenza da tabacco la necessità di una rete (o di più reti, tra di loro in contatto) è maggiore, dal momento che ciò permette di mettere in campo energie e risorse non altrimenti individuabili da parte di ciascun settore. Elenchiamo alcuni tra i più importanti punti della rete in cui un CTT dovrebbe inserirsi o, nel caso in cui non esista, dovrebbe cercare di creare.

Quali partners

Le Aziende Sanitarie od Ospedaliere

Le Azienda Sanitarie Locali e gli Ospedali sono tra i partner privilegiati, dovendo rispondere direttamente al Sistema Sanitario della programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni e, ancor più specificamente per gli ospedali, dell'erogazione di queste. Un Centro Antifumo può trovare delle valide alleanze con:

Potenziali Partners della rete

- *Ufficio Cure Primarie (ASL/USSL)*
- *Ufficio Formazione (ASL/ AO)*
- *Dipartimento Dipendenze*
- *Reparti di Pneumologia, Cardiologia, altre discipline FC*
- *Dipartimenti di Igiene e Medicina Preventiva*
- *Servizi per la Medicina del Lavoro*
- *Consultori*
- *Divisioni di ostetricia*
- *Farmacisti*
- *Ordini Professionali*
- *Comuni*
- *Province*
- *ONLUS e privato sociale*
- *Lega Italiana Lotta ai Tumori*
- *Medici di Medicina Generale*
- *Medici Specialisti Ambulatoriali*
- *Scuola*
- *Aziende private*
- *Fondazioni*

- **L'ufficio per le Cure Primarie** (ASL/USSL), che gestisce i rapporti con i Medici di Medicina Generale, altre figure convenzionate (per es. gli specialisti ambulatoriali), le unità di cura domiciliare etc. Sia la formazione, che la divulgazione o la creazione di progetti che coinvolgono queste figure andrebbero concordate con tali uffici, che conoscono bene gli accordi con le categorie e gli strumenti operativi a disposizione
- **L'Ufficio Formazione**. Le strutture pubbliche erogano ed organizzano anche formazione per i propri dipendenti e per i professionisti convenzionati. Per fare ciò, i bilanci prevedono dei fondi specifici. Tali uffici, inoltre, dispongono di risorse e competenze specifiche, che possono aiutare un CTT a inserirsi nel piano di formazione annuale (generalmente le proposte vanno presentate entro novembre). La formazione delle aziende pubbliche, fino a tutto il 2010, può usufruire dell'erogazione di ECM.
- **I Dipartimenti per le Dipendenze** organizzano abitualmente formazione e posseggono elevate competenze nel trattamento delle *addiction* di qualsiasi genere (tabagismo compreso). Una *partnership* con tali strutture dovrebbe essere privilegiata, sia per il mandato istituzionale ad essi affidato, sia per la multidisciplinarietà delle competenze possedute.
- **I reparti o servizi di pneumologia e cardiologia** sono degli interlocutori privilegiati, a causa delle patologie correlate al fumo che rientrano nei propri ambiti di intervento. È importante stringere accordi con i medici di questi reparti per avere consulenze, e vie preferenziali per i tabagisti afferenti ai centri.
- **Dipartimenti di Igiene e Medicina Preventiva**. In molte aziende questi dipartimenti sono interessati a campagne di prevenzione del tabagismo, sensibilizzazione sui danni da fumo passivo, applicazione della normativa nazionale / regionale sul divieto di fumo. La collaborazione con tali dipartimenti risulta essenziale.

- **Servizi per la Medicina del lavoro.** I medici del lavoro sono dei professionisti che vengono quotidianamente a contatto con una fascia di popolazione non sempre raggiungibile da altri sanitari (persone adulte, sane, ancora attive). Il rapporto con la Medicina del lavoro si può incentrare sia sull'osservanza dei vincoli di legge e delle norme di protezione dei lavoratori dal fumo passivo, ma soprattutto sulle opportunità che vengono offerte dalle visite periodiche a cui tutti i lavoratori devono sottoporsi (una occasione di minimal advice o invio al Centro Antifumo)
- **I Consultori**, sono dei servizi che erogano prestazioni legate a sostegno della salute psicofisica della donna e della famiglia. Il personale che opera in queste strutture ha grandi competenze nell'ambito della relazione con l'utenza. L'informazione sui danni da fumo, il counseling breve e altre forme di intervento per il tabagismo rientrano/possono rientrare nel mandato degli operatori del consultorio. Il fumo, infatti, incide pesantemente sulla salute della donna e del bambino (per es. fumo passivo dei genitori), aggrava i rischi della pillola anticoncezionale, interferisce con la fertilità e salute del feto. Da ricordare, in questo senso, il progetto mamme libere dal fumo, promosso dalla regione Veneto (http://www.mammeliberedalfumo.org/)

Comuni e province

I comuni e le province (ma soprattutto i comuni) sono gli enti territoriali a cui vengono delegate sempre di più aspetti gestionali di assistenza e di progettazione nel campo socio-sanitario. Il sistema del *welfare* attuale è articolato su tre livelli territoriali: Stato, Regioni, Comunità locali. Il Piano Sanitario Nazionale definisce l'integrazione sociosanitaria quale priorità strategica a cui destinare le risorse. Tali risorse vengono definite dai **Piani Regionali**, attraverso lo sviluppo di **Progetti Obiettivo** nelle diverse aree: materno-infantile, handicap, psichiatria, prevenzione, tossicodipendenze, anziani etc…

L'area socio-sanitaria è regolamentata dalla **legge 328 dell'8/11/2000**, che merita di essere conosciuta, perché implica la necessità di sviluppare forme di partnership tra Distretti Sociosanitari e Comuni. Molte regioni hanno emanato i piani sociosanitari, la cui declinazione più vicina al territorio è il "**Piano di zona**", un ambito in cui si programmano gli interventi da parte di ASL ed Enti locali. Stando alla legge 328, i Comuni possono delegare alle ASL/USL l'erogazione o controllo/coordinamento delle prestazioni socio-assistenziali. Ultimamente, soprattutto per questioni legate alla carenza di risorse, molti comuni tendono a ritirare tale delega e pensare a forme di coordinamento tra di loro. Gli ambiti di raccordo sono costituiti dagli **Uffici di Piano**.

Generalmente tutte le iniziative, concordate tra Enti Locali, assemblea dei sindaci, ASL, terzo settore, vengono poi definite in una programmazione organica e complessiva, che viene definita PIS (**Piano Integrato di Salute**, per es. in Toscana) o PIL (**Piano Integrato Locale**, in Lombardia). Poiché, seguendo le corrette procedure, è possibile a qualsiasi realtà organizzata del territorio fare proposte, è determinante che un referente per il tabagismo sia in contatto con il referente del PIL o di chi comunque stende i piani di salute per la propria ASL/USL. Deriva dalla capacità del proponente aggregarsi, offrire partnership, servizi, promuovere iniziative (in genere collocate in ambiti più ampi di quello del solo tabagismo).

Da ciò deriva che interlocutori per progetti sul tabagismo (e altri stili di vita) possono essere (in via privilegiata) i Comuni e le ASL. È in questo ambito, per esempio attraverso l'area delle dipendenze, della prevenzione o della psichiatria che un progetto per il tabagismo può trovare una sua collocazione, se è capace di integrarsi con la visione complessiva dei servizi.

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

È un ente La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori è un Ente Pubblico su base associativa che opera sotto la vigilanza del Ministero della Salute e si articola in Comitati Regionali di Coordinamento. Le Sezioni Provinciali sono le strutture portanti attraverso le quali la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori persegue le proprie finalità, sono organismi associativi autonomi che operano nel quadro delle direttive e sotto il coordinamento della Sede Centrale di Roma e dei rispettivi comitati regionali di coordinamento." (Dal sito www.legatumori.it). Molte sedi provinciali offrono servizi per la cessazione dal fumo (soprattutto "Corsi per smettere di fumare" a conduzione psicologica) e patrocinano interessanti eventi / progetti di prevenzione. Altre sedi non si occupano della materia, ma vorrebbero farlo. La sinergia con i Centri per il Trattamento del Tabagismo può essere quindi determinante, sia per mettere insieme risorse umane e figure professionali (che magari mancano all'uno o all'altro interlocutore), sia per collaborare a progetti ed iniziative sul territorio.

I Medici di Medicina Generale

I MMG sono gli operatori sanitari a cui i cittadini, dopo il farmacista, fanno in assoluto più riferimento abitualmente. L'80% delle persone almeno una volta l'anno si reca dal suo medico di fiducia. Da queste considerazioni discende la necessità di una collaborazione strutturata e continuativa tra MMG e Centri per il Trattamento del Tabagismo. Per far sì che ciò avvenga è necessario coinvolgere gli Uffici per le Cure Primarie (vedi sopra) e le stesse rappresentanze professionali dei medici, che abitualmente si trovano per gruppi di lavoro o tavoli territoriali di programmazione. La stessa formazione, fatta insieme ai MMG, prevede generalmente la presenza di **Animatori di Formazione** che sono essi stessi medici di famiglia. È determinante, inoltre, il contributo dato dalle associazioni dei MMG e dalle Società Scientifiche.

La FIMMG (federazione Italiana Medici di Famiglia, http://www.fimmg.org) ha al suo attivo numerose attività di formazione sul minimal advice nei confronti dei tabagisti.

La SIMG (Società Italiana di Medicina generale, www.simg.it) ha promosso linee guida per il trattamento del tabagismo ed eventi di formazione. Altre associazioni del sttore sono costituire dallo **SNAMI** (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani**,** www.snami.org**),** dalle sigle legate ai sindacati generali (**FPCGIL Medici**), **SIMET** (Sindacato Italiano Medici del Territorio) etc...

Le Scuole

Il mondo della scuola è un interlocutore privilegiato dei Centri per il Trattamento del Tabagismo in particolar modo per gli interventi di prevenzione e di trattamento precoce dei giovani fumatori. Le più recenti riforme sono state improntate al "Principio di sussidiarietà" e ad una coerenza con gli orientamenti europei. In termini pratici ciò vuol dire che c'è stato un ampio decentramento amministrativo che ha attribuito alle istituzioni scolastiche periferiche un elevato grado di autonomia didattica ed organizzativa, con particolare attenzione alle attività di formazione (con una prospettiva di *life-long-learning*).

Il processo decisionale parte dal **Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**, che a sua volta si articola in tre **Dipartimenti**. I Dipartimenti attuano gli indirizzi dettati dal Ministro, attraverso un'azione di programmazione ed orientamento delle politiche educative. L'articolazione periferica è definita dagli **Uffici Scolastici Regionali**, che sono dei veri e propri centri autonomi di responsabilità amministrative, attuano le disposizioni dei Dipartimenti e forniscono consulenza, orientamento e supporto alle singole scuole. L'art. 117 della Costituzione attribuisce alle Regioni la competenza legislativa esclusiva sul sistema di istruzione e formazione professionale, nel rispetto dei livelli essenziali di prestazione, stabiliti dallo Stato, e fatti salvi i compiti di raccordo con l'Unione Europea (il recepimento delle direttive avviene con legge nazionale). Ancora più importante, per gli operatori del Centro per il Trattamento del Tabagismo, è sapere che le singole scuole possono prendere decisioni autonome in materia didattica, organizzativa e di sperimentazione, ricerca e sviluppo, nel rispetto delle norme nazionali e regionali.

L'autonomia scolastica è, per alcuni versi, una grande opportunità, perché permette l'attuazione di progetti e iniziative attraverso accordi periferici con i singoli istituti. Non bisogna però dimenticare che i migliori interventi sono quelli che fanno riferimento ad azioni di rete, per cui – al di là delle iniziative sporadiche – la loro qualità dipende dal grado di integrazione nei piani di salute locali, dalla continuità, dalla serietà del progetto, dalla capacità di raccordarsi con tutte le altre azioni di sistema. In ogni regione – in collaborazione col pianificatore regionale – opera (o dovrebbe operare) un referente per la prevenzione del tabagismo, che ha una visione ampia ed articolata delle opportunità e dei progetti attivi, oltre che delle intese esistenti tra Uffici Scolastici Regionali e mondo della sanità.

Da sottolineare, infine, l'importanza di un raccordo col progetto Health Promoting School (Scuola che promuove salute), che promuove lo sviluppo di contesti che facilitano le scelte salutari, la formazione degli insegnanti, l'acquisizione di skills individuali, coerentemente con la risoluzione di Vilnius (2009).

Aziende private

Diverse aziende private sono interessate ad interventi di cessazione dal fumo per i loro dipendenti e ad una no-smoking policy. In questo campo sono state compiute incoraggianti esperienze in collaborazione con aziende sia di livello nazionale che multinazionali. I CTT possono pensare a progetti da proporre a questi interlocutori, puntando su alcuni aspetti:

- Il fumo aumenta i costi per malattia dei lavoratori in modo importante. Basterebbe pensare che i forti fumatori, quando contraggono una "semplice" infezione influenzale, hanno un prognosi mediamente più lunga degli altri. La Population attributable fractions (PAFs), che esprime la dimensione dei ricoveri per persona è molto più alta nei fumatori rispetto ai non fumatori (Robbins, 2000), così l'assenteismo per fumo passivo (PRAT-CPO, 2006) . Il costo anche di una sola giornata di lavoro persa giustifica ampiamente un intervento di smoking cessation.
- Una strategia per i danni da fumo e di cura dei fumatori sottolinea l'attenzione positiva che la direzione ha nei confronti dei dipendenti, e contribuisce a creare un clima di squadra, favorevole nei confronti dell'azienda.
- l'azienda può spendere favorevolmente l'impatto positivo derivante da questi progetti per rinforzare la propria immagine nei confronti dei dipendenti e del mondo esterno, in particolare se essa si occupa di produzioni legate al mondo della salute, di servizi alla persona, per l'ambiente o per l'alimentazione.

Farmacisti

I farmacisti sono operatori sanitari che costituiscono un punto di riferimento per la salute. Essi sono i professionisti a cui ci si rivolge più facilmente, diverse volte l'anno, sia per l'acquisto di farmaci da banco che per consigli più importanti. Il rapporto con le farmacie è determinante (e invece troppo spesso sottovalutato), perché:

- Il farmacista manifesta una grande attenzione alla formazione che gli viene offerta e con cui collabora
- L'apprendimento di tecniche di counseling e identificazione del livello di dipendenza da nicotina ("minimal advice" + FQT) è molto appetibile, in quanto fornisce uno strumento spendibile in altri settori
- L'attivazione di attività sul tabagismo è molto qualificante per la farmacia, permette di offrire un servizio di alta qualità, fidelizza i clienti.
- Attiva in qualsiasi caso la rete e alza la sensibilità sul problema

Medici specialisti ambulatoriali

I medici specialisti ambulatoriali sono una categoria molto numerosa (migliaia in tutta Italia) che gestisce le cure di una grande parte di utenza, al di fuori degli enti ospedalieri, con un impatto importante sulla salute degli utenti. Per lo più sono iscritti ad associazioni di categoria come il SMAI ed hanno specifiche associazioni che si occupano di formazione (SIFOP, sito: www.sifop.it).

Fondazioni

La possibilità che delle fondazioni private siano interessate a promuovere progetti sul tabagismo non è da scartare. Numerosi istituzioni di questo genere emanano annualmente bandi di finanziamento per progetti legati alla prevenzione o al disagio giovanile, alla promozione della salute o a particolari popolazioni (per es. donne, madri, bambini, soggetti in difficoltà). Le possibilità di ottenere finanziamenti sono tanto più alte quanto più le proposte presentate sono attinenti al tema del bando. Un elemento qualificante, per esempio, è spesso la

partnership con più enti o associazioni, che aumenta il punteggio nella scelta dei vincitori del bando.

Associazioni di volontariato

Il mondo del volontariato offre una immensa ricchezza di competenze e di risorse che, se integrate con la qualificazione professionale dei CTT, può diventare una strategia vincente per il territorio. Muoversi nel mondo del volontariato può essere un'azione complessa, ma avendo le coordinate giuste tutto ciò può essere fatto efficacia. Il modo più semplice è rivolgersi ai CSV (Centri di Servizi per il Volontariato), ossia uffici che sono previsti dalla legge 266/91 e dal Decreto Ministeriale dell'8 ottobre 1997. I CSV sono al servizio delle organizzazioni di volontariato e,allo stesso tempo, gestiti da loro, secondo il principio di autonomia del volontariato che la legge 266 ha inteso affermare. Sono presenti in tutte le regioni italiane. Sono finanziati per legge dalle fondazioni di origine bancaria e sono presenti per un numero complessivo di 77 su tutto il territorio nazionale. In ogni regione ogni sede ha attivato sportelli o delegazioni territoriali (circa 334 punti di servizio). Il 94% dei soci dei CSV è costituito da 8.800 associazioni di volontariato e dai loro coordinamenti o federazioni che rappresentano complessivamente il 48% del volontariato in Italia. I servizi dei CSV sono così suddivisi: servizi di sportello; formazione; sostegno alla progettazione; supporto logistico; promozione del volontariato. Servizi di sportello: informazione, orientamento, consulenza e accompagnamento su come si gestisce un'associazione di volontariato. In particolare in materia legale, fiscale, amministrativa, normativa, per le relazioni con le istituzioni e gli enti locali, fund raising e orientamento per nuovi volontari. Formazione: corsi, workshop e seminari per i volontari e gli operatori. Consulenza per l'organizzazione e la gestione di percorsi formativi. Sostegno alla progettazione: consulenza e accompagnamento nella progettazione, nella ricerca di finanziamenti, nella partecipazione ai bandi e sostegno ai progetti delle organizzazioni di volontariato mediante contributi economici o tramite assunzione diretta di azioni e prestazioni dei progetti stessi. Supporto logistico: concessione di spazi e attrezzature per le attività delle associazioni; punti di incontro del volontariato nel territorio. Promozione del volontariato: aiuto a migliorare la comunicazione in tutti gli ambiti di intervento; consulenza e collaborazione alle iniziative di comunicazione delle singole associazioni e alle campagne di promozione, per far conoscere il volontariato e la cultura della solidarietà; attività e stage di volontariato per i giovani, anche nella scuola.

QUALI FONTI DI AGGIORNAMENTO/ FORMAZIONE PER GLI OPERATORI DEI CENTRI?

L'esigenza di formazione e di aggiornamento continuo rappresentano una delle richieste più frequenti degli operatori dei CTT. L'offerta italiana non è molto elevata. La maggior parte delle iniziative formative è diretta alla cura delle malattie fumo-correlate, mentre l'unica rivista scientifica specifica per il tabagismo è la rivista italiana "Tabaccologia".

Vengono elencati, di seguito, gli strumenti attualmente disponibili:

Newsletter periodiche

- ***Tobacco Science***. È la newsletter della SITAB che viene inviata a chi ne fa richiesta (in particolare i centri della rete SITAB). È costituita da un aggiornamento bibliografico internazionale sugli articoli più importanti pubblicati nelle ultime 2 settimane, in lingua inglese.
- ***Fumo.it*** (www.fumo.it) permette di ricevere informazioni su eventi scientifici, ma la quasi totalità di essi riguardano la clinica delle malattie respiratorie.
- ***Infofumo*** (www.usl7.toscana.it/infofumo) è una newsletter che riguarda notizie brevi, eventi sul tabagismo. È collegata al centro di documentazione della USL7 Toscana, che fa parte della rete regionale CEDRO (rete dei Centri di Documentazione Regionale sulle Dipendenze).

Riviste scientifiche

Tabaccologia: The Italian Journal of Tobaccology, è l'unica rivista italiana specializzata sulla dipendenza da tabacco e sulle patologie fumo-correlate. Viene inviata a richiesta e ha al suo attivo una rete di collaboratori sia italiani che di livello internazionale. Ospita reviews, articoli originali, ma anche commenti, recensioni, lettere, commenti ad iniziative e convegni.

Altre riviste di area specialistica ospitano sporadicamente articoli e ricerche sul tabagismo.

Siti internet

- *www.treatobacco.net/it/index.php* - realizzato dalla Society for Research on Nicotine and Tobacco e dall'Unione Internazionale contro il Cancro (UICC). Ha una sezione in Italiano.
- *www.cdc.gov/tobacco* - Center for Diseases Control (CDC) di Atlanta.
- *www.who.int/tobacco/en/* - Organizzazione Mondiale della Sanità.
- *www.drugabuse.gov* - National Institute on Drug Abuse (USA).
- *www.srnt.org* - Society for Research on Nicotine and Tobacco
- *www.iss.it/ofad* - Istituto Superiore di Sanità (italiano).
- *www.ccm-network.it* - Centro per il Controllo delle Malattie (CMM) del Ministero della Salute.
- *www.tabaccologia.org* - Società Italiana di Tabaccologia, sono disponibili online tutti i numeri arretrati di Tabaccologia.
- *www.tabacologie.fr* - Societé Francaise de Tabacologie (SFT).
- *http://www.sedet.es* - Sociedad Espanola de Tabaquismo (SEDET).
- *www.sptabacologia.org* - Sociedade Portuguesa de Tabacologia.
- *www.gea2000.org* - Gea Progetto Salute. Pubblica un bollettino di informazione (GeaNews) a carattere divulgativo.
- *www.legatumori.it* - Lega Italiana per la Lotta ai Tumori.

COME PROMUOVERE FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE SUL PROPRIO TERRITORIO?

Perché

I progetti di formazione sono spesso il primo strumento per raccogliere intorno ai centri l'attenzione di altri professionisti, sondare la possibilità di una rete, lanciare iniziative di continuità.

Che cosa

La formazione può essere studiata a diversi livelli, in rapporto ai target e agli obiettivi strategici che il centro vuole proporsi.

Corsi di sensibilizzazione

- Hanno come obiettivo incrementare l'attenzione di operatori e altri stakeholders.
- Possono prevedere un uditorio ampio e numeroso
- Hanno un costo basso
- Producono un ritorno non elevato in termini di competenze, ma possono sollecitare invii, collaborazioni per il centro da parte di Medici di Famiglia, farmacisti, specialisti ecc.
- Hanno una durata breve (2-4 ore)

Corsi per le abilità di minimal advice

- Hanno come obiettivo l'acquisizione da parte dei discenti di competenze relative a semplici dinamiche di relazione e strategie di comunicazione coi pazienti
- Permettono a chi partecipa di essere efficaci nel consigliare di smettere di fumare e talora di gestire trattamenti farmacologici per la smoking cessation nei casi non complessi
- Richiedono la formazione per gruppi generalmente non superiori ai 20-30 operatori
- Hanno un costo medio e richiedono un tempo di attuazione non inferiore alle 7-8 ore
- Devono prevedere l'applicazione di metodi attivi e di training (per es. role play)
- Producono una risposta più elevata in termini di efficacia: pazienti che smettono di fumare, trattamenti effettuati, invii ai centri di II livello.
- Possono essere il trampolino di lancio per corsi più approfonditi e per la costituzione di gruppi di lavoro permanenti (tra professionisti) o attivazione di rete

Come

I principali ostacoli allo sviluppo di progetti formativi sono i seguenti:

- **Le risorse economiche.** Per superare questo problema occorre sapere che ogni azienda (sia ospedaliera che sanitaria locale) ha a disposizione ogni anno un budget per la formazione dei propri dipendenti. È dunque possibile presentare progetti all'**Ufficio Formazione** della propria struttura e chiedere che siano inseriti nei piani di formazione annuali. Una partnership importante è quella delle associazioni di medici di medicina generale, che può essere condivisa generalmente attraverso gli **Uffici per le Cure Primarie** (o denominazione equivalente) delle ASL. Oltre a ciò è bene ricordare che l'**alleanza con le aziende pubbliche** (ASL, AO , Comuni etc..) permette in genere di avere gratuitamente sale e auditorium per gli eventi. In alternativa sarà utile fare riferimento al mondo del **volontariato** (in particolare ai CSV). Le **aziende farmaceutiche,** poi, talora sponsorizzano eventi formativi, così come un'altra fonte di finanziamento sono le stesse **quote di iscrizione** dei partecipanti. Infermieri, psicologi, ostetriche, assistenti sociali, farmacisti sono categorie professionali per le quali le offerte formative non sono elevate e la possibilità di partecipare ad un corso altamente qualificante è molto apprezzata, anche a fronte di un modesto costo di iscrizione. In ultimo ricordiamo che enti come le **province** e gli **ordini professionali** sponsorizzano eventi formativi ed hanno essi stessi un proprio piano formativo annuale.
- **I progetti di formazione.** La SITAB ha messo a punto dei "pacchetti" formativi che comprendono il materiale didattico (slides, eventuali raccolte bibliografiche, articoli etc...), schemi progettuali che possono essere usati dai formatori accreditati dalla società. Si tratta di modelli collaudati ed efficaci, a cui si affianca la qualificazione dei formatori.
- **I formatori.** Come detto sopra, la Società Italiana di Tabaccologia accredita i formatori che rispondono a precisi requisiti. L'accreditamento avviene grazie alla selezione di un board scientifico che considera quattro ordini di indicatori:
  - Il curriculum formativo personale
  - L'esperienza clinica
  - L'attività didattica
  - La ricerca specifica e/o esperienza progettuali

I formatori SITAB partecipano a loro volta a percorsi formativi e aggiornamento che permettono loro di acquisire ed implementare abilità di comunicazione, strategie didattiche, metodi efficaci.

- **La gestione della comunicazione**. Spesso stilare un piano di comunicazione per diffondere la conoscenza del proprio progetto può presentare delle difficoltà, a partire dalla disponibilità di format grafici, preventivi di costo, modalità e canali di distribuzione del materiale. L'Ufficio Progetti SITAB è disponibile a sostenere le iniziative di formazione con materiali predisposti e di cui si può fare richiesta, nonché con l'esperienza dei propri operatori.

IL FUNDRAISING

Nell'assetto istituzionale corrente, nel nostro paese la disponibilità di risorse per i centri è scadente. La forte autonomia regionale a cui è improntato il Sistena Sanitario italiano ha fatto sì che i fondi allocati alle attività di trattamento del tabagismo possano variare enormemente da una regione all'altra. Mentre in alcune realtà l'esistenza di questi servizi è stata normata con leggi e fondi *ad hoc*, in altre le prestazioni vengono erogate in modo spontaneistico e le attività vanno avanti praticamente solo col sostegno dell'impegno dei professionisti.

Nonostante ciò, diverse esperienze sono state compiute ed hanno condotto a risultati eccellenti, anche in contesti carenti di risorse. Proviamo, dunque, a condividere le soluzioni e le idee che hanno permesso l'avanzamento di tali progetti, pensando ad un concetto di "fundaising" che non si limita letteralmente alla "ricerca di fondi", ma raccoglie il senso anglosassone del "to raise", "far crescere", "coltivare". È facile sentir dire che non si trovano i soldi per i progetti. Mettendosi dalla parte dei decisori o dei committenti, si avrebbe come ritorno l'obiezione che non si trovano facilmente i buoni progetti. In realtà sono vere entrambe le cose, ma chi chiede fondi – ed è questo il target a cui questo lavoro si rivolge – dovrebbe saper progettare bene, in modo tale da facilitare l'incontro di interessi tra gli eventuali committenti, le azioni che si vogliono sostenere, gli stessi destinatari ultimi delle attività.

Risorse istituzionali

In moltissime aziende pubbliche i centri sono stati deliberati come attività istituzionale. Questo non vuol dire che a fronte di tale riconoscimento siano state allocate preventivamente risorse specifiche (economiche e umane). Difficilmente un amministratore sarà disponibile a riconoscere una attività che ancora non esiste e per far partire la quale vengono chieste risorse "extra". In poche parole, l'idea di promuovere delle attività solo se la direzione fornisce denaro o persone è una strada che nella maggior parte dei casi non porta da nessuna parte. Il miglior modo di procedere è quello di cominciare comunque a "fare", costruire alleanze fondate dapprima sull'impegno dei professionisti, e poi dare formato istituzionale a tali esperienze.

Nell'ambito dell'attività istituzionale sono comunque possibili almeno 3 soluzioni.

- L'erogazione gratuita di prestazioni all'interno delle attività cliniche che rientrano sostanzialmente nel proprio mandato, come per esempio succede nei Dipartimenti per le Dipendenze, dal momento che il tabagismo è la dipendenza in assoluto più diffusa in occidente.
- L'erogazione di prestazioni attraverso la compartecipazione alla spesa sanitaria (tickets). In tal caso esse devono essere previste dal tariffario regionale o descritte per analogia, equiparandole a voci esistenti nel nomenclatore. In talune aziende i responsabili dei CTT hanno contrattato con i Direttori Generali l'apertura di una specifica voce di bilancio nella quale afferivano i proventi dei tickets, al fine di costituire un fondo da reinvestire nella attività di prevenzione e trattamento del tabagismo.
- In ultima analisi occorre ricordare che è possibile erogare prestazioni in regime libero professionale/intramoenia, anche a costi ridotti o "forfait" per cicli di cure, cosa che offre margini più ampi di decisionalità ai professionisti interessati all'argomento.

Adesione a progetti finanziati

CCM, in collaborazione coi pianificatori regionali

Nell'ambito dei progetti approvati dal CCM è stato possibile avere dei supporti, in termini di risorse, per alcuni ambiti di attività, in accordo con i pianificatori regionali e coerentemente con gli obiettivi del progetto. Occorre anche dire che la situazione è stata molto variegata, da regione a regione.

Fondi dedicati, in rapporto alla normativa regionale specifica

Le regioni che hanno dedicato fondi specifici al tabagismo non sono molte. Tra esse vanno ricordate il Veneto, la Toscana, la Campania. Altre regioni, anche se non in modo così specifico, hanno ricompreso il sostegno alle attività aziendali sul tabagismo nei piani di "Guadagnare salute", il progetto ministeriale che promuove i sani stili di vita. Per maggiori informazioni sui piani regionali, ancora una volta è determinante fare riferimento ai "pianificatori regionali" (vedi sopra).

Fondazioni private

Le fondazioni offrono la possibilità, come è stato detto sopra, di ottenere finanziamenti per progetti specifici. Si tratta di attività di ricerca, piani sperimentali, o spesso interventi volti alla prevenzione del disagio. Molto spesso è previsto un cofinanziamento da parte del proponente. Il cofinanziamento (per es. da parte di una struttura pubblica) spesso è "virtuale", nel senso che la ASL o l'Azienda Ospedaliera mette a disposizione ore/operatore, locali, strumentazione, che nel piano economico vengono valorizzati in termini monetari e quindi costituiscono una parte (o l'intera parte) di cofinanziamento. I Centri Servizi Volontariato sono costantemente aggiornati sui bandi che le fondazioni propongono e offrono supporto alla stesura delle domande di partecipazione. È sempre valorizzante avere partnership numerose e qualificate.

Eventi e donazioni

Uno strumento poco utilizzato, ma proponibile per la raccolta di fondi, è l'organizzazione di eventi per la salute ("Feste della salute" o percorsi di questo genere) in collaborazione con associazioni ONLUS con le quali si collabora, per le quali la raccolta di fondi è facilmente praticabile e rientra, peraltro, nella mission statutaria. In talune realtà è stato possibile, invece, ottenere risorse grazie alla donazione di privati (banche, aziende alle quali si era offerto un servizio) o singoli pazienti che hanno beneficiato delle cure del centro. Le istituzioni pubbliche (anche ospedali e ASL) possono ricevere donazioni da privati cittadini o da aziende, finalizzando la destinazione delle somme che elargiscono (per es: "Per lo sviluppo e il sostegno delle attività del centro antifumo"). Esistono procedure apposite a cui si può far riferimento, informandosi presso l'ufficio ragioneria. Alcune aziende farmaceutiche possono essere interessate a sostenere determinate attività, anche se esse non possono specificamente prevedere un ritorno prescrittivo, per cui tali donazioni vanno sempre richieste e ottenute con la formula della elargizione "non condizionata".

Riferimenti della Società Italiana di Tabaccologia

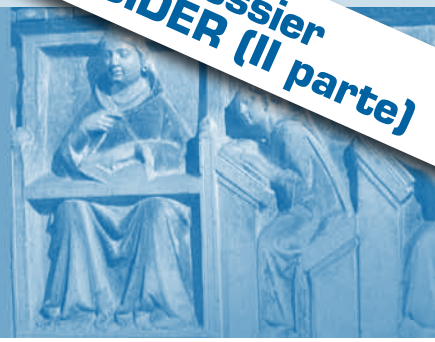
Per il sostegno alle iniziative dei centri è possibile fare riferimento all'Ufficio Progetti della SITAB, scrivendo a: ufficioprogetti.sitab@gmail.com ■

Biagio Tinghino (*presidenza@tabaccologia.it*)
Presidente Società Italiana di Tabaccologia

XI CONGRESSO NAZIONALE DELLA PNEUMOLOGIA - UIP 2010
MILANO 20/23 OTTOBRE

Dossier INSIDER (II parte)

Tribuna



Dalla conoscenza all'azione: scacco matto a Big Tobacco

From knowledge to action: checkmate for Big Tobacco

Jeffrey S. Wigand

Riassunto

In questa seconda parte del dossier, Wigand ci rivela quelle che sono state le gocce che hanno fatto traboccare il vaso, decidendo così di rivelare tutto all'opinione pubblica e alla giustizia americana: la pervicace volontà della Brown&Williamson di inserire la cumarina, una sostanza cancerogena come edulcorante e lo scoprire che la Philips Morris, pur in assenza di una normativa in merito, aveva deciso di non inserire deliberatamente nelle sigarette una sostanza ignifuga che avrebbe potuto salvare tante vite umane. Con l'aiuto di un giornalista e con la protezione del Governo Jeff Wigand riuscirà a testimoniare, in una drammatica quanto memorabile seduta, contro Big Tabacco. A ciò seguiranno sanzioni pecunariarie pesantissime ma soprattutto la desecrertazione con la messa on line di tutti i documenti, confidential e i top secret compresi, dagli anni '60 al 2010. Tutto ciò ha contribuito a rivoluzionare le ricerche, le conoscenze e le strategie di lotta al tabagismo. Con Wigand, che può essere considerato a ragione come un moderno Spartacus per la tabaccologia mondiale, dopo tante bugie, inganni e depistaggi sulla pelle di milioni di fumatori, si è potuto dare scacco matto a Big Tabacco.

Parole chiave: *Cumarina, Big Tabacco, The insider, Wigand, Identità morale, Frode legale.*

Summary

In the second part of the dossier, Wigand uncovers the straw that broke the camel's back and how he decided to go public and bring everything to the American justice: it was in fact for Brown & Williamson's intention to use coumarin, a sweetener but also a notable carcinogenic compound, and for Philip Morris' decision to avoid adding a flame-retardant compound to cigarettes, which could have saved many lives regardless of whether they were not obligated legislatively. With the help of a journalist and under government's protection, Jeff Wigand managed to testify against Big Tobacco in a dramatic and memorable process. That led to heavy financial sanctions and, above all, to making all confidential and top-secret documents available to public on-line. As a consequence, a major contribution was made that revolutionized research, knowledge and strategies against tabagism. At last, thanks to Wigand, who can justly be considered as a modern Spartacus for tobaccology, and after countless lies, frauds and deceits fallen on public's shoulders, it was possible to reach checkmate for Big Tobacco.

Keywords: *Coumarin, Big Tobacco, The Insider, Wigand, Moral identity, Legal frauds*

Un richiamo al risveglio: la Cumarina

Nell'agosto del 1992, ricevetti la bozza di un Programma Nazionale di Tossicologia (NTP) che dichiarava cancerogeno uno degli additivi utilizzati dalla Società: la cumarina. La Cumarina è un additivo dolcificante isolato dalle fave tonka.

L'industria ha una lunga storia di utilizzo della cumarina come migliorativo di tutti i suoi prodotti del tabacco. Nel 1954, la curarina, usata per mascherare i cattivi odori, ha dimostrato di essere epatotossica nei cani. Come risultato ci fu che la FDA tolse la cumarina dalla lista GRAS, cioè da quella delle sostanze "generalmente riconosciute sicure". Ciò costrinse

A Wake up Call: Coumarin

In August of 1992, I received a draft copy of a National Toxicology Program (NTP) report exposing one of the additives used by the company as carcinogenic: coumarin.

Coumarin is a sweetening additive isolated from tonka beans. The industry has a long history of using coumarin in all of its tobacco products as an ameliorant. In 1954, coumarin was shown to be hepatotoxic in dogs and to mask foul odors. As a result, the FDA took coumarin off its "Generally Recognized as Safe" or GRAS list. This forced the industry to expunge it from all of its cigarette products. Concomitantly, there was also a

Jeffrey S. Wigand *(jwigand@jeffreywigand.com)*
MA, Ph.D., MAT, Sc.D., Smoke-Free Kids - Mt. Pleasant, MI - USA.

l'industria a cancellarla da tutti i suoi prodotti di sigarette.

Contemporaneamente, sorse anche l'esigenza che l'industria facesse una relazione di tutti gli additivi utilizzati nella produzione dei suoi prodotti di sigarette al governo degli Stati Uniti, Dipartimento della Salute e Servizi Umani. Non esisteva nessuna condizione analoga da rispettare invece in relazione agli additivi in prodotti di ***non-sigarette***, quali tabacco umido da annusare, tabacco da masticare e tabacco da pipa.

E di certo, la B&W continuò ad utilizzare cumarina nel suo tabacco da pipa, anche se poi ha rimosso l'additivo da tutte le sigarette da essa prodotte. Nel rapporto NTP del 1992, la cumarina è stato identificata come agente cancerogeno specifico per i polmoni, quando testato in laboratorio su topi e ratti; lo stesso protocollo di analisi è stato utilizzato per valutare la tossicità delle sostanze chimiche frequentemente utilizzate a cui vengono esposti gli esseri umani. Queste nuovo incremento di informazioni scientifiche rese doveroso un obbligo di attenzione immediato, dato che la B&W stava utilizzando un noto cancerogeno con specifico effetto sui polmoni, in uno dei suoi prodotti. Di conseguenza, mi recai dal mio capo, Sandefuer, facendo presente che sarebbe dannoso per la Società utilizzare consapevolmente un agente specificatamente cancerogeno per i polmoni, in un suo prodotto. Ero stato da Sandefuer molte volte in precedenza per questioni afferenti la salute pubblica e la sicurezza e altre questioni di gestione.

Pianta della cumarina (Melilotus officinalis).

L'annullamento del progetto sulle sigarette "più sicure" insieme all'esame e alla deliberata riesamina di documenti scientifici rese tesi i rapporti tra me e Sandefuer. In una precedente occasione, ero andato da lui perplesso circa il modo in cui il germo-plasma Y-1 veniva esportato. Per coltivare e raccogliere l'Y-1 pronto per l'utilizzo, la B&W aveva dovuto farlo crescere in una zona in cui non vigeva il sistema di appalti in vigore negli Stati Uniti. Quando appresi che il germo-plasma Y-1 era stato trasferito dal paese in maniera illegittima, andai da Sandefuer. Mi disse che non avrei dovuto curarmene e che piuttosto avrei dovuto concentrare la mia attenzione nella Ricerca e Sviluppo.

Quando mi avvicinai a Sandefuer sulla questione cumarina, egli mi incaricò di tornare al laboratorio e di trovarmi un sostituto. Mi disse che non aveva intenzione di permettere che venisse tolta la cumarina dal prodotto, perché la sua rimozione avrebbe potuto alterarne il gusto, e quindi influire negativamente sulle vendite e profitti. La Cumarina non venne tolta dalla formulazione del tabacco da pipa, anche se c'erano nuovi dati scientifici sostanziali, che essa potrebbe esporre l'utente di tabacco da pipa ad un aumentato rischio per la salute. Questo problema finale portò al mio licenziamento nel marzo del 1993, quando Sandefuer divenne il nuovo Ammi-

requirement that the industry report all of the additives it used in the production of its cigarette products to the U.S. government, Department of Health and Human Services. There was no similar requirement to report the additives in non-cigarette products such a moist snuff, chewing tobacco and pipe tobacco. And sure enough, B&W continued to use coumarin in its pipe tobacco, even though it eventually removed the additive from all of its cigarette products.

In the 1992 NTP report, coumarin was identified as a lung-specific carcinogen when tested in laboratory mice and rats; the same testing protocol used to assess the toxicity of frequently used chemical substances that have human-exposure considerations. This new incremental scientific information militated immediate duty of care given that B&W was using a known lung specific carcinogen in one of its products. Accordingly, I went to my supervisor, Sandefur. It would be malicious for the company to knowingly use a lung specific carcinogen in its product.

I had been to Sandefer many times before on issues of duty of care, public health and safety and other management issues. The canceling of the safer-cigarette project combined with deliberate vetting of scientific documents strained the relationship between Sandefer and myself. On one earlier occasion, I went to him perplexed about the way the Y-1 germplasm was being exported. In order for B&W to grow Y-1 and harvest it to use, the company had to grow it in an area that did not have the U.S. auction system in place. When I learned that the Y-1 germplasm had been removed from the country under spurious conditions, I went to Sandefur. He told me not to concern myself with it, and to take care of research and development.

When I approached Sandefur about the coumarin issue, he instructed me to go back to the laboratory and find a substitute. He told me he was not going to allow coumarin to be taken out of the product because its removal would affect the taste of the product and therefore negatively affect sales and profits. Coumarin was not removed from the pipe tobacco formulation even though there was substantial new scientific information that could put the pipe-tobacco user at an incremental health risk. This final issue caused me to be fired in March of 1993, when Sandefuer became the new Chief Executive Officer. At the time I left the company in March of 1993, coumarin was still used in the formulation of the Sir Walter Raleigh pipe-tobacco product[9,10,11].

My Termination

When I was terminated in March of 1993, all I wanted was to forget four years and three months of a bad mistake and go back to where I belonged -- the healthcare industry. What

nistratore Delegato della Società. Nel momento in cui lasciai la Società nel marzo del 1993, la cumarina veniva ancora utilizzata nella formulazione del prodotto tabacco da pipa Sir Walter Raleigh[9-11].

La fine del mio rapporto di lavoro

Quando nel marzo del 1993 terminai il mio rapporto di lavoro con la B&W, tutto quello che volevo era dimenticare quattro anni e tre mesi di un brutto errore di scelta professionale e ritornare al punto di cui facevo parte, l'Industria sanitaria. Ciò che volevo dalla Società era il rispetto delle clausole per la totale cessazione del rapporto professionale come stipulato sul mio contratto di inizio lavoro: prolungamento dello stipendio, prosecuzione delle prestazioni di assistenza sanitaria per la mia famiglia e soprattutto mia figlia, le prestazioni pensionistiche, e così via. La Società non voleva onorare il suo contratto originale. In realtà, voleva ridurne i termini e le condizioni del mio contratto d'impiego originario. Di conseguenza cercai un consulente legale, nello stato del Kentucky, ma inutilmente. Non riuscivo a trovare un avvocato del Kentucky che fosse disposto ad imbarcarsi contro la B&W e citarla a mio nome per violazione del mio contratto di lavoro originale. Ma nel giugno del 1993 potei negoziare un pacchetto di licenziamento con prolungamento del salario per due anni e tutta la copertura sanitaria importante per mia figlia. La B&W accettò inoltre di rimuovere altre restrizioni. Per esempio, avrei potuto mettere le mie conoscenze lavorative a disposizione di un'altra società del tabacco, se avessi scelto di farlo. E il nuovo accordo escludeva l'indennità di fine rapporto x licenziamento. Nel settembre del 1993, la B&W mi fece causa, ex parte, in un tribunale del Kentucky con l'accusa di aver violato il mio accordo di cessazione, avendo io detto ad un altro dipendente il mio stipendio annuo. Con il deposito della querela, la B&W immediatamente interruppe il pagamento di fine rapporto e la copertura sanitaria così come pattuito.

Tuttavia, B&W mi fece un'offerta. La loro offerta? Avrebbero lasciato cadere la causa se io firmavo ancora un altro contratto. Questo contratto mi vietava di discutere tutte le questioni riguardanti il funzionamento interno della B&W, a meno che io non fossi giuridicamente tenuto a farlo. E se fossi stato legalmente tenuto a dare testimonianza, avrei dovuto rivelare questo fatto alla B&W. La B&W avrebbe avuto anche il diritto di avere un suo avvocato presente ogni volta che io avessi testimoniato. Per necessità firmai il contratto, vedendo, francamente, la mia situazione dal punto di vista della mia vita privata familiare. Non ho realizzato il fatto che ciò che sapevo era di interesse pubblico e poteva essere utilizzato nello sforzo di minare il potere dell'industria del tabacco a livello politico. Una volta firmato il nuovo accordo draconiano, la causa venne abbandonata, e le mie prestazioni di assistenza sanitaria in

I wanted from the company was the full termination provisions stipulated in my original employment contract: salary continuation, continued healthcare benefits for my family and especially my daughter, retirement benefits, and so forth. The company did not want to honor its original agreement. In fact, it wanted to reduce the terms and conditions of my original employment contract. As a result, I sought legal counsel in the state of Kentucky, but to no avail. I could not find a lawyer in Kentucky who was willing to take on B&W and sue them on my behalf for breach of my original employment contract. But in June of 1993, I was able to negotiate a severance package with a two-year salary continuation and the all-important health coverage for my daughter. B&W also agreed to remove other restrictions. For example, I could now take my knowledge to work for another tobacco company if I chose to do so. And the new agreement excluded severance salary offset for early employment.

In September of 1993, B&W sued me ex parte in a Kentucky court for allegedly violating my severance agreement by telling another employee my annual salary. With the filing of the lawsuit, B&W immediately interrupted my severance pay and health coverage. However, B&W made me an offer. Their offer? They would drop the suit if I signed yet another contract. This contract prohibited me from discussing any matter regarding the internal workings of B&W unless I was legally required to do so. And if I was legally required to give testimony, I would have to disclose this fact to B&W. B&W also had the right to have an attorney present whenever I gave testimony. I signed the agreement. Quite frankly, I saw my situation within the confines of my private life. I did not appreciate the fact that what I knew had public relevance and could be used in an effort to undermine the power of the tobacco industry at the policy level.

Once I signed the new draconian agreement, the lawsuit was dropped, and my previously negotiated healthcare benefits and the severance package were reinstated. Now, however, I was living under an onerous confidentiality agreement that required me to notify B&W anytime that anyone required my testimony regarding my employment at this company.

Fueling the Fire: Internal Documents from Philip Morris

With the serious error of working for B&W behind me, I forged ahead. As I moved forward, an "outsider," a 60 Minutes producer, Lowell Bergman, contacted me. Bergman was the recipient of a set of confidential internal tobacco industry documents from Philip Morris, the world's largest producer of tobacco products. These documents were sent anonymously and Bergman needed someone to interpret them. As I read the documents, I learned that in the 1950s, Philip Morris conducted research on a natural incendiary product that had a reduced fire-generating

precedenza negoziate e il pacchetto di licenziamento vennero reintegrati. Ora, però, vivevo in virtù di un accordo oneroso di riservatezza che mi richiedeva di comunicare alla B&W in qualsiasi momento se qualcuno richiedeva mie notizie e testimonianze relative al mio lavoro in questa azienda.

Benzina sul fuoco: i documenti interni della Philip Morris

Lasciandomi alle spalle il grave errore di aver lavorato per B&W, sono andato avanti. Come mi mossi, un esterno alla ditta ("outsider"), un Produttore della trasmissione "60 M*inuti*", Lowell Bergman, mi contattò. Bergman era il destinatario di una serie di documenti interni di segretezza sull'industria del tabacco provenienti dalla Philip Morris, il più grande produttore al mondo di prodotti del tabacco. Questi documenti erano stati inviati in forma anonima e Bergman aveva bisogno di qualcuno che li interpretasse.

Leggendo i documenti, appresi che negli anni '50, la Philip Morris aveva condotto una ricerca su di un prodotto per natura incendiario, ma con ridotte capacità di generare incendi. Nel 1986, la società aveva sviluppato questo prodotto con successo. Il prodotto ai test era come quello del loro marchio leader, non aveva incremento di tossicità e aveva la chimica del fumo come il loro marchio di punta. Tale è importante perché potenzialmente poteva salvare da 1.200 a 1.500 vite umane, perse per causa di incendi originati da sigarette. Tuttavia, la Philip Morris scelse di non introdurre il prodotto perché non c'erano le esigenze normative per farlo. La Philip Morris chiamò la loro sigaretta sicura progetto Hamlet (Amleto) ... " bruciare o non bruciare". Infine la trasmissione "60 M*inuti*" mise in onda un pezzo su Amleto nel mese di aprile del 1994, che fu chiamato "Up in Smoke"(Su col fumo).

Fui, ovviamente, turbato dal fatto che la Philip Morris si era rifiutata di introdurre un prodotto che avrebbe potuto evitare morti inutili che derivanti dagli incendi causati da sigarette. E fui anche turbato, perché come Dirigente Esecutivo della B&W sedevo di fronte a questa Società, durante i meeting autorizzati di compartecipazione aziendale (della joint-venture) degli scienziati e degli avvocati della più importante industria del tabacco. Durante tali riunioni i rappresentanti della Philip Morris avevano più'volte affermato che lo sviluppo di una sigaretta a ridotta propensione ad incendiarsi era impossibile e che la responsabilità per gli incendi che coinvolgono le sigarette era principalmente dei produttori di abbigliamento, dei produttori di tappeti ed essenzialmente anche di altri. Ma come lessi questi documenti mi divenne chiaro che come la B&W anche la Philip Morris aveva intenzionalmente travisato la verità. La verità era che la Philip Morris possedeva l'effettiva tecnologia per ridurre la natura incendiaria di una sigaretta accesa.

capacity. By 1986, the company had successfully developed this product. The product tested the same as their leading brand, had no incremental toxicity, and had the similar smoke chemistry as their leading brand. Such a product is important because it has the potential of saving 1,200 to 1,500 lives attributed to fires created by cigarettes. However, Philip Morris chose not to introduce the product because there were no regulatory requirements to do so. Philip Morris named their fire safe cigarette project Hamlet … "to burn or not to burn". Ultimately 60 Minutes aired a piece on Project Hamlet in April of 1994 that was called "Up in Smoke."

I was, of course, disturbed that Philip Morris had refused to introduce a product that could have prevented needless deaths that result from fires caused by cigarettes. And I was also disturbed because as a B&W executive, I sat across from this company during the allowed joint venture meetings of the principal tobacco industry scientists and lawyers.

During these meetings, Philip Morris' representatives asserted repeatedly that the development of a reduced-ignition-propensity cigarette was impossibility and that the responsibility for fires involving cigarettes rested primarily with the clothing manufacturers, rug manufacturers, and essentially others. But as I read these documents, it became clear to me that, like B&W, Philip Morris intentionally misrepresented the truth. The truth was that Philip Morris possessed the actual technology to reduce the incendiary nature of a burning cigarette.

The U.S. government on the move

In February of 1994, the then commissioner of the FDA, Dr. David Kessler, began the process of establishing regulatory authority over tobacco and nicotine.

In addition, the U.S. Congress initiated its inquiry into tobacco issues under the leadership of California Congressman Henry Waxman in conjunction with Congressmen Mike Synar and Ron Wyden. In the process of their information gathering, they contacted me to see if I was willing to help the U.S. Congress in its investigation. Realize that my work for CBS concerned Phillip Morris, not B&W, and therefore was outside of the scope of my agreement with B&W. Discussions about B&W with the FDA and the U.S. Congress were within the ambit of my agreement, however.

I reported to B&W that I had been contacted by the U.S. Congress and was asked to testify about my knowledge of tobacco chemistry, cigarette design, and so forth. What followed changed the course of all future actions and as a practical matter changed our family. I was warned that if I decided to disclose what I witnessed as a B&W employee, my two young daughters would be harmed. From that day forward I neither told B&W my activities nor any of my contacts relative to tobacco matters[12].

Il governo degli Stati Uniti in azione

Nel febbraio del 1994, l'allora Commissario della FDA, il Dott. David Kessler, iniziò un procedimento per la creazione di un'autorità di regolamentazione di tabacco e nicotina. Inoltre, il Congresso degli Stati Uniti avviò una sua indagine sulle questioni del tabacco sotto la guida del Deputato della California Henry Waxman unitamente ai Deputati del Congresso Mike Synar e Ron Wyden. Procedendo nella loro raccolta di informazioni, essi mi contattarono per vedere se io ero disposto ad aiutare il Congresso degli Stati Uniti nelle sua indagine. Tenete presente che il mio lavoro per la CBS riguardava la Phillip Morris, non la B&W, e quindi era al di fuori della portata del mio accordo con la B&W.

Discussioni sulla B&W con la FDA e il Congresso degli Stati Uniti erano tuttavia compresi nell'ambito del mio accordo. Riferii alla B&W che ero stato contattato dal Congresso degli Stati Uniti e mi era stato richiesto di testimoniare sulla mia conoscenza della chimica del tabacco, la progettazione di sigarette, e così via. Quello che seguì ha cambiato il corso di tutte le azioni future ed in pratica stravolse la famiglia. Fui avvertito che se avessi deciso di divulgare quello di cui ero stato testimone come dipendente della B&W, sarebbe stato fatto del male alle mie figlie bambine. Da quel giorno non dissi più alla B&W delle mie attività, né di nessuno dei miei contatti relativi a questioni di tabacco[12].

I catalizzatori: testimonianza congressuale della B&W ed ulteriori documenti interni

Nel mese di aprile del 1994, i sette Amministratori Delegati di tutte le maggiori compagnie del tabacco americane, tra cui il mio ex capo Sandefuer, testimoniarono davanti al Congresso degli Stati Uniti. Sotto giuramento, dichiararono che la nicotina non dava dipendenza, che era presente solo ai fini del gusto, e che il fumo non era più pericoloso che mangiare Twinkies Mentre quell'immagine indelebile si ripresentava nella mia mente, mi resi conto che con il mio silenzio io non ero diverso da quegli uomini sul mio schermo televisivo. Poi scelsi di fare qualcosa di molto diverso con le mie conoscenze di chimica del tabacco[13], decisi di condividere le mie conoscenze con la FDA. Feci un accordo per cui avrei avuto un rapporto di lavoro completamente anonimo. Sarei arrivato negli uffici della FDA a Rockville, nel Maryland, sotto falso nome passando attraverso ingressi non contrassegnati. Il mio nome in codice della FDA era "Ricerca", proprio come in un romanzo di Ian Fleming. L'FDA capì che la sua indagine minacciava l'industria del tabacco, e si rese conto anche del fatto che l'industria avrebbe fatto qualsiasi cosa per far deragliare questa indagine.

The Catalysts: B&W's Congressional Testimony & More Internal Documents

In April of 1994, the seven chief executive officers of all the major U.S. tobacco companies, including my former boss Sandefuer, gave testimony to the U.S. Congress. Under oath, they stated that nicotine was not addictive, that it was there for taste, and that smoking was no more dangerous than eating Twinkies. As that indelible image replayed itself in my mind, I realized that by my silence I was no different from the men on my television screen. I then chose to do something very different with my knowledge about tobacco chemistry[13]. I decided to share my knowledge with the FDA. I did so with the agreement that I would have a completely anonymous working relationship. I would travel to the FDA offices in Rockville, Maryland, under assumed names going through unmarked entrances. My code name in the FDA was "Research" -- something right out of an Ian Fleming novel. The FDA realized that its investigation threatened the tobacco industry, and the FDA also appreciated that the industry would do anything to derail this investigation.

My conscious and deliberate decision to secretly work with the FDA was the first of a series of actions that I undertook in order to reset my moral compass. In effect, I deliberately decided to work against the industry. It was within the context of this decision – this pivotal point – that I encountered further documents from B&W. And as you will see, reviewing these documents led me to take further action against the industry. But this further action was different: instead of secretly working with against the industry, I decided to go public.

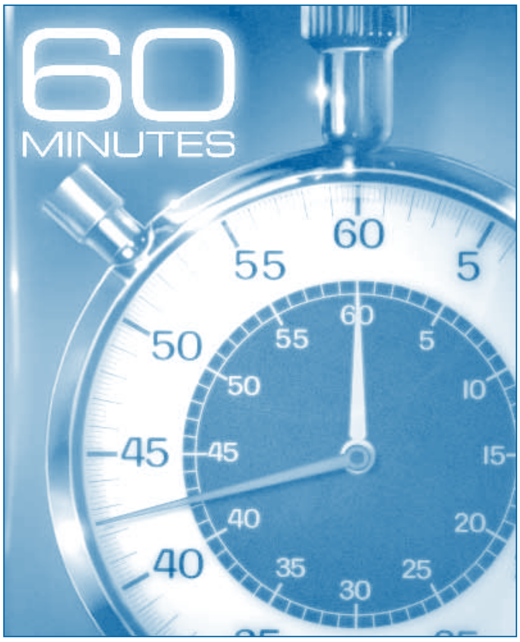
The decision to go public: the CBS 60 minutes interview

In 1995, I was contacted by a professor of cardiology at the University of California at San Francisco, Dr. Stanton Glantz. Dr. Glantz was the recipient of tobacco documents smuggled out of B&W by Merrell Williams, a paralegal filing clerk who had worked there at the same time as I. These documents are the subject of seven Journal of the American Medical Association articles and Glantz's book "The Cigarette Papers"[14,15]. Dr. Glantz shared these 1950-through-1980s documents with me in the process of writing these manuscripts. These documents mirrored my exact experiences from 1989 through 1993 at B&W. Additionally, the documents provided me with the first opportunity to see data I never saw while at B&W, but had asked for. This was the final and culminating insight that compelled me to act. I decided that I would reveal the truth about the tobacco industry to the public. I would disclose its disregard for public health and safety, its use of additives to boost nicotine's addictiveness,

La mia decisione consapevole e deliberata di lavorare di nascosto con la FDA è stata la prima di una serie di azioni che ho intrapreso, al fine di resettare la mia bussola morale. In effetti, avevo deliberatamente deciso di lavorare contro l'industria. È stato nel contesto di questa decisione, di questo punto cruciale, che mi trovai di fronte ad altri documenti dalla B&W. E, come potrete vedere, riesaminare questi documenti mi ha portato ad intraprendere ulteriori azioni contro l'industria. Ma questo ulteriore intervento fu diverso: invece di collaborare segretamente contro l'industria, decisi di rendere pubblica la cosa.

La decisione di informare l'opinione pubblica: l'intervista a "60 Minuti" della CBS

Nel 1995, venni contattato da un professore di cardiologia presso l'Università della California a San Francisco, il dottor Stanton Glantz. Il Dottor Glantz era stato il destinatario di documenti sul tabacco provenienti dalla B&W contrabbandati da Merrell Williams, un archivista paralegale che aveva lavorato là quando contemporaneamente c'ero anch'io. Questi documenti sono l'oggetto di sette articoli sul Journal of the American Medical Association (Rivista dell'Associazione Medica Americana) e del libro di Glantz" I documenti sulle sigarette"[14,15]. Il Dr. Glantz condivise con me questi documenti che vanno dal 1950 fino agli anni '80 , nel processo di scrittura di questi manoscritti. Questi documenti rispecchiano esattamente le mie esperienze dal 1989 al 1993 alla B&W. Inoltre, questi documenti mi diedero l'occasione di vedere, per la prima volta, i dati che non avevo mai visto, mentre ero alla B&W, ma che avevo richiesto invano. E fu la goccia che fece traboccare il vaso e che mi costrinse ad agire.



Decisi che avrei rivelato al pubblico la verità circa l'industria del tabacco. Avrei svelato il suo disprezzo per la salute e la sicurezza pubblica, l'uso di additivi per aumentare la dipendenza della nicotina, e l'offuscamento della verità da parte dei suoi avvocati. La tensione e il conflitto interiore, attorno alla quale avevo girato e rigirato per diversi anni, si risolse con questa decisione. Sentii di avere maggiori obblighi verso la salute pubblica e la sicurezza della collettività e verso la verità piuttosto che verso un accordo oneroso che era stato progettato per nascondere la verità attraverso l'intimidazione. Il 5 agosto 1995, scelsi di condividere quel che conoscevo con il pubblico tramite il programma-notiziario della CBS: 60 Minuti. Avevo bisogno di re-impostare la mia bussola morale su di una rotta vera e onesta. Partecipai all'intervista con la piena collaborazione della mia famiglia, che ne fu attivamente coinvolta. Tuttavia, l'intervista venne condotta a certe condizioni: avrei mantenuto la custodia e il controllo della inter-

and its lawyers' obfuscation of the truth. The inner tension that I had been walking around with for several years was resolved in this decision. I felt a higher obligation to public health and safety and to the truth than to an onerous agreement that was designed deliberately hide the truth through intimidation.

On August 5, 1995, I elected to share my knowledge with the public via CBS' news program, 60 Minutes. I needed to set my moral compass back on a true heading. I participated in the interview with the full cooperation of my family and they were actively involved. However, the interview was conducted under certain conditions: I would maintain custody and control of the taped interview until such time as I had competent legal representation and had my house in order. CBS agreed to arrange physical security once the show had aired. I knew full well that I would need a good lawyer and I wanted to make sure my children were not harmed in any way. The agreement with CBS was memorialized in a written document.

Somehow B&W learned of the interview and threatened CBS with a lawsuit for billions in damages if it aired the program. CBS management and its legal department canned the program as a result of this legal threat and succumbed to the intimidation, airing instead a muted edition of the original program. Additionally, I was sued again ex parte for theft of trade secrets, violation of my confidentiality agreement and was restrained from discussing tobacco.

A Pause for Thought

In November 1995, I was served my second subpoena (a "Civil Investigative Demand") from the U.S. Department of Justice on fire-safe cigarettes. I was also served by the state of Mississippi for their civil suit against the tobacco industry for recovering healthcare costs from decades of treating adult smokers. I was afforded access to an excellent attorney from Mississippi by the name of Dickie Scruggs. He offered his legal services to me pro bono and after meeting him, I accepted his generosity. Scruggs was affluent of heart and resources and he was committed to protecting me in my search for the truth. I traveled to Mississippi and stayed at Scruggs' home so that I would be in a secure environment before the depositions. His home had to be swept for electronic eavesdropping devices before we stayed there and armed Mississippi State Police patrolled it throughout the night. The Attorney General of the state of Mississippi, Mike Moore, was also staying at Scruggs' home. The next morning the U.S. Department of Justice deposition went flawlessly. However during that deposition, B&W worked on stopping the deposition for the Mississippi civil suit. Ultimately, Mississippi allowed the deposition to go forward but ordered it "sealed". B&W was also at work in Kentucky. They secured a contempt order in an attempt to prevent me from giving the deposition in the civil case.

vista registrata su nastro, fino al momento in cui avrei avuto una rappresentanza legale competente e la mia famiglia non venisse coinvolta. La CBS accettò di organizzare la sicurezza fisica, una volta lo spettacolo fosse andato in onda. Sapevo benissimo che avrei avuto bisogno di un buon avvocato ed ho voluto assicurarmi che i miei figli non fossero in alcun modo in pericolo. L'accordo con la CBS venne riportato in un documento scritto.

In qualche modo, la B&W apprese del colloquio e minacciò la CBS di una causa miliardaria per danni se fosse andato in onda il programma. La Direzione della CBS ed il suo ufficio legale "blindarono" il programma a causa minaccia legale e cedettero alle intimidazioni: mettendo in onda, invece, un'edizione senza audio del programma originale. Inoltre, venni denunciato di nuovo ex parte per il furto di segreti commerciali, violazione del mio accordo di segretezza e venni diffidato dal discutere sul tabacco.

Una pausa di riflessione

Nel novembre 1995, ricevetti il mio secondo mandato di comparizione in giudizio (una "Richiesta di indagine civile") da parte del Dipartimento di Giustizia americano sulle sigarette ignifughe. Venni anche richiesto, da parte dello Stato del Mississippi, per la loro causa civile contro l'industria del tabacco, al fine di recuperare i costi di assistenza sanitaria di decenni di cure prestate a fumatori adulti. Mi venne concesso di contattare un eccellente avvocato del Mississippi a nome Dickie Scruggs. Egli mi offrì i propri servizi giuridici pro bono e dopo averlo incontrato, accettai la sua disponibilità. Scruggs era ricco di generosità e di risorse e venne incaricato di proteggermi nella mia ricerca della verità. Mi recai nel Mississippi e rimasi a casa di Scruggs, perché volevo essere in un ambiente sicuro prima della deposizione. La sua casa dovette esser setacciata e bonificata per cercare eventuali dispositivi d'intercettazione elettronica, prima che noi vi restassimo e la Polizia di Stato del Mississippi armata, pattugliò la casa per tutta la notte. Il procuratore generale dello stato del Mississippi, Mike Moore, rimase anch'esso a casa di Scruggs. La mattina successiva, la deposizione al Dipartimento di Giustizia andò alla perfezione. Tuttavia nel corso di tale deposizione, la B&W si diede da fare per cercare di fermare la mia deposizione davanti alla corte civile del Mississipi. Alla fine, lo Stato del Mississippi, permise che si portasse avanti la deposizione, ma ordinò che si procedesse a porte chiuse. La B&W si dava da fare anche nel Kentucky. Dichiararono commesso il reato di oltraggio, nel tentativo di impedirmi di offrire la mia deposizione nella causa civile.

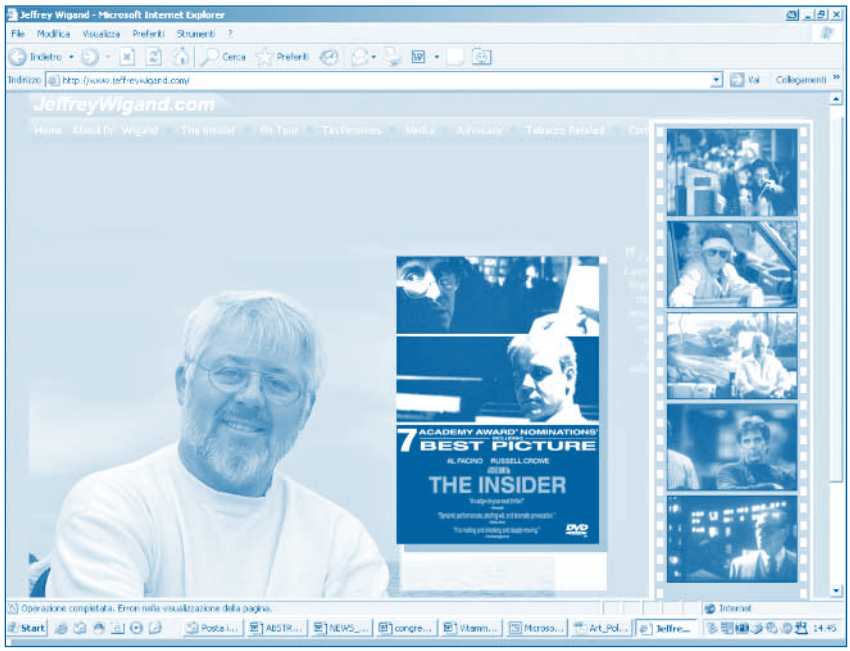
I miei avvocati mi dissero che se avessi voluto procedere con la deposizione civile, avrei dovuto affrontare la prigione per inosservanza nel Kentucky. Mi occorreva tempo per pensare. Non volevo andare in prigione in Kentucky per dire la verità sotto giuramento riguardo le

My lawyers told me that if I were to go forward with the civil deposition I would face going to jail for contempt in Kentucky. I needed time to think. I did not want to go to jail in Kentucky for telling the truth under oath regarding the same information I voluntarily provided to CBS in August. I decided to go forward and have never looked back since that day. I returned to Kentucky and was met by U.S. Marshals arranged by Attorney General Mike Moore and the Department of Justice. I did not go to jail that night. I went home and went to teach school the next day.

A New Beginning

B&W's lawsuit against me ended on 20 June 1997, when thirty-nine state Attorneys General concluded a $368 billion dollar settlement with the industry. Their lawsuit against me was the only unresolved issue. B&W kept refusing to drop the lawsuit but reluctantly did so at the eleventh hour when all thirty-nine Attorneys General threatened to walk out and continue the individual lawsuits in each state. But it was only when the head of BAT agreed to drop it that the suit stopped. Since that date, I have been free to speak my mind about how the industry steals our children at an early age and how the industry knowingly markets a product that kills when used as intended.

The movie "The Insider" was the beginning of a new era. It was never in the planning process. Back then; survival was the order of the day. The film brought an extremely complex series of events into a coherent narrative. The story which chronicles both my moral journey and that of CBS 60 Minutes, provides individuals with the chilling truth about the industry and their tactics. Each day I receive emails from individuals throughout the world who have just seen the film and have subsequently "googled" me. Neither a film nor Google searches were conceivable during the time that I have described above. But the film helped and continues to help to provide momentum to individuals throughout the world – whether they are making personal decisions to quit smoking, or are making policy changes in order to mitigate the harm caused by tobacco products.



stesse informazioni fornite da me volontariamente alla CBS nel mese di agosto. Decisi di andare avanti e di non guardarmi mai indietro da quel giorno. Tornai nel Kentucky e venni accolto dalla Polizia federale della U.S. Marshals su disposizione del procuratore generale Mike Moore e del Ministero della Giustizia. Non andai in carcere quella notte. Tornai a casa e andai ad insegnare a scuola il giorno successivo.

Un nuovo Inizio

La querela della B&W contro di me si concluse il 20 giugno 1997, quando i procuratori generali di trentanove stati conclusero un accordo di 368 miliardi dollari con l'industria. La sola questione irrisolta era la causa contro di me. La B&W si rifiutò di abbandonare la causa, ma a malincuore lo fece all'ultimo momento, quando tutti i trentanove procuratori generali minacciarono di uscire e continuare singolarmente le cause legali specifiche di ciascuno Stato. Ma fu solo quando il Capo della BAT accettò di abbandonare la causa che il procedimento si fermò. Da quella data, sono stato libero di dire la mia su come l'industria ci ruba i nostri figli in tenera età e in che modo l'industria metta sul mercato consapevolmente un prodotto che uccide, se usato come previsto.

Il film "The Insider"diede inizio ad una nuova era. Non era mai stato pianificato durante il processo. Ma tornando ad allora, la sopravvivenza era all'ordine del giorno. Il film ha portato una serie estremamente complessa di eventi all'interno di una narrazione coerente. La storia, che racconta sia il mio cammino morale che quello della trasmissione 60 Minuti della CBS, riesce a trasmettere l'agghiacciante verità circa l'industria e le sue tattiche. Ogni giorno ricevo e-mail da persone di tutto il mondo che hanno appena visto il film, dopo avermi cercato su Google. Né un film né le ricerche su Google erano possibili sugli inganni di Big Tabacco durante il periodo di tempo che ho sopra descritto. Ma il film ha aiutato e continua a contribuire a fornire slancio alle persone di tutto il mondo, sia che si tratti di decisioni personali per smettere di fumare, o che si stiano prendendo decisioni politiche al fine di ridurre i danni causati dai prodotti del tabacco.

Non mi aspettavo che la mia decisione di agire fosse un gioco da ragazzi. È stato durissimo come il granito. E ci sono stati momenti di esitazione che hanno seguito la mia decisione di agire. Ma il punto che voglio sottolineare è che la mia decisione di continuare è stata il risultato cumulativo di un certo numero di episodi traumatizzanti. È stato un processo. E nel mio caso, almeno, quando la decisione di agire è stata presa, c'erano ancora delle riserve e delle esitazioni lungo questo cammino. C'erano "rallentamenti" o momenti di riflessione, come quello che ebbi quando decisi di fare sia una deposizione federale che civile in Mississippi[16,17].

Conclusione

Ringrazio il dott. Vincenzo Zagà per l'invito a scrivere su questo mio viaggio straordinario e per questa possibilità di pubblicarlo su Tabaccologia. Mi auguro che alla fine di questo mio excursus, si capisca come è sorta la mia decisione di agire. E spero anche che potrete vedere perché è importante parteci-

I did not expect my decision to act to be a cakewalk. It was rocky. And there were times of hesitancy that followed my decision to act. But the point that I want to stress is that my decision to come forward was the cumulative result of a number of disturbing incidents. It was a process. And in my case at least, when the decision to act was made, there were still reservations and hesitations along the way. There were internal "speed bumps" or moments of reflection such as the one that I encountered when I decided to give both a federal and civil deposition in Mississippi[16,17].

Conclusion

I thank Dr. Vincenzo Zaga for the invitation to write about my remarkable journey and for this opportunity to put it in print. I hope at the end of my discussion, you understand how my decision to act came about. And I also hope that you will see why it is important to participate in the eradication of this vector of death that takes prematurely the lives of over 5.1 million people in the world today, a number that will continue to grow to over 10 million within the next decade, unless we reshape how this industry operates, does business and how it targets our children. The toll tobacco takes on human life and the collateral misery and effects on families, friends, society and government is more than the cumulative toll exacted on humanity by wars, AIDS, homicides, fires, and suicides combined.

The way is cleared for you to take action aimed at preventing further harms caused by the industry. As I close, I am reminded of the momentous trip to Venice, Italy and the gracious hospitality of Dr. Luca Sbrogio and the faculty of the University of Padua in November of 2002. In Venice, I observed and vividly remember the work product of the youth of the local schools where they adapted "The Insider" into a handbook to facilitate the "denormalization" of tobacco. It is this kind of creative work that will help us to save lives. And it is my belief that this work was the catalyst that eventually led to smoke free Italy. The innovative work and commitment undertaken by Italy's teachers, students and policy makers, communicates to me that my decision to come forward was the right thing to do. I applaud you for it and am inspired and nourished by witnessing the care and commitment that Italy has to its children and to its future.

Bibliografia

9. NTP (National Toxicology Program). Toxicology and carcinogenesis of Coumarin in F344/N Rats and B6C3F Mice. NTP TR 222, United States Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institutes of Health. (1993a).

10. Givel M. (2003). A Comparison of US and Norwegian Regulation of Coumarin in Tobacco Products. Tobacco Control 12:401-405.

11. Vassalo JD, Hicks SM, Born SL, and Daston GP. (2004). Roles for Epoxidation and Detoxification of Coumarin in Clara Cell Toxicity. Toxicology Sciences. 82, 26-33. 2004.

12. Regulation of Tobacco Products, Parts 1-3, Hearings Before The Subcommittee on Health and and The Environment on Energy and Commerce, House of Representative, One Hundred Third Congress, Committee on Energy and Commerce; 1994.
http://www.archive.org/stream/regulationoftoba01unit#page/n1/mode/2up
http://ia360643.us.archive.org/3/items/regulationoftoba01unit/regulationoftoba01unit.pdf
http://www.archive.org/stream/regulationoftoba02unit#page/n1/mode/2up
http://ia341015.us.archive.org/1/items/regulationoftoba02unit/regulationoftoba02unit.pdf

pare all'estirpazione di questo vettore di morte che si porta via prematuramente la vita di oltre 5,1 milioni di persone nel mondo ogni anno, un numero che continuerà a crescere fino ad oltre 10 milioni entro il prossimo decennio, a meno che noi non rimodelliamo e controlliamo il modo in cui questa industria opera, fa business e punta l'obiettivo sui nostri figli. Il tabacco si prende vite umane con conseguente miseria collaterale ed effetti devastanti sulle famiglie, gli amici, la società e gli Stati Nazionali. Un tributo in vite umane che supera quello cumulativo di guerre, AIDS, omicidi, incendi e suicidi messi insieme.

La strada ora per voi è spianata per prendere le misure volte a prevenire ulteriori danni provocati dall'industria del tabacco. Chiudendo, mi viene in mente il viaggio memorabile a Venezia, l'Italia e la cortese ospitalità del Dr. Luca Sbrogiò e della facoltà dell'Università degli Studi di Padova nel novembre del 2002. A Venezia, ho osservato e ricordo perfettamente il risultato del lavoro dei giovani delle scuole locali, dove hanno adattato"The Insider", sotto forma di manuale, per facilitare la "denormalizzazione "del tabacco. È anche questo tipo di lavoro creativo, che ci aiuterà a salvare vite umane. Ed è mia convinzione che anche questo tipo di lavoro sia stato il catalizzatore che alla fine ha portato a liberare l'Italia dal fumo. Il lavoro innovativo e l'impegno intrapreso in Italia da insegnanti, studenti e responsabili politici, mi dice che la mia decisione di andare avanti è stata la cosa giusta da fare. Mi congratulo con voi per questo e mi sento fiducioso e arricchito dalla cura e dell'impegno che l'Italia ha per i suoi figli e per il suo futuro. ■

http://www.archive.org/stream/regulationoftoba03unit#page/n1/mode/2up
http://ia341040.us.archive.org/2/items/regulationoftoba03unit/regulationoftoba03unit.pdf
Accessed 6 May 2010

13. Kessler D. A Question of Intent: A Great American Battle With a Deadly Industry.
New York, NY Public Affairs; 2001.

14. Glantz SA, Barnes DE, Bero L, Hanauer P, Slade J. Looking Through the Keyhole at the Tobacco Industry: Brown and Williamson documents. (1995). JAMA. 274(3):219-224.

15. Glantz SA, Slade J, Bero L, Hanauer P, Barnes DE. The Cigarette Papers. Berkley, CA: University of California Press; 1996.

16. Amended Final Opinion. United States America v. Philip Morris USA Inc, et al, case No. 99- CV02596. http://www.usdoj.gov/civil/cases/tobacco2/amended%20opinion.pdf.
Accessed January 22, 2010.

17. Jeffrey Wigand.com Web site. Ethics Talk. http://jeffreywigand.com/Radio.
Accessed 22 January 2010.

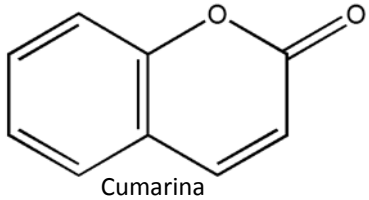
18.

Conflict of Interest Statement: *The author has no conflicts of interest. In specific, there are no institutional, financial, dual commitments, competing interests, competing loyalties or personal relationships that inappropriately influence or bias my actions.*

Traduzione a cura di Cristina Barbanti Brodano e Alessandra Cavazzi.

"THOU SHALT NOT BE A VICTIM. THOU SHALT NOT BE A PERPETRATOR. ABOVE ALL, THOU SHALT NOT BE A BYSTANDER"
(Holocaust Museum, Washington, DC)

La Cumarina



Cumarina
(*1-benzopirano-2-one*)

La **cumarina** (nome IUPAC: *1-benzopirano-2-one*) è un composto aromatico. A temperatura ambiente si presenta in forma di cristalli incolori, dall'odore caratteristico. Isolata per la prima volta dalla *Dipteryx odorata*, il cui nome popolare era per l'appunto *coumarin*, la cumarina è presente in più di 27 famiglie di vegetali, tra cui le fave tonka, ed è responsabile dell'odore dolce dell'erba appena tagliata. È la capostipite di una classe di composti derivati - detti cumarine - che hanno in comune la struttura benzopiranica della cumarina. Le cumarine idrossilate in posizione 4, come il dicumarolo in *Melilotus officinalis*, presentano una forte azione anticoagulante solo se utilizzati per via endovenosa; sono infatti degradati dai processi digestivi in composti sicuri. Le cumarine normali (non idrossilate in tale posizione) non presentano tale attività, o solo in misura minore. I composti derivati possiedono comunque altre proprietà farmacologiche.

Tossicità della cumarina

La cumarina è stata spesso utilizzata dalle multinazionali del tabacco nella concia del tabacco. Spesso è stata sostituita alla vaniglia, benchè sia vietata come additivo alimentare in numerosi paesi a causa della sua tossicità al fegato ed ai reni. La cumarina è un potente ratticida: i ratti ed altri roditori in gran parte lo metabolizzano in epossido della cumarina 3.4, un residuo tossico, che può causare emorragia interna e morte. Gli esseri umani in gran parte lo metabolizzano in idrossicumarina 7, un residuo dalla tossicità più bassa. Negli USA l'uso della cumarina come edulcorante nelle sigarette, da parte delle multinazionali del tabacco, è vietata dal 1997.

La cumarina è vietata come additivo alimentare negli Stati Uniti fin dal 1978. L'OSHA (Occupational Safety and Health Administration-USA) considera questo residuo come un agente cancerogeno polmone-specifico per l'uomo. Purtroppo alcuni additivi naturali che contengono la cumarina (quale l'asperula odorosa) in bevande alcooliche sono ancora permessi in Europa. Tali bevande in alcuni paesi sono molto popolari, per esempio il *Maiwein* (vino bianco con l'asperula) e la Zubrówka (vodka condita con l'erba del bisonte).

I Centri Antifumo in Italia

Smoking Cessation Services in Italy

Alessandra Di Pucchio, Laura Martucci, Luisa Mastrobattista, Claudia Mortali, Ilaria Palmi, Renata Solimini

Riassunto

Introduzione. Per favorire l'adozione di uno stile di vita libero dal fumo è necessario un approccio multisettoriale e particolare importanza assumono gli interventi che favoriscono la cessazione dal fumo. La presente ricerca, condotta dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, descrive le principali caratteristiche dei Servizi per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo - CA) presenti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Materiali e metodi. Sono state raccolte informazioni sugli aspetti strutturali, organizzativi e procedurali dei centri antifumo contattando, telefonicamente e attraverso e-mail, i coordinatori di 284 CA presenti a Dicembre 2009 nell'SSN. La raccolta delle informazioni è stata effettuata, tra febbraio e aprile 2010, attraverso una scheda strutturata. I dati raccolti sono stati elaborati statisticamente con il programma SPSS 17.0.

Risultati. Sono 284 i CA partecipanti alla ricerca. I CA afferiscono principalmente a Ser.T. e Dipartimenti Dipendenze (38,9%) e ai Dipartimenti di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria (30,4%). I programmi per smettere di fumare comprendono la terapia farmacologica (95,1%), il counselling individuale (86,6%), la terapia di gruppo (61,8%) e altri trattamenti (35,6%). Sono oltre 18000 le persone seguite nei CA nel corso del 2009 per smettere di fumare.

Conclusioni. L'organizzazione dei CA risente ancora di una frammentazione che riflette pratiche che si sono sviluppate a partire dalla disponibilità di singoli professionisti, che operavano e in molti casi ancora operano su base volontaristica. È auspicabile che anche in Italia, così come accade in altri paesi, ci sia una maggiore attenzione ai CA, che devono avere strutture, personale e finanziamenti adeguati.

Parole chiave: *Servizi per smettere di fumare; Cessazione dal fumo di tabacco; Dipendenza da tabacco; Fumo di tabacco*

Summary

Introduction. Multi-component interventions that include strategies to increase tobacco-use cessation are essential in promoting tobacco-free lifestyles. This investigation, carried out by the Italian Epidemiological Observatory on Tobacco, Alcohol and Drugs of abuse of the Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health), describes the principal characteristics of smoking cessation services (SCSs) set up within the Italian National Health Service (NHS).

Materials and methods. Structural and organizational information on SCSs have been obtained getting in touch, by telephone or email, with principal coordinators of each 284 SCSs set up within the Italian NHS in December 2009. All the data were collected, between February and April 2010, by a standard interview form. Collected data were analyzed with SPSS software (version 17.0).

Results. A total of 284 SCSs took part in the study. SCSs are principally located within the Department of Drug Addiction (38,9%) and the Department of Lung and Breath Care (30,4%). These services provide different tobacco-use cessation programs. To assist smokers, 95,1% of them suggest pharmacotherapies, 86,6% individual counselling, 61,8% group therapy, and 35,6% of them provide other treatments. In 2009, over 18,000 individuals received at least one treatment within SCS to quit smoking.

Conclusions. SCSs structural and organizational characteristics are still not homogeneous at both local and national level. SCSs differences and difficulties are dependent on the absence of a national coordinated tobacco control programme. It is to be hoped that in Italy, as in other countries, SCSs obtain significant additional resources in terms of funds, workspace, and staff.

Keywords: *Smoking cessation services; Tobacco use cessation; Tobacco dependence; Tobacco smoking.*

INTRODUZIONE

La prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco sono obiettivi delle politiche sanitarie non solo nel nostro Paese ma anche della comunità internazionale. Come rilevano i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il fumo è la prima causa di morte facilmente evitabile, responsabile ogni anno della morte di 5 milioni di persone per cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie[1]. Di fatto sia l'Unione Europea che l'OMS raccomandano la necessità di un approccio multisettoriale e l'implementazione di politiche che abbiano un impatto misurabile sulla riduzione dell'uso di tabacco.

Per favorire l'adozione di uno stile di vita libero dal fumo è necessario un approccio che veda la cooperazione fra numerosi soggetti e diverse istituzioni e particolare importanza assumono gli interventi che favoriscono la cessazione dal fumo[2]. L'OMS sostiene che ogni paese ha il dovere di farsi carico

Alessandra Di Pucchio *(alessandra.dipucchio@iss.it)*
Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco - Reparto di Farmacodipendenza, Tossicodipendenza e Doping - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
Laura Martucci, Luisa Mastrobattista, Claudia Mortali, Ilaria Palmi, Renata Solimini
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità

del trattamento del tabagismo e che i servizi per smettere di fumare sono più efficaci quando fanno parte di un coordinato programma di controllo del tabacco[1]. Per ridurre la prevalenza dei fumatori è infatti ormai dimostrato il ruolo fondamentale dei Servizi per la Cessazione dal Fumo di Tabacco (Centri Antifumo – CA)[3-7]. Studi internazionali indicano che sono molti i fattori di "buona pratica" nei CA, fattori che contribuiscono a dare risultati positivi: tra questi lo stadio di sviluppo e il modello di intervento offerto dai CA sono fattori associati al tasso di cessazione dal fumo di tabacco[5,8].

I dati sulla prevalenza del fumo in Italia evidenziano l'importanza di sostenere la lotta al tabagismo con misure che mirino sia a ridurre il fenomeno del fumo sia ad aiutare i fumatori a smettere. L'indagine DOXA del 2009 relativa all'abitudine al fumo degli italiani ha messo in evidenza che i fumatori in Italia sono circa il 25% della popolazione di età superiore ai 15 anni[1,9]. Dalla stessa indagine è emerso che tra i fumatori solo il 10% è seriamente intenzionato a smettere di fumare nei successivi sei mesi dall'intervista e che il 27,5% ha fatto almeno un tentativo nell'ultimo anno per smettere, ma senza successo. Gli ex-fumatori sono il 14,6% delle persone, corrispondenti a 7,5 milioni di cittadini[9,10]. Sebbene la prevalenza dei fumatori sia significativamente diminuita dagli anni '50, la diminuzione è stata minore negli ultimi decenni[11,12] e nel 2009 i fumatori sono aumentati di 2 milioni rispetto al 2008[10]. L'aumento è per lo più imputabile sia all'aumento della prevalenza dei fumatori giovani di età compresa fra i 15 e i 24 anni (il 5% in più rispetto al 2008), sia alla diminuzione degli ex-fumatori (il 3,8% in meno rispetto al 2008)[10].

In Italia sono disponibili molte tipologie di programmi per smettere di fumare[5,13]. Una ricerca condotta su 143 Centri Antifumo italiani ha mostrato che tutti gli approcci terapeutici offerti dai CA aiutano i fumatori a smettere, in particolare le terapie farmacologiche associate alle terapie di gruppo[5].

Fin dal 2000, l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità (OssFAD - ISS) è impegnato nella promozione di indagini e studi che permettano di censire e documentare l'attività dei Servizi Territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco distribuiti nelle diverse regioni italiane. Questi studi hanno inoltre valutato l'efficacia dei programmi di cessazione dal fumo offerti dai diversi Centri[13-19].

La presente ricerca ha l'obiettivo di descrivere le principali caratteristiche dei servizi per la cessazione dal fumo di tabacco presenti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in termini di organizzazione, distribuzione sul territorio nazionale, accessibilità, offerta di trattamenti per smettere di fumare. La ricerca, inoltre, presentando dati aggiornati, contribuisce a monitorare nel tempo l'attività dei CA italiani.

MATERIALI E METODI

La ricerca ha coinvolto i CA afferenti al SSN presenti nell'elenco dei Centri Antifumo aggiornato al 2009[13].

Sono stati contattati, telefonicamente e attraverso e-mail, i coordinatori di 284 CA[13]. La raccolta delle informazioni è stata effettuata nel periodo compreso fra febbraio e aprile 2010 attraverso una scheda standard relativa ad informazioni sugli aspetti strutturali, organizzativi e procedurali dei centri antifumo.

Nello specifico sono state raccolte informazioni su:

a) Collocazione e organizzazione dei CA (informazioni generali sulla collocazione e della tipologia di ente al quale afferisce il CA; denominazione del servizio; anno di attivazione del servizio; atto legale che regolamenta l'attività ad esempio delibera aziendale o regionale;
b) Modalità di accesso ai centri (costi e accesso con o senza prescrizione medica su ricettario dell'SSN);
c) Tipologia dei programmi per smettere di fumare (terapia farmacologica, counselling individuale, terapia di gruppo, e altre tipologie di trattamento) e figure professionali operanti all'interno dei CA (medico, psicologo, infermiere, educatore e altre figure professionali);
d) Numero di fumatori trattati dal CA nell'anno precedente l'indagine.

I dati raccolti sono stati elaborati statisticamente con il programma SPSS 17.0.

RISULTATI

Sono 284 i CA dell'SSN censiti a dicembre del 2009 e partecipanti alla ricerca. Si tratta di servizi presenti in tutta Italia, con una distribuzione non omogenea sul territorio nazionale (55,6% al Nord, 22,6% al Centro, 21,8% al Sud e Isole).

I CA differiscono per caratteristiche strutturali e procedurali, con una variabilità che riguarda la collocazione del servizio, la composizione dell'équipe, la tipologia d'intervento e le modalità di accesso.

a) Collocazione e organizzazione dei CA

In Tabella 1 sono riportate alcune informazioni sui centri. Si sottolinea come i CA siano attivi prevalentemente presso i Servizi Territoriali di Unità Sanitarie Locali (per lo più Servizi per le dipendenze e Ser.T./Ser.D) e presso Strutture Ospedaliere (prevalentemente nei reparti di pneumologia).

Una estrema variabilità riguarda la denominazione dei servizi per la cessazione: la più frequente è quella di "Centro Antifumo" (39,6%).

ENTE DI APPARTENENZA	%
Ospedale	39,9
Servizio Territoriale	58,3
Altro	1,8
COLLOCAZIONE	**%**
Ser.T. e Dipartimenti Dipendenze	38,9
Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria	30,4
Altro	18,7
Non rilevato	12
DELIBERA AZIENDALE O REGIONALE	**%**
Si*	74,5
No	15,5
Altro	2,8
n.r.	7,2

**Comprende Ser.T./Ser.D. per i quali il trattamento del tabagismo rientra tra i compiti istituzionali*

Tabella 1 *– Caratteristiche dei CA*

Nel 74,5% dei casi i centri operano con una delibera o altro atto formale che istituisce il servizio e ne definisce i compiti. Tra questi centri troviamo anche i Servizi per le tossicodipendenze per i quali il trattamento del tabagismo rientra tra i compiti istituzionali. Nel 2009 si è registrato un aumento del numero di CA del 2,9%, corrispondente a 8 centri in più sul territorio nazionale rispetto all'anno precedente. Questo dato è rappresentativo della variabilità della distribuzione dei CA in quanto è il risultato della differenza fra centri di recente attivazione e centri non più operativi.

Come evidente dalla Figura 1 le prime esperienze di trattamento del tabagismo risalgono al 1982 e la maggior parte degli attuali Centri è stato attivato tra il 2000 e il 2003. Comunque ogni anno vengono attivati nuovi centri.

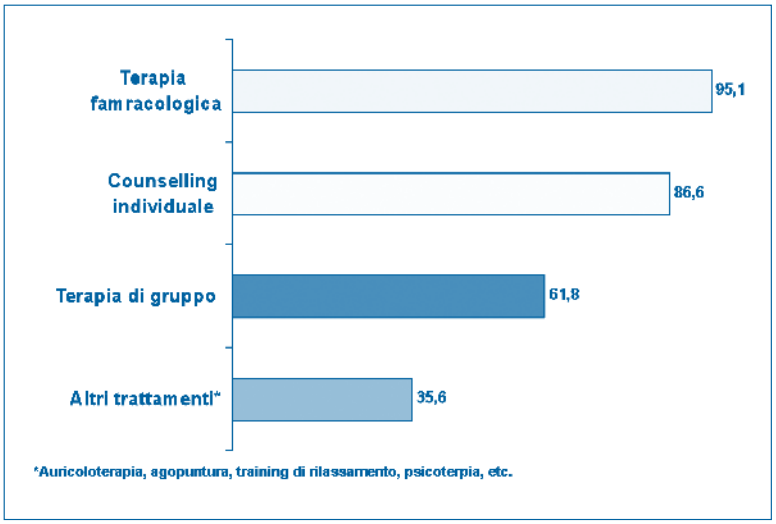


Figura 2 – Prevalenza di tipologia di trattamenti.

b) Modalità di accesso ai centri

Ai CA si accede prevalentemente con il pagamento di un ticket (48,2%). Le prestazioni sono gratuite nel 26,8% dei centri, il 21% di essi prevede una modalità di accesso "mista" (in parte con il ticket e in parte gratuita), mentre il 3,5% prevede un accesso "a pagamento" (nel restante 0,5% l'informazione non è stata rilevata). Ai trattamenti si accede prevalentemente con prescrizione medica su ricettario dell'SSN (52,7%) e nel restante 41% in modo diretto.

c) Tipologia dei programmi per smettere di fumare e figure professionali

In Figura 2 sono indicate le prevalenze dei trattamenti per smettere di fumare disponibili nei CA.

La maggior parte dei servizi propone dei programmi terapeutici con una combinazione fra diversi trattamenti: alla valutazione clinica iniziale segue la terapia farmacologica, il counselling individuale, la terapia di gruppo e altre tipologie di trattamenti. I CA si avvalgono di diverse figure professionali, prevalentemente medici (96,8%), infermieri (62,9%), psicologi (61,8%), educatori professionali (14,8%) ed altre figure (28,3%) tra cui assistenti sanitari, operatori di centri antifumo, dietologi.

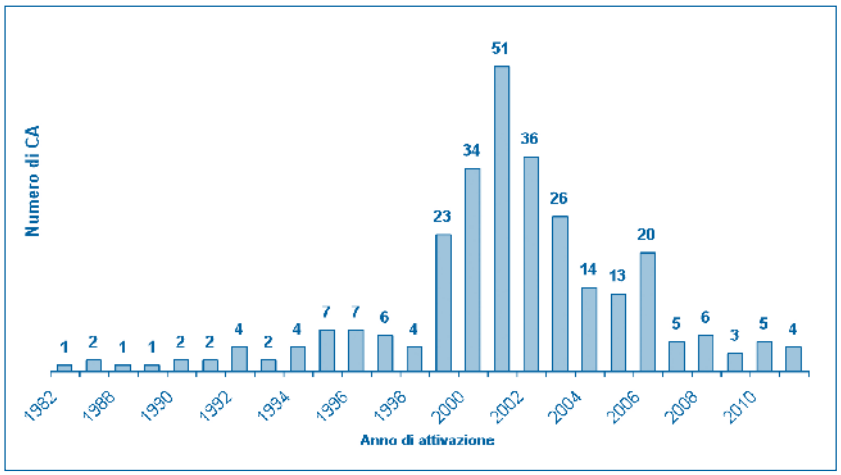


Figura 1 – Anno di attivazione dei CA.

La mancanza di risorse finanziarie e la mancanza di personale dedicato al centro sono alcuni dei motivi per cui nei CA operano in media 3,5 unità di personale. Nel 29,7% dei centri sono presenti al massimo due figure professionali (Figura 3).

d) Numero di fumatori trattati nei CA

Nel 2009 sono stati seguiti complessivamente oltre 18000 persone. Ogni CA ha avuto una media di 86 richieste di trattamento ed ha effettivamente seguito in media 77 utenti fumatori, con oscillazioni che vanno da 1 a 550 utenti seguiti. In Figura 4 vengono mostrati i dati relativi al numero di utenti che i centri hanno seguito nel 2009. Come è possibile notare, la maggior parte dei centri (56,9%) ha seguito un numero di utenti variabile tra gli 11 e i 100.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'organizzazione dei CA a livello nazionale risente ancora di una frammentazione che riflette pratiche che si sono sviluppate a partire dalla disponibilità di singoli professionisti, che operavano e in molti casi ancora operano su base volontaristica, sia in ambito ospedaliero che nei servizi territoriali. I CA hanno iniziato ad operare alla fine degli anni '90, e sono stati per lo più attivati tra il 2000 e il 2003. È importante sottolineare che esiste una grossa variabilità sia dell'offerta di trattamenti che dei costi degli stessi. Questa variabilità è legata sia alla diversa regolamentazione legata all'appartenenza del centro ad una struttura territoriale, come i SerT, piuttosto che ad una struttura ospedaliera, sia a differenze regionali di attuazione di una regolamentazione specifica dei centri antifumo. Nel caso dei costi dei trattamenti, sebbene questi siano gratuiti nel 26,8% dei centri e per il 48,2% sia previsto il pagamento di un ticket, la spesa di un trattamento per smettere di fumare può essere piuttosto onerosa se agli eventuali costi di base aggiungiamo i costi dei farmaci (che sono a carico degli utenti). Come è noto, la spesa ha una ricaduta negativa

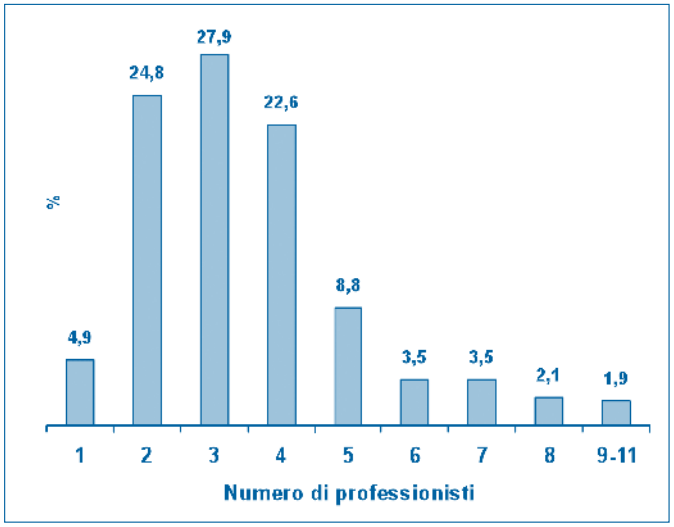


Figura 3 – Numero di professionisti che lavorano nel CA.

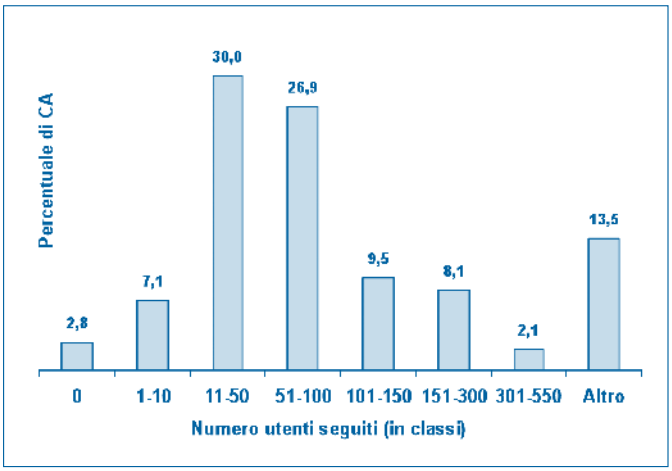


Figura 4 – Utenti seguiti nel 2009.

sull'accessibilità ai trattamenti delle persone fumatrici.

Dal contatto con i singoli coordinatori dei CA, ed in particolare con i referenti di centri che nel 2009 hanno cessato di essere operativi, emergono una serie di caratteristiche e di difficoltà con le quali ogni giorno gli operatori dei CA devono confrontarsi. In molti casi quelle dei centri sono esperienze che rischiano di rimanere isolate: infatti spesso accade che per riduzione del personale, andato in pensione o assegnato ad altro incarico, il CA non può più contare sulla continuità della propria attività. Queste sono alcune delle difficoltà che hanno riscontrato 8 CA (2,8%) che nel 2009 non hanno potuto seguire alcun utente fumatore. Sono tuttavia molte le esperienze virtuose dei CA: 63 CA, ad esempio, hanno seguito oltre 100 utenti fumatori. Nel 2009, infatti, più di 18000 persone sono state seguite presso i centri antifumo per smettere di fumare. Questo numero potrebbe aumentare se a fronte di un investimento di risorse economiche e di personale dedicato nei CA, vi fosse a livello nazionale una maggiore collaborazione fra sanitari, in particolare dei medici di medicina generale, e periodiche campagne di informazione e prevenzione. È auspicabile che anche in Italia, così come accade in altri paesi, ci sia una maggiore attenzione ai CA, che devono avere strutture, personale e finanziamenti adeguati. ■

Disclosure: *Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.*

Bibliografia

1. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic. Implementing smoke-free environments 2009, ISBN: 978 92 4 156391 8, WM 290.
2. Galeone D, Spizzichino L, Le azioni antifumo nel programma Guadagnare Salute. In: La Grutta S, Rossi GA, ed. I danni dell'esposizione al fumo di sigaretta: fisiopatogenesi, implicazioni cliniche, strategie di intervento in pediatria. Primula Multimedia 2009. pag. 40-41.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Public Health Service: Rockville, MD, U.S., May 2008.
4. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000, 321, 355-358.
5. Belleudi V, Bargagli AM, Davoli M, Di Pucchio A, Pacifici R, Pizzi E, et al. Interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo in Italia: offerta ed efficacia nella pratica. Risultati di uno studio longitudinale multicentrico. Epidemiologia e Prevenzione 2007, 31, 148-157.
6. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes. Addiction 2005, 100, 59-69.
7. Willis N, Croghan E, Chambers M. NHS Stop Smoking Services: Service and monitoring guidance 2009/2010, 2009: www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_096887.pdf
8. Bauld L, Chesterman J, Judge K, Pound E, Coleman T. On behalf of the English Evaluation of Smoking Cessation Services (EESCS). Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England. Tob. Control 2003, 12, 296-301.
9. Pacifici R. Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale: prospettive ed impegni. Presented at the XII Convegno Nazionale: Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, Rome, Italy, May 2009.
10. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Il fumo in Italia: Indagine DOXA 2009. Istituto Superiore di Sanita': Roma, Italy, 2009: www.iss.it/binary/ofad/cont/Zuccaro_Milano_2009_cartella_stampa.pdf
11. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, et al. Smoking in Italy 2005-2006: effects of a comprehensive national tobacco regulation. Prev. Med. 2007, 45, 198-201.
12. Rossi S, Carosi G, Spoletini R, Pizzi E, Di Pucchio A, Mattioli D, et al. IX Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Not Ist Super Sanità 2007, 20, 17-19.
13. Di Pucchio A, Pizzi E, Carosi G, Di Giovannandrea R, Gori P, Martucci L, et al. Guida ai Servizi Sanitari Territoriali per la Cessazione dal Fumo di Tabacco (aggiornamento 2009), Strumenti di Riferimento 2009, Istituto Superiore di Sanità, 10/S1.
14. Zuccaro P, Di Pucchio A, Martucci L, Modigliani G, Pizzi E, Pacifici R. Guida ai Servizi Territoriali per la Cessazione dal Fumo di Tabacco. Strumenti di Riferimento 2001, Istituto Superiore di Sanità, 18.
15. Pacifici R, Di Pucchio A, Pizzi E, Pichini S, Zuccaro P. Italian Smoking Cessation Services: A National Network. In: Abstract book 2003, 12th World Conference on Tobacco or Health; Helsinki, Finland, August 2003.
16. Pacifici R, Pizzi E, Di Pucchio A, Zuccaro P, Galeone D, Greco D, et al. Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco: risultati di una ricerca nazionale, Rapporti Istisan 2006, Istituto Superiore di Sanità, 06/8.
17. Di Pucchio A, Pizzi E, Solimini R, Mastrobattista L, Rossi S. Structural and operational characteristics of Italian Smoking cessation Services: a national investigation. In Final Program Book 2008, 10th Annual Conference of SRNT Europe, Rome, September 2008, 173.
18. Pizzi E, Di Pucchio A, Mastrobattista L, Solimini R, Pacifici R, Pichini S, A Helpline Telephone Service for Tobacco Related Issues: The Italian Experience, Int. J. Environ. Res. Public Health 2009, 6 (3), 900-914.
19. Di Pucchio A, Pizzi E, Carosi G, Mazzola M, Mattioli D, Pacifici R, Pichini S. National Survey of the Smoking Cessation Services in Italy. Int. J. Environ. Res. Public Health 2009, 6 (3), 915-926.

Il trattamento del tabagismo: costi e ricadute

Smoking cessation therapy: cost/effectiveness

Francesco Romano, Elena Santelli, Marisa Ines Scarlato, Vincenzo Zagà

Riassunto

Ogni anno oltre 5 milioni e mezzo di persone muoiono nel mondo per malattie fumo-correlate. In Italia il fumo di tabacco determina annualmente circa 90.000 morti e una spesa di oltre 6 miliardi di euro tra costi sanitari e perdita di produttività. Nello sforzo di ridurre questo carico socio-economico, molti Stati, governi e organizzazioni non governative finanziano programmi e politiche di controllo del fumo di tabacco. In questo lavoro è stata eseguita una revisione della letteratura esistente sulle valutazioni economiche degli interventi mirati al controllo del fumo e delle sue ricadute, ed è stato riscontrato che le terapie per la cessazione del fumo sono le più comunemente studiate. Al contrario, esistono pochi studi su altri importanti interventi, come gli aumenti del prezzo e delle tasse, le campagne mediatiche, le normative e gli interventi per gli ambienti di vita e di lavoro liberi dal fumo, le "quitlines", l'inasprimento dei divieti di accesso al fumo per i giovani, i programmi di prevenzione nelle scuole e in comunità. Sebbene ci siano dei limiti, gli studi esistenti mostrano in quasi tutti i casi che i programmi e le politiche di controllo del fumo di tabacco determinano un risparmio di costi e sono altamente costo-efficaci.

Parole chiave: *Economia sanitaria; Valutazione economica; Costo efficacia; Fumo; Tabacco; Cessazione del fumo.*

Summary

Epidemiological data shows that each year, an estimated 5,5 million people die of smoking-related disease in the world. In Italy tobacco smoking results in about 90.00 deaths and more than € 6 billion in medical costs and productivity losses annually. In an effort to reduce this burden, many states, governments and non governative organizations fund tobacco control programs and policies.

In this paper has been reviewed existing literature on economic evaluations of tobacco control interventions and it has been found that smoking cessation therapies are most commonly studied.

On the contrary, there are far fewer studies on other important interventions, such as price and tax increases, media campaigns, smoke free air laws and workplace smoking interventions, quitlines, youth access enforcement, school-based programs, and community-based programs.

Although there are some gaps in the literature, the existing studies show in almost every case that tobacco control programs and policies are cost-saving and highly cost-effective.

Keywords: *Health economics; Economic evaluation; Cost-effectiveness; Smoking; Tobacco; Smoking cessation.*

INTRODUZIONE

Il fumo di sigaretta determina un enorme carico economico e sanitario per tutti gli Stati della Terra. Si stima che ogni anno muoiano nel mondo, per malattie fumo-correlate, oltre 5 milioni e mezzo di persone, circa 450.000 negli USA e 90.000 in Italia[1]. Il fumo è responsabile almeno del 85% delle morti per BPCO, enfisema polmonare e tumori polmonari, del 50% delle morti per malattie cardiovascolari, del 30% dei decessi per tutte le forme di cancro e del 15% di tutte le cause di morte[2]. Il fumo di sigaretta determina, inoltre, una spesa di oltre 190 miliardi di dollari negli USA[3,4] e di oltre 6 miliardi di euro in Italia tra costi sanitari e perdita di produttività. Nello sforzo di ridurre questo carico socio-economico, molti Stati, governi e organizzazioni non governative finanziano programmi e politiche di controllo del fumo di tabacco. Negli Stati Uniti i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) raccomandano una spesa media di 5.98 dollari per persona in programmi di controllo del fumo[5]. Tuttavia, nel 2006 negli USA sono stati spesi circa 538 milioni di dollari (1.85 $ a persona) in iniziative antitabacco, molto meno del picco di circa 750 milioni di dollari (2.51 $ a persona) spesi nel 2003[6]. L'evidenza suggerisce che i programmi e le politiche di controllo del tabacco sono efficaci nel ridurre l'iniziazione al fumo, nell'aumentare i tassi di cessazione e nel ridurre l'esposizione al fumo passivo[7,8]. Sebbene molto si sia compreso sulle politiche di controllo del tabacco, poco si conosce, invece, sulla loro costo-efficacia. Per questo gli studi sugli interventi antitabacco dovrebbero valutarne sempre i costi e le ricadute. La valutazione economica, infatti, è utile nell'identificare, misurare, pesare e comparare i costi e le conseguenze degli interventi alternativi considerati. Benché ci siano dei limiti, gli studi esistenti mostrano in quasi tutti i casi che i programmi e le politiche di controllo del fumo di tabacco determinano un risparmio di costi e sono alta-

Francesco Romano *(francoromanocs@libero.it)*
Marisa Ines Scarlato
U.O. di Pneumologia Oncologica – Centro Antifumo Azienda Ospedaliera di Cosenza

Elena Santelli
Istituto di Demografia - Dipartimento di Economia e Statistica – Facoltà di Economia Università della Calabria, Rende (CS)

Vincenzo Zagà
U.O. di Pneumotisiologia Territoriale Azienda USL di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

mente costo-efficaci quando comparati con altri interventi di salute pubblica. Tutto questo dovrebbe essere tenuto in debita considerazione dai decisori politici nella programmazione e nell'implementazione degli interventi mirati al controllo del fumo.

ELEMENTI DI VALUTAZIONE ECONOMICA

In considerazione delle caratteristiche del presente articolo vengono brevemente descritti i quattro metodi principali usati nelle valutazioni economiche: L'analisi di costo (AC), l'analisi costo-efficacia (ACE), l'analisi costo-utilità (ACU) e l'analisi costo-beneficio (ACB).

Analisi di costo

Le analisi di costo possono essere condotte da sole, ma spesso sono parte di ACE, ACU o ACB e includono i costi di sviluppo e implementazione di un intervento. I costi sono tipicamente espressi come costi totali o come somma per ogni persona oggetto del programma[9]. Questi costi sono classificati come costi diretti, costi indiretti e costi intangibili. I costi diretti possono essere sia medici che non medici. I costi indiretti (costo-opportunità) sono relativi alla perdita di tempo e di produttività di coloro i quali sono oggetto dell'intervento[10]. I costi intangibili, che misurano il dolore o la sofferenza associate a un dato intervento, sono difficili da quantificare e perciò sono raramente inclusi nelle valutazioni economiche[10].

Analisi costo-efficacia

L'ACE lega i costi di un intervento alle ricadute sanitarie, intese come miglioramento dello stato di salute, determinate dall'intervento stesso[8]. Le ricadute includono i casi e i giorni di ospedalizzazione evitati, le morti posticipate e gli anni di vita salvati. L'ACE viene usata per confrontare un singolo intervento con uno scenario senza intervento o per comparare due o più interventi con livelli differenti di efficacia o costi[11]. Le ricadute sanitarie risultanti da ogni intervento non devono essere le stesse, ma devono poter essere convertite in una unità comune (unità di salute), come, ad esempio, gli anni di vita salvati. I risultati di un'ACE sono tipicamente espressi come rapporto costo-efficacia, che misura il costo netto dell'intervento per unità di salute guadagnata. Ci sono tre tipi di rapporto costo-efficacia: il rapporto costo-efficacia incrementale (RCEI), che misura il costo per guadagnare una unità di salute addizionale confrontando un intervento con un altro. Il rapporto costo-efficacia marginale (RCEM) misura i risultati addizionali derivanti da investimenti aggiuntivi in un dato intervento, mentre il rapporto costo-efficacia medio (ARCE) compara un dato intervento ad un non intervento[10].

Analisi costo-utilità

L'ACU confronta i costi di un intervento con una particolare misura del miglioramento dello stato di salute, gli anni di vita aggiustati per qualità (di vita) (QALY). QALY tiene conto sia della mortalità che della morbilità per stimare la qualità di vita complessiva. I risultati delle ACU sono tipicamente espressi come costo per QALY salvati[9]. Il vantaggio di questo approccio è dato dal fatto che esso permette di comparare differenti tipi di ricadute sanitarie[10]. Due altre misure di salute legate al tempo spesso associate con l'ACU sono gli anni di vita aggiustati per disabilità (DALY) e gli anni di vita in salute (HeaLY).

Analisi costo-beneficio

L'ACB esprime sia i costi del programma che quello della salute guadagnata in termini monetari aggiustati per il valore corrente o attuale del denaro. L'ACB è usata quando gli interventi vengono comparati per risultato di outcomes differenti. Le due misure di ACB più comunemente usate sono i benefici netti (valore presente dei benefici meno i rischi e meno il costo della prevenzione) e il rapporto costo-beneficio (valore presente dei benefici diviso il valore presente dei costi). In generale, se i benefici superano i costi, l'investimento nel programma è economicamente conveniente. L'ACB nelle ricerche di salute pubblica non è così comune come l'ACE e l'ACU a causa delle difficoltà e delle controversie che possono sussistere quando si mettono insieme valori monetari e conseguenze per la salute.

Ruolo della prospettiva nella valutazione economica

La prospettiva di una valutazione economica è spesso determinata dall'utilizzatore finale dello studio, e la prospettiva a sua volta determina quali costi e benefici dovrebbero essere considerati nello studio. Per questa ragione bisogna specificare la prospettiva dello studio prima dell'inizio della raccolta e dell'analisi dei dati. Gli utilizzatori finali possono essere rappresentati da finanziatori pubblici e privati, agenzie governative, o dalla società intera. I "decision makers" con un budget fisso, un set di opzioni per utilizzare il budget, e una serie di altre variabili (risorse, etiche o politiche) spesso richiedono valutazioni che siano altamente specifiche al loro contesto[9-11].

METODOLOGIA

È stata passata in rassegna la letteratura disponibile sulle valutazioni economiche delle politiche e dei programmi di controllo del fumo di tabacco. Utilizzando come motori di ricerca Pubmed, Embase e Science Direct sono stati presi in considerazione gli studi e le review pubblicati tra il 1983 e il 2009 dai quali sono stati estrapolati il costo per ogni cessazione, il costo per anno di vita salvato e il costo per QALY.

INTERVENTI DI POLITICA SANITARIA

Aumento della tassazione e del prezzo delle sigarette

I costi dell'aumento della tassazione (o del prezzo) delle sigarette sono essenzialmente pari a zero dal punto di vista della salute pubblica. Comunque, i guadagni per la società derivanti da un aumento degli introiti delle tasse sulle sigarette e dai risparmi sui costi economici delle cure bilanciano i costi potenziali sopportati dai fumatori, dai tabaccai e dai produttori. Nonostante il contrabbando (e la mancata tassazione delle sigarette illegali), ogni aumento delle tasse sulle sigarette ha determinato storicamente un aumento degli introiti statali. Sono stati trovati tre studi che hanno usato modelli di simulazione per stimare l'impatto dell'aumento del-

le tasse o del prezzo delle sigarette sulle ricadute economiche e sanitarie[12,13,15]. Ahmad[12] ha sviluppato un modello di simulazione per la popolazione della California lungo un periodo di 75 anni e ha trovato che, con un 20% di aumento delle tasse sulle sigarette, si potrebbe proiettare una riduzione della prevalenza del fumo dal livello attuale del 17% a meno del 12%. In 75 anni, l'introito derivante dalle tasse potrebbe aumentare di almeno 12 miliardi di dollari e i costi medici attribuibili al fumo potrebbero diminuire di 220 miliardi di dollari. Fishman et al.[13] hanno stimato la costo-efficacia degli effetti combinati di una campagna nazionale antifumo condotta dai mass media con l'aumento di 1 dollaro delle tasse federali sulle sigarette usando il modello di Rivara et al.[14], e hanno trovato che il numero di anni di vita salvati era pari a 630.925. Contabilizzando solo il costo della campagna dei media, il costo per anni di vita salvati era compreso tra 599 e 4.646 dollari. Considerando l'introito derivante dall'aumento delle tasse di 1 dollaro, l'intervento combinato determina un risparmio di costi compreso tra 573.346 e 797.701 dollari per anni di vita salvati.

Kaplan et al.[15] hanno riprodotto i cambiamenti nella prevalenza del fumo in risposta a una serie di incrementi delle tasse nello stato della California un anno dopo l'inizio della tassazione e dopo 75 anni. Il loro modello era statico e non simulava alcun cambiamento nella popolazione col passare degli anni. Assumendo una riduzione della domanda di sigarette di 0.4 e un aumento delle tasse di mezzo dollaro si avrebbe un guadagno di 8.389 QALY nel primo anno, fino al raggiungimento di un livello di stabilità atteso dopo 75 anni e pari a 52.136 QALY per anno. Invece, un aumento della tassazione di 1 dollaro e una riduzione della domanda di 0.60 determinerebbe 25.380 QALY salvati nel primo anno.

Uno studio internazionale[16] ha usato tecniche tradizionali di costo-efficacia per valutare l'aumento di prezzo delle sigarette. Gli Autori hanno calcolato la costo-efficacia dell'aumento di prezzo, della terapia con sostituti della nicotina (NRT) e di un insieme di interventi a costo zero (divieti di pubblicità, leggi sugli ambienti liberi dal fumo e campagne dei media) in aggiunta alla NRT. Essi hanno trovato che un aumento del 10% del prezzo delle sigarette indotto dall'aumento della tassazione potrebbe prevenire, in tutto il mondo, tra 5 e 16 milioni di morti attribuibili al fumo.

I ricercatori hanno trovato anche che l'aumento di prezzo nei paesi ad alto reddito aveva una costo-efficacia di 106 – 3.550 dollari per DALY, la NRT 961-9.231 dollari per DALY, e gli altri interventi senza costi 892 – 17.837 dollari per DALY.

Tutti questi studi dimostrano che gli aumenti delle tasse sulle sigarette sono altamente efficaci nel ridurre il carico sanitario ed economico del fumo mentre, nello stesso tempo, generano maggiori introiti per i governi.

Leggi e politiche per ambienti liberi dal fumo

Nella letteratura esistente non è presente alcuno studio specifico sulla costo-efficacia di leggi per ambienti liberi dal fumo, mentre è citato uno studio di costo-beneficio[17]. Questo studio è un rapporto del governo americano "non-peer-reviewed" che tratteggia i benefici e i costi di un provvedimento sugli ambienti liberi dal fumo proposto a livello nazionale allo scopo di limitare o vietare il fumo in tutti gli edifici pubblici regolarmente frequentati da dieci o più persone alla settimana. I costi includevano l'implementazione e il rafforzamento delle limitazioni, nonché la costruzione e il mantenimento di ambienti per i fumatori. I benefici includevano risparmi sulle spese mediche derivanti dalla prevenzione di malattie cardiache, il valore delle vite salvate, i costi evitati attraverso la riduzione degli incendi legati al fumo, e i miglioramenti della produttività. Il beneficio netto attualizzato per la società era compreso tra 42 e 87 miliardi di dollari, e questo ampio margine era basato sul valore alto o basso delle stime dei costi e dei benefici. Ong e Glantz[18] hanno confrontato la costo-efficacia della NRT con un provvedimento politico sugli ambienti di lavoro liberi dal fumo nell'intero stato del Minnesota (USA). Lo studio ha trovato che un programma di NRT avrebbe determinato 18.500 casi di cessazione del fumo (quitting) al costo di 10.067 dollari per quitter (6.367 dollari per QALY), mentre una politica sui posti di lavoro liberi dal fumo avrebbe determinato 10.400 quitters al costo di 1.146 dollari per quitter (726 dollari per QALY). Gli Autori hanno concluso che una politica statale per il controllo del fumo nel posto di lavoro sarebbe circa nove volte più costo-efficace di un programma statale con la NRT. In letteratura sono presenti molti lavori che hanno valutato l'impatto economico dei divieti e delle leggi restrittive sul fumo. Ad esempio, Mandel et al.[19] hanno concluso che le normative per gli ambienti "smoke-free" non sono associati ad alcun cambiamento in termini di ricavi economici delle sale da gioco nello stato americano del Delaware. Scollo et al.[20], nella loro revisione sistematica di tutti gli studi riguardanti l'impatto delle politiche sugli ambienti liberi dal fumo nei luoghi di ritrovo, hanno riportato che le leggi per ristoranti e bar liberi dal fumo non hanno alcuna conseguenza sulle vendite e sull'impiego. Il rapporto del Surgeon General statunitense sulle conseguenze per la salute dell'esposizione involontaria al fumo di tabacco ha fornito evidenze da studi che hanno dimostrato che le politiche per gli ambienti liberi dal fumo non hanno effetti sulle entrate e, in alcuni casi, che ci sono stati aumenti dei guadagni[21-28]. Ci sono, al contrario, evidenze sull'attitudine al cambiamento dei proprietari, i gestori e lo staff dei bar in favore delle politiche sull'aria libera dal fumo, con

alti tassi di compliance[29-31]. Visto il successo delle politiche sugli ambienti liberi dal fumo, un importante passo successivo deve essere rappresentato da una valutazione sulla costo-efficacia di queste misure di controllo del tabacco, che al momento manca nella letteratura esistente.

COPERTURA ASSICURATIVA

Una sola ricerca ha studiato la costo-efficacia degli interventi antifumo sul posto di lavoro. In questo studio Curry et al.[32] hanno confrontato la costo-efficacia di quattro piani di copertura assicurativa sanitaria degli impiegati e hanno concluso che più del 2.8% degli impiegati avrebbe smesso di fumare se fossero stati assicurati sia l'approccio comportamentale sia quello con la sostituzione nicotinica. L'offerta di una copertura assicurativa totale avrebbe aumentato il costo da 2.10 a 6.48 dollari per impiegato arruolato all'anno. Il costo medio totale per ogni cessazione variava da 1.223 a 1.571 dollari.

RESTRIZIONI DELLA VENDITA AI GIOVANI

DiFranza et al.[33] hanno tratteggiato il risultato di un vigoroso rafforzamento delle leggi che vietano la vendita di tabacco ai giovani. Essi si sono chiesti, in assenza di dati sulla reale efficacia di simili provvedimenti, quanto devono essere efficaci le restrizioni della vendita di tabacco ai giovani nel ridurre la prevalenza del fumo perché questi interventi possano essere costo-efficaci. Se il programma di rafforzamento determina una riduzione del 5% nella prevalenza del fumo tra i giovani, il costo per anni vita salvati varierebbe da 535 a 3.773 dollari, in rapporto ai costi del provvedimento.

Se il programma di rafforzamento determina una riduzione del 25% nella prevalenza del fumo tra i giovani, il costo per anni vita salvati varierebbe da 107 a 742 dollari.

INTERVENTI SULLA POPOLAZIONE GENERALE

Campagne dei mass-media

Due studi hanno esaminato la costo-efficacia delle campagne dei mass-media per il controllo del fumo. Ratcliffe, Cairns e Platt[34] hanno valutato i costi e i risultati di una campagna antifumo condotta in Scozia sulla popolazione generale. La campagna consisteva in tre componenti principali: 1) pubblicità (televisione, poster e carta stampata); 2) "Smokeline", una linea telefonica di supporto alla cessazione; e 3) "You can stop smoking", un libretto dove erano forniti consigli pratici e avvisi sul fumo. Il costo per quitter variava tra 341 e 748 dollari. Il costo per anni di vita salvati variava da 617 a 1.330 dollari al tasso di sconto del 6%. Secker-Walker et al.[35] hanno stimato la costo-efficacia di una campagna dei media della durata di quattro anni, in aggiunta a un curriculum scolastico di educazione sul tabacco e i suoi danni, per prevenire l'inizio del fumo tra gli adolescenti. La campagna fu condotta per quattro anni iniziando dai tre corsi della scuola media inferiore (10 –13 anni) fino ai primi tre corsi della scuola media superiore (14-16 anni). Il costo per lo sviluppo della campagna fu pari a 945.498 dollari e il costo per ogni studente potenzialmente esposto fu di 51 dollari. Il costo per ogni fumatore distolto fu di 939 dollari e il costo per anni vita salvati fu di 867 dollari al tasso di sconto del 3%.

Interventi sulla comunità

Sacker-Walker et al.[36] hanno stimato il rapporto costo-efficacia di un progetto di ricerca della durata di quattro anni condotto nella comunità e disegnato allo scopo di aiutare le donne di età compresa tra 18 e 64 anni a smettere di fumare (il progetto Breath Easy). Lo studio impiegava un disegno semi-sperimentale controllato e comparava donne residenti in due diverse contee del Vermont e in due contee del New-Hampshire (USA). La costo-efficacia dell'intervento per anno di vita salvato fu pari a 2.087 dollari (IC 90%: 1.112$ - 16.993$), al tasso di sconto del 5%. Tran et al[37] hanno comparato la costo-efficacia di un programma di cessazione del fumo condotto dalle farmacie della comunità con quella di un tentativo di cessazione auto-gestito. Il costo aggiuntivo per ogni paziente in grado di smettere di fumare con le alternative del programma condotto dalle farmacie, in confronto al tentativo auto-gestito, fu di $ 277 per l'approccio individuale senza NRT, $ 1.097 per il cerotto alla nicotina, $ 2.109 per la gomma alla nicotina e $ 1.348 per il bupropione. In rapporto all'età del fumatore al momento della cessazione, la costo-efficacia variava da 844 a 1.662 dollari per anno di vita salvato. Questa analisi suggerisce che un programma di cessazione del fumo condotto dal farmacista rappresenta un'alternativa costo-efficace al tentativo auto-gestito.

Crealey et al.[38] hanno studiato la costo-efficacia di un programma di cessazione del fumo basato sulle farmacie di comunità impiegando dati di uno studio pilota condotto nell'Irlanda del Nord. Il programma consisteva di un processo in quattro stadi che includeva un contratto scritto tra il farmacista e il paziente con una "data di cessazione" (stop day) definita, con una serie di incontri di counseling in un periodo di sei mesi. Gli Autori hanno trovato che il costo per anno di vita salvato variava da 393 a 701 dollari per i maschi e da 362 a 1.541 dollari per le femmine, in rapporto all'età. Questo risultato può essere favorevolmente paragonato a quello di altri interventi medici di prevenzione sanitaria, quale lo screening per l'ipertensione arteriosa o per l'ipercolesterolemia.

Linee telefoniche (Quitlines)

Due studi hanno valutato la costo-efficacia delle quitlines. McAlister et al.[39] hanno usato un trial randomizzato per valutare il servizio di counseling telefonico dell'American Cancer Society nell'assistenza ai fumatori desiderosi di smettere. Lo studio ha evidenziato che il counseling raddoppia i tassi di cessazione e di mantenimento dell'astensione a

un anno. Gli Autori hanno concluso che il costo per ogni caso di mantenimento dell'astensione dal fumo attribuibile al counseling era di circa 1.475 dollari all'anno. Tomson et al.[40] hanno valutato il rapporto costo-efficacia del servizio nazionale gratuito di quitline in Svezia. Lo studio ha incluso 1.131 pazienti arruolati tra Febbraio 2000 e Novembre 2001. Gli Autori hanno trovato che il costo era pari a 1.161 – 1.500 dollari per ogni cessazione e a 343 – 443 dollari per anno di vita salvato, concludendo che il programma nazionale di quitline era costo-efficace.

PROGRAMMI DI PREVENZIONE DEL FUMO NELLE SCUOLE

Sono stati identificati due studi che hanno esaminato il rapporto costo-efficacia di programmi scolastici sulla educazione antifumo. Tengs, Osgood e Chen[41] hanno valutato la costo-efficacia di un programma di educazione scolastica intensiva sul tabacco, implementato a livello nazionale, utilizzando i dati della survey "Behavioral Risk Factor Surveillance System" (BRFSS) e dati di fertilità, mortalità, qualità della vita, costo dei programmi educativi e costi per cure mediche. Essi hanno concluso che la costo-efficacia di un programma di educazione scolastica antitabacco sarebbe pari a 23.440 dollari per QALY se il programma avesse una efficacia del 30% in un arco di tempo di quattro anni. Wang et al.[42] hanno stimato la costo-efficacia del progetto "Toward No Tabacco Use" (TNT). Il TNT consisteva in un percorso formativo curriculare di dieci lezioni a cura di educatori sanitari specializzati proposto a una coorte di 1.234 studenti di scuole superiori. Al costo totale di 24.506 dollari, l'intervento TNT era in grado di prevenire la possibilità che 35 studenti diventassero fumatori. Questo effetto determinava un risparmio stimato di costi pari a 19.894 dollari per anno/vita e di 12.672 dollari per QUALY.

TERAPIA FARMACOLOGICA

NRT e Bupropione

Sette studi hanno esaminato le valutazioni economiche relative all'uso di NRT e Bupropione, che spesso risultano associati al counselling[43–49]. Croghan et al.[43] hanno valutato il rapporto costo-efficacia del trattamento della dipendenza nicotinica, includendo NRT e counseling. Il tasso generale di cessazione del fumo a un anno era del 22% ad un costo di 9.231 dollari per anno di vita guadagnato, concludendo che, in confronto ad altri interventi medici, queste terapie sono costo-efficaci e poco dispendiose. Fiscella e Franks[44] hanno ricercato la costo-efficacia incrementale del cerotto transdermico alla nicotina insieme all'avviso del medico in confronto al solo avviso, e hanno trovato che l'uso del cerotto determinava una cessazione aggiuntiva nell'arco della vita a un costo di 9.392 dollari. La costo-efficacia incrementale del cerotto variava da 5.624 a 14.018 dollari per QALY nei maschi e da 6.347 a 8.945 dollari nelle femmine. Essi hanno anche dimostrato che una strategia clinica che limitava i rinnovi delle prescrizioni ai pazienti che si erano astenuti con successo dal fumo per due settimane migliorava del 25% la costo.efficacia dell'intervento. Gilbert et al.[45] hanno esaminato il rapporto costo-efficacia incrementale delle terapie farmacologiche per la cessazione del fumo, e hanno trovato che il costo per anno di vita salvato era pari a 4.031 dollari per le gomme alla nicotina, 2.152 dollari per il cerotto alla nicotina, 4.992 dollari per lo spray nasale alla nicotina, 4.660 dollari per l'inalatore alla nicotina e 1.438 dollari per il bupropione. Gli Autori hanno concluso che i trattamenti farmacologici potrebbero essere costo-efficaci se comparati ad altri interventi medici.

Hughes et al.[46] hanno monitorato 106 fumatori che avevano ricevuto un counseling medico ed erano stati randomizzati a ricevere una prescrizione di gomme alla nicotina a vari livelli di costo (30, 9 e 0 $). Il costo minore delle gomme alla nicotina era associato a una maggiore incidenza dell'acquisto delle gomme, ad un aumento dei tentativi di cessazione e ad un'aumentata astinenza dopo sei mesi. L'analisi costo-beneficio suggerisce un beneficio netto di 1.673 dollari per quitter per le gomme a costo zero, 418 dollari per quitter per le gomme al costo di 9 dollari e 617 dollari per quitter per le gomme da 30 dollari. Stapleton, Lowin e Russel[47] hanno calcolato i costi incrementali per anno di vita salvato con l'uso dei cerotti in aggiunta al counseling medico. Secondo questo studio, il costo incrementale per anno di vita salvato sarebbe di 791 dollari per gli individui più giovani di 35 anni, 686 dollari per i soggetti di età compresa tra 35 e 44 anni, 859 dollari per gli individui tra i 45 e i 54 anni e 1.561 dollari per gli individui tra i 55 e i 65 anni di età. Wasley et al.[48] hanno usato un trial randomizzato controllato disegnato allo scopo di determinare la costo-efficacia del cerotto transdermico alla nicotina. Lo studio ha trovato che usare il cerotto insieme al counseling era più costo-efficace del solo counseling. In funzione dell'età, i costi incrementali per anno di vita salvato con l'uso del cerotto erano compresi tra 2.301 e 3.778 dollari nei maschi e tra 3.894 e 5.625 dollari nelle femmine. Woolacott et al.[49] hanno sviluppato un modello analitico per comparare la costo-efficacia del counseling da solo, del counseling in aggiunta a NRT, del counseling più bupropione e del counseling con NRT e bupropione. Il costo incrementale per anno di vita salvato, comparato con l'avviso breve, era di 2.540 – 7.621 dollari per NRT, 1.580 – 4.743 dollari per il bupropione e di 2.085 – 6.256 dollari per NRT più bupropione. In tutti e sette gli studi la NRT ha dimostrato di essere altamente costo-efficace con un costo incrementale per anno di vita guadagnato compreso tra 1.447 e 11.374 dollari.

Vareniclina

In letteratura sono stati individuati tre studi sulla valutazione del rapporto costo-efficacia della vareniclina nel trattamento del tabagismo. Halpern et al.[50] hanno sviluppato un modello di analisi decisionale per stabilire gli effetti sanitari ed economici della vareniclina in confronto ad altri ausili per la cessazione del fumo in un setting privato, oppure di sanità pubblica o di una popolazione di impiegati. Comparando i pazienti trattati con la vareniclina con quelli che non avevano avuto alcun aiuto, la costo-efficacia della vareni-

clina a due anni variava tra 648 dollari nel setting privato e 836 dollari nella sanità pubblica per ogni ulteriore cessazione del fumo. Con l'uso della vareniclina, dopo due anni, tra gli impiegati sono stati evidenziati ulteriori risparmi di costi, in termini di spese sanitarie e del datore di lavoro, compresi tra 165 e 457 dollari per fumatore. Gli Autori hanno concluso che la vareniclina presenta un ottimo rapporto costo-efficacia con un ulteriore risparmio di spesa che, nei luoghi di lavoro, deriva dal minor assenteismo e dall'aumentata produttività. Howard et al.[51] hanno studiato un modello di Markov, il "Benefit of Smoking Cessation on Outcomes" (BENESCO), per simulare, nell'arco della vita, i costi diretti e le conseguenze in una coorte di fumatori adulti statunitensi che facevano un tentativo per smettere di fumare. Le strategie di cessazione messe a confronto erano la vareniclina, il bupropione, la NRT e il non aiuto. Il modello ha usato gli "hazard ratios" dello studio Cancer Prevention Study (CPS)-II per la mortalità delle malattie fumo-correlate come un "proxy" per calcolare i rischi relativi di incidenza e prevalenza di queste malattie. I costi economici (in valori dell'anno 2005) e l'utilità per le malattie fumo-correlate incluse nel trial (cancro del polmone, BPCO, cardiopatia ischemica, stroke e riacutizzazione di asma bronchiale) e l'efficacia delle strategie di cessazione sono stati ricavati da pubblicazioni presenti in letteratura. I risultati dello studio, derivati da un'analisi di sensibilità probabilistica e univariata, hanno evidenziato che la vareniclina determina i migliori risultati rispetto a tutte le altre strategie di cessazione del fumo considerate nella ricerca sia in un periodo di 20 anni sia nell'arco dell'intera vita. Inoltre, gli Autori hanno trovato che se il 25% degli attuali fumatori americani facesse un solo tentativo per smettere di fumare usando la vareniclina in confronto con la strategia di cessazione senza alcun aiuto, si potrebbero evitare almeno 144.000 morti e più di 261.000 casi di riacutizzazione di asma bronchiale, BPCO, cardiopatia ischemica, stroke e cancro del polmone. Annemans et al.[52] hanno studiato, in Belgio, il rapporto costo-efficacia della vareniclina in confronto con il bupropione, la NRT, il counseling breve e il non aiuto, utilizzando anch'essi il modello BENESCO. La vareniclina è risultata associata ad una riduzione della morbilità e della mortalità fumo-correlate, nonché a una diminuzione dei costi sanitari in confronto al bupropione e alla NRT. Inoltre, la vareniclina ha determinato un guadagno aggiuntivo in termini di anni/vita guadagnati e di QALY in confronto al counseling breve e alla cessazione senza alcun aiuto, presentando un rapporto costo/QALY di 240 e 1.656 euro rispettivamente.

COUNSELING E TERAPIA DI GRUPPO

Sono stati rivisti quattro studi che hanno messo a fuoco il counseling, inclusa la terapia di gruppo, per la cessazione del fumo. Alcuni degli interventi inclusi in questi studi hanno usato anche la NRT. Tutti gli studi valutati hanno messo in evidenza che il counseling è un trattamento costo-efficace per smettere di fumare, ma essi hanno anche suggerito che insieme alla NRT potrebbe essere più costo-efficace che da solo.

Cromwell et al.[53] hanno studiato la costo-efficacia delle "Smoking Cessation Clinical Practice Guidelines" del 1996[54]. Gli Autori hanno valutato diverse forme di counseling con e senza i cerotti alla nicotina e la gomma alla nicotina da sola. Essi hanno calcolato che l'implementazione dell'intero programma delle linee-guida avrebbe avuto un costo pari a circa 8.1 miliardi di dollari per il primo anno e avrebbe prodotto 1.7 milioni di quitters ad un costo medio di 4.841dollari per quitter. Il costo per QALY era compreso tra 1.419 e 5.818 dollari. Gli interventi più intensivi erano quelli con il maggior rapporto costo-efficacia, suggerendo che una maggiore spesa per gli interventi di cessazione produceva un maggior beneficio netto.

Cummings, Rubin e Oster[55] hanno analizzato il rapporto costo-efficacia del counseling antitabagico offerto durante una visita medica di routine usando i risultati pubblicati di trials randomizzati. Gli Autori hanno trovato che il counseling breve nel corso delle visite mediche di routine costa tra 1.325 e 1.857 dollari per i maschi e 2.264 – 3.869 dollari per le femmine per anno di vita salvato. La costo-efficacia del counseling è sembrata sovrapponibile a quella delle gomme alla nicotina. Lo studio ha concluso che il counseling antitabagico aveva una costo-efficacia analoga a quella di molti altri interventi di prevenzione sanitaria e dovrebbe essere inserito nel trattamento abituale dei pazienti che fumano. Krumholz et al.[56] hanno valutato la costo-efficacia di un programma di cessazione tabagica in un setting ospedaliero fornito dagli infermieri ai fumatori ricoverati per infarto miocardio. Gli Autori hanno concluso che il costo incrementale del programma per anno di vita salvato, confrontato con la terapia tradizionale, era di circa 306 dollari all'anno. Meenan et al.[57] hanno valutato il rapporto costo-efficacia di un programma di cessazione tabagica e di prevenzione della ricaduta per fumatori adulti ospedalizzati. Questo studio fu condotto secondo la prospettiva dell'ospedale. Gli Autori hanno usato costi scontati per anno di vita salvato al fine di misurare l'efficacia degli interventi che includevano una sessione di 20 minuti di counseling al capezzale del paziente, una videoproiezione di 12 minuti, materiale cartaceo di auto-aiuto e un numero di chiamate per il follow-up. Essi hanno trovato che il costo incrementale per ogni quitter in più era di 4.873 dollari (210 dollari per fumatore), con costi per anno di vita salvato compresi tra 2.229 e 9.811 dollari. Implementando il programma nell'attività di routine, i costi totali dell'intervento si sarebbero ridotti drammaticamente e quindi i costi per anno di vita salvato si sarebbero ridotti di più del 90% a 501 dollari.

INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO NELLE GESTANTI

I notevoli costi per le cure dei neonati con basso peso alla nascita (BPN), dei nati prematuri, e le morti per "sindrome della morte in culla" (SIDS), suggeriscono che gli interventi per ridurre il fumo tra le gestanti dovrebbero essere altamente costo-efficaci.

In questo lavoro sono state passate in rassegna sei valutazioni economi-

che[58-63] di interventi di cessazione del fumo tra le gestanti, due delle quali hanno stimato i costi al di sotto dei quali l'intervento è costo-efficace (break-even cost). Questi articoli, infatti, mostrano che interventi altamente efficaci potrebbero essere implementati in corso di gravidanza nelle fumatrici ad un costo estremamente basso (16-50 dollari per gestante) con un rapporto costo-efficacia molto alto.

Ershoff et al.[58] hanno confrontato un programma domiciliare di cessazione del fumo con opportuna dieta con il trattamento standard e hanno trovato che le donne partecipanti al programma di cessazione smettevano di fumare di più durante la gravidanza (49.1% Vs 37.5%) e quelle di loro che continuavano a fumare durante l'intera gestazione fumavano di meno. Le donne comprese nel gruppo sperimentale avevano partorito bambini con un peso medio alla nascita maggiore e un numero minore di bambini pretermine. Il costo medio per parto nelle donne nel gruppo sperimentale era stato di 1.001 dollari contro i 1.395 dollari delle donne del gruppo di controllo.

Ershoff et al.[59] hanno studiato il rapporto costo-efficacia in un gruppo sperimentale di gestanti fumatrici che avevano ricevuto una formazione specifica sui rischi del fumo in gravidanza insieme a un programma di cessazione tabagica confrontato con gestanti fumatrici assegnate al gruppo di controllo e trattate con le cure abituali. In media i bambini nati dalle partecipanti inserite nel gruppo sperimentale avevano un peso maggiore di 57 grammi, mentre l'incidenza di BNP era circa la metà nel gruppo sperimentale in confronto al gruppo di controllo. Il costo medio per parto era stato di 1.767 dollari per il gruppo sperimentale e di 1.846 dollari nel gruppo di controllo.

Hueston, Mainous e Farrell[60] hanno esaminato la costo-efficacia di programmi di cessazione del fumo in gravidanza per prevenire il BPN, costruendo un diagramma di flusso per stimare i costi "break-even", considerando un tasso di cessazione del 18%. Per essere costo-efficace un intervento di cessazione tabagica avrebbe dovuto ridurre i tassi di fumo del 2.15% per giustificare ogni 15.75 dollari di costi dell'intervento. Quindi, per un programma in grado di determinare il 18% delle gestanti a smettere di fumare, un costo di circa 216 dollari per partecipante potrebbe essere costo-efficace.

Marks et al.[61] hanno stimato la costo-efficacia di un programma di cessazione del fumo per prevenire il BPN e la mortalità prenatale. Gli Autori hanno supposto che un programma efficace sarebbe costato 53 dollari a partecipante, con una stima del 15% di cessazione. Essi hanno valutato che il programma avrebbe determinato uno spostamento di 5.876 bambini con BPN verso un peso normale al costo di 7.128 dollari per ogni neonato con BPN. Un confronto dei costi per le cure di bambini con BPN in una unità di terapia intensiva neonatale dimostrò che i programmi di cessazione tabagica consentirebbero un risparmio di 138.652.170 dollari ovvero di 3.31 dollari per ogni dollaro di spesa.

Pollack[60] ha analizzato la relazione tra il fumo materno durante la gravidanza e la SIDS e ha considerato il rapporto costo-efficacia di un ipotetico intervento di cessazione del fumo del costo di 37 dollari per partecipante e il raggiungimento di un tasso di cessazione del 15%. L'Autore ha trovato che il 26% di ogni singola morte per SIDS era attribuibile al fumo materno in gravidanza. I servizi per la cessazione disponibili per tutte le gestanti fumatrici potrebbero evitare 108 morti per SIDS all'anno ad un costo di 262.073 dollari per anno di vita salvato. Shipp et al.[63] hanno stimato il break-even point per un finanziamento ospedaliero di un programma di cessazione tabagica per gestanti fumatrici e hanno concluso che gli ospedali pareggerebbero i conti ad un costo medio di 50 dollari per gestante. Nello studio i costi per il pareggio delle spese variavano soprattutto con l'incidenza dei nati pretermine con BPN, essendo compresi tra i 39 e i 101 dollari per gestante.

AUTO-AIUTO ("SELF-HELP")

Sono stati passati in rassegna tre studi sull'auto-aiuto come metodo per smettere di fumare. Lennox et al.[64] hanno valutato l'efficacia e il rapporto costo-efficacia di un programma postale di massa con lettere di incoraggiamento alla cessazione del fumo inviate ai fumatori da un gran numero di medici di medicina generale in Scozia. I quitter in più si ottenevano ad un costo compreso tra 64 e 153 dollari ognuno, e ogni anno di vita guadagnato in più costava tra 86 e 210 dollari.

Mudd, De Vries e Strecher[65] hanno stimato la costo-efficacia dell'auto-aiuto e del counseling di gruppo in Olanda. Lo studio concludeva che il metodo di auto-aiuto per la cessazione era oltre 3 volte più costo-efficace del programma di gruppo. Tuttavia, gli Autori puntualizzavano che i fumatori che optavano per il programma di auto-aiuto erano meno dipendenti e avevano una maggiore percezione di auto-efficacia del gruppo in counseling. I costi totali per implementare il programma ammontavano a 87.176 dollari. I costi sociali totali erano di 211.60 dollari per partecipante. Entrambi i metodi furono considerati costo-efficaci se confrontati con altri programmi sanitari. Brandon et al.[66] hanno stabilito l'efficacia e la costo-efficacia di una serie di libretti ("Stay quit") elaborati per prevenire la ricaduta del fumo e inviati per posta a ex-fumatori. Gli Autori hanno impiegato un disegno randomizzato 2x2 valutando la frequenza degli invii per posta (una spedizione Vs otto spedizioni) e la quantità contenuta in ogni spedizione (1 libretto Vs 8 libretti). Pertanto, il disegno sperimentale era: 1) pochi contatti postali–poco contenuto (un libretto), 2) pochi contatti-molto contenuto (otto libretti inviati tutti in una sola volta), 3) molti

contatti-poco contenuto (lettere ripetute, dove ai partecipanti veniva inviato un libretto seguito da sette brevi lettere di supporto nel corso di un anno), e 4) molti contatti-molto contenuto (otto libretti separati spediti con otto invii nel corso di un anno). Dei questionari di follow-up per valutare lo stato di fumatore corrente furono spediti ai partecipanti a 12,18 e 24 mesi. I risultati di questo studio mostrarono che il maggior contatto-maggior contenuto era costo-efficace nel ridurre il tasso di ricaduta al costo di 188 dollari per QALY e suggerirono che gli investimenti in interventi intensivi per la prevenzione delle ricadute possono produrre benefici maggiori rispetto agli interventi a bassa intensità.

ALTRI LAVORI SCIENTIFICI SULLE VALUTAZIONI ECONOMICHE DELLA CESSAZIONE DEL FUMO

Una rassegna di Cohen e Fowler di diversi studi sull'economia della cessazione del fumo del 1992[67] ha anticipato uno studio di Warner[68]. Gli Autori hanno concluso che solo un piccolo numero di interventi disponibili in letteratura era stato passibile di valutazione economica e che in questo campo c'era la necessità di una maggiore stima dei costi e di una più grande consistenza nelle metodologie usate. Inoltre, la crescente evidenza dell'efficacia delle terapie farmacologiche non era stata confrontata con l'evidenza della loro costo-efficacia, e studi in questo campo erano assolutamente necessari. Essi hanno trovato anche che gli interventi mirati su gruppi specifici di tabagisti erano più costo-efficaci di quelli indirizzati alla popolazione generale dei fumatori, e che il rapporto costo-efficacia dei programmi mirati era ulteriormente migliorato dalla distribuzione ai partecipanti di materiale educazionale specificamente studiato per il gruppo bersaglio.

Elixhauser[69] ha passato in rassegna studi di cessazione condotti negli anni '80 e ha concluso che c'era qualche evidenza che i programmi di cessazione del fumo ritagliati ad hoc su popolazioni bersaglio e consistenti in interventi multipli con rinforzo delle tecniche comportamentali e messaggi sulla cessazione erano costo-efficaci. Friend e Levy[70] hanno riscontrato che l'efficacia degli interventi brevi e i trattamenti di cessazione nella pratica clinica erano stati ben studiati, al contrario dell'impatto degli interventi antitabagici sulla popolazione generale, che non era stato compreso altrettanto bene. Gli Autori concludevano anche che le politiche sanitarie pubbliche e private disegnate allo scopo di aumentare l'accesso ai trattamenti di cessazione e la diffusione di informative attraverso interventi brevi di operatori sanitari possono avere il potere di aumentare il tasso di cessazione. Warner[68] ha riassunto i dati della letteratura sulla costo-efficacia dei metodi di cessazione e ha concluso che i metodi a bassa intensità, quindi a basso costo (materiali di auto-aiuto, counseling breve fornito da personale sanitario non medico, ecc.), erano in grado di salvare anni/vita ad un costo inferiore rispetto ai metodi intensivi e con un maggiore impiego di risorse come la NRT. Comunque, questa conclusione non può essere generalizzata a causa della mancanza di consistenza di costo ed efficacia degli studi. Differenti metodi di cessazione possono avere differenti livelli di efficacia per differenti gruppi di persone.

In Australia il Commonwealth Department of Health and Aging[71] ha pubblicato un rapporto sulla valutazione epidemiologica ed economica di differenti programmi di salute pubblica inclusi programmi per ridurre l'uso del tabacco in un arco di tempo di 30 anni. Il governo australiano ha intrapreso diversi programmi di salute pubblica come campagne condotte attraverso i media, avvisi sanitari, e restrizioni nella promozione dei prodotti a base di tabacco per ridurne il consumo. Il

Tab. 1 – Programma per la riduzione dell'uso del tabacco: California 1989-2005

Obiettivi	Campagne dei media	Politiche per gli ambienti liberi dal fumo	Attività di comunità	Programmi nelle scuole
Aumento della cessazone	+	(+)	+	(+)
Riduzione dell'iniziazionpe	+	(+)	+	(+)
Riduzione dell'esposizione al fumo passivo	+	+	+	(+)

Fig. 1 – Finanziamento (106 milioni di dollari) del programma di controllo del tabacco: California 2001-2002

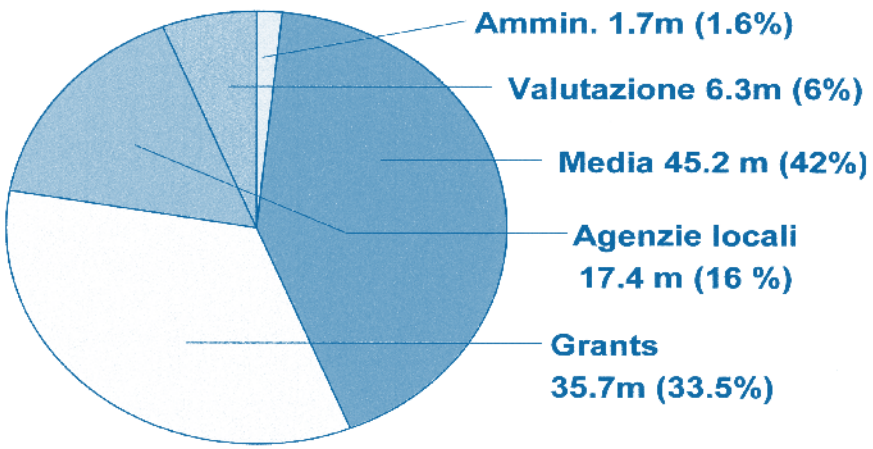
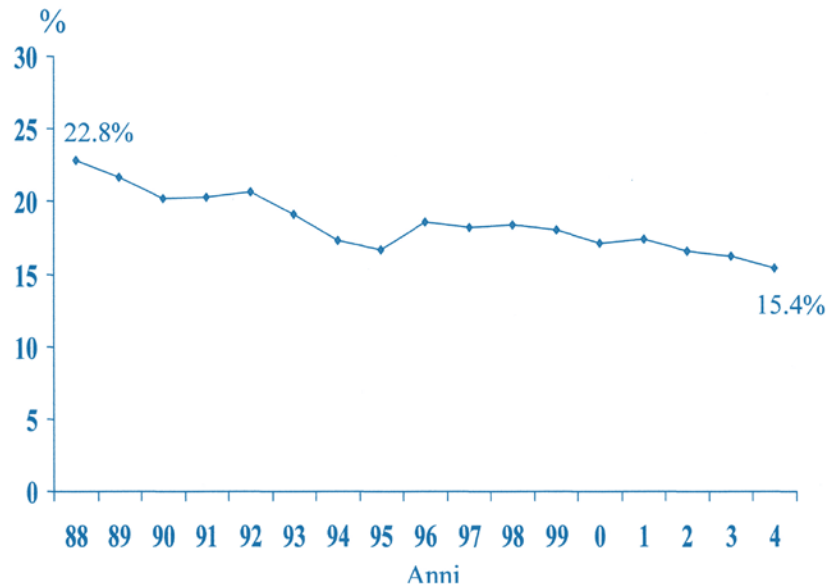
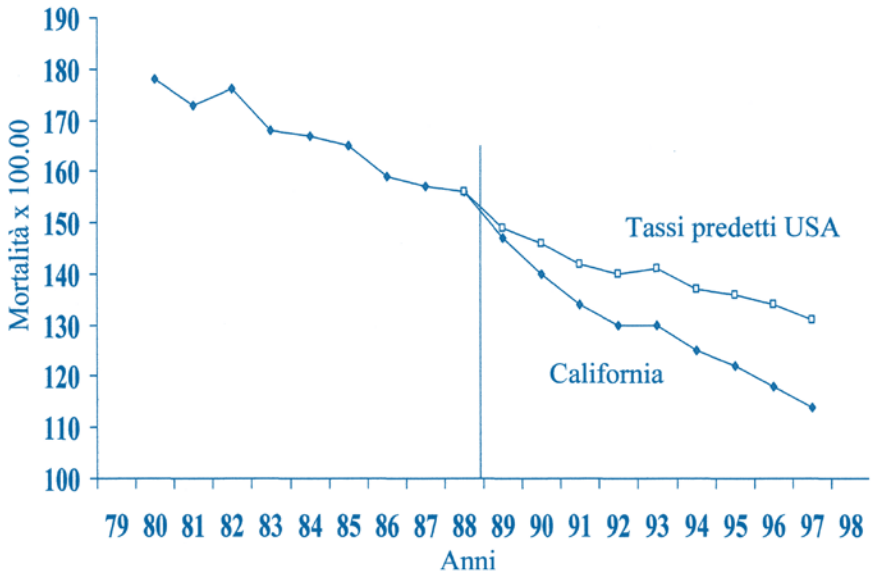


Fig. 2- La prevalenza del fumo negli adulti in California è diminuita del 32.5% tra il 1998 e il 2004



rapporto ha mostrato che la riduzione del consumo di tabacco si traduceva in un enorme beneficio per la salute e stimava che nel 1998 fossero state evitate 17.421 morti premature per malattia coronarica, cancro del polmone, BPCO e bronchite, stroke e altre neoplasie. Il valore totale di anni di vita salvati e del miglioramento della qualità della vita nel 1998 era di 12.4 miliardi di dollari (valore 2005). Lo studio stimava anche in maniera prospettica che, come risultato dei programmi di riduzione dell'uso del tabacco, nell'anno 2010 in Australia saranno evitate 26.310 morti da cancro del polmone, BPCO, e cardiopatia ischemica. I benefici indotti dalla riduzione dell'uso del tabacco erano dunque enormi in relazione ai costi dei programmi. Una valutazione economica complessiva dei programmi mostrava un rapporto beneficio-costo di 50:1. In termini di finanza pubblica, ogni dollaro speso in programmi di controllo del tabacco consentiva un risparmio di due dollari di spesa da parte dello stato.

Fig. 3 – Tassi di mortalità per malattie cardiache aggiustati per età: California 1979-1998



Nel 2005 il Dipartimento di salute pubblica dello stato della California pubblicava il rapporto dei risultati del programma mirato a ridurre il consumo di tabacco nell'arco di 15 anni (1989-2004)[72]. Esso si basava su campagne dei media, politiche per l'aria libera dal fumo, attività comunitarie e interventi scolastici (Tab.1) utilizzando fondi per circa 100 milioni di dollari ogni biennio così suddivisi: 2% per spese amministrative, 6% per spese di valutazione dei programmi e dei risultati, 42% per i media, 16% per le agenzie locali e 34% per spese di grants (Fig.1). I risultati alla fine del programma hanno mostrato che la prevalenza del fumo tra gli adulti nello stato della California tra il 1989 e il 2004 era diminuita del 32.5% (dal 22.8% al 15.4%) (Fig. 2). Inoltre, Fichtenberg e Glantz[73] hanno sottoposto ad analisi di regressione multipla i dati sul consumo delle sigarette pro capite e i tassi di mortalità per malattie cardiache in California e negli Stati Uniti relativi agli anni 1980-1997. Gli Autori hanno in particolare valutato il periodo tra in 1988, anno nel quale è partito in California anche un programma di riduzione della prevalenza del fumo basato su un aumento della tassazione sancita attraverso il voto popolare, e il 1992, anno in cui il programma è terminato, proseguendo il confronto fino alla fine del periodo di studio. I risultati del loro lavoro hanno mostrato che durante l'arco di tempo considerato in California rispetto al resto degli Stati Uniti vi era stata una diminuzione statisticamente significativa ($p<0.0001$) sia del consumo di sigarette che del tasso di mortalità per malattie cardiache, con 33.300 morti in meno di quanto si potesse prospettare rispetto ai trend iniziali di mortalità. La diminuita efficacia del programma dopo il 1992 è stata associata a 8.300 morti in più rispetto a quanto fosse atteso se la sua efficacia iniziale fosse stata mantenuta (Fig. 3).

DISCUSSIONE

Gli articoli passati in rassegna hanno messo a fuoco gli effetti delle politiche sulla tassazione e sull'aumento dei prezzi, delle normative, dell'educazione, delle campagne dei media, e delle terapie antitabagiche sulla prevalenza

del fumo e sulle ricadute sanitarie. Le terapie per la cessazione del fumo e il counseling individuale o di gruppo sembrano essere gli interventi di controllo del fumo più studiati.

Gli interventi che mettono insieme le terapie con qualche forma di counseling mirato (per esempio alle gestanti) sono più costo-efficaci di quelli con un singolo intervento. L'intervento per la cessazione nelle gestanti costa 37 dollari a partecipante e determina un tasso di cessazione del 15%[61]. Pertanto, piccoli investimenti nei programmi di cessazione per le donne in gravidanza hanno un impatto favorevole sugli esiti della gestazione. Gli interventi mirati alle donne in gravidanza riducono con successo la prevalenza del fumo in questo gruppo di soggetti e migliorano il BPN e l'alta mortalità infantile. Lo studio di Ershoff et al.[59] ha evidenziato che, in media, i bambini nati dalle partecipanti del gruppo sperimentale erano 57 grammi più pesanti e che l'incidenza del BPN era circa la metà nel gruppo sperimentale in confronto al gruppo di controllo. Il costo medio per ogni parto era di 1.767 dollari nel gruppo sperimentale e di 1.846 dollari nel gruppo di controllo. Tuttavia, Cummings et al.[55] e Weiss et al.[74] hanno concluso che gli interventi mirati sui maschi erano più costo-efficaci di quelli per le femmine in termini di numero di quitters e di anni di vita guadagnati.

I governi e le organizzazioni non governative sponsorizzano vari programmi di controllo del tabacco per alleggerire il peso economico e sanitario del fumo, e questi programmi sono stati efficaci nel ridurre l'iniziazione al fumo, la cessazione e l'esposizione al fumo passivo. Tauras et al.[75] hanno esaminato la relazione tra la spesa per il controllo del tabacco e il fumo nei giovani e hanno trovato che la spesa per il controllo del tabacco riduceva in maniera significativa la prevalenza del fumo tra i giovani e la quantità media di sigarette fumate.

La domanda delle sigarette è influenzata da parecchi fattori incluse le variazioni del prezzo al dettaglio. È stato dimostrato che gli aumenti di prezzo indotti dalle tasse rappresentano una misura efficace per la riduzione della prevalenza del fumo, cosa che si traduce col passare del tempo in un miglioramento dello stato di salute. Un aumento del 10% del prezzo delle sigarette indotto dalle tasse, per esempio, potrebbe prevenire tra 5 e 16 miliardi di morti attribuibili al fumo in tutto il mondo[17]. Anche le terapie farmacologiche, soprattutto la NRT, e gli interventi non correlati al prezzo delle sigarette, come le leggi per gli ambienti liberi dal fumo, le campagne dei media, il counseling e le restrizioni della pubblicità ai prodotti del tabacco, sono strumenti efficaci in termini di riduzione della prevalenza, risparmio di vite umane, e riduzione delle spese mediche.

La letteratura dimostra anche che il self-help e i programmi di counseling sono costo-efficaci, e che l'efficienza di questi programmi è migliorata dall'aggiunta della NRT. I benefici di questi programmi di cessazione del fumo superano i costi e possono servire da incentivo per i decisori politici per deliberare altri provvedimenti come l'aumento della tassazione sulle sigarette e sugli altri prodotti del tabacco.

Gli interventi di controllo del tabacco sono più costo-efficaci di parecchi altri interventi di salute pubblica. Stone et al[76]. sono giunti a una simile conclusione, dimostrando che il costo medio per gli interventi di controllo del tabacco era di 4.400 dollari/QUALY mentre il costo medio del counseling per il rischio cardiovascolare era di 74.000 dollari/QALY e per lo screening del cancro era pari a 18.500 dollari/QALY. Maciosek et al.[77] hanno classificato i provvedimenti di prevenzione sulla scorta di uno score da 1 a 5 della loro costo-efficacia, e hanno trovato che il counseling antitabagico, le vaccinazioni dei bambini e l'uso dell'aspirina per prevenire eventi cardiovascolari rappresentano le misure di prevenzione più costo-efficaci. Nel loro studio altri interventi di prevenzione quali lo screening del colesterolo (score 2), lo screening del cancro della cervice uterina (score 3), lo screening del cancro della mammella (score 2), e lo screening per l'infezione da chlamydia (score 4) erano meno efficaci degli interventi per la cessazione del fumo (score 5).

CONCLUSIONI

Come sottolineato da Kahende et al.[78] in una rassegna sistematica sull'argomento, nonostante le inevitabili lacune nella letteratura, i programmi e le politiche per il controllo del fumo di tabacco sono in grado di determinare un notevole risparmio economico e sono altamente costo-efficaci. Infatti, anche se il fumo rappresenta una scelta personale esso può generare importanti perdite sociali, familiari e personali. Per questo Lopès Nicolàs et al.[79] affermano che ciò può ampiamente giustificare dal punto di vista economico il ricorso a meccanismi di controllo e a importanti politiche di prevenzione come le restrizioni nei locali pubblici e l'aumento della tassazione sul tabacco con importanti ricadute dal punto di vista socio-sanitario.

Sebbene l'evidenza suggerisca chiaramente che gli interventi antitabagici sono altamente costo-efficaci, è tuttavia necessaria una maggiore quantità di ricerche per valutare rigorosamente gli aumenti del prezzo e delle tasse, le campagne dei media, le leggi per gli ambienti liberi dal fumo, gli interventi sui luoghi di lavoro, le quitlines, il rinforzo dei divieti per l'accesso ai giovani, e i programmi scolastici e comunitari. Soprattutto, c'è bisogno che gli studi futuri tengano in debita considerazione i costi delle esternalità, in particolare quelle negative, come il fumo passivo e le influenze dei fumatori sul loro ambiente di vita. Trapero-Bertran[80] in un recente editoriale conclude, infatti, che il mancato inserimento delle esternalità nelle valutazioni economiche può portare a calcoli non realistici sia di mortalità che di morbilità, che possono determinare, a loro volta, decisioni inappropriate. Allo stato attuale non c'è consenso sulla metodologia da usare per valutare le esternalità sia in ambito sanitario che in altri campi. Un reale progresso in quest'area di ricerca potrà essere raggiunto se si potranno ottenere risposte a domande su come potrebbero cambiare le decisioni politiche se i costi esterni fossero inclusi nelle valutazioni economiche e se modelli matematici o di altra natura potessero essere usati per calcolare le esternalità degli interventi. ■

Disclosure: *Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.*

Bibliografia

1. Adhikari B, Kahende J, Malarcher A, Pechacek T, Tong V. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2008;57:1226–1228.
2. U.S Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, Georgia, U.S.: 2004.
3. American Legacy Foundation. Saving lives, saving money: why states should invest in a tobacco-free future. American Legacy Foundation; Washington, DC, USA: 2002.
4. Zhang X, Miller L, Max W, Rice DP. Cost of smoking to the Medicare program, 1993. Health Care Financ. Rev. 1999;20:1–19.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for comprehensive tobacco control programs. US Department of Health and Human Services; Atlanta, Georgia, U.S.: 1999.
6. Campaign for Tobacco Free Kids. History on State Spending for Tobacco Prevention Accessed May 7, 2007 at http://www.tobaccofreekids.org/reports/settlements/2007/history.pdf.
7. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; Atlanta, Georgia, U.S.: 2000.
8. Task Force on Community Preventive Services. In: The guide to community preventive services: what works to promote health? Zaza S, Briss PA, Harris KW, editors. Oxford University Press; New York, NY, USA: 2005. pp. 3–79.
9. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd. Oxford University Press; New York, NY, USA: 1997.
10. Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS, editors. Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation. 2nd. Oxford University Press; New York, NY, USA: 2003.
11. Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost effectiveness in health and medicine. Oxford University Press; New York, NY, USA: 1996.
12. Ahmad S. Increasing excise taxes on cigarettes in California: a dynamic simulation of health and economic impacts. Prev. Med. 2005;41:276–283.
13. Fishman PA, Ebel BE, Garrison MM, Christakis DA, Wiehe SE, Rivara FT. Cigarette tax increase and media campaign. Cost of reducing smoking-related deaths. Am. J. Prev. Med. 2005;29:19–26.
14. Rivara FP, Ebel BE, Garrison MM, Christakis DA, Wiehe SE, Levy DT. Prevention of smoking-related deaths in the United States. Am. J. Prev. Med. 2004;27:118–125.
15. Kaplan RM, Ake CF, Emery SL, Navarro AM. Simulated effect of tobacco tax variation on population health in California. Am. J. Public Health. 2001;91:239–244.
16. Ranson K, Jha P, Chaloupka FJ, Nguyen SN. Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. Nicotine Tob. Res. 2002;4:311–319.
17. Mudarri DH. The costs and benefits of smoking restrictions: an assessment of the Smoke-Free Environment Act of 1993 (H.R. 3434). United States Environmental Protection Agency, Office of Radiation and Indoor Air; Washington, DC, U.S.: Apr, 1994.
18. Ong MK, Glantz SA. Free nicotine replacement therapy programs vs. implementing smoke-free workplaces: a cost-effectiveness comparison. Am. J. Public Health. 2005;95:969–975.
19. Mandel LL, Alamar BC, Glantz SA. Smoke-free law did not affect revenue from gaming in Delaware. Tob. Control. 2005;14:10–12.
20. Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. Tob. Control. 2003;12:13–20.
21. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, GA: 2006. Accessed July 12, 2007 at: http://www.surgeongeneral.gov/library/reports.htm.
22. Glantz SA, Smith L. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants on restaurant sales. Am. J. Public Health. 1994;84:1081–1085.
23. Glantz SA, Smith L. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: a follow-up. Am. J. Public Health. 1997;87:1687–1693.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Assessment of the impact of a 100% smoke-free ordinance on restaurant sales – West Lake Hills, Texas, 1992–1994. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 1995;44:370–372.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Impact of a smoking ban on restaurant and bar revenue – El Paso, Texas, 2002. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2004;53:150–152.
26. Bartosch WJ, Pope GC. The economic effect of smoke-free restaurant policies on restaurant business in Masssachusetts. J Public Health Managd Pract. 1999;5:53–62.
27. Hyland A, Cummings KM, Nauenberg E. Analysis of taxable sales receipts: was New York City's Smoke-Free Air Act bad for restaurant business? J. Public Health Manag. Pract. 1994;5:14–21.
28. Cowling DW, Bond P. Smoke-free laws and bar revenues in California—the last call. Health Econ. 2005;14:1273–1281.
29. Tang H, Cowling DW, Lloyd JC, Rogers T, Koumjian KL, Stevens CM, Bal DG. Changes of attitudes and patronage behaviors in response to a smoke-free bar law. Am. J. Public Health. 2003;93:611–617.
30. Tang H, Cowling DW, Stevens CM, Lloyd JC. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. Tob. Control. 2004;13:87–89.
31. Weber MD, Bagwell DAS, Fielding JE, Glantz SA. Long term compliance with California's smoke-free workplace law among bars and restaurants in Los Angeles County. Tob. Control. 2003;12:269–273.
32. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. N Engl. J. Med. 1998;339:673–679.
33. DiFranza JR, Peck RM, Radecki TE, Savageau JA. What is the potential cost-effectiveness of enforcing a prohibition on the sale of tobacco to minors? Prev. Med. 2001;32:168–174.
34. Ratcliffe J, Cairns J, Platt S. Cost effectiveness of a mass media-led anti-smoking campaign in Scotland. Tob. Control. 1997;6:104–110.
35. Secker-Walker RH, Worden JK, Holland RR, Flynn BS, Detsky AS. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost effectiveness. Tob. Control. 1997;6:207–212.
36. Secker-Walker RH, Holland RR, Lloyd CM, Pelkey D, Flynn BS. Cost effectiveness of a community based research project to help women quit smoking. Tob. Control. 2005;14:37–42.
37. Tran MT, Holdford DA, Kennedy DT, Small RE. Modeling the cost-effectiveness of a smoking-cessation program in a community pharmacy practice. Pharmacotherapy. 2002;22:1623–1631.
38. Crealey GE, McElnay JC, Maguire TA, O'Neill C. Costs and effects associated with a community pharmacy-based smoking-cessation programme. Pharmacoeconomics. 1998;14:323–333.
39. McAlister AL, Rabius V, Geiger A, Glynn TJ, Huang P, Todd R. Telephone assistance for smoking cessation: one year cost effectiveness estimations. Tob. Control. 2004;13:85–86.
40. Tomson T, Helgason A, Gilljam H. Quitline in smoking cessation: a cost-effectiveness analysis. Int. J. Technol. Assess. Health Care. 2004;40:469–474.

41. Tengs TO, Osgood ND, Chen LL. The cost-effectiveness of intensive national school-based anti-tobacco education: results from the tobacco policy model. Prev. Med. 2001;33:558–570.

42. Wang LY, Crossett LS, Lowry R, Sussman S, Dent CW. Cost-effectiveness of a school-based tobacco-use prevention program. Arch. Pediatr. Adoles. Med. 2001;155:1043–1050.

43. Croghan IT, Offord KP, Evans RW, Schmidt S, Gomez-Dahl LC, Schroeder DR, Patten CA, Hurt RD. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. Mayo. Clin. Proc. 1997;72:917–924.

44. Friscella K, Franks P. Cost-effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physicians' smoking cessation counseling. JAMA-J. Am. Med. Assn. 1996;275:1247–1251.

45. Gilbert AR, Pinget C, Bovet P, Cornuz J, Shamlaye C, Paccaud F. The cost effectiveness of pharmacological smoking cessation therapies in developing countries: a case study in the Seychelles. Tob. Control. 2004;13:190–195.

46. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, Lewis J, Bickel W. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. Prev. Med. 1991;20:486–496.

47. Stapleton JA, Lowin A, Russell MAH. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost-effectiveness. Lancet North Am. Ed. 1999;354:210–215.

48. Wasley MA, McNagny SE, Phillips VL, Phil D, Ahluwalia J. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. Prev. Med. 1997;26:264–270.

49. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA, Mather LC, Sowden AJ, Song FJ, Raftery JP, Aveyard PN, Hyde CJ, Barton PM. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. Health Technol. Assess. 2002;6:1–245.

50. Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. The cost effectiveness of varenicline for smoking cessation. Manag Care Interface 2007; 20 (10): 18-25.

51. Howard P, Knight C, Boler A, Baker C. Cost-utility analysis of varenicline versus existing smoking cessation strategies using the BENESCO Simulation model: application to a population of US adult smokers. Pharmacoeconomics 2008; 26(6): 497-511.

52. Annemans L, Nackaerts K, Bartsch P, Prignot J, Marbaix S. Cost effectiveness of varenicline in Belgium, compared with bupropion, nicotine replacement therapy, brief counselling and unaided smoking cessation: a BENESCO Markov cost-effectiveness analysis. Clin Drug Investig 2009; 29(10): 655-665.

53. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad B, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. JAMA-J. Am. Med. Assn. 1997;278:1759–1766.

54. The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA-J. Am. Med. Assn. 1996;275:1270–1280.

55. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA-J. Am. Med. Assn. 1989;261:75–79.

56. Krumholz HM, Cohen BJ, Tsevat J, Pasternak R, Weinstein MC. Cost-effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction. J. Am. Coll. Cardiol. 1993;22:1697–1702.

57. Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. Med. Care. 1998;36:670–678.

58. Ershoff DH, Aaronson NK, Danaher BG, Wasserman FW. Behavioral, health, and cost outcomes of an HMO-based prenatal health education program. Public Health Rep. 1983;98:536–547.

59. Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD, Lairson DR. Pregnancy medical cost outcomes of a self-help prenatal smoking cessation program in an HMO. Public Health Rep. 1990;105:340–348.

60. Hueston WJ, Mainous AG, Farrell JB. A cost-benefit analysis of smoking cessation programs during the first trimester of pregnancy for the prevention of low birthweight. J Fam Pract. 1994;39:353–358.

61. Marks JS, Koplan JP, Hogue CJR, Dalmat ME. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. Am. J. Prev. Med. 1990;6:282–289.

62. Pollack HA. Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention. Am. J. Public Health. 2001;91:432–436.

63. Shipp M, Croughan-Minihane MS, Petitti DB, Washington AE. Estimation of the break-even point for smoking cessation programs in pregnancy. Am. J. Public Health. 1992;82:383–390.

64. Lennox AS, Osman LM, Reiter E, Robertson R, Friend J, McCann I, Skatun D, Donnan PT. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomized controlled trial. BMJ. 2001;322:1–7.

65. Mudde AN, De Vries H, Strecher VJ. Cost-effectiveness of smoking cessation modalities: comparing apples with oranges? Prev. Med. 1996;25:708–716.

66. Brandon TH, Meade CD, Herzog TA, Chirikos TN, Webb MS, Cantor AB. Efficacy and cost-effectiveness of a minimal intervention to prevent smoking relapse: dismantling the effects of amount of content versus content. J. Consult Clin. Psychol. 2004;72:797–808.

67. Cohen DR, Fowler GH. Economic implications of smoking cessation therapies: a review of economic appraisals. Pharmacoeconomics. 1993;4:331–344.

68. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Pharmacoeconomics. 1997;11:538–549.

69. Elixhauser A. The costs of smoking and the cost effectiveness of smoking-cessation programs. J. Public Health Policy. 1990;11:218–237.

70. Friend K, Levy D. Smoking cessation interventions and policies to promote their use: a critical review. Nicotine Tob. Res. 2001;3:299–310.

71. Commonwealth Department of Health and Aging. Returns on investment in public health: an epidemiological and economic analysis (2003) Accessed August 8, 2007 at http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/19B2B27E06797B79CA256F190004503C/$File/roi_eea.pdf.

72. Hopkins D, Pechacek T. Program Evaluation in Public Health. California's Efforts to Reduce Tobacco Use 1989-2005. Centers for Tobacco Control. DHS. California. USA, 2005.

73. Fichtenberg CM, Glantz SA. Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N Engl J Med 2000; 343(24), 1772-1777.

74. Weiss SJ, Jurs S, Lessage JP, Iverson DC. A cost-benefit analysis of a smoking cessation program. Eval. program plan. 1984;7:337–346.

75. Tauras JA, Chaloupka FJ, Farrelly MC, Giovino GA, Wakefield M, Johnston LD, O'malley PM, Kloska DD, Pechacek TF. State tobacco control spending and youth smoking. Am. J. Public Health. 2005;95:338–344.

76. Stone PW, Teutsch S, Chapman RH, Bell C, Goldie SJ, Numann PJ. Cost-utility analyses of clinical preventive services. Am. J. Prev. Med. 2000;19:15–23.

77. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. Am. J. Prev. Med. 2006;31:52–61.

78. Kahende JW, Loomis BR, Adhikari B, Marshall L. A Review of Economic Evaluations of Tobacco Control Programs. Int J Environ Res Public Health 2009; 6 , 51-68.

79. Lopès Nicolàs A, Viudes de Velasco A. El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economìa. Rev Esp Salud Publica 2009; 83, 9-23.

80. Trapero-Bertran M. Economic Evaluation of Smoking Cessation Interventions: Have We Overlooked Something?. Arch Broncopneumol 2009; 45(5), 209-211.

Cure intensive e nuove prospettive per il trattamento del tabagismo in regime di ricovero

Intensive care and new perspectives for smoking addiction treatment: hospital-based care

Biagio Tinghino

Riassunto

Smettere di fumare non è mai un evento singolo ma un processo complesso. Tale processo può risultare piuttosto semplice per alcuni ma può essere estremamente arduo per altri. Solitamente è il caso di forti fumatori che, proprio a causa di ciò, necessiterebbero di smettere di fumare. Gli aspetti legati alla volontà e determinazione, importanti ma di impatto relativo e spesso insufficienti in una dipendenza come il tabagismo, vengono purtroppo eccessivamente enfatizzati dai medici a scapito della ricerca sistematica di ogni possibile terapia della dipendenza da tabacco atta a raggiungere la cessazione del fumo. In questa prospettiva anche lo strumento del ricovero, finalizzato allo smettere di fumare, deve essere considerato come una possibile opzione. Per aiutare quei forti fumatori motivati, una percentuale largamente minoritaria dei fumatori italiani, ma sicuramente bisognosa di particolare cura ed attenzione perché più dipendente e malata, occorre incentivare in Italia le cure residenziali, 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 forti fumatori motivati, resistenti ai trattamenti ordinari. Questi interventi si sono dimostrati efficaci anche in termini di costo-beneficio e possono avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati. Questa breve rassegna cerca di esaminare tale problematica e di dare un panorama aggiornato di questo approccio, ancora poco praticato.

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

Summary

Smoking cessation is never a single event, but always a complex process. It can be either simple for some people or extremely difficult for others.

The latter seems to be the case of heavy smokers, who need to quit smoking. The characteristics regarding willingness and determination, albeit important, have often an insufficient impact on smoking addiction. Nevertheless, doctors put an excessive emphasis on them at the expense of systematic research of possible treatments of tobacco dependency. From this perspective, the admission as a tool for smoking cessation should be considered as a viable option.

To help the more motivated heavy smokers, who are in need for special care and attention due to their significant addiction and illness, it is necessary to facilitate the establishment of residential treatment centres on the basis of some rare, but noteworthy foreign experiences.

These practices testify that the hospital environment may play a crucial role in the intervention programmes for smoking cessation in motivated heavy tobacco users, who are resistant towards usual treatments. It has been demonstrated that these interventions are cost-effective and have remarkable results in terms of saved years of life.

This short paper tries to examine the problems and gives an updated viewpoint of this less widespread approach.

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

INTRODUZIONE

L'efficacia dei trattamenti del tabagismo è ancora un argomento molto critico, anche per gli esperti del settore. Tenuti presenti i limiti dell'esempio, si può dire che si guarisce più facilmente dal cancro al seno che dalla dipendenza da tabacco. Il tasso di cessazione spontanea, infatti, non supera il 3%. Anche se il *minimal advice* può raddoppiare questa percentuale e il trattamento in un Centro Antifumo può portarlo al 25-30%, si tratta pur sempre di una minoranza di tabagisti. Gli obiettivi delle organizzazioni internazionali di sanità, proprio per questo motivo, trattano il tabacco come una patologia endemica, alla stessa stregua della malaria, per la quale l'idea di una eradicazione è stata temporaneamente abbandonata. È un approccio particolarmente frustrante, visto che si parla di un comportamento appreso, per cui non esistono agenti patogeni esterni, e per il quale l'iniziazione avviene in età relativamente avanzata, ossia l'adolescenza.

Una strategia importante per ridurre il numero di fumatori nella popolazione generale è la prevenzione. Numerosi studi confermano che interventi ripetuti, attuati per periodi lunghi, che coinvolgono il rinforzo di fattori protettivi (*life skills*) e che coinvolgano il gruppo dei pari possono dare buoni risultati. Si

Biagio Tinghino (*presidenza@tabaccologia.it*)
Presidente Società Italiana di Tabaccologia

tratta però di progetti che richiedono l'attivazione di una vasta rete di operatori che lavorano stabilmente in una direzione che promuove la crescita di giovani con competenze interiori capaci di opporsi alle pressioni sociali e dire "no" all'uso di tabacco, alcol e altre sostanze. Per questo motivo la prevenzione del tabagismo nel nostro paese non è praticata in modo costante, ma frammentata in diversi progetti – non tutti validati – il cui impatto sulla popolazione giovanile è di fatto scarso[1-5].

Elementi di insuccesso nel trattamento del tabagismo

- Elevato livello di dipendenza (FQT>8)
- Polidipendenza
- Grande suscettibilità alle *cues* ambientali
- Commorbilità psichiatrica
- Ripetuti fallimenti terapeutici
- Scarsa *self-efficacy*

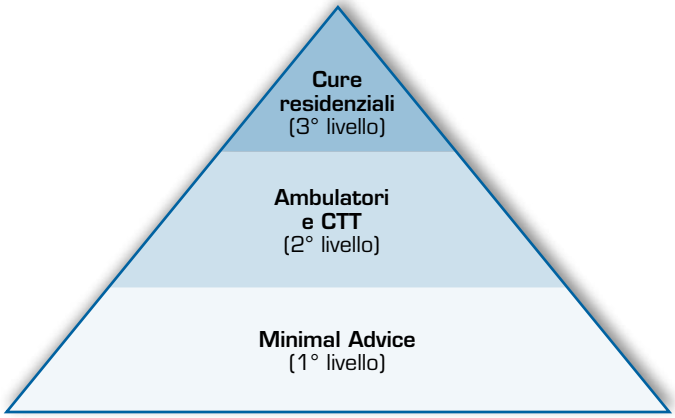
Nonostante queste osservazioni, ridurre il numero di fumatori nella popolazione generale è possibile. Gli interventi efficaci sono costituiti, da una parte, dalle restrizioni legislative al consumo e dall'incremento del costo delle sigarette, dall'altra dalla diffusione delle cure.

Se immaginiamo i percorsi di trattamento stratificati per intensità e numerosità di target, otterremo una piramide, la cui base è costituita da un vasto numero di persone fumatrici, con dipendenza medio-bassa, suscettibili di interventi semplici, praticabili in ambulatorio, da medici e altre figure sanitarie con una formazione minima. La constatazione che nel nostro paese fumano circa 13 milioni di persone basta da sola a far comprendere come tutti gli operatori sanitari debbano essere coinvolti nel promuovere la cessazione.

La parte intermedia della piramide, quindi una fascia di fumatori meno numerosa, può modificare il proprio comportamento con cure strutturate e l'uso di farmaci efficaci.

Una piccola parte di tabagisti, infine, richiederebbe cure intensive, approcci di alta specializzazione e trattamenti prolungati (farmacologici e non).

La scarsa efficacia dei trattamenti è in realtà, dunque, un problema scomponibile in diversi ulteriori componenti.



La maggior parte dei tabagisti può beneficiare di approcci brevi, praticati dai MMG e da altri operatori sanitari. Col crescere della gravità della dipendenza e della complessità clinica è necessario ricorrere ad un secondo livello di cure (ambulatori e Centri per il Trattamento del Tabagismo) o ad un terzo livello (Cure Residenziali).

ELEVATO LIVELLO DI DIPENDENZA

Dalla letteratura emergono diversi elementi legati alla ricaduta e all'insuccesso terapeutico.

Un primo fattore prognostico è legato, ovviamente, al punteggio al FQT. Il questionario di Fagerstrom, com'è noto, indaga principalmente l'urgenza di fumare in condizioni particolari di deprivazione da tabacco, come la malattia, i luoghi in cui è proibito, o dopo un periodo di astinenza di poche ore (il riposo notturno). Questi indicatori, insieme al numero di sigarette fumate, sono particolarmente legati alla cinetica della nicotina e alla sintomatologia astinenziale. Per punteggi superiori a 8 è frequente la presenza di altre problematiche, come quelle psichiatriche[6].

POLIDIPENDENZA PER ALCOL O DROGHE

L'uso concomitante di altre sostanze psicotrope è ritenuto comunemente un fattore aggravante nella smoking cessation, anche se non tutte le esperienze sono concordi. Sicuramente esiste una cross reactivity tra gli stimoli che portano all'uso di tabacco e quelli che inducono il consumo di sostanze.

Circa l'80% degli alcolisti fuma e il 30% dei fumatori beve in modo patologico. Il tabacco diventa un sostituto importante dell'alcol quando l'uso di quest'ultimo viene a cessare. L'astinenza da nicotina incrementa il bisogno di bere e la quantità di alcol assunta. L'uso di alcol, dall'altra parte, incrementa la sensibilità generale al craving legato agli stimoli esterni (*cues*). Questo spiega il fatto che gli alcolisti hanno un elevato tasso di mortalità per patologie correlate al fumo.

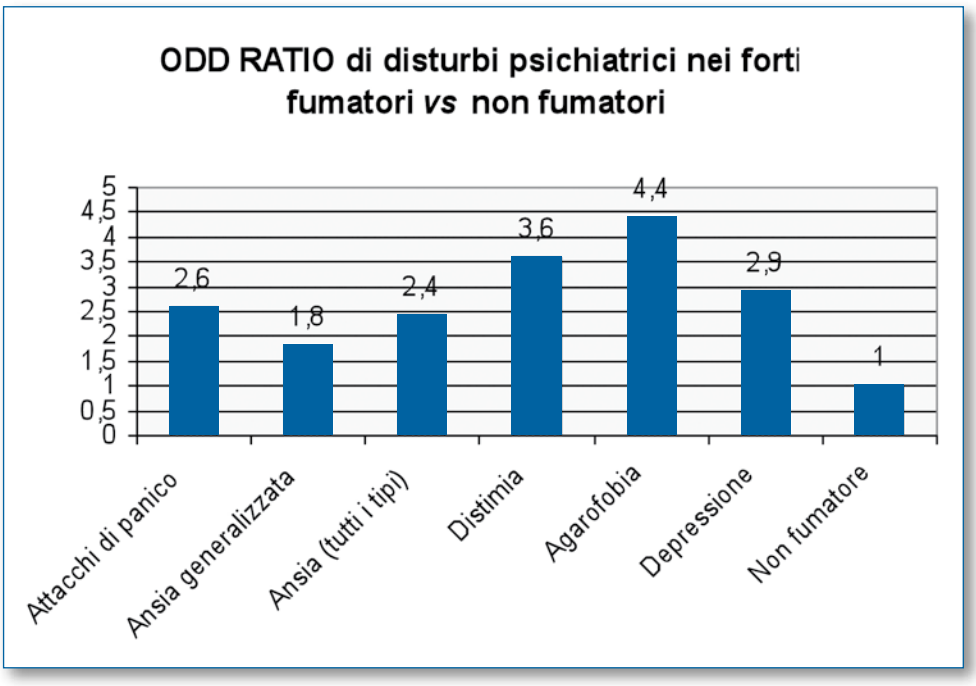
Molti tossicodipendenti o consumatori di droghe, inoltre, hanno nella propria storia dei tentativi di smettere di fumare. In uno studio effettuato tra gli utenti afferenti al SERT di Monza si rilevavano mediamente 1,2 tentativi per i cocainomani e 1,6 negli eroinomani. I consumatori cronici di eroina avevano al loro attivo un tempo di astensione cumulativo cumulativamente breve (4,2 mesi in totale), ma comunque superiore ai cocainomani il cui tempo di astensione rilevato era prossimo allo zero[7].

Le ricerche riportano comunque una forte correlazione tra i fattori di fattori di rischio per l'iniziazione al consumo di tabacco e i fattori di rischio per uso di stupefacenti, tra i giovani.

Le strutture di personalità con propensione alla dipendenza passano frequentemente dall'uso di sostanze al tabacco e viceversa, cercando una sostituzione alla mancanza della droga primaria (Tinghino et. al. dati non pubblicati).

COMMORBILITÀ PSICHIATRICA

La presenza di disturbi psichiatrici è molto alta nei forti fumatori e, allo stesso tempo, la diagnosi di dipendenza da tabacco è frequentemente misconosciuta o sottovalutata nei servizi di



psichiatria, nonostante il suo impatto sulla salute dei pazienti e l'interferenza con i trattamenti usuali[8].

Esiste una correlazione tra gravità della dipendenza e depressione (OR 2.9 vs 1.1 se si confrontano i forti fumatori con i fumatori "leggeri"), ma anche tra tabagismo e disturbi d'ansia, in particolare l'ansia sociale e il GAD (GAD=*generalized anxiety disorder*)[9] I pazienti affetti da disturbi del tono dell'umore hanno tassi di cessazione più bassi e anche minime variazioni dello stato psichico possono determinare una ricaduta nel tabagismo.

Quasi tutte le patologie psichiatriche sembrano favorire l'insorgenza della dipendenza da nicotina e rendono più problematico il trattamento, soprattutto per la maggior presenza di craving a lungo termine[10].

La presenza di ansia (di ogni tipo) è più elevata (OR 2.4 vs 1.4) nei fumatori "pesanti" rispetto a quelli con minore score di dipendenza. I soggetti che ne sono affetti risentono maggiormente delle pressioni esterne, sia a causa dei sentimenti di paura che connotano le relazioni sociali che la conseguente ricerca di comportamenti "facilitanti"[11,12].

Considerando semplicemente questi due tipi di disturbo (ansia e depressione), l'esperienza clinica comune riferisce notevoli difficoltà del trattamento di cessazione senza un adeguato sostegno terapeutico (psico-farmacologico). La disassuefazione tabagica, senza altro intervento di supporto può facilmente determinare il riemergere della sintomatologia di base, con un progressivo peggioramento della situazione psichica e una maggiore facilità alla ricaduta. Una forte correlazione con la dipendenza da tabacco si verifica per la distimia (OR 3.6), l'agarofobia (OR 4,4), gli attacchi di panico (OR 2.6) e l'ansia generalizzata (OR 1.8)[13-20].

FALLIMENTI PRECEDENTI

Anche il numero di tentativi falliti in precedenza è un dato importante al fine di predire una ricaduta o un insuccesso terapeutico. Sebbene sia noto che ogni fumatore compia diversi tentativi prima di interrompere definitivamente il consumo di sigarette, è anche vero che se il loro numero è molto elevato (superiore a 6) la prognosi peggiora sensibilmente, così come sembra essere un predittore negativo non l'aver mai tentato di smettere di fumare[21].

I soggetti con ripetuti insuccessi alle spalle sono portatori di vissuti molto negativi rispetto alle proprie capacità di farcela, cosa che condiziona generalmente l'esito degli interventi o la stessa motivazione ad intraprenderli. Viceversa, l'essere riusciti a non fumare nel passato per almeno 1 anno 1 anno, incrementa notevolmente le probabilità di successo[22,23]. Naturalmente la prognosi diventa peggiore se i fallimenti si sono verificati dopo un percorso terapeutico convenzionale.

SUSCETTIBILITÀ ALLE *CUES* AMBIENTALI, SELF-EFFICACY, SOCIAL SKILLS

Gli stimoli ambientali sono determinanti nel ricordare ai fumatori il bisogno di accendere la sigaretta, modulando addirittura l'intensità del craving, con particolare riferimento ai primi giorni dopo la cessazione. La maggior parte di essi riduce la propria forza dopo una settimana di astensione[24]. Risulta per questo motivo importante l'allontanamento, nel periodo più critico, da situazioni, contesti o comportamenti che evochino il bisogno di fumare.

Un'altra causa di ricaduta è costituita dalle scarse risorse interiori, intese come capacità di problem-solving, abilità sociali (social skills) e altri tipi di competenze legate alla capacità di gestire la frustrazione o altre emozioni[25].

Una gran parte di queste difficoltà sono conoscibili già prima del trattamento, con opportuni strumenti diagnostici. Gli stessi pazienti percepiscono la loro fragilità rispetto all'autoefficacia (r= 0,26), o la presenza di amici o parenti che fumano (r=0,21)[26].

Fattori che sono risultati significativi ($p<0.05$) come predittori protettivi nei confronti della ricaduta sono l'età (maggiore), la suscettibilità percepita alle malattie, l'essere consapevoli dei vantaggi economici della cessazione dal fumo, la consapevolezza dei danni del fumo, e l'esistenza di malattie croniche legate al consumo di tabacco. Un fattore che favorisce la ricaduta invece è il timore di ingrassare o l'aumento effettivo di peso dopo la cessazione[27,28].

NUOVE PROSPETTIVE

Lo studio dei fattori predittivi di ricaduta e dei bisogni legati ai casi più complessi dovrebbe servire da guida per la

strutturazione dei programma di trattamento. A fronte delle difficoltà sopra elencate, non sempre l'offerta terapeutica è adeguata, sia per la carenza di risorse umane che per gli ostacoli che i Centri per il Trattamento del Tabagismo incontrano sul piano organizzativo nel nostro paese.

Giù una indagine effettuata dalla Società Italiana di Tabaccologia (progetto INSPIRO), che aveva censito 139 Centri Antifumo italiani, aveva rilevato una grande eterogeneità di approcci diagnostici e terapeutici[29,30].

La valutazione del tabagismo era quasi sempre affidata ad un colloquio clinico e solo alla somministrazione del test di Fagerstrom. L'utilizzo di questionari per la valutazione di ansia e depressione si riscontrava in una percentuale dei casi minima. Nessuno aveva dichiarato di eseguire sessioni psicodiagnostiche in senso stretto, con somministrazione di test più complessi, come l'MMPI o la SCID I o II. La stessa misurazione del CO espirato era praticata solo nel 27% dei casi.

È evidente, quindi, come ad un miglioramento del livello diagnostico potrebbe conseguire un approccio più mirato e una maggiore efficacia dei trattamenti. Non solo, sarebbe anche possibile incrementare il livello di integrazione con altri servizi per il coinvolgimento di altre figure professionali. La costante e strutturata presenza di psicologi nei CTT assicurerebbe cure adeguate nella fase di cessazione, ma potrebbe far ipotizzare percorsi di psicoterapia breve per prolungare il sostegno alle persone bisognose di essere seguite per un tempo maggiore, con conseguente stabilizzazione del quadro clinico.

La collaborazione costante con gli psichiatri permetterebbe di gestire al meglio anche i casi più problematici.

Sebbene tutto ciò possa sembrare dispendioso, la gravità delle patologie correlate al fumo e la loro diffusione giustifica ampiamente un simile livello di investimento, che dovrebbe essere ben più elevato di quello oggi praticato dal Sistema Sanitario Nazionale.

Le osservazioni cliniche, infine, cominciano ad indicare la necessità di modulare i trattamenti in riferimento al profilo del paziente, senza escludere la possibilità di cure prolungate (anche in senso farmacologico), accessi periodici ai servizi, strategie di contenimento del danno, alla stregua di approcci oggi ritenuti efficaci in altre dipendenze.

CURE INTENSIVE E CENTRI DI RICOVERO

I riferimenti internazionali per il trattamento del tabagismo in regime di ricovero non sono moltissimi, ma le esperienze fin qui fatte hanno aperto importanti scenari clinici, per la possibilità di migliorare la prognosi di pazienti altrimenti destinati a restare legati al fumo di sigaretta.

Nonostante i costi sociali e sanitari del tabagismo l'offerta terapeutica residenziale è inspiegabilmente insufficiente e inadeguata, rispetto a ciò che succede per altre patologie.

Molti fumatori sarebbero in grado di smettere se fossero sottoposti a interventi intensivi, mentre non riescono con le cure convenzionali (cure ambulatoriali). In caso di fallimento del counselling individuale o di gruppo (anche in associazione a farmaci) l'unica possibilità che resta loro è di ripetere trattamenti simili, con aspettative sempre minori ad ogni ciclo.

Se consideriamo il primo livello equivalente all'ambulatorio mono-specialistico, il secondo livello al Centro territoriale per il Trattamento del Tabagismo (CTT), si tratterebbe, per provare a dare una definizione, di delineare l'organizzazione di centri di III livello.

In questo senso si sono rivelate vincenti, per una percentuale di pazienti straordinariamente alta (52% di cessazioni a 1 anno), le esperienze di trattamento in regime di ricovero, come quelle praticate presso la Mayo Clinic (Rochester, USA), al St. Elena Hospital in California, e all'Ospedale di Verona. Queste scelte hanno dimostrato come alla gravità della dipendenza sia molto utile opporre una maggiore specializzazione dei trattamenti e un contesto speciale, quale è quello residenziale[31,32].

Nel caso della Mayo Clinic, si tratta di un approccio farmacologico mirato (spesso terapie combinate), una diagnosi multidisciplinare (comprendente anche gli aspetti psichiatrici), la protezione dagli stimoli ambientali durante il ricovero, l'uso del tempo di cura per offrire incontri di informazione sugli aspetti neurobiologici della dipendenza da nicotina, attività educazionali volte a far acquisire abilità di fronteggiamento del craving, management dello stress, prevenzione della ricaduta.

Si sono rivelati utili, inoltre, momenti di ricreazione con attività fisica e step di informazione rispetto ad una alimentazione equilibrata.

La prognosi generalmente negativa che connota le dipendenze più gravi da tabacco, quindi, è un elemento modificabile, a patto che sia possibile disporre di un iter diagnostico e terapeutico attrezzato per la complessità clinica che la caratterizza.

In questo senso vanno incoraggiate le iniziative che si propongono di offrire cure anche per i target più difficili di pazienti. L'elevatissimo beneficio che i trattamenti intensivi producono giustifica ampiamente gli sforzi e gli investimenti in questa direzione. ■

Disclosure: *L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.*

Bibliografia

1. Center for Disease Control (CDC). High school students who tried to quit smoking cigarettes. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2009 May 1:58(16); 428-31.
2. Kramer J.J. et al, Effectiveness of a web-based self-help smoking cessation intervention: protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Healt. 2009 Jan 22:9:32.
3. Charlton A. Youth and sigarette smoking. Tobacco Control Facsheets at www.globalink.org/en/youth.shtlm
4. Campbell R, Starley F, HollidayJ., Audrey S., Bloor M et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomized trial. The Lancet, 2008; 371: 1595-1602.
5. Center for Disease Control (CDC), High school students who tried to quit smoking cigarettes, MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2009 May 1:58(16); 428-31.
6. Radzius A, Gallo JJ, Epstein DH, Gorelick DA, Cadet JL, Uhl GE, Moolchan ET. A factor analysis of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). Nicotine Tob Res. 2003 Apr;5(2):141-
7. Tinghino B, Rossin L., Correlazioni tra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti. Tabaccologia 2006; 1:23-25.
8. Peterson AL, Hryshko-Mullen AS, Corteez Y., Assessment and diagnosis of nicotine dependence in mental health settings. AM J Addict 2003 May-Jun;12(3):192-7.
9. Breslau N., Novak SP, Kessler RC., Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. Psychol Med. 2004 Feb;34(2):323-33.
10. Hughes JR, Craving among long-abstinent smokers: an Internet survey. Nicotine Tob Res. 2010 Apr;12(4):459-62.
11. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS, Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood, JAMA. 2000 Nov 8;284(18):2348-51.
12. Leyro TM, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A. Anxiety sensitivity and smoking motives and outcome expectancies among adult daily smokers: replication and extension. Nicotine Tob Res. 2008 Jun;10(6):985-94.
13. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking, Biol Psychiatry. 2004 Jan 1;55(1):69-76.
14. Isensee B., Wittchen HY., Stein MB., Hofler M., Lieb R., Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. Arch Gen Psychiatry, 2003 Jul;60(7):692-700.
15. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fleming MF, Bittrich AA, Brown JL, Leitzke CJ, Zehner ME, Fiore MC, Baker TB. Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: relations with tobacco dependence and cessation. J Consult Clin Psychol. 2010 Feb;78(1):13-23.
16. John U., Meyer C., Rumpf HJ, Hapke U., Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. Drug Alchohol Depend. 2004 Dec 7; 76(3):287-95
17. Breslau N, Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. Behav genet 1995 Mar; 25(2):95-101
18. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R, Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence, Encephale, 2002 Jul-Aug;28(4):374-7.
19. Novak A, Burgess ES, Clark M, Zvolensky MJ, Brown RA, Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use, and level of consumtion. J Anxiety Diosord. 2003; 17(2):165-80.
20. Humair JP, Smoking cessation in patients with mental disorders, Rev Med Suisse 2009 Jul 1;5(210):1472-5.
21. Tinghino B., Andreoni V., Ciocio,a T., Colombo V., Crocco A., de Giovanni V., Lissoni b:, Monaco G., Palmieri L. Zucchetta F. Questionario Multiarea per la valutazione del tabagismo, Tabaccologia 2009: 4: 20-26.
22. Herd N., Borland R., Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2009 Dec; 104 (12):2100-1.
23. Heffner JL, Lee TC, Arteaga C., Anthenelli RM, Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters: Pooled data from two phase III varenicline trials. Drug Alcohol Depend. 2010 Jan 11.
24. Gross J., Stitzer ML, Nicotine replacement: ten-week effects on tobacco withdrawal symptoms. Psychopharmacology. 1989;98:334-341.
25. Davis JR, Glaros AG, Relapse prevention and smoking cessation. Addict Behav. 1986;11(2):105-14.
26. Grove JR, Addict. Behav. 1993 May-Jun;18(3):311-20. Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers.
27. Yang JH, Ha HS, Kam S., Lim JS, Kang YS, Lee DH, Chun BY, Factors affecting re-smoking in male workers, J Prev med Public Health, 2005 May;38(2):208-14.
28. Addicott AK, Gray JJ, Todd BL, Mood, dietary restraint, and women's smoking and eating urges. Women Health, 2009 Jun;49(4):310-20.
29. C. Chiamulera, G. Mangiaracina, V. Zagà, C. B. Tinghino, C. Poropat, M. Del Donno. Dossier/Progetto Inspiro. L'indagine SITAB sui Centri Antifumo italiani: album di foto o film in svolgimento? Tabaccologia 2006; 4: 39-41.
30. Poropat C, Mangiaracina G. Le ricadute del progetto INSPIRO. Tabaccologia 2008; 3: 15-16.
31. Hurt R. D., Croghan I.T., Inpatient or residential Treatment for Smokers with Tobacco Dependence, Tabaccologia 2008; 3:5-6.
32. Lugoboni F., Quaglio G., Il ricovero elettivo per smettere di fumare. Presentazione delle esperienze in letteratura. Tabaccologia 2008; 3:32-35.

Italiani maggiori consumatori di sigarette in Europa: un bel primato

L'Italia è il maggior consumatore europeo di sigarette, con 92,8 milioni di chili (erano 103 milioni nel 2003), rispetto a 91,5 della Germania, 89 della Spagna, 54,9 della Francia e 47 del Regno Unito. Anche se il numero di fumatori è sceso, passando dal 31% del 1997 al 26,2% del 2004 (prima della legge Sirchia) al 22% del 2008 e all' attuale 25,4% della popolazione attiva. Il giro d'affari dei grandi produttori continua a crescere, anche se leggermente, ma con utili significativi. Secondo i dati del Tobacco observatory, nel 2007 il settore in Italia ha generato ricavi per 17,4 miliardi di euro: 12,9 sono andati all' Erario (il 74,1%), 1,74 ai dettaglianti, 2,8 a produttori e distributori. L' incremento rispetto all' anno precedente è stato del 3%, risultato di una riduzione dei consumi in quantità dell' 1% e di un aumento medio dei prezzi del 4% (le imposte non sono cambiate). Per iniziativa del commissario UE incaricato delle problematiche fiscali, Laszlo Kovacs, la Commissione ha deciso, infatti, che entro il 2014 gli Stati membri dovranno aumentare la soglia minima delle accise sulle sigarette, portandola dal 57% (63 euro per mille sigarette) al 63% (90 euro per mille sigarette). Se è vero che negli anni a cavallo tra il 2003 e il 2005 il consumo di tabacco è sceso, soprattutto per effetto delle norme antifumo", affermano gli analisti di Nomisma, è altrettanto vero che successivamente i ricavi dei produttori sono aumentati di nuovo, per due motivazioni principali: la crescita di prezzo delle sigarette e la riduzione del contrabbando".

Fatturati a confronto: in Italia il mercato è dominato da tre grandi produttori per il 95,5% del mercato: (Philip Morris 53%, BAT 25% e Japan tobacco 17,5%); il restante 4,5% è ripartito tra la ex-ETI (Ente Tabacchi Italiano) con l' 1% acquisita dalla BAT e altri piccoli soggetti. Il fatturato della filiale italiana della Philip Morris (proprietaria anche dei marchi Marlboro, Chesterfield e Merit), è passato da 1,32 miliardi del 2005 a 1,36 miliardi del 2006 e a 1,45 miliardi nel 2007. L'utile netto, che nel 2005 era di 48 milioni, nel 2006 è sceso a 37 milioni ma nel 2007 è risalito a 53 milioni. Rimane da dire che i costi sociali, e quelli per la salute superano di lunga gli introiti statali. Il fumo in Italia costa alla sanità pubblica 6 MILIARDI DI EURO/anno e rappresenta il 6.7% della spesa sanitaria.

(Vincenzo Zagà)

Nuove norme antifumo. Philip Morris soddisfatta

Tortuose e incredibili le strategie italiane per controllare il massacro da sigarette con i suoi 83.000 morti/anno. Dalle nostre audizioni al Senato ad oggi, il cammino delle nuove norme bipartisan antifumo è stato in salita e irto di ostacoli. Lo prevedevamo. In verità ci aveva un po' spiazzato l'inserimento dell'emendamento sulla sanzionabilità del fumare alla guida di autoveicoli proposta da Italia dei Valori e dalla Lega Nord, testmonianza della trasversalità delle posizioni sul tabacco in Parlamento, che hanno citato le ricerche pubblicate su Tabaccologia per sostenere la pericolosità del fumare in auto. Abbiamo esultato per poco. Se la Commissione Sanità del Senato lo aveva accettato, a bocciarlo ci ha pensato quella dei Lavori Pubblici: 20 contrari contro 5 favorevoli. Da un lato se ne comprende la ratio sul piano della salute, dall'altro qualunque ratio va a farsi benedire di fronte alle logiche della gestione della sicurezza stradale. Quella risponde ad altre logiche. Occulte. Si, perché 8 fumatori su 10 gettano il mozzicone fuori dal finestrino dell'auto in corsa, e di danni ne combinano ai margini delle strade. Gli incendi stradali estivi sono dovuti a questo malcostume, e tutti lo sanno. Anche la Commissione Lavori Pubblici. Però autorizzano tutti a fumare sigarette come e quanto vogliono, alla guida di automobili in corsa. A 150 all'ora. Perché hanno avuto cura di approvare l'elevazione della velocità sulle strade a tre corsie. Questa si che è libertà. Al diavolo la salute e la sicurezza. Se la poltrona traballa bisogna renderla saldamente attaccata al sedere, Perché i fumatori sono tanti. E votano. Un divieto in più li farebbe incazzare. Sia mai. Rimane solida la questione dell'età' di acquisto dei prodotti del tabacco. Tutti propensi ad innalzarla da 16 a 18 anni. Può andar bene, ma se i tabaccai hanno da sempre venduto sigarette a minori di 16 anni, pur sotto il rischio della sanzione, e se le autorità di vigilanza hanno da sempre chiuso un occhio

(e anche due) nei confronti dei tabaccai, potremo sperare che la legalità venga finalmente rispettata? E le macchinette distributrici avranno occhi e cervello per capire quando il minore compra con la tessera dell'amico diciottenne? Perché risulta impossibile abolirli? Neppure il Codacons, con tutti i suoi assalti è mai riuscito a farle smobilitare. Chi le rotegge? Come mai un governo "forte" non è capace di legiferare e risolvere l'accesso facile al tabacco? Sulla questione del "bugiardino nel pacchetto" le cose si complicano. La novità è che la proposta di inserire nella confezione di sigarette un foglietto per "indicare la presenza di sostanze cancerogene ad oggi conosciute ai consumatori" era già stata avanzata nel 2004. Dalla Philip Morris. Lo conferma Piergiorgio Zuccaro dell'OSSFAD. Si presume ovviamente che il fumatore, aprendo la confezione, sfili il bugiardino, lo sfogli, e lo legga con cura. In verità ancora una volta la lista del pericolo servirà a proteggere il produttore. Molto meglio sarebbe mettere sul pacchetto il numero di una quitline e l'invito a smettere. Inoltre sono convinto del fatto che il linguaggio occulto è molto più incisivo di quello esplicito. Lavora nell'inconscio come gutta caveat lapidem. Piuttosto che "Il Fumo uccide", sul pacchetto preferirei fosse scritto "Tanti Auguri". Mi aspettere forti riduzioni del consumo in Campania. Il divieto di fumo a scuola in Italia vige dal 1975, e da 35 anni viene disatteso o fatto rispettare con estrema diffcoltà. La proposta Marino-Tomassini risolverà? La curiosità è forte, dal momento che chi governa o gestisce in qualche modo il potere, pensa di saper fare tutto e senza chiedere. Fanno ancora una "lotta contro il fumo" gattopardiana e improduttiva. Le politiche di controllo del tabacco richiedono invece una strategia nazionale ed organica, con esperti e fondi disponibili. I risultati sono proporzionali agli investimenti. Ce lo insegnano proprio i colossi del tabacco, che continuano ad investire fiumi di denaro per agganciare almeno un ragazzo su quattro.

(Giacomo Mangiaracina)

Tabaccologia

Organo ufficiale SITAB
Società Italiana di Tabaccologia

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

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

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

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

Comitato scientifico: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Mariella Debiasi (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic - Rochester USA), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Antigona 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), 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 Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (CNR, Palermo).

Comitato scientifico d'onore:
Presidente: Micheal Fiore (University of Wisconsin, Madison - USA)

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), Jacque Le Houezec (SRNT, Societé de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Societè Francaise de Tabacologie, Parigi - Francia), Dario Olivieri (Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Girolamo Sirchia (Università di Milano), 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
- Fondazione ANT Italia

Segreteria di redazione/marketing: Alessandra Cavazzi, Carla Mazzacurati (tabaccologia@gmail.com)

Realizzazione editoriale: 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)

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

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003
Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel maggio 2010.