

**TOBACCO  
TAX**

# Tabaccologia

## Tobaccology

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

SITAB, alleato potente in Europa

Perché le Università e il mondo medico-scientifico  
dovrebbero stare alla larga da Big Tobacco

Linee Guida FCTC  
per l'implementazione dell'Art. 6 sulla tassazione

XIII Congresso Nazionale SITAB:  
report e atti

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

## Dalla Redazione

### 2017-2020

Cari lettori

Questo numero sarà in gran parte monopolizzato dal nostro recente Congresso SITAB tenutosi a Bologna lo scorso 16-17 novembre. Come potrete leggere meglio nel report, è stato un Congresso molto vivo e articolato nei temi trattati che, come prassi e per mission genetica della SITAB, ha toccato più ambiti e branche specialistiche.

È stato molto partecipato con circa 150 convenuti da tutta Italia. In questo numero pubblichiamo le stimolanti e intriganti comunicazioni scientifiche, mentre le varie relazioni, quanto prima, saranno messe on line sul nostro sito ([www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)) nell'area riservata ai soci.

Vi invito pertanto a fare l'iscrizione alla Società per potervi poi accedere con password che vi comunicheremo. Il modulo di iscrizione 2018 alla SITAB lo trovate sul nostro sito web. Come molti di voi sanno, in quanto presenti, in occasione del Congresso si è svolta l'Assemblea elettiva dei soci che ha eletto il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale SITAB, il quale a sua volta, mi ha concesso l'onore di rappresentarlo come Presidente per il triennio 2017-2020.

Come riportato nel comunicato stampa, il nostro impegno come Società Italiana di Tabaccologia per i prossimi anni è sollecitare la definizione degli standard per l'accreditamento dei Centri Antifumo sul territorio nazionale, stimolare e contribuire alla stesura di linee guida sui trattamenti (e presto ci sarà una novità editoriale in merito) e di strumenti formativi a chè la tabaccologia come scienza entri nel tessuto scientifico-culturale del mondo sanitario e dei medici e infermieri in formazione. Infine stiamo partecipando al coinvolgendo di Società scientifiche di tutte le branche nonché Associazioni di pazienti per un fronte comune contro il tabagismo in una "Alleanza Tabacco Endgame". Una Alleanza che diventa sempre più impellente visto lo sfozo economico e organizzativo che Big Tobacco sta mettendo in campo da alcuni mesi per far passare quel che genericamente viene chiamato "fumo freddo" come un intervento di Sanità Pubblica per risolvere il problema tabagismo. Ed è in questo contesto che si inserisce l'editoriale che vi proponiamo in questo numero e cioè sul perché le università e il mondo medico-scientifico dovrebbero stare alla larga dalle industrie del tabacco. In Tribuna ritorniamo a parlare di tasse sul tabacco pubblicando il dossier della Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (FCTC) sull'implementazione dell'Articolo 6 relativo alla tassazione, in cui vengono trattate le misure relative ai prezzi e alle tasse mirate a ridurre la domanda di tabacco. A seguire, come anticipato, il report e gli Atti del XIII Congresso Nazionale SITAB con le comunicazioni scientifiche libere presentate.

Buona lettura.

Vincenzo Zagà  
caporedattore@tabaccologia.it

## Sommarario

<b>LETTERA DEL PRESIDENTE ENSP</b>	
SITAB, alleato potente in Europa	5
[Francisco Rodríguez Lozano]	
SITAB, a powerful ally in Europe	
<b>EDITORIAL</b>	
Perché le Università e il mondo scientifico dovrebbero stare alla larga dalle industrie del tabacco. Viaggio tra gli inganni di Big Tobacco	7
[Vincenzo Zagà, M. Sofia Cattaruzza, Francisco Rodríguez Lozano, Antigona Trofor, Marco Mura, Giacomo Mangiaracina, Biagio Tinghino]	
Why Universities and the scientific world should stay away from the tobacco industry. Journey in Big Tobacco deception	
<b>TRIBUNA DOCUMENT</b>	
Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (FCTC): Linee Guida per l'implementazione dell'Articolo 6 relativo alla tassazione	14
[World Health Organization – Framework Convention Tobacco Control]	
<b>ATTI DEL XIII CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA</b>	22
Scenari dell'epidemia del tabagismo: nuovi rischi e strategie terapeutiche [D.L. Amram]	22
Regole ed educazione per ambienti di lavoro smoke free. Il progetto "respirare in libertà" della regione Campania [P. Martucci et al.]	28
L'analisi dei sogni può rafforzare il counseling antifumo? [F. Tarantino]	29
Uno, cento, mille "no cikka day". Ovvero quando una sigaretta inquina anche da spenta [E. Bianchi et al.]	29
Counseling individuale e trattamento farmacologico: esperienza del Centro per la Prevenzione e Terapia del Tabagismo dell'AUSL di Bologna [V. Zagà et al.]	30
Progetto Citex: studio osservazionale sull'efficacia del supporto da parte del farmacista alla terapia farmacologica a base di citisina [M. Dalla Bella et al.]	31
Esperienza del Centro Antifumo di Prato con i pazienti psichiatrici: case report [A. Manfredi et al.]	31
1° Progetto regionale "respiriamo liberi" per un ospedale senza fumo [P. Martucci et al.]	32
"Scommettiamo che smetti?" – Il medico di famiglia come facilitatore di smoking cessation [R. Giacobbe et al.]	33
Inquinamento indoor: alcune piante da appartamento possono aiutare l'assorbimento di sostanze organiche volatili [S. Damante et al.]	33
Centri antifumo a gestione pneumologica. I risultati della prima survey italiana [P. Martucci et al.]	34
Enfimesa polmonare in giovane tabagista assuntore di cannabis. Case report [R. Giacobbe et al.]	35
I comportamenti e le abitudini tabagiche degli studenti iscritti al 1° anno del CdL in Infermieristica delle Università degli Studi di Catania, Roma e Trieste (AA 2016/2017) [G.B. Modonutti et al.]	35
Le conoscenze sui rischi del tabagismo in gravidanza degli studenti iscritti al 1° anno del CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Catania, Roma e Trieste (AA 2016/2017) [G.B. Modonutti et al.]	36
Sindrome di Asperger e trattamento del tabagismo: descrizione di un caso [G.A. Esposito et al.]	36



## DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2017-2020

### PRESIDENTE

**Dott. Vincenzo Zagà**  
Medico Pneumologo, Bologna  
Giornalista medico-scientifico  
Caporedattore di Tabaccologia  
presidenza@tabaccologia.it

### VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO / SEGRETERIA

**Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza**  
Professore associato di Epidemiologia e Demografia,  
Sapienza Università di Roma, Direttore Scientifico di Tabaccologia  
vicepresidenza@tabaccologia.it - segreteria@tabaccologia.it

### PAST PRESIDENT

**Dott. Biagio Tinghino**  
Dirigente Responsabile UOS Alcolologia e Nuove Dipendenze Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST di Vimercate (MB)  
b.tinghino@tabaccologia.it

### TESORERIA

**Dott. Giuseppe Gorini**  
Medico Epidemiologo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) - Firenze  
b.gorini@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 - direttorescientifico@tabaccologia.it

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

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

**Dott. Roberto Boffi**  
Medico Pneumologo, Istituto Nazionale Tumori (INT), Milano  
f.lugoboni@tabaccologia.it

**Dott. Alessandro Vegliach**  
Psicologo-psicoterapeuta presso la Struttura Complessa Dipendenze  
dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isonzina  
a.vegliach@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  
✉ segreteria@tabaccologia.it  
✉ ufficioprogetti.sitab@gmail.com

### Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2018 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 Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza:  
- per posta ordinaria: Via di San Giovanni in Laterano 190, 00184 Roma  
- per e-mail: segreteria@tabaccologia.it

### Pubblicità e Marketing

MIDIA srl  
Edizione  
Midia srl - Foro Ulpiano, 2 - 34133 Trieste  
Tel. 040 369204 - Fax 040 370053  
[midia@midiaonline.it](http://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

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

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

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

COMITATO SCIENTIFICO ITALIANO: **Massimo Baraldo** (Farmacologia, UniUD), **Fabio Beatrice** (ORL-Torino), **Roberto Boffi** (Pneumo-oncologia, INT-Milano), **Monica Bortolotti** (Villa Pineta, Gaiato, MO), **Lucio Casali** (Pneumologia-Università di Perugia), **Enrico Clini** (Università di Modena e Reggio Emilia), **Francesco de Blasio** (Pneumologo, Clinical Center, Napoli), **Mario Del Donno** (Benevento), **Vincenzo Fogliani** (Pneumologo, Messina), **Alessio Gamba** (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), **Stefania La Grutta** (Pediatra, CNR, Palermo), **Fabio Lugoboni** (Medicina Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi, Verona), **Paola Martucci** (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), **Claudio Micheletto** (Pneumologia, Legnago), **Roberta Pacifici** (Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Nolita Pulerà** (Livorno), **Antonio Sacchetta** (Medicina, Osp. di Conegliano, Treviso), **Franco Salvati** (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 Zucchetta** (Psicologia, Monza).

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

- tramite abbonamento di € 40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca UNICREDIT di Trieste, Agenzia Trieste Carducci; IBAN IT98E0200802242000041117997
- oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2017.

## Lettera del Presidente ENSP

# SITAB, alleato potente in Europa

Francisco Rodríguez Lozano

La Società Italiana di Tabaccologia, nostro affiliato europeo, ha organizzato il mese scorso a Bologna, il suo congresso annuale al quale sono stato ospite, invitato a presentare un contributo a nome dell'*European Network on Smoking and Tobacco Prevention* (ENSP), che rappresento.

È stato un evento piacevole e un'esperienza molto interessante. Di norma, i contatti che abbiamo con i nostri membri in ENSP sono spesso in forma epistolare o attraverso i loro rappresentanti che partecipano alle nostre assemblee annuali. Tuttavia, serve proprio incon-

trare tutta la squadra personalmente. Ascoltare le loro preoccupazioni e i loro problemi mi ha aiutato a meglio comprenderne i bisogni e quindi adeguare i nostri servizi per sostenerli nel migliore dei modi.

Nel corso dell'evento ho avuto modo di incontrare un gruppo di colleghi molto determinati e appassionati nelle strategie di lotta al tabagismo, motivati a tutelare la salute pubblica.

Mi ha impressionato la qualità delle presentazioni, molte delle quali correlate alla terapia del tabagismo. Erano presenti anche alcuni esperti governativi che hanno relazionato

su argomenti relativi al controllo del Tabacco in un'ottica più ampia. Ho anche avuto l'opportunità di incontrare dei partner per alcuni progetti ENSP, ho partecipato a discussioni di alto livello e ho acquisito una veduta d'insieme più chiara su tutte le iniziative organizzate a livello nazionale.

Soprattutto sono stato impressionato dal modo in cui le linee guida ENSP sono state presentate e nel sapere che la loro traduzione in italiano sta completarsi.

Il presidente Tinghino mi ha personalmente spiegato le funzioni di Sitab e mi ha confidato che prima

## Letter from the President of ENSP

# SITAB, a powerful ally in Europe

Francisco Rodríguez Lozano

Last month, our member the Italian Society of Tobaccology (SITAB) organised its annual congress in Bologna, where I was invited to present in the name of ENSP.

It was such a great pleasure and an interesting experience. Usually at ENSP, the contacts we have with our members are often in writing or through their representatives attending our yearly general assemblies. However, meeting the full team in person, and listening to their concerns and hearing about their issues really helped me better understand their needs and therefore tailor our services to support them.

At the event, I had the chance to meet a group of colleagues, who were so driven by their passion in the fight against tobacco and motivated to protect public health.

I was very impressed with the quality of the presentations, many of which were related to the tobacco dependence and cessation treatments.

Experts in Public Health were also present and presented on wider tobacco control topics.

I also had the opportunity to meet with ENSP project partners, participated in high level discussions and have a clearer picture of all the

initiatives carried out at national level. I was very impressed with the way ENSP Guidelines were presented and pleased to hear that the Italian translation is closed to completion.

SITAB President, Dr. Tinghino personally explained to me how his society works and shared that before reaching the current period of relative calm, they had to overcome many problems. With a new President, Dr Zaga, the various members are now able to work all together on important issues.

I was happy to hear that after the General Assembly, Dr Maria Sofia

di raggiungere l'attuale periodo di relativa calma, hanno dovuto superare molti problemi.

Con il nuovo presidente Vincenzo Zagà, i membri qualificati del direttivo nazionale sono ora in grado di lavorare bene insieme su temi e problematiche importanti.

Sono stato felice di sapere che dopo l'assemblea generale Sitab, il nuovo consiglio direttivo ha nominato come vicepresidente e presidente "eletto" (prossimo presidente in pectore), la prof. Maria Sofia Cattaruzza, che lavora strettamente con l'ENSP ormai da diversi anni.

Sono rimasto impressionato dall'entusiasmo e dalla energia di tutti, come anche di una *Alleanza Tobac-*

*co Endgame* che sta per costituirsi e che presto elaborerà una proposta di strategia da trasmettere al prossimo governo italiano.

Questo evento conferma definitivamente il fatto che l'ENSP non è soltanto un nome. È una rete concreta e potente, formata da molte organizzazioni forti e da persone estremamente entusiaste.

Dietro ogni organizzazione ci sono validi esperti con una notevole passione per la ricerca e le azioni concernenti le strategie controllo del Tabacco, ciascuno dei quali aggiunge vitalità e capacità ad ENSP.

Sono fermamente convinto dell'alto potere di questa rete nella lotta al Tabagismo in Europa.

E cogliere questa opportunità per augurare alla Sitab, al nuovo presidente Zagà, e a tutti i suoi membri, il pieno successo per il futuro, perché è anche il successo della rete europea ENSP.

[*Tabaccologia 2017; 4:5-6*]

### Francisco Rodríguez Lozano

Presidente

European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP),

Chaussée d'Ixelles 144

B-1050 Brussels

✉ [friguez@infomed.es](mailto:friguez@infomed.es)



Cattaruzza, who has been working closely with ENSP for many years now, was elected as the next Pres-

ident. I was very impressed by everyone's enthusiasm and energy, as a committee to work on a

tobacco endgame was being organised and soon a strategy proposal will be submitted to the Italian government.

This event definitively confirmed that ENSP is not just a name. It is a real powerful network, formed by many strong organisations and extremely enthusiastic people.

Behind each society, there are valuable experts with great passion for tobacco control, each of which adds to the vitality and the capability of ENSP.

I am firmly convinced of the high power of our network in the fight against tobacco in Europe.

I would like to take this opportunity to wish SITAB, Dr. Zaga, the new President and stakeholders all the success for the future because your success is the success of the network.

# Perché le Università e il mondo scientifico dovrebbero stare alla larga dalle industrie del tabacco. Viaggio tra gli inganni di Big Tobacco

Vincenzo Zagà, M. Sofia Cattaruzza, Francisco Rodriguez Lozano, Antigona Trofor, Marco Mura, Giacomo Mangiaracina, Biagio Tinghino

La ricerca scientifica delle Università non dovrebbe mai accettare finanziamenti da aziende operanti nel medesimo settore in cui essa è applicata con studi e ricerche, per evidenti conflitti di interesse che potrebbero influenzare o condizionare l'andamento e i risultati della ricerca stessa.

Ciò vale a maggior ragione per industrie i cui metodi produttivi o prodotti finiti recano danno alla salute dell'uomo come quella del tabac-

co [1]. Le Università che scendono a patti con questo mercato, accettando i vantaggi offerti da sovvenzioni e donazioni, diventano complici nel diffondere "l'epidemia del tabacco" [2] perché il denaro dei finanziamenti deriva direttamente dalla vendita dei prodotti del tabacco! Si tratta di soldi "sporchi" che causano malattia, sofferenza e morte delle persone [3]. Ricercatori che accettassero tali finanziamenti

rischiano di accogliere nel loro campo il "cavallo di Troia" delle industrie del tabacco e dovrebbero ricordare quel passo di Virgilio nell'Eneide (*Virgilio, Eneide, lib.II, v. 49*): "Temo i Greci anche quando portano doni" ("*Timeo Danaos et dona ferentes*"). È il grido inascoltato con cui il povero Laocoonte cerca vanamente di convincere i Troiani a non accogliere nelle mura il fatale cavallo. Il finale è noto.

## Why Universities and the scientific world should stay away from the tobacco industry. Journey in Big Tobacco deception

Vincenzo Zagà, M. Sofia Cattaruzza, Francisco Rodriguez Lozano, Antigona Trofor, Marco Mura, Giacomo Mangiaracina, Biagio Tinghino

University Scientific research should never accept funding from companies operating in the same sector in which it is applied, due to evident conflicts of interest that could influence or undermine the results of the research itself. This applies even more to industries whose production methods or products, such as tobacco, damage human health [1]. Universities that turn a blind eye to this market, accepting the advantages offered by grants and donations, become accomplices in spreading the "to-

bacco epidemic" [2] because the funding comes directly from the sale of tobacco products!

This is "dirty" money, causes illness, suffering and death [3]. Researchers who accept such funding risk welcoming the "Trojan horse" of the tobacco industry, and should remember Virgil in the Aeneid (*Virgil, Eneide, lib.II, v. 49*): "I fear the Greeks when they bring gifts" ("*Timeo Danaos et dona ferentes*"). It is the unheard cry with which the poor Laocoon tries in vain to convince the Trojans not to wel-

come the fatal horse within the walls. The ending is known.

University scientific research, due to the link that binds it to the younger generations who are educated, has an even greater duty not to cooperate with the tobacco industry, taking into account the commercial policies that enlist young people and transform them, through dependence, into "loyal customers" for many years [4].

In no way should the academic world endorse the frantic search to whitewash the tobacco giants, which

La ricerca scientifica universitaria, per il nesso che la lega alle giovani generazioni di scienziati che in essa si formano, a maggior ragione ha il dovere di non cooperare con l'industria del tabacco soprattutto tenendo conto delle politiche commerciali che questa pone in essere per arruolare i giovani e trasformarli, attraverso la dipendenza, in "clienti fedeli" per tanti anni [4]. In alcuna maniera il mondo accademico dovrebbe avallare l'affannosa ricerca di una rinnovata "verginità" dei colossi del tabacco, peraltro mai avuta, riproposta negli ultimi tempi con l'immissione sul mercato di prodotti "a rischio ridotto" come quelli del cosiddetto "fumo freddo" tentando di riciclarsi, come il lupo nelle vesti di pecora, da fabbrica di morte a *health company* [5]. Addirittura l'industria del tabacco ha cercato di riciclarsi cambiando nome: addio Philip Morris, benvenuta ALTRIA Group, Inc. [6]. Oggi è Mondelēz International.

## La responsabilità sociale delle Università

Le Università, per "mission genetica", sono istituzioni dedicate al miglioramento della vita attraverso la ricerca e la diffusione della conoscenza. Il contesto universitario facilita la comunicazione "peer to peer" tra i giovani e l'acquisizione di conoscenze e capacità che portano ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività e la propagazione di stili di vita salutistici attraverso l'emulazione del comportamento.

Le università sono investite di una importante responsabilità etica per aiutare il mondo a contenere ed eliminare l'epidemia di tabacco, con la ricerca, la formazione e l'informazione. Per questo devono essere messe al riparo, con regolamenti stringenti, da qualsiasi manovra che possa minarne le libertà indispensabili per la ricerca della verità scientifica, anche a costo di rinunciare alle lusinghe di ricchi finanziamenti

che potrebbero accelerare il perseguimento dei propri obiettivi scientifici. Diversamente perderebbero ogni credibilità gettando in aria anni di tradizione e di rigorose ricerche. La necessità di tutelare la propria autorità morale accademica impone alle università di rinunciare a qualsiasi forma di cooperazione con l'industria del tabacco [7].

## La natura del problema

Sebbene il tabacco sia utilizzato in Occidente da almeno 500 anni, i danni alla salute umana sono iniziati con la fine del 1800 quando, grazie alla produzione meccanizzata delle sigarette con quella che diventerà famosa come "macchina di Bonsack", la fabbricazione delle sigarette è passata da un sistema artigianale ad una enorme produzione industriale che ha consentito di inondare il pianeta di sigarette arrivando oggi a quella che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) chiama la *Tobacco Epidemic*. L'epidemia di tabagismo ha con-

has never succeeded, but has been recently revived with the introduction of the "reduced risk" products, the so-called "cold smoke". The Tobacco Industry is a wolf in sheep's clothing trying to re-present itself, from death factory to health company [5], even to the extent of changing its name: goodbye Philip Morris and welcome to Altria Group Inc. [6]. Today is Mondelēz International.

## The social responsibility of the Universities

By their "raison d'être", Universities, are institutions dedicated to improving life through the research and dissemination of knowledge. The university context facilitates communication "peer to peer" among young people and the acquisition of knowledge and skills that lead to action to improve their health, and that of the community, and the propagation of healthy lifestyles through the emulation of behavior.

Universities are invested with an important ethical responsibility to help the world reduce and eliminate the tobacco epidemic, with research, training and information. For this reason they must be protected, with stringent regulations, from any maneuver that could undermine the indispensable freedoms for the pursuit of scientific truth, even at the cost of giving up rich funding that could accelerate the pursuit of its scientific objectives. Otherwise Universities might lose all credibility by throwing years of tradition and rigorous research into the air. The need to protect academic moral authority requires universities to renounce all forms of co-operation with the tobacco industry [7].

## The nature of the problem

Although tobacco has been used in the West for at least 500 years, the damage to human health began in the late 1800s when, thanks to the mechanized production of

cigarettes with what would become known as the "Bonsack machine", cigarette manufacturing passed from a cottage industry to huge industrial mass production. This has allowed it to flood the planet with cigarettes arriving today, at what the World Health Organization (WHO) calls the *Tobacco Epidemic*. The tobacco epidemic has inexorably led the planet to the so-called golden holocaust (*The Golden Holocaust*) due to the 7 million smoking-related deaths which occur each year [8,9].

Despite the fact that nowadays, there are numerous and established proofs of causality between tobacco smoke and smoking-related diseases, more than a billion people in the world continue to smoke. The prevalence and incidence of smoking have increased every time that, over the past 150 years, there have been controversies among researchers on the real causality between tobacco consumption and related diseases. For over half a century the tobacco industry has used

dotto inesorabilmente il pianeta al cosiddetto olocausto dorato (*The Golden Holocaust*) per i circa 7 milioni di decessi fumo-correlati ogni anno [8,9]. Nonostante le ormai numerose e consolidate evidenze di causalità tra fumo di tabacco e patologie fumo-correlate, più di un miliardo di persone nel mondo continua a fumare. La prevalenza e l'incidenza del fumo sono aumentate tutte le volte che, nel corso degli ultimi 150 anni, ci sono state controversie fra ricercatori sulla reale causalità fra consumo di tabacco e patologie correlate. Per oltre mezzo secolo l'industria del tabacco ha usato queste controversie praticando la strategia del dubbio [5,10]. Oggi, invece, grazie alle politiche di contrasto poste in essere nei Paesi Occidentali, l'industria del tabacco si trova in un disperato bisogno di carpire la benevolenza delle Università per alimentare l'inganno della non causalità tra il fumo di tabacco e alcune tipiche patologie fumo-correlate [11,12].

## Il comportamento dell'industria del tabacco

L'industria del tabacco contemporanea è nata praticamente nel 1882 grazie all'incontro tra il genio commerciale di James Buchanan Duke con il meccanico Bonsack inventore dell'omonima macchina che consentiva di produrre una specie di sigaretta infinita che veniva suddivisa nella misura giusta grazie a tagli meccanici. Accompagnando la produzione meccanizzata delle sigarette con efficaci azioni di marketing, Buchanan Duke inventò l'industria del tabacco rendendosi inconsapevolmente responsabile di una delle peggiori stragi che il mondo abbia mai conosciuto.

Questa interpretazione, molto di parte, poteva essere accettabile fino alla fine degli anni '40 ma da allora in poi le proprietà pericolose dei prodotti del tabacco sono state identificate e ben studiate e l'industria del tabacco è divenuta sempre più irresponsabile e criminale [8].

*Big Tobacco*, termine con il quale si identificano le più grandi aziende dell'industria del tabacco mondiale, ha dimostrato di essere del tutto indifferente al dolore e alla sofferenza inflitta all'umanità dai suoi



these controversies by promoting the strategy of doubt [5,10].

Today, however, thanks to Tobacco Control policies implemented in Western countries, the tobacco industry has a desperate need to involve universities in the deception of non-causality between tobacco smoke and smoking-related diseases [11,12].

## The behavior of the tobacco industry

The contemporary tobacco industry was born practically in 1882 thanks to the encounter between the commercial genius of James Buchanan Duke with the mechanic Bonsack, inventor of the machine which produced a kind of infinitely long cigarette that was divided into the right size using mechanical cuts.

Accompanying the mechanized production of cigarettes with effective marketing action, Buchanan Duke invented the tobacco industry and became unwittingly, responsible for

one of the worst massacres the world has ever known. This interpretation, mostly promoted by the tobacco industry, was acceptable until the end of the 1940s but since then the dangerous properties of tobacco products have been identified and well studied, and the tobacco industry has become increasingly irresponsible and criminal [8]. *Big Tobacco*, the term used to identify the largest companies in the global tobacco industry, has proven to be totally indifferent to the pain and suffering inflicted on humanity by its products, and has adopted a *business* model that puts the exponential growth of profit before the value of consumers' lives. Since the scientific community established that tobacco use is causally associated with premature death and preventable chronic diseases, the tobacco industry has faced the threat to its profits by resorting to deception and lies [13] instead of investing to make its products less dangerous. Only recently, under the

pressure of a more widespread societal sensitivity of the damage to public health arising from tobacco products, the industry has entered the "harm reduction" perspective, developing less toxic products (e-cig, iqos or "cold smoke"), of which however, little is known, in particular, about their long-term effects. These products make sense as a substitute for traditional cigarettes for smokers who do not want or cannot quit, but they pose a great danger to non-smokers because, being advertised as less harmful, they can also lure non-smokers closer to tobacco. Paradoxically, these less toxic products could lead to greater tobacco damage to public health. Once again, the tobacco industry casts doubt on the consequences of tobacco smoke, proved by the scientific research and try to buy time in order to acquire new market shares.

The new products deriving from the industrial strategies of so-called "harm reduction" could have a similar role to what Bonsack's ma-

prodotti, adottando un modello di *business* che antepone la crescita esponenziale del profitto al maggior valore della vita dei consumatori. Una volta accertato dalla comunità scientifica che l'uso del tabacco è causalmente associato a morte prematura e a malattie croniche evitabili, l'industria del tabacco ha affrontato la minaccia ai suoi profitti ricorrendo alla menzogna e all'inganno [13] invece di investire per rendere i suoi prodotti meno pericolosi. Solo recentemente, messa alle strette da una più diffusa sensibilità sociale nei confronti dei danni alla salute pubblica derivanti dai prodotti del tabacco, l'industria è entrata nella prospettiva di "riduzione del danno", sviluppando prodotti meno tossici (e-cig, iqos o "fumo freddo"), dei quali peraltro si sa ancora poco e, in particolare, non se ne conoscono gli effetti a lungo termine. Questi prodotti hanno un senso come sostituti delle sigarette tradizionali per i fumatori che non vogliono o non riesco-

no a smettere, ma rappresentano un grande pericolo per i non fumatori perché, essendo pubblicizzati come meno nocivi, possono far avvicinare al tabacco anche chi non fuma. Paradossalmente, questi prodotti meno tossici, potrebbero determinare una maggiore prevalenza dei danni del tabacco alla salute pubblica.

Ancora una volta si getta scompiglio nel fronte della ricerca scientifica sulle conseguenze del fumo del tabacco, prendendo tempo per acquisire nuove quote di mercato. I nuovi prodotti derivanti dalle strategie industriali della cosiddetta "riduzione del danno" potrebbero avere un ruolo analogo a quello che ebbe la macchina di Bonsack sul finire del XIX secolo: ampliare il consumo di tabacco.

Tornando ai rapporti tra questa industria e la ricerca è necessario non dimenticare mai che la strategia sulla quale ha investito Big tobacco è stata quella di lanciare un attacco massiccio e sistematico per sover-

tire le acquisite conoscenze scientifiche [14,15], contro-informare l'opinione pubblica e i decisori e ritardare qualsiasi forma di controllo sulla fabbricazione e l'utilizzazione dei suoi prodotti. E' famoso il caso del "Frank Statement", un'eccellente esempio di come l'industria abbia fatto credere al pubblico di interessarsi al problema dei danni alla salute causati dal tabacco quando invece l'intento era solo quello di cautelarsi legalmente e insabbiare la verità per più tempo possibile al fine di continuare a vendere e fare profitti [15,16].

Questo attacco alle conoscenze scientifiche, etichettate spesso come "scienza spazzatura" a seconda delle circostanze, continua ancora oggi, in forme subdole o sfacciatamente chiare, a seconda dei contesti nazionali in cui opera.

L'onnipresente beneficio del dubbio sulle malattie causate dal tabacco, seminato dalle multinazionali del settore, è una truffa progettata *ad hoc* per impedire la traduzione del-

chine had at the end of the nineteenth century: to increase the consumption of tobacco.

Returning to the relationship between this industry and research it must never be forgotten that the response strategy of Big tobacco was to launch a massive and systematic attack to subvert the veracity of acquired scientific knowledge [14,15], to mis-inform public opinion and decision makers and to delay any form of control over the manufacture and use of its products. The famous "Frank Statement" is an excellent example of how the industry made the public believe that it was interested in the damage to health caused by tobacco, when instead its intentions were only to legally protect itself and cover up the truth for as long as possible in order to continue selling and making profits [15,16].

This attack on scientific knowledge, often labeled as "junk science" depending on the circumstances, still continues today, in subtle or blatantly clear forms, depending on

the national contexts in which it operates. The omnipresent benefit of the doubt on diseases caused by tobacco, sown by Tobacco multinational corporations, is a scam designed specifically to prevent the translation of knowledge into health policies which can lead to reduced consumption and profits. The strategy of Big Tobacco has always been to generate doubt in the minds of judges, juries and public opinion, which lack the technical-scientific background necessary to critically analyze the causal relationship between smoking and health-related harm. As shown in some confidential documents such as "We are the factory of doubt...", creating what is called agnotology, or the study of "constructed" ignorance. This strategy has been used to paralyze the efforts of the scientific community to better understand the natural history of diseases associated with tobacco consumption.

In implementing this strategy, the tobacco industry has started parallel research, appropriately ma-

nipulated, hiring and bribing various researchers all over the world, with the explicit intention to insinuate doubt and to contain the sense of resentment of public opinion towards the tobacco sector. The industry has always acted with indifference and insensitivity to the suffering caused and with the aim of postponing any social control that could in any way affect its unscrupulous commercial strategies [11,16]. For over six decades, the tobacco "cartel" has tried in every way to actively challenge the scientific evidence in the media and courtrooms which has proved it to be responsible: a strategy that has, with some success, disguised its deception and diverted the attention and judgment of public opinion and political authorities [11,12].

For these actions of sabotage of scientific research, the tobacco industry has also resorted to the corruption of leading figures in the medical-scientific field, such as Ragnar Raylander in Switzerland (Professor of the University of Geneva,

le conoscenze in politiche sanitarie che possano portare a riduzione del consumo e quindi dei profitti. La strategia di *Big Tobacco* è stata sempre quella di generare il dubbio nella mente dei giudici, delle giurie e dell'opinione pubblica, a cui manca il *background* tecnico-scientifico necessario per analizzare in modo critico la relazione causale tra fumo e danni provocati alla salute, come si evidenzia in alcuni documenti confidenziali tipo "*Noi siamo la fabbrica del dubbio...*", creando di fatto quella che viene chiamata agnotologia, ovvero lo studio dell'ignoranza "costruita". Questa strategia è stata usata per paralizzare gli sforzi della comunità scientifica di comprendere sempre meglio la storia naturale delle malattie associate al consumo del tabacco.

In attuazione di tale strategia, l'industria del tabacco ha avviato ricerche parallele, opportunamente manipolate, assoldando e corrompendo vari ricercatori in tutto il mondo, con l'esplicito proposito di insinua-

re il dubbio e contenere il senso di risentimento dell'opinione pubblica verso il settore del tabacco. Tutto ciò sempre agendo con indifferenza e insensibilità per la sofferenza provocata e con lo scopo di rinviare qualsiasi controllo sociale che potrebbe in qualche modo incidere sulle sue spregiudicate strategie commerciali [11,16].

Per oltre sei decenni, il "cartello" del tabacco ha cercato in ogni modo di contestare attivamente sui media e nelle aule di tribunale i risultati scientifici che lo inchiodava alle sue responsabilità: un'ipotesura che ha, con un certo successo, camuffato i suoi inganni per sviare l'attenzione e il giudizio della pubblica opinione e delle autorità politiche [11,12]. Per queste azioni di sabotaggio delle ricerche scientifiche, l'industria del tabacco ha anche fatto ricorso alla corruzione di personaggi di spicco in ambito medico-scientifico, come Ragnar Raylander in Svizzera (Professore dell'università di Ginevra, pagato

per produrre ricerche volte a negare gli effetti nocivi del fumo di tabacco, condannato nel 2003 dalla Corte di giustizia di Ginevra, per "frode scientifica senza precedenti nel campo del fumo passivo"), Gaston Vettorazzi in USA (ex-tossicologo dell'OMS, assoldato per ostacolare l'entrata in vigore di regolamentazioni a tutela della salute umana che avrebbero limitato l'uso di pericolosi pesticidi nella coltivazione del tabacco) e Giuseppe Lojacono in Italia (ex Professore di Economia Sanitaria dell'Università di Perugia, Direttore della Rivista *Epidemiologia & Prevenzione* e della omonima Società Scientifica, informatore segreto anti-IARC pagato per screditare i risultati di un importante studio sul fumo passivo ed enfatizzare invece l'inquinamento come causa di tumore al polmone) [17-21].

Parimenti l'industria del tabacco ha corrotto politici e giornalisti per travisare i risultati della ricerca ogni

paid to produce research aimed at denying the harmful effects of tobacco smoke, condemned in 2003 by the Court of Justice of Geneva, for "unprecedented scientific fraud in the field of passive smoking"), Gaston Vettorazzi in USA (ex-toxicologist of the WHO, hired to hinder the entry in force of regulations to protect human health that would have limited the use of dangerous pesticides in the cultivation of tobacco) and Giuseppe Lojacono in Italy (former Professor of Health Economics at University of Perugia, Director of the *Epidemiology & Prevention Magazine* and of the Scientific Society with the same name; he was the "secret anti-IARC (International Agency for Research on Cancer) informant" paid to discredit the results of a major study on passive smoking and incriminate instead, pollution as a cause of lung cancer) [17-21].

Likewise, the tobacco industry has bribed politicians and journalists to mis-represent research results whenever they were perceived as threat-

ening to their profits. Even today, *Big Tobacco* acquires indulgence and influence through electoral contributions to politicians, sponsorship of sporting and cultural events, financial support for charitable community initiatives, philanthropic institutions (such as the Red Cross, the Movement of Italian Parents – Moige), up to the promotion, through associated holding companies, of scientific conferences on issues of pollution and ecology and environment, relegating the tobacco problem to an ancillary role [17,22-25].

The industry has even created opinion groups to sabotage WHO actions for tobacco control and to mis-represent the reports on the harmfulness of passive smoking [26] including the conclusions of the International Agency for Research on Cancer (IARC) on the causal relationship between passive smoking and lung cancer.

As if this were not enough, it has put pressure on the pharmaceutical companies that promoted cam-

paigns and therapies for smoking cessation and has threatened airlines against the adoption of smoke restrictions on board the aircraft [27]. All these practices are those of a corrupt industry that, evidently, are incompatible with any kind of collaboration with health institutions in general and academics in particular [28]. Rather, they have the task of transmitting to future health professionals the ability to treat and prevent smoking [29] and should have a policy statement that specifically prohibits academic bodies from accepting tobacco industry funding including grant funding.

In the U.S.A. there are already several examples of this practice and it is to be hoped that this will soon spread all over the world. Indeed, the *European Journal of Public Health* will no longer publish tobacco industry-supported research, a practice already adopted by many other medical journals such as *BMJ*, *Heart*, *Thorax*, *Plos* one and many others [30].

qualvolta questi erano sentiti come minacciosi per i propri profitti.

Ancora oggi *Big Tobacco* acquista indulgenza e influenza attraverso contributi elettorali a politici, sponsorizzazione di eventi sportivi e culturali, sostegno finanziario di iniziative comunitarie, di beneficenza, di istituzioni filantropiche (come la Croce Rossa, il Movimento italiano Genitori-MOIGE), fino alla promozione, attraverso holding consociate, di convegni scientifici su temi di inquinamento ed ecologia ambientale, relegando ad un ruolo ancillare il problema tabacco [17,22-25].

L'industria ha persino creato gruppi di opinione per sabotare le azioni dell'OMS per il controllo del tabacco e per travisare le relazioni sulla nocività del fumo passivo [26] fra cui le conclusioni dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) sul rapporto di causalità tra fumo passivo e cancro polmonare. Come se non bastasse, ha fatto pressione sulle aziende farmaceutiche che promuovevano campagne e terapie per la *smoking cessation* per non vedere ridotto il proprio bacino di utenza, ha minacciato le compagnie aeree contro l'adozione di restrizioni al fumo a bordo degli aerei [27].

Tutte queste pratiche sono quelle di un'industria corrotta che, evidentemente, sono incompatibili con qualsiasi tipo di collaborazione con le istituzioni sanitarie in generale e accademiche in particolare [28]. Queste piuttosto, hanno il compito di trasmettere ai futuri professionisti della salute, la capacità di trattare e prevenire il fumo [29] e dovrebbero avere una dichiarazione d'intenti che vieti specificamente agli organismi accademici di accettare finanziamenti dall'industria del tabacco, compresi i finanziamenti per borse di studio.

Negli Stati Uniti ci sono già diversi esempi di questa politica ed è auspicabile che presto si diffonda in tutto il mondo. Un esempio degli effetti di tale politica è la decisione dell'European Journal of Public Health di non pubblicare più nessuna ricerca finanziata dall'industria del tabacco, pratica già adottata da molte altre riviste mediche come BMJ, Heart, Thorax, Plos One e molte altre [30].

[*Tabaccologia* 2017; 4:7-13]

#### Vincenzo Zagà

✉ [presidenza@tabaccologia.it](mailto:presidenza@tabaccologia.it)  
Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

#### Maria Sofia Cattaruzza

Direttore Scientifico di Tabaccologia  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie infettive, "Sapienza" Università degli Studi di Roma

#### Francisco Rodriguez Lozano

Presidente ENSP

#### Antigona Trofor

Department of Pneumology,  
Universitatea de Medicina si Farmacie  
"Grigore T. Popa" - Iasi, Romania

#### Marco Mura

Division of Respiriology,  
Western University, London, Canada

#### Giacomo Mangiaracina

Direttore Responsabile di Tabaccologia

#### Biagio Tinghino

Dirigente Responsabile UOS Alcolologia  
e Nuove Dipendenze Dipartimento  
di Salute Mentale e delle Dipendenze  
ASST di Vercate (MB)

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

► *Questo articolo viene pubblicato in contemporanea su Tabaccologia e su Tobacco Prevention & Smoking Cessation.*

## Bibliografia

- Walsh RA, Sanson-Fisher RW. What universities do about tobacco industry research funding. *Tobacco Control* 1994; 3:308-315.
- Cohen JE. Universities and tobacco money: some universities are accomplices to the tobacco epidemic. *Br Med J* 2001;323:1-2.
- Chapman S, Shatenstein S. The ethics of the cash register: taking tobacco research dollars. *Tobacco Control* 2001;10:1-2.
- Dunn WL, Philip Morris Research Center. Motives and incentives in cigarette smoking. 1973; <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/jcl78e00/pdf>.
- Zagà V, Amram DL. Philip Morris da fabbrica di morte a "health company". *Tabaccologia* 2017;1:7-9.
- Meyers ML. Philip Morris changes its name, but not its harmful practices. *Tobacco Control* 2002;11:169-170.
- Turcotte F. Why universities should stay away from the tobacco industry. *Drug and Alcohol Review* 2003;22:107-108.
- Kluger R. Ashes to ashes: America's hundred-year cigarette war, the public health, and the unabashed triumph of Philip Morris. New York: Alfred A. Knopf, 1996.
- Proctor RN. Golden Holocaust. California University Press, San Francisco 2011.
- Bero L, DE, Hanauer P, Slade J, Glantz SA. Lawyer control of the tobacco industry's external research program: the Brown and Williamson documents. *JAMA* 1995;274:241-247.
- Wigand JS. Dalla conoscenza all'azione: elaborazioni di una coscienza morale all'interno dell'industria del tabacco/ From Knowledge to Action: Workings of a Moral Conscience within the Tobacco Industry. *Tabaccologia* 2009;4:13-19.
- Wigand JS. Dalla conoscenza all'azione: scacco matto a Big Tobacco/From knowledge to action: checkmate for Big Tobacco. *Tabaccologia* 2010;1:17-25.
- Cattaruzza MS, Giordano F, Osborn JF, Zagà V. Storia della nicotina-dipendenza/History of nicotine addiction. *Tabaccologia* 2014;1-2:10-19.
- Hirschorn N. Shameful science: four decades of the German tobacco industry's hidden research on smoking and health. *Tobacco Control* 2000;9:242-247.
- Crystal HM, Muggli ME. BIG TOBACCO ...e ora le scuse/BIG TOBACCO ...and now the excuses. *Tabaccologia* 2013;4:17-19.

16. Renzi D, Ali HM, Giorgi E, Cattaruzza MS. The frank statement: il documento che tutti dovrebbero conoscere/ The frank statement: the document that everyone should know. *Tabaccologia* 2010;2:14-17.

17. Zagà V, Salvati F. La tela del ragno della lobby del tabacco. Gole profonde. Quello che i fumatori (e i non fumatori) non sanno. *Pneumorama* 2006;42,XII,1:16-20.

18. Committee of Experts, Zeltner T, Kessler DA, Martiny A, Randerer F. Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents. 2000 July. RJ Reynolds Records. <https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco/docs/gpwn0052>.

19. Malka S, Gregori M. Infiltration: Une taupe à la solde de Philip Morris. Ginevra: Georg Editeur 2005.

20. McDaniel PA, Solomon G, Malone RE. The tobacco industry and pesticide regulations: case studies from tobacco industry archives. *Environ Health Perspect* 2005;113:1659-1665.

21. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet* 2000;355(9211):1253-1259.

22. IFRC. Red Cross Red Crescent non-engagement with tobacco companies. May 2015. <https://seatca.org/dmdocuments/Red%20Cross%20Policy%20on%20TI.pdf>.

23. Red Cross museum tries to return tobacco money. *Swissinfo.ch*, Feb 25, 2013. [http://www.swissinfo.ch/eng/culture/Red\\_Cross\\_museum\\_tries\\_to\\_return\\_tobacco\\_money.html?cid=35076824](http://www.swissinfo.ch/eng/culture/Red_Cross_museum_tries_to_return_tobacco_money.html?cid=35076824)

24. Moige e Philip Morris educano il minore. *Tabaccologia* 2005;2:47-48.

25. Moige e Philip Morris replica. *Tabaccologia* 2005;3:41.

26. Muggli ME, Forster JL, Hurt RD, Repace JL. The Smoke you don't see: uncovering tobacco industry scientific strategies aimed against environmental tobacco smoke policies. *Am J Public Health* 2001;91:1419-1424.

27. Landman A. Push or be punished: tobacco industry documents reveal aggression against businesses that discourage tobacco use. *Tobacco Control* 2000;9:339-346.

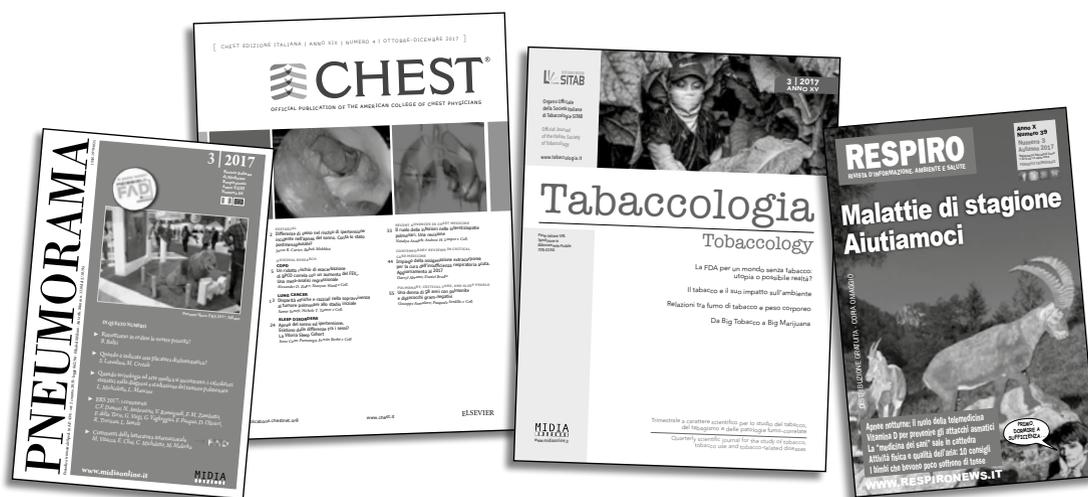
28. Smith R. Should Nottingham University give back its tobacco money? *Br Med J* 2001;322:1118.

29. Enea D, Mangiaracina G. Proposta di inserimento dell'insegnamento della disciplina "Tabagismo e problemi fumo-correlati" nelle Facoltà mediche. Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. *Med. Chir.* 44, 1869-1871, 2008. [http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/wp-content/uploads/MedChir44\\_2008.pdf](http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/wp-content/uploads/MedChir44_2008.pdf).

30. McKee M1, Allebeck P. Why the European Journal of Public Health will no longer publish tobacco industry-supported research. *Eur J Public Health* 2014;24(2):182.

# L'EDITORIA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE

## Cultura e Comunicazione



# Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (FCTC): Linee Guida per l'implementazione dell'Articolo 6 relativo alla tassazione

World Health Organization – Framework Convention Tobacco Control

## 1. Introduzione

### Scopo delle linee guida

In accordo con le altre disposizioni della Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (OMS FCTC) e le decisioni della Conferenza delle Parti, tali linee guida sono intese ad assistere le Parti nel conseguimento degli obiettivi e degli obblighi di cui all'articolo 6 della Convenzione stessa. Esse si basano sulle migliori prove disponibili, sulle *best practice* e sulle esperienze delle Parti che hanno implementato con successo misure fiscali e di prezzo per ridurre il consumo di tabacco.

### Principi guida

L'uso del tabacco crea un notevole onere economico alla società in generale. I costi sanitari diretti più elevati sono associati a malattie legate al tabacco e i maggiori costi indiretti sono associati alla perdita precoce di vite umane, alle disabilità causate da malattie legate al



*Misure relative ai prezzi e alle tasse mirate a ridurre la domanda di tabacco\**

tabacco e alla perdita di produttività. Così il consumo di tabacco crea significative esternalità negative. Le imposte efficaci sui tabacchi non solo riducono queste esternalità diminuendo il consumo e la prevalenza di fumatori ma contribuiscono anche alla riduzione delle spese dei governi per i costi sanitari legati al consumo di tabacco.

Le politiche fiscali e dei prezzi sono ampiamente riconosciute come uno dei mezzi più efficaci per influenzare la domanda e, quindi, il consumo di prodotti del tabacco. Di conseguenza, l'attuazione dell'articolo 6 della Convenzione rappresenta un elemento essenziale delle politiche di controllo del tabacco e degli sforzi per migliorare la salute pubblica. Le tasse sul tabacco dovrebbero essere attuate nell'ambito di una strategia globale di controllo del tabacco, in linea con altri articoli della Convenzione.

I seguenti principi guida fondano l'attuazione dell'articolo 6 della Convenzione.

### 1.1 La determinazione delle politiche di tassazione del tabacco è un diritto sovrano delle Parti

Le linee guida rispettano il diritto sovrano delle Parti di determinare e stabilire le loro politiche fiscali, come stabilito all'articolo 6.2 della Convenzione.



### 1.2 Le tasse efficaci sui tabacchi riducono significativamente il consumo e la prevalenza di fumatori

Le imposte efficaci sui prodotti del tabacco che portano ad un aumento dei prezzi reali dei consumi (al netto dell'inflazione) sono auspicabili perché riducono i consumi di tabacchi e la prevalenza di consumatori dipendenti e, di conseguenza, riducono la mortalità e la morbosità migliorando la salute della popolazione. L'aumento delle imposte sul tabacco è particolarmente importante per proteggere i giovani dall'iniziare a fumare e dal diventare consumatori dipendenti dal tabacco.

### 1.3 Le imposte efficaci sui tabacchi rappresentano un'importante fonte di gettito fiscale

Le tasse di tabacco efficaci contribuiscono in modo significativo ai bilanci statali. L'aumento delle imposte sul tabacco aumenta ulteriormente le entrate pubbliche, in quan-

\*Adottate dalla Conferenza delle Parti nella VI sessione (decisione FCTC/COP6(5)).

to l'aumento dell'imposta generalmente supera la diminuzione del consumo di prodotti del tabacco.

#### 1.4 Le tasse sul tabacco sono economicamente efficienti e riducono le disuguaglianze sanitarie

Le tasse sul tabacco sono generalmente considerate economicamente efficienti in quanto si applicano ad un prodotto con domanda inelastica. I gruppi di popolazione a basso e medio reddito sono più sensibili agli aumenti di tasse e dei prezzi; quindi i consumi e la prevalenza sono ridotti in questi gruppi in misura maggiore rispetto ai gruppi a reddito più elevato, con conseguente riduzione delle disuguaglianze sanitarie e della povertà correlata al tabacco.

#### 1.5 I sistemi di tassazione del tabacco e la loro gestione dovrebbero essere efficienti ed efficaci

I sistemi fiscali del tabacco devono essere strutturati per ridurre al minimo i costi per amministrazione e il controllo, assicurando al contempo il livello di gettito desiderato e gli obiettivi di salute. La gestione efficiente ed efficace dei sistemi fiscali sui tabacchi aumenta la fedeltà fiscale e la riscossione delle entrate fiscali, riducendo l'evasione fiscale e il rischio di scambi commerciali illeciti.

#### 1.6 Le politiche fiscali sul tabacco devono essere protette dagli interessi acquisiti

Lo sviluppo, l'attuazione e l'applicazione della politica fiscale e delle politiche dei prezzi sui tabacchi, nell'ambito delle politiche sanitarie pubbliche, dovrebbero essere tutelati dagli interessi commerciali e dagli altri interessi dell'industria del tabacco, incluse la tattica di paventare il pericolo dell'aumento del contrabbando per ostacolare l'attuazione delle politiche fiscali, come pure andrebbero protette da eventuali altri conflitti di interesse esistenti e potenziali.

#### Campo di applicazione delle linee guida

Queste linee guida si concentrano principalmente sulle imposte sui tabacchi, in quanto esse sono lo strumento principale per aumentare il prezzo dei prodotti del tabacco rispetto ai prezzi di altri beni o servizi. Le altre imposte o tasse, quali le imposte sul reddito, le tasse pubbliche e le disposizioni per incoraggiare gli investimenti, non rientrano nell'ambito di queste linee guida. L'imposta sul valore aggiunto (IVA) e i dazi all'importazione sono brevemente indicati nella sezione 3.1.5.

In una prospettiva più ampia, è importante notare che le politiche di tassazione del tabacco hanno la capacità di influenzare il prezzo al consumo dei prodotti del tabacco e quindi di ridurre il consumo, la prevalenza e la convenienza. Tuttavia, la tassazione non dovrebbe costituire una misura isolata, ma dovrebbe essere attuata come parte di una strategia integrata con altre politiche intraprese in linea con gli altri articoli della Convenzione. A tale riguardo occorre anche tener conto di considerazioni relative all'insieme della politica economica, in particolare all'interrelazione tra le politiche fiscali e dei prezzi e la crescita dei redditi, nonché gli effetti sociali su alcune parti della popolazione. Tale analisi, tuttavia, va al di là del mandato delle presenti linee guida.

Il traffico illegale dei prodotti del tabacco è affrontato all'articolo 15 della Convenzione e al protocollo per l'eliminazione del commercio illegale dei prodotti del tabacco. Molte Parti hanno aumentato in modo efficace le imposte sul tabacco e hanno sperimentato un aumento delle entrate senza aumento del contrabbando e altri scambi illegali. Il commercio illegale di prodotti del tabacco mina le misure di prezzo e fiscali volte a rafforzare il controllo del tabacco e aumenta l'accessibilità e la convenienza dei prodotti del tabacco. La limitazione del commercio illegale miglio-

ra l'efficacia delle politiche fiscali e di prezzo del tabacco nella riduzione dei consumi e nel raggiungimento degli obiettivi di salute e di gettito fiscale.

#### Uso dei termini (ai fini di queste linee guida)

"Accessibilità" (Affordability) significa: prezzo relativo al reddito pro capite;

"Consumo" indica la quantità assoluta dei prodotti del tabacco utilizzati, nel loro insieme;

"Prevalenza" indica la percentuale della popolazione che utilizza un prodotto del tabacco;

"Intensità" indica la quantità di prodotti del tabacco utilizzati dall'utilizzatore medio del tabacco;

"Sostituzione del prodotto" indica il passaggio dall'uso di un prodotto del tabacco ad un altro, ad esempio dalle sigarette al tabacco sciolto, in risposta alle variazioni dei prezzi relativi o ad altri fattori;

"Eternalità negativa" è il costo sostenuto da coloro che non usano i prodotti del tabacco.

#### Tassazione

"Accisa": una tassa o un dazio imposti alla vendita o alla produzione di specifici prodotti;

"Accisa ad valorem": un'imposta su specifici prodotti, basata sul valore, ad esempio il prezzo di vendita al dettaglio, il prezzo di fabbrica o il prezzo di trasporto (CIF);

"Accisa Specifica" è una tassa su un prodotto basata sulla quantità, come il numero di sigarette oppure il peso del tabacco;

"Elasticità della domanda sul prezzo" indica la variazione percentuale dei consumi derivante da un aumento del prezzo reale pari all'1%;

"Elasticità della domanda sul reddito" è la variazione percentuale nei consumi che deriva dall'aumento dell'1% del reddito reale;

"Imposta generale sulle vendite (GST)": una imposta che grava sulle vendite di un'ampia varietà di prodotti, tipicamente basata sul prezzo al dettaglio;

"Imposta di importazione" oppu-

re “Dazio” è una tassa imposta su specifici prodotti importati, come i prodotti del tabacco;

“Imposta mista” o “Imposta ibrida” indica un’imposta che include sia una componente fiscale specifica che una componente fiscale *ad valorem*;

“Fiscalità a più livelli”: si ha quando, alle varianti di un dato prodotto, sono applicati aliquote diverse stabilite in base a fattori come il prezzo, le caratteristiche del prodotto o quelle della produzione;

“Imposta uniforme”: si ha quando, a tutte le varianti di un dato prodotto, ad esempio tutte le marche di sigarette viene applicata la stessa aliquota;

“Imposta sul valore aggiunto (IVA)”: un’imposta imposta per un’ampia varietà di prodotti (nazionali e importati), basata sul valore aggiunto in ciascuna fase della produzione o della distribuzione;

#### **Condotte illecite**

“Accaparramento” aumenti della produzione e/o delle scorte di prodotto in previsione di un aumento delle imposte;

“Contrabbando” indica l’acquisto di prodotti di tabacco in una giurisdizione in cui le imposte sono più basse, per poi rivenderli in una giurisdizione con tasse e prezzi più elevati;

“Acquisti transfrontalieri”: l’acquisto in una giurisdizione con imposte o prezzi di prodotti del tabacco minori, per l’uso in una giurisdizione con imposta o prezzo più elevati.

## **2. Rapporto tra le imposte sul tabacco, prezzo e salute pubblica**

Le tasse sono uno strumento molto efficace che i responsabili politici possono usare per influenzare il prezzo dei prodotti del tabacco. Nella maggior parte dei casi, tasse più elevate sui prodotti del tabacco portano a prezzi più alti che, a loro volta, fanno abbassare il consumo e la prevalenza di fumatori e comportano una riduzione della mortalità e della morbilità e

quindi un miglioramento della salute della popolazione. La relazione inversa tra prezzo e uso del tabacco è stata dimostrata da numerosi studi e non è più contestata.

### **2.1 Rapporto tra prezzo e consumo e prevalenza (elasticità della domanda rispetto al prezzo)**

Le tasse e i prezzi influenzano sia il consumo di prodotti del tabacco che la prevalenza di fumatori. Le evidenze, a livello mondiale, suggeriscono che l’aumento dei prezzi provochi una riduzione dell’in-



tensità e della prevalenza, per un valore che è all’incirca la metà (del valore dell’aumento).

Qualsiasi politica volta ad aumentare le imposte sul tabacco, che effettivamente fa aumentare i prezzi reali, cioè al netto dell’inflazione, riduce l’uso del tabacco. Secondo gli studi riportati nel *WHO technical manual on tobacco tax administration e nello IARC Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control. Volume 14*, la relazione tra i prezzi reali e il consumo di tabacco è caratterizzata da scarsa elasticità, il che significa che la diminuzione del consumo non è proporzionale all’aumento del prezzo reale. La relazione è definita dall’elasticità della domanda in relazione al prezzo. Ad esempio, se l’elasti-

cità è  $-0,5$  ciò vuol dire che un aumento del 10% del prezzo comporterà una riduzione del consumo del 5%. La maggior parte delle stime dell’elasticità dei prezzi della domanda si colloca tra  $-0,2$  e  $-0,8$ .

Gli studi effettuati in tutti i contesti, hanno dimostrato che, sul lungo termine, l’elasticità della domanda al prezzo tende ad essere più alta (in termini assoluti), il che significa che, a lungo termine, il consumo scenderà anche di più. Le persone con uno status socioeconomico più basso sono più reattive nei confronti delle imposte e delle modifiche dei prezzi perché tali cambiamenti hanno un impatto maggiore sul loro reddito disponibile.

Per quanto riguarda l’effetto delle tasse e dei prezzi più alti sull’uso dei tabacchi da parte dei giovani, si stima che i giovani siano due o tre volte più reattivi rispetto ai cambiamenti fiscali e dei prezzi rispetto agli anziani. Pertanto, gli aumenti delle aliquote fiscali sul tabacco potrebbero avere un effetto significativo sulla riduzione del consumo di tabacco, la prevalenza e l’iniziazione tra i giovani, ed anche sulla riduzione delle possibilità dei giovani di passare dalla sperimentazione alla dipendenza. Altrettanto importante è il fatto che i fumatori dei gruppi di popolazione a basso reddito o quelli dei paesi più poveri sono più sensibili all’aumento del prezzo del tabacco, aumento che, in tal modo, contribuisce a contrastare le disuguaglianze nella salute.

Inoltre, un aumento delle aliquote fiscali comporta generalmente un aumento delle entrate dei governi. Considerata la scarsa elasticità della domanda rispetto ai prezzi, si può prevedere che l’aumento delle aliquote fiscali sia proporzionalmente più grande della riduzione dei consumi, il che significa che, nonostante la riduzione dei consumi, le entrate fiscali aumentano a causa degli aumenti di imposta.

## 2.2 Tassazione e accessibilità (elasticità della domanda rispetto ai redditi)

Gli aumenti di reddito generano in genere un aumento del consumo e della prevalenza del tabacco, in particolare nei paesi a basso e medio reddito. La maggior parte delle stime sull'elasticità della domanda di prodotti del tabacco rispetto al reddito si colloca tra 0 e 1. Se l'elasticità della domanda al reddito fosse pari a 0,5 significherebbe che un aumento del reddito del 10% comporterebbe un aumento del consumo di tabacco del 5%. Se gli aumenti di prezzo non sono superiori alla crescita del reddito, i prodotti del tabacco tendono a diventare inevitabilmente più convenienti nel tempo. Così l'aumento della disponibilità economica genera l'aumento del consumo di tabacco. L'evidenza suggerisce che i prodotti del tabacco stanno diventando sempre più accessibili in molti paesi a basso e medio reddito e che questo aumento dell'accessibilità si è accelerato negli ultimi anni. In molti paesi ad alto reddito, invece, le imposte e gli aumenti di prezzo hanno generalmente superato la crescita dei redditi, il che ha portato ad un calo della convenienza dei prodotti del tabacco in questi paesi, negli ultimi anni.

Alcune politiche fiscali possono rendere i prodotti del tabacco più accessibili proprio ai segmenti più vulnerabili della popolazione (giovani e gruppi a basso reddito). L'aumento dell'uso di tabacco in questi gruppi può far aumentare le disuguaglianze nella salute e la povertà e provocare altre conseguenze. Invece le politiche fiscali del tabacco che riducono la convenienza economica possono portare ad una riduzione proporzionalmente maggiore del consumo di tabacco in popolazioni vulnerabili, data la maggiore sensibilità dei prezzi di queste popolazioni.

### Raccomandazione

Nel determinare o aumentare i propri livelli nazionali di tassazio-

ne, le Parti dovrebbero tener conto, tra le altre cose, dell'elasticità della domanda al prezzo e dell'elasticità della domanda ai redditi, nonché dell'inflazione e dei cambiamenti nel reddito delle famiglie, per rendere i prodotti del tabacco meno accessibili nel tempo al fine di ridurre consumi e prevalenza. Pertanto, le Parti dovrebbero considerare processi regolari di adeguamento o procedure per la rivalutazione periodica dei livelli di imposizione fiscale sul tabacco.

## 3. Sistemi di tassazione

### 3.1. Struttura delle imposte sui tabacchi (ad valorem, specifiche, miscele di entrambi, imposte minime, altre imposte sui prodotti del tabacco)

I governi esercitano il proprio diritto sovrano a decidere sulla struttura e sul sistema delle imposte sul tabacco, tenendo conto del contesto, per raggiungere gli obiettivi di salute pubblica, fiscali e altri obiettivi. I sistemi fiscali sui prodotti del tabacco possono essere costituiti dalle sole tasse specifiche, da imposte ad valorem o da una combinazione dei due tipi di tassa (sistemi misti o ibridi). In alcuni sistemi le aliquote di imposta variano in base al prezzo o ad altre caratteristiche del prodotto (imposte a più livelli). In generale, i sistemi fiscali più complessi, i sistemi minuziosamente pianificati e quelli che prevedono esenzioni, sono più difficili da amministrare e, in particolare, le esenzioni fiscali possono ridurre l'efficacia delle politiche fiscali per quanto attiene ai risultati sulla salute pubblica.

#### 3.1.1 Tipi di imposte

In generale, le imposte riscosse in modo specifico sui prodotti del tabacco sono le accise, mentre altre imposte non specifiche sul tabacco (ad esempio le imposte sulle vendite generali, le imposte sul valore aggiunto (IVA) e le imposte o dazi all'importazione) possono riguardare anche i prodotti del tabacco. Queste linee guida si concentrano

principalmente sulle imposte sui tabacchi in quanto queste sono lo strumento principale per aumentare il prezzo dei prodotti del tabacco, rispetto ai prezzi di altri beni o servizi.

#### 3.1.2 Accise specifiche

Le imposte specifiche possono essere uniformi o graduali. Tasse specifiche uniformi creano un prezzo minimo e tendono a portare anche i marchi a basso prezzo a prezzi relativamente più alti.

Le tasse specifiche, in confronto alle imposte ad valorem, si sono mostrate in grado di ridurre l'incentivo per i consumatori di spostarsi sui marchi a basso prezzo, in quanto generano minori differenze di prezzo tra marchi a prezzi bassi e quelli a prezzi più elevati. Un'imposta specifica uniforme è facile da implementare e da gestire, perché deve essere accertato solo il volume e non il valore del prodotto. Poiché le entrate fiscali sono basate sui volumi piuttosto che sui prezzi, i ricavi da un'imposta specifica uniforme sono più facili da prevedere, più stabili e meno dipendenti dalle strategie di tariffazione del settore.

Tuttavia, il valore reale dell'imposta specifica sarà eroso se non viene regolarmente aumentato almeno in linea con l'inflazione.

#### 3.1.3 Accise ad valorem

L'imposta ad valorem è espressa in percentuale di un determinato valore, che può essere il prezzo della vendita al dettaglio (contenente tutte le imposte applicabili) oppure il prezzo ex-fabbrica. Rispetto ad un'imposta specifica uniforme, un'imposta ad valorem provoca maggiori differenze di prezzo tra le marche inferiori e quelle superiori e aumenta l'incentivo per i consumatori a passare a marche più economiche. Utilizzata da sola, l'imposta ad valorem può portare a una maggiore concorrenza dei prezzi e, di conseguenza, a un prezzo medio più basso.

Una tassa ad valorem è più difficile da implementare e gestire, perché devono essere accertati sia il

volume che il valore del prodotto. I sistemi di ad valorem puri possono essere soggetti a sottostima del valore del prodotto al fine di ridurre il valore imponibile, in particolare quando, come base imponibile, è impiegato il prezzo di fabbrica. Il problema della sottostima può essere evitato con una tassa specifica minima. L'utilizzo di una tassa specifica minima fa sì che su tutte le marche, a prescindere dal loro prezzo di vendita al dettaglio, sia riscossa una determinata imposta. Poiché le entrate fiscali sono basate sia sui volumi che sui prezzi, i proventi da un'imposta ad valorem sono più difficili da prevedere, meno stabili e più dipendenti dalle strategie di tariffazione del settore.

D'altra parte, le tasse ad valorem hanno il vantaggio di mantenere il loro valore reale quando i prezzi aumentano con l'inflazione.

### 3.1.4 Sistema misto: accise specifiche e ad valorem

Le imposte miste (o ibride) applicano sia le accise specifiche che quelle ad valorem. I sistemi misti combinano solitamente una tassa specifica uniforme (che ha un impatto relativamente maggiore sui marchi meno costosi) e una tassa ad valorem (che ha un impatto assoluto maggiore sui marchi più costosi).

In un sistema misto, l'accentuazione della componente ad valorem o di quella specifica dipende dalle circostanze nazionali e dagli obiettivi politici perseguiti. Mentre la componente ad valorem aumenta le differenze di prezzo tra le marche promuovendo l'uso di marche più economiche – compromettendo così gli obiettivi di salute pubblica – la componente specifica riduce le differenze di prezzo relative tra marchi economici e quelli costosi, contribuendo così a ridurre al minimo la variabilità dei prezzi. Una struttura fiscale mista cerca di combinare i vantaggi dei sistemi puri, siano specifici che ad valorem.

È più complesso implementare e amministrare rispetto a una tassazione specifica uniforme, in quanto

devono essere accertati sia il volume che il valore del prodotto. Una struttura fiscale mista è meno suscettibile alla sottostima del valore del prodotto rispetto ad un sistema ad valorem puro. Per ridurre ulteriormente il problema della sottostima, può essere applicato un minimo di imposta specifica. L'uso di un minimo di imposta specifica garantisce che una certa imposta minima sia riscossa su tutte le marche, indipendentemente dal loro prezzo di vendita al dettaglio. Poiché le entrate fiscali sono basate sia sui volumi che sui prezzi, i ricavi da una struttura fiscale mista sono più difficili da prevedere, meno stabili, e più dipendenti dalle strategie di prezzi del settore rispetto alle entrate fiscali in un sistema con imposte specifiche uniformi. Tuttavia, il valore dell'imposta totale, al netto dell'inflazione, sarà meno influenzato nel tempo dall'inflazione.

### 3.1.5 Altre imposte sui prodotti del tabacco

Altre tasse che non sono state applicate in modo univoco sui prodotti del tabacco (ad esempio GST o IVA) sono al di fuori l'ambito di queste linee guida. Sebbene siano applicate ai prodotti del tabacco e abbiano un impatto significativo sui prezzi al dettaglio dei prodotti del tabacco, non influiscono, in genere, sul prezzo dei prodotti del tabacco rispetto ai prezzi di altri beni e servizi e, di conseguenza, hanno meno impatto sulla salute pubblica. Alcuni paesi non impongono le accise sui prodotti del tabacco e di solito si basano su altre tasse come i dazi all'importazione. Questi paesi dovrebbero prendere in considerazione l'introduzione di accise sui prodotti del tabacco per ridurre efficacemente l'uso del tabacco attraverso politiche tariffarie e fiscali.

### Raccomandazioni

Le parti dovrebbero attuare il sistema più semplice e più efficiente che soddisfi le loro esigenze di salute e fiscali, tenendo conto del

contesto nazionale. Le parti dovrebbero prendere in considerazione l'applicazione di sistemi di accise specifiche o misti con un livello minimo specifico di imposta, in quanto questi sistemi hanno notevoli vantaggi rispetto ai sistemi puramente ad valorem.

### 3.2 Livello delle aliquote fiscali

In accordo al principio 1.1 le parti hanno il diritto sovrano di determinare e stabilire le loro politiche fiscali, compreso il livello delle aliquote d'imposta da applicare. A causa delle differenze nei sistemi fiscali, delle situazioni geografiche ed economiche, degli obiettivi nazionali di salute pubblica e fiscali, non esiste un unico livello ottimale di imposizione fiscale sui tabacchi da applicare in tutti i paesi.

Nell'impostazione dei livelli fiscali, si potrebbe considerare il prezzo finale piuttosto che le singole aliquote d'imposta. A questo proposito, l'OMS ha formulato raccomandazioni sulla quota delle accise sui prezzi al dettaglio dei prodotti del tabacco, quota che dovrebbe rappresentare almeno il 70% del prezzo al dettaglio. Per stabilire la base di calcolo migliore per la quota di tasse che dovrebbe comporre il prezzo al dettaglio, è preferibile usare il concetto di "prezzo medio ponderato". I Paesi dovrebbero stabilire politiche di lungo periodo per i loro sistemi di tassazione dei prodotti del tabacco, al fine di raggiungere i loro obiettivi, sia quelli relativi alla salute pubblica che quelli relativi alle entrate tributarie. Un importante aspetto da tener presente è l'accessibilità dei prodotti del tabacco (vedi la sezione 2.2), le aliquote fiscali dovrebbero essere regolarmente monitorate, aumentate o aggiustate in base all'accessibilità.

Infine, la componente dei prezzi al dettaglio dei prodotti del tabacco, rappresentata dalle tasse, differisce enormemente in tutto il mondo. Le grandi differenze di tasse e di prezzi tra paesi vicini creano incentivi per la sostituzione di prodotto,

lo shopping e il contrabbando transfrontalieri. I paesi con prezzi relativamente bassi dei prodotti del tabacco dovrebbero prendere in considerazione l'aumento delle tasse per aumentare i prezzi e ridurre tali incentivi.

### **Raccomandazioni**

Le Parti dovrebbero istituire politiche coerenti a lungo termine sul sistema di tassazione sui prodotti del tabacco e monitorarne regolarmente il funzionamento per raggiungere i loro obiettivi di salute pubblica e fiscali. Le aliquote fiscali dovrebbero essere regolarmente (possibilmente ogni anno) monitorate, aumentate o aggiustate, tenendo conto dell'andamento dell'inflazione e della crescita del reddito, al fine di ridurre il consumo di prodotti del tabacco.

### **3.3 Oneri fiscali simili per diversi prodotti del tabacco**

Vi è un'ampia variazione nei tipi di prodotti del tabacco utilizzati in diverse parti del mondo. Sebbene gran parte dell'esperienza delle Parti, in materia di tassazione dei prodotti del tabacco, si riferisca specificamente alle sigarette, le Parti dovrebbero riconoscere la necessità di una politica fiscale su tutti i prodotti del tabacco.

Inoltre, i sistemi fiscali dovrebbero essere semplificati e armonizzati per garantire che diversi prodotti siano tassati gli stessi obiettivi. Alcuni consumatori reagiscono agli aumenti dei prezzi del tabacco, generati dagli aumenti di imposta, passando da prodotti o marchi più costosi a prodotti o marchi più economici, affievolendo, senza annullarlo, l'impatto atteso sulla diminuzione del consumo complessivo di prodotti del tabacco.

Ancora: le differenze nei prezzi dei diversi prodotti del tabacco, generate dalle diverse aliquote fiscali, ad es. sigarette confezionate contro sigarette rollate, oppure le differenze dovute a differenti aliquote d'imposta all'interno della stessa categoria di prodotti, ad esempio sigarette premium contro quelle a

basso prezzo, creano incentivi che spingono alcuni consumatori a spostarsi sui prodotti più convenienti (sostituzione).

### **Raccomandazione**

I prodotti del tabacco dovrebbero essere tassati allo stesso modo e appropriatamente, in particolare laddove esiste il rischio di sostituzione. Le Parti dovrebbero assicurare che i sistemi fiscali siano progettati in modo da ridurre al minimo l'incentivo per gli utenti di passare a prodotti più economici (della stessa categoria di prodotti) o a categorie di prodotti del tabacco più convenienti, in risposta ad aumenti delle tasse o del prezzo al dettaglio o per altri effetti del mercato. L'onere fiscale su tutti i prodotti del tabacco dovrebbe essere regolarmente rivalutato e, se necessario, aumentato.

## **4. Amministrazione**

### **4.1 Autorizzazione/Licenza**

Per una gestione delle tasse efficiente ed efficace, il controllo della catena di approvvigionamento del tabacco è importante. Si dovrebbe prevedere l'obbligo di licenze, oppure sistemi di autorizzazione o controllo equivalenti per i soggetti che hanno un ruolo importante nella catena di approvvigionamento, conformemente all'articolo 6 del Protocollo di Eliminazione del Commercio Illecito dei Prodotti del Tabacco.

### **Raccomandazione**

Le Parti dovrebbero garantire che siano rilasciate licenze trasparenti o siano in funzione sistemi equivalenti di approvazione o di controllo.

### **4.2 Stoccaggio/Movimentazione di prodotti soggetti ad accisa e a pagamenti tributari**

Dato che, per assicurare la raccolta dell'imposizione fiscale, devono essere effettuati controlli negli impianti di produzione e nei depositi, è necessario che ci sia una rete di depositi dotati di autorizzazione rilasciata da parte delle autorità

competenti, al fine di agevolare i controlli. Molti paesi autorizzano persone fisiche o giuridiche (come i gestori di magazzini autorizzati) a produrre, trattare, conservare, ricevere e spedire prodotti soggetti ad accisa, in regime di sospensione dell'accisa. Ai magazzini possono essere richieste garanzie per assicurare il pagamento delle tasse. Le caratteristiche di tale sistema possono includere: criteri rigorosi per la concessione dell'autorizzazione; visite pre-autorizzazione del magazzino; adeguate misure di controllo delle scorte; verifiche sull'origine dei prodotti e dell'intero processo produttivo; codifica e marcatura dei prodotti. Il controllo dei movimenti delle merci, in regime di sospensione dell'accisa, può essere effettuato tramite un sistema informatizzato che può essere utilizzato anche come strumento di controllo.

### **Raccomandazione**

Le Parti sono invitate ad adottare e implementare reti di stoccaggio e di produzione per facilitare i controlli sulle accise sui prodotti del tabacco.

Per semplificare la riscossione fiscale, le accise dovrebbero essere imposte al punto di produzione, a quello di importazione o a quello di spedizione e avvio al consumo. Bisognerebbe richiedere che, per legge, i pagamenti delle tasse siano effettuati a intervalli regolari oppure a una data fissa ogni mese e si dovrebbero specificare: i volumi di produzione e/o di vendite oltre al prezzo per marca, le tasse dovute e quelle versate e anche i volumi di ingressi di materie prime. Le autorità tributarie dovrebbero inoltre consentire la divulgazione delle informazioni contenute nelle relazioni, attraverso i mezzi di comunicazione disponibili, inclusi quelli online, tenendo conto delle regole di riservatezza, in conformità alla legislazione nazionale.

### **4.3 Misure anti-accaparramento**

In alcuni casi, gli aumenti delle aliquote fiscali possono essere previ-

sti in anticipo da produttori o importatori. Ciò può essere dovuto al fatto che le imposte sono indicizzate all'inflazione oppure all'esistenza di noti benchmark.

In previsione degli aumenti fiscali, i fabbricanti o gli importatori possono tentare di trarre vantaggio dal fatto che l'imposta corrente è più bassa, per aumentare la produzione o la scorta di prodotti (accaparramento). Per evitare che avvenga tale speculazione e per garantire che le autorità incamerino il gettito derivante dagli aumenti di imposta, le parti dovrebbero prendere in considerazione l'applicazione di misure anti-accaparramento, quali:

- Limitare l'emissione di volumi eccessivi di prodotti del tabacco immediatamente prima di un aumento delle imposte,
- Riscuotere la nuova imposta sui prodotti del tabacco già lavorati o in giacenza e non ancora forniti al consumatore finale, compresi quelle immagazzinate ed inventariate dal dettagliante ("tassa di magazzino o di inventario").

#### **Raccomandazione**

Prima degli incrementi fiscali, le Parti dovrebbero prendere in considerazione l'imposizione di efficaci misure anti-accaparramento.

#### **4.4 Marcature e bolli fiscali**

Le marcature fiscali sono generalmente considerate uno strumento adeguato per aumentare il rispetto delle leggi fiscali attraverso il monitoraggio della produzione e dell'importazione. Inoltre, i contrassegni fiscali possono contribuire a distinguere tra prodotti del tabacco illeciti e quelli legali. I contrassegni includono bolli fiscali, bolli fiscali rafforzati (noti anche come "banderols") e francobolli digitali. Le marcature fiscali vengono generalmente applicate al livello della confezione, in specificate posizioni sul pacco. Un formato di confezione standard facilita l'applicazione del bollo e aumenta l'efficienza dell'amministrazione fiscale. In li-

nea con l'articolo 15 della Convenzione, lo sviluppo di un sistema di tracciamento, compresa la marcatura dei prodotti del tabacco con un identificatore unico, può ulteriormente assicurare il sistema di distribuzione e contribuire alle indagini sugli scambi illegali.

#### **Raccomandazione**

Le Parti dovrebbero prendere in considerazione l'applicazione delle marcature fiscali per aumentare il rispetto delle leggi fiscali.

#### **4.5 Applicazione**

L'amministrazione efficace dell'imposta sul tabacco richiede una chiara designazione delle autorità esecutive responsabili. Le autorità fiscali generalmente hanno l'autorità e la capacità di condurre attività di indagine, di ricerca, di sequestro, di conservazione e di eliminazione del prodotto, in linea con quelle delle agenzie di contrasto e devono essere munite degli strumenti necessari per l'applicazione, incluse le tecnologie più appropriate. Inoltre, la condivisione delle informazioni tra le agenzie è un altro mezzo utile per un'efficiente applicazione, in conformità alle leggi nazionali.

Le sanzioni per la mancata osservanza delle norme fiscali includono solitamente la sospensione o la cancellazione della licenza o l'applicazione di condizioni più severe per il rinnovo della licenza, le ammende e/o il carcere, la confisca dei prodotti, di attrezzature utilizzate nella fabbricazione o nella distribuzione di prodotti, compresi macchinari e veicoli, annullamento degli ordini e altri rimedi amministrativi, se del caso. Penali e interessi sono applicati in caso di pagamento tardivo delle imposte, e il mancato pagamento delle tasse punito con le imposte arretrate e sanzioni.

#### **Raccomandazioni**

Le Parti dovrebbero indicare chiaramente le Autorità di applicazio-

ne e concedere loro competenze adeguate per riscuotere le tasse. Le Parti dovrebbero inoltre prevedere la condivisione di informazioni tra le agenzie di applicazione conformemente alla legislazione nazionale. Al fine di dissuadere la mancata osservanza delle leggi fiscali, le Parti dovrebbero prevedere una serie di adeguate sanzioni.

### **5. Utilizzo dei ricavi – Finanziamento delle attività controllo del tabacco**

Ai sensi dell'articolo 6.2 della Convenzione, le Parti conservano il diritto sovrano di determinare e stabilire le loro politiche fiscali. Una parte integrante del diritto sovrano di ciascuna Parte è decidere in che modo vengono utilizzate le entrate derivanti dalla tassazione del tabacco. Come già indicato negli orientamenti per l'applicazione degli articoli 8, 9 e 10, 12 e 14, le imposte sul tabacco sono una potenziale fonte di finanziamento per le attività di controllo del tabacco. Le parti potrebbero considerare, tenendo conto dell'articolo 26.2 della Convenzione e conformemente alla legislazione nazionale, dedicando ricavi ai programmi di controllo del tabacco. Alcune Parti dedicheranno le entrate fiscali sul tabacco ai programmi di controllo del tabacco, mentre altri non applicano un simile approccio.

#### **Raccomandazioni**

Le parti potrebbero prendere in considerazione, tenendo conto dell'articolo 26.2 della Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco, e conformemente alla legislazione nazionale, di destinare le entrate fiscali ai programmi di controllo del tabacco, come quelli che riguardano la sensibilizzazione, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, i servizi di cessazione, le attività produttive alternative al tabacco economicamente valide e il finanziamento di strutture adeguate per il controllo del tabacco.

## 6. Negozi tax-free/duty-free

Nei duty-free degli aeroporti, sui veicoli di trasporto internazionale e nei negozi esentasse, i prodotti del tabacco vengono venduti spesso senza alcun onere fiscale. Generalmente, le vendite *duty* o *tax free*, in aeroporti o in altri posti designati, sono consentite solo per i viaggiatori che fanno acquisti fuori del loro paese e sono esentati dal pagamento di alcune tasse nazionali. Tuttavia, in alcuni paesi, possono fare acquisti nei negozi *duty free* degli aeroporti, non solo i viaggiatori in partenza, ma anche quelli in arrivo.

Le vendite di tabacchi *tax* o *duty free* generalmente erodono gli effetti delle misure fiscali e di prezzo volte a ridurre la domanda di prodotti del tabacco, in quanto i prodotti *tax free* sono più economici e convenienti di quelli tassati. Ciò è controproducente per le finalità di salute pubblica della tassazione del tabacco e danneggia la salute pubblica incoraggiando il consumo personale. Inoltre, queste vendite possono incidere negativamente sui ricavi governativi creando una scappatoia nella struttura fiscale, poiché i prodotti *tax* o *duty free* possono dare luogo a un commercio illecito. Ci sono prove sempre più evidenti che i governi stanno adottando misure per vietare o limitare le vendite *tax* o *duty free*. Le azioni internazionali per vietare le vendite *tax* o *duty free* sono basate su tre opzioni fondamentali:

- vietare le vendite dei prodotti del tabacco *tax* o *duty free*;
- applicare le accise sui prodotti del tabacco venduti in negozi *tax* o *duty free*; o
- restringere, nel caso del tabacco, i permessi di acquisto per i viaggiatori nei negozi *tax* o *duty free*, ad esempio applicando limiti quantitativi, per limitare le importazioni private dei prodotti del tabacco a prezzo ridotto.

### Raccomandazione

Le parti dovrebbero considerare il divieto o la limitazione della vendita e/o dell'importazione di prodotti del tabacco liberi o esenti da dazi, da parte dei viaggiatori internazionali.

## Cooperazione internazionale

La cooperazione internazionale in ambito scientifico e giuridico, la fornitura di competenze correlate e lo scambio di informazioni e conoscenze sono un mezzo importante per rafforzare la capacità delle Parti di rispettare gli obblighi di cui all'articolo 6 della Convenzione. Tali misure dovrebbero essere in linea con gli impegni assunti dalle Parti nei confronti della cooperazione internazionale, in particolare in applicazione degli articoli 4.3, 5.4, 5.5, 20 e 22 della Convenzione.

Le relazioni periodiche delle Parti, in base all'articolo 21 della Convenzione, rappresentano un altro strumento importante per lo scambio internazionale e la collaborazione. L'articolo 6 della Convenzione prevede che le Parti, nelle loro relazioni periodiche, forniscano i dati sulle aliquote fiscali in vigore per i prodotti del tabacco e i trend del consumo di tabacco, in conformità all'Articolo 21. Idealmente, la relazione dovrebbe includere il livello fiscale assoluto e la quota del prezzo al dettaglio rappresentato dall'imposta.

La cooperazione internazionale contribuisce a garantire che siano fornite informazioni coerenti e precise relative alle tendenze e alle esperienze delle politiche fiscali e dei prezzi, a livello nazionale, regionale e globale, utilizzando il database di attuazione del trattato, gestito dal Segretariato della Convenzione. Per migliorare la loro conoscenza delle esperienze internazionali in materia di politiche fiscali e di prezzo, le Parti possono prendere in considerazione le relazioni di altre Parti e i dati e le tendenze derivati dalle relazioni sulla situazione glo-

bale, presentate ad ogni sessione regolare della Conferenza delle Parti. Le Parti dovrebbero inoltre prendere in considerazione l'utilizzo della dimensione multisettoriale delle politiche fiscali e dei prezzi e la cooperazione in organizzazioni o rapporti bilaterali e multilaterali per promuovere l'attuazione delle politiche pertinenti. In accordo a un calendario che dovrà essere deciso dalla Conferenza delle Parti, le Parti dovrebbero cooperare per riesaminare e, se necessario, aggiornare queste linee guida, affinché esse continuino a fornire orientamenti e assistenza efficaci alle Parti stesse per definire le loro politiche fiscali e di prezzo per quanto riguarda i prodotti del tabacco.

[*Tabaccologia 2017; 4:14-21*]

---

World Health Organization – Framework Convention Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 6 Price and tax measures to reduce the demand for tobacco Adopted by the Conference of the Parties at its sixth session (decision FCTC/COP6(5)).  
Online version available at [http://www.who.int/fctc/treaty\\_instruments/Guidelines\\_article\\_6.pdf](http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/Guidelines_article_6.pdf)  
Traduzione di Paolo D'Argenio.

## Bibliografia di riferimento

1. Price and tax policies (in relation to Article 6 of the Convention): technical report by WHO's Tobacco Free Initiative. Report to the fourth session of the COP, Punta del Este, Uruguay, 2010 (document FCTC/COP/4/11). Available from: <http://www.who.int/fctc/publications/en/>.
2. Effectiveness of tax and price policies for tobacco control (IARC Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control. Volume 14). Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2011.
3. WHO technical manual on tobacco tax administration. Geneva, World Health Organization, 2010.
4. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control, Washington, DC, World Bank, 1999.

# Atti del XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Bologna, 16-17 novembre 2017

## Scenari dell'epidemia del tabagismo: nuovi rischi e strategie terapeutiche

Daniel L. Amram



### Tobacco control e nuovi scenari

#### I saluti

Nella bella cornice dell'Hotel Royal Carlton di Bologna, sulle note di "Also sprach Zarathustra" che accompagnava un filmato di benvenuto ai congressisti, si è aperto il XIII Congresso Nazionale SITAB con introduzione del presidente uscente SITAB, il dr. **Biagio Tinghino**. A seguire il presidente del Congresso, il dr. **Vincenzo Zagà**, ha presentato alcuni ospiti per i saluti. Dopo il presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna, dr. **Giancarlo Pizza**, che ha sottolineato la necessità di fare formazione anche in tabaccologia per i medici, è salito sul palco il neo-presidente dell'Ordine dei Giornalisti, dr. **Giovanni Rossi**, che ha auspicato una più stretta collaborazione con SITAB vista la delicatezza della materia tabaccologica con cui spesso si devono cimentare. In uno scambio di battute si è convenuto alla possibilità di organizzare eventi ECM con i due Ordini e SITAB. A seguire il dr. **Paolo Pandolfi**, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, in una insolita veste di "uno e bino", ha portato i saluti del Direttore Generale dell'AUSL di Bologna, dr.ssa **Chiara Gibertoni**, e del Presidente della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI), dr. **Fausto Francia**, impossibilitato ad essere presente. Prima dell'inizio lavori Tinghino e Zagà ricordano con commozione, anche grazie ad un video-clip, due amici della tabaccologia italiana che ci hanno lasciato di recente, **Piergiorgio Zuccaro** e **Claudio Poropat**.

#### Iniziano i lavori

Si è così dato il via ai lavori scientifici che sono stati seguiti con attenzione e partecipazione da una platea di circa 150 partecipanti provenienti da tutta Italia. E si è iniziato con una affermazione che, non solo per i tabaccologi ma per tutte le figure sanitarie, dovrebbe essere come un dogma: il fumo non è una cattiva abitudine ma una vera e propria patologia epidemica dovuta a una dipendenza e cioè una condizione che può e deve essere arginata e curata. Ancora oggi però la chiarezza dei dati scientifici si scontra ancora con l'idea che il fumo di tabacco sia un "vizio" risolvibile con la sola "buona volontà" e che per questo non abbia bisogno di trattamenti e servizi di assistenza e cura. In questo, opinione pubblica e stampa non aiutano, a partire dai linguaggi usati negli articoli di informazione scientifica di giornali e riviste, che ancora oggi usano parole ambigue e forvianti come "il vizio per le bionde", con chiare allusioni a sfondo sessuale e permissività nei confronti di quello che viene invece giustamente chiamato da Robert Proctor "The Golden Holocaust", titolo di un suo celeberrimo libro sul tabacco.

"Il fumo di tabacco è la prima causa di morte evitabile in occidente, ma le cure per affrontarlo rappresentano l'ultima voce negli investimenti nel nostro sistema sanitario. Il paradosso è tutto qui. In quanto dipendenza, il tabagismo costituisce una patologia che può beneficiare di trattamenti validati

sul piano scientifico e che può essere risolta definitivamente. Questo gli esperti lo sanno, ma l'idea stenta a passare tra gli altri operatori della sanità e soprattutto tra i decisori politici.

"Servirebbe accreditare i servizi per il tabagismo, seguire le linee guida, pensare a modalità uniformi di erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale" – afferma **Biagio Tinghino** – In particolare, dopo che il fumatore ha contribuito ai bilanci dello Stato con migliaia di euro in accise nel corso degli anni, avrebbe diritto, quando decide di curarsi, di farlo in modo gratuito e attraverso servizi pronti ad accoglierlo".

I servizi per il tabagismo, censiti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), oggi in Italia sono 366 di cui 307 quelli presenti in strutture sanitarie del SSN, ancora troppo pochi per intervenire sugli 11,7 milioni di fumatori e soprattutto poco considerati sul piano istituzionale. Ma al di là della necessità di implementarne il numero, la criticità più importante risiede nella scarsa conoscenza dell'esistenza dei Centri Antifumo sia da parte dei pazienti, ma anche da parte degli operatori sanitari come i medici di medicina generale e i medici ospedalieri. Si tratta principalmente di colmare due gap: quello della ancora scarsa sensibilità di medici ed infermieri e quello dei fumatori che non conoscono le cure per la dipendenza tabagica e non sanno a chi rivolgersi.

"Smettere di fumare da soli risulta essere ancora il metodo più diffuso, ma anche il meno efficace, con un

esito dell'1-3% di successo a distanza di un anno; mentre è dimostrato scientificamente che i trattamenti validati sono in grado anche di decuplicare le percentuali di successo", dichiara Tinghino.

"L'altro problema è quello di quanto gli operatori della salute credono veramente a ciò che dicono e fanno ciò che credono. Basti pensare che in Italia circa il 33% dei Medici di Famiglia fuma, dato ben al di sopra della media della popolazione generale, a differenza per esempio di altri paesi come gli Stati Uniti e l'Inghilterra dove la percentuale si ferma al 4%. Si tratta di un'incoerenza di base che si riflette inevitabilmente su un atteggiamento culturale sbagliato e su una sorta di indulgenza rispetto al problema 'dipendenza da fumo', precisa Tinghino.

Cosa c'è di efficace per contrastare l'epidemia del fumo di tabacco?

**Giuseppe Gorini** da Firenze, **Daniela Galeone** da Roma e **Francisco Rodriguez Lozano**, Presidente dell'ENSP dalla Spagna sono d'accordo sull'efficacia dell'aumento del 100% del prezzo del pacchetto di sigarette che porterebbe a una riduzione di decessi del 30% entro il 2020 se ad esso si affianca anche l'introduzione di campagne antifumo, e di politiche per la cessazione del fumo, come introduzione nei LEA del trattamento farmacologico del tabagismo.

La riduzione del danno, che ha una sua importanza clinica, non può però essere una strategia politica di sanità pubblica. L'unica efficace è l'Endgame che in Italia è una strategia riconosciuta da oltre 40 società scientifiche, tra le quali ovviamente spicca la nostra SITAB. Un altro pericolo da evitare è il tentativo di entrare sempre più ingombrante della Philip Morris nelle Università e Società Scientifiche. Un altro aspetto della politica contro il fumo è la de-normalizzazione del fumare, come sottolineato (in Spagnolo) dal Dr. **Lozano**.

**Massimo Baraldo** dell'Università di Udine ci parla nella sua lettura

magistrale di un farmaco, N-acetilcisteina (NAC), che a discapito della sua età (approvato dalla FDA nel 1963) e alle sue indicazioni storiche come fluidificante e come antidoto per l'intossicazione da paracetamolo, è venuto alla ribalta (anche grazie alla nostra rivista Tabaccologia che ha recentemente dedicato un articolo sulla NAC) come farmaco promettente contro le ricadute delle addiction da cocaina, eroina, cannabis e nicotina.

La NAC supera la barriera ematoencefalica e riequilibra a livello gliale e neuronale l'omeostasi del glutammato nelle aree mesocorticolimbiche, proteggendo i neuroni dalle azioni lesive delle sostanze d'abuso e riduce l'infiammazione. Questo ripristino dell'omeostasi promette un uso della NAC nei disturbi impulsivo-compulsivi, riducendo il craving ed i sintomi da astinenza, come dimostrato da numerosi lavori anche recentissimi citati da Baraldo. L'impiego di questo farmaco pressoché innocuo può essere associato con profitto anche con i farmaci antitabagici di prima scelta: vareniclina, bupropione, NRT e citisina. Le indicazioni d'uso quindi possono spaziare anche tra i soggetti fumatori "complicati" come i cardiopatici, i broncopneumopatici, i pazienti con disturbi da uso di sostanze (SUD) e quelli affetti da gioco d'azzardo patologico.

## Inquinamento e ricerca in tabaccologia

**Giuliano Bonanomi**, della Facoltà di Agraria dell'Università Federico II di Napoli, ci illustra uno studio longitudinale della durata di 10 anni, sulla bio-degradabilità dei mozziconi delle sigarette, spesso disperse con incuria nell'ambiente esterno, provocando problemi ecologici non più ignorabili, fornendo importanti notizie sull'interazione dei vari terreni e la bio-degradabilità dei mozziconi. Gli studi, presentati in anteprima al nostro Congresso, e non ancora pubblicati, sono state le rilevazioni a 5 anni. La migliore biodegradabilità, al punto in cui è

giunto lo studio, sembra essere quella che avviene in terreni fertili, la peggiore invece avviene in terreni inerti come la sabbia.

**Vincenzo Zagà**, pneumologo di Bologna, illustra i risultati relativi allo studio "Polonio in vivo" che ha indagato la presenza del Polonio 210 nei polmoni dei fumatori. C'è una interessante correlazione tra fumo di tabacco e tipologia di tumore polmonare, riconducibile a questo temibile elemento radioattivo. Il Polonio c'è in quantità rilevanti in tutte le marche di sigarette più vendute in Italia. Nell'ambito del progetto Help-Mild, in collaborazione con l'Università di Bologna, con l'Enea e l'U-Series di Bologna, sono state campionate le dieci marche di sigarette più vendute (Chesterfield Rosse, Winston Blu, Diana Blu e Rosse, Merit Gialle, Camel Blu, Ms Gialle e Rosse, Marlboro Rosse e Gold) alla ricerca del polonio 210 e del suo precursore, il piombo 210. In tutte sono state trovate approssimativamente le stesse quantità dei due isotopi, in media 13,5 mBq per il Piombo 210 e 15 mBq per il Polonio 210 per ogni sigaretta. "Partendo da questo dato è stato calcolato il rischio biologico per un fumatore di 20 sigarette al giorno per un anno che è risultato essere paragonabile a quello di 27-28 radiografie al torace in antero-posteriore. Questo vuol dire che circa 5mila tumori l'anno sono attribuibili al solo Polonio, che è un iniziatore del cancro al polmone, senza contare le altre sostanze nocive nelle sigarette".

A questo ha fatto seguito lo studio "Polonio in vivo", voluto e finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Broncologie dell'Ospedale Maggiore (AUSL di Bologna) e dell'Ospedale Cardarelli di Napoli, con l'ENEA e U-Series di Bologna e con la supervisione SITAB.

Lo studio che si prefiggeva la rilevazione del Polonio 210 nei broncolavaggi in pazienti (fumatori, ex e mai) con tumore polmonare NSCLC, ha dato il dato sorprendente della presenza ancora di Po-210 in

tutti i 35 casi di ex-fumatori (ex da almeno 5 anni).

I metodi per diminuire la radioattività delle sigarette ci sarebbero, sottolinea Zagà, ma in assenza di un limite fissato per legge è molto difficile che le Aziende di prodotti del tabacco (Big Tobacco) da sole decidano di investire in questo senso.

**Roberto Boffi** da Milano, coadiuvato dalla Dr.ssa **Chiara Veronese**, ha affrontato i dati scientifici su e-cig, Iqos e gli scenari del loro consumo, dall'emissione delle particelle minime e dei composti metallici, all'aspetto della harm reduction (ripreso dalla tavola rotonda alla fine della prima giornata di Congresso), mostrando e discutendo anche dati dell'Istituto Superiore di Sanità e l'impatto dei dispositivi eroganti nicotina sui giovani, che secondo uno studio Inglese su 3000 ragazzi dagli 11 ai 14 anni fungono da "gateway" per l'iniziazione al fumo di tabacco convenzionale, indipendentemente dalla "pressione dei pari".

La seconda parte dell'intervento parla invece dell'impatto sulla salute a breve e a lungo termine, compresa la reattività immunitaria. I dati su Iqos, una minaccia sempre più presente sulla quale Philip Morris ha investito in 17 anni di ricerca 2 miliardi di dollari. I consumatori sono attualmente intorno ai 2 milioni tra il Giappone e l'Italia ma il tasso di crescita mensile previsto è del 20%! Philip Morris parallelamente al lancio di questo prodotto tenta di rifarsi (per l'ennesima volta) una credibilità lanciando proclami tipo "il futuro è senza fumo". Ma i dati mostrati dall'Istituto Nazionale Tumori (INT) mostrano che Iqos, pur riducendo i parametri dell'inquinamento ambientale rispetto alla sigaretta convenzionale, porta per alcune sostanze come la Formaldeide, a maggiore inquinamento rispetto ai vaporizzatori (e-cig). Questo dato non viene correttamente divulgato dalla stampa che (volutamente) confonde e-cig e Iqos, che non sono per nulla la stessa cosa.

La Dr.ssa **Stefania La Grutta**, pediatra del CNR di Palermo, affronta un problema ancora sottostimato quando non ignorato come il "fumo di terza mano (THS) e sua incidenza in pediatria". È la contaminazione da fumo di tabacco che permane negli ambienti chiusi dopo che la sigaretta è stata fumata. Le case, le macchine ed i vestiti dei fumatori sono fonti pericolose di esposizione e di malattia per i bambini. Il THS contiene cianuro di idrogeno, butano, toluolo, metilbenzene, monossido di Carbonio e polonio-210. Nei bambini, particolarmente vulnerabili, l'esposizione avviene per inalazione ma anche ingestione e contatto con la pelle. Questo fenomeno è più drammaticamente presente nelle famiglie di basso livello di istruzione, di condizioni socio-economiche precarie, specie per bambini asmatici. È necessario creare intorno ai bambini un ambiente smoke-free che tenga conto di questa temibile fonte di esposizione passiva.

### Tabagismo e patologie fumo-correlate

Tre relazioni, di **Alessandro Zanasi** (Bologna), **Claudio Micheletto** (Legnago) e **Marco Contoli** (Ferrara) trattano aspetti apparentemente scontati come la clearance mucociliare, la tosse, il broncospasmo nel fumatore, la necessità di una diagnosi precoce della compromissione della funzione respiratoria e il corretto trattamento farmacologico dei fumatori affetti da patologia bronchiale cronica ostruttiva.

Anche l'aspetto cardiovascolare del fumatore, pone dei problemi di valutazione e di trattamento precoce secondo quanto viene esposto da **Antonio Sacchetta** (Coneliano). Occorre lavorare sul percorso terapeutico tra i reparti di pneumologia, cardiologia ed i Centri Antifumo per migliorare il numero di invii dei fumatori con patologie tabacco-correlate al fine di garantire a tutti questi pazienti un adeguato trattamento del loro stato tabagico.

### Tavola rotonda su harm reduction e tabagismo

La prima giornata si è conclusa con la Tavola Rotonda sul tema "Harm reduction e Tabagismo" che ha dato vita ad un'accesa ma costruttiva battaglia tra i partecipanti **Fabio Beatrice** (Torino) **Roberto Boffi** (Milano), **Liborio M. Cammarata** (Novara), **Silvano Gallus** (Milano) e **Giuseppe Gorini** (Firenze) e **Biagio Tinghino**.

Questa tavola rotonda ha ispirato due riflessioni successive, di **Fabio Beatrice** e di **Giacomo Mangiaracina**, che danno il "polso" di quanto è stato detto, ma anche dei pensieri scaturiti da questo intenso dibattito. Mangiaracina va dicendo da 7 anni che "se i fumatori transitarono dalle sigarette ai vaporizzatori, sconfiggerebbero molte malattie e migliorerebbero la loro qualità di vita. Ma l'Italia è il paese delle "fobie": quella per i vaccini, dell'autismo, e figuriamoci se non lo diventa (lo è già...) per le e-cig. I faccendieri dei colossi del tabacco hanno lavorato giorno e notte per distruggere il mercato dei vaporizzatori corrompendo politici e attuando uno spudorato sistema promozionale dei loro prodotti (Iqos...). E le società scientifiche tacciono per prudenza"... Beatrice punta il dito sui "recenti provvedimenti legislativi (tassazione della sigaretta elettronica ma non dell'Iqos) che renderanno difficilmente utilizzabile nel prossimo futuro la sigaretta elettronica in risk reduction. La vendita avverrà in regime di monopolio dei tabaccai. La loro lobby ha vinto a mani basse, e sono state utilizzate per legiferare informazioni a dire poco molto incomplete". Beatrice sottolinea "la nostra colpevole assenza di portare un messaggio di equilibrio mai partito". Ambedue i colleghi auspicano a questo punto una "risposta muscolare" e una "politica da tigre" in sostituzione di quella attuale "politica da gatto", per evitare che "le pressioni commerciali, e solo loro, influenzino il mercato".

## Dipendenza e ricerca in tabaccologia

Lettura Magistrale di **Biagio Tinghino**.

I pazienti andrebbero informati che smettere di fumare è possibile e con successo, se ci si fa aiutare da medico e/o da un Centro Antifumo. Ma la pratica clinica dice altro. Nell'ultimo anno, infatti, 1 paziente su 4, ha ricevuto dal proprio medico un consiglio strutturato per smettere di fumare, denominato secondo gli standard internazionali "minimal advice ovvero consiglio medico minimo di almeno 5 minuti", e cioè dedicare al paziente almeno 5 minuti di colloquio per affrontare il problema. Le 5A di scuola Anglofona sono state brillantemente tradotte in Italiano dal compianto

**Claudio Poropat** in 5C: Chiedi, Consigli, Comprendi, Cura e Controlla. Chiedere se un paziente fuma deve essere incluso nelle schede di dimissione ospedaliera, e deve essere registrato in ogni cartella clinica. Il consiglio è già di per sé efficace per la cessazione del fumo di tabacco, specie se fatto da un medico o da un operatore sanitario. Purtroppo gli operatori sanitari fumano più della popolazione generale in Italia: 28-33% dei medici di medicina generale. il 32% dei fumatori dicono che il loro medico di base fuma. Solo il 17% degli studenti delle scuole sanitarie sa cosa è il tabagismo.

Comprendere il fumatore è essenziale. Ma non sempre ciò avviene. "Abbandonare la sigaretta" è un percorso lungo, complesso e quasi sempre solitario. Tra i fumatori che hanno provato a smettere più di 3 volte, infatti, il 56% si sente spesso solo e senza punti di riferimento, il 44% non si sente sufficientemente informato, il 40% non conosce i Centri Antifumo, l'84% non si rivolge ai professionisti e il 57% non usa prodotti di supporto. Non solo. I fumatori che stanno cercando di smettere, i cosiddetti *work in progress*, incontrano nell'86% dei casi

molti ostacoli e difficoltà. Sono questi i dati più significativi che emergono da una ricerca condotta da Eurisko su "Gli Italiani e la disassuefazione dal fumo: logiche e percorsi degli ex fumatori e di chi sta cercando di smettere" presentata per la prima volta in occasione del Congresso e che ci offre una fotografia di come sia complessa la relazione tra queste persone e il tabagismo.

I dati confermano che, nella maggior parte dei casi, ai pazienti non viene quasi mai prospettata la possibilità di poter essere seguiti da Centri di cura specializzati.

*"Un counselling breve, associato all'uso di farmaci di comprovata efficacia, è capace di salvare molte vite. Gli interventi per aiutare i pazienti a smettere di fumare hanno un elevato rapporto di costo/efficacia e lo slogan '100 pacchetti per salvare una vita' lanciato quest'anno in occasione del congresso SITAB ha l'obiettivo di far passare proprio questo messaggio: far smettere di fumare le persone sarebbe un ottimo investimento per la sanità pubblica, visto il risparmio che se ne ricaverebbe",* precisa Tinghino.

*"A conti fatti, incluse le prestazioni sanitarie, un programma per smettere di fumare costerebbe meno di 500 euro a paziente, ma il guadagno di salute non avrebbe prezzo, dal momento che la "smoking cessation" potrebbe restituire dai 3 ai 9 anni di vita, se effettuata prima dei 50 anni. Di contro, però, basterebbe un solo ricovero per sfiorare questa cifra, senza considerare l'enorme impatto dei costi sanitari legati alle patologie fumo-correlate come quelle tumorali, cardiovascolari e respiratorie".*

Per quanto riguarda la farmacoterapia, i farmaci per smettere di fumare oggi sono a totale carico del cittadino che, a questo punto, viene penalizzato due volte: non solo quando fuma, ma anche quando vuole smettere. L'Italia è ancora fanalino di coda, nel mondo. I farma-

ci per smettere di fumare sono già rimborsati in Inghilterra, Portogallo, Olanda, Svezia, Svizzera, Irlanda e Finlandia e Francia. Il trattamento di counselling breve motivazionale raddoppia o anche triplica la riuscita della cessazione del tabacco vs minimal advice, ma solo il 23-26% dei pazienti hanno ricevuto una qualsiasi forma di counselling da parte di un personale adeguatamente formata. Il trattamento previsto dalle linee guida nazionali e internazionali, è rappresentato da farmaci consolidati come bupropione, vareniclina, citisina e NRT, mentre tecniche, al momento, senza evidenza di efficacia sono l'agopuntura, l'ipnosi e la sigaretta elettronica. In conclusione emerge quindi che, se la forza di volontà è una condizione necessaria essa non è sufficiente. Le istituzioni medico-sanitarie possono diventare protagoniste attive nel fornire guida e soluzioni attraverso i Centri Antifumo e i professionisti ben formati.

"Curare la dipendenza del tabacco non è una missione impossibile, seppur sicuramente non facile per un fumatore. Sicuramente deve esserci una presa di coscienza dell'enorme rischio che fumare comporta per la nostra salute. In Italia si calcola che le sigarette siano responsabili di più di 80.000 morti premature/anno, evitabili. Tutti i fumatori sono trattabili e tutti gli operatori possono fare qualcosa. Ma, conclude Biagio Tinghino, "nessun vento è favorevole al marinaio che non sa dove andare".

La Prof. **Chiara Fiorentini** ha affrontato il tema della dopamina, plasticità sinaptica e dipendenza da nicotina e in particolare una co-espressione di recettori D2R con i recettori D1R (eteromeri), con proprietà funzionali e biochimiche alterate implicate in molti disturbi compresa la dipendenza da nicotina e tabacco. L'eteromero può quindi rappresentare un potenziale bersaglio terapeutico per il futuro.



Il dr. V. Zagà consegna il Premio SITAB 2017 alla dr.ssa P. Martucci.

**Tomas Zandonai** (Università di Granada, Spagna) ha presentato lo smokless tobacco e dipendenza da nicotina, in particolare nel mondo dello sport.

**Stefano Fogli** (Università di Pisa) ha affrontato la questione della valutazione del rapporto metabolico della nicotina nel sangue e nella saliva di fumatori come fattore predittivo di risposta alla terapia di disassuefazione tabagica. È un aspetto interessante utile per decidere quale terapia proporre al paziente, nell'ottica di centrare sul paziente il trattamento migliore, caso per caso. Uno studio che in prospettiva futura potrà essere molto utile in un'ottica di terapia di precisione anche in smoking cessation.

### Stili di vita, emozioni e comportamento

L'ultima sessione ha focalizzato l'attenzione sul tabagismo e stili di vita nei giovani in Italia (**Lorenzo Spizichino**, Roma), il Fear Appeal dalla prevenzione al trattamento da **Alessandro Vegliach** (Trieste), combinato con una carrellata sull'efficacia delle immagini sui pacchetti della Prof. **Maria Sofia Cattaruzza** (Roma), ed infine **Paola Gremigni** conclude i lavori con la sua rela-



Nuovo Direttivo Nazionale SITAB (2017-2020). Da sn a dx: Vegliach, Lugoboni, Boffi, Cattaruzza, Baraldo, Tinghino, Zagà, Mangiaracina. Assente giustificato, Gorini.

zione centrata nel rapporto tra paziente ed operatore nel setting di prevenzione e di trattamento del tabagismo attraverso le tecniche di colloquio motivazionale di Miller e Rollnick.

A fine giornata viene consegnato il Premio SITAB 2017, di euro 500,00 per la migliore comunicazione scientifica alla dr.ssa Paola Martucci che assieme ad altri Autori ha presentato: Regole ed educazione per ambienti di lavoro smoke free. Il Progetto "respirare in libertà" della Regione Campania.

### Assemblea elettiva SITAB

Il presidente uscente Biagio Tinghino apre l'assemblea dei soci SITAB alle ore 18 alla fine della prima giornata di lavori congressuali, relazionando sull'ultimo anno di gestione della SITAB e sul periodo del suo ultimo mandato. Punto centrale della relazione è costituito dalla normalizzazione degli aspetti amministrativi che erano stati oggetto di corre-

zione negli anni precedenti, grazie alla sostituzione del commercialista e ad una rigorosa spending review. I bilanci sono sostanzialmente in pareggio e il residuo di cassa soddisfacente.

Importanti progressi sono stati compiuti rispetto alla visibilità e alla presenza di SITAB sullo scenario internazionale, grazie alla collaborazione con ENSP e alla partecipazione attiva a tutte le iniziative più importanti di lobby a livello europeo. La rivista "Tabaccologia" è stata affidata ad un editore (Midia), per cui i costi di gestione sono stati esternalizzati. Positivi anche i bilanci degli ultimi congressi annuali, visto l'incremento vistoso dei partecipanti con un numero di soci iscritti, quasi triplicato negli ultimi 2 anni. Dopo la breve relazione, il Dr. Biagio Tinghino ha ringraziato il Consiglio Direttivo uscente per la fiducia accordatagli per l'ultimo mandato (il terzo), che ha permesso a SITAB di iniziare un nuovo corso. Diversi soci e tutti i consiglieri

uscanti hanno espresso vivi ringraziamenti al Dr. Tinghino per il lavoro compiuto.

Su proposta dell'Assemblea si mette ai voti l'inserimento nello Statuto SITAB di un articolo (Allegato C) in base al quale sussiste incompatibilità, tra chiunque, come socio o facente parte del Direttivo Nazionale SITAB, intrattenga rapporti commerciali o d'affari con le Multinazionali del tabacco e SITAB: l'Assemblea approva all'unanimità.

Sono state poi deposte le cariche e si è provveduto alla presentazione delle candidature che erano pervenute. Alle ore 18,40 si è quindi proceduto all'elezione per scrutinio segreto del nuovo **Consiglio Direttivo**, che risulta così costituito (9 componenti): Vincenzo Zagà, Biagio Tinghino, Maria Sofia Cattaruzza, Giuseppe Gorini, Roberto Boffi, Massimo Baraldo, Giacomo Mangiaracina, Alessandro Vegliach, Fabio Lugoboni.

Il Consiglio Direttivo neo-eletto (2017-2020) si è subito riunito, una volta chiusa l'Assemblea dei soci, ed ha dichiarato eletto come Presidente il Dr. **Vincenzo Zagà** (già Vicepresidente/Elect President), Vicepresidente/Elect President) la Prof.ssa **Maria Sofia Cattaruzza**, Past President il dr. **Biagio Tinghino**, Tesoriere il Dr. **Giuseppe Gorini**, Segretaria la Prof. **Maria Sofia Cattaruzza**.

Vengono inoltre confermate per il triennio 2017-2020 le cariche dirigenziali della rivista Tabaccologia: il dr. **Giacomo Mangiaracina** come Direttore Responsabile, la dr.ssa **M. Sofia Cattaruzza** come Direttore Scientifico e il dr. **Vincenzo Zagà** come Caporedattore.

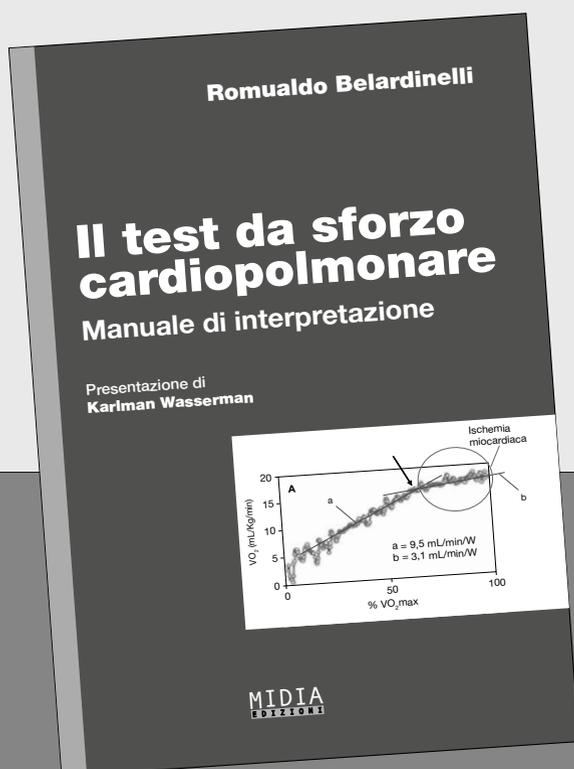
Infine si comunica ai soci che sono stati istituiti, al momento, 12 Referenti Coordinatori Regionali (2017-2020) la cui lista è già pubblicata sul ns sito ([www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)). Il nuovo Consiglio Direttivo dete-

rà alcune raccomandazioni per i Regionali per rappresentare adeguatamente SITAB nelle rispettive realtà regionali.

Un arriverderci a tutti nel 2018 per il XIV Congresso Nazionale SITAB.

#### Daniel L. Amram

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



## 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 369204 - Fax 040 370053  
[midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it) - [www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

## Regole ed educazione per ambienti di lavoro smoke free. Il progetto "respirare in libertà" della regione Campania

Paola Martucci<sup>1</sup>, Natalino Barbatò<sup>2</sup>, Mario Del Donno<sup>3</sup>, Michele Mastroberardino<sup>4</sup>, Paolo Gargiulo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro Antifumo, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>Centro Antifumo A.O. "S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, Salerno;

<sup>3</sup>Centro Antifumo A.O. "G. Rummo", Benevento; <sup>4</sup>Centro Antifumo A.O. "S. Giuseppe Moscati", Avellino; <sup>5</sup>Direttore Ufficio del Datore di Lavoro-Regione Campania, Napoli

### Introduzione

Molti studi concordano sul fatto che l'introduzione di divieti di fumo nei luoghi di lavoro sia in grado di ridurre l'esposizione al fumo passivo. Con la legge "Sirchia" 3/2003 l'Italia è diventata il terzo Paese europeo ad estendere il divieto di fumo nei luoghi aperti al pubblico e in quelli di lavoro, dopo Irlanda e Norvegia. Nonostante ciò, il fastidio provocato dal fumo passivo sul luogo di lavoro, può essere causa di conflitti tra fumatori e non fumatori, specie quando si condividono gli stessi spazi lavorativi, e determina un sempre maggiore aumento delle contestazioni legali al datore di lavoro da parte di dipendenti molestati dal fumo passivo.

### Materiali e metodi

Con recente decreto dirigenziale il Datore di Lavoro della Regione Campania ha inteso rimarcare la necessità di un maggior controllo dell'attuazione del divieto di fumo nei locali chiusi, sedi di lavoro dell'amministrazione regionale, avviando nel contempo forme di sensibilizzazione del personale tutto che contribuiscano anche ad aumentare la motivazione a smettere dei dipendenti fumatori. Si è costituito un gruppo di lavoro ad hoc costituito dal Responsabile ed Assistenti del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Medico Competente, personale della UOD di Sorveglianza Sanitaria. È stata avviata dapprima una indagine sul fumo nei luoghi di lavoro della Regione Campania utilizzando un questionario online (applicativo LimeSurvey) di 22 item elaborato dal gruppo di lavoro e somministrato nel periodo giugno-settembre 2016, di

cui sono stati analizzati i dati. È stato successivamente predisposto un piano informativo-formativo con la collaborazione dei Centri per la Prevenzione e Cura del Tabagismo presenti e attivi nelle varie province della regione. È stato realizzato un primo seminario di sensibilizzazione destinato a tutti dipendenti dell'Amministrazione regionale nel maggio 2017 (I fase), seguito da incontri per piccoli gruppi nelle singole sedi dell'Amministrazione regionale sul tema delle strategie e terapie per la disassuefazione dal fumo (II fase). La terza fase ancora in fase di realizzazione prevede la formazione dei formatori sulle tematiche del counseling antitabagico, da rivolgere ai referenti regionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

### Risultati

Sono stati analizzati 2004 questionari (dato corrispondente al 42% dei dipendenti regionali). Nonostante le norme di legge a tutela dei lavoratori dal fumo passivo, è ancora molto diffuso il consumo di tabacco e dei nuovi dispositivi elettronici in ambienti chiusi come uffici, corridoi, disimpegni, scale, servizi igienici anche in edifici dell'amministrazione regionale dalle particolari caratteristiche logistiche (grattacieli). Ciò è causa di litigi e dispute anche più volte nella settimana, nel 16,5% dei rispondenti alla survey. Più del 41% dei dipendenti ha dichiarato di non sapere chi sia l'addetto antifumo nella propria struttura di lavoro. Il 54% dei fumatori ha dichiarato di essere intenzionato a smettere di fumare ed è in questo senso che va intesa l'azione non solo informativa-forma-

tiva promossa dai Centri Antifumo nell'ambito del progetto, ma anche di proposta concreta di aiuto e sostegno ai fumatori.

### Conclusioni

Le azioni per il controllo del fumo di tabacco in ambiente di lavoro idonee a proteggere i non fumatori dai rischi derivanti dal fumo passivo e da quello di terza mano, passano necessariamente per l'attuazione del divieto di fumo nei locali chiusi, sedi di lavoro, ma anche favorendo la disassuefazione dal fumo di tabacco nei lavoratori fumatori. La figura del Medico competente così come quella degli addetti ai Servizi di Prevenzione e Protezione (SPP) e della Sorveglianza sanitaria aziendale possono giocare un ruolo importante quali consulenti del datore di lavoro all'interno di programmi di informazione e formazione, per i quali possono avvalersi anche dei servizi specialistici offerti dai Centri Antifumo territoriali.

## L'analisi dei sogni può rafforzare il counseling antifumo?

Francesco Tarantino

Dirigente del Centro Antifumo di Copertino, Asl Lecce. Psicologo Psicoterapeuta

### Introduzione

In questo lavoro si evidenzia l'utilità dell'analisi dei sogni nel counseling del tabagismo poiché essa è una tecnica importante nella psicoterapia psicoanalitica. In particolare nel presente studio, che ha un carattere propedeutico, sono presentati alcuni sogni paradigmatici che appaiono durante il trattamento della dipendenza da tabacco con l'obiettivo di utilizzarli per la cessazione del fumo. Inoltre si mette in risalto come l'analisi dei sogni, favorendo l'*insight*, sia un ausilio motivazionale nel ridurre il numero delle sigarette nei tabagisti refrattari a smettere di fumare.

### Materiali e metodi

Sono analizzati 40 tabagisti divisi in due gruppi. Il primo gruppo comprende i pazienti trattati con il counseling, che si rifà all'intervento clinico minimo ("5A" e "5R") proprio delle linee guida antifumo, includendo l'analisi del sogno. Il secondo gruppo è trattato solo con l'intervento clinico minimo. La tecnica d'interpretazione dei sogni ha come riferimento la teoria psicoanalitica nella prospettiva fenome-

nologica nonché gli stadi di cambiamento di Prochaska. In altre parole il sogno è interpretato attraverso l'utilizzazione sistematica dell'epochè che, tramite la riflessione, permette la sospensione temporanea dell'atteggiamento naturale (o consueto) nei confronti del mondo naturale favorendo possibili modi di essere senza fumo. I fumatori che non ricordano i loro sogni sono stimolati con l'ipnosi.

### Risultati

I risultati migliori si sono avuti nel gruppo in cui è utilizzata l'analisi dei sogni nella prospettiva fenomenologica. L'analisi dei sogni, infatti, tramite l'epochè, permette al tabagista di avanzare lungo il *continuum* in cui sono posti gli stadi cambiamento del modello di Prochaska con particolare riferimento alla fase dell'"azione" in quanto correlata alla *smoking cessation*. L'analisi dei sogni si è dimostrata quindi utile nel passaggio delle varie fasi di tale modello: dalla "precontemplazione" alla "contemplazione", dalla "decisione" all'"azione" sino al "mantenimento" dei risultati positivi. Nel caso di "ricaduta", come

pure nelle situazioni di stallo, l'analisi del sogno è servita a stimolare un'ulteriore "azione" a smettere di fumare. Invece nei casi in cui non c'è stata la cessazione del fumo, l'analisi dei sogni ha avuto una funzione motivazionale attestata dal calo del fumo.

### Conclusioni

I risultati di questa ricerca sono incoraggianti. L'analisi dei sogni infatti si è dimostrata utile nella cura del tabagismo. Il limite del presente metodo è rappresentato dai fumatori che non riportano i loro sogni neanche con l'ausilio dell'ipnosi. Questo studio, che è in una fase preliminare e che necessita di ulteriori ricerche e riscontri, evidenzia la necessità di non lasciare niente d'intentato nella cura del tabagismo come sollecitato dalle linee guida antifumo nazionali ed internazionali.

Si auspica pertanto che i risultati di questo lavoro possano stimolare altre ricerche sul ruolo dell'analisi dei sogni nel trattamento del tabagismo con particolare riferimento alle funzioni motivazionali nella *smoking cessation*.

## Uno, cento, mille "no cikka day". Ovvero quando una sigaretta inquina anche da spenta

Eugenio Bianchi<sup>1</sup>, Edda Burzacca<sup>2</sup>, Annarita Giaffreda<sup>2</sup>, Giusi Ottavi<sup>2</sup>, Gerardo Astorino<sup>3</sup>, Paolo Pandolfi<sup>3</sup>, Vincenzo Zagà<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Presidente ALIBERF; <sup>2</sup>Centro Antifumo AUSL BO; <sup>3</sup>Dpt. Igiene e Prevenzione, AUSL BO; <sup>4</sup>Vicepresidente SITAB

### Introduzione

Le cicche di sigaretta rappresentano un problema, oltre che per il decoro urbano, anche per la salute del pianeta e dell'uomo. In Italia, ogni anno, vengono disperse nell'ambiente circa 53 miliardi di cicche che vanno ad inquinare fiumi, mari e falde acquifere fino a raggiungere l'uomo con gli alimenti.

### Materiali e metodi

L'Associazione Liberi dal Fumo (ALIBERF), in collaborazione con il

network "Datti una mossa" della AUSL di Bologna, promuove da 4 anni il "NO CIKKA DAY" a cui partecipano soci Aliberf, cittadini volontari ambientalisti, nonché personale e pazienti del Centro Antifumo, con il supporto tecnico per la fornitura di pinze di Hera e Legambiente.

### Risultati

Allo scopo di sensibilizzare i fumatori ad un maggior rispetto per l'ambiente e gli Assessorati all'Ambiente di Bologna e Provincia, nel

2014 abbiamo ripulito il centro cittadino di Casalecchio di Reno con una raccolta di 3,5 Kg di cicche. Nel 2016 è stata la volta delle pertinenze esterne dell'Ospedale Maggiore e dell'Ospedale Bellaria di Bologna, con una raccolta complessiva, in 3 ore, di 6 kg di cicche pari a circa 20 mila mozziconi.

Quest'anno, in occasione della giornata di Prevenzione e Salute organizzata dal network "Datti una Mossa" dell'AUSL di Bologna, abbia-

mo ripulito la Montagnola, Piazza VIII Agosto e una parte di Via Indipendenza, raccogliendo circa 5 Kg di cicche.

Purtroppo, in assenza di un codice europeo (codice CER) che possa etichettare la cicca di tabacco come rifiuto tossico, abbiamo dovuto gettare le cicche raccolte in tutte le nostre iniziative nei cassonetti dell'indifferenziata.

### Conclusioni

- Queste iniziative hanno dimostrato un notevole valore educativo nei riguardi della popolazione generale al problema della dispersione delle cicche, normalmente ignorato o sottovalutato, per l'impatto che le sostanze tossiche possono avere sulla salute

dell'uomo e sull'ambiente (incendi e inquinamento).

- L'iniziativa acquista valenza maggiore alla luce dell'entrata in vigore (2 febbraio 2016) della legge che autorizza i Comuni ad informare, educare la popolazione e a vigilare e sanzionare, in questo caso in maniera "virtuosa", chi disperde nell'ambiente le cicche di sigaretta.
- Prevedere il coinvolgimento attivo delle scuole al "NO CIKKA DAY".
- L'augurio è che eventi di "NO CIKKA DAY" si moltiplichino in maniera virale in tutto il paese, come già sta iniziando ad accadere in alcuni comuni e spiagge d'Italia.

Con la pubblicazione del decreto attuativo 15/02/2017 del Ministero dell'Ambiente per il divieto di abbandono dei mozziconi, diventa pienamente esecutiva la Legge 221/2015, art. 40 (Legge sulla Green Economy), entrata in vigore il 2 febbraio 2016. Il decreto attuativo è in vigore dal 21 marzo 2017 con multe da 60 a 300 Euro.

Il Decreto regola anche la destinazione dei pronti derivanti dalle sanzioni: 50% al Ministero dell'ambiente e 50% ai Comuni in cui viene rilevata la violazione. Inoltre impegna il Ministero e i Comuni a campagne informative su scala nazionale e locale con installazione di raccoglitori.

## Counseling individuale e trattamento farmacologico: esperienza del Centro per la Prevenzione e Terapia del Tabagismo dell'AUSL di Bologna

Vincenzo Zagà<sup>1</sup>, Edda Burzacca<sup>2</sup>, Annarita Giaffreda<sup>2</sup>, Giusi Ottavi<sup>2</sup>, Vincenza Mariano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ex Responsabile Centro Antifumo, Pneumotisiologia AUSL BO; <sup>2</sup>Centro Antifumo AUSL BO; <sup>3</sup>Ex Direttore FF, Pneumotisiologia, AUSL BO

### Introduzione

Il Centro per la Prevenzione e Terapia del Tabagismo, convenzionalmente indicato come Centro Antifumo (CAF), presente nell'U.O. di Pneumotisiologia Territoriale dell'AUSL di Bologna, è operante dal 1999 ed ha trattato in questi anni più di 3000 fumatori. In questa comunicazione vengono presi in esame 1265 fumatori inseriti in modo casuale nel data base.

### Materiali e metodi

Il campione oggetto della comunicazione è costituito da 1265 fumatori inseriti in maniera casuale nel nostro database che ripulito dai dropout che hanno abbandonato subito dopo il primo incontro si è ridotto a 984 fumatori.

Caratteristiche del campione: età media 51 aa. (min: 17; max: 93), nubili/celibi erano il 27,7%, mentre la scolarità prevalente era la Scuola Media Superiore il 38,5%. Test di Fagerstrom 6,43/10; Pack/Year 36,25; CO iniziale in espirium 19,57 ppm. Tutti i fumatori sono stati seguiti con percorso individuale per

almeno 1 anno con counseling psico-comportamentale e motivazionale e con l'utilizzo di supporti farmacologici (NRT, Bupropione e Vareniclina). Ad ogni incontro è stato controllato il marker biologico del CO in espirium. L'elaborazione statistica è stata fatta usando Chi-square tests, t-tests e ANOVA a seconda del tipo di dati, mentre quando necessario sono stati impiegati test non parametrici.

### Risultati

Dei 984 pazienti che hanno iniziato il trattamento, il 39,9% (n. 393) ha smesso di fumare per almeno 12 mesi. Di tutti i fumatori che hanno assunto 1 o più sostituti nicotini (NRT) con o senza associazione di Vareniclina (Vare) o Bupropione (Bupro) (818 pazienti), 354 (43,3%) hanno avuto una astensione dal fumo a 12 mesi. 152 pazienti sono stati trattati con Vare, con o senza NRT, e hanno presentato un'astensione a 12 mesi in 63 (41,4%). Infine 82 sono trattati con Bupro, con o senza NRT, ottenendo un'astensione a 12 mesi in 39 (47,6%).

In molti pazienti che assumevano Vare o Bupro è stato spesso associato un NRT (solitamente Nicorette Inhaler). Più in dettaglio, considerando solo i pazienti che hanno utilizzato l'associazione con NRT, 102 pazienti che hanno usato NRT+Vare hanno avuto una astensione a 12 mesi del 43,1% (n. 44); 73 pazienti che hanno usato NRT+Bupro, hanno smesso per almeno 12 mesi nel 45,2% (n. 33); 647 pazienti hanno usato 1 o più NRT come singola terapia con una astensione ad 1 anno del 42,5% (n. 275). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative fra le varie combinazioni utilizzate. Per i trattati con Vare: BMI Iniziale 25,87; Finale 26,99. Per i trattati con Bupro: BMI Iniziale 26,62; Finale 27,13.

### Conclusioni

Il campione di fumatori preso in esame, pur non essendo stato pulito dei pazienti con doppie diagnosi (turbe psichiatriche, cannabis, cocaina, alcol, etc.) ha presentato

ad un anno un più che soddisfacciate tasso di astensione a 12 mesi (39,9%) senza differenze significative fra i trattati con VARE (41,4%), Bupropione (47,6%) ed NRT (43,3%). Con la pubblicazione del decreto attuativo 15/02/2017 del Ministero dell'Ambiente per il divieto di ab-

bandono dei mozziconi, diventa pienamente esecutiva la Legge 221/2015, art. 40 (Legge sulla Green Economy), entrata in vigore il 2 febbraio 2016. Il decreto attuativo è in vigore dal 21 marzo 2017 con multe da 60 a 300 Euro. Il Decreto regola anche la destina-

zione dei pronti derivanti dalle sanzioni: 50% al Ministero dell'ambiente e 50% ai Comuni in cui viene rilevata la violazione. Inoltre impegna il Ministero e i Comuni a campagne informative su scala nazionale e locale con installazione di raccoglitori.

## Progetto Citex: studio osservazionale sull'efficacia del supporto da parte del farmacista alla terapia farmacologica a base di citisina

Mirka Dalla Bella<sup>1</sup>, Stefano Bernardi<sup>2</sup>, Cosimo Violante<sup>3</sup>, Vanessa Bellelli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farmacia "Lanzoni" Cesena; <sup>2</sup>Progetto Citex-ACEF Spa; <sup>3</sup>Consulente Scientifico ACEF Spa

### Premessa

Malgrado l'elevato impatto socio-economico delle patologie fumo-correlate, lo sviluppo di farmaci per il trattamento del paziente tabagista è ormai fermo da molti anni.

I farmaci presenti in commercio sono limitati sia nel numero che nell'efficacia. Inoltre il costo elevato può indurre il paziente a rinunciare o a interrompere prematuramente la terapia.

Tuttavia l'esperienza e gli studi clinici dimostrano come l'aiuto da parte di un professionista, se associato alla terapia con un farmaco efficace, permette di aumentare in modo significativo le possibilità di successo di una terapia di disassuefazione dal tabacco.

### Obiettivo dello studio

In questo studio osservazionale sono stati rilevati i risultati di una terapia farmacologica a base di Citisina, principio attivo specifico per il trattamento del tabagismo, caratterizzato da un favorevole

rapporto costo/efficacia e disponibile come preparazione magistrale, in associazione ad una azione di stimolo e sostegno motivazionale ad opera del Farmacista.

### Materiali e metodi

Sono stati arruolati 60 pazienti (31 maschi e 29 femmine) con una età media 51 anni e una media di 22 sigarette fumate giornalmente.

Il percorso è stato suddiviso in tre fasi: la prima prevedeva la presentazione del progetto e la somministrazione del test di nicotinodipendenza di Fagerstrom e il test motivazionale di Mondor.

La seconda fase ha coinvolto i Medici per un corretto inquadramento del paziente e una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva. La terza fase, affidata al Farmacista, ha previsto colloqui settimanali di counseling e verifica dell'aderenza terapeutica, quindi un follow up a 1-2-4-6 mesi.

La posologia del trattamento farmacologico a base di Citisina (cpr

da 1,5 mg) ha seguito lo schema proposto da SITAB (induzione lenta e durata di 40 gg.).

### Risultati

La percentuale di pazienti totalmente astinenti al momento dei follow up è stata del 66,7% a 1 mese, 46,7% a 2 mesi, 36,7% a 4 mesi e del 33,3% a 6 mesi. Non è stato effettuato il controllo col marker biologico del CO in espirium.

### Conclusioni

L'associazione fra un farmaco specifico per il tabagismo come la Citisina e un'azione di supporto comportamentale e motivazionale alla terapia fornito dal Farmacista è in grado di svolgere un'azione efficace per la disassuefazione dal fumo di tabacco.

La Citisina si è mostrata efficace nel trattamento del paziente tabagista, confermandosi farmaco efficace, ben tollerato e dal favorevole rapporto costo/efficacia.

## Esperienza del Centro Antifumo di Prato con i pazienti psichiatrici: case report

A. Manfredi, P. Gai, G. Mattiolo, M. Bruscoli, C. Uliva

Centro Antifumo Prato, ASL Toscana centro

### Introduzione

Alcuni pregiudizi che riguardano persone fumatrici che presentano disturbi psichiatrici sono largamente diffusi fra il personale sanitario.

Molti sostengono che:

- questi pazienti non sono interessati a smettere di fumare;
- quando ci provano non ci riescono;
- se ci riescono la patologia psichiatrica si aggrava.

L'esperienza clinica del nostro Centro antifumo ed alcune evidenze scientifiche ci spingono invece a perseguire la cessazione dell'abitudine al fumo anche nei pazienti con quadri clinici psichiatrici (Ad-

dington et al., 1998; Dalack et al., 1999; George et al., 2000).

### Materiali e metodi

Nel triennio 2011-2013 presso il Centro Antifumo dell'ASL di Prato sono stati trattati e poi sottoposti a follow-up di almeno 6 mesi 485 pazienti, di cui 113 con problematiche psichiatriche.

L'arruolamento è avvenuto su richiesta del paziente o su invio dello specialista (in questo caso psichiatra). A tutti i pazienti con Fagerström superiore a 5 e/o che fumavano più di 10 sigarette/die è stata proposta una terapia farmacologica con sostituti della nicotina in varie formulazioni. Abbiamo analizzato i dati provenienti dalla documentazione clinica, sia cartacea che digitale. In larga misura sono state utilizzate le informazioni registrate all'interno della cartella informatizzata HTH, strumento che

alimenta il Sistema informativo delle Dipendenze della Regione Toscana e che costituisce un tassello del SIND (Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze).

### Risultati

49 pazienti su 113 hanno mantenuto l'astinenza dal fumo al follow-up di 6 mesi. In nessun caso vi è stato un peggioramento della patologia psichiatrica, né è stato necessario variare la terapia psicoattiva. Case report: donna di 48 anni affetta da disturbi della condotta alimentare da circa 25 anni con diagnosi di anoressia nervosa (ICD-IX). Al momento dell'arruolamento il BMI era 16,26. La paziente era in trattamento farmacologico con alprazolam, olanzapina, levosulpiride ed in trattamento psicoterapico. Motivazione alla cessazione del fumo: dispnea per sforzi lievi in paziente con enfisema.

Test di Fagerström: 7. CO nell'espriato: 24 ppm. È stato effettuato un counselling individuale settimanale e prescritta una terapia con sostituti della nicotina in gomme masticabili 4 mg, che dopo 30 giorni è stata sostituita con nicotina trans-dermica 21 mg per gastralgia. Al 6° mese di follow-up vi era astinenza dal fumo e non vi erano variazioni nel quadro psicopatologico.

### Conclusioni

Nella nostra esperienza si conferma quanto riportato in Letteratura che il trattamento per la dipendenza da tabacco è efficace nei pazienti con disturbi mentali. Il trattamento che funziona con la popolazione generale funziona anche nei pazienti con malattie mentali ed ha la stessa efficacia. Inoltre esso non si associa a peggioramento dello stato mentale pre-esistente.

## 1° Progetto regionale "respiriamo liberi" per un ospedale senza fumo

Paola Martucci<sup>1</sup>, Raffaella Giacobbe<sup>1</sup>, Tonia De Crescenzo<sup>2</sup>, Valentina Giovanna Maria Moreas<sup>3</sup>, Filomena Carotenuto<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro per il Trattamento del Tabagismo, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>CPSI UOSC Rianimazione DEA, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>3</sup>Psicologo clinico presso Centro Trapianti di fegato, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>4</sup>CPSI Referente Formazione, AORN A. Cardarelli, Napoli

### Introduzione

Per raggiungere l'obiettivo della tutela della salute degli operatori garantendo ambienti di lavoro liberi da fumo, oltre all'applicazione dei divieti e delle normative vigenti, è necessario progettare un'attività di tipo educazionale che rinforzi l'azione di controllo dei non fumatori negli ambienti di lavoro, al fine di evitare l'esposizione involontaria a fumo passivo, ma contribuisca anche ad aumentare la motivazione a smettere nei fumatori attivi attraverso concrete azioni di supporto da parte dei Centri Antifumo.

### Materiali e metodi

Il progetto prevede: una prima fase di verifica del rispetto delle norme di controllo del fumo da parte delle strutture sanitarie coinvolte attraverso un sistema a punteggio CSS (Cava Smoking Score) mediante la compilazione di opportune schede

di rilevamento. Una seconda fase, detta di sensibilizzazione di tutto il personale sanitario che lavora presso tali strutture (medici, infermieri, personale amministrativo) con incontri di tipo formativo promossi dall'azienda di riferimento. Una terza fase prevede la valutazione a distanza dell'efficacia dell'intervento di sensibilizzazione sia mediante l'utilizzo del sistema a punteggio CSS sia con verifica del n° di accessi al Centro Antifumo da parte del personale sanitario e non dell'azienda ospedaliera. La durata prevista per la realizzazione del progetto è di 12 mesi.

### Risultati

I primi tre mesi sono stati dedicati alla prima fase di verifica del rispetto delle norme di controllo del fumo all'interno dell'AORN A. Cardarelli di Napoli con segnalazione della presenza o meno di tutti i criteri del sistema di rilevazione CSS ovvero:

- evidenza dei divieti di fumo all'ingresso e all'interno delle singole U.O.;
- assenza di mozziconi di sigaretta;
- assenza di personale (utente e operatori) che fumano all'interno delle strutture sanitarie o amministrative;
- assenza di operatori che fumano in qualsiasi luogo;
- presenza di evidenti segnali di impegno dell'azienda ospedaliera nella promozione e divulgazione della lotta al fumo.

È seguita distribuzione e iniziale raccolta di questionari destinati al personale tutto (sanitario, amministrativo) allo scopo di rilevare la presenza di esposizione involontaria al fumo e saggiare la volontà degli operatori che fumano ad intraprendere un percorso di disassuefazione con l'aiuto degli operatori del Centro per il Trattamento del Tabagismo aziendale.

Abbiamo poi avviato, con l'ausilio organizzativo della UOSD di Formazione e Ricerca Biotechologica dell'AORN A.Cardarelli, dei corsi di sensibilizzazione e formazione del personale ospedaliero dal titolo "Come aiuto il fumatore a smettere" destinati ad un max di 30 partecipanti, il primo dei quali si è

svolto lo scorso 20 settembre. L'obiettivo dei questo progetto è da un lato quello di promuovere il benessere e la salute del personale ospedaliero esposto, suo malgrado, a fumo passivo sensibilizzandolo a stimolare, orientare e gestire la richiesta di cessare la dipendenza dal fumo che provenga sia da opera-

tori sanitari che dai pazienti con invio al Centro Antifumo aziendale, dall'altro quello di rendere gli operatori non fumatori delle sentinelle attente a saper gestire le sofferenze fisiche e psichiche dei pazienti affetti da tabagismo adeguando ed arricchendo le loro competenze in questo campo.

## "Scommettiamo che smetti?" – Il medico di famiglia come facilitatore di smoking cessation

Raffaella Giacobbe<sup>1</sup>, Paola Martucci<sup>1</sup>, Laura Merone<sup>2</sup>, Immacolata Verde<sup>3</sup>, Filippo Bove<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro per il Trattamento del Tabagismo, AORN A. Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>DS 35, ASL NAPOLI 2 NORD, Bacoli (NA),

<sup>3</sup>DS 35, ASL NAPOLI 2 NORD, Pozzuoli (NA); <sup>4</sup>DS35, ASL NAPOLI 2 NORD, Monte di Procida (NA)

### Introduzione

Il MMG (Medico di Medicina Generale) può avere un ruolo strategico nella lotta al tabagismo essendo il primo riferimento dei pazienti nel campo della prevenzione e correzione degli stili di vita. Lo scopo dell'iniziativa è quello di adeguare le competenze del MMG alla migliore gestione del "problema fumo" ed al più appropriato utilizzo degli strumenti disponibili per contrastare l'abitudine tabagica e per stimolare, orientare e gestire la richiesta di cessare la dipendenza dal fumo.

### Materiali e metodi

All'interno di un gruppo di 53 MMG operanti nel Distretto 35 della ASL NAPOLI 2 Nord, già impegnato da circa 3 anni in un progetto di miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e prescrittiva nelle malattie polmonari ostruttive, si è deciso di assegnare quattro colleghi ad uno specifico percorso formativo come facilitatori di "smoking cessa-

tion" presso il "Centro Antifumo" dell'AORN Cardarelli. È stato quindi attivato uno specifico ambulatorio dedicato per accogliere pazienti provenienti dall'intero distretto. Nelle visite è stato utilizzato, oltre allo spirometro, un analizzatore di CO nell'espriato per verificare l'aderenza al percorso.

### Risultati

L'ambulatorio specifico tenuto dai MMG, nei primi quattro mesi di attività è stato effettuato 11 volte e durante le sedute sono stati accolti 44 fumatori (35 donne e 9 uomini di età compresa tra i 26 e i 58 anni) cui è stato fornito un intervento specifico secondo il percorso "6L" predisposto dal gruppo di studio educativo dell'AIPO e disponibile sul sito AIPONET.

Laddove ritenuto necessario (31 su 44) è stato consigliato un trattamento farmacologico (52% varenciclina, 29% cerotto di nicotina, 19% terapia con NRT combinata). Per 13 pazienti l'intervento si è limitato al counseling.

Tutti i pazienti sono stati invitati a tornare a controllo dopo un mese. Durante questo e nei successivi controlli è stato verificato il contenuto di CO nell'espriato (con misuratore Pico+Smokerlizer).

Nel controllo ad 1 mese hanno smesso di fumare 8 dei 44 pazienti dell'ambulatorio (18%) e la maggior parte di essi (5 su 8) non aveva assunto alcun trattamento farmacologico. Per soli due pazienti è stato richiesto l'intervento del Centro per il Trattamento del Tabagismo di riferimento.

### Conclusioni

Questi dati molto preliminari ci fanno ritenere che un intervento di primo livello, ma già piuttosto strutturato, in pazienti tabagisti, effettuato nel setting della medicina generale possa dare risultati promettenti che andranno migliorati e verificati in termini di persistenza nel tempo del risultato ottenuto.

## Inquinamento indoor: alcune piante da appartamento possono aiutare l'assorbimento di sostanze organiche volatili

Salvatore Damante<sup>1</sup>, Rosastella Principe<sup>2</sup>, Marco Vaccarino<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Presidente Associazione Ariambiente, Roma; <sup>2</sup>Centro Prevenzione Terapia Tabagismo Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma; <sup>3</sup>Pneumologo Asl RM1, Roma

### Introduzione

Negli immobili i materiali edili, mobili ma soprattutto il fumo di si-

garetta attivo e passivo rendono i luoghi chiusi delle vere camere a gas, a soffrirne di più sono i bam-

bini e anziani con sempre più problemi allergici, asma e altre patologie (dermatologiche soprattutto

to). Alcune piante da appartamento possono ridurre queste sostanze nocive (benzene formaldeide toluene acetone etc.) nell'ambiente indoor.

### Materiali e metodi

La ricerca è stata svolta nell'arco di 8 mesi con acquisizione di dati riguardanti la qualità dell'aria nell'ambiente indoor, sono stati monitorati gas le SOV (sostanze organiche volatili). Nel monitorare questi gas sono stati mantenuti parametri di temperatura più idonei per ricerca, sono stati valutati anche l'umidità relativa (UR) i tassi di  $O_2$ ,  $CO_2$ , si è verificata l'influenza delle piante negli ambienti frequentati dagli esseri umani. Sono stati utilizzati campionatori passivi (tipo Radiello) e strumentazione attiva e software dedicati.

### Risultati

La presenza di alcuni tipi di piante da appartamento come il Ficus robusta, Hedera helix, lo Spathiphyllum aiutano a purificare l'aria, in particolare qualora siano presenti inquinanti tossici come le SOV, la percentuali di alcune (etanolo, benzene, etile acetato, esametildisilossano), sono abbattute per la metà, per altre (toluene, alpha pinene limonene, pentano e la formaldeide) si sono ridotte di un terzo. Si ha un beneficio per altri componenti dell'aria come ossigeno e UR che rimangono in parametri salutari; l'incremento causato dalle piante del tasso di anidride carbonica notturna (2164 ppm picco massimo registrato in tutti i monitoraggi), non è tale da provocare un danno alla salute rispetto al vantaggio della riduzione dei gas nocivi. Da

notare che esistono piante che emettono poca o nulla anidride carbonica nella notte.

### Conclusioni

Negli ultimi anni è crescente tendenza a vivere gran parte del tempo in ambienti confinati, particolari piante da appartamento si sono rivelate utili nella deduzione dell'aria, alcune di esse in particolare lo Spathiphyllum ha la capacità di dimezzare la concentrazione di alcuni SOV, come il Benzene, Acetone ed Etanolo e ridurre di un terzo altri inquinanti. Si fa notare che alcune piante hanno un ciclo di gas ( $O_2$ ,  $CO_2$ ) ridotto, ad esempio la Sansevieria: durante la notte emette piccolissime quantità di  $CO_2$ , risultato pertanto utile posizionata in camera da letto.

## Centri antifumo a gestione pneumologica. I risultati della prima survey italiana

Paola Martucci<sup>1</sup>, Rosastella Principe<sup>2</sup>, Sandra Nutini<sup>3</sup>, Cristina Cinti<sup>4</sup>, Antonella Serafini<sup>5</sup>

Per il Gruppo di Studio Educazionale, Prevenzione ed Epidemiologia dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO).

<sup>1</sup>Napoli; <sup>2</sup>Roma; <sup>3</sup>Firenze; <sup>4</sup>Bologna; <sup>5</sup>Imperia

### Introduzione

I Centri Antifumo (CAF) a conduzione pneumologica – organizzati per la maggior parte all'interno di strutture ospedaliere – rappresentano circa un terzo delle strutture del SSN dedicate al trattamento di pazienti affetti da tabagismo. Nonostante siano circa un centinaio da nord a sud della penisola isole comprese, le risorse su cui possono contare in termini di personale e ore disponibili da parte dei pneumologi, che spesso non lavorano esclusivamente presso il Centro Antifumo, sono ancora insufficienti. Così come è ancora troppo debole la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, che dovrebbero rappresentare il primo anello della catena nella lotta contro il tabagismo e indirizzare i pazienti nei Centri di Il Livello.

### Materiali e metodi

Con l'obiettivo di confrontare le varie situazioni e individuare diffi-

coltà comuni nei CAF a conduzione pneumologica, al fine di mettere in campo politiche in grado di rilanciare il loro ruolo nella prevenzione, diagnosi precoce e cura della malattie respiratorie croniche, è stata prima avviata una survey on line diretta a tutti i CAF di area pneumologica (n. 100), tra gennaio e maggio 2015, poi sono stati effettuati due seminari, cui hanno aderito 97 di essi, per discutere sui temi emersi dalla indagine conoscitiva.

### Risultati

La survey ha messo in luce che in media l'offerta al momento è al di sotto delle aspettative. La media nazionale delle ore dedicate dai pneumologi ospedalieri ai pazienti dei CAF è di 3,2 ore, contro le 5,8 settimanali minime considerate necessarie. In media inoltre si hanno 1,4 pneumologi per Centro, quando la media auspicata sarebbe di 1,7. E ancora: nel 58% delle strutture non è presente alcuna forma di sostegno psicologico, e solo il 47%

dei Centri Antifumo ha un suo spazio fisico dedicato. Nella rimanente metà dei casi i pazienti vengono accolti e trattati negli stessi ambienti pneumologici come gli ambulatori quando liberi dall'attività di reparto. Solo nel 58% dei casi ci sono spirometri dedicati o di facile reperibilità e solo il 60% dei Centri è dotato di una linea telefonica dedicata per fornire informazioni, ma anche per la gestione degli accessi e delle prenotazioni. Meno della metà delle strutture poi ha attivato dei percorsi ben definiti di collaborazione con i Medici del territorio.

### Conclusioni

Il messaggio cruciale è che dobbiamo potenziare i CAF a conduzione pneumologica esistenti sul territorio nazionale e metterli in relazione con il Sistema Sanitario, per esempio inserendoli di diritto nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali e nel Piano Nazionale delle cronicità.

## Enfisema polmonare in giovane tabagista assuntore di cannabis. Case report

Raffaella Giacobbe, Paola Martucci

Centro per il Trattamento del Tabagismo, AORN A. Cardarelli, Napoli

### Introduzione

L'uso della marijuana si è notevolmente incrementato negli ultimi anni soprattutto tra gli adolescenti e giovani adulti abituali fumatori di tabacco.

### Materiali e metodi

Riportiamo il caso di un giovane uomo di 33 anni giunto alla nostra osservazione per emottisi. Alla anamnesi risultava fumatore di marijuana e di tabacco.

### Risultati

Sottoposto a TAC torace presentava un quadro di enfisema parasettale e pan lobulare ed un addensamento del lobo superiore sinistro con aspetto a "vetro smerigliato" senza evidenza di emorragia in atto.

Eseguita la broncoscopia risultava all'esame batteriologico una infezione da *Stenotrophomonas maltophilia*.

### Conclusioni

Il delta 9 tetraidrocannabinolo e la nicotina, le sostanze psicoattive presenti nel fumo di marijuana e nel tabacco, sono identiche.

La differenza del fumo di cannabis rispetto al fumo convenzionale di tabacco risiede nella dinamica fisica. Inspirazioni più profonde, manovre di Muller e di Valsalva provocano la rottura degli alveoli con conseguente barotrauma espresso quale enfisema polmonare, pneumotorace e pneumomediastino.

## I comportamenti e le abitudini tabagiche degli studenti iscritti al 1° anno del Cdl in Infermieristica delle Università degli Studi di Catania, Roma e Trieste (AA 2016/2017)

G.B. Modonutti<sup>1</sup>, M. Amendola<sup>2</sup>, L. Leon<sup>1</sup>, A. Mistretta<sup>3</sup>, A. Gambera<sup>4</sup>, M.S. Cattaruzza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste; <sup>2</sup>Dip. di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma; <sup>3</sup>Dip. di Sc. Mediche, Chir. e Tecnologie Av. G.F Ingrassia, Università degli Studi di Catania;

<sup>4</sup>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania

### Introduzione

L'infermiere è impegnato, con l'esempio, le conoscenze scientifiche e le competenze acquisite, nell'attività di prevenzione delle malattie e di promozione della salute attraverso stili di vita salutari.

### Materiali e metodi

Obiettivo del presente studio è stato quello di raccogliere informazioni sui comportamenti e sulle abitudini tabagiche degli studenti iscritti al 1° anno di alcuni corsi di laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Catania, Roma e Trieste, attraverso la compilazione di un questionario (anonimo, autosomministrato, semi-strutturato) sugli stili di vita.

### Risultati

Hanno partecipato all'indagine 157 studenti (Maschi (M): 27,4%; Femmine (F): 72,6%; età media = 21,4

anni) di cui il 79,7% ha già sperimentato il tabacco, iniziando a fumare in media a 15 anni, età in cui è elevato il rischio di sviluppare poi una dipendenza.

Al momento dell'indagine, il 52% delle matricole (M: 53,8%; F: 51,4%) riferisce di fare uso del tabacco e il consumo medio dichiarato ammonta a 6 sigarette al giorno, senza differenze tra i generi.

Ben il 38,7% (M: 33,3%; F: 40,5%) si dichiara fumatore abituale (più di 1 sigaretta al giorno) e il 2,7% dichiara di fumare 20 sigarette o più al giorno. Il 73,1% fuma "fuori casa", il 9,0% "in macchina" il 3,8 nei "locali pubblici" ed il 2,6% nei "luoghi di studio".

### Conclusioni

L'iniziazione precoce al fumo di tabacco, l'alta prevalenza di fumatori e di fumatori abituali, i consumi tabagici e gli ambienti in cui si fu-

ma, mostrano che il tabacco è ancora oggi molto presente tra i giovani. Considerando il tipo di lavoro che questi studenti andranno a svolgere a contatto con i pazienti e/o il ruolo che avranno nel promuovere la salute, anche attraverso il proprio esempio, tali comportamenti generano preoccupazione e sollecitano interventi sia di sensibilizzazione nella formazione specifica e nel curriculum degli studi che di de-normalizzazione del tabacco nella società.

## Le conoscenze sui rischi del tabagismo in gravidanza degli studenti iscritti al 1° anno del CdL in Infermieristica, Università degli Studi di Catania, Roma e Trieste (AA 2016/2017)

G.B. Modonutti<sup>1</sup>, R. Latina<sup>2</sup>, F. Costantinides<sup>1</sup>, A. Mistretta<sup>3</sup>, A. Gambera<sup>4</sup>, M.S. Cattaruzza<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste; <sup>2</sup>CdL in Infermieristica-sede Forlanini, Azienda Ospedaliera San Camillo/Forlanini, Roma; <sup>3</sup>Dip. di Sc. Mediche, Chir. e Tecnologie Av. G.F. Ingrassia, Università degli Studi di Catania;

<sup>4</sup>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania; <sup>5</sup>Dip. di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma

### Introduzione

Il personale infermieristico è coinvolto nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie; è quindi di fondamentale importanza che conosca i rischi associati alle esposizioni dannose, come ad esempio il fumo di tabacco, per poter effettuare efficaci interventi di educazione sanitaria sulla popolazione e su particolari gruppi, come le donne in gravidanza.

### Materiali e metodi

Obiettivo del presente studio è stato quello di raccogliere informazioni sulle conoscenze degli studenti iscritti al 1° anno di alcuni corsi di laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Catania, Roma e Trieste, in merito ai rischi che il tabagismo comporta in gravidanza, durante l'allattamento e nella prima infanzia. Allo scopo è stato utilizzato un questionario anonimo, auto-

somministrato, semi-strutturato per valutare le conoscenze su queste tematiche.

### Risultati

Hanno partecipato all'indagine 157 studenti (Maschi (M): 27,4%; Femmine (F): 72,6%; età media = 21,4 anni). Solo il 41% degli studenti (M: 56%; F: 35%  $p < 0,05$ ) ritiene che la donna debba astenersi dal fumare fin dal momento della programmazione di una gravidanza, e solo il 30% (M: 44%; F: 25%;  $p < 0,05$ ) ritiene che l'astensione debba riguardare anche il partner. Inoltre, il 3% e il 16% delle matricole riportano rispettivamente che la gestante e il partner possono fumare nel corso della gravidanza. Le opinioni sugli effetti che il fumo può provocare sono le seguenti: danni all'apparato respiratorio = 55%; aborti = 50%; malformazioni = 49%; nascite pretermine = 39%; minimal

brain damages = 37%; morti fetali = 36%; nascite sottopeso = 35%; sindrome di astinenza = 26%.

Fumare durante l'allattamento è ritenuto a rischio per la salute del lattante dall'87% degli studenti. Le patologie identificate sono: crisi asmatiche = 79%; infezioni basse vie respiratorie = 69%; ritardo della crescita = 29%; disturbi dell'apparato genitale = 15%; disturbi dell'attenzione = 14%; otite media = 8%; nefriti = 7%.

### Conclusioni

Alcuni dei dati riportati dagli studenti, all'inizio del loro percorso di formazione, evidenziano conoscenze superficiali. È importante che, durante il corso di laurea, le conoscenze vengano approfondite per un duplice motivo: la tutela della loro salute e l'attività di prevenzione e promozione della salute che molti studenti andranno a svolgere nella popolazione generale.

## Sindrome di Asperger e trattamento del tabagismo: descrizione di un caso

Gorizia A. Esposito<sup>1</sup>, Giovanni Pistone<sup>2</sup>, Liborio M. Cammarata<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicologa/Psicoterapeuta; <sup>2</sup>Dirigente Medico; <sup>3</sup>Direttore

Dipartimento Interaziendale "Patologia delle Dipendenze", AA.SS.LL. NO-BI-VC-VCO, Centro di Trattamento del Tabagismo, A.S.L. NO

### Introduzione

La sindrome di Asperger (s.A.) è un disturbo pervasivo codificato dal DSM IV, che nel DSM V è confluito nell'alveo dei "Disturbi dello spettro autistico". Le caratteristiche principali di tale patologia sono rappresentate da: deficit nella comunicazione verbale e non verbale usata per i rapporti interpersonali, aree di interesse ridotte, difficoltà nel modificare i propri comportamenti per adattarsi ai vari contesti sociali, comportamenti ripetitivi e stereotipati sul piano verbale e gestuale. Queste caratteristiche si sostanziano nell'uso di oggetti e nell'adozione di movimenti e discorsi estremamente ripetitivi da cui il soggetto si distanzia con molta difficoltà. Da ciò discende un'aderenza quasi inflessibile alla routine e monotonia. Esempi ne sono: concetti e pensieri rigidamente perseguiti, gesti e situazioni quasi "rituali" (abbracci, percorrere la stessa strada e mangiare gli stessi cibi ogni giorno ad orari precisi, etc.).

Ogni minimo cambiamento proposto o coatto è fonte di stress per questi soggetti. Di contro, la loro maggioranza non presenta ritardi significativi nello sviluppo del linguaggio e delle funzioni cognitive, quindi si parla di "autismo ad alto funzionamento".

Nell'ottobre del 2015, C.F., maschio di 27 anni, affetto da s.A. dall'età di 5 anni, tabagista dall'età di 16 anni, fumatore di circa 40 sig/die, giunse alla nostra osservazione ac-

### Materiali e metodi

compagnato dalla madre per intraprendere un percorso di disassuefazione, dopo numerose ricadute. Sottoposto a valutazione clinico-funzionale e psicodiagnostica (tests MAC-T, Horn, Mondor), iniziò poi un percorso psicoterapico di tipo cognitivo-comportamentale costituito da sedute settimanali individuali focalizzate sulla gestione del craving, l'analisi funzionale dei comportamenti di uso, la valutazione delle situazioni a rischio e la prevenzione delle ricadute. Inoltre, vi fu un coinvolgimento immediato del care-giver per rinforzo esterno e monitoraggio continuo del paziente; a sei mesi dall'inizio del percorso fu iniziato anche un trattamento farmacologico sostitutivo con NRT (sistema transdermico e chewing-gum) a scalare della durata di circa 4 mesi, considerata la riferita intolleranza alla vareniclina e la ferma volontà di non utilizzare la e-cig. Per compensare inizialmente la gestualità orale e manuale fu consigliato l'uso delle sigarette NTB.

Dal conseguimento dell'astensione, le sessioni psicoterapeutiche furono settimanali per circa sei mesi.

### Risultati

A tutt'oggi il paziente risulta astinente da circa 18 mesi, compensato, con un potenziamento dell'autostima e maggiormente consapevole delle proprie capacità. Egli non ha più necessitato di trattamenti farmacologici di rinforzo ed ha imparato, tramite il trattamento cognitivo-comportamentale, strategie funzionali per la gestione della voglia di fumare (evitamento e sostituzione). Questo ha permesso, peraltro, di concepire la disassuefazione dal tabacco su lungo termine, nella prospettiva di una migliore qualità della vita. L'accento terapeutico è stato messo sulla conoscenza e sulla padronanza di queste strategie, al fine di implementare la fiducia che il soggetto ha nelle proprie capacità di riuscita anche riguardo al conseguimento di obiettivi in altri rilevanti aspetti della

propria vita (lavoro, relazioni interpersonali, famiglia).

### Conclusione

La ripetitività del gesto e l'azione modulatrice della nicotina sul sistema dopaminergico rendono difficile il conseguimento ed il mantenimento della disassuefazione tabagica nella s.A. Spesso tali pazienti tendono a ricadere, vanificando il periodo di astensione ed adattandosi ad una riduzione del numero di sigarette quotidiane nell'ottica di una cronica riduzione del danno. Nel nostro caso, una psicoterapia intensiva ed una adeguata farmacoterapia sostitutiva, nonché l'uso della carbossimetria come "specchio" della disintossicazione del corpo, unitamente ad un opportuno coinvolgimento del care-giver ed un follow up prolungato per gestire eventuali fattori di rischio, hanno prodotto una disassuefazione duratura che, a nostro giudizio, difficilmente potrà esitare in una futura ricaduta.



## A BREVE DISPONIBILE NELLE MIGLIORI LIBRERIE SCIENTIFICHE

*Il volume illustra gli attuali standard di cura del paziente adulto con Fibrosi Cistica secondo le più recenti ricerche scientifiche e linee guida per il trattamento della malattia.*

**PAOLO PALANGE**

Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive  
Università Sapienza di Roma

**sintex**  
EDITORIA

**sintex**  
Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Per prenotazioni:  
editoria@sintexservizi.it

sintexMIDIA

We change our **mode**  
not our essence

**sintex**  
servizi srl

MILANO  
[www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

"Se Dio avesse voluto  
che l'uomo indietreggiasse,  
gli avrebbe messo  
un occhio dietro la testa.  
Noi guardiamo sempre dalla parte  
dell'aurora, del bocciolo, della nascita."

V. Hugo



# Mark your **CALENDARS**



 **CHEST**<sup>®</sup>  
Annual Meeting  
2018

  
**SAN ANTONIO**  
TEXAS  
OCTOBER 6-10

## **CHEST 2018 has a new date.**

We promise to bring you the same great program content – just a littler earlier.

Registration opens spring 2018. **We hope to see you in San Antonio, October 6 to 10.**

Details Coming Soon | [chestmeeting.chestnet.org](http://chestmeeting.chestnet.org)

## Istruzioni per gli Autori

**Tabaccologia** (*Tobaccology*) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SI-TAB) 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 (SI-TAB) 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)