



# Tabaccologia

## Tobaccology

Stupidi intelligenti

Il fumo di tabacco degli italiani

Sir Richard Peto

La psicoterapia ipnotica  
nel trattamento del tabagismo

Motivazioni al consumo dei giovani tabagisti

Sentenza storica su fumo passivo

Attuazione direttiva UE "tabacchi"

In memoriam: Claudio Poropat

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

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

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

THE LINDE GROUP

Linde

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

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

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

Numero Verde

800 010 033

Linde Medical Hub

Linde: Living healthcare



LE SPESE MEDICHE  
SONO UNA NOTA STONATA?

CON CAMPA È TUTTA  
UN'ALTRA MUSICA!

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**CAMPA**

Mutua Sanitaria Integrativa

[www.campa.it](http://www.campa.it)

## Dalla Redazione

### Pamplona

Cari lettori

A pochi mesi dalla scomparsa di Piergiorgio Zuccaro, la tabaccologia italiana perde un'altra colonna che era rappresentata da Claudio Poropat, medico psicoterapeuta, responsabile del Centro per la Prevenzione e Cura del Tabagismo dell'Azienda Sanitaria n. 1 "Triestina", già membro del Direttivo nazionale della SITAB e puntuale quanto pragmatico collaboratore della ns rivista.

Lo ricordiamo in questo numero con una memoria di Alessandro Vegliach, già suo stretto collaboratore, e una di Biagio Tinghino, presidente SITAB.

Con il consueto e intrigante editoriale di Mangiaracina, "Stupidi intelligenti", apriamo questo numero. Alla controversa pubblicità progresso del 1982 "Comincia dalla prima sigaretta il lento suicidio dei coglioni" con cui prende inizio l'editoriale, fece eco su Repubblica, nel 2000, un sorprendente Michele Serra che paragonò il fumatore, che si sente in diritto di sfidare il fumo con tutto il potenziale corteo di patologie fumo-correlate, a "quei giovani coglioni, che a Pamplona, si fanno rincorrere dai tori".

Come ogni anno, Roberta Pacifici, Direttore del Centro Nazionale Dipendenze e Doping (Istituto Superiore di Sanità), ci aggiorna sul fumo di tabacco degli italiani... e non c'è da dormire sonni tranquilli.

Sulla scia della serie di "Quelli che il fumo...", Tribuna dedica un omaggio a un grande della tabaccologia mondiale, sir Richard Peto, con la Laudatio pronunciata dal prof. Alfredo Chetta in occasione del conferimento da parte dell'Università di Parma del titolo di professore ad honorem in Malattie Respiratorie.

Negli articoli originali troverete quello di Francesco Tarantino che riporta la sua esperienza di psicoterapia in smoking cessation in un percorso integrato e l'altro di Stefano Cifiello sulle motivazioni al consumo di tabacco in un gruppo di studenti.

Nelle News & Views riportiamo la storica notizia della sentenza che condanna la Regione Sicilia per la morte di una dipendente dopo 21 anni di fumo passivo e quella della non ancora piena attuazione della Direttiva UE tabacchi.

Ci avviamo intanto a celebrare il XIII congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia, appuntamento imperdibile per ogni tabaccologo, che, dopo sette anni, fa ritorno a Bologna (16-17 novembre 2017) con un programma scientifico, anche questa volta, stimolante ed intrigante.

Buona lettura a tutti.

Vincenzo Zagà  
caporedattore@tabaccologia.it

## Sommario

### EDITORIAL

- Stupidi intelligenti** [Giacomo Mangiaracina] 5  
*The witless brainy people*

### FOCUS ON

- Indagine DOXA-ISS 2017** 8  
**Il fumo di tabacco degli italiani**  
[Roberta Pacifici, Ilaria Palmi, Luisa Mastrobattista]  
*Tobacco smoking in Italy*

### TRIBUNA ARTICLE

- Università degli Studi di Parma** 10  
**Laudatio: Sir Richard Peto, professore ad honorem in Malattie Respiratorie**  
[Alfredo Chetta]  
*University of Parma*  
**Laudatio: Sir Richard Peto, honoris causa professor in Respiratory diseases**

### ORIGINAL ARTICLE

- La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio** 13  
[Francesco Tarantino]  
*Hypnotic Psychotherapy in tobacco smoking treatment. A new approach*

- Motivazioni al consumo dei giovani tabagisti** 28  
[Stefano Cifiello]  
*The motivations of young tobacco users consumption*

### NEWS & VIEWS

- Storica sentenza per l'Italia** 33  
**Stroncata dal cancro dopo 21 anni di fumo passivo in ufficio. Regione Sicilia condannata**  
[Vincenzo Zagà]

- L'Italia non ha ancora integralmente attuato la direttiva UE "tabacchi"** 34  
[Gennaro Esposito]

- In memoriam** 35  
**Un ricordo di Claudio Poropat**  
[Alessandro Vegliach]

- In memoriam** 36  
**Claudio, la sua barca oltre l'orizzonte**  
[Biagio Tinghino]



## DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2014-2017

### PRESIDENTE

#### Dott. Biagio Tinghino

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

### VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO

#### Dott. Vincenzo Zagà

Pneumologo, Bologna  
[caporedattore@tabaccologia.it](mailto:caporedattore@tabaccologia.it)

### SEGRETERIA / TESORERIA

#### Dott.ssa Francesca Zucchetto

Psicologa, Segreteria SITAB  
[segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)

### CONSIGLIERI

#### Prof. Giacomo Mangiaracina

Professore a contratto, facoltà di Medicina e Psicologia,  
Sapienza Università di Roma, Direttore Responsabile di Tabaccologia  
[direttore@tabaccologia.it](mailto:direttore@tabaccologia.it)

#### Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza

Professore associato di Epidemiologia e Demografia,  
Sapienza Università di Roma, Direttore Scientifico di Tabaccologia  
[direttorescientifico@tabaccologia.it](mailto:direttorescientifico@tabaccologia.it)

#### Dott. Fabio Lugoboni

Servizio di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera di Verona,  
Scuola di Specialità di Medicina Interna e Psichiatria, Università di Verona  
[f.lugoboni@tabaccologia.it](mailto:f.lugoboni@tabaccologia.it)

#### Prof. Massimo Baraldo

Dipartimento di Scienze Mediche Sperimentali e Cliniche,  
Cattedra di Farmacologia - Università degli Studi di Udine, Centro Antifumo  
Azienda Policlinica di Udine  
[m.baraldo@tabaccologia.it](mailto:m.baraldo@tabaccologia.it)

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

### SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

CF: 96403700584

via G. Scalia 39, 00136 Roma

Tel. 06 39722649 - Fax 06 233297645, 178 2215662

✉ [presidenza@tabaccologia.it](mailto:presidenza@tabaccologia.it)

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

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

### Come diventare membro della SITAB

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

Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web

[www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it) ed inviato alla dr.ssa Francesca Zucchetto:

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

- per fax 0393940283

- per e-mail [francesca.zucchetto@tin.it](mailto:francesca.zucchetto@tin.it)

### Pubblicità e Marketing

MIDIA srl

#### Edizione

Midia srl - Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste

Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012

[midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it) - [www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

**MIDIA**  
EDIZIONI

# Tabaccologia

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

## ORGANO UFFICIALE SITAB

### SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

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

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

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

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

Segreteria di redazione/marketing: [midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it)

Realizzazione editoriale: **Midia srl, Trieste**

Grafica, impaginazione e stampa:

**Artestampa srl, Galliate Lombardo (VA), [www.arte-stampa.com](http://www.arte-stampa.com)**

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

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

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

### Come ricevere la rivista:

a) tramite abbonamento di € 40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca UNICREDIT di Trieste, Agenzia Trieste Carducci; IBAN IT98E0200802242000041171997

b) oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di settembre 2017.

# Stupidi intelligenti

Giacomo Mangiaracina

Nel campo delle dipendenze, inevitabilmente, la persona carica l'oggetto, la sostanza o il comportamento di significati importanti creando i propri motivi per mantenere la relazione. Per smettere ne occorrono almeno altrettanto. Tuttavia, questo processo che tenta di normalizzare un comportamento che crea sofferenza e danno, appare stupido. Va contro ogni logica e buon senso. Nel 1982 Umberto Veronesi affidò a Girolamo Melis una campagna di pubblicità progresso contro il Fumo. Ne venne fuori un poster con una sigaretta accesa e uno slogan molto eloquente, destinato a non essere mai più dimenticato: "Comincia dalla prima sigaretta il lento suicidio dei coglioni". Le re-

azioni furono feroci. Il procuratore di Milano Francesco Saverio Borrelli ordinò la immediata rimozione dei manifesti con questo motivo: *"La parola "coglioni" ha una capacità d'urto offensivo (...) e questo legittimerebbe l'inizio di un degrado selvaggio nello stile pubblicitario, che sarebbe arduo considerare un progresso"* [1].

Giornalisti di spessore come Indro Montanelli ironizzarono. Altri, come Enzo Biagi, approvarono. In conclusione la campagna fu bloccata e non ne rimase traccia fino a questo momento di rievocazione. Quella parola comunque metteva una certa inquietudine, sia perché rientrava nell'elenco della "parolacce" a quel tempo non ancora sdogana-

te, sia perché si evidenziava il fatto che i fumatori fossero stupidi. In verità ho sentito troppe volte un fumatore darsi da sé del "coglione" al solo pensiero di avere speso un patrimonio per ammalarsi. Perciò il concetto di stupidità umana merita considerazione, va approfondito e in qualche misura compreso. Non a caso il primo Libro della Bibbia, la Genesi, esordisce con l'apoteosi della stupidità. Dio avverte le sue creature che possono nutrirsi dei frutti di ogni pianta e di ogni albero che stanno loro intorno a migliaia, *"ma del frutto dell'albero della conoscenza del bene e del male, non ne mangerete; perché nel giorno in cui ne mangerete, morirete"* (Gen. 2:17).

## The witless brainy people

Giacomo Mangiaracina

Inevitably, in the field of Addiction, the person qualifies the object, the substance or the behaviour with important meanings, creating his or her own motivations to maintain a relationship. In order to quit, it is necessary to achieve at least the same. However, this process which tries to normalise a behaviour which leads to suffering and harm, seems witless. It goes against any logic and common sense. In 1982, Umberto Veronesi entrusted a creative fellow called Girolamo Melis with a smoking cessation publicity campaign. What came out was a poster with a lightened cigarette and a very eloquent slogan, forced to become unforgettable: "the knuckleheads' suicide starts with the first ciga-

rette". The reactions were fierce. The City of Milan Prosecutor Francesco Saverio Borrelli ordered the immediate removal of the posters with the following reason: *"the word knucklehead has an offensive impact (...) and this would legitimise the beginning of a wild decadence in the advertising style, which would be hardly considerable as progress"* [1]. Famous Journalists such as Indro Montanelli were ironic. Others, like Enzo Biagi, agreed. At the end, the campaign was stopped and, up to nowadays, no trace was left, until this moment of commemoration. Anyhow, that word evoked a certain anxiety, not only because it was on the list of "bad words", at that time not yet tolerated, but also

because it evidenced that smokers were witless. To be honest, I heard too many times a smoker defining himself as a "knucklehead", just to think of how much money he spent to be ill. This is why the concept of human witlessness is worth consideration, needs to be deepened and somehow understood. Not by chance, the first book of the Bible, the Genesis, begins with an apotheosis of witlessness. God warns his creatures that they may feed themselves with the fruit of any of thousands of plants and trees around them, *"but you must not eat from the tree of the knowledge of good and evil, for when you eat from it you will certainly die"* (Gen. 2:17). Any logic would bring to consider

Qualsiasi logica avrebbe portato e ritenere la trasgressione un'idiozia ed è proprio l'idiozia a trionfare, specie se si considera l'atteggiamento descritto più avanti nel testo: "E la donna vide che il frutto era buono da mangiare, ed era bello a vedersi, e che l'albero era desiderabile..." (Gen. 3:6). Arcaico per quanto possa essere il Libro della Genesi, ci trasmette una lettura del profondo della natura umana, che si lascia convincere a buon mercato, persino da una biscia parlante come nelle favole di Fedro. Le infinite risorse di vita a disposizione, alla fine del processo di elaborazione mentale, perdono il loro significato, non contano più. Conta quella, solo quella unicità. È la radice di ciò che verrà chiamato "peccato".

In tempi recenti, ci ha pensato lo storico dell'Economia Carlo Maria Cipolla a rielaborare il problema nel suo ormai famoso "saggio sulla stupidità", nel quale delinea cin-

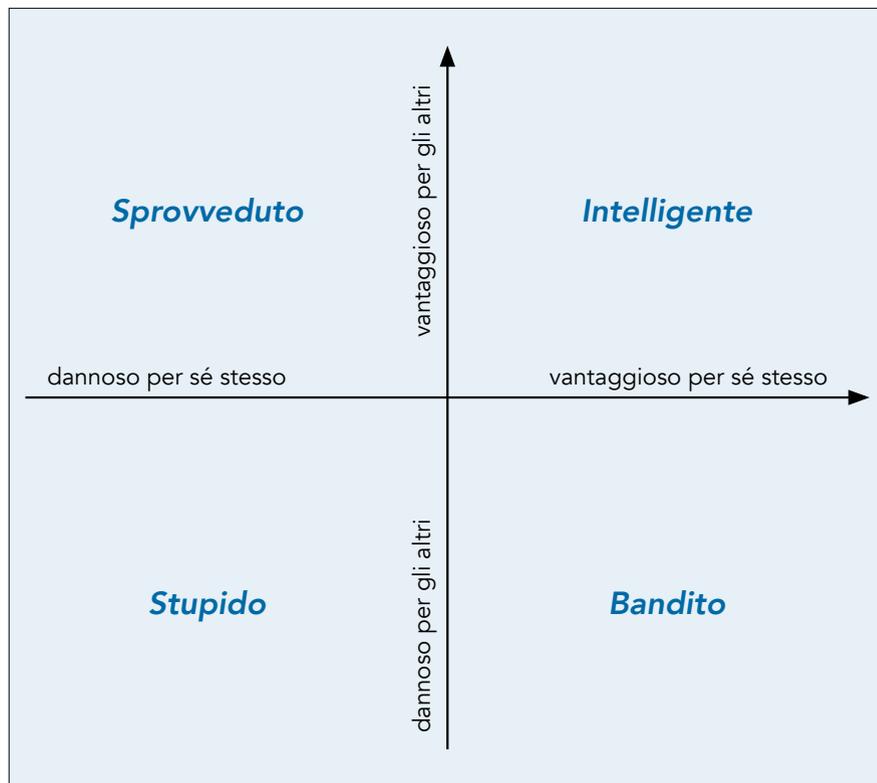


Figura 1

transgression as an idiocy and it is the very idiocy to triumph, especially if we consider what is described later on in the text: *When the woman saw that the fruit of the tree was good for food and pleasing to the eye, and also desirable...* (Gen. 3:6). Archaic as much as the Book of Genesis may be, it gives us a lecture of the profound nature of mankind, which lets itself to be convinced easily, even by a talking snake, like in the fables of Phedrus. The uncountable resources of life at hand, at the end of the process of mental elaboration, lose their meaning, and become insignificant. The only thing that counts is that uniqueness. It is the root of what will be known as "sin".

In recent times, the Economic historian Carlo Maria Cipolla reworked the problem in his famous "Essay on stupidity", in which he describes five essential characteristics defined as "laws" [1].

**Law number 1** – We tend to underestimate the number of persons with a high degree of stupidity. In other words, human stupidity is enormous".

**Law number 2** – The probability that a person would develop a certain level of stupidity does not depend on peculiar features of that person. Even very intelligent individuals can develop a high grade of stupidity.

**Law number 3** – The stupidity of a person causes harm to other persons or groups of persons without achieving any advantage for him or herself or even having a loss. Cipolla then produced a very explanatory diagram in the form of tetragon (**Figure 1**), which well places stupidity, but helps us understand that each of us proportionally move somewhere in each quadrant, a bit naïve, a bit silly, a bit brigand, and at last brainy.

**Law number 4** – Non stupid people underestimate the potential harm of the stupid people.

**Law number 5** – A stupid person is very dangerous.

All this has a precise relationship with smoking. Even the WHO, in 1999 dedicated to youth this motto for the world no tobacco day on May 31: "Tobacco kills, don't be duped". The intention of this message was precise and very clear. Being killed by tobacco is stupid, and the level of human stupidity permitted this multidimensional harm to health, to environment and to economy. At this point, the question is: "is stupidity convertible"? The word "conversion" is deliberate. "Conversion" means a change of course, going towards another destination. It is what a smoker achieves when he or she decides to free himself or herself from the obliged slavery of addiction. This is why I always say to a smoker in a cessation treatment "your choice is brainy".

que caratteristiche fondamentali definite "leggi" [2].

**Legge n. 1** – Tendiamo sempre a sottostimare il numero di persone ad alto grado di stupidità. In altre parole la stupidità umana è enorme.

**Legge n. 2** – La probabilità che una persona sviluppi un certo livello di stupidità non dipende da particolari caratteristiche della persona stessa. Anche persone molto intelligenti possono sviluppare un alto grado di stupidità.

**Legge n. 3** – La stupidità di una persona causa danni ad altre persone o gruppi di persone senza nel contempo realizzare alcun vantaggio per sé o addirittura subendo una perdita. Cipolla realizzò a questo punto un diagramma in forma di tetragono, molto esplicito (**Figura 1**), che permette di collocare opportunamente la stupidità, ma consente di capire che ciascuno di noi oscilla proporzionalmente e per una certa parte in ogni quadrante, un po' sprove-

duto, un po' stupido, un po' bandito, e infine intelligente.

**Legge n. 4** – Le persone non-stupide sottovalutano sempre il potenziale nocivo delle persone stupide.

**Legge n. 5** – La persona stupida è molto pericolosa.

Tutto questo ha una precisa relazione con il consumo di tabacco. Persino l'OMS, nel 1999 dedicò ai giovani questo motto per la giornata mondiale del 31 maggio: "Tobacco kills, don't be duped". L'intenzione del messaggio era precisa ed anche molto chiara. Farsi uccidere dal Tabacco è stupido e proprio il grado di stupidità umana ha consentito questo danno multidimensionale, alla salute, all'ambiente e all'economia. La domanda che ci si pone ora è: "Si può convertire la stupidità?". Il termine "conversione" è voluto. La "conversione" è un cambiamento di rotta, è avviarsi verso una nuova destinazione. È quello che realizza un fumatore che decide di liberarsi dalla

servitù obbligata della dipendenza. Perciò, da sempre, dico ad un fumatore in trattamento: "La sua scelta è intelligente".

[Tabaccologia 2017; 2:5-7]

**Giacomo Mangiaracina**

✉ direttore@tabaccologia.it  
Direttore di Tabaccologia

**Bibliografia**

1. <http://www.girolamomelis.it/2014/04/1982-il-lento-suicidio-dei-cogliani.html>.
2. Carlo Maria Cipolla. The Basic Laws of Human Stupidity. Il Mulino, 2011.

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

**L'EDITORIA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE**  
**Cultura e Comunicazione**



**MIDIA**  
EDIZIONI

Tel. +39 040 3720456 - [midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it) - [www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

## Indagine DOXA-ISS 2017

# Il fumo di tabacco degli italiani

## Tobacco smoking in Italy

Roberta Pacifici, Ilaria Palmi, Luisa Mastrobattista

Il 31 maggio 2017, in occasione della celebrazione della giornata mondiale senza tabacco promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il XIX Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". In tale occasione è stato presentato dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS il *Rapporto Nazionale sul fumo, 2017*.

### Quanto fumano gli italiani

In merito all'abitudine al fumo degli italiani il Rapporto indica che i fumatori in Italia sono il 22,3% della popolazione (erano il 22,0% nel 2016), pari a 11,7 milioni di persone. Sono fumatori il 23,9% degli uomini ed il 20,8% delle donne, mentre sono ex fumatori il 12,6% degli italiani ovvero 6,6 milioni di persone (DOXA 2017) (**Figura 1**). Prendendo in esame la serie storica delle indagini DOXA circa la prevalenza del fumo di sigaretta tra gli italiani (1957-2017) è possibile osservare come nel 2017 si registra per la prima volta la più bassa differenza percentuale tra fumatori e fumatrici (**Figura 2**) e che queste ultime, nella fascia d'età 45-64 anni, addirittura superano la percentuale di fumatori uomini (27,1% le fumatrici, 25,9% i fumatori). La fascia d'età 25-44 anni si conferma come quella in cui si collocano le percentuali più elevate di fumatori di entrambi i sessi (28,9% di uomini e 27,1% di donne), mentre si registrano le prevalenze minori tra le donne over 65 (8,3%) e tra gli uomini nella fascia di età 15-24 anni (15,5%).

La distribuzione per aree geografiche mostra che la maggior prevalenza di fumatori uomini si registra nelle regioni del Centro Italia (26,0%) mentre la prevalenza più elevata di fumatrici si registra nelle regioni del Nord (24,6%) ove le donne arrivano a superare la percentuale di fumatori (24,6% vs. 22,0%). I fumatori consumano in media 13,6 sigarette al giorno: tale valore è in lieve aumento rispetto all'anno precedente, quando si fumavano in media 13,1 sigarette/die. Diminuisce la percentuale di chi fuma fino a 9 sigarette al giorno (fumatori leggeri, dal 23,6% nel 2016 al 19,9% nel 2017) ma crescono i fumatori medi (dal 45,0% nel 2016 al 45,9% nel 2017), ovvero coloro che consumano tra le 10 e le 19 sigarette/die. L'età media di iniziazione al fumo è di circa 18 anni, con uno scarto di un anno tra uomini e donne (17,6 anni per gli uomini e 18,8 per le donne). L'82,6% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 ed i 20 anni, ma il

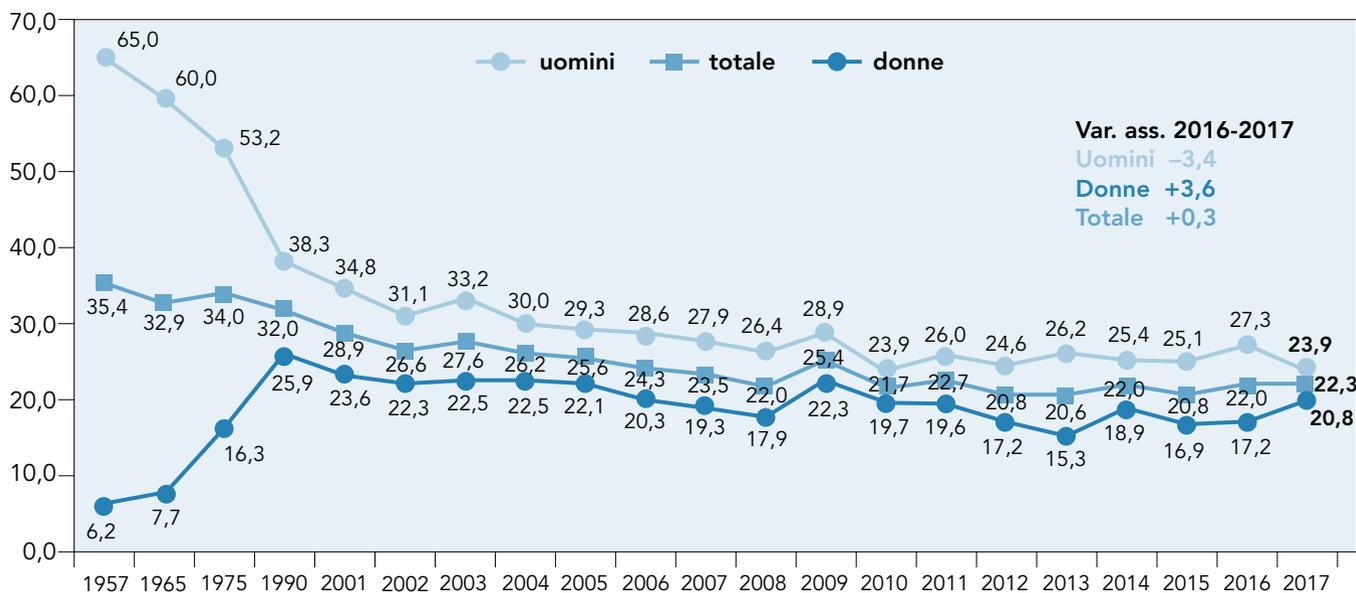
12,2% di essi ha iniziato addirittura prima dei 15. L'influenza dei pari si conferma essere il motivo principale per il quale si inizia a fumare: anche quest'anno infatti la maggioranza dei fumatori (il 52,3% degli intervistati) ha dichiarato di aver iniziato in situazioni ludiche o ricreative e di aver subito l'influenza degli amici o dei compagni di scuola.

L'87,8% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate, mentre il 14,8% di essi utilizza anche o esclusivamente sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). Il consumo prevalente di sigarette fatte a mano è in costante crescita (6,9% nel 2015, 9,4% nel 2016 e 9,6% nel 2017) ed è maggiormente diffuso tra i fumatori maschi, giovani (età 15-24 anni) e nelle regioni del Centro Italia. Il gradimento di questo prodotto sembrerebbe verosimilmente legato al prezzo inferiore rispetto alle sigarette tradizionali: fattore quest'ultimo non trascurabile per i giovani fumatori.

### Totale italiani (15+ anni): 52,4 milioni



**Figura 1** Distribuzione percentuale del campione in base all'abitudine al fumo (analisi secondo il sesso).



**Figura 2** Serie storica delle indagini DOXA sulla prevalenza del fumo in Italia (1957-2017).

L'indagine DOXA 2017 ha messo in luce come i divieti legislativi, a partire dalla legge antifumo del 2003 (legge Sirchia) fino ai più recenti divieti, abbiano avuto un impatto significativo non solo sul consumo di sigarette, ma anche più in generale sui modelli culturali degli italiani. Soltanto il 3,8% dei non fumatori, infatti, ha dichiarato di aver viaggiato in auto nell'ultimo mese con un fumatore che ha fumato nell'abitacolo in presenza di bambini o donne in gravidanza, e soltanto un italiano su 10 consente ai propri ospiti fumatori di accendere una sigaretta in casa.

### La sigaretta elettronica

Gli utilizzatori (abituali e occasionali) di sigaretta elettronica (e-cig) sono il 2,3% degli italiani (circa 1,3 milioni di persone), percentuale in lieve diminuzione rispetto a quanto registrato lo scorso anno (erano il 3,9% nel 2016). La maggior parte degli utilizzatori di sigaretta elettronica (83,4%) è rappresentata da fumatori tradizionali, quindi da consumatori duali che fumano sia le sigarette di tabacco che le e-cig, in particolare quelle con liquidi contenenti nicotina. Il 34,9% degli utilizzatori di sigaretta elettronica dichiara di non aver modi-

ficato la propria abitudine tabagica, l'11,7% dichiara di aver ripreso il consumo delle sigarette tradizionali mentre il 14,4% degli utilizzatori ha smesso definitivamente di fumare sigarette tradizionali.

### Telefono Verde contro il Fumo (TVF)-800.554.088 dell'ISS

Il TVF (servizio anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00) è un servizio che offre informazioni (scientifiche, legislative...) in materia di fumo di tabacco e sostegno ai fumatori che desiderano smettere di fumare. Da quando il Numero Verde è stato inserito su tutti i pacchetti di sigarette (precedentemente compariva a rotazione con altri 13 messaggi), il servizio telefonico ha visto un incremento esponenziale nel numero delle chiamate.

Da agosto 2016, momento in cui i pacchetti di sigarette con le nuove avvertenze sono arrivati sul mercato, a dicembre dello stesso anno, sono giunte al telefono verde 5.041 chiamate, numero nettamente superiore rispetto alle 1.326 dello stesso periodo del 2015. Nel 2016 le chiamate complessive sono state 7.767. L'utente che contatta il TVF

è prevalentemente maschio (64,6% delle chiamate), fumatore (96,2%) ha un'età compresa tra i 45 ed i 65 anni e dichiara di aver visto il numero verde sul pacchetto di sigarette (98,5%).

### Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (Centri Antifumo)

L'OssFAD dal 2000 si occupa del monitoraggio dei Centri Antifumo e dell'aggiornamento dell'anagrafica e delle attività offerte. Il censimento del 2017 rileva 366 Centri attivi sul territorio nazionale (307 afferiscono al SSN, 56 alla LILT e 3 al Privato Sociale): il 57,9% di essi è attivo nel Nord del Paese, il 18,3% al Centro ed il 23,8% al Sud.

[Tabaccologia 2017; 2:8-9]

#### Roberta Pacifici

✉ [pacifici@iss.it](mailto:pacifici@iss.it)  
 Direttore Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

#### Ilaria Palmi, Luisa Mastrobattista

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

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

Università degli Studi di Parma

# Laudatio: Sir Richard Peto, professore ad honorem in Malattie Respiratorie

Alfredo Chetta

---

## Riassunto

Venerdì 26 maggio, presso l'Auditorium Paganini di Parma, è stato conferito il titolo di professore ad honorem in Respiratory Medicine a Sir Richard Peto, docente di Statistica medica ed Epidemiologia all'Università di Oxford. La cerimonia, ha segnato l'inizio ufficiale del "Respiration Day 2017", convegno internazionale interamente dedicato alle malattie respiratorie, a cui hanno partecipato più di 700 delegati provenienti dal più di 30 paesi. Prima della consegna della pergamena di professore ad honorem, appositamente realizzata per l'evento dall'artista Giorgio Tentolini, il professor Alfredo Antonio Chetta, docente ordinario di Malattie respiratorie al Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma ha declamato la *Laudatio* con la lettura della motivazione del conferimento del titolo. Infine Sir Richard Peto ha tenuto la sua interessante lezione magistrale *Pulmonary and extrapulmonary effects of cigarette smoking*. Sir Richard Peto è il quinto professore ad honorem dell'Università di Parma.

**Parole chiave:** Peto, fumo, honoris causa, malattie respiratorie, Università di Parma.

University of Parma

# Laudatio: Sir Richard Peto, honoris causa professor in Respiratory diseases

Alfredo Chetta

---

## Abstract

*On Friday, May 26, at the Paganini Auditorium of Parma, the title of honoris causa professor of respiratory medicine was awarded to Sir Richard Peto, Professor of Medical Statistics and Epidemiology at Oxford University. The ceremony marked the official beginning of "Respiration Day 2017", an International Congress entirely dedicated to the respiratory diseases, at which more than 700 delegates from more than 30 countries participated. Before the delivery of the honorary professor parchment, specially designed for the event by the artist Giorgio Tentolini, professor Alfredo Antonio Chetta, Ordinary Professor of respiratory diseases at the Department of Medicine and Surgery of the University of Parma, proclaimed the Laudatio by reading the motivation for the conferral of the title. Finally, Sir Richard Peto held an interesting magistral lesson, "pulmonary and extrapulmonary effects of cigarette smoking". Sir Richard Peto is the fifth honoris causa professor at the University of Parma.*

**Keywords:** Peto, smoking, honoris causa, respiratory diseases, Parma University.

Magnifico Rettore,  
Care Colleghe e Cari Colleghi,  
Signore e Signori,

Oggi 26 maggio 2017, l'Università di Parma conferisce il titolo di Professore honoris causa in Malattie Respiratorie a Sir Richard Peto in virtù dei suoi grandi meriti scientifici nel campo delle malattie polmonari.

È un grande piacere e onore per me pronunciare la Laudatio.

Professor Richard Peto è nato nel 1943 a Reading, Regno Unito. Ha studiato Scienze Naturali e Matematica all'Università di Cambridge e Statistica all'Università di Londra. Durante la sua carriera ha avuto una trentennale collaborazione con il Professor Richard Doll, uno dei pionieri dell'uso della statistica negli studi di ricerca clinica.

Sir Richard Peto è attualmente Professore di Statistica Medica ed Epidemiologia e Co-Direttore del *Clinical Trial Service Unit* all'Università di Oxford.

Il Professor Richard Peto ha rice-

vuto numerosissimi premi e riconoscimenti, lauree ad honorem e affiliazioni onorarie ad istituzioni accademiche, oltre che essere stato invitato a tenere letture magistrali e svolgere attività didattica sia in Gran Bretagna che nel resto del mondo. In particolare, tra i riconoscimenti sono da ricordare la *Guy Silver Medal* conferitagli dalla *Royal Statistical Society* nel 1986, la *Médaille de la Ville de Paris* nel 1994 e l'*European Award for Excellence in Stroke Research* nel 1996. È stato inoltre nominato membro della *Royal Society of London* ed insignito del titolo di baronetto dalla Regina Elisabetta II nel 1999 per i suoi meriti scientifici in epidemiologia e nella prevenzione del cancro.

Il Professor Peto ha pubblicato centinaia di lavori originali e rassegne sulle più prestigiose riviste scientifiche internazionali e su raccolte di atti congressuali. Egli è attualmente tra i più citati ricercatori al mondo in campo medico.

Professor Richard Peto è inoltre uno



dei più importanti epidemiologi di fama mondiale. Nel campo delle malattie respiratorie il lavoro del Professor Peto ha incontrovertibilmente provato gli effetti nocivi del fumo di tabacco. Il suo nome è indiscindibilmente legato all'articolo, considerato una pietra miliare in ambito pneumologico, fu pubblicato insieme al Professor Charles Fletcher sul *British Medical Journal* nel 1977. L'articolo, intitolato "*The natural history of chronic airflow obstruction*", riportò uno studio epidemiologico prospettico, eseguito su lavoratori londinesi.

Honoured Rector,  
Dear Colleagues,  
Ladies and Gentlemen

Today on the 26th of May 2017, the University of Parma grants an honorary professorship in Respiratory Medicine to Sir Richard Peto in recognition of his great scientific merits in the field of the respiratory diseases.

It is a great pleasure and honour for me to pronounce the Laudatio. Professor Richard Peto was born in 1943 in Reading, U.K. He studied Natural Sciences and Mathematics at Cambridge University and Statistics at London University. During his career he collaborated for thirty years with Professor Richard Doll, one of the pioneers in the use of statistics in clinical trials.

Professor Peto is currently Professor of Medical Statistics and Epidemiology and Co-Director of the *Clinical Trial Service Unit* at Oxford.

Professor Richard Peto has received numerous awards and prizes, honorary degrees, fellowships, visiting professorships, lectureships and memberships of academic institutions both in the U.K. and abroad. Notably, his previous awards include the *Guy Silver Medal* from the *Royal Statistical Society* in 1986, *La Médaille de la Ville de Paris* in 1994 and the *European Award for Excellence in Stroke Research* in 1996. He was elected a Fellow of the *Royal Society of London* and was knighted by Queen Elizabeth II in 1999 for his services to epidemiology and cancer prevention.

Professor Peto has published hundreds of original papers and reviews in leading scientific journals and conference proceedings. He is among the most cited medical researchers in the world.

Professor Richard Peto is one of the world's leading epidemiologists. In the field of respiratory diseases,

the work of Professor Peto incontrovertibly proved the detrimental effects of tobacco. His name is inextricably linked to the milestone article published together with Professor Charles Fletcher in the *British Medical Journal* in 1977. The article, entitled "*The natural history of chronic airflow obstruction*", reported a prospective epidemiological study performed on London working men.

The study investigated the early stages of the development of chronic obstructive pulmonary disease. The findings provided the evidence that Forced Expiratory Volume in one second, the  $FEV_{1}$ , diminishes gradually over a lifetime, although in most non-smokers and many smokers clinically significant airflow obstruction never developed.

Nevertheless, in susceptible people smoking caused irreversible obstructive damage. Moreover, if a suscep-

Lo studio investigò gli stadi più precoci dello sviluppo della broncopneumopatia cronica ostruttiva.

I risultati fornirono l'evidenza che il Volume Espiratorio Massimo al 1° secondo, il VEMS, si riduceva progressivamente nel corso della vita, senza che si sviluppasse però una significativa ostruzione bronchiale sia nei soggetti non fumatori che in molti fumatori. Ciò nonostante, in soggetti suscettibili il fumo era in grado di indurre un danno ostruttivo e irreversibile delle vie aeree. Inoltre lo studio dimostrava come la sospensione dell'abitudine tabagica non permettesse il completo recupero della funzione polmonare, anche se il tasso di riduzione del VEMS tendeva poi a normalizzarsi nel tempo.

Sebbene siano passati quarant'anni dalla sua pubblicazione, l'articolo è ancora un punto di riferimento per clinici e ricercatori.

Oltre agli effetti del fumo sulla funzione polmonare, il lavoro del professor Peto comprende numerosi

studi di fondamentale importanza sulle cause del cancro, con la dimostrazione dei meccanismi molecolari del tabacco che mediano danno cellulare e mutazioni del DNA. Il lavoro del Professor Peto è stato determinante nell'implementare su larga scala una serie di studi clinici randomizzati sul trattamento delle malattie cardiovascolari, vasculopatie cerebrali e neoplasie della mammella. Il suo contributo è stato poi particolarmente rilevante nello sviluppare l'approccio statistico basato sulla meta-analisi dei risultati degli studi clinici.

Recentemente il Professor Peto ha iniziato una serie di studi relativamente all'abitudine tabagica, il controllo della pressione arteriosa, l'obesità ed il rischio di morte su ampie popolazioni in Cina, India, Cuba, Egitto e Messico. Questi studi hanno chiaramente dimostrato come il fumo di tabacco aumenti il rischio di morte più nelle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo, che in quelle dei Paesi sviluppati e

che è in aumento il rischio per la salute causato dal fumo. Infine il Professor Peto ha brillantemente dimostrato nei suoi studi come la sospensione dell'abitudine tabagica porti grande beneficio.

Le sue indagini sugli effetti del fumo e sui benefici conseguenti alla sua disassuefazione hanno contribuito a cambiare le politiche dei governi nei confronti del tabagismo e hanno aiutato molti fumatori a smettere di fumare.

Ringrazio sentitamente il Professor Richard Peto per aver accettato di far parte del corpo docenti della nostra Università.

[*Tabaccologia 2017; 2:10-12*]

### Alfredo Chetta

Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato respiratorio, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Parma

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

tible smoker stopped smoking, he did not recover his lung function, but the average further rates of loss of FEV<sub>1</sub> will revert to normal. Although forty years have passed since its publication, this paper is still a reference point for researchers and clinicians.

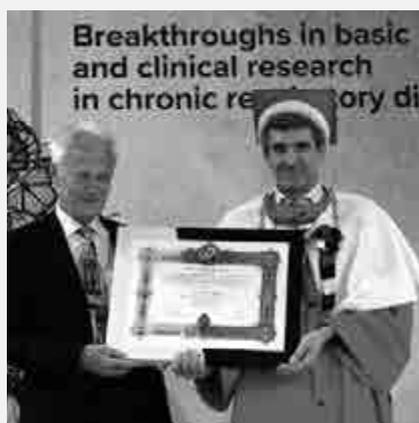
In addition to the effects of smoking on lung function, the work of Professor Peto includes several key studies on the causes of lung cancer, by showing the molecular mechanisms of tobacco mediated cellular damage and DNA mutations. He also helped implement large-scale randomized trials for the treatment of cardiovascular diseases, strokes and breast cancer; and he made a significant contribution to developing combined "meta-analysis" of results from clinical trials.

In recent years, Professor Peto initiated a series of profound studies on tobacco habits, blood pressure,

obesity and risk of death in China, India, Cuba, Egypt and Mexico. These studies clearly showed that tobacco was already causing even more deaths in developing than in developed countries and that the health risks of smoking will rise.

Finally, Professor Peto has brilliantly extended his research to reveal the beneficial effects of giving up smoking.

His investigations on the effects of smoking and the resulting benefits of stopping have helped change government policy on smoking and have helped many smokers give up. I thank Professor Richard Peto for agreeing to join the faculty of our University.



# La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio

## *Hypnotic Psychotherapy in tobacco smoking treatment. A new approach*

Francesco Tarantino

---

### Riassunto

**Introduzione:** Negli ultimi anni vari studi hanno valutato il ruolo della ipnosi nella *smoking cessation* con conclusioni non univoche né definitive. L'ipnosi contro la dipendenza da tabacco può essere impiegata come terapia singola, ed in tal caso mira a ridurre nel soggetto la voglia di fumare, aumentando la volontà di smettere o come terapia complementare ed in quest'ultima evenienza serve a rinforzare la concentrazione sul trattamento di prima scelta. In questo lavoro si evidenzia l'importanza dell'ipnosi nella cura del tabagismo con un mio nuovo approccio denominato Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve (PIAB) i cui primi risultati clinici sono stati già pubblicati. La PIAB tuttavia deriva da un altro mio metodo pubblicato nel 2013, chiamato Training Ipnotico Antifumo (TIA), il quale si è rivelato utile nel trattamento della dipendenza nicotinicica anche se richiede tempi più lunghi. La PIAB nel trattamento del tabagismo viceversa è caratterizzata per essere più breve del TIA oltre che per utilizzare una specifica prospettiva fenomenologico-esistenziale che rende la cura stessa più adeguata.

**Metodi:** Il campione è composto da 108 tabagisti e suddiviso in tre sottogruppi, ciascuno composto di 18 femmine e 18 maschi, con analoghe caratteristiche. Il primo gruppo comprende i pazienti trattati con la PIAB, il secondo quelli trattati con consulenza e strategie cognitivo-comportamentali, il terzo è rappresentato dai fumatori non sottoposti a trattamento fungendo per certi versi da gruppo di controllo. Sono stati quindi comparati i risultati dei tre gruppi al fine di provare l'efficacia della PIAB. La PIAB si svolge in media in 10-20 giorni, con 6 sedute ipnotiche, a distanza ravvicinata. La prima seduta è incentrata sulla valutazione e preparazione dell'intervento ipnotico. La seconda seduta, distanziata da 3-7 giorni dalla prima, è eseguita con 10-12 ore di assenza di fumo. Al termine di questa seduta viene insegnato il training auto-ipnotico. Seguono altre 4 sedute consecutive, una al giorno. La sesta ed ultima seduta, distanziata da altri 3-7 giorni, ha come obiettivo il rinforzo dei risultati. Tutti i pazienti sono stati controllati con la rilevazione del Monossido di Carbonio (CO) in espirium.

**Risultati:** I risultati migliori si sono ottenuti nel gruppo trattati con la PIAB. I successi riguardo alla cessazione del fumo di questo primo gruppo (36,3%) sono superiori di oltre il doppio rispetto al secondo gruppo (16,6%) trattati con counseling (intervento delle 5A e 5R) e strategie cognitivo-comportamentali. I risultati enormemente negativi del gruppo di controllo, circa il 97,3% di insuccessi, dimostrano invece l'enorme difficoltà (se non proprio l'impossibilità) a smettere di fumare senza un aiuto terapeutico qualificato. I dati statistici inoltre sono stati integrati con l'esposizione sintetica di due casi clinici, trattati positivamente con la psicoterapia ipnotica breve, al fine di rendere maggiormente comprensibile il trattamento ipnotico nelle sue varie fasi.

**Conclusioni:** Con il presente studio si è messo in risalto che l'ipnosi, poiché facilita le comunicazioni mente-corpo, può essere uno strumento psicoterapeutico importante nel tabagismo, se basato su procedure psicoterapeutiche codificate e standardizzate come il metodo PIAB. I risultati di questa ricerca evidenziano come la psicoterapia ipnotica, attraverso lo stato di coscienza modificato (trance), sia in grado di cambiare l'apprendimento incentivo abnorme (craving), che struttura la dipendenza nicotinicica, favorendo la cessazione del fumo di tabacco con la relativa estinzione dei condizionamenti comportamentali e del disagio esistenziale. Si auspica pertanto che i risultati positivi di questo lavoro, anche se parziali, possano stimolare altre indagini cliniche e sperimentali sul ruolo della psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo.

**Parole chiave:** Tabagismo, psicoterapia ipnotica antifumo breve, PIAB, apprendimento incentivo abnorme, fenomenologico.

## Abstract

**Introduction:** In the last few years, the role of hypnosis in smoking cessation was assessed, getting to indefinite and non univocal conclusions. Hypnosis in case of tobacco addiction may be used as a single treatment, and in this case it aims to reduce a person's desire to smoke, enhancing the will to quit, or as a complementary treatment, and in this case it is used to foster the concentration upon the first choice treatment. In this article we evidence the importance of hypnosis as a treatment for tobacco addiction by means of a new approach called "Brief Hypnotic Psychotherapy for smoking cessation" (PIAB), which preliminary outcomes are already published. PIAB comes from another method of mine published in 2013 named "Hypnotic training against tobacco smoking" (TIA), which showed to be useful as a treatment for nicotine addiction even if it needs a longer period. PIAB is characterised to be shorter than TIA, and also uses a specific perspective phenomenological – existential approach which makes the cure more effective.

**Methods:** We analysed 108 smokers divided in three groups, each of them composed of 18 males and 18 females, with similar characteristics. The first group were patients treated with PIAB, the second group with counselling and CBT strategies, and the third group with usual standard treatment, which could be used as a control group. Outcomes of the three groups were compared together in order to prove the efficacy of PIAB. PIAB takes place usually in 10-20 days with 6 hypnotic sessions at close range. The first session is centred on evaluation and preparation of the hypnosis intervention. The second session which takes place 3-7 days after the first, is done after 10-12 hours of cigarette smoking abstinence. At the end of this session, an auto-hypnosis training is taught to the participants. After this, 4 other sessions take place consecutively, one every day. The sixth and last session, after a 3-7 day interval, has the aim to reinforce the results.

**Results:** The best results were obtained in the group treated with PIAB. Success rates regarding smoking cessation of this first group (36.3%) are two-fold higher than the rates of the second group (16.6%) treated with counselling (the 5A and the 5R intervention) and cognitive-behavioural strategies. The hugely negative results obtained by the third group, about 97.3% of failure, shows how difficult cessation may be without qualified treatment help. Statistical data are integrated with a brief exposition of two clinical cases, positively treated with brief hypnotic psychotherapy, in order to give a better comprehension about the various phases of the hypnotic treatment. All patients were monitored by the detection of carbon monoxide (CO) in espirium.

**Conclusions:** With this report it is shown how hypnosis, as it enhances communication between mind and body, may be an important psychotherapeutic tool for smoking cessation, if based on standardised and codified psychotherapy procedures, such as PIAB. The outcomes of this research give evidence on how hypnotic psychotherapy, through a modified conscious state (trance), is able to modify the abnormal learning (craving), which underlines the nicotine dependence, promoting smoking cessation and extinguishing conditioned behaviours and existence unease. We hope that the positive results of this report, although still partial, may stimulate other clinical and experimental surveys on the role of hypnotic psychotherapy for smoking cessation treatment.

**Keywords:** Smoking cessation, hypnotic psychotherapy for smoking cessation, PIAB, abnormal incentive learning, phenomenology.

## Introduzione

Milton H. Erickson, psichiatra americano nonché uno tra i più noti ipnotisti moderni, ha definito l'ipnosi come "un tipo speciale, ma normale di comportamento che s'instaura quando l'attenzione e i processi di pensiero vengono diretti verso la massa di apprendimenti esperienziali acquisiti dalle esperienze della vita" consentendo così un potenziamento delle espressioni di capacità o di una loro migliore utilizzazione [1].

Negli ultimi anni vari studi hanno valutato la funzione della ipnosi

anche nella *smoking cessation* con conclusioni diversificate e comunque non risolutive. Anche in questo campo l'ipnosi persegue l'obiettivo di aumentare le possibilità di successo della terapia, rendendola aderente alle scelte da parte del tabagista stesso [2].

L'ipnosi contro la dipendenza da tabacco può essere impiegata come terapia singola, ed in tal caso mira a ridurre nel soggetto la voglia di fumare, aumentando la volontà di smettere, o come terapia complementare, ed in questa evenienza serve a rinforzare la concentrazione sul trattamento di prima scelta. Si

può praticare l'ipnosi di gruppo, anche se i trattamenti collettivi sono ritenuti meno efficaci delle tecniche individuali.

Non tutte le Linee Guida per la *smoking cessation* parlano della ipnosi come possibile strumento terapeutico e quando viene citato è sempre come strumento di supporto di seconda o terza linea, magari inserito in un setting di counseling motivazionale e comportamentale.

Di ipnosi parlano le Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità/Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (ISS/OSSFAD) del 2003 come cura

alternativa, per la cessazione del fumo [3], non più presente nelle Linee Guida del 2008 [4].

Le Linee Guida ENSP 2012 (*European Network for Smoking and Tobacco Prevention*) [5] consigliano i trattamenti ipnotici solo come terapie adiuvanti nei programmi terapeutici di prima linea sebbene la loro efficacia sia ancora controversa. In particolare viene raccomandato di utilizzare l'ipnosi (come pure le terapie non convenzionali) quando è espressamente richiesta dal tabagista per evitare di allontanarlo dal trattamento. Nelle predette linee guida inoltre la terapia ipnotica è raccomandata nell'ottica della riduzione del danno.

Le Linee guida USA (Fiore 2008) evidenziano la carenza di procedure standardizzate nelle terapie ipnotiche per la cessazione del fumo come pure di adeguati criteri riguardo all'inclusione dei tabagisti nei relativi trattamenti [6]; in tale studio tuttavia sono state segnalate sufficienti prove di positività con il trattamento ipnotico per smettere di fumare.

Le Linee Guida ERS 2007, partendo dal presupposto che la cessazione del fumo è fondamentale per la riduzione delle patologie fumo-correlate, ritengono come l'ipnosi debba essere inclusa nel trattamento del tabagismo per non lasciare niente di intentato [7].

Molte altre Linee Guida come quelle Europee (2002) [8], Australiane (2011) [9], Neozelandesi (2014), Inglese (2000), Indiane (2011) [10] e del Paraguay (2010) non ne fanno cenno [11].

Altre ricerche ancora dimostrano la contraddittorietà e la problematicità degli studi circa l'efficacia dell'ipnosi: da un lato riportano buoni risultati sino al 70-80 % di esiti positivi, dall'altro scarsi o nulli effetti positivi tanto da considerare il trattamento ipnotico del tabagismo, almeno in parte, il paradiso dei ciarlatani [12-15]. Tali studi da un lato incoraggiano l'uso dell'ipnosi, anche nella direzione neo-ericksoniana [16], nella cura della dipendenza nicotina, dall'altro rilevano insufficienti evidenze scientifiche so-

prattutto per la complessità a stabilire protocolli terapeutici standardizzati ai quali conformarsi.

In questo lavoro si vuole evidenziare l'importanza dell'ipnosi nella cura del tabagismo con un nuovo metodo personale denominato Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve (PIAB) [17] i cui primi risultati clinici sono stati pubblicati (2016). La PIAB, inoltre, deriva da un altro metodo originale pubblicato nel 2013, chiamato Training Ipnotico Antifumo (TIA) [18,19], il quale si è rivelato utile nel trattamento della dipendenza nicotina nonostante la sua relativa lunga durata.

La PIAB invece è un metodo più breve del TIA che utilizza una prospettiva fenomenologico-esistenziale per innescare nel tabagista una possibilità di essere senza fumo, a partire dal mondo quotidiano, rendendo la cura più efficace.

Ad ogni modo questa ricerca ha come obiettivo primario la valutazione dell'efficacia della PIAB attraverso il riferimento ad una casistica clinica rappresentativa più ampia rispetto a quella iniziale, su cui lo stesso approccio è stato costruito, nonché la comparazione con due gruppi di tabagisti di cui uno di controllo.

## Materiale e metodi

### Il modello teorico di riferimento

Tale modello (**Figura 1**) è stato pubblicato nel 1995 nel volume *"Tossicomane ed Esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici"* [20] con un aggiornamento nel 2004 [21] e nel 2009 [22]. Esso parte dall'incontro terapeuta-paziente passando tramite la trance ipnotica, la quale ha come fondamento la riflessione, per arrivare infine alla psicoterapia ipnotica che ha il suo presupposto nell'autenticità dell'essere.

Questo modello tiene in considerazione l'indirizzo neo-ericksoniano che dà importanza all'autoguarigione tramite l'esperienza di riassociazione [23] con particolare riferimento al *rapport* (empatia) e all'unicità della personalità del paziente (pz) [24].

La tecnica d'induzione ipnotica, che

utilizzo da moltissimi anni, consiste in una manovra induttiva in cui l'aspetto esperienziale (Tarantino, 2000, p. 100) appare con tutta la sua specificità. Questa tecnica comprende: A) l'induzione di una prima forma di *trance*, B) la riorientazione nello stato di veglia, C) la verbalizzazione, nello stato ordinario di coscienza, dei relativi vissuti fenomenologici sperimentati nello stato ipnotico, D) l'approfondimento ipnotico attraverso metafore o allegorie [25-27].

In questa procedura si possono facilmente rintracciare i fondamenti fenomenologici [28-31] vale a dire: A) la sospensione dell'atteggiamento naturale, o epochè, B) la modificazione della coscienza in relazione alla riflessione, C) la verbalizzazione dei vissuti così come si manifestano nella coscienza intenzionale, D) la "rimemorazione", nella successiva trance, dei fenomeni attraverso un'analisi intenzionale genetica dove i noemi (contenuti nella coscienza) e le noesi (atti di pensiero) assumono nuovi significati "nella" e "per" la coscienza, E) il passaggio dalla realtà naturale a quella ipnotica [25-27].

Prima di esporre le caratteristiche del campione, con i metodi di trattamento utilizzati, è opportuna un'annotazione sulla comunicazione



**Figura 1** Modello di psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella prospettiva fenomenologico-esistenziale (Tarantino, 2004, p. 110).

ne mente-corpo e sulla prospettiva fenomenologica nell'ipnosi nonché nelle addictions. Tale nota è utile per capire i possibili meccanismi d'azione della psicoterapia ipnotica nella cura del tabagismo con una visione più ampia.

### Un'annotazione sull'ipnosi e sulle addictions: la comunicazione tra mente e corpo

Mosconi [32], fondatore della concezione neo-ericksoniana dell'ipnosi, ha messo in risalto la poliedricità della sua natura compresa una visione scettica [33] in cui essa è negata. Questa poliedricità può essere interpretata, secondo questo autore [32], alla luce di vari paradigmi teorici tra cui quello:

- fisiologico (l'ipnosi concepita per lo più come sonno parziale o inibizione cerebrale),
- psicodinamico (l'ipnosi specialmente come rapporto regredito),
- comunicazionale-relazionale (l'ipnosi innanzitutto come particolare forma di comunicazione),
- psico-biologico in cui è sviluppata soprattutto la dimensione mente-corpo.

Lo stesso Mosconi, in una prefazione di un mio libro (*Nuove Frontiere in Psicoterapia Ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*, p. 13) ha messo in risalto come, nella conoscenza dell'ipnosi, vi siano "accanto alle vaste zone di luce molte persistenti macchie d'ombra" [34].

Attualmente si tende a condividere l'idea secondo cui l'ipnosi sia uno stato particolare modificato di coscienza, spontaneo, indotto o auto-indotto, che può essere utilizzato per la cura dei disturbi psicologici. L'ipnosi, ad ogni modo, rappresenta la via regia per le comunicazioni mente-corpo e può avere un ruolo importante nella cura del tabagismo in quanto vi sono implicati complessi meccanismi interattivi di ordine psicologico e neurobiologico [20]. Tra questi meccanismi, il *craving* (insieme all'apprendimento incentivo abnorme) e l'astinenza, che strutturano la dipendenza tabagica, sono particolarmente im-

portanti poiché coinvolgono sofisticati condizionamenti interattivi tra pensieri, emozioni, comportamenti e quindi tra mente-corpo. Qui di seguito vi è una sintetica esposizione delle teorie di Rossi che ha collaborato, per molti anni, con Milton Erickson a cui si è fatto cenno nell'introduzione di questo articolo. Rossi [35] nel 1986 ha pubblicato una sintesi, sugli studi e ricerche nella comunicazione mente-corpo, definita: "teoria della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato di ipnoterapia". Secondo questo autore [35], nella comunicazione mente-corpo, è fondamentale l'ipotalamo che è una struttura (localizzata al centro del cervello) composta da un fascio di centri nervosi i quali "integrano le funzioni corticali superiori della mente con i sistemi della memoria e dell'apprendimento del sistema limbico e dei centri ipotalamici di praticamente tutte le funzioni biologiche del corpo". Tale organo [35], che funziona come un trasduttore, converte "gli impulsi nervosi della mente nelle molecole messaggere ormonali del corpo", controllando il sistema nervoso autonomo, endocrino ed immunitario. Lo stesso Rossi [35], poi, considera importante il sistema neuro-peptidico nella comprensione della psicosomatica e quindi della comunicazione mente-corpo con particolare riferimento alla connessione mente/gene. Crasilneck e Hall hanno evidenziato come l'ippocampo abbia una funzione specifica nell'induzione della trance [36].

Inoltre le comunicazioni mente-corpo, secondo lo stesso Rossi [37], sono rintracciabili nella trance ipnotica che si produce periodicamente e spontaneamente in ognuno di noi nel corso dei cicli ultradiani. La trance ipnotica comune quotidiana e la fase di riposo-attività del ciclo ultradiano (che avviene ogni 90-120 minuti) hanno in comune alcune modificazioni psicofisiologiche (rallentamento generale dei processi riflessivi del rimo cardiaco, della respirazione, ecc.). Rossi [37] sostiene altresì che nel ritmo ultradiano si manifesta un'oscillazione

endogena del SNC tramite una maggiore attivazione dell'emisfero destro (sede dell'attività creativo-immaginativa) nonché del sistema parasimpatico. Questi cicli, sempre secondo tale autore [37], sono importanti poiché permettono di sfruttare meglio l'ipnosi, stimolando particolari processi creativi nei trattamenti psicoterapeutici in cui è facilitata la comunicazione mente-corpo attraverso l'azione appunto dell'emisfero destro (emozionale) ed il controllo del sistema limbico (limbico-ipotalamico). Rossi [35] in definitiva sostiene che "la chiave per la terapia mente-corpo consiste nell'accedere e nel modificare i sistemi della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato che codificano sintomi e problemi". Naturalmente, ciò comporta un cambiamento del filtro della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato di coscienza modificato (trance) nel sistema limbico-ipotalamico, rapportabile ai citati cicli ultradiani e quindi alla trance ipnotica spontanea o indotta.

Tale autore ha aggiornato poi la sua "teoria della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato nell'ipnoterapia" con un'altra teoria, pubblicata nel 2004, chiamata "genomica psicosociale" [37], che approfondisce le comunicazioni mente-corpo sul piano bioinformatico. È opportuno esporre brevemente tale teoria poiché riveste un'importanza centrale nella spiegazione della cura ipnotica del tabagismo.

Rossi [38] parte dal presupposto che i pazienti riorganizzano le proprie complessità psicologiche, più profonde, utilizzando le proprie capacità in un modo che si accorda con la propria vita esperienziale. Di conseguenza, per tale autore [38], "l'ipnoterapia è un processo di apprendimento per il paziente, una procedura di rieducazione", naturalmente in sintonia con il profilo psicologico-esperienziale del pz stesso. La genomica psicosociale di Rossi assegna all'ipnosi una fondazione bioinformatica mostrando come l'attività psico-sociale (l'esperienza,

la novità psicologica, l'arricchimento spirituale e l'esercizio fisico) riesca a modulare l'"espressione genica" e la plasticità del cervello negli stati di malattia e nello stress. L'ingresso nel ciclo bioinformatica può essere di natura biologica o psicologica [38] poiché è fondamentale per una teoria dell'ipnosi terapeutica conseguire che:

- 1) esperienza (*experience mind-cognition*),
- 2) sequenza (*sequence genes*),
- 3) \_struttura (*structure body-proteins*),
- 4) funzione (*function physiology*)  
"siano tutte espressione dell'informazione cui esse sono relazionate e che possono essere trasformate dall'una all'altra".

In altre parole, nel ciclo bioinformatico se si entra in uno di qualsiasi questi livelli, con un approccio psicoterapeutico ipnotico, è "teoricamente possibile modulare e forse guarire disfunzioni di qualsiasi altro livello" [38].

Rossi [38], in definitiva, con la sua "genomica psicosociale" mostra come la psicoterapia ipnotica faciliti la guarigione dell'unità mente-corpo. Nei nessi mente-corpo inoltre è importante il ruolo dei cosiddetti "neuroni a specchio" quali basi biologiche dell'empatia [39]. Questa particolare modalità relazionale (empatia) tra terapeuta e paziente è essenziale nella costituzione di ogni approccio psicoterapeutico ed ipnotico (come è stato accennato in precedenza). I risultati delle ricerche, in tale ambito psicofisiologico, costituiscono quindi ulteriori elementi da tener presente nelle comunicazioni mente-corpo nell'ipnosi e nelle addictions. Naturalmente queste scoperte sui "neuroni a specchio" debbono inserirsi in una visione etica (e fenomenologica) della vita umana come evidenziato da Bracco [40].

Prima di passare ad esporre i nessi mente-corpo nelle addictions (compresa la dipendenza nicotina) è suggestivo premettere come Rossi [35] nel costruire la sua "teoria della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato di ipno-

terapia" sia partito dagli studi di Hilgard. Questo autore ritiene quanto segue: "Un altro approccio alle esperienze di dissociazione è l'azione peculiare di alcune droghe sulla ritenzione e la rievocazione di esperienze apprese che porta a quello che è chiamato apprendimento dipendente dallo stato di coscienza. Se l'apprendimento ha luogo sotto l'influenza di una certa droga, la memoria di questo apprendimento può essere inutilizzabile nello stato normale, ma ritorna quando la persona è di nuovo sotto l'influenza della droga" [35]. Per certi versi ciò avviene nel bevitore che scorda quello che ha detto o fatto quando era ubriaco per ricordarlo solamente quando è di nuovo sbronzo.

Ho evidenziato questi aspetti in un intero capitolo di un mio volume del 1995 (*Tossicomane ed esistenza. Aspetti Psicologici ed esistenza*) mettendo in risalto le comunicazioni mente-corpo nel craving, nell'apprendimento incentivo e nell'astinenza con gli aspetti esistenziali delle addictions [20].

Per certi versi l'apprendimento dipendente dallo stato di coscienza avviene nel fumatore compulsivo quando non ricorda di aver fumato alcune sigarette (o di averlo fatto in modo automatico) ma di divenirne consapevole non appena è pressato dal craving. Nell'uno e nell'altro caso sperimenta uno stato particolare di coscienza e precisamente nel primo sotto l'azione compulsiva del craving e nel secondo sotto l'effetto astinenziale. Ciò risulta direttamente o indirettamente da molti resoconti (circa 60%) dei diari "del fumatore" somministrati ai pz, presi in esame in questo studio, che saranno discussi più avanti.

L'uso di tabacco (nicotina), molto probabilmente al pari di altre addictions da sostanze e da non sostanze, può surrogare alcune gratificazioni naturali stimolando i centri cerebrali preposti a importanti funzioni della conservazione della specie e dell'individuo (fame, sete, sesso, ecc.) [41]. Le strutture biologi-

che terminali in cui sono interpretati gli stimoli nicotinici e di altre droghe si trovano nelle aree limbiche del SNC mentre le proprietà gratificanti riportano ad una via finale comune identificata nella stimolazione dopaminergica [42]. I meccanismi psicologici delle addictions quindi vanno ricercati in un apprendimento alterato, identificato nel craving, consistente nell'attribuire ad alcune sostanze (o situazioni) proprietà emotive a stimoli che sono neutri ma condizionati ad essi [41,42]. Ciò si evidenzia nell'analisi di qualsiasi "diario del fumatore" [43], somministrato ai pz di questo studio, in cui è emerso come il fumo sia associato ad innumerevoli situazioni di ordine biologico, psicologico, esistenziale, sociale e culturale di cui si parlerà successivamente.

Peraltro le attuali teorie psiconeurobiologiche sostengono che i processi sottesi al craving, su cui si costruisce l'addiction, produrrebbero una plasticità neuronale indotta da una "nuova espressione genica" [42].

Alla luce di quanto espresso, emerge come i meccanismi psicobiologici mente-corpo, coinvolti nella strutturazione delle addictions (tabagismo incluso), siano analoghi per certi versi a quelli psicoterapeutici ipnotici in quanto entrambi implicano "l'apprendimento dipendente dallo stato di coscienza". Naturalmente nel primo caso vi è un apprendimento abnorme (craving) che si evolve in un disturbo psicopatologico (l'addiction nicotina), nel secondo caso invece vi è un'altra forma possibile di apprendimento (o rieducazione) identificata nella psicoterapia ipnotica volta alla cura della dipendenza tabagica.

Queste ipotesi, anche se solo in parte dimostrate, possono dare un'idea della valenza della psicoterapia ipnotica nella cura del tabagismo, al pari degli altri approcci psicoterapeutici, sdoganandola così dal ruolo di cenerentola all'interno dei trattamenti della dipendenza nicotina.

### La prospettiva fenomenologico-esistenziale

Nei casi clinici di tabagismo trattati, la finalità terapeutica, come è stato già accennato, è orientata all'autenticità dell'essere giacché, nei fumatori, l'inautenticità dell'essere si manifesta nella "chiacchiera", nella "curiosità" e nell'"equivoco" naturalmente nell'accezione esistenziale [18]. Il mondo del tabagista infatti è basato sulla ripetizione di atti (l'atto del fumare) nonché sulla percezione dell'impossibilità a modificare tali atti. Pertanto, l'incapacità di smettere di fumare rappresenta per il fumatore da un lato una realtà dell'essere impossibile e, dall'altro, dell'essere possibile solo in questa impossibilità [18]. Ciò risulta molto evidente dall'analisi del "diario del fumatore" [43] (utilizzato in questo studio) che consiste nel registrare su un foglio le modalità di fumare, prima di ogni sigaretta, nell'arco della giornata.

Nel trattamento del tabagismo, il "diario del fumatore" ha una funzione strategica poiché può creare uno spazio tra l'intenzionalità di fumare e l'atto stesso del fumare il quale si manifesta sotto forma di un rituale. È proprio questo "spazio di riflessione" (o contemplazione) tra intenzione ed atto, caratterizzato da una momentanea interruzione dell'automatismo, che può innescare la cura tramite la riflessione-decisione di smettere di fumare, come possibilità di essere in modo diverso. Questa fugace possibilità può legarsi ad un'intuizione eidetica in grado di trasformare un'impossibilità di esistere, in quanto essere-dipendente, in una possibilità di fronteggiare l'astinenza. La riflessione nello stesso tempo comporta, in termini fenomenologici, una modificazione dello stato di coscienza [21], peraltro costitutiva della trance, ed intimamente legata al processo di cura. D'altro canto la voglia irresistibile di fumare (*craving*) è caratterizzata da un'intenzionalità coartata che, nel momento in cui si appropria della possibilità di riflessione, può dilatare la risposta (atto del fumare) sino ad estinguerla in caso di suc-

cesso terapeutico. In altre parole il tabagista può esercitare nel predetto "spazio riflessivo" (tra voglia e atto di fumare) una sospensione del vissuto del *craving* attuando una sorta di epoché nell'accezione husserliana. Con tale processo il pz mette tra parentesi l'atteggiamento nicotino-dipendente, che è artificiale ed ego-sintonico, per relazionarsi ad una possibilità di essere "altro" e cioè non dipendente [20].

D'altro canto l'esistenza inautentica, intrisa di artificialità in quanto associata all'azione della nicotina e più in generale dell'*addiction*, sembra spingere verso un'esistenza autentica (senza fumo) proprio perché, al pari di quella con il fumo, fa parte dello stesso mondo del pz, come fossero due facce di una stessa medaglia [20].

In realtà il tabagista conduce un'esistenza artificiale caratterizzata da un lato dall'essere frammentario, vuoto ed intriso d'istinto di morte (il fumo è la prima causa di morte nel mondo) e dall'altro da una coesistenza impossibile nonché da una progettualità inadeguata [20] che sembra esprimere, nel naufragio del suo mondo quotidiano, un tentativo di "afferrare" una possibilità autentica di essere.

L'autoguarigione (cioè attingere dalle proprie risorse) esprime quindi la possibilità di esistere senza fumo. In vero il tabagista nella sua storia di vita non è stato sempre tale come pure il suo modo di essere fumatore non esclude degli spazi, nel suo mondo quotidiano, di non fumatore.

Il tempo nella persona tabagista è sempre scandito da momenti in cui fuma e da altri in cui non fuma e per questo motivo esso rappresenta uno degli aspetti fondanti del processo di cura. Il tempo senza fumo, come si può facilmente immaginare, spinge verso quello con il fumo stimolando una progressiva riduzione della distanza tra i due tempi che sono fortemente intrecciati tra di loro. Pertanto la possibilità di modulare tale distanza, con uno spazio riflessivo diretto a sospendere il pensiero (*craving*) dall'azione (astinenziale) di fumare,

può mutarsi in fattibilità di cura e di cessazione del fumo. La modulazione di tale distanza, come pure quella nel rapporto tra terapeuta (non fumatore) e pz (fumatore), sembra costituire quindi l'essenza della cura. Secondo Cagnello è proprio la modulazione della distanza uno dei più importanti aspetti costitutivi in ogni forma di psicoterapia [44]. In particolare Calvi (2015) evidenzia un aspetto paradossale presente nella psicoterapia ipnotica in cui l'ipnosi sembra distanziare il pz dal terapeuta mentre in realtà lo avvicina al suo mondo esistenziale [45] stimolando una cura adeguata.

Alla luce di quanto sopra esposto, la psicoterapia ipnotica nella prospettiva fenomenologica si basa proprio sugli aspetti temporali a cui si è fatto cenno. La regressione di età in ipnosi (nei periodi in cui il pz non fumava), con l'associazione del benessere all'assenza di fumo e del malessere alla presenza del fumo, ha il suo aspetto costitutivo nella temporalità che si manifesta nel mondo quotidiano del pz. Nel fumatore infatti vi è una specie d'inversione associativa in cui il benessere corporeo, ma anche mentale, è legato al fumare mentre il malessere è associato al non fumare rinforzato peraltro dai sintomi di astinenza. Le stesse modalità di respirare, con il fumo o senza il fumo, arricchiscono il pz di una percezione collegata ad un spazio esistenziale (vita quotidiana) che promuove un esistere (*ex-sistere* = venir fuori) senza fumo.

La psicoterapia ipnotica, intervenendo nei collegamenti mente-corpo ed emozionali-razionali, può facilitare il processo di cura nel tabagismo laddove l'uso dell'approccio fenomenologico rappresenta una forma d'interfaccia tra l'aspetto biologico e psichico [22].

### Il campione

Il campione è composto da 108 tabagisti e suddiviso in tre uguali sottogruppi, ciascuno composto di 18 femmine e 18 maschi, denominati gruppo 1, gruppo 2 e gruppo 3. Il primo raggruppamento compren-

de i pazienti trattati con la PIAB, il secondo quelli trattati con consulenza e strategie cognitivo-comportamentali, il terzo insieme è rappresentato dai fumatori non sottoposti a trattamento, cioè da quelli che hanno abbandonato il programma terapeutico dopo la prima seduta, fungendo per certi versi da gruppo di controllo. I pazienti dei tre

gruppi hanno caratteristiche analoghe in termini di età e dipendenza nicotinic.

I criteri d'inclusione nel campione sono la richiesta volontaria di cessazione del fumo ed in particolare: per il gruppo 1 la richiesta dell'ipnosi, per il gruppo 2 di una terapia psicologica e per il gruppo 3 di un generico trattamento sanita-

rio. In quest'ultimo gruppo la richiesta di cura antitabagica è caratterizzata più da una curiosità circa le modalità di cessazione del fumo che da una reale esigenza ad intraprendere un percorso di cessazione del fumo.

Nella **Tabella 1** si può osservare che l'età media dei pazienti, compresi nel campione, è di 50,2 anni.

**Tabella 1** Campione dei pazienti trattati con la PIAB.

#### Pazienti presi in carico

	Numero di pazienti	Età media
Maschi	54	51,6
Femmine	54	48,8
Totali	108	50,2

#### Tipologia di invianti

Inviante	MMG, PLS, P.O. *		Pubblicità (marketing sanitario)		Familiari		Amici		Internet	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
% Utenti	55,5	66,6	16,6	5,5	5,5	5,5	27,7	11,1	3,7	1,0
% Totale	61,1		11,1		5,5		19,4		2,7	

#### Grado d'Istruzione

	Elementare		Media Inferiore		Media Superiore		Laurea	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Percentuale di utenti	12,9	5,5	59,2	62,9	16,6	22,2	11,1	11,1
Totale percentuale utenti	9,2		61,1		19,4		11,1	

#### Percentuali del grado di dipendenza (FNTD), intensità craving (VAS), autoefficacia e motivazione

	Lieve			Medio			Alta (o molto alta)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
FNTD	5,5	3,7	4,6	22,2	29,6	25,9	72,3	66,6	69,5
VAS	3,7	5,5	4,6	16,6	16,6	16,6	77,7	83,3	80,8
Autoefficacia	5,5	16,6	11,2	38,8	38,8	38,8	55,5	44,4	50,0
Motivazione	27,7	44,4	36,1	44,4	44,4	44,4	27,8	11	19,5

#### Quantità di Sigarette fumate

	Maschi	Femmine	Totale
Numero medio di sigarette fumate al giorno	19,4	22,4	20,9
Numero medio di anni di tabagismo	30,0	29,3	29,6

\* **Legenda:** MMG = Medici Medicina Generale; PLS = Pediatri Libera Scelta; P.O. = Presidio Ospedaliero.

Il livello d'istruzione nel 61,1% dei casi è medio-inferiore, mentre nel 19,4% risulta medio-superiore. In una piccola quantità sono presenti tabagisti con licenza elementare. I pz sono stati inviati in gran parte dai medici di medicina generale (61,1%).

Il diario del fumatore ha evidenziato che circa il 75% dei tabagisti, analizzati in questo studio, fuma con le seguenti modalità:

- 1) dopo ogni caffè,
- 2) per spezzare la noia della giornata lavorativa,
- 3) per concentrarsi o rilassarsi meglio,
- 4) dopo il pranzo, dopo la cena e prima di andare a letto,
- 5) in alcuni momenti ricreativi di gruppo.

Il 25% dei pz invece fuma in associazione alla guida di un veicolo, alla televisione o all'ascolto di una canzone preferita. Il fumo pervade quindi l'intero mondo quotidiano del tabagista ed associato a svariate situazioni.

La dipendenza nicotinică risulta (**Tabella 3**), in circa nel 69,5% dei pazienti, di grado alto come pure il craving da tabacco (80,6%). L'autoefficacia percepita, circa la possibilità di cessazione del fumo di tabacco, è adeguata in molti casi (88,8%), con una discreta motivazione a superare il tabagismo e precisamente di livello medio nel 44,4% dei pazienti e di livello alto nel 19,4% dei casi. Il numero medio di sigarette fumate ogni giorno, da ciascun fumatore, è di 20,9 mentre il un numero medio di anni di sigarette fumate è di 29,6.

Per quanto riguarda il sesso si può dire che i maschi, nella misura del 72,3%, hanno una dipendenza (nel grado alto) superiore alle femmine (66,6%) mentre queste (83,3%) mostrano una maggiore intensità di craving, sempre nel grado alto, rispetto ai primi (77,7%). Il livello di autoefficacia e motivazionale è più alto nei maschi (27,8%) rispetto alle femmine (11%). Per il resto il campione è piuttosto omogeneo nei due sessi.

## Metodi

I tre gruppi dell'intero campione hanno avuto un'eguale valutazione iniziale e trattati in modo differente. Il gruppo 1 è stato trattato con la PIAB, il gruppo 2 è stato trattato con il counseling associato a strategie cognitive-comportamentali mentre il gruppo 3 non è stato trattato poiché ha interrotto la terapia dopo la prima seduta.

La metodica psicoterapeutica ipnotica, utilizzata nella cura del tabagismo applicata al gruppo 1, è denominata PIAB (Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve). In pratica la PIAB è un approccio psicoterapeutico molto più breve del TIA, poiché il trattamento si svolge in media in 10-20 giorni con 6 sedute, a distanza ravvicinata. Nel TIA viceversa la terapia si sviluppa in 70-90 giorni con 8-10 sedute a cadenza settimanale.

Sono stati trattati, tramite PIAB, 36 casi (18 maschi e 18 femmine) di tabagismo, con reclutamento basato sulla richiesta volontaria. Sono stati esclusi i casi in cui l'ipnosi non è indicata come le sindromi psicotiche.

In modo schematico il trattamento del tabagismo, tramite PIAB, comprende le seguenti modalità:

- 1) la valutazione psicologico-clinica del tabagista,
- 2) l'induzione della trance ipnotica,
- 3) l'utilizzazione di adeguate strategie psicoterapeutiche ipnotiche,
- 4) il monitoraggio dell'efficacia dei risultati.

Inoltre nella PIAB sono utilizzate tecniche ipnotiche come la regressione di età [46], il decondizionamento del craving che utilizza una tecnica ipno-comportamentale di desensibilizzazione sistematica [47], i rinforzi dell'Io con le tecniche ipnotiche di Hartland [36] che potenziano l'autoefficacia e le abilità di coping. In particolare la tecnica ipnotica di regressione di età, che come è stato detto consiste nel riportare il pz nel periodo in cui non fumava, è importante per stimolare il processo di autoguarigione e quindi di cessazione del fumo di

tabacco. Infatti con questa tecnica, facendo sperimentare la percezione di vissuti di benessere senza fumo e di malessere con il fumo, si stimolano i tabagisti a "rivivere" i lassi di tempo in cui non erano fumatori.

Le tecniche di Hartland, come è noto, rinforzano l'Io con suggestioni ipnotiche dirette ed indirette favorendo il superamento dei sintomi astinenziali. Inoltre il rilassamento mentale, che la trance ipnotica di per sé produce, riduce lo stato di ansietà. Questo, in varia misura, è presente nei tabagisti impegnati a ridurre o a smettere totalmente di fumare. La validità del trattamento è stata valutata anche con la misurazione del monossido di carbonio (espirato).

Il gruppo 2, trattato con il counseling (5-6 sedute), è incentrato sul modello di Prochaska - Di Clemente [48] e sul metodo delle 5A e 5R [49] nonché integrato con strategie cognitive-comportamentali finalizzate ad implementare il coping o l'autoefficacia.

Entrambi i metodi (5A e 5R), previsti dalle citate Linee Guida Antifumo dell'ISS prendono il nome dalle loro iniziali. Il primo comprende: la valutazione iniziale del tabagismo (*Ask*), la raccomandazione di smettere di fumare (*Advise*), l'accertamento che il soggetto voglia smettere di fumare (*Assess*), l'aiuto a smettere di fumare (*Assiste*) e la pianificazione del *follow-up* (*arrange*).

Il secondo metodo comprende:

- 1) la rilevanza dell'informazione nella cura del tabagismo (*rilevance*),
- 2) i rischi acuti e a lungo termine conseguenti al fumo nonché i rischi ambientali del fumo passivo (*risks*),
- 3) le ricompense inerenti ai vantaggi di non fumare (*rewards*),
- 4) gli ostacoli riguardanti la cessazione del fumo (*roadblocks*),
- 5) la ripetizione dell'intervento motivazionale (*repetition*) [50].

Il modello di Prochaska - Di Clemente, utilizzato nel counseling, parte dagli stadi motivazionali del tabagista (precontemplazione, contem-

plazione, decisione, azione, mantenimento, recidiva) per innestare un cambiamento importante diretto alla cessazione del fumo.

Il gruppo 3 funge da controllo. I pazienti di tale gruppo, come già accennato, hanno caratteristiche analoghe agli altri due gruppi, ma non sono stati trattati in quanto hanno interrotto il trattamento dopo la prima seduta. I pz di questo gruppo hanno avuto nella prima seduta una valutazione con le relative indicazioni terapeutiche.

La valutazione del tabagismo, eseguita con il DSM-5 [51], prende altresì in particolare considerazione la misurazione:

- del grado di dipendenza con il *Fagerström Nicotine Test Dependence* (FNTD) [52],
- dell'intensità del *craving* (voglia irresistibile di fumare) con la *Visual Addiction Scale* (VAS) [52],
- del livello di motivazione a smettere di fumare con il questionario di Marino (4 domande che accertano il livello di motivazione su 4 livelli: bassa, media, alta e molto alta) [52,53],
- dell'autoefficacia percepita (della cura) con una scala di autovalutazione da 1 a 10 [52,53],
- delle modalità di fumare, tramite il "diario del fumatore", in cui il pz registra le sigarette fumate su un foglio, prima di accenderle durante una giornata, il luogo, l'attività svolta, lo stato d'animo e l'auto-misurazione del craving con una scala da 1 a 10 [43].

LA PIAB, come il metodo TIA, utilizza la prescrizione invariata ipnotica (PII) e la prescrizione dei tre respiri (PTR) che personalmente ho messo a punto [17,19].

La PII consiste nell'apprendimento ed esecuzione, da parte del pz, di un training auto-ipnotico semplificato. La PTR, che è una semplificazione della PII, consiste nell'addestrare il pz ad eseguire tre respiri (contandoli mentalmente) nelle prime avvisaglie in cui sta per manifestarsi il *craving* (o la compulsività a fumare) al fine d'impedire al pz di fumare. La PTR è data in stato di

trance ipnotica verificando, dopo la deipnotizzazione, l'apprendimento del comando e la relativa esecuzione nei momenti opportuni da parte dello stesso pz. Tale riscontro è importante poiché fornisce una misura dell'efficacia medesima della psicoterapia ipnotica. La PTR inoltre può sostituire, in alcuni pazienti, la PII nel caso questa risulti particolarmente difficile da eseguire o quando vi è poco tempo a disposizione.

La seduta-tipo di trattamento terapeutico è divisa in tre parti:

- nella prima si induce la trance,
- nella seconda si effettua l'intervento psicoterapeutico ipnotico,
- nella terza si dà la prescrizione terapeutica in stato di trance che viene ripetuta nello stato di veglia nelle stesse modalità con cui viene utilizzato il TIA.

La seduta-tipo inoltre è opportuno modularla a seconda del contesto clinico in cui essa si svolge.

È opportuno a questo punto descrivere in modo dettagliato le fasi e i passaggi della metodica PIAB esposti nella **Tabella 2**.

La PIAB parte da una valutazione del pz (come il TIA nella prima seduta) e si conclude con la prescrizione del citato "diario del fumatore" [43], che ha come finalità la riduzione anche minima del numero delle sigarette fumate e la preparazione dell'intervento ipnotico vero e proprio. Diversamente dal TIA (in cui le sedute hanno una cadenza settimanale) al termine della prima seduta viene programmata la seconda seduta (in genere dopo 3-7 giorni) con la prescrizione che sarà effettuata con 10-12 ore di astinenza dal fumo.

La seconda seduta, in cui si effettua l'intervento psicoterapeutico ipnotico vero e proprio, è effettuata nella prima parte della giornata (intorno alle ore 8.00) dopo che il pz ha fumato l'ultima sigaretta la sera precedente (all'incirca alle ore 21.00). Per i pazienti che non possono venire la mattina si può programmare la seduta nel tardo pomeriggio, in questa evenienza il pz fuma l'ul-

tima sigaretta alle ore 7.00, naturalmente il pz può aumentare, ma non diminuire, il numero delle ore di astinenza rispetto a quelle prescritte.

In ogni modo l'astinenza non deve scendere sotto le 10-12 ore, in caso contrario è opportuno rimandare la seduta in un'altra occasione più favorevole. In tale seduta si comunica enfaticamente al pz che nel caso di successo farà (di norma) altre quattro sedute, una al giorno per quattro giorni consecutivi sempre senza aver fumato. Al termine della seconda seduta gli viene insegnato ad eseguire il training auto-ipnotico (incluso nella PII) e la PTR di cui sono state già esposte le modalità di attuazione con le relative finalità [17-19].

Dopo la seduta iniziale e le successive quattro sedute (senza fumo) segue una sesta seduta, a distanza di tre-sette giorni, rinforzando i risultati ottenuti e segnando, nello stesso tempo, la conclusione del trattamento in senso stretto. In caso di insuccesso si può concordare con il pz un ulteriore ciclo terapeutico. Viene svolto poi il *follow up* al 1°, 3°, al 6°, al 9° e al 12° mese in cui si può attuare, se necessario, un rinforzo psicoterapeutico ipnotico.

Le sedute ipnotiche ripercorrono, come nel TIA, le problematiche incentrate sui rischi per la salute del tabagismo e dei benefici per smettere di fumare (benessere senza fumo e malessere con il fumo).

La psicoterapia ipnotica in particolare è basata su un'induzione della trance che è approfondita con tecniche di regressione di età più volte indicate. Queste tecniche, in quanto riportano il pz in un'età più giovane e nel periodo in cui il pz non fumava, rinforzano nello stesso tempo le motivazioni per facilitare la *smoking cessation* tramite la sperimentazione di vissuti di stili di vita sani cioè liberi dalla dipendenza nicotina. Inoltre si fa sperimentare in seduta il respiro associato al benessere psicofisico in quanto non accompagnato con il fumo. Analogamente si fanno rievocare le esperienze di vita positive

**Tabella 2** Psicoterapia ipnotica antifumo breve (PIAB).

Sedute e Monitoraggio	Obiettivo	Interventi principali
n. 1 (preceduta da un contatto telefonico)	Valutazione	Prescrizione del diario del fumatore. Preparazione per la seconda seduta con astinenza di 10-12 ore
n. 2 (si svolge dopo 3-7 giorni dalla prima seduta)	Prolungamento dell'astinenza per 24 ore. Apprendimento della PII e della PTR	Esecuzione della PII e della PTR in regressione ipnotica di età
n. 3 (si svolge dopo un giorno dalla seconda seduta)	Prolungamento dell'astinenza per ulteriori 24 ore	Esecuzione in trance della PII e della PTR in regressione ipnotica di età
n. 4 (si svolge dopo un giorno dalla terza seduta)	Prolungamento dell'astinenza per ulteriori 24 ore	Sperimentazione in trance del benessere senza fumo e del malessere con il fumo a partire dalla respirazione naturale
n. 5 (si svolge dopo un giorno dalla quarta seduta)	Prolungamento dell'astinenza per ulteriori 24 ore. Cessazione fumo	Sperimentazione in trance in regressione di età del benessere nei periodi in cui non era presente la dipendenza dal fumo
n. 6 (si svolge dopo 3-7 giorni dalla quinta seduta)	Rinforzo dei risultati positivi. In caso di insuccesso, ripetizione della terapia	Tecniche ipnotiche di rinforzo dell'lo
Monitoraggio	Follow up al 1°, 3°, 6°, 9° e al 12° mese	Eventuale rinforzo dei risultati positivi
Eventuale recidiva	Eventuale ulteriore ciclo terapeutico	Riprendere la terapia laddove è fallita

non associate al fumo. La PTR e la PII sono importanti per rinforzare i risultati positivi, facendo diventare il pz protagonista del proprio essere, con un'esistenza libera dal fumo. Prima di passare all'esposizione dei risultati, mi preme sottolineare come la costruzione della PIAB sia in linea con le osservazioni di Callieri, ancora attuali, presenti nella post-fazione di un mio libro del 2004 (Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale, p. 231) [54] e cioè "Anche per la psicoterapia ipnotica gli obiettivi vanno sempre precisati, specie per quei pazienti che provengono da una precedente esperienza psicoterapeutica non riuscita o presto arenatasi".

## Risultati

Nella **Tabella 3** sono esposti i risultati dei casi trattati con la PIAB. Come si può osservare nella stessa tabella, si registra la cessazione del fumo di tabacco nel 36,3% dei pazienti e precisamente nel 38,8% dei maschi e nel 33,3% delle femmine. Nel 27,7% del campione invece si

rileva la riduzione di 1/3 delle sigarette fumate (33,3% nei maschi e 22,2% nelle femmine). Infine nel 33,3% dei casi si evidenzia la riduzione di 2/3 del numero di sigarette

fumate e precisamente nel 22,2% nei maschi e nel 44% nelle femmine. In altre parole in circa 1/3 dei fumatori si riscontra una cessazione del fumo. I pazienti sono stati

**Tabella 3** Risultati dei pazienti del gruppo1 trattati con PIAB.

Riduzione o cessazione fumo	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Situazione invariata	1	5,5	0	0	1	2,7
Riduzione di 1/3	6	33,3	4	22,2	10	27,7
Riduzione di 2/3	4	22,2	8	44,4	12	33,3
Cessazione completa	7	38,8	6	33,3	13	36,3

**Tabella 4** Confronto dei risultati tra i tre gruppi.

Riduzione o cessazione fumo	Gruppo 1 (Trattato con PIAB)			Gruppo 2 (Trattato con Counseling)			Gruppo 3 (Gruppo di Controllo)		
	M %	F %	T %	M %	F %	T %	M %	F %	T %
Situazione invariata	5,5	00,0	2,7	22,2	27,7	25,0	89,0	94,4	91,8
Riduzione di 1/3	33,3	22,3	27,7	11,2	33,3	22,2	5,5	5,5	5,5
Riduzione di 2/3	22,3	44,4	33,3	44,4	22,4	33,3	0,0	00	00,0
Cessazione completa	38,9	33,3	36,3	22,2	16,6	19,5	5,5	00	2,7

monitorati, al 1°, 3°, al 6°, al 9° e 12° mese, con colloqui di valutazione, contatti telefonici e la misurazione del monossido di carbonio. Nella **Tabella 4** si possono facilmente osservare le differenze tra i tre gruppi. I risultati migliori si sono ottenuti nel gruppo 1 trattati con la PIAB. I risultati di cessazione del fumo di questo primo gruppo (36,3) sono superiori di circa il doppio rispetto al secondo gruppo (16,6) trattati con counseling (intervento delle 5A e 5R) associato a strategie cognitivo-comportamentali. I risultati inerenti alla cessazione del fumo del Gruppo 3 (pari al 2,7%) dimostrano da un lato l'importanza dell'aiuto terapeutico e dall'altro l'enorme difficoltà (o addirittura impossibilità) a smettere di fumare "da solo".

Nella **Tabella 5** sono esposti i risultati relativi a due esempi di casi clinici trattati con psicoterapia ipnotica breve che hanno seguito con

successo il programma terapeutico. L'esposizione, sia pure sintetica, di due casi clinici rende maggiormente comprensibile il trattamento ipnotico nelle sue varie fasi.

Nella prima colonna vi è la valutazione del grado di dipendenza, della voglia di fumare (*craving*), dell'autoefficacia percepita per smettere di fumare, della motivazione a contrastare il tabagismo ed infine il risultato del trattamento. L'esito della cura ipnotica è positivo in entrambi i casi. Come si può osservare le caratteristiche dei due fumatori sono analoghe in quanto la dipendenza ed il *craving* sono alti mentre la motivazione e l'autoefficacia percepita, a smettere di fumare, sono adeguate.

Nella seconda colonna sono inserite alcune notizie anamnestiche e personali significative, evidenziando il numero medio delle sigarette fumate. Nel caso A la motivazione a fumare è legata al "sentirsi adul-

to" mentre l'effetto del tabacco è rapportabile al rilassamento. Nel caso B invece la motivazione a fumare è legata alla curiosità adolescenziale.

Nella terza colonna, riferita all'induzione della trance e alla preparazione della psicoterapia ipnotica, si evidenziano le modalità d'induzione dell'ipnosi, che sono variegata [1,16,21], in relazione al tipo di personalità del pz.

Nella quarta colonna sono descritte le metafore per accedere alle risorse inconsce per innescare la cura sotto forma di autoguarigione legata a ciò che è positivamente presente nel pz ed utilizzabile per la cessazione del fumo. Le metafore naturalmente, in quanto sintoniche alla personalità e storia del pz, favoriscono l'utilizzazione delle tecniche ipnotiche di regressione di età. Sono utilizzate anche le tecniche di rinforzo dell'io.

Nella quinta colonna infine sono

**Tabella 5** Esempificazioni di due casi clinici trattati con PIAB.

Casistica Valutazione Risultati	Notizie anamnestiche	Induzione trance e preparazione psicoterapia ipnotica	Esempi di metafore per accedere alle risorse inconsce per innescare la cura. Rinforzo dell'io	Obiettivi e scopi della cura ipnotica (associata alla PII e alla PTR)
<b>Caso A</b> Sesso femminile Anni 43 FNTD: forte VAS: alta Autoefficacia: buona Motivazione: discreta Risultati: cessazione fumo	Fuma da 23 anni in media 22 sigarette al giorno. Inizia a fumare a 17 anni per sentirsi adulto. È appassionata di passeggiate. Effetto del fumo: rilassamento	L'immagine di una passeggiata è inserita nell'induzione ipnotica dando rilievo ad ogni passo e alla visione del paesaggio. La percezione del ritmo della camminata (o della vista del panorama) può essere modificata in relazione alle sue intenzioni	La camminata e la visione del paesaggio sono le metafore che fanno percepire una respirazione non associata al fumo che allontana il males- sere favorendo il benessere. La regressione di età fa rivivere il ricordo felice di precedenti periodi della sua vita senza fumo come pure il malessere collegato alle prime esperienze di fumatrice	1) autocontrollo della gestualità automatica del fumo 2) decondizionamento del <i>craving</i> 3) rinforzo delle abilità di <i>coping</i> in quanto il fumare è associato al malessere e il non fumare al benessere
<b>Caso B</b> Anni 55 Sesso maschile FNTD: forte VAS: alta intensità Autoefficacia: discreta Motivazione: discreta Risultati: cessazione fumo	Fuma 20 sigarette al giorno da 35 anni. Conoscenza dell'ipnosi classica. Inizia a fumare per curiosità a 18 anni. Effetto riferito del fumo: puro piacere	Uso del metodo tradizionale con tecniche d'induzione prevalentemente dirette. Si fa sentire la percezione del benessere senza fumo prestando attenzione al "qui ed ora" e cioè nel respirare senza fumare	La metafora del sonno è percepita in maniera sintonica alla trance intesa come una forma meritata di rilassamento, senza fumo, dopo un intenso travaglio. Si fa percepire che il relax si può ottenere anche da sveglia (senza fumo) giacché esso ripropone il malessere. La regressione ipnotica di età (nel periodo in cui il pz non fumava) permette di attingere alle risorse inconsce intese come benessere senza fumo	1) sperimentazione, associata ad una forte carica emotiva di benessere (nello stato di trance regressiva) del "respirare" senza "fumare" 2) stimolazione delle abilità di <i>coping</i> a froneggiare l'essere senza fumo

descritti gli obiettivi, le modalità e gli scopi della psicoterapia ipnotica. Si può facilmente osservare l'utilità della PII e della PTR, insieme alla regressione ipnotica di età, nell'innescare i processi di cura recuperando esperienze positive del passato, senza fumo, del pz. Si può osservare inoltre, in quest'ultima colonna, l'utilizzazione soprattutto del vissuto del benessere senza fumo come risorsa naturale del pz stesso per attuare un cambiamento positivo.

## Discussione

I metodi di cessazione del fumo, inseriti nella Cochrane Library, sono diversi [55]. Essi mettono in risalto come l'auto-aiuto, il counseling individuale e i gruppi comportamentali insieme ai trattamenti sostitutivi di nicotina e farmacologici abbiano evidenza di efficacia in varia misura.

Le linee guida per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte, che riportano i buoni risultati del citato studio di Nagar [15], inducono a ritenere utile l'ipnosi nella cura del tabagismo. Tale autore, in particolare, in uno studio pubblicato nel 2014 riferisce di aver trattato con ipnosi 691 pz tabagisti (57% uomini e 43% donne) con successi terapeutici iniziali intorno al 27% per gli uomini e 29% per le donne [15].

Savino [2] in una rassegna di 11 studi, dal 1970 al 2005 in campo internazionale, mostra diversi punti di debolezza nella standardizzazione dei protocolli terapeutici in quanto non sono specificate le tipologie dei trattamenti in relazione al numero di sedute, al grado di gravità di dipendenza o all'indirizzo teorico e clinico seguito. Le conclusioni di questi studi (con risultati positivi dal 22% al 88%) non aiutano a stabilire l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento del tabagismo.

In un'altra revisione sistematica si è evidenziato la maggiore efficacia dell'ipnosi rispetto alle altre tecniche psicologiche (Abbott 1998), mentre altri studi non sono stati

in grado di stabilire vantaggi certi dall'uso dell'ipnosi (Green, 2006) [2,3,5-15]. Le terapie farmacologiche del tabagismo, in una rassegna di Zagà, segnalano percentuali di successo sino al 33% [56].

Nella ricerca di evidenze scientifiche sull'efficacia dell'ipnosi o di altre psicoterapie, esistono difficoltà importanti in gran parte rapportabili alla carenza di procedure terapeutiche codificate e standardizzate. Inoltre è necessaria una conoscenza scientifica di base dell'ipnosi nei suoi vari aspetti [1,32,37]. In effetti, come mostrato nel presente studio, la ricerca di evidenze scientifiche in psicoterapia ipnotica presuppone un modello teorico di riferimento a cui rapportare l'attività clinica, la valutazione analitica del pz, il numero delle sedute impiegate, i metodi per indurre la trance insieme alle strategie per raggiungere gli obiettivi ed il monitoraggio dei risultati stessi. In questo modo, come si può facilmente immaginare, è possibile attuare in prospettiva ricerche degne di essere prese in considerazione soprattutto nelle fasi propedeutiche dei progetti sperimentali e clinici di evidenze scientifiche.

I risultati di questo studio incoraggiano ad utilizzare l'ipnosi nei trattamenti per la cessazione del fumo anche laddove si registra solo una riduzione del numero di sigarette. In tale evenienza sarebbe opportuno associare l'ipnosi con altri trattamenti nell'ambito di programmi terapeutici multidisciplinari con medici e psicologi.

La riduzione del fumo, come è stato evidenziato da tempo da Compas et al., con la cosiddetta tecnica del "fumo programmato", infatti può dare risultati importanti con un tasso di astinenza pari al 44% dopo un anno [57]. Occorrerebbero, pertanto, studi particolari e mirati ad indagare tali possibilità aprendo nuove vie terapeutiche integrate.

In questo studio si è cercato di ovviare alle carenze procedurali specificando il modello teorico di riferimento, la valutazione clinica del pz, il numero delle sedute impie-

gate nell'arco temporale, le tecniche d'induzione della trance nonché le strategie per raggiungere gli obiettivi insieme al monitoraggio dei risultati.

In particolare nel presente articolo è stato presentato un approccio psicoterapeutico che utilizza l'ipnosi per smettere di fumare come il TIA di cui si è fatto cenno. È opportuno soffermarsi brevemente sulle somiglianze e differenze tra questi due metodi. Il TIA può essere utilizzato meglio nei pz che desiderano smettere di fumare in maniera graduale, in un maggior lasso di tempo o nei pz meno motivati a smettere di fumare.

La PIAB può essere utilizzata in pz, fortemente motivati, che desiderano smettere di fumare in modo veloce. Essa infatti permette di supportare il pz nei primi giorni di trattamento in cui è importante:

- a) impedire l'interruzione del trattamento terapeutico,
- b) sostenere le motivazioni positive a cessare di fumare,
- c) rinforzare l'aggancio del pz al setting psicoterapeutico,
- d) contenere sotto il profilo psicologico l'astinenza dal fumo di tabacco,
- e) rispondere positivamente alle aspettative del pz di cessare di fumare nel più breve tempo possibile,
- f) stimolare una positiva collaborazione del pz attraverso l'assunzione di impegni specifici come l'apprendimento del training autorilassante (o autoipnotico) o la prevenzione delle recidive,
- g) superare le eventuali recidive in modo tempestivo.

Inoltre la PIAB, come evidenziato nei risultati, miscelando particolari metodiche, come la regressione di età ipnotica, il decondizionamento del craving, il rilassamento mentale ed il rinforzo dell'Io, permette una maggiore efficacia dei risultati. In particolare la tecnica ipnotica di regressione di età è fondamentale per stimolare il processo di autoguarigione e quindi di cessazione del fumo di tabacco. Tale

tecnica è importante anche da un punto di vista storico poiché ha portato alla scoperta del metodo catartico da cui si è sviluppata la psicoterapia moderna [46].

Sono così rinforzate le abilità di coping per contrastare il craving e progressivamente estinte le risposte condizionate per assenza di gratificazione del fumo di sigaretta (riferita appunto al rituale e alla ricompensa nicotina). La percezione del benessere è rinforzata anche in seduta in quanto il pz respira appunto senza fumare.

La PII e la PTR, per altri versi, sono utili sia per mantenere il pz in un ruolo attivo nel processo psicoterapeutico, sia per attivare le risorse personali liberate dall'inconscio del pz stesso. In particolare, come è stato messo in risalto nei due casi clinici, la PII aiuta a fronteggiare l'astinenza ed il craving (intimamente connessi) mentre la PTR aiuta a prevenire le recidive.

In definitiva vi sono sostanziali differenze tra la PIAB ed il counseling associato alle strategie cognitivo-comportamentali in quanto la prima utilizza uno stato modificato di coscienza, che rende più duraturo l'apprendimento, come è stato dimostrato da Rossi [32,37] con la teoria neuroscientifica dell'ipnosi denominata genomica psico-sociale. Lo stesso metodo delle 5A e 5R ha delle somiglianze con la PTR, tuttavia nel primo approccio la prescrizione viene data con la tecnica della consulenza mentre nella PTR si fa sperimentare, in stato di trance, il benessere senza fumo nell'immediatezza ("qui ed ora") della seduta. Lo stesso discorso vale per la tecnica di regressione ipnotica di età: la prescrizione di un'attività rilassante senza fumo (come una passeggiata) non è la stessa cosa della sperimentazione, in seduta ipnotica, di un'esperienza di rilassamento in cui segue l'esplicitazione del vissuto nel "qui ed ora" nell'ambito del processo psicoterapeutico ipnotico.

Come è stato messo in evidenza nei risultati ed in particolare nei casi clinici, la differenza quindi tra le tec-

niche psicoterapeutiche che utilizzano l'ipnosi ed altre che non ne fanno uso consiste proprio nel favorire nel pz (trattato con ipnosi) un vissuto emozionale, in trance, che facilita l'apprendimento di uno stile di vita senza fumo peraltro presente, con varie modalità, in altri stati modificati di coscienza [58,59] come nei ritmi ultradiani [35,37,38] a cui si è fatto cenno. Tale vissuto molto probabilmente rinforza il cambiamento proprio con la trance ipnotica, insieme al relativo stato particolare di coscienza, che modifica il filtro della memoria nonché dell'apprendimento, facilitando il processo di cura tramite particolari interazioni mente-corpo, come indicato dal citato Rossi [35,37].

Con i risultati di questa ricerca si è voluto rilevare che la psicoterapia ipnotica, tramite l'induzione di uno stato modificato di coscienza (trance ipnotica), può trasformare l'apprendimento incentivo abnorme (il craving), che struttura la dipendenza dalla nicotina, in un apprendimento positivo (o di "rieducazione"), senza fumo, favorendo così la cessazione del fumo di tabacco. Vi sono poi altri studi che, sia pure indirettamente, stimolano l'uso dell'ipnosi nel tabagismo. Tali studi partono dal presupposto di come l'apprendimento incentivo abnorme nicotino faciliti anche la dipendenza da altre droghe, soprattutto in età adolescenziale. A tal proposito appaiono interessanti le analisi nel versante epidemiologico [60] e le ricerche, in quello neurobiologico, effettuate da Baumeister e Tosmann [61]. Queste ricerche incoraggiano l'impiego dell'ipnosi proprio perché essa promuove uno stato modificato di coscienza tanto da indurre un cambiamento positivo, con il relativo superamento dell'apprendimento incentivo abnorme (craving), favorendo la *smoking cessation*.

Questo cambiamento, in ogni caso, è facilitato pure dalla prospettiva fenomenologico-esistenziale, utilizzata nella PIAB, poiché incentrata sui vissuti del tabagista a partire dal suo mondo quotidiano e, senza

soluzione di continuità, con quanto traspare nell'esperienza registrata nello stesso diario del fumatore ampiamente utilizzato in quest'indagine. D'altro canto, la cura del tabagismo tramite un apprendimento incentivo, senza l'uso dell'ipnosi, sembra avere effetti positivi come ho messo in risalto in una ricerca pubblicata su questa rivista nel 2012 [62]. È questo un altro versante che necessiterebbe di essere approfondito con altre ricerche specifiche [62].

La dimostrazione dell'efficacia della PIAB naturalmente deve essere provata da ulteriori studi e ricerche per riscontrarne l'evidenza scientifica con casistiche più ampie, studi sperimentali e randomizzati. Ciò richiede una "socializzazione" degli studi sui trattamenti terapeutici ipnotici nella comunità scientifica e nell'ambiente clinico. Per tale motivo una sintesi (abstract) dei risultati di questo nuovo approccio ipnotico, nella cura del tabagismo (PIAB), è stata presentata al XII° Congresso Nazionale di Milano del 2016 della SITAB e pubblicata, nello stesso anno, sulla rivista "Tabaccologia" [63].

## Conclusioni

Questa ricerca ha avuto come scopo la presentazione di un approccio clinico breve psicoterapeutico ipnotico nella prospettiva fenomenologica, denominato PIAB, finalizzato alla cura del tabagismo.

Tale approccio psicoterapeutico si differenzia dal TIA e da altri metodi di *smoking cessation* soprattutto per il breve arco di tempo, circa 10-20 giorni, per ottenere la cessazione del fumo di tabacco.

Con il presente studio si è messo in risalto che l'ipnosi, in quanto facilita efficaci comunicazioni mente-corpo, può essere considerato uno strumento psicoterapeutico importante nel tabagismo, naturalmente se basato su procedure psicoterapeutiche codificate e standardizzate. La psicoterapia ipnotica attraverso lo stato di coscienza modifi-

cato (trance ipnotica) può trasformare l'apprendimento incentivo abnorme (craving), che struttura la dipendenza nicotina, in un apprendimento positivo favorendo la cessazione del fumo di tabacco. La psicoterapia ipnotica s'identifica così in un "processo di apprendimento", sintonico con il mondo esistenziale del paziente, che tramite la funzione di interfaccia della fenomenologia tra il mondo psicologico e quello biologico, favorisce la comunicazione mente-corpo.

Il sistema di procedure, utilizzate in questo approccio, inoltre costituisce un'ulteriore garanzia in tema di validità scientifica poiché basato sulle linee-guida nazionali ed internazionali nel trattamento del tabagismo.

Si auspica pertanto che i risultati positivi di questo lavoro, anche se parziali, possano stimolare altre indagini cliniche e sperimentali sul ruolo della psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo.

[Tabaccologia 2017; 2:13-27]

### Francesco Tarantino

✉ [tarantinofrancesco13@libero.it](mailto:tarantinofrancesco13@libero.it)  
Dirigente del Centro Antifumo di Copertino, Asl Lecce, Psicologo Psicoterapeuta

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

## Bibliografia

1. Milton Erickson H, Le nuove vie dell'ipnosi. Astrolabio, Roma 1977;823.
2. Savino G, Chiaroscuri e ombre. L'ipnosi nel trattamento della dipendenza tabagica. Tabaccologia 2008;2:20-21. [http://www.tabaccologia.it/PDF/2\\_2008/9\\_022008.pdf](http://www.tabaccologia.it/PDF/2_2008/9_022008.pdf).
3. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, 2008.
4. Linee Guida ISS-OSSFAD 2008: [http://www.iss.it/binryfumo4/cont/linee\\_guida\\_brevi\\_2008.pdf](http://www.iss.it/binryfumo4/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf).
5. Linee Guida ENSP 2012: <http://www.tabaccologia.it/PDF/ENSP-EU%20guidelines%20%202012.pdf>.
6. Linee Guida USA 2008: <http://www.tabaccologia.it/PDF/USA%20treatment%20guidelines%20in%20English%202008.pdf>.
7. Linee Guida ERS: [http://www.tabaccologia.it/PDF/Linee%20Guida\\_ERS%202007\\_smoking%20cessation.pdf](http://www.tabaccologia.it/PDF/Linee%20Guida_ERS%202007_smoking%20cessation.pdf).
8. Linee Guida WHO Europe: [http://www.tabaccologia.it/PDF/Linee%20Guida\\_WHO%20Europe\\_2002.pdf](http://www.tabaccologia.it/PDF/Linee%20Guida_WHO%20Europe_2002.pdf).
9. Linee Guida Australia 2011: <http://www.tabaccologia.it/PDF/Australia%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011>.
10. Linee Guida India: <http://www.tabaccologia.it/PDF/India%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011.pdf>.
11. Linee Guida Paraguay 2010: <http://www.tabaccologia.it/PDF/Paraguay%20treatment%20guidelines%20in%20Spanish%202010.pdf>.
12. Ernst E, Smoking cessation: paradise for charlatans, MMW Fortschr Med Aug 3, 2006;148(31-32):18.
13. Carmody TP, Duncan C, Simon JA et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine Tob Res 2008 May;10(5):811-818.
14. Lynn SJ, Green JP, Accardi M, Cleere C. Hypnosis and smoking cessation: the state of the science. Am J Clin Hypn 2010 Jan;52(3):177-181.
15. Nagar A. L'ipnosi nella disassuefazione del fumo: un'esperienza ospedaliera decennale. Tabaccologia 2014;3-4:24-25.
16. Mosconi GP. Questa è l'ipnosi. Storia, tecniche e successi di una terapia tutta da scoprire. Firenze Atheneum 2002; 58-69.
17. Tarantino F. Il Training ipnotico nella cessazione del fumo di tabacco. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica 2013;4:98.
18. Tarantino F. Con il cuore e con la mente. Per una prospettiva fenomenologica nelle psicoterapie. Milella Lecce 2015;102.
19. Tarantino F. Il trattamento del tabagismo con la psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana. La prospettiva fenomenologica. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica 2016; 3:60-70.
20. Tarantino F. Tossicomane ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici. Capone Ed, Cavallino di Lecce 1995;52-90.
21. Tarantino F. Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale. AMISI, Milano 2004;110.
22. Tarantino F. La psicoterapia nella prospettiva fenomenologico-esistenziale, Psicopuglia 2009;11:64.
23. Mosconi GP, Benatti C, Massone A et al. Appunti per una teorizzazione della psicoterapia ipnotica (Primo Manifesto) in Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica, Atti del X Congresso Nazionale. Milano 1995;9-17.
24. Giacosa S, Laurini S, Paglialonga E et al. La teoria della mente nella Psicoterapia Ipnocica Neo-Ericksoniana. Quarto Manifesto teorico didattico. XVI Congresso Nazionale AMISI. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica 2015;2:161.
25. Tarantino F. La psicoterapia ipnotica nella prospettiva fenomenologico-esistenziale. Casi Clinici. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnocica 2000;4:100.

26. Tarantino F. Fondamenti fenomenologici nella psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana in Mosconi G. *Costruire ponti di comprensione verso il futuro*, XII° Congresso Nazionale. Milano 2001;143.
27. Tarantino F. La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica* 2004;3.
28. Husserl E. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, Milano 1968;262-270.
29. Heidegger H. *Essere e tempo*. Longanesi, Milano; 68.
30. Husserl E. *Idee per una fenomenologia pura*. Einaudi 1969;27.
31. Vattimo G. *Introduzione ad Heidegger*. Laterza, Bari 1993;23-31.
32. Mosconi GP. *Psicoterapia Ipnotica. Principi e Fondamenti*, Piccin, Padova 1993;47-53.
33. Barber TX. *L'ipnosi un approccio scientifico*. Astrolabio, Roma 1972;63-67.
34. Mosconi GP. Prefazione in Tarantino F. *Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*. AMISI, Milano 2004;13.
35. Rossi EL. *Recenti sviluppi nell'ipnoterapia di Erickson: comunicazione mente-corpo*. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale* 1986;2:5-6.
36. Crasilneck B, Hall AS. *Ipnosi clinica*. Astrolabio 1997;36.
37. Rossi EL. *Discorso tra geni. Neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia*. Editris, Morcone 2004;37-138.
38. Rossi EL. *La bioinformatica dell'ipnosi terapeutica: un aggiornamento neuroscientifico della neuro-psico-fisiologia dell'ipnosi ericksoniana*. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica* 2004;3:210.
39. Gallese V, Migone P, Morris NE. *La simulazione incarnata: i neuroni a specchio. Le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni nella psicoanalisi*. *Psicoterapia e scienze umane* 2006; XL,3:543-580, <http://www.psico-terapiaesienzeumane.it>.
40. Bracco M. *"Empatia e neuroni a specchio. Una riflessione fenomenologica ed etica"*, *Comprendre* 2005;15:33-53.
41. Di Chiara G. *Psicobiologia delle tossicodipendenze in Serpelloni G, Pirastu R, Brignoli O. Medicina delle tossicodipendenze*. SEMG, Roma 1996;1-20.
42. Somaini L. *Aspetti neurobiologici dell'addiction*, in Marino V, Serpelloni G. *Marketing preventivo. Appunti per una nuova preparazione del consumo di droghe*. Galli, Varese 2007;41-60.
43. Tinghino B, Baraldo M, Beatrice M et al. *"Guida al trattamento del tabagismo"*, *Rivista di Tabaccologia* 2010;4:3.
44. Cargnello D. *Sul problema psicopatologico della distanza*. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1953;14.
45. Calvi L. *Presentazione*, in Tarantino F. *Con il cuore e con la mente. Per una prospettiva fenomenologica nelle psicoterapie*. Milella 2015;20.
46. Chertok L. *L'ipnosi. Teoria – Pratica – Tecnica*. Edizioni Mediterranee, Roma 1984;186.
47. Gulotta G. *Ipnosi. Aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici*. Giuffrè, Varese 1980;308-311.
48. Spiller V, Scaglia M, Ceva S. *Il modello trans teorico. Una modalità eclettica di terapia*. *Bollettino per le farmacodipendenze l'alcolismo* 1998;2.
49. Giusti M, Meneghello V, Castoro G et al. *Il counseling antifumo in Foschino Barbano MG, Foschino Barbaro MP, Resta O. Il controllo del tabagismo. Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziata Policlinico Bari* 2006;141-148.
50. Foschino Barbaro MG, Foschino Barbano MP, Resta O. *Il controllo del tabagismo. Dalla Prevenzione alla promozione della salute, Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziata Policlinico, Bari* 2006;144-145.
51. Biondi M (a cura). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM – 5*. Raffaello Cortina, Editore, Milano, 2014;665-672.
52. Istituto Superiore Sanità, OSSFAD, Centro Policlinico senza fumo, SITAB. *Cartella socio-sanitaria*. Roma 2000.
53. Marino L. *"La disassuefazione dal fumo. L'ambulatorio"* in Nardini S, Donner C. *L'epidemia di fumo in Italia*. EDI-AIPO Scientifica, Pisa 2000.
54. Callieri B. *"Postfazione"* in Tarantino F. *Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*. Amisi, Milano 2004;231.
55. *The Cochrane Library, Issue 1, 2000, Oxford: Update Software*.
56. Zagà V. *Linee guida e terapia farmacologica della disassuefazione*. *Tabaccologia* 2009;1:28-29.
57. Kring AM, Davison GC, Neale JM. *Psicologia Clinica*. Zanichelli, Bologna 2012;343.
58. Tarantino F. *"Stati modificati di coscienza: La prospettiva fenomenologica"*. *Psychofenia* 2012;26:69-118; <http://sibasese.unisalento.it/index.php/psychofenia>.
59. Tarantino F. *Giampiero Mosconi e l'ipnosi neo-ericksoniana*. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica* 2010;3: 98-110.
60. Vetere C. *Rassegne critiche bibliografiche, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* 2005;3-4:29-38.
61. Baumeister SE, Tosmann P. *Association between early onset of cigarette alcohol and cannabis use and later drug use patterns: an analysis of a survey in European metropolises"*. *European Addiction Research* 2005;11:92-98.
62. Tarantino F. *"L'assegnazione dei crediti scolastici come incentivo a non fumare nei giovani studenti"*, *Tabaccologia*, 2012. <http://www.tabaccologia.it/PDF/2012;4:27-30>.
63. Tarantino F. *La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo: Un nuovo approccio*. *Tabaccologia (Abstract)*, in *Atti del XII Congresso Nazionale SITAB*, 2016;4:20. <http://www.tabaccologia.it/PDF/2016>.

# Motivazioni al consumo dei giovani tabagisti

## *The motivations of young tobacco users consumption*

Stefano Cifiello

---

### Riassunto

**Introduzione:** Il fumo è funzionale all'adolescente. Infatti, se da un lato, fumare evidenzia un segno chiaramente oppositivo alle esortazioni del mondo adulto verso l'astinenza, dall'altro, sottolinea chiaramente le necessità di emulazione, sempre da parte dell'adolescente, delle figure adulte. A seguire, i dati di una ricerca sul campo, svolta nel territorio bolognese, sono atti a suffragare la funzione adultizzante del fumo di sigaretta.

**Materiale e metodi:** Il campione testato con un questionario a risposte chiuse e aperte, volto a identificare l'abitudine al fumo, era costituito da 658 studenti di Istituti Superiori. Agli studenti, oltre al suddetto questionario, è stata auto-somministrata la *Sensation Seeking Scale* (SSS) versione 5 di M. Zuckerman per la rilevazione dello stato di necessità di input sensoriali ed emotivi forti per raggiungere uno stato di equilibrio e soddisfazione interiore.

**Risultati:** La % totale dei fumatori nel campione considerato è del 35%, con un +10% nelle quarte vs le seconde classi. Nell'analisi per genere si nota che passando dalla seconda classe alla quarta aumenta il numero delle ragazze che si dichiarano fumatrici quotidiane (+13%). L'analisi della SSS evidenzia come i giovani fumatori nelle tre dimensioni valutate risultano: più disinibiti e maggiormente propensi alla noia e alla ricerca d'esperienze sensoriali rispetto ai non fumatori.

**Conclusioni:** Questo studio conferma il fatto che la sperimentazione tabagica ha inizio nella prima fase adolescenziale. Sul versante psico-sociologico emerge che il giovane tabagista ad ogni età si rappresenta fundamentalmente, aldilà che lo sia o no, come disinibito sessualmente, e ritiene perfettamente utile adottare e raccontare le azioni che compie con modalità eccessive, sulla spinta di caratteristiche di personalità.

**Parole chiave:** Fumo, adolescenti, adultità, disinibizione.

### Abstract

**Introduction:** *Cigarette smoking is functional for teenagers. In fact if, on the one hand cigarette smoking highlights an evident opposite sign to the adult world's exhortations towards abstinence, on the other hand, it clearly underlines the teens' necessity to emulate adult figures. Following are data drawn from a field research, conducted in the Bologna territory, which confirm the function of "adultification" of tobacco cigarettes.*

**Materials and Methods:** *The sample tested with a questionnaire with open and closed answers, targeted to identify the smoking habit, was of 658 high school students. To those students the Sensation Seeking Scale (SSS) vers. 5 of M. Zuckerman was auto-administrated, in order to reveal states of necessity of sensorial and strong emotional inputs in order to obtain a state of equilibrium and inner satisfaction.*

**Results:** *The total percentage of smokers in the considered sample was 35% with an added 10% in the fourth years with respect to the second year students. In the analysis by gender, we may remark that from the second to the fourth year there is a higher rate of declared daily smokers among girls (+13%). The analysis of the SSS highlights how young smokers in the three assessed dimensions resulted: more uninhibited, e more likely to boredom and to look for sensorial experiences than the non smokers.*

**Conclusion:** *This study confirms the fact that the tobacco smoking experience initiates in the teen years. On the psycho-social point of view, data shows that the young smoker at any age pictures him or herself, whether it is true or not, as sexually uninhibited and thinks that it is perfectly worthwhile to adopt and refer on actions done with a pattern of excess, driven by their personality characteristics.*

**Keywords:** *Cigarette smoking, adolescents, adulthood, un-inhibition.*

*Un ragazzo vuol darsi l'aria di un giovanotto e tirata fuori una sigaretta, prima di accenderla domanda, rivolto ad una signora:*

*– Scusi, da noia il fumo?*

*La signora guarda un po' stupita il ragazzino, poi risponde con un risolino canzonatore:*

*– A me no, ma a te sì!*

*Quella signora ha dato una lezione salutare al ragazzino. Non è detto poi sia stata seguita... anzi.*

tratto da "Nozioni d'igiene"  
di E. Lattes, 1936

## Introduzione

L'incipit, datato, sottolinea come da sempre una delle principali motivazioni per cui i giovani e i giovanissimi iniziano a fumare è in riferimento all'adulto. I lavori di P. Blos [1] sul secondo processo di separazione e individuazione, che investe l'adolescente, indicano quanto importante sia, per chi non ha ancora strutturato a pieno un'identità, il confronto con l'adulto. Da qui le profonde, spesso incomprensibili, ambivalenze con cui l'adolescente provoca il mondo adulto, in particolar modo quello di riferimento diretto, sia esso rappresentato dai genitori, sia dagli insegnanti. In questo il fumo è funzionale all'adolescente. Infatti, se da un lato fumare evidenzia un segno chiaramente oppositivo alle esortazioni del mondo adulto all'astinenza, dall'altro sottolinea chiaramente le necessità di emulazione, sempre da parte dell'adolescente, delle figure adulte [2-4]. In questo senso, i coetanei più disinibiti fungono da mediatori. Si sottolinea qui che la quasi totalità dei fumatori ha iniziato questa pratica in età giovanile, introdotti a questo da coetanei dell'allora gruppo di riferimento, con l'espli-

cita necessità di apparire adulti.

A seguire, i dati di una ricerca sul campo, svolta nel territorio bolognese, sono atti a suffragare la funzione *adultizzante* (perdonate in neologismo) del fumo di sigaretta.

## Ipotesi sperimentale

Nelle azioni di salute pubblica, finalizzate alla promozione di stili di vita sani nel mondo giovanile, spesso gli operatori adottano una visione della problematica unicamente dalla prospettiva adulta. Questo può limitare l'efficacia di questi interventi, perché la visione adulta del fumar come un comportamento futile e sicuramente dannoso impatta con le necessità psicologiche e sociali dell'adolescente, che deve misurarsi con una rappresentazione sociale coerente con quella di tanti suoi coetanei *di successo*. Pertanto, per provare a modificare uno stile di vita insalubre o proporre un comportamento salutare, si tratta *in primis* di *mettersi nei panni dell'adolescente* e di capire quale sia la *rappresentazione sociale*, a cui lui trova funzionale aderire.

Quest'indagine, per quanto data (2002), rileva che nella fascia di età 14-18 anni il 65% dei giovani non fuma, mentre a parità di condizioni socio economico culturali il 35% fuma. L'ipotesi sperimentale di questo lavoro è che vi siano differenze tra i due gruppi, sia nella rappresentazione sociale del Sé, sia nel profilo di personalità.

I dati odierni, forniti dal Rapporto ESPAD del 2015, confermano tale distribuzione del fumo di sigaretta fra i giovani, segnalando però un aumento dei giovani fumatori, che si attesta al 37% della popolazione dai 15 ai 16 anni [5].

## Materiali e metodi

A un campione statisticamente rappresentativo, costituito da studenti degli Istituti Superiori del Distretto scolastico di Imola (BO), è stato sottoposto un questionario a risposte chiuse e aperte, volto a identificare l'abitudine al fumo. Agli studenti, oltre al suddetto questionario, è stata consegnata con mandato di auto-somministrazione la *Sensation Seeking Scale* (SSS) versione 5 di M. Zuckerman [6]. Questo strumento<sup>1</sup> evidenzia, in coloro che ottengono punteggi elevati, una maggiore necessità di input sensoriali ed emotivi forti, per raggiungere uno stato di equilibrio e soddisfazione interiore. L'utilizzo della SSS permette di comprendere le modalità, che ciascuno degli intervistati ha, di rappresentarsi in un'immagine sociale coerente con le proprie caratteristiche di personalità.

## Caratteristiche del campione

Sono stati testati complessivamente 658 studenti degli Istituti Superiori. Tutti i questionari raccolti erano anonimi e gli studenti partecipanti sono stati assicurati sul solo uso di dati aggregati al fine di favorire il più possibile risposte aderenti alla realtà. Il campione è stato bilanciato per sesso (il 47,5% di femmine vs il 52,5% di maschi). Sono stati valutati studenti delle seconde superiori (293 con età media 16 aa) e di quarta superiore (365 con età media 18 aa), che rappresentavano il 38,5% della popolazione scolastica degli istituti interessati dalla ricerca.

## Risultati

Il dato grezzo riferito al consumo di sigarette negli ultimi sei mesi è stato articolato per tipologie: co-

<sup>1</sup> La scala SSS è articolata in 4 sottoscale: *Tas* (ricerca dell'attività e dell'avventura a livello fisico), misura l'interesse per attività fisiche normali e a *rischio*, come ad esempio la guida spericolata; *Es* (ricerca delle esperienze sensoriali), misura la ricerca di nuove esperienze tramite la mente e i sensi, come ad esempio la fruizione della musica, ma anche attraverso l'uso di droghe; *Dis* (disinibizione): misura la ricerca edonistica del piacere attraverso l'uso di alcol, il sesso e il gioco d'azzardo; *Bs* (susceptibilità alla noia): misura l'avversione per le attività di *routine*, percepite come pedanti e noiose.

**Tabella 1** Percentuale d'uso di sigarette negli ultimi 6 mesi.

Classe	Quasi ogni giorno	1 o + volte alla settimana	Raramente	Mai	Totale
2 <sup>a</sup>	15	8	12	65	100
4 <sup>a</sup>	25	4	8	63	100

**Tabella 2** Percentuale d'uso di sigarette negli ultimi 6 mesi distinta per genere.

	2 <sup>a</sup>		4 <sup>a</sup>	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Quasi ogni giorno	51	49	38	62
1 o più volte alla settimana	48	52	62	38
Raramente	47	53	45	55
Mai	55	45	58	42
Totale	53	47	52	48

loro che fumano tutti i giorni o quasi tutti i giorni, coloro che fumano solo una o più volte la settimana, coloro che fumano raramente e coloro che non fumano mai (**Tabella 1**).

Si nota innanzitutto che la maggioranza assoluta degli studenti esaminati, sia delle seconde, sia delle quarte classi, sono *non* fumatori (65% del totale degli intervistati). Confrontando gli appartenenti alle seconde classi con quelli delle quarte si evidenzia un aumento nel numero di fumatori quotidiani (+10%), relazionato con una diminuzione di quelli che fumano periodicamente (-4%) o saltuariamente (-4%). Le alte capacità di aggancio sul sistema nervoso centrale della Nicotina paiono confermate da questi primi dati: è verosimile che negli anni i fumatori occasionali e periodici divengano fumatori quotidiani della sigaretta.

Se si osserva la distribuzione per genere (**Tabella 2**) si nota che dalla seconda classe alla quarta aumenta il numero delle ragazze che si dichiarano fumatrici quotidiane

(+13%), mentre il numero dei maschi che fumano quotidianamente diminuisce (-13%). Questi andamenti, relazionati al genere e all'età, parrebbero collegati al fatto che i maschi, manifestino prima, e in modo più deciso, le spinte emulative verso l'*adulità*. A questo proposito pare giusto sottolineare che sarebbe stato utile incrociare i dati dei fumatori quotidiani con quelli degli abbandoni scolastici. Ciò non è stato possibile visto l'anonimato dei questionari e l'impegno preso con gli studenti.

Sempre per gli aspetti legati al genere d'appartenenza, risulta interessante il numero medio di sigarette dei fumatori quotidiani. Nelle femmine, il numero medio di sigarette fumate è più contenuto dei maschi e aumenta di poco tra la seconda e la quarta classe (da 2 a 4 sigarette fumate in Media), mentre nei maschi si osserva già nel secondo anno un numero medio di sigarette fumate più elevato, che poi si incrementa molto nei due anni seguenti (da 8 a 13 sigarette fumate). Nelle giovani studentesse emerge,

rispetto ai maschi, un approccio al fumo più moderato, non solo nel numero assoluto di sigarette fumate, ma anche nel progredire della tolleranza alla sostanza che sembra aggredire in modo più marcato i soggetti di sesso maschile.

### Risposte alla Sensation Seeking Scale di Zuckerman

La *Sensation Seeking Scale* (SSS) rende possibile una classificazione dei soggetti in relazione alle loro risposte preferenziali a determinati stimoli e/o situazioni. Pertanto, ciascuna domanda della scala contribuisce alla definizione di una delle quattro dimensioni (Cfr. nota 1). L'attenzione è qui posta sulle tre dimensioni, che risultano statisticamente significativamente correlate all'uso o meno della sigaretta. La Media dei risultati alle diverse sottoscale della SSS è riassunta in **Tabella 3** ed evidenzia per i *non fumatori*, sia delle seconde classi, sia delle quarte classi, nelle tre scale: ricerca di esperienze sensoriali (Es), disinibizione (Dis) e suscettibilità alla noia (Bs), valori significativamente diversi dai fumatori, siano essi occasionali, periodici o assidui. I giovani *fumatori* nelle tre dimensioni valutate risultano: più disinibiti, maggiormente propensi alla noia e alla ricerca d'esperienze sensoriali rispetto a quelli che non fumano. La *summa* di una maggior attitudine alla noia, una ricerca d'esperienze e disinibizione dei fumatori sembra sottolineare un tratto disposizionale, che porta alcuni giovani, piuttosto che altri, a propendere verso stili di vita inclini a considerare l'abitudine al fumo come segno distintivo verso l'*adulità*. Sempre in riferimento alla **Tabella 3** si possono osservare delle differenze interessanti tra le classi di età degli studenti testati. Gli studenti fumatori, pur mantenendo valori alti, nelle tre scale considerate sia a 16, sia a 18 anni, rispetto ai non fumatori, evidenziano delle differenze correlate all'età:

**Tabella 3** Uso sigarette negli ultimi 6 mesi.

	2 <sup>a</sup>			4 <sup>a</sup>		
	Es	Dis	Bs	Es	Dis	Bs
Quasi ogni giorno	55,00	50,71	58,44	54,77	48,21	54,19
1 o più volte alla settimana	52,26	50,00	56,30	54,62	52,85	55,23
Raramente	50,47	49,06	54,71	52,28	45,83	53,72
Mai	48,76	42,10	51,53	49,80	42,09	52,75
<b>Media</b>	<b>50,20</b>	<b>44,87</b>	<b>53,35</b>	<b>51,42</b>	<b>44,31</b>	<b>53,28</b>

- i valori delle scale Dis (disinibizione) e Bs (propensione alla noia) diminuiscono, in valore assoluto, negli studenti diciottenni rispetto i sedicenni,
- la scala Bs è quella che manifesta la maggior quota di riduzione,
- la scala Es (ricerca di sensazioni), in controtendenza rispetto le altre due, presenta un aumento complessivo dei valori assoluti nei diciottenni rispetto i sedicenni,
- i valori della Dis aumentano nei diciottenni solamente fra coloro che fumano solo *1 o più volte la settimana* e diminuiscono in tutti gli altri, non fumatori compresi.

Tutti questi risultati paiono riflettere una serie di dinamiche cruciali per l'adolescente, che si raccorda

alla prima età adulta. La *finestra di vulnerabilità* tende gradualmente a ridursi, da qui una tendenza, leggibile nei dati ottenuti, di una riduzione dell'impulsività. Sfuma anche la noia esistenziale propria dell'adolescenza, momento in cui i desideri infantili si scolorano a fronte di desideri adulti. Va ricordato che, al di là delle fluttuazioni esaminate, i diciottenni *fumatori* mantengono valori che riflettono un maggior grado di disinibizione dei *non fumatori*, anche se con un Delta ridotto rispetto quello dei sedicenni.

#### Un'ulteriore classificazione

Si è riusciti a classificare (come si osserva nella **Tabella 4**, riferita per ragioni di spazio ai soli studenti di quarta) gli studenti in *Tipi differen-*

*ti di fumatori* (denominati Cluster), a seconda della loro modalità e frequenza nel fumare e le tre dimensioni esaminate della SSS: tendenza ad annoiarsi; volontà di apparire disinibiti e ricerca di sensazioni. Da essa emerge che:

- gli individui che presentano valori nelle tre sotto-scale della SSS inferiori al Media generale del campione (nella tabella in grassetto) non sono fumatori o lo sono occasionalmente;
- all'opposto, là dove la Media delle tre sotto-scale della SSS è superiore alla Media del campione (nella tabella in corsivo e evidenziato) ci sono i fumatori quotidiani.

Un modello quello proposto che ben spiega sia il comportamento di rifiuto del fumo (cluster 2 e 5), sia quello di elevata accettazione del fumo (cluster 4 e 3) e che individua la propensione intermedia al fumo determinata da un disporsi intermedio di tutti o di alcuni dei tre fattori: Ds, Es e Bs.

Da questa prima lettura, si possono trarre alcuni spunti, da approfondire ulteriormente:

- frequenza settimanale di fumo e numero di sigarette fumate sono due variabili correlate nel singolo individuo, ma non perfettamente sovrapponibili;

**Tabella 4** Uso di sigarette in 4<sup>a</sup>.

# Cluster	% uso				Media Dis	Gruppo Es	Scale Bs
	Quotidiano	Settiman.	Raramente	Mai			
2	5		8	86	<b>45,00</b>	<b>32,60</b>	<b>47,13</b>
5	12	2	4	82	<b>42,67</b>	<b>42,20</b>	<b>52,75</b>
7	17	2	10	71	53,19	<b>38,57</b>	62,62
6	30	3	4	62	54,25	<b>38,61</b>	<b>48,49</b>
1	33	5	11	52	52,94	50,24	<b>50,74</b>
4	28	6	13	53	53,64	59,72	62,87
3	63	10	7	20	63,33	54,47	54,93

- il giovane *fumatore vero e proprio* (chiamiamolo così) è davvero qualcuno che cerca di rappresentarsi come eccessivo, affamato di vita un po' in tutte le situazioni, mentre chi ha una posizione intermedia rispetto al fumo, possiamo chiamarlo: il *giovane fumatore occasionale*, cerca di rappresentarsi almeno come *disinibito sessualmente*.

Ed ecco apparire il ragazzino di 80 anni fa, nelle citazione in esergo, che si fa grande, si fa adulto, si fa uomo con la signora fumando.

## Discussione

L'analisi di questo lavoro porta ad alcune riflessioni.

In primo luogo, in *seconda superiore*, sembra emergere che il percorso di accesso al fumo di sigarette sia determinato dall'assunzione progressiva di uno stile di vita culturalmente accettato. È come se il *giovane fumatore* avesse di fronte a sé un modello di comportamento e progressivamente, utilizzando e assumendo in sé le componenti di questo modello, tentasse di incarnarlo. Questo modello di riferimento è assunto in quanto soddisfacente o adeguato per la struttura di personalità soggiacente: questa è la lezione di M. Zuckerman. Tale modello di comportamento assolve a due necessità: consente di rappresentarsi come disinibito o, diremmo meglio, *sessualmente propenso o maturo* e, quando l'in-

dividuo, si trova ad essere compreso in un situazioni di vita routinaria, gli permette di avviare in modo diretto la ricerca di situazioni attive *sempre eccessive*.

In *quarta superiore*, la situazione è mutata. Nel modello di comportamento, che il giovane incarna e auspica, la componente di ricerca di un'immagine sociale disinibita, pur diminuendo, si mantiene, ma la dimensione reattiva all'ambiente avaro, sembra essere sostituita da una propensione alla ricerca di sensazioni fisiche.

Quindi un *giovane tabagista* a ogni età si rappresenta fondamentalmente, aldilà che lo sia o no, come *disinibito sessualmente*, e ritiene perfettamente utile adottare e raccontare le azioni che compie e più in generale il proprio essere giovane con modalità *eccessive*, sulla spinta di caratteristiche di personalità.

## Conclusioni

Questo studio conferma il fatto che la sperimentazione tabagica ha inizio nella prima fase adolescenziale sotto spinte ambientali molto forti. Sul versante psico-sociologico emerge che il giovane tabagista ad ogni età si rappresenta fondamentalmente, aldilà che lo sia o no, come disinibito sessualmente, e ritiene perfettamente utile adottare e raccontare le azioni che compie con modalità *eccessive*, sulla spinta di caratteristiche di personalità.

Questi fattori di rappresentazione di sé e di caratteristiche di personalità andrebbero sempre tenuti presenti nell'ambito di programmi di Prevenzione del tabagismo o più in generale di Promozione delle salute.

Serve fumare? Noi operatori possiamo credere di no, ma il fumatore risponde di sì, anche se a volte non sa aggiungere altro; pertanto il nostro intervento non può che, almeno inizialmente, indirizzarsi ad aiutarlo a comprendere gli aspetti ambivalenti che tale comportamento esprime.

## Fonti di finanziamento

Ricerca autoprodotta nelle attività del Centro Antifumo della Ausl di Imola.

## Ringraziamenti

Un ringraziamento a F. Frati, A. Vegliach e V. Zagà per i preziosi consigli.

[*Tabaccologia* 2017; 2:28-32]

---

## Stefano Cifiello

✉ [s.cifiello@ausl.imola.bo.it](mailto:s.cifiello@ausl.imola.bo.it)

Sociologo e psicologo,  
Coordina il Centro Antifumo  
e il Progetto Tabagismo dell'Ausl  
di Imola (BO)

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

## Bibliografia

1. Blos P. L'adolescenza come fase di transizione. Aspetti e problemi del suo sviluppo, Armando ed, Milano 1988.
2. Cantelmi T, De Marco M, Sarto A. Le sfide alla morte dei sensation seeker. *Psicologia contemporanea* 2000;161:28-32.
3. Cifiello S. Profili di consumatori. Una ricerca sociologica sulle caratteristiche di consumo fra i giovani. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;4:30-35.
4. Cifiello S. Nuclei di differenziazione ed emergenze espressive nelle culture giovanili. *Passaggi Rivista Italiana di Scienze Transculturali*. Fondazione Cecchini Pace Carocci editore, Milano 2005.
5. ESPAD Report 2015: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato659136.pdf>
6. Zuckerman M. Behavioral expressions and biological bases of sensation seeking. Cambridge University Press. New York 1994.

Storica sentenza per l'Italia

# Stroncata dal cancro dopo 21 anni di fumo passivo in ufficio. Regione Sicilia condannata

Vincenzo Zagà



Con una storica sentenza, il tribunale civile ha condannato la Regione Sicilia a pagare un **maxi-risarcimento** di un milione e mezzo alla famiglia di una funzionaria dell'Assessorato ai Beni Culturali morta di tumore ai polmoni a causa del fumo passivo respirato per anni in ufficio.

Protagonista della storia è Lucia Lo Conti, impiegata dell'assessorato ai Beni culturali dal 1979 al 2000, morta a 50 anni. Né lei, né i suoi familiari avevano mai fumato. Nel cassetto del soggiorno prima di morire la funzionaria ha lasciato una relazione scritta di suo pugno per intentare una vertenza alla Regione. Dal 1979 al 2000 lottò contro i colleghi fumatori che con lei condivisero le stanze, anguste, di due uffici. "Mi uccideranno", diceva ai suoi figli con rabbia. E purtroppo ha avuto ragione: nel 2004 è morta a 50 anni per adenocarcinoma polmonare ed è stato accertato che il fumo passivo respirato al lavoro ha avuto la sua incidenza nella formazione del cancro.

Il giudice monocratico Riccardo Trombetta nel condannare la Regione ha ricordato che il codice civile "impone al datore di lavoro di adottare tutte le misure idonee a

tutelare l'integrità fisica e la personalità morale del lavoratore". Su ventuno anni è stata riconosciuta l'esposizione al fumo passivo per soli cinque anni, basando il suo calcolo sulle testimonianze in aula. Il consulente nominato dal tribunale ha indicato nel 15-20 per cento l'incidenza del fumo passivo sullo sviluppo della malattia.

Per questo il tribunale ha **condannato la Regione** a risarcire il marito e i sei figli della donna con un milione e mezzo di euro.

L'ufficio legislativo e legale della Regione non ha proposto appello, per cui la sentenza è definitiva.

[Tabaccologia 2017; 2:33]

**Vincenzo Zagà**

✉ [caporedattore@tabaccologia.it](mailto:caporedattore@tabaccologia.it)  
Pneumologo, Bologna  
Vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)



# L'Italia non ha ancora integralmente attuato la direttiva UE "tabacchi"

Gennaro Esposito

La direttiva UE n. 40 del 2014 reca la nuova normativa armonizzata in materia di prodotti derivati del tabacco: oltre ad aver imposto agli Stati Membri l'introduzione delle immagini *shock* sui pacchetti ed avvertenze più dissuasive rivolte al consumatore, pone specifici obblighi informativi a carico dei fabbricanti ed importatori dei prodotti del tabacco.

Tali statuizioni sono state recepite dall'Italia con il decreto legislativo n. 6 del 2016 che si preoccupa di dettare la disciplina della trasparenza agli artt. 6 e 7. In base a tali norme il Ministero della Salute avrebbe dovuto acquisire entro il 20 novembre 2016 dai fabbricanti e dagli importatori dei prodotti del tabacco tutte le informazioni relative sia agli ingredienti che alle emissioni (sia in forma combusta che non), compresi gli studi interni eventualmente realizzati dalle aziende. *L'intentio legis* alla base della riforma è da individuarsi nella necessità di avviare nel settore del tabacco quella *disclosure* che, pienamente realizzata negli USA nel 1998 con il *Tobacco Master Settlement Agreement*, in Europa non ha, invece, mai visto la luce.

Il decreto stabilisce che sia il Ministero della Salute che l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli siano tenuti a rendere disponibili al pubblico, sui propri siti istituzionali, le informazioni acquisite. Scaduti, però, i termini di legge, e sebbene siano state presentate diverse istanze di accesso, tali informazioni non sono state né fornite né tanto meno pubblicate.

Con il dichiarato intento "di assolvere a questi obblighi informativi" il Ministero si è limitato a pubblica-

re, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il sito web <http://www.ingredientiprodottdeltabacco.it/>. Tuttavia, a dispetto del dominio registrato e dell'obiettivo del progetto esplicitato sul portale, il sito risulta attualmente una mera "scatola vuota".

La questione, attesa la sua rilevanza, è stata affrontata anche a livello politico con una specifica interrogazione parlamentare, tuttora in evasione, presentata dall'On. Bernini (M5S) con destinatario il Ministero della Salute (<http://aic.camera.it/aic/scheda.html?numero=4/15290&ramo=CAMERA&leg=17>). Il ritardo nell'acquisizione e pubblicazione dei dati richiesti dalla direttiva UE è tanto più grave se si considerano i danni per la salute che eziologicamente sono legati al consumo di tabacco e che sono stati oggetto di specifica analisi da parte del Ministero nella relazione del 5 febbraio 2009 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_463\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf)).

L'inadempimento degli obblighi di trasparenza non consente, infatti,

alcun controllo sulla conformità dei prodotti del tabacco con la normativa vigente (che vieta ad esempio l'utilizzo di taluni additivi), impedisce ogni verifica sul rispetto delle condizioni di sicurezza per la salute del consumatore ed è fonte di asimmetrie informative contra legem tra produttore e consumatori che, non si esclude, possano in futuro configurare responsabilità giuridiche.

È, pertanto, auspicabile che il Ministero della Salute intervenga senza indugio per colmare le lacune e provveda ad esercitare al più presto quei poteri di regolamentazione, vigilanza e prevenzione (anche di recall) che ad esso spettano a norma di legge".

[Tabaccologia 2017; 2:34]

Gennaro Esposito  
Avvocato, Napoli



In memoriam

# Un ricordo di Claudio Poropat

(Muggia, 2 gennaio 1943 – Trieste, 28 luglio 2017)

Alessandro Vegliach



*Alla deriva in mare vanno  
le navi veloci  
allentiamo le vele, ecco sciolte  
le cime,  
cogli il vento e salva i compagni,  
se vuoi che ricordiamo il tuo nome.  
Tieniti lontano, non puntare  
dove l'onda si erge sconvolta.  
Adesso dipende da te.*  
(Archiloco)

Fui assegnato al Dipartimento delle Dipendenze di Trieste nel 2003. Appena conobbi Claudio lui, a bruciapelo, mi chiese "fumi?". La mia risposta fu "non ho mai fumato in vita mia". Questo mi schiuse le porte del Centro per la Prevenzione e Cura del Tabagismo di cui lui era responsabile.

Con Claudio ci fu da subito un grande accordo basato, paradossalmente, sulla complementarietà di vedute. Lui era medico e psicoterapeuta, con una grande disposizione

verso i modelli di cura anglosassoni che hanno, nella logica e nella concretezza, due punti di forza che erano propri anche della sua personalità. Io, ero e sono, psicologo e psicoterapeuta, con una forte passione per i modelli psicoanalitici bioniani e post bioniani che vedono nella relazione con il paziente un *vulnus* complessuale determinante per l'efficacia delle cure psicoterapiche. Eravamo quindi, per certi versi, agli antipodi. Eppure, la stima e l'amicizia reciproca ci permisero uno scambio fecondo: io apprendevo da lui, con vivace avidità, moltissime cose sulla cura del tabagismo e sull'organizzazione complessiva di un centro antifumo. Lui ascoltava, con divertita curiosità e disponibilità di pensiero, le mie riflessioni sul tabagismo in termini psicodinamico-relazionali.

Lo scambio tra noi, fu ulteriormente rinsaldato dalla rete d'importanti collaborazioni amicali e professionali cui Claudio, con la generosità che gli era propria, mi coinvolse. Tra le tante persone con cui il Centro lavorò, ricordo la collaborazione con Montina e Tominz a Trieste e i continui contatti progettuali, di ricerca e di studio con Zuccaro, Invernizzi, Laezza, Nardini, Forza, Zagà, Tinghino, Mangiaracina, Orlandini, Chiamulera.

Nutriti da una rete di collaborazioni così ricca di competenze non si poteva che crescere. Il Centro di Trieste, grazie anche a un progetto, allora innovativo, dedicato agli operatori sanitari tabagisti, triplicò gli accessi e fu premiato, nel 2009, sia dall'Istituto Superiore di Sanità sia da Formez-Pubblica Amministrazione. I riconoscimenti giunsero quando Claudio si era da poco

pensionato ma, per tutti noi, era chiaro che avevano la sua piena paternità pur se lui, uomo di grande coerenza, dal giorno stesso della messa in quiescenza svoltò verso altri interessi e vecchie passioni.

Fin qui i ricordi, resta un'ultima, preziosa, *rêverie*: qualche giorno prima della sua morte Trieste fu investita da una robusta libeccia, maltempo infido fatto di mare torbido, pioggia sabbiosa e onde lunghe che spingono violentemente in secca i naviganti. Subito dopo la sua dipartita, un tenace borino riprese il sopravvento portando nuovamente il bel tempo e l'allegro moto ondososo verso il largo. Quel giorno, mentre transitavo sul lungomare, al rientro da una lunga giornata di lavoro fuori città appesantita dalla malinconia per la sua perdita, guardando l'orizzonte ho avuto una *rêverie* visiva, un sogno ad occhi aperti, un cortocircuito percettivo-emotivo: Claudio al timone dell'ennesima imbarcazione da lui progettata che mi salutava sorridente, mentre il vento di bora lo spingeva fuori dal golfo, verso il mare aperto. Sono sicuro che lui avrebbe voluto che lo ricordassimo così, un uomo libero, in rotta verso l'infinito orizzonte. Addio caro amico, non ti dimenticherò, non ti dimenticheremo.

[Tabaccologia 2017; 2:35]

**Alessandro Vegliach**

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2  
Bassa Friulana-Isontina

In memoriam

# Claudio, la sua barca oltre l'orizzonte

Biagio Tinghino

**D**i Claudio Poropat si possono tracciare tante biografie. A me è toccata la possibilità di scoprire quella dell'uomo di scienza, ma ho avuto anche il privilegio di intravedere quelle più profonde, dell'uomo e dell'umanista. È stato uno degli uomini più colti che abbia incontrato. Claudio ascoltava, pazientava, studiava molto, assimilava, sapeva attendere. Poi, quando ai congressi toccava a lui, si apriva e l'uomo paziente si trasformava in un torrente in piena. Parlava e la gente lo avrebbe ascoltato per ore. Raccontava la scienza nei suoi aspetti più complessi e sembrava che stesse chiacchierando con gli amici ad una festa, col bicchiere in mano.

Portava dati, ricerca, riflessioni mai scontate. Lo ascoltavamo sorridendo: era lieve, autoironico, saltellava da una citazione letteraria al tema della ricerca scientifica più seria con assoluta coerenza, capace in una battuta di trovare il punto della questione e allo stesso tempo aprire finestre che illuminavano di luce diversa temi complessi.

Sono sempre stato sicuro che egli fosse più che un medico, uno psicoterapeuta e un ricercatore. Il suo animo profondo era di un navigatore del grande oceano dell'umanità.

Forse per questo amava il mare. L'ultima volta che ci siamo visti abbiamo parlato quasi esclusivamente della sua barca. La sorte gli aveva assegnato la fatica di una malattia dai contorni sfuggenti, che lui – come tutto del resto – raccontava scherzando, con la pacatezza del saggio che conosce le passioni e la sofferenza, ma da esse si trattiene alla giusta distanza, così che non annebbino la più grande visione e della vita.

Mi parlava della barca, dei viaggi, e si capiva che stava parlando di una visione del mondo di cui amava ogni dettaglio, ogni piccolo piacere, ma di cui sapeva cogliere anche l'affresco generale, con la pacatezza che solo chi ha tanto pensato può avere. Poi si è ritirato e non lo abbiamo più visto per anni. Io ho capito che aveva iniziato il suo viaggio. Ora non riusciamo più a vedere la sua vela oltre l'orizzonte. Ma sono convinto che qualunque fosse la sua rotta, è saputo arrivare a quel porto che solo lui conosceva.

[Tabaccologia 2017; 2:36]

**Biagio Tinghino**

✉ [presidenza@tabaccologia.it](mailto:presidenza@tabaccologia.it)  
Presidente SITAB

## Un incontro con Claudio Poropat

**TABACCOLOGIA:** Quale percorso lo ha portato sulle vie del tabacco?

**POROPAT:** Diciamo che ci sono arrivato per le vie dell'alcol. Chia-



risco: mi sono occupato per anni di terapia dell'alcoldipendenza ed è noto che gli alcolisti in trattamento muoiono prevalentemente di malattie connesse al tabagismo. Così è iniziato negli anni '90 un nuovo viaggio.

**TABACCOLOGIA:** Il lavoro di questi anni è stato certamente più produttivo rispetto al passato. A cosa si deve secondo lei la maggiore attenzione al problema da parte delle istituzioni?

**POROPAT:** All'esempio culturale degli Stati Uniti impegnati in una lotta che ha avuto vasta eco in tutto il mondo ed alla formazione di una massa critica di operatori preparati e molto attivi. Le istituzioni hanno preso atto dei dati epidemiologici ormai incontrovertibili, della possibilità di utili azioni di contrasto, dell'assenza di forti lobby contrarie e, per una volta, hanno agito in conseguenza.

**TABACCOLOGIA:** Quali ritiene siano stati i momenti più significativi del suo percorso professionale?

**POROPAT:** Considero la formazione nel campo delle dipendenze in generale un bagaglio prezioso e la specializzazione in psicoterapia medica un logico corollario. I punti fermi istituzionali sono stati il riconoscimento del Centro per il tabagismo nel 1996, la referenza regionale nel Gruppo tecnico delle Regioni sul tabagismo nel 2002, la successiva trasformazione del Centro in Centro Interdipartimentale – Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento di Prevenzione – che ha sottolineato amicizie e collaborazioni preziose.

**TABACCOLOGIA:** Lei è uno dei fautori delle cifre "pulite" che ruotano intorno al tabagismo. A che punto siamo con la "chiarezza"?

**POROPAT:** Non amo il pressappochismo che poi di solito si contraddice e crea comunicazioni prive di coerenza e credibilità. Oggi, per selezione naturale, i dati, almeno nel campo del tabagismo, sono abbastanza seri. Resta il fatto che l'Italia non è il paese della misura, per vari motivi si preferisce il metro elastico. Vorrei tanto una medicina guidata, nelle scelte economiche, dall'epidemiologia e non dagli allarmi dei giornali, spesso funzionali a precisi interessi di parte.

**TABACCOLOGIA:** La soddisfa di più il lavoro fatto con i medici o quello con i farmacisti? Perché?

**POROPAT:** Con i medici si lavora bene ed anche con i farmacisti. Con le professioni, come con i singoli, bisogna solo essere rispettosi dei tempi e modi di lavoro, chiari nella proposta ed offrire qualcosa di sostanzioso e digeribile. Gli

ignavi si astengono in ogni caso, i bastian contrari sono i benvenuti per rendere più vivace la scena.

**TABACCOLOGIA:** La realtà di Trieste è certamente diversa da quella di Palermo. Se lei abitasse a Palermo cosa farebbe?

**POROPAT:** La domanda presuppone maggiori difficoltà ambientali a Palermo piuttosto che a Trieste. Ma l'ambiente è solo uno dei fattori condizionanti. Altro sono le nostre aspettative. La paralisi spesso nasce dall'attesa dell'intervento normativo senza il quale sembra non sia possibile muoversi. Ho avuto la mia parte di scontri con le autorità. Considero la laurea un'investitura sufficiente per fare, i riconoscimenti vengono poi. A Palermo, come a Trieste, ritengo importante la ricerca di alleanze su progetti concreti, tra colleghi, enti ed istituzioni.

**TABACCOLOGIA:** La nota dolente è certamente la prevenzione. Ritiene sia possibile ridurre significativamente

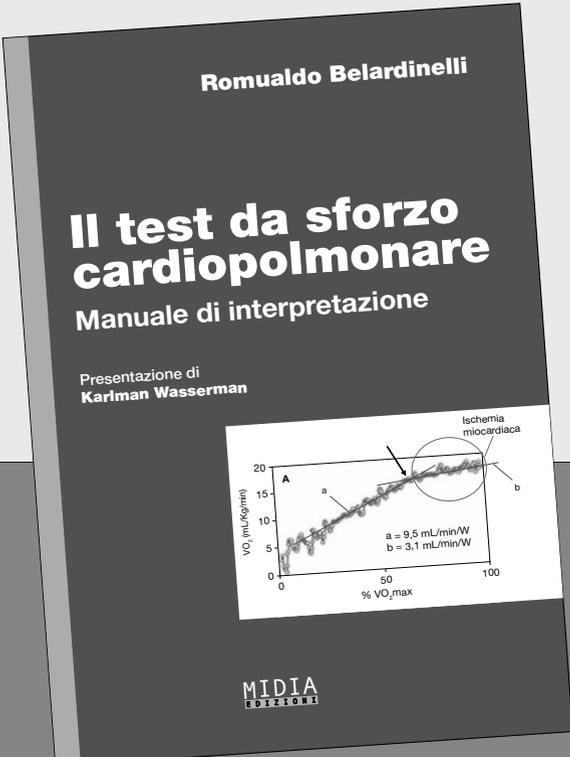
il numero dei ragazzi che si accostano al fumo nei prossimi 10 anni?

**POROPAT:** Ritengo di no, almeno con gli strumenti di cui disponiamo. Troppi fattori economici e sociali congiurano per aumentare l'insicurezza delle nuove generazioni. I giovani fumavano per conformismo, per assomigliare ai padri, ora fumano per contestarli. Il rito del fumo comune è rassicurante.

La scuola d'altra parte è incerta e spaurita, non è più fonte di sicurezza, ritiene preferibile far fumare i giovani nei cortili, magari assieme ai professori, piuttosto che qualunque altro "mostro" dell'immaginazione, dalla droga al bullismo. Anche qui l'incoerenza è un altro errore che spesso viene pagato dagli altri. Ritengo ci sia speranza per una gioventù che sia contestatrice non solo per contrari ma anche per proposte.

Ma sarebbe una gioventù scomoda. La vogliamo veramente?

[Pubblicata su Tabaccologia 3/2007]



**Romualdo Belardinelli**

**Il test da sforzo cardiopolmonare**

Manuale di interpretazione

Presentazione di **Karim Wasserman**

**MIDIA EDIZIONI**

## Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito [www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

€ 65,00



**Disponibile nelle migliori librerie scientifiche**

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012  
[midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it) - [www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

# CHEST<sup>®</sup> Annual Meeting 2017

Tabaccologia 2-2017



## **TORONTO** CANADA

October 28 - November 1

### **Join Us for the Premier Global Education Event in Clinical Chest Medicine**

CHEST Annual Meeting is your connection to education opportunities that will help optimize your patient care. This year's focus is on the entire team, and we're busy preparing our sessions, speakers, networking events, and foundation events to make sure each experience is centered around the complete care team so you can optimize your patient care.

#### **The CHEST Annual Meeting offers:**

- More than 400 general sessions
- Simulation education sessions
- Postgraduate courses
- Original investigation presentations
- New diagnostic and treatment solutions showcased in the exhibit hall
- Networking and social opportunities with world-renowned experts in your field

**Registration Now Open** 

[chestmeeting.chestnet.org](http://chestmeeting.chestnet.org)



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



### **Vibroflow®**

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

(Sviluppato in collaborazione con LINDE)

### **NeoSpire®**

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

### **AspiraGo<sup>30</sup>®**

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

### **AirPro3000<sup>Plus</sup>®**

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

#### **FLAEM NUOVA S.p.A**

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

#### **CONTATTI**

Luigi Carani  
Sales & Marketing Mgr. Medical Product Group  
luigi.carani@flaemnuova.it  
[www.fluem.it](http://www.fluem.it)



## Istruzioni per gli Autori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. **Eventuali ringraziamenti.**

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

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

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

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

**Segretaria di redazione e marketing:** [media@midiaonline.it](mailto:media@midiaonline.it)

## Instructions to Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Websites** should indicate the subject title and web address. For example: Carbon Monoxide – Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm).

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

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

**Editorial and marketing secretary:** [media@midiaonline.it](mailto:media@midiaonline.it)



**XIII Congresso Nazionale**  
Società Italiana di Tabaccologia



**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
E PROVIDER ECM (N° 1106)**

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

**IN COLLABORAZIONE CON**  
**la rivista TABACCOLOGIA**  
*(MIDIA Edizioni)*

**SEDE DEI LAVORI**

Royal Hotel Carlton  
*Via Montebello, 8*  
*40121 Bologna*

**TABAGISMO**  
*16 e 17 novembre 2017, Bologna*

