



Tabaccologia

Tobaccology

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

World No Tobacco Day 2016

Contaminiamoci

L'agopuntura in smoking cessation

La guerra delle Riviste Scientifiche
sulle sigarette elettroniche

Cina: il celeste impero del tabacco

Il laboratorio di fisiopatologia respiratoria
come setting favorente la smoking cessation

L'utilizzo degli "SMS" come supporto
nell'astinenza dal fumo di tabacco

A proposito di carne e tabacco

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



19th WCBIP / WCBE World Congress



JOINT MEETING OF THE
WORLD ASSOCIATION FOR BRONCHOLOGY AND INTERVENTIONAL PULMONOLOGY
& THE INTERNATIONAL BRONCHESOPHAGOLOGICAL SOCIETY

May 8-11, 2016
Florence (Italy) 

For more information on the Scientific Program,
Call for Abstract, Videofestival, Registration, Accommodation,
please visit the website

www.wcbipwcbe2016.org

Venue
Fortezza da Basso
Viale Filippo Strozzi 1
Florence, Italy



Organizing Secretariat

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

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

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

Numero Verde

800 010 033

Linde Medical Hub

Linde: Living healthcare

Medical Graphics Italia presenta

iCO™**Il primo monitor CO al mondo per il tuo tablet o smartphone!****TEST OVUNQUE E IN QUALUNQUE
MOMENTO GRAZIE ALLA SEMPLICE APP**

Medical Graphics Italia S.r.l.
Sistemi Diagnostici Cardiorespiratori

Via Simone d'Orsenigo, 21 - 20135 Milano - Tel. 02 54120343 - Fax 02 54120233
www.medgraphics.it - info@medgraphics.it



E' tempo di ripensare alla terapia respiratoria.

Astral ha posto le basi per un nuovo capitolo nella ventilazione Life Support.

Dall'impostazione iniziale all'uso quotidiano, Astral offre libertà e sicurezza terapeutica per migliorare la qualità della vita.

Astral è stato progettato per garantire la massima compliance ed efficienza, offrendo un'ampia gamma di modalità terapeutiche per pazienti adulti e pediatrici e, al tempo stesso, l'eccellenza nella ventilazione a perdite e a valvola in modalità invasiva e non invasiva in grado di adattarsi con successo al percorso e all'evoluzione terapeutica dei pazienti.

E' tempo di ripensare alla terapia respiratoria. E' tempo di pensare a ResMed.

Astral™

www.resmed.com infoitaly@resmed.com



Dalla Redazione

Ad maiora

Cari lettori

Nell'ottica della crescita di Tabaccologia, da questo numero abbiamo il piacere di annunciare il nuovo Direttore Scientifico nella figura della prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza, docente del Dipartimento di Igiene e Prevenzione della Sapienza di Roma, che succede al suo maestro prof. Gaetano Maria Fara e che, per l'appoggio incondizionato dato a Tabaccologia e alla sua mission, ringrazio di cuore a nome anche di tutta la Redazione.

Fondatrice di Unitab, col supporto del prof. Mangiaracina, polo di promozione e sensibilizzazione per il tabagismo presso l'Università Sapienza, è "ministro degli esteri" per SITAB presso l'ENSP a Bruxelles. Rigorosa, duttile, scientificamente intraprendente e umanamente speciale merita l'abbraccio di tutta la Redazione con cui scommetto ci sarà una esplosiva empatia. Ad maiora!

Il Direttore Responsabile con il suo editoriale, come al solito di "rottura propositiva" ci spiega il nuovo concetto di "prevenzione partecipata" per puntare al Tobacco Endgame: una nuova forma di contaminazione virtuosa tra scienza e cittadini, che vede la mobilitazione della rete e dei social Media, per un dialogo e una condivisione a largo raggio. Dalla Mayo Clinic di di Rochester (USA) un editoriale dei nostri amici McFadden e Croghan sulle novità relative al dibattuto ruolo dell'agopuntura in smoking cessation. La Cina, nel bene e nel male, da sempre fa notizia e nel nostro articolo di Tribuna, al di là delle intriganti curiosità storiche, le news sono piuttosto preoccupanti, per usare un eufemismo.

In Commentary andiamo a pizzicare sulla e-cig, lo confessiamo, con una punta di soddissatto sadismo, il mitico Lancet, spulciando nei suoi archivi. E troviamo che già nel 1850...

Fra gli articoli originali segnaliamo l'articolo della Menarello e Pandolfo sulle opportunità offerte dal setting di fisiopatologia respiratoria e quello di Jugovac et al. (già premio SITAB 2015 per il miglior abstract) sull'utilizzo degli SMS in smoking cessation.

In Focus On in primo piano spicca il tema dell'OMS per la Giornata Mondiale senza Tabacco 2016. L'argomento scelto è la standardizzazione del pacchetto di sigarette, ovvero la omogeneizzazione di quel "vestito" con il quale il prodotto del tabacco viene proposto agli utenti, che dai dati disponibili sembra essere una delle misure efficaci per il contrasto al tabagismo.

Nelle lettere, il Presidente SITAB, Biagio Tinghino, interviene con un approfondimento sulla diatriba carne-tabacco-cancro, argomento già affrontato in un editoriale nel precedente numero di Tabaccologia, mentre nelle News & Views viene presentato il libro sulla sigaretta elettronica spiegata scientificamente ai profani da parte del dr. Fabio Beatrice e la giornalista Johann Rossi Mason, di recente uscita.

Buona lettura a tutti.

Vincenzo Zagà
caporedattore@tabaccologia.it

Sommarario

EDITORIAL

Contaminiamoci [Giacomo Mangiaracina] 5
Let's get contaminated

La de-normalizzazione del tabacco: una sfida da perseguire! [Maria Sofia Cattaruzza] 7

Tobacco de-normalization: a challenge to be pursued!

L'agopuntura per la cessazione del fumo di tabacco: un punto di vista aggiornato 10

[David McFadden, Ivana Croghan]

Acupuncture for smoking cessation: a current view

FOCUS ON

Cambiamo il vestito! Utilità delle avvertenze illustrate sui pacchetti di sigarette 13

[Giovanni Pistone, Liborio M. Cammarata]

ABSTRACT & COMMENTARY

La Guerra delle Riviste Scientifiche sulle sigarette elettroniche. Sulla sicurezza delle sigarette elettroniche 15

The Lancet decide di sparare a zero. Come nel 1850

[Vincenzo Zagà, Daniel L. Amram]

Editorial Wars against electronic cigarettes.

On e-cig saftay, "The Lancet" decides for a massive attack against the messenger, just as in 1850...

TRIBUNA ARTICLE

Cina: il celeste impero del tabacco 19

[Vincenzo Zagà, Ylenia De Rossi]

China, the celestial empire of tobacco

ORIGINAL ARTICLE

Il laboratorio di fisiopatologia respiratoria come setting favorente la disassuefazione dal fumo di sigaretta in pazienti in fase di pre-contemplazione 26

[Rossella Menarello, Luisa Pandolfo]

The Laboratory of Respiratory Pathophysiology as a favourable setting to overcome cigarette smoking in pre-contemplation patients

L'utilizzo degli "SMS" come supporto nel secondo anno di astensione dal fumo di tabacco. 32

Uno studio di verifica dell'efficacia

[Davide Jugovac, Giulia Generoso Quartarone, Alessandro Vegliach]

"SMS" as a support of the second year of abstinence in smoking cessation: a follow-up study

NEWS & VIEWS

La "Comissão de Tabagismo" della Società Portoghese di Pneumologia 37

[Maria Sofia Cattaruzza]

The "Comissão de Tabagismo" of the Portuguese Society of Pneumology

Tutto quello che avresti voluto sapere sulla sigaretta elettronica... 38

[Biagio Tinghino]

TABAC MAIL

Carne e tabacco. Tanti rischi, ma la salute è una 39

[Biagio Tinghino]



DIRETTIVO NAZIONALE SITAB 2014-2017

PRESIDENTE

Dott. Biagio Tinghino

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

VICE PRESIDENTE / PRESIDENTE ELETTO

Dott. Vincenzo Zagà

Pneumologo, Bologna
caporedattore@tabaccologia.it

SEGRETERIA / TESORERIA

Dott.ssa Francesca Zucchetto

Psicologa, Segreteria SITAB
segreteria@tabaccologia.it

CONSIGLIERI

Prof. Giacomo Mangiaracina

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

Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza

Professore associato di Epidemiologia e Demografia,
Sapienza Università di Roma, Direttore Scientifico di Tabaccologia
mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it

Dott. Fabio Lugoboni

Servizio di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera di Verona,
Scuola di Specialità di Medicina Interna e Psichiatria, Università di Verona
fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.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
massimo.baraldo@uniud.it

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

SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

CF: 96403700584

via G. Scalia 39, 00136 Roma

Tel. 06 39722649 - Fax 06 233297645, 178 2215662

✉ presidenza@tabaccologia.it

✉ segreteria@tabaccologia.it

✉ ufficioprogetti.sitab@gmail.com

Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2016 è di € 50,00 (€ 25 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto).

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

Il modulo d'iscrizione può essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.it ed inviato alla dr.ssa Francesca Zucchetto:

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

- per fax 0393940283

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

Pubblicità e Marketing

MIDIA srl

Edizione

Midia srl - Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste

Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012

midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

MIDIA
EDIZIONI

Tabaccologia

www.tabaccologia.it

ORGANO UFFICIALE SITAB

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

Direttore Scientifico: **Maria Sofia Cattaruzza** (Roma)
mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it

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

COMITATO SCIENTIFICO-REDAZIONALE: **Daniel L. Amram** (ASL Pisa), **Christian Chiamulera** (UNI-Verona), **Fiammetta Cosci** (UNI-Firenze), **Silvano Gallus** (Istituto Mario Negri-MI), **Charilaos Lygidakis** (MMG-Bologna), **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 Michietto** (Pneumologia, Legnago), **Roberta Pacifici** (Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Nolita Pulerà** (Livorno), **Antonio Sacchetta** (Medicina, Osp. di Conegliano, Treviso), **Franco Salvati** (Oncologo, FONICAP, Roma), **Girolamo Sirchia** (Università di Milano), **Gherardo Siscaro** (Fondazione Maugeri, Agrigento), **Elisabeth Tamang** (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto-VE), **Maria Teresa Tenconi** (Igienista, UniPV), **Riccardo Tominz** (Epidemiologia, Trieste), **Pasquale Valente** (Medicina del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), **Giovanni Viegli** (Direttore CNR, Palermo), **Pier Giorgio Zuccaro** (Past Direttore OSSFAD-ISS, Roma), **Francesca Zucchetto** (Psicologa, Monza).

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

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

Segreteria di redazione/marketing: midia@midiaonline.it

Realizzazione editoriale: **Midia srl, Trieste**

Grafica, impaginazione e stampa:

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

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

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

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

Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)

Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Come ricevere la rivista:

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

b) oppure diventando socio SITAB.

Finito di stampare nel mese di aprile 2016.

Contaminiamoci

Giacomo Mangiaracina

La scienza della prevenzione vive di ambiguità proprie. Pur teorizzando in modo appropriato le azioni e le modalità di intervento, esprime forti criticità che la fanno apparire un colabrodo con cui togliere acqua imbarcata in alto mare. L'espressione è forte e non piacerà a qualcuno, ma risponde a verità se pensiamo alle malattie del progresso, ai tumori, alle dipendenze patologiche, alla cronicità indotta. Da decenni si spara a zero sul fumo, sugli eccessi alimentari, sugli stili di vita definiti impropriamente "scorretti". Partiamo proprio dal lessico "preventivologico". La correzione non piace, soprattutto ai giovanissimi, ma neppure a me. Pensare che vi sia qualcuno che corregga

gli errori altrui pone gli interlocutori nel ruolo subalterno di persone che sbagliano. Da sempre consiglio di sostituire i "corretti stili di vita" con "stili di vita salutari" o qualcosa di simile se a qualcuno il "salutismo" possa apparire peggiore della correzione.

Siamo sottoposti alla legge della contaminazione sotto ogni profilo, dalla contaminazione culturale alla contaminazione sociale e mediatica, e questo può provocare qualche problema. Il lessico lo denuncia al di là di ogni tentativo di dissimulazione. Dagli anni Venti in poi si affermò il concetto di "lotta".

È con questo proposito belligerante che nasce la lega italiana per la Lotta contro i tumori, e anche

l'*Union Internationale Contre le Cancer* creata a Ginevra nel '33 nel contesto dell'OMS. Nella trasposizione inglese divenne poi *Union for International Cancer Control*.

Era sempre UICC ma qualcosa si modificava. Il termine belligerante piaceva sempre meno. D'altro canto bisogna ammettere che da quando esistono le "leghe tumori" i tumori, ad onta di ogni speranza, sono aumentati. Regge il confronto solo la FAO. Dalla sua fondazione ad oggi, la fame nel mondo è cresciuta, fosse anche per l'incremento demografico.

La policy del "controllo" si estese così anche al Fumo. Dalla "lotta al tabagismo", gli ultimi anni del Novecento ebbero forte l'impronta

Let's get contaminated

Giacomo Mangiaracina

The Science of Prevention is now going through an ambiguous period. Even if it theorises appropriate actions and means of intervention, it also expresses harsh criticisms which makes it seem to be a colander by which one has to remove leaking water in a sinking boat. The above expression is quite strong and will not be pleasant to some readers but it responds to an actual situation, if we consider welfare caused diseases such as cancers, addictions, and induced chronic illnesses.

Since many decades without any hesitations, we have condemned smoking, excessive eating, and other lifestyles considered as "inappropriate". We are talking about

specific "language of preventive sciences". Corrections are not pleasant, neither to young people nor to oneself. To think that there may be someone who corrects one other's errors sets the interlocutors in the sub-alternative role of persons who err. Since ages, I have recommend to use terms such as "healthy life-styles" instead of "correct life-styles" or something more or less the same, in case that "healthiness", to someone, may appear worse than "correction".

We are under the laws of contamination under every profile, from cultural to social and media contamination and this may lead to some issues. The vocabulary de-

nounces this beyond any attempt of dissimulation.

From the 1920's onward it has been affirmed the concept of "campaign". It was with this belligerent proposal that the Italian League against cancer was born, and also the *Union internationale contre le cancer* created in Geneva in 1933 in the WHO context.

The British transposition became the "Union for International Cancer Control". It still was the UICC but something had changed. They liked belligerent epithets less and less. On the other hand, we must admit that ever since anti-cancer leagues has existed, in spite of all hope, cancers has increased.

del "tobacco control". Dopotutto Globalink International, che è stata la palestra in cui molti di noi tabaccologi italiani ci siamo allenati, era UICC e il "control" fu inevitabile. Tutto questo finché arriviamo al 2008, quando la SITAB, con la *European Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT)*, organizzò a Roma il primo congresso internazionale di tabaccologia al quale partecipano 500 ricercatori da 30 paesi del mondo. Una bella pietra miliare del nostro percorso e momento cruciale in cui Michael Fiore, a cui spettò la lectio di apertura del congresso, con deliberata disinvoltura, parlò alla platea dei convenuti di sconfitta definitiva del tabagismo. L'ambiguo termine "controllo", quasi a denunciare l'impotenza generale ad eradicare il tabacco dal pianeta, faceva posto alla speranza, o forse alla certezza. Perché per Michael Fiore era una certezza fuori di dubbio. Calcolò che se la tendenza di riduzione si

fosse mantenuta stabile nel tempo, si poteva auspicare che nell'arco di qualche decina di anni si poteva raggiungere la fine.

Quella fine ebbe un nome più appropriato: "fine del gioco", *Tobacco Endgame*. Perché di gioco si tratta, un gioco perverso dove alle evidenze della ricerca scientifica, fa riscontro una politica corrotta che cede alle minacce e alle seduzioni delle grandi companies, che sceglie di far quadrare i bilanci dello Stato a discapito della salute e della vita dei cittadini. Un gioco sporco dove la scienza è relegata in cantina. Ma gli uomini coraggiosi esistono, anche in campo scientifico, capaci di alzare la voce e farsi sentire.

Grazie a loro l'Australia, il Canada e altri Paesi hanno adottato la strategia *Tobacco Endgame* nonostante vi siano ancora ventate di scetticismo. La SITAB ha senz'altro aderito al Manifesto *Endgame* (www.tobaccoendgame.it) delle società

scientifiche, proposto da Fabrizio Faggiano e Collaboratori.

Quello che si impone ora è una nuova forma di contaminazione virtuosa tra scienza e cittadini, che vede la mobilitazione della rete e dei social Media, per un dialogo e una condivisione a largo raggio. È prevenzione partecipata. Ed insieme si può.

[*Tabaccologia 2016; 1:5-6*]

Giacomo Mangiaracina

✉ info@tabaccologia.it

Direttore di Tabaccologia

Only the FAO kept in game. Since its foundation up to now, famine in the world has increased, maybe just because of population increase. The "control policy" expanded also to cigarette smoking. From the "anti smoke struggle", during the last years of the Twentieth Century, a great influence came from "tobacco control".

After all, Globalink International, which had been the training ground for many of us Italian tabaccologists, was UICC, and thus "control" was the most obvious word to use. All this was until 2008, when the Italian Society of Tabaccologists, Sitab, together with the European Society for Research on Nicotine and Tobacco, organised in Rome the first International Congress of Tabaccology attended by 500 researchers from 30 different countries in the world.

A true milestone for our pathway and a crucial moment, in which Michael Fiore, who was chosen to

deliver the opening lecture of the congress, with deliberate easiness, spoke to the audience about the final defeat of tobacco addiction. The ambiguous term "control", almost as a declaration of the general incapacity to eradicate tobacco from the planet, gave way to hope or maybe even certainty, as for Michael Fiore it was a belief without any hesitation. He calculated that if the reduction tendency was to be maintained through time, we could hope that after a couple of decades the end would be attained. That end was given a very worthy name: "tobacco endgame". Because it was a game to play, a vicious game in which, against evidence from scientific research, there is, on the other side of the field, a corrupted policy which surrenders to threats and seductions of big companies, which prefer to balance states accounts to the expense of health and life of their citizens.

A dirty game in which science is confined in a storeroom. But brave people exist – even in the scientific field – who had the courage to raise their voices to be heard. Thanks to them, Australia, Canada and other countries adopted the Tobacco Endgame strategy even if there still are echoes of scepticism. Sitab obviously joined the Endgame Manifest (www.tobaccoendgame.it) of scientific societies, proposed by Fabrizio Faggiano and collaborators. What must be done now is a new way of virtuous communication between scientists and people, by means of the mobilisation of the web and social Media, to establish a debate and a wide convergence of views. This is called participated prevention. And together we can do it.

La de-normalizzazione del tabacco: una sfida da perseguire!

Maria Sofia Cattaruzza



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Da questo numero, ho il piacere e l'onore di assumere l'incarico di Direttore Scientifico di Tabaccologia per mandato del Consiglio Direttivo Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

La direzione scientifica della rivista è per me un onore e, contemporaneamente, una sfida importante. Un onore perché sostituisco, spero degnamente, il professor Gaetano Maria Fara, che è stato il mio maestro e mi ha fatto appassionare ai temi della prevenzione e alle problematiche di sanità pubblica.

Una sfida perché, come medico e soprattutto come docente universitaria, mi trovo quotidianamente a constatare quanto il tabagismo sia diffuso tra i giovani e quanti tra di essi vorrebbero smettere ma non ci riescono. La sfida è ancora più stimolante perché riscontro che anche nei corsi di medicina e delle professioni sanitarie ci sono tanti fumatori tra gli studenti che così facendo incrinano il loro futuro ruolo di "paladini" della salute. Accetto volentieri il "testimone" che il professor Fara mi lascia in una staffetta che mira a traguardi importanti.

L'Italia, al contrario di altri Paesi, non ha ancora approvato una strategia per il cosiddetto "tobacco endgame", cioè una strategia di "fine corsa" per il tabacco da realizzarsi attraverso una serie di interventi che in altre esperienze e nel lungo periodo si sono dimostrati utili per ridurre significativamente il numero dei fumatori: politiche di prezzo, limitazioni d'uso, informazioni efficaci, interventi di prevenzione primaria, campagne mediatiche, strategie di disassuefazione. Una programmazione articolata e graduale della loro attuazione ha già portato alla riduzione, pro-

Tobacco de-normalization: a challenge to be pursued!

Maria Sofia Cattaruzza

From this number, I have the pleasure and honor to hold the post of Scientific Director of Tabaccologia, granted to me by the National Council of the *Italian Society of Tabaccologia* (SITAB). To become the Scientific Director of this journal is for me an honor and, at the same time, a major challenge. An honor because I replace, I hope worthily, Professor Gaetano Maria Fara, who was my teacher and made me passionate about the issues of prevention and the problems of public health. A challenge because, as a doctor and especially as a university pro-

fessor, I see every day a lot of young people who smoke and would like to quit but they do not succeed.

The challenge is even more exciting because I see that there are many students who smoke even in the medical and health professional courses and in doing so they are compromising their future role as "defenders" of health. I gladly accept the "baton" that Professor Fara passes to me in a "relay" that has such important goals.

Italy, unlike other countries, has not yet approved a strategy for the

so-called "tobacco endgame", that is different interventions to be achieved to end tobacco consumption in the long run.

These interventions have been proven useful in significantly reducing the number of smokers: pricing policies, limitations of use, effective information, primary prevention interventions, media campaigns, cessation strategies.

Their structured plan and their gradual implementation have already led to a big reduction in the number of smokers.

Countries such as Ireland and Scotland which have adopted

gressiva e sostanziale, del numero di fumatori. Paesi come l'Irlanda e la Scozia che hanno adottato tali iniziative, prevedono di eradicare il tabagismo (cioè avere una prevalenza al di sotto del 5%) rispettivamente nel 2025 e nel 2034.

I giovani hanno un ruolo cruciale in questo processo: il 70% dei fumatori inizia prima dei 18 anni e il 94% prima dei 25! Se le nuove generazioni "semplicemente" non iniziassero a fumare la "tobacco epidemic" si estinguerebbe nel giro di qualche decade. Di questo sono ben consapevoli da anni le industrie del tabacco che, invece, per non ridurre i profitti hanno fatto e fanno di tutto per "agganciare" ("to hook" = prendere all'amo) i giovani, nuovi consumatori,

che "servono" per rimpiazzare i vecchi che muoiono.

L'Unione Europea, nella revisione della "direttiva sui prodotti del tabacco" ha posto in essere misure particolarmente importanti per la protezione della salute e delle nuove generazioni con il fine di scoraggiare l'avviamento al fumo e favorire la cessazione.

A tale riguardo si pensi all'adozione di immagini emblematiche sui pacchetti e il divieto per i produttori di impiegare gli additivi che, migliorando il gusto e riducendo gli effetti irritanti del tabacco, favoriscono il consumo.

In questo contesto, la rivista di Tabaccologia nei suoi 13 anni di storia ha fatto molto e può, anzi, deve, fare ancora di più.

Nata come organo scientifico ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), si è subito contraddistinta per essere un punto di riferimento "trasversale" per tutti coloro che si occupano, a qualsiasi titolo, di tabacco, tabagismo e patologie fumo-correlate, superando il concetto di rivista di "settore". Come è stato scritto in occasione del suo decennale, la ricchezza della rivista sta nel fatto che gli articoli spaziano dalla ricerca di base alla prevenzione, dai trattamenti per la cessazione, agli aspetti legislativi e governativi e ciò ha consentito, insieme alla versione inglese degli articoli, l'indicizzazione su *Google Scholar*, *EMCare* e *Moby Index*. Con le sue 2000 copie distribuite in Italia, un centinaio al-



such initiatives, plan to eradicate tobacco use (ie have a prevalence below 5%) in 2025 and in 2034 respectively.

Young people have a crucial role

in this process: 70% of smokers begin to smoke before age 18 and 94% before age 25! If the young generations were to "simply" not start to smoke, the "to-

bacco epidemic" would become extinct within a few decades.

Tobacco industries are well aware of this and, in order to not reduce their profits, they have done and



l'estero, e la possibilità di essere scaricata gratuitamente dal sito (www.tabaccologia.it), rappresenta uno strumento importante che consente agli operatori della sanità pubblica di essere sempre aggiornati e di gestire in maniera consapevole i problemi del tabagismo.

Il mio primo obiettivo, assumendo la direzione scientifica della rivista, è quello di infondere nuova energia per incrementare il suo impatto nella società.

Le potenzialità ci sono: la SITAB infatti fa parte di organismi internazionali quali l'ENSP (*European*

Network for Smoking and Tobacco Prevention) e la SFP-c (*Smoke Free Partnership Coalition*), che contribuiscono ad amplificare la sua capacità di incidere nella società attraverso il costante aggiornamento e la partecipazione a contesti e progetti internazionali.

Recentemente la rivista è entrata a far parte del gruppo MIDIA Edizioni (insieme a Chest, Pneumorama, Respiro e Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria) che, mantenendo il rigore scientifico, le garantisce una migliore visibilità. Con queste premesse e con rinnovata energia Tabaccologia svolgerà un ruolo essenziale per denormalizzare definitivamente l'uso del tabacco in Italia.

[*Tabaccologia 2016; 1:7-9*]

Maria Sofia Cattaruzza

✉ mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it
Direttore Scientifico di Tabaccologia

still are doing everything they can to "hook" the youngsters, the new consumers, that they need to replace the old ones who die.

With the revision of the "Tobacco Products Directive", the European Union approved important measures to protect the health of the new generations with the aim of discouraging the starting of smoking and encouraging its cessation. The adoption of pictorial warnings on packets and the ban on additives that promote consumption by improving the taste and reducing the irritating effects of tobacco, are some of these.

In this context, Tabaccologia has done a lot in its 13 years of life and it can do, actually must do, even more.

Tabaccologia was born as the official scientific body of the Italian Society of Tabaccologia (SITAB) and has been recognized as a

landmark for all those involved in tobacco, cigarette smoking and smoking-related diseases, going beyond the concept of being the journal of one specific sector. As it was written for its tenth anniversary, the journal's wealth is its broad scope: the themes of the published articles go from basic research to prevention, from cessation treatments, to legislative and governmental aspects.

This, together with the English translation of many articles, enabled the journal to be indexed on Google Scholar, EMCare and Mosby Index.

With its 2000 copies distributed in Italy, a hundred abroad and the possibility of a free download from the site (www.tabaccologia.it), it is an important tool that enables Public Health workers to be up-to-date and to consciously manage smoking related issues.

Assuming the scientific direction of the magazine, my first objective, is to breathe new energy into it to increase its impact in society. The potential is there: SITAB is part of international bodies such as the ENSP (*European Network for Smoking and Tobacco Prevention*) and the SFP-c (*Smoke Free Partnership Coalition*), which help boost its ability to influence Italian society through constant updating and participation in international contexts and projects.

Recently the journal became part of MIDIA publishing group (with Chest, Pneumorama, Respiro and Rivista Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione) which maintains its scientific rigor and guarantees better visibility. With this background and with renewed energy, Tabaccologia will play an essential role to definitively de-normalize tobacco use in Italy.

L'agopuntura per la cessazione del fumo di tabacco: un punto di vista aggiornato

David McFadden, Ivana Croghan

L'abuso a livello mondiale del tabacco continua ad uccidere più di 5 milioni di pazienti ogni anno. Con il graduale declino dei livelli di fumo nei paesi occidentali industrializzati, l'industria del tabacco ha invaso nuovi mercati potenziali in Asia e in Africa. I ricercatori del tabacco hanno rivelato la sua natura additogena più di 20 anni fa ed hanno studiato molteplici strategie per trattare questa dipendenza. Attualmente, i soli metodi basati sull'evidenza comprendono una combinazione tra counselling comportamentale e farmacoterapia.

Sfortunatamente, malgrado questi trattamenti, i tassi di cessazione a un anno mediamente raggiungono il 25-30%. Questo significa che 7 su 10 ex-fumatori ricadono entro un anno! Pazienti e operatori sanitari stanno entrambi vivendo frustrazioni a causa del fallimento dei trattamenti attualmente disponibili per la terapia del tabagismo. Proprio come accade per altre malattie croniche come ipertensione arteriosa, malattie cardiache, diabete e dislipidemie, i pazienti cercano metodi di trattamento alternativi a quelli in questo momento disponibili nella farmacopea ufficiale. Medi-

camenti fitoterapici, integratori e trattamenti alternativi non medicinali sono sempre più popolari.

La terapia con agopuntura non è routinariamente praticata solo nei paesi asiatici ma sempre di più anche nei Paesi occidentali. Sebbene i dati relativi alla sua efficacia siano limitati, ci sono riscontri positivi della sua efficacia per trattare la nausea indotta da chemioterapia [1], il dolore del tratto vertebrale lombare [2], l'ansietà pre-intervento [3], la profilassi dell'emicrania [4], l'artrite reumatoide [5], la malattia di Parkinson [6] e gli acufeni [7].

Numerosi studi clinici sulla cessa-

Acupuncture for smoking cessation: a current view

David McFadden, Ivana Croghan

Worldwide tobacco abuse continues to kill over 5 million patients per year. With the gradual decline of smoking rates in Western industrialized countries, the tobacco industry has targeted new potential markets in Asia and Africa. Tobacco researchers uncovered its addictive nature over 20 years ago and have studied multiple strategies to treat this addiction. Currently, the only evidence-based methods include a combination of behavioral counselling and pharmacotherapy. Unfortunately even with these treatments, one year cessation rates average only 25-30%. This corre-

sponds to 7 out of 10 ex-smokers relapsing within 1 year!

Patients and health care providers are both becoming increasingly frustrated with the failure of current tobacco treatments. Just as with other chronic diseases such as hypertension, heart disease, diabetes and hyperlipidemia, patients are looking to alternative methods of treatment. Herbal medications, supplements and alternative non-medicinal treatments are becoming increasingly popular. Acupuncture therapy is routinely practiced not only in Asia, but increasingly in western countries. Although data concerning its efficacy are limited, there are positive reports of its ef-

fectiveness to treat chemotherapy-induced nausea [1], low back pain [2], preoperative anxiety [3], migraine prophylaxis [4], Rheumatoid arthritis [5], Parkinson's Disease [6] and even tinnitus [7].

Numerous smoking cessation clinical trials testing the use of acupuncture have been published over the last 20 years. A recent Cochrane summarizing 38 trials yielded "mixed results". Pooled estimates suggest possible short-term effects, but there is no consistent, bias-free evidence that acupuncture, acupressure or laser therapy has a sustained benefit on smoking cessation for 6 months or more [8]. However, lack of evidence and

zione del fumo di tabacco che valutano l'uso dell'agopuntura sono stati pubblicati in questi ultimi 20 anni. Un recente report Cochrane, che riassume 38 studi ha dato "risultati misti". I dati raccolti suggeriscono possibili effetti a breve termine, ma non ci sono evidenze consistenti, prive di bias, che l'agopuntura, agopressione o terapia al laser abbiano un beneficio prolungato nel tempo sulla cessazione del fumo di tabacco per 6 o più mesi [8]. Tuttavia, la mancanza di evidenza e problemi metodologici mostrano che nessuna conclusione definitiva possa essere formulata. In un ampio studio osservazionale effettuato ad Hong Kong, Ma e collaboratori hanno riscontrato un tasso di cessazione a 26 settimane del 16,8% dopo almeno 6 sessioni di agopuntura. Coloro che hanno completato le sessioni avevano un tasso di cessazione del 24,4% contro i tassi di 7,2% per coloro che non avevano completato tutte le



sessioni. Sfortunatamente il 43,5% dei partecipanti sono stati perduti nel follow-up [9]. Per l'ex-fumatore, il periodo più vulnerabile per la ricaduta sono i primi tre mesi. Pochissimi studi sull'uso di agopuntura per la cessazione del fumo usavano frequenti o continue stimolazioni come le perle di agopressione aggiunte ad agopuntura intermittente.

Recentemente abbiamo completato uno studio pilota [10] in cui abbiamo reclutato 28 fumatori per uno studio di agopuntura intensiva. Ciascun fumatore era trattato con agopuntura auricolare due volte alla settimana per 12 settimane. Una singola perla di agopressione era applicata all'orecchio che non aveva ricevuto agopuntura e rimaneva in situ fino alla successiva ses-

methodological problems mean no firm conclusions can be drawn. In a large observational study in Hong Kong, Ma et al. reported a 16.8% quit rate at 26 weeks after at least 6 acupuncture sessions. Those who completed all 6 sessions had a 24.4% quit rate vs. 7.2% for those who failed to complete all sessions. Unfortunately, 43.5% of enrollees were lost to follow up [9]. For the ex-smoker, the most vulnerable period for relapse is the first 3 months. Very few acupuncture-smoking cessation trials used frequent or continuous stimulation such as acupressure beads plus intermittent acupuncture. We recently completed a pilot study [10] where we enrolled 28 smokers for an intensive acupuncture trial. Each smoker was given auricular acupuncture treatments twice weekly for 12 weeks. A single auricular acupressure bead was applied to the ear which did not receive acupuncture and remained in place until the next session. In addition each participant received a 10 min. behavioral counselling session by trained staff at baseline, week 4,

8 and 12 and received a brochure "smoke free and living it". Results were "mixed". Due to the intensity of the protocol and the frequency of the treatment visits, 43% of smokers dropped out of the study prior to completion. Using an "intention to treat" analysis 11% quit at 12 weeks, among those who completed all 24 acupuncture sessions, there was an 18.7% quit rate. Also there was significant reduction in number of cigarettes smoked among those who failed to quit. Overall there was a positive response among study participants where they indicated they found the program helpful and would recommend it to friends or family smoking. Smokers face a huge challenge when attempting to quit. Tobacco contains the highly addictive nicotine which has been demonstrated to cause CNS stimulation through the dopaminergic nucleus accumbens reward pathway. With its rapid bronchial absorption and circulation to the brain nicotine acetylcholine receptors within 10 seconds of smoke inhalation, the cigarette

remains the most potent and efficient nicotine delivery system ever invented. Most daily smokers become rapidly addicted even as an adolescent. The positive physiologic reactions are primarily mediated through endorphin and dopamine stimulation resulting in increased arousal, energy, ability to concentrate, appetite suppression and anxiety control. Although extensive tobacco treatment research has been done and is ongoing, including behavioral and pharmacotherapy, one year quit rates remain dismal; usually < 30-40%. Many patients are reluctant to use any medications to quit smoking. Further research using alternative methods is needed. Based on current evidence, the most appropriate role for acupuncture is as "adjunctive" therapy combined with other evidence-based methods such as behavioral/motivational interviewing and pharmacotherapy. Future acupuncture/smoking cessation studies should be completed with larger groups of smokers using an "intensive, but acceptable" protocol.

sione. Inoltre, ciascun partecipante riceveva una sessione di counselling comportamentale da operatori addestrati, all'inizio, alle settimane 4^a, 8^a e 12^a e riceveva una brochure "Smoke Free and Living It" [11]. Gli esiti sono stati "variabili". A causa dell'intensità del protocollo e la frequenza delle visite, il 43% dei fumatori lasciarono lo studio prima del completamento. Usando un'analisi "intention-to-treat", l'11% cessò a 12 settimane, mentre tra coloro che avevano completato tutte le 24 sessioni di agopuntura, ci fu un tasso di cessazione del 18,7%. Inoltre si è riscontrata una significativa riduzione nel numero di sigarette fumate tra coloro che non erano riusciti a smettere di fumare. Globalmente c'è stata una risposta positiva tra i partecipanti allo studio quando affermavano di aver apprezzato il programma di aiuto e che lo raccomanderebbero ad amici e familiari fumatori.

I fumatori affrontano un'enorme sfida quando provano a smettere. Il tabacco contiene la nicotina, sostanza altamente additogena, che, come dimostrato, è causa di una stimolazione del sistema nervoso centrale attraverso il circuito della ricompensa dopaminergico del Nucleo Accumbens. Con il suo rapido assorbimento bronchiale e interessamento dei recettori di acetilcolina del cervello entro 10 secondi dell'inalazione di fumo, la sigaretta rimane il sistema di distribuzione di nicotina più efficiente mai inventato. La maggioranza dei fumatori quotidiani diventa rapidamente dipendente anche da adolescente. Le reazioni fisiologiche positive sono primariamente mediate attraverso la stimolazione di endorfine e dopamina esitando in un aumento di eccitazione, energia, capacità di concentrarsi, soppressione dell'appetito e controllo dell'ansia. Anche se la ricerca sul trattamento del tabagismo è stata ed

è tuttora ad ampio raggio, compresa la terapia farmacologica e comportamentale, i tassi di cessazione ad un anno sono sostanzialmente deludenti, di norma meno del 30-40%. Molti pazienti sono riluttanti all'uso di qualsiasi medicamento per la cessazione del fumo di tabacco. Pertanto, stando all'evidenza attuale, il ruolo da attribuire all'agopuntura è quello di "terapia aggiuntiva" combinata con altri metodi basati sull'evidenza come il counseling motivazionale e comportamentale e la farmacoterapia. Ulteriori studi per la cessazione del fumo di tabacco con l'impiego dell'agopuntura dovrebbero essere effettuati, con gruppi più ampi di fumatori che usano un protocollo "intensivo ma sostenibile".

[*Tabaccologia 2016; 1:10-11*]

David McFadden, Ivana Croghan
Mayo Clinic Nicotine Dependence
Center, Rochester, MN 55905 (USA)

Bibliografia

1. Wu X, Chung VCH, Hui EP. Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. *Sci Rep*, 2015 Nov 26;5:18111. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4680970/pdf/srep18111.pdf>
2. Liu YT, Chiu CW, Chang CF, Efficacy and Safety of Acupuncture for Acute Low Back Pain in emergency Department: A Pilot Cohort study. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015;2015:179731, pp. 1-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539465/pdf/ECAM2015-179731.pdf>
3. Attias S, Keinan Boker L, Arnon Z. Effectiveness of integrating individualized and generic complementary medicine treatments with standard care versus standard care alone for reducing preoperative anxiety. *J Clin Anesth*, 2016, Mar;29:54-64.
4. Linde K, Allais G, Brinkhause B, Manheimer E, Acupuncture for migraine prophylaxis. *Sao Paulo Med J*, 2015 Dec; 133(6):540. <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v133n6/1516-3180-spmj-133-06-00540.pdf>
5. Attis AM, Ibrahim FA, Abd El-Latif NA, Therapeutic antioxidant and anti-inflammatory effects of laser acupuncture on patients with rheumatoid arthritis. *Lasers Surg Med* 2016, Feb 14 [Epub ahead of print]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26875769>.
6. Zeng BY, Zhao K. Effect of Acupuncture on the Motor and Non motor symptoms in Parkinson's disease-A review of Clinical Studies. *CND Neurosci Ther*, 2016 Feb. 4 [Epub ahead of print]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26843036>.
7. Laureano MR, Onish Et, Bressan RA. The effectiveness of acupuncture as a treatment for tinnitus: a randomized controlled trial using 99m-ECD SPECT. *Eur Radiol* 2016, Jan 8 [Epub ahead of print]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26747258>.
8. White AR, Rampes H, Liu JP. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 23;1:CD000009. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24459016?otool=mnmcclib&myncbishare=mnmcclib>
9. Ma e, Chan T, Zhang O. Effectiveness of acupuncture for smoking cessation in a Chinese population. *Asia Pac J Public Health* 2015;27:NP 2610-22.
10. McFadden DD, Chon TY, Croghan IT, Trial of intensive acupuncture for smoking cessation: a pilot study. *Acupunct Med* 2015;33:375-380.
11. Croghan IT, Trautman JA, Winhusen T, et al. Tobacco dependence counseling in a randomized multisite clinical trial. *Contemporary clinical trials*. Jul 2012;33(4):576-582.

World No Tobacco Day 2016 Cambiamo il vestito!

Utilità delle avvertenze illustrate sui pacchetti di sigarette

Giovanni Pistone, Liborio M. Cammarata

La WHO, negli ultimi tre anni, ha rispettivamente scelto come obiettivi principali la diffusione del divieto di pubblicità, l'aumento della tassazione e la lotta al contrabbando dei prodotti di tabacco, tutte azioni la cui efficacia nella lotta al tabagismo è stata dimostrata con l'evidenza oggettiva degli studi epidemiologici. Nel 2016, l'argomento scelto è la standardizzazione del pacchetto di sigarette, ovvero la omogeneizzazione del "vestito" con il quale il prodotto del tabacco viene proposto agli utenti [1]. Più questo "vestito" è attraente, colorato, vario, più il fumatore (già afflitto dalla dipendenza) è invitato ad acquistarlo ed a collegare il contenuto, già nell'immagine iniziale, ad un'esperienza viva piacevole e finanche seducente.

Il pacchetto, oltre ad essere uniformato per tutti i brands senza colori, logo, slogan ed immagini persuasive, dovrà recare solo il nome del marchio ed il contenuto, con caratteri uniformati dai colori scuri e con immagini dissuasive (es. foto di soggetti malati). Inoltre, non dovrebbe più contenere informazioni sul contenuto di nicotina o di catrame, ritenute fuorvianti nei confronti dell'acquirente e, in più, dovrebbe riportare gli ammonimenti sui danni per la salute in caratteri più grandi di quelli attuali.

Tutto ciò per ottemperare alla raccomandazione contenuta negli articoli 11 e 13 delle linee guida della Framework Convention on Tobacco Control. Tale azione rientra a pieno titolo tra quelle previste per un approccio multisettoriale del controllo sul tabacco. Gli obiettivi per il 2016 sono quindi:

- Evidenziare il ruolo della omolo-

gazione del pacchetto come parte di un approccio omnicomprensivo nella lotta al tabagismo;

- Facilitare lo sviluppo di politiche governative da parte dei Paesi membri dell'Oms finalizzate a globalizzare quest'azione attraverso la diffusione di evidenze scientifiche e di informazioni sulla sua utilità;
- Incoraggiare i Membri a potenziare le misure restrittive già esistenti su sponsorships, promozione e induzione al consumo dei prodotti del tabacco, affinché l'azione sul packaging sia una parte dello stesso fronte d'onda (quello dell'"immagine" della sigaretta);
- Supportare i Paesi membri e la società civile contro l'ingerenza dell'industria del tabacco e gli ostacoli posti alle azioni politiche concernenti la legislazione della standardizzazione del pacchetto.

L'Australia è l'unico Paese ove queste disposizioni sono oggi osservate integralmente, sulla base di una Legge varata nel 2012. L'esperienza ad un anno dall'entrata in vigore di tale legge è raccontata in uno studio condotto nel 2014 [2,3] su un campione di più di 4000 fumatori per evidenziarne gli effetti. Scopo dello studio era quello di valutare il conseguimento di tre obiettivi ritenuti fondamentali nella fase di stesura della legge, cioè: la riduzione del richiamo "visivo" del prodotto e il conseguente impatto sulla vendita; l'incremento della percezione e dell'efficacia degli avvisi sulla salute riportati sul pacchetto; la riduzione delle informazioni fuorvianti circa i danni prodotti dal fumo di sigaretta (es. il termine "light" od il contenuto di CO indicato



come "più basso" etc.). I risultati sono incoraggianti, con un significativo raggiungimento di tutti e tre gli obiettivi su una larga fascia della popolazione in studio nel periodo di osservazione di 12 mesi. Uno studio di simile concezione, confermò gli effetti dissuasivi dei nuovi pacchetti anche tra i giovani adulti, indotti a fumare meno od a prendere in considerazione l'idea di smettere di fumare [4].

Anche in Francia, nel Regno Unito ed in Irlanda dovrebbero essere prodotti pacchetti con le caratteristiche sopra citate a partire dal maggio di quest'anno e la vendita di quelli non omologati dovrebbe diventare illegale in questi Paesi a partire dal maggio 2017. In Canada, già nel 2011 furono introdotti dei cambiamenti nella struttura dei pacchetti, con 16 nuovi messaggi riguardanti i danni per la salute che coprivano il 75% della facciata.

L'attuale Primo Ministro Trudeau ha inserito nel suo programma elettorale l'introduzione del plain packaging come azione governativa di contrasto al tabacco, ed ha incassato riscontri positivi in tal senso da numerose associazioni scientifiche, tra cui la Società Canadese di Oncologia [5], e non scientifiche, tra cui la Healthier Kids. L'Unione Europea ha introdotto la proposta del plain packaging in tutti gli Stati Membri nelle nuove Linee Guida sui prodotti del tabacco.

In Nuova Zelanda, dopo un'iniziale esitazione per osservare l'esito del contenzioso tra Australia e cinque Paesi membri del W.T.O.

(Organizzazione del Commercio Mondiale), il Governo ha deciso nel 2013 di elaborare un dispositivo legislativo che prevedesse il plain packaging sulla scorta di quello già in vigore in Australia [6]. La legge, rivista nel 2014 e nel 2015, non è ancora entrata in azione ma il Governo sembra comunque muoversi in tale direzione in tempi brevi. Nell'attesa, per incrementare ulteriormente l'azione del plain packaging, è stato condotto uno studio pilota ove il principio dell'"impoverimento estetico" e della dissuasione graficamente espressa è stato applicato alla sigaretta stessa. Hoek et al. [7], hanno testato su circa 300 fumatori una sigaretta esteticamente diversa da quelle attuali (bianche con filtro marrone chiaro), vestendola con colori molto meno attraenti (giallo-marrone e verde) disposti a chiazze.

Inoltre, la presenza di una sorta di grafico millimetrato sulla sigaretta, con delle lineette indicanti "un minuto di vita perso" a mano a mano che la sigaretta viene consumata (partendo da "0" all'inizio fino a "15" in prossimità del filtro), ha determinato nei fumatori una minore voglia di fumare ed un maggiore numero di sigarette fumate a metà. L'idea di agire sul marketing del tabacco modificando la veste grafi-

ca del pacchetto di sigarette fu diffusa per la prima volta in Nuova Zelanda nel 1989, dal Dipartimento di Tossicologia del Ministero della Salute Pubblica: i pacchetti avrebbero dovuto essere bianchi con i caratteri neri senza "logo", slogans o colori e disegni particolarmente accattivanti. Negli anni '90 in Canada, un'apposita Commissione parlamentare argomentò che l'omologazione del packaging fosse un "ragionevole passo nell'ambito di una strategia globale per ridurre il consumo di tabacco".

La proposta fallì per via delle pressioni, dirette ed indirette, dell'Industria del tabacco e per il ricambio dei ministri al termine della legislatura. Le argomentazioni contrarie al plain packaging, mosse dall'Industria del tabacco, riguardano: l'incoraggiamento del contrabbando, il cambio di preferenza dell'acquirente che tenderebbe a rivolgersi a marchi più economici e l'impoverimento generalizzato dei lavoratori del settore (dalla produzione, alla distribuzione ed alla vendita), con ripercussioni sull'economia dei vari Paesi ove tale legge fosse adottata.

Infine, alcune Compagnie hanno invocato l'illegalità del provvedimento [8]. Tutte queste ipotesi sono state analizzate e sconfessate da

un'ampia revisione dei dati condotta da Scollo et al. [9]. La Philip Morris ha mosso una vera e propria azione legale nei confronti del governo australiano. Nel 2012, un altro Ente Commerciale americano ha lanciato una campagna mondiale contro il plain packaging e sembra che altre Compagnie abbiano finanziato alcuni Governi (tra cui Cuba, Ucraina ed Honduras), attraverso l'azione della W.T.O., affinché protestassero contro la legge attuata in Australia.

Sulla base dei dati fin'ora registrati e per i motivi sopra riportati, appare evidente che il plain packaging sia una delle misure efficaci per il contrasto al tabagismo ed è auspicabile che la legislazione a favore di tale misura sia realizzata ed applicata il più estesamente e velocemente possibile nel mondo.

[Tabaccologia 2016; 1:13-14]

Giovanni Pistone

✉ pistone.giovanni@gmail.com
Dirigente Medico, Dipartimento
Patologia delle Dipendenze,
Referente C.T.T., A.S.L. NO Novara

Liborio M. Cammarata

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

Bibliografia

1. WNTD 2016: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/en>.
2. Aftinet Media Release "Australian High Court rules against big tobacco on plain packaging". AFTINET (Australian Fair Trade & Investment NETWORK Ltd.) 25 February 2014.
3. Wakefield M, Coomber K, Zacher M et al. "Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey". *Tob Control* 2015;24:ii17-ii25.
4. Moodie C, Mcintosh AM, Hastings G et al. "Young adult smokers' perceptions of plain packaging: a pilot naturalistic study". *Tobacco Control* 2011;20(5):367-373.
5. Canadian Cancer Society "Society welcomes commitment to tobacco plain packaging". www.cancer.ca 29 February 2016.
6. Office Of The Associate Minister Of Health "Smoke-free environments (Tobacco plain packaging) Amendment Bill: Approval for introduction". Paper to Cabinet Legislation Committee 16 December 2013. (www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/cabpaper-11dec13-pdf).
7. Hoek J, Gendall P, Eckert C et al. "Dissuasive cigarette sticks: the next step in standardised ("plain") packaging?" *Tobacco Control* 2015 doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052533.
8. Doward J. "U.S. free market group tries to halt sales of cigarettes in plain packets in U.K." *The Guardian* - London - 15 July 2012.
9. Scollo M, Zacher M, Durkin S et al. "Early evidence about the predicted unintended consequences of standardised packaging of tobacco products in Australia: a cross-sectional study of the place of purchase, regular brands and use of illicit tobacco". *British Med. Journ.* 2014 - doi: 10.1136/bmjopen-2014-005873.

La Guerra delle Riviste Scientifiche sulle sigarette elettroniche

Sulla sicurezza delle sigarette elettroniche The Lancet decide di sparare a zero. Come nel 1850

Vincenzo Zagà, Daniel L. Amram

Un "editoriale anonimo" di *The Lancet* di recente uscita [1] brandisce l'ascia contro l'ultimo report di *Public Health England* (PHE) in cui si afferma che le sigarette elettroniche (e-cig) sono "circa il 95% più sicure del fumo di tabacco" [2].

Il *Lancet* non è mai stato tenero con le e-cig e non ama in particolare l'immagine di quel "95 per cento"; ma piuttosto che proporre una cifra alternativa, ha scelto di sparare sul report del PHE. L'edi-

toriale fa risalire la stima del 95% a uno studio scritto da David Nutt e colleghi, e pubblicato sull'*European Addiction Research* nel 2014 [3], i quali vengono descritti come "uno sparuto gruppo di individui con nessuna competenza specifica in tema di controllo del tabacco". Questa è una "notizia" che ovviamente fa trasecolare i tabaccologi, quanti collaborano con gli Autori e gli stessi Autori come Martin Dockrell, che ha lavorato fino a poco tempo fa ad "Action on

Smoking and Health" e David Sweanor, un membro veterano della "Canadian Non smoker's Rights Association". Entrambi sono stati co-autori della pubblicazione, come lo è stato anche Karl Fagerström, uno scienziato della dipendenza da tabacco mondialmente rinomato che ha legato il suo nome al test di nicotino-dipendenza. Gli altri otto autori hanno pure essi esperienza rilevante, compreso lo stesso Nutt, il quale nel 2010 [4], radunò un gruppo simile di

Editorial Wars against electronic cigarettes

On e-cig safety, "The Lancet" decides for a massive attack against the messenger, just as in 1850...

Vincenzo Zagà, Daniel L. Amram

An "anonymous editorial" of "The Lancet" [1] recently raised the sword against the recent report of Public Health England (PHE) in which it was declared that the e-cigs are "around 95% safer than tobacco cigarettes" [2]. "The Lancet" had never been too keen on e-cigs and even less on the iconic "around 95% safer" thing; but rather than suggesting an alternative estimation on global e-cig safety with respect to traditional cigarettes, she decided to shoot on the PHE report. The Edi-

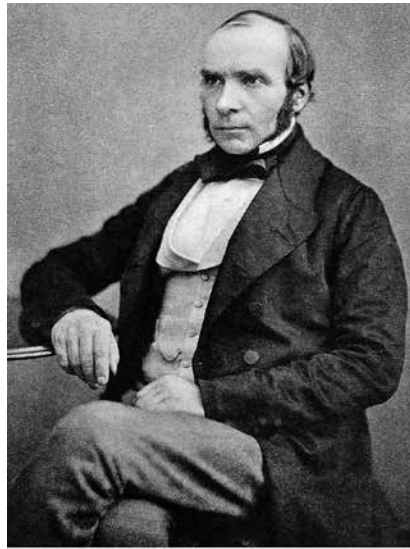
torial traced the 95% estimation to an article written by David Nutt and colleagues and published by European Addiction Research in 2014 [3]. "The Lancet" accused PHE to rely upon "the opinions of a small group – that is – "an extraordinary flimsy foundation" of individuals "with no prespecified expertise in tobacco control" to base a "landmark review of evidence about e-cigarettes", and thus on this occasion, PHE had "fallen short of its mission". This news obviously boggled the

tobaccoologists who had collaborated with the authors and the authors themselves. Such as Martin Dockrell, who worked until recently with "Action on Smoking and Health", and David Sweanor, veteran member of "Canadian non smokers' Rights Association". Both were co-authors of the article, together with Karl Fagerström, a world-renowned nicotine scientist who linked his name to the famous nicotine dependence test. The other eight co-authors have relevant experience on the smoking

esperti per valutare i rischi di varie sostanze additive per uno studio pubblicato proprio su *Lancet*. In quella occasione del 2010, il gruppo sulla droga di Nutt era formato da solo tre componenti che si incontrarono per un workshop di un giorno a differenza del suo gruppo sulla e-cig che era formato da ben 11 membri con un briefing di lavoro durato due giorni. Allora c'è da chiedersi qual è il "gruppo sparuto"!

Non certamente quello di Nutt sia per numero che per crediti professionali. E per non avere ulteriori dubbi sul vero significato dato alla terminologia di "gruppo sparuto" evidentemente utilizzata da *Lancet* più in senso figurato che numerico ci viene in soccorso il Dizionario Treccani: "In usi figurati: che è in numero esiguo, quantitativamente irrilevante e con tono di compatimento o leggermente spregiativo" [5]. Con una prevedibilità sconsolante, *Lancet* si scaglia con un attacco

"ad personam" in particolare su due degli 11 autori dello studio di Nutt. L'editoriale annota che uno degli autori fece una consulenza per un distributore di e-cig e un altro era stato consulente per un'industria farmaceutica.



John Snow

cessation field, including Professor Nutt who chaired an expert panel in 2010 [4] to assess risks upon numerous addictive substances for a study published right by "The Lancet". In that occasion, the panel of experts, headed by Nutt, consisted of three members who met in a single day workshop. The e-cig group consisted of 11 experts who worked for two days. So we wonder which may be considered as a "flimsy foundation"! Certainly not the latter group captained by Nutt either for number or for professional credits. Not to have any doubts on what The Lancet Editorial meant by "flimsy", obviously used figuratively rather than numerically, let's check the Oxford Dictionary meaning of the word: 1. badly made and not strong enough for the purpose for which it is used; or 2. (of material) thin and easily torn; or 3. difficult to believe [5]. With a disarming predictability, "The Lancet" launched a personal attack, particularly up-

on two out of the 11 co-authors of Nutt's study. The Editorial pointed out that one of them had been a consultant for a e-cig distribution plant and another had been a pharmaceutical industry consultant. Since Big Pharma does not manufacture e-cigs which are seen as rival nicotine products, it is arguable if the latter of the two authors could be considered as having a conflict of interests, also because such putative conflicts are clearly declared in the original paper. According to "The Lancet", the declared interests of the two out of 11 authors cited by PHE raises serious questions not only on the conclusions of the PHE report, but also on the quality of the peer review process. To these two authors we could add a third who, in the first years of the new millennium, had accepted, too lightly on our opinion, a research funding upon endothelium damage due to cigarette smoking directly from Philip Morris [6]. This doesn't mean

Siccome Big Pharma non fabbrica e-cig, che semmai vede come un rivale per i loro prodotti alla nicotina, è discutibile se il secondo di questi due autori sia da considerare in conflitto d'interessi, visto che comunque questi loro conflitti di interesse sono stati riportati nero su bianco nello studio originale. Secondo *The Lancet*, gli interessi dichiarati dei 2 Autori su 11 dello studio citato da PHE "solleva serie domande non solo sulle conclusioni del report PHE, ma anche sulla qualità del processo di peer review". A questi due potremmo aggiungere anche un terzo che nei primi anni 2000 accettò, a nostro avviso con leggerezza, un finanziamento da Philip Morris per una ricerca sui danni all'endotelio nei fumatori [6].

Ciò non vuol dire in assoluto che tutte le ricerche in cui sono presenti questi tre Autori siano automaticamente inficiate e debbano essere bollate a priori, senza scendere nel merito.

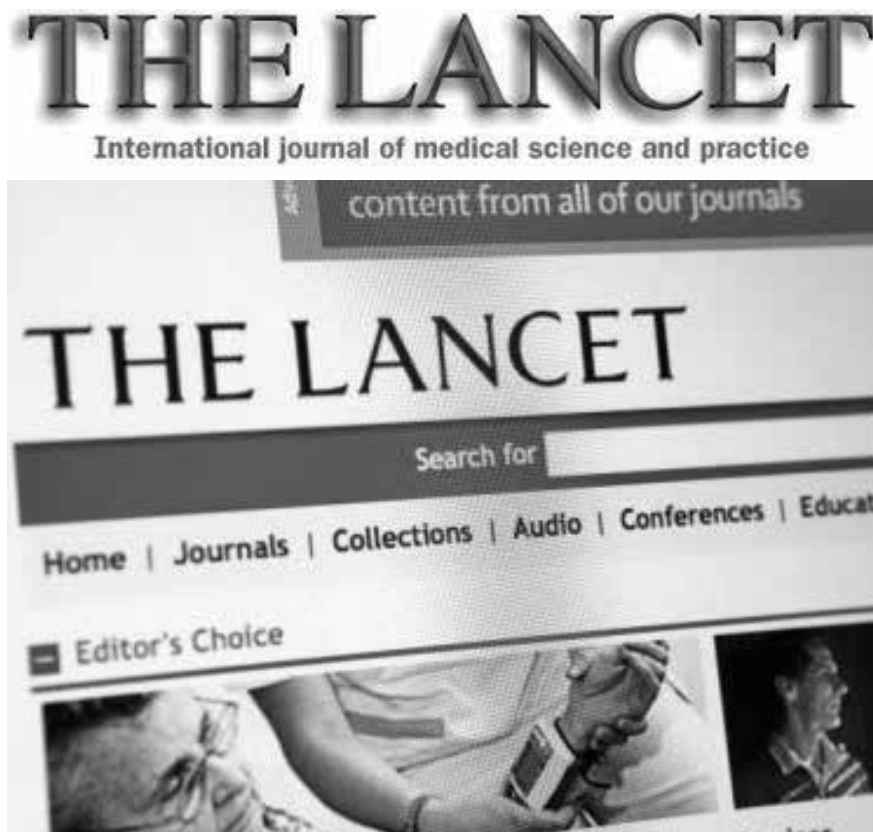
that all research done by these three authors must be automatically affected and branded aprioristically.

This ridiculous attempt to "make a mountain out of a molehill" suggests that "The Lancet" is less interested on scientific evidence evaluation, but much more in searching, almost obsessively, compromising elements that may somehow shade the authors of the PHE report, and consequently its scientific credibility, in front of the scientific community. This is a technique that the journal knows well, ever since it was utilised against a legendary scientific pioneer like John Snow, back in 1850. When Snow concluded that cholera was spread by water supply and not, like the main scientific opinion sought at that time, through the air, publishing the results of his work in a manual (*On the Mode of Communication of Cholera*) [7], "The Lancet" accused him to be unreliable because he was on the

Pertanto, questo tentativo discutibile di partorire una montagna da un granello di sabbia suggerisce che *The Lancet* è meno interessata alla valutazione di evidenza scientifica e molto più ad andare alla ricerca quasi ossessiva di elementi compromettenti che possano in qualche modo oscurare la credibilità professionale e scientifica degli Autori del report PHE agli occhi della comunità scientifica.

Questa è una tecnica che la rivista conosce bene e che mette in atto e perfeziona fin da quando fu attuata a proposito del leggendario pioniere scientifico *John Snow* nel 1850. Quando *Snow* concluse che il colera si diffondeva attraverso la rete idrica e non, come l'allora imperante opinione medica asseriva, attraverso l'aria, pubblicando i risultati delle sue ricerche in un'opera che fece la storia della Medicina (*On the Mode of Communication of Cholera*) [7].

The Lancet l'accusò di non essere attendibile in quanto a libro paga



pay roll of a polluting industry. And she was right. He was. But this didn't mean that the spreading of cholera by means of the water supply theory was not correct. In 1883, Robert Koch demonstrated the bacterial hypothesis and, in 1890, the health minister John Simon publicly recognised Snow's fundamental contribution. Finally, "The Lancet" decided to remedy to the error two years ago with a renowned funeral elegy. Cicero's Latin locution "*Historia magistra vitae*" obviously wasn't applied by "The Lancet", at least by evaluating facts and not persons. On the other hand, the statement that e-cigs are less harmful than tobacco cigarettes does not rely only on David Nutt's study. The latest PHE report validates what had been published before in another PHE report by different authors who concluded that health risks given by e-cigs "are almost surely very small". There is quite a lot of toxicological evidence which prove that e-cig contaminants are of a lower

order of magnitude with respect to those of tobacco cigarettes, including a study which concluded that "none of thousands of chemicals present in tobacco smoke, including 40 known carcinogens, are shown to be present in vapour of e-cig cartridges in quantities higher than "trace amount". The National Institute for Health and Clinical Excellence in UK evidenced in 2012 that "there are no certain cases of harm directly attributed to e-cig use". Up to today, the main hazards associated to e-cigs involve users who provoked bursts due to inadequate cartridge use. If there is to be an issue about the PHE report, it could be the far too peremptory declaration about the fact that e-cigs are "about 95% safer than tobacco cigarettes, with an error margin of 5% in one side and in the other". It would have been better to throw the ball to the e-cig detractors' field by evidencing that e-cigs are on the market since years, millions of people use them, no case of fatal outcome

from use has been reported, and there is, at the moment, no evidence that e-cigs may cause serious issues to users.

In conclusion, in this soap opera on the e-cigs, the scientific community should give a definitive opinion on the actual toxicological composition of e-cigs versus tobacco cigarettes. This could be a starting point for a confrontation based on appropriate studies, some of which already available, on short, middle and long term toxicity, on the possible roles of e-cigs, in a harm reduction perspective, but also on the role of e-cigs as a gateway for tobacco smoke enhancing for teens and young adults. We must say that this event, at the end, makes us consider "The Lancet", unwillingly more likeable because the magazine is sometimes affected by prejudice, conformism and moralism which tarnishes scientific evidence on a subject that coincidentally has a good piece of public and scientific opinion as detractors. That is to say, a bit more human.

di industrie inquinanti. Ed essi in questo senso avevano ragione perché lo era. Ma questa opposizione non fermò la teoria del contagio idrico del batterio del colera dall'essere corretta e la teoria del miasma dall'essere sbagliata. Le ricerche successive dimostrarono che le sue ipotesi sulla trasmissione del colera erano assolutamente corrette. Infatti nel 1883 Robert Koch ne dimostrò l'ipotesi batteriologica e nel 1890 John Simon, allora ministro inglese della sanità, riconobbe pubblicamente l'apporto fondamentale di Snow alla conoscenza epidemiologica del colera. *The Lancet* finalmente decise di porre rimedio all'errore due anni fa con il suo noto elogio funebre, postumo e di circostanza.

La locuzione latina *Historia magistra vitae* di Cicerone però non sembra sia servita a *The Lancet* quanto meno per portare la rivista a valutare i fatti e non le persone. D'altro canto la dichiarazione che le e-cig siano molto meno rischiose delle sigarette di tabacco non dipende dal singolo studio di David Nutt. L'ultimo report PHE avvalorava quanto già pubblicato in un report PHE precedente da autori differenti che conclusero che i rischi per la salute posti dalle e-cig sono "con ogni probabilità molto scarsi" [2].

C'è ormai un bel po' di evidenza tossicologica in letteratura scientifica che dimostra che i contaminanti delle e-cig sono dell'ordine di grandezza di gran lunga più bassa

rispetto a quella trovata nelle sigarette di tabacco, compreso uno studio che concludeva che "nessuna delle migliaia di sostanze presenti nel fumo di tabacco, compresi i 40 carcinogeni conosciuti, hanno dimostrato essere presenti nelle cartucce di vapore delle e-cig in quantità maggiori di quantità di tracce" [2].

L'Istituto Nazionale di Eccellenza Clinica e di Salute inglese (*The National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE*) segnalò nel 2012 che "non ci sono sicuri casi di danno direttamente attribuibili all'uso delle e-cig". Ad oggi, i maggiori pericoli associati con le e-cig hanno coinvolto utilizzatori che hanno provocato lo scoppio a causa dell'utilizzo di caricatori inappropriati.

Se si vuole trovare a tutti i costi un punto di discussione nel report PHE, semmai, può essere la dichiarazione troppo perentoria e tassativa fatta e cioè che le e-cig siano "più sicure delle sigarette del tabacco intorno al 95%", quando evidenza scientifica suggerirebbe che sarebbe più accurato dire "almeno il 95% più sicuro rispetto al fumo di tabacco, con un margine di errore del 5% sia in un senso che nell'altro".

Ancora meglio, sarebbe buttare la palla nel campo dei denigratori della e-cig, evidenziando come le e-cig sono sul mercato ormai da anni, milioni di persone le usano, non sono riportati esiti fatali da utilizzo e non c'è alcuna evidenza,

al momento attuale, che possono portare a un danno serio. Forse è giunta l'ora che siano i denigratori a fornire l'onere della prova.

In conclusione, in questa telenovelas sulla sigaretta elettronica la comunità scientifica, a nostro avviso, dovrebbe pronunciarsi in via definitiva sulla sua reale composizione tossicologica versus sigaretta di tabacco. Da qui si potrà partire per confrontarsi in base a studi appropriati, alcuni dei quali già conclusi, sulla sua tossicità a breve, medio e lungo, sul possibile ruolo della e-cig nella riduzione del danno e nella smoking cessation, e sulla e-cig come porta d'ingresso o meno alla sigaretta di tabacco negli adolescenti. Infine dobbiamo dire che questa vicenda, tutto sommato ci rende *The Lancet*, suo malgrado, più simpatica in quanto anch'essa soggetta a pregiudizi, perbenismi e moralismi che offuscano l'evidenza scientifica su un argomento che, guarda caso, ha una bella fetta di opinione pubblica e di mondo scientifico contro. Insomma un po' più umana.

[*Tabaccologia 2016; 1:15-18*]

Vincenzo Zagà

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

Daniel L. Amram

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

Bibliografia

1. Editorial. E-cigarettes: Public Health England's evidence-based confusion. *The Lancet*, August 2015; vol 386, 29:829.
2. McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. *Public Health England*, August 2015:1-113.
3. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, Fagerstrom K, Letlape K, Milton A, Polosa R, Ramsey J, Sweanor D. Estimating the Harms of Nicotine-Containing Products Using the MCDA Approach. *Eur Addict Res* 2014;20:218-225.
4. <http://www.treccani.it/vocabolario/sparuto/>
<http://www.oxforddictionaries.com/it/definizione/learner/flimsy>.
5. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376:1558-1565.
6. <http://www.liaf-onlus.org/philip-morris-finanzia-ricerca-tabagismo/>.
7. https://books.google.co.uk/books?id=-NO_AAAAcAAJ&printsec=frontcover&dq=John+Snow&hl=en&sa=X&ei=Qr-fwT7TzNoPV8gPovoCuDQ#v=onepage&q=John%20Snow&f=false.

Cina: il celeste impero del tabacco

China, the celestial empire of tobacco



Vincenzo Zagà, Ylenia De Rossi

Riassunto

Poco meno di un secolo dopo la scoperta dell'America iniziò l'irresistibile ascesa del tabacco in Cina fino a portare l'attuale Repubblica Popolare Cinese a diventare leader mondiale del tabacco detenendo il 40% della produzione mondiale di sigarette. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) calcola che i cinesi fumatori siano oltre 300 milioni, pari a un quarto della popolazione cinese, il 36% dei fumatori su scala mondiale, con una media di 22 sigarette al giorno. In Cina i fumatori sono quasi interamente uomini con oltre il 50% mentre le donne rappresentano solo il 2,4% della popolazione fumatrice. A fronte di tutto ciò il numero di decessi causati dal tabacco, per la maggior parte tra la popolazione maschile, nel 2010 ha raggiunto il numero di 1 milione di vittime. In Cina un giovane su tre rischia di morire in modo prematuro a causa del fumo. Il Governo Cinese sta cercando di correre ai ripari con disposizioni di legge, talora anche draconiane, per arginare questa epidemia e limitare i danni alla popolazione.

Parole chiave: Cina, Repubblica Popolare Cinese, fumo di tabacco, epidemia da tabacco, leggi antifumo.

Abstract

A bit less than one century after the discovery of America, the irresistible rise of tobacco in China began, until nowadays in which the actual People's Republic of China became the World's number one leader of tobacco, with a record of 40% of the whole world's cigarettes production. The World Health Organization (WHO) calculates that the Chinese people who smoke are over 300 million, about one fourth of the entire Chinese population, 36% of smokers worldwide, with an average of 22 cigarettes a day. In China the smokers are almost entirely men, being more than 50%, whilst women represent only the 2,4% of the population of smokers. In front of all this, the number of deaths caused by tobacco, mostly among the males, in 2010, reached the number of one million victims. In China, one youngster out of three risks to die prematurely because of tobacco smoke. The Chinese Government is trying to run for cover with statutory provisions, sometimes even draconian, in order to curb this epidemic and limit damage in the population.

Keywords: China, People's Republic of China, tobacco smoke, tobacco epidemic, laws against tobacco smoking.

"Come potevo immaginare che oltre i sapori di questo mondo ve ne fosse un altro che meritava di essere provato?"

(CAO XIBAO, 1719-1792)

Introduzione

Il settore del tabacco in Cina riveste un ruolo di primo piano nell'economia del paese sotto vari punti di vista. La Repubblica Popolare Cinese è divenuta leader mondiale del tabacco detenendo il 40% della produzione mondiale di sigarette.

È il maggior produttore della materia prima e, per ragioni demografiche, è il paese con il numero più alto di fumatori. Oggi la situazione si presenta florida, ma non è sempre stato così. Si ricorda che il tabacco ha fatto il suo ingresso nella Terra di Mezzo ben più di 400 anni fa [1], quando il paese si presentava isolato e privo di interazioni e rapporti commerciali con il resto del mondo ma, da sempre abili negli affari, i cinesi capirono subito che il prodotto sarebbe potuto divenire una risorsa all'interno

del paese. Le dinamiche sociali, come si vedrà di seguito, hanno giocato certamente un ruolo preponderante nello sviluppo del settore. Come sosteneva Oscar Wilde "La sigaretta è il tipo perfetto del perfetto piacere. È squisita e ti lascia insoddisfatto. Che cosa si potrebbe chiedere di più? [2]".

Anche in Cina, come nel resto del mondo, una volta entrato nel mercato, il tabacco prima e le sigarette poi, hanno subito incontrato il consenso della società, entrando a far parte della schiera dei beni

di consumo. Fin da principio, il tabacco era un segno distintivo della classe di appartenenza, e subito le sigarette hanno ricoperto un ruolo sociale: erano un modo per instaurare e rafforzare le cosiddette *guanxi* [3].

Scambiarsi sigarette e fumare insieme diventò uno dei modi più efficaci per costruire e mantenere il sostegno e i legami sociali. In particolare, all'interno della classe politica, era un modo per negoziare e ottenere favori [4]. La natura sociale del tabacco in Cina si riscontra anche nello scambio di doni tra amici e conoscenti: assieme al tè, all'alcool e ai prodotti alimentari, il tabacco divenne un elemento importante per dimostrare la propria riconoscenza nei confronti degli ospiti.

Retrospectiva storica del tabacco in Cina

Nativa del continente americano, la pianta del tabacco, già nota e utilizzata tra il popolo dei Maya e i nativi americani, fu conosciuta da Cristoforo Colombo con lo sbarco nel Nuovo Mondo, il 12 ottobre del 1492 [5]. Dopo alcuni decenni, gli spagnoli che si erano trasferiti nel luogo, impararono a fumare e

grazie ai loro traffici commerciali, il tabacco venne rapidamente propagandato in tutto il mondo attraverso i marinai che portavano foglie e semi dovunque arrivassero [6].

Inizialmente veniva associato al culto delle divinità praticato dai nativi americani, perciò la sua diffusione fu rapida, ma non immediata a causa della connotazione malvagia che gli veniva attribuita. Si ebbe una svolta quando negli anni settanta del '500, alcuni medici spagnoli iniziarono a utilizzarlo come medicinale. Da quel momento si cominciò a esportarne grandi quantità, prima nei porti europei, e successivamente nel Sud-Est Asiatico. Agli inizi del diciassettesimo secolo, il tabacco venne ampiamente coltivato e consumato nelle Filippine, Java, India, Giappone e Corea, nonché nell'impero cinese, all'epoca sotto la dinastia Ming.

A differenza dei prodotti alimentari importati dall'America, il tabacco è stato l'unico a prendere il sopravvento in Cina. Veniva considerato una "delizia per tutti i giorni", non una necessità, come, ad esempio la patata, il mais, le nocciole, indispensabili per l'alimentazione quotidiana delle famiglie [7]. L'introduzione del tabacco sembra abbia portato i consumatori cinesi a pro-

vare anche una nuova forma di utilizzo: "sniffare" utilizzando gli orifizi nasali. A differenza di molti paesi europei, in particolar modo cristiani, dove il fumo, all'inizio, veniva visto come "il fuoco dell'eterna dannazione", nella cultura cinese assunse una connotazione positiva: serviva a proteggere la comunità dai mali e le sue proprietà profilattiche sconfinarono dal pratico al simbolico; veniva usato per allontanare gli insetti ed eliminare i cattivi odori, per trasmettere messaggi ai defunti, onorare la morte e purificare la vita. Veniva arrotolato in piccoli fasci e bruciato come incenso negli altari e nelle stufe delle cucine domestiche.

Sebbene la Cina sia sempre stata considerata restia all'introduzione di prodotti stranieri, lo stesso non può essere affermato per il tabacco. Il prodotto inizialmente veniva chiamato con il nome originale, pronunciato "alla cinese", danbagu, traslitterazione della parola spagnola *el tabaco* che derivava dal Taino, una lingua parlata dagli indiani Arawak delle Antille, piuttosto che con il termine nazionale *yancao* (烟草 letteralmente "erba da fumo"), suggerendo che il suo esotismo era un fatto ben accettato. Yao Lu, famoso scrittore cinese nato a Qingjian nella provincia dello Shaanxi nel 1949, lo chiamò *jin si xun ye* 金丝睿叶 "un brandello di fumo dorato" evidenziandone la connotazione che aveva ormai assunto all'interno della società cinese già nei primi anni del 1600 [7]. Così lo studioso dissidente Fang Yizhi (1611-1671) descrive l'arrivo di quella che molti chiamavano "erba del sud" per via della sua provenienza dalle coste cinesi del sud-est: "Pian piano si è diffuso dentro i nostri confini, e ora portano una lunga pipa e inghiottono il fumo dopo averlo acceso con il fuoco; alcuni ne sono diventati dipendenti" [8]. Fang colloca il tabacco al pari delle altre piante nel senso che esso possedeva la capacità di nutrire, avvelenare e nutrire il corpo umano.



I rapporti tra Asiatici e Europei nei porti marittimi dell'Est e Sud-est asiatico fornirono la prima opportunità per l'acculturazione cinese al tabacco. Tuttavia, l'introduzione del prodotto seguì diversi percorsi e coinvolse diversi attori. L'aumento della presenza di navi europee nelle acque asiatiche dopo gli anni '20 del '500, furono una precondizione necessaria per l'iniziale ingresso del tabacco nel paese poiché i semi e le foglie delle piante arrivarono attraverso navi oceaniche, ma chi ne furono i protagonisti resta tutt'oggi una questione poco chiara. I primi scambi avvennero tra i cosmopoliti multilingua che si muovevano attraverso le rotte in questione, e perciò l'opzione più realistica è che siano stati i Portoghesi, assidui frequentatori, già a partire dai primi anni del '500, delle isole a ridosso della costa meridionale della Cina, a introdurre il prodotto nel paese. Ad ogni modo, il tabacco, secondo alcune testimonianze scritte che attestano la presenza di una nuova erba chiamata danbagu, si insediò come un prodotto commerciale nelle coste della regione del Fujian e in alcune zone del Guangdong nei primi anni del '600 [9].

Da quel momento, gli agricoltori asiatici iniziarono a coltivare il prodotto nelle aree costiere, sotto l'incoraggiamento dei colonizzatori, ma in seguito le coltivazioni si spostarono nelle zone interne da dove poi si diffusero in tutto il Paese. I grandi fiumi furono una delle principali vie di comunicazione attraverso cui il tabacco arrivò anche nelle zone del centro e del nord. Fondamentale per la distribuzione fu anche il ruolo svolto da soldati, mercanti e diplomatici. Il principale motore di diffusione spaziale e specializzazione regionale di questo processo di diffusione era la considerevole mobilità geografica propria del tardo periodo Ming e primo Qing: dal sud del Fujian mercanti e emigranti diffusero il prodotto in tutto il resto dell'impero assieme alle loro cono-



scenze sulle tecniche di coltivazione. Essi avevano visto nel tabacco una risorsa dal punto di vista finanziario, se non proprio dal punto di vista della salute. Durante la dinastia Qing, la coltivazione del tabacco vide una specializzazione regionale, riflesso dell'apertura alle caratteristiche del mercato dell'economia agricola del tardo impero. Inizialmente il tabacco coltivato era molto costoso: si trattava di un prodotto di alta qualità destinato a una ristretta élite. Tuttavia, a partire dal 1750 circa, vide una fioritura e un'espansione anche il mercato di tabacco di qualità inferiore e a prezzi accessibili dando, in questo modo, la possibilità ai ceti meno abbienti di usufruire del prodotto.

Il cronista più famoso del XVIII secolo fu un poeta di nome Chen Cong, fumatore incallito e cultore del tabacco, figlio prediletto di una vecchia famiglia dell'alta borghesia della provincia di Shanghai e figura di spicco nell'élite culturale della sua provincia. Chen fu docente, creò una enorme biblioteca personale e scrisse lo *Yancao pu* ("Manuale del tabacco") nel 1805. Egli aspirava a creare un'opera che avesse la medesima autorità culturale di altri due grandi classici d'élite, il libro del tè e La storia del liquore. E riuscì nel suo intento: la sua opera fu il più vasto compendio sul tabacco ad essere pubbli-

cato nel periodo tardo imperiale e la testimonianza più completa sui piaceri che ne derivavano [9].

Nel 1880 circa, furono introdotti dalle grandi aziende straniere come la British American Tobacco Company (BAT) i primi macchinari per arrotolare le sigarette. Fino a quel momento, infatti, la forma comunemente utilizzata era il tabacco sfuso fumato mediante l'uso della pipa. L'introduzione delle sigarette in Cina, non solo portò l'uso di nuove tecnologie, prodotti e cultura dei consumi da un paese industrializzato, come l'America, a uno ancora incentrato sull'agricoltura, come la Cina, ma fu un complesso processo globale che coinvolse uomini d'affari con background differenti, compresi gli stessi cinesi. In quegli anni la BAT deteneva un ruolo di predominio nell'industria del tabacco nella "Terra di Mezzo" grazie al suo evoluto sistema economico e di marketing. Tuttavia, per portare il prodotto anche nelle zone più interne del paese, la BAT si servì dell'esperienza di agenti e mercanti cinesi che si rivelò fondamentale per il successo delle vendite nel mercato locale. L'accettazione del prodotto da parte dei consumatori cinesi fu relativamente rapida tanto che, a partire dai primi anni del '900, numerosi imprenditori locali istituirono delle società per la produzione di sigarette. L'intraprendenza degli uo-

mini d'affari cinesi provocò ben presto l'ira dei competitor stranieri con i quali ci furono diversi scontri. Tuttavia, fu evidente agli occhi di entrambe le controparti che l'unico modo per aumentare le vendite era fidarsi e dipendere dalle aziende locali aventi una lunga esperienza alle spalle.

A partire dal 1949, l'industria del tabacco subì diverse riforme strutturali, come conseguenza delle politiche economiche e delle strategie di sviluppo messe in atto dal Partito Comunista Cinese (PCC). Con l'ascesa al potere di Mao Zedong si verificò un'intensificazione nella produzione, vendita e consumi di sigarette, sebbene le sue politiche dispotiche si differenziassero nettamente dalle riforme di mercato e di internazionalizzazione attuate in seguito da Deng Xiaoping e dai suoi successori. Il lascito permanente del periodo maoista fu l'identificazione della mascolinità nell'atto di fumare: persino i poster di propaganda celebravano il fumo come un fatto socialmente accettato [10]. I cittadini erano quotidianamente sottoposti all'influenza di immagini che ritraevano i leader del paese, in particolar modo Mao, con una sigaretta in mano. Era un mezzo per sottolineare la potenza e l'autorità del Grande Timoniere, che veniva addirittura ritratto mentre fumava con il popolo. La coltivazione di tabacco e la conseguente produzione di sigarette incrementarono i posti di lavoro e generarono entrate fiscali spingendo il PCC a impegnarsi nella formazione di un solido comparto tabacchicolo. Negli anni '50 il governo, dopo aver nazionalizzato tutte le imprese di tabacco del paese, incoraggiò la produzione locale e stabilì nuove fabbriche nelle zone interne. Il comparto subì una battuta d'arresto dopo il Grande Balzo in Avanti ma, a partire dagli anni '60, fu nuovamente riorganizzato: venne istituita nel 1963 la *zhongguo yancao gongsi* 中国烟草公司 Tobacco Industrial Corporation con lo scopo di ridurre le spese e aumentare l'ef-

ficienza, portando a un'enorme boom nell'uso di sigarette. Nel 1982 fu poi fondata la *guojia yancao zhuanmai ju* 国家烟草专卖局 State Tobacco Monopoly Administration (STMA) e il suo braccio direttivo, la *zhongguo yancao zonggongsi* 中国烟草总公司 China National Tobacco Corporation (CNTC) [11]. Nel settembre dello stesso anno, il Consiglio di Stato emanò il "Rules on Tobacco Monopoly" stabilendo ufficialmente il sistema di monopolio nazionale. I due enti sono responsabili del sistema di gestione centralizzato del personale, delle finanze, delle proprietà, dei prodotti, del rifornimento, distribuzione e commercio nazionale e estero del tabacco. Dall'adozione del sistema monopolizzato, l'industria del tabacco, sotto la leadership del Comitato Centrale del PCC e il Consiglio di Stato, e con il supporto dei Comitati di Partito locali, dei governi e dei dipartimenti a tutti i livelli, ha potuto dare avvio a un sistema di gestione manageriale. Ha, inoltre, adottato un approccio scientifico per lo sviluppo, intensificando costantemente le riforme, promuovendo il progresso scientifico e tecnologico e assicurando un continuo aumento dei profitti. Il tabacco è una parte essenziale dell'economia cinese che cresce negli anni. Oggi, la Repubblica Popolare Cinese è il maggior produttore e consumatore di tabacco al mondo. I coltivatori gestiscono un terzo del raccolto globale e l'industria, a monopolio statale, produce miliardi di sigarette ogni anno. Il tabacco costituisce il mezzo di sussistenza per 4 milioni di famiglie cinesi e offre numerose opportunità di lavoro. Più di 300 milioni di uomini e 20 milioni di donne cinesi fanno quotidianamente uso di sigarette: un terzo dell'intera popolazione mondiale [12,13]. E di conseguenza è anche il Paese con il maggior numero di decessi causati dal fumo. Le grandi compagnie del tabacco a livello mondiale come la Philip Morris, la British American Tobacco o la Japan To-

bacco International stanno cercando in tutti i modi di trovare un posto all'interno del mercato cinese. Tuttavia, il governo cinese mantiene sotto una rigida disciplina l'intero mercato, non solo controllando la produzione e le esportazioni dei brand locali, ma limitando fortemente le importazioni e la produzione in territorio cinese da parte straniera. Ogni anno, infatti, solo l'1% delle sigarette prodotte nel paese viene esportato anche, se allo stesso tempo, la Cina cerca di estendere il proprio ruolo all'interno del mercato globale attraverso partnership strategiche con le compagnie di tabacco internazionali. In questo senso, nell'ultimo decennio, l'industria del tabacco cinese ha ridotto il numero di fabbriche e di brand di sigarette al fine di realizzare delle economie di scala e concentrarsi sulla produzione di un numero limitato di brand in modo da poter meglio competere nel mercato internazionale [13]. Nel 2005 la China National Tobacco Corporation (CNTC) e la Philip Morris International (PMI) annunciarono di aver stipulato un accordo per quanto riguarda la manifattura e la vendita di sigarette americane in Cina [14]. Da quel momento il marchio Marlboro viene prodotto e distribuito nella Repubblica Popolare, in cambio la PMI ha permesso alla CNTC di stabilire delle joint venture che le permettano di far conoscere al mercato globale i propri brand, esportare i prodotti e i materiali tabacchicoli cinesi, nonché di creare delle possibilità di business all'estero [14].

Il tabagismo in Cina

La Cina è il primo produttore e il primo consumatore mondiale di tabacco, che assicura il 7% delle entrate fiscali di Stato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) calcola che i cinesi che fumano sono oltre 300 milioni, pari a un quarto della popolazione cinese, il 36% dei fumatori su scala mondiale, con una media di 22 sigarette al giorno.

In Cina i fumatori sono quasi interamente uomini con oltre il 50% mentre le donne rappresentano solo il 2,4% della popolazione fumatrice [15].

Negli Usa i fumatori sono il 20%, le fumatrici il 15%, in Italia i primi sono il 25,1%, le seconde il 16,9% [16]. Secondo l'OMS solo il 25% dei cittadini cinesi adulti è in grado di elencare i rischi specifici causati dal fumo, dal tumore ai polmoni ai problemi cardiovascolari etc. Solo il 10% dei cinesi smette di fumare per scelta o per necessità dettata da problemi di salute.

L'ecatombe cinese da fumo di tabacco

In Cina dove l'uso del tabacco è parte intrinseca e antica della millenaria cultura cinese, numerosi miti sul tabacco e sul suo uso hanno limitato nel tempo i messaggi di educazione sanitaria [17]. Tra questi c'è la radicata credenza che specifici meccanismi biologici di protezione rendano meno rischioso il fumo di tabacco per le popolazioni asiatiche e il convincimento che è facile smettere [15,17]. Una perentoria smentita arriva da un recente studio di **Zhengming Chen** et al., pubblicato sul *The Lancet*, e condotto in modo congiunto dall'Università di Oxford, dall'Accademia Cinese di Scienze Sociali e dal Centro Cinese per il Controllo delle Malattie, evidenzia invece le terribili conseguenze sulla salute da fumo di tabacco per morti premature nei maschi cinesi [18]. I ricercatori hanno condotto due diversi studi epidemiologici a livello nazionale a 15 anni di distanza l'uno dall'altro che hanno coinvolto centinaia di migliaia di persone. In entrambi gli studi hanno seguito due gruppi di persone per una media di 8-9 anni registrando il numero di morti e valutando il tasso di mortalità e scoprendo che il rischio di mortalità tra i fumatori è sostanzialmente il doppio rispetto ai non fumatori. E non solo, la situazione è peggiorata anche nel tem-

po perché rispetto a 15 anni prima è raddoppiato il rischio di mortalità. Il numero di decessi causati dal tabacco, per la maggior parte tra la popolazione maschile, nel 2010 ha raggiunto il numero di 1 milione e dovrebbe toccare i 2 milioni nel 2030, superando quota 3 milioni entro il 2050, se persisterà l'attuale trend, trasformando questa tendenza in una "crescente epidemia di morte prematura". In Cina un giovane su tre rischia di morire in modo prematuro a causa del fumo. Tendenza che può essere bloccata in un solo modo: smettere di fumare o, per i giovanissimi, non cominciare. In questo studio di Chen un'evidente caratteristica dell'epidemia del tabacco in Cina è la sua distribuzione per genere: il 68% erano maschi e il 3,2% femmine.

Questa distribuzione produce un corrispondente ampio effetto sulla mortalità attribuita al tabacco, che è in salita negli uomini e in discesa fra le donne. Questo effetto ha diverse implicazioni. Mentre gli uomini sono a rischio essenzialmente per il fumo attivo, le donne sono a rischio per l'esposizione passiva a casa e nei luoghi di lavoro [19].

Anche se i livelli di fumo nelle femmine sono associati a età più avanzate, le giovani donne cinesi rimangono un bersaglio appetibile per l'industria del tabacco, che con l'obiettivo di un incremento delle vendite crea desideri basati su temi di emancipazione, indipendenza, glamour, sessualità e accettazione sociale. Questo interesse nell'attrarre le donne al fumo di tabacco è stato usato con successo in altri paesi durante i periodi delle riforme sociali e cambiamenti di ruoli nelle donne in tutti i paesi occidentali soprattutto fra gli anni '50-'70. In USA, Edward Bernays, quando era stipendiato dalla American Tobacco Company, incoraggiò il fumo tra le donne sotto la bandiera dell'emancipazione chiamando le sigarette "le fiaccole della libertà" [15,20].

Una differenza dell'andamento della mortalità cinese paragonato a

popolazioni occidentali è che i livelli delle malattie polmonari croniche sono relativamente più elevati rispetto ai livelli delle malattie cardiache, possibilmente per un più ampio ruolo di inquinamento ambientale interno (cucinare e riscaldare) paragonato a nuove forme di inquinamento ambientale esterno (prodotto da industrie, generazione di potenziali, e macchine). Per prevenire milioni di futuri decessi, gli esiti del nuovo studio suggeriscono alcune possibili soluzioni. Innanzi tutto, gli uomini cinesi devono smettere di fumare; essi possono ricevere grandi benefici se smettono prima dei 35 anni (preferibilmente molto prima dei 35 anni), ma per coloro che non hanno ancora sviluppato una malattia fatale, anche smettere a età successive offre benefici tangibili. Secondo, il notevolmente basso livello di fumo delle donne cinesi ha necessità di essere conservato, il che presuppone uno sforzo sostanziale, specialmente da quando la sperimentazione con il tabacco tra donne adolescenti è aumentata sostanzialmente dagli anni '80 e l'esposizione di seconda mano deve essere controllata [21].

Pechino corre ai ripari

La passione per il fumo in Cina, pur non essendo una novità, ha portato solo recentemente la leadership rossa, scottata dal fallimento del "no smoking" imposto da Mao Zedong alcuni decenni fa, a diffondere e far conoscere gli allarmi scientifici sul fumo di tabacco in Cina. In vent'anni la percentuale dei decessi maschili tra i 40 e i 70 anni, attribuiti al tabacco, è raddoppiata: oggi oscilla sul 20%, ossia per una vittima su cinque il killer è il tabacco. Tra il 1973 e il 2003 il cancro polmonare in Cina è aumentato del... 730%. In città e metropoli, soffocate dallo smog, la percentuale sale al 25%. Ma apprendere che il Paese consuma oltre un terzo delle sigarette mondiali e conta un sesto dei decessi globali

correlati al fumo, delinea quello che lo stesso governo ha chiamato "imminente apocalisse". "Per limitarla – ha dichiarato Li Limig, uno dei coautori dello studio sino-britannico – i giovani cinesi non hanno alternative: devono smettere subito di fumare". È come stabilire che a Monaco di Baviera in ottobre ci si astenga immediatamente dal bere birra.

In realtà il Governo Cinese deve mettere in campo misure efficaci per il controllo del tabacco su vasta scala. Basterebbe cominciare a mettere in atto almeno alcune delle norme contenute nella Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) dell'OMS che la Cina ha sottoscritto nel 2003 per arginare il problema tabagismo che va dalla prevenzione primaria alla cura dei fumatori che intendono smettere, dalla informazione e formazione antifumo a tutti i livelli alla protezione dei non fumatori fino alla pubblicità e al prezzo dei prodotti del tabacco. A questo proposito, in tema di pubblicità, nel Campionato del Mondo di Calcio in Ko-

rea-Japan del 2002, la nazionale cinese era sponsorizzata da un importante produttore di sigarette.

Il prezzo dei prodotti del tabacco è un altro grosso ostacolo ad arginare il problema tabagismo. Quelle cinesi restano infatti le "bionde" più economiche del pianeta: un pacchetto costa l'equivalente di 60 centesimi, la metà se acquistato da uno delle migliaia di chioschi del mercato nero che gremiscono anche il più sperduto dei villaggi. E sappiamo come in Occidente negli ultimi vent'anni l'aumento del prezzo delle sigarette si è rivelato vincente e convincente.

La sfida maggiore per migliorare la riduzione del fardello della mortalità da fumo in Cina è quello di incrementare i livelli della cessazione del fumo. Nel loro studio, Chen e colleghi [18] notano che meno del 10% dei cinesi fumatori hanno smesso per scelta, libera o obbligata da patologie fumo correlate, con una presenza maggiore di fumatori che ex-fumatori come si rileva nei paesi occidentali. Questi fatti portano Chen e colleghi a dire che "la diffusa cessazione del fu-

mo di tabacco offre alla Cina una delle strategie più efficaci e benefiche sul contenimento dei costi per evitare l'invalidità e la morte precoce nei prossimi anni".

"Lo Stato – conclude Chen Zhengming – non può più regalare veleno ai giovani, in una delle nazioni con il tasso di invecchiamento più alto del mondo". E i costi della strage valgono oggi più dei benefici assicurati dal monopolio pubblico. Se non per filantropia, le autorità provano dunque a muoversi nel nome dell'istinto di conservazione nazionale, o per salvarsi dalla bancarotta. Il test pilota antifumo ha esordito dal giugno 2015 proprio a Pechino col divieto di fumo per i 21 milioni di luoghi pubblici, uffici e ospedali compresi. Alla vigilia dello stop, un'indagine ha rivelato che nella capitale metà dei medici fumava in corsia, due terzi dei funzionari alla scrivania, un maestro ogni tre in classe. Il terrore seminato dalla propaganda e dai giganteschi cartelli installati lungo le strade, ha finora generato più battute che abbandoni. Decisamente più efficaci le norme sanzionatorie del regime: multe e revoca del diritto a sanità gratuita e previdenza, o la gogna riservata alla terza trasgressione. Se si tratta di un adulto si rischia il posto di lavoro, se si studia l'esclusione dall'Università.

Conclusione

Quella che i ricercatori definiscono "crescente epidemia di morte prematura" da tabacco, in Cina incombe più sui maschi che sulle femmine con la conseguenza che un giovane cinese su tre rischia di morire di morte prematura a causa del fumo. Pertanto la sfida prossima-ventura per il Governo cinese sarà quella di far applicare seriamente il testo sottoscritto con la firma dell'FCTC, soprattutto attrezzandosi a parare le bordate delle multinazionali del tabacco che vedrebbero sfuggirsi di mano il più grande mercato mondiale del



tabacco. Con la firma dell'FCTC il Governo Cinese si è cominciato a dotare di normative, anche draconiane, per correre ai ripari e cercare di arginare questa epidemia che, unitamente all'esorbitante inquinamento ambientale soprattutto nelle grandi città, si sta rivelando devastante.

[*Tabaccologia* 2016; 1:19-25]

Vincenzo Zagà

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

Ylenia De Rossi

Laurea magistrale in Lingue e Istituzioni Economiche e Giuridiche dell'Asia e dell'Africa Mediterranea, Università Ca' Foscari, Venezia

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

Bibliografia

- Du Xing 杜兴, Yancao shangyin sibainian 烟草上瘾四百年 [Quattro secoli di dipendenza dal tabacco], Guo Xue 国学, 5/4/2011, p. 12. <http://www.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?QueryID=4&CurRec=2&recid=&filename=GUOX201104006&dbname=CJFD1112&dbcode=CJFQ&pr=&urlid=&yx=&v=MDk3NDFYMUx1eFITN0RoMVQzcVRyV00xRnJDVVJMNmZadVJ2RkNubFc3L0pJampFZHJH-NEg5RE1xNDIGWW9SOGU=> (consultato 6/12/2015)].
- Wilde Oscar. Il ritratto di Dorian Gray, I David, 2004, p. 110.
- Benedict Carol. Golden Silk Smoke: A History of Tobacco in China, 1550-2010, Berkeley, University of California Press, 2011, p. 8.
- Kohrman Matthew. "Smoking among Doctors: Governmentality, Embodiment and The Diversion of Blame in Contemporary China". *Bibliography of Asian Studies*, Philadelphia, Marzo 2008, pp. 23-28.
- Arnao Giancarlo. La droga perfetta. Rapporto sul tabacco da fumo disegnato da Vincino, Milano. Feltrinelli, 1982, p. 147.
- Norton Marcy. Sacred Gifts Profane Pleasures: a History of Tobacco and Chocolate in the Atlantic World. Ithaca, New York, Cornell University Press, 2008, p. 23.
- Benedict Carol. Golden Silk Smoke: a history of tobacco in China, 1550-2010, op. cit. pp. 40-43.
- Timothy Brook. Il fumo nella Cina Imperiale in Sanders L Gilman & Zhou Xun, Storia del fumo, Odoya, Bologna 2009, pp. 111-123.
- Benedict Carol. Golden Silk Smoke: a history of tobacco in China, 1550-2010, op. cit. pp. 18-21. Yuan Ting. Zhongguo xiyan shihua [Storia popolare del fumo in Cina]. Pechino, 1995: p. 35].
- Kohrman Matthew. "Smoking among Doctors", op.cit., p. 46 URL:<http://bmc.lib.umich.edu/bas/Search/Home?submit=Search&lookfor%5B%5D=china+tobacco&type%5B%5D=all> (consultato 14/12/2013).
- Amministrazione Statale dei Monopoli del Tabacco. Introduzione Generale", Chinese Government's Official Web Portal, URL: http://english.gov.cn/2005-10/03/content_74295.htm (consultato il 12/11/2013).
- Benedict Carol. Golden Silk Smoke: a history of tobacco in China, 1550-2010, op. cit. pp. 240-242.
- "Chinese tobacco consolidation will stub out 200 brands", Tobacco China, URL:<http://act.tobaccochina.com/english2012/index.aspx> (consultato il 15/12/2013). Chinese tobacco consolidation will stub out 200 brands", Tobacco China, URL:<http://act.tobaccochina.com/english2012/index.aspx> (consultato il 15/12/2013).
- "The China National Tobacco Corporation and Philip Morris International announce the establishment of a long-term strategic cooperative partnership", Philip Morris International, 21/12/2005, URL:http://www.pmi.com/eng/media_center/press_releases/Pages/200512210000.aspx (consultato il 15/12/2013).
- Koplan J, Eriksen M. Smoking cessation for Chinese men and prevention for women, *The Lancet* 10 October 2015; Vol 386, No. 10002:1422-1423.
- Indagine ISS/DOXA 2015 sul fumo: http://www.iss.it/binary/fumo4/cont/Doxa_2015.pdf.
- Ma S, Hoang MA, Samet JM, et al. Myths and attitudes that sustainsmoking in China. *J Health Commun* 2008;13:654-666.
- Chen Z, Peto R, Zhou M et al. Contrasting male and female trends in tobacco-attributed mortality in China: evidence from successive nationwide prospective cohort studies. *The Lancet*, 10 October 2015; Vol. 386, No. 10002: 1447-1456.
- Gan Q, Smith KR, Hammond SK, Hu TW. Disease burden of adult lung cancer and ischaemic heart disease from passive tobacco smoking in China. *Tob Control* 2007;16: 417-422.
- Tye L. The father of spin: Edward L Bernays and the birth of public relations. New York: Macmillan, 2002.
- Yang G, Wang Y, Zeng Y, et al. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2013;381:1987-2.

Il laboratorio di fisiopatologia respiratoria come setting favorente la disassuefazione dal fumo di sigaretta in pazienti in fase di pre-contemplazione

The Laboratory of Respiratory Pathophysiology as a favourable setting to overcome cigarette smoking in pre-contemplation patients

Rossella Menarello, Luisa Pandolfo

Riassunto

Introduzione: In Italia quasi la metà dei fumatori tenta di smettere di fumare. La maggior parte prova autonomamente, di questa, solo una piccola parte raggiunge la cessazione, mentre l'82% fallisce. Al counseling in sedute multiple e al counseling telefonico pro-attivo a contatti frequenti, viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel favorire il cambiamento verso la disassuefazione, con un effetto dose-risposta. Alcuni studi riportano l'efficacia dell'invio di SMS a chi vuole smettere di fumare, sia ai fini della cessazione, che di supporto nell'astinenza dal fumo. Con questo studio, condotto in ambito pneumologico, si è sperimentato un trattamento del tabagismo, rivolto ai fumatori che dichiaravano all'operatore di non avere ancora deciso di smettere di fumare e, nel caso avessero deciso di intraprendere un tentativo in tal senso, lo avrebbero fatto da soli. Scopo dello studio, è stato quello di promuovere un cambiamento in favore della cessazione in questi fumatori, con l'ausilio di contatti ripetuti di counseling telefonico pro-attivo.

Materiali e metodi: Lo studio è stato attuato in due realtà ambulatoriali di fisiopatologia respiratoria, logisticamente diverse, a favore dei fumatori che si sottoponevano ai Test di Funzionalità Respiratoria.

Risultati: L'adesione al programma da parte dei fumatori è stata soddisfacente, ottenendo, in entrambe le realtà di sperimentazione, risultati pressoché sovrapponibili. In evidenza anche l'inserimento della variante invio di SMS.

Conclusioni: Questo studio dimostra che è possibile accompagnare in modo discreto, in un percorso di cessazione, quei fumatori che sono indecisi, non pronti o già pronti a smettere di fumare ma che vogliono fare da soli. Si auspica che, in futuro, possa essere offerto a questo tipo di fumatori questo modello di trattamento del tabagismo coinvolgente, non costoso, accessibile e flessibile.

Parole chiave: Tabagismo, smettere di fumare, counseling telefonico, SMS.

Abstract

Introduction: In Italy almost half of the smokers try to quit smoking. Most of them try on their own; among those, only a small part reaches smoking cessation, whereas 82% fails to do so. It is recognised that multiple session counselling and counselling by proactive phone-calling have a fundamental role in fostering change towards overcoming smoking, in a dose-response relationship. Some studies report the efficacy of SMS sent to patients willing to quit smoking either for cessation or for support against tobacco smoke withdrawal symptoms. With this study, done in a pneumological ward, we experimented a tobacco smoking cessation treatment towards smokers who declared to caregivers to be undecided whether to quit smoking and in the case they did want that, to be able to achieve it alone. Aim of this study was to promote a change towards cessation in these smokers by means of repeated contacts of counselling by proactive phone-calling.

Materials and Methods: The study was conducted in two different respiratory pathophysiological subcentres, logistically different, dedicated to smokers who underwent functional respiratory tests.

Results: The smoking patients' compliance to the programme was satisfactory, reaching, in the two different subcentres, about the same results. We evidence also the variant consisting of the use of SMS.

Conclusions: This study shows that it is possible to accompany with discretion, in a cessation itinerary, those smokers who are undecided, or not ready to stop smoking but prefer to try on their own. We hope in future, that this treatment model may be offered to these kind of smokers, which is involving, not expensive, accessible and flexible.

Keywords: Tobacco use, smoking cessation, telephone counselling, SMS.

Introduzione

I dati nazionali del sistema di sorveglianza italiano PASSI (Processi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), riferiti al periodo 2011-2014, rilevano che più di un italiano adulto su quattro fuma e che il 39% di questi mostra la volontà di smettere. Nella quasi totalità dei casi il tentativo di cessazione viene fatto autonomamente, senza ricorrere all'uso di farmaci e cerotti, o ai servizi e corsi offerti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Tuttavia, la mancanza di supporto, farmacologico e non, al tentativo di smettere comporta il fallimento nell'82% dei casi [1].

È stato osservato che un cambiamento in favore della cessazione, successivo all'intervento di counseling antitabagico di un operatore sanitario, viene preso in considerazione dal fumatore per un periodo limitato di tempo.

Se il fumatore non riceve altro rinforzo, può rimanere indeciso a smettere di fumare per un lungo periodo di tempo, fino all'abbandono del progetto di cambiamento.

Le Linee Guida Internazionali sul Trattamento del Tabagismo evidenziano che ulteriori rinforzi dopo il primo contatto, possono promuovere il cambiamento in favore della cessazione, in quanto i contatti ripetuti di counseling hanno un effetto dose-risposta [2].

Al counseling telefonico, strutturato in sedute multiple, è riconosciuto un ruolo di fondamentale importanza. Esso infatti, favorisce ed incrementa l'astinenza a lungo termine dei fumatori che non si avvalgono dell'intervento di trattamento del tabagismo vis à vis [3].

Alcuni studi, pubblicati in letteratura, hanno segnalato che l'invio di SMS su telefoni cellulari a soggetti intenzionati a smettere di fumare, è risultato efficace sia nel raggiungimento della cessazione che come supporto nel mantenimento dell'astinenza dalla sigaretta [4].

Le Linee Guida Nazionali e Internazionali, raccomandano ai professionisti della salute, tra questi gli infermieri opportunamente formati, l'offerta ai fumatori attivi del consiglio minimo e del counseling breve, insieme ad un percorso di cessazione [5].

In un contesto di medicina di opportunità, in ambito specialistico pneumologico, nel Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria, si è sperimentata l'applicazione di un intervento di trattamento del tabagismo, rivolto agli utenti fumatori attivi che si sottoponevano ai Test di Funzionalità Respiratoria (TFR). In particolare, a favore di fumatori che dichiaravano di non avere ancora progettato di smettere di fumare fino a quel momento e che, nel caso avessero deciso in tal senso, lo avrebbero fatto da soli.

Materiali e metodi

Scopo del presente lavoro è stato quello di verificare se, con l'offerta di contatti di counseling telefonico pro-attivo, successivi al primo incontro con l'infermiere, attuati dallo stesso, sia possibile accompagnare verso la cessazione i fumatori che non desiderano essere aiutati a smettere [6].

Nel Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria, collegato all'Ambulatorio per il Trattamento del Tabagi-

smo (ATT) dell'U.O.C. di Pneumologia, presso l'ULSS11-Ve in aprile/maggio 2013 (*Studio α*) e presso l'ULSS18-Ro in maggio/giugno 2014 (*Studio β*), le infermiere, conduttrici di TFR e perfezionate in Trattamento del Tabagismo, individuavano i fumatori attivi tra gli utenti afferenti per sottoporsi a spirometria, mediante la compilazione della scheda infermieristica ambulatoriale, con le domande: lei fuma, quanto fuma, da quanto tempo fuma, ha mai pensato di smettere. Nell'accogliere l'utente e nella conduzione del test spirometrico, si applicava il counseling infermieristico, mirato alla promozione della gestione del problema respiratorio. Si attuavano interventi di tipo educativo, in relazione alle competenze professionali infermieristiche ed il piano di cure medico-assistenziali. Il fine era di fornire le conoscenze necessarie alla situazione respiratoria, selezionate in modo mirato, in base alla valutazione delle necessità conoscitive dell'utente. Si continuava il colloquio applicando l'approccio motivazionale breve, strutturato secondo lo schema delle 5A [7], contemporaneamente al Modello Transteorico degli Stadi del Cambiamento di DiClemente e Prochaska [8], per individuare il fumatore pronto a smettere di fumare (stadio della determinazione-azione), non pronto (stadio della pre-contemplazione), indeciso (stadio della contemplazione). Si consigliava, ai fumatori motivati a smettere, l'aiuto dell'Ambulatorio di Terapia del Tabagismo (ATT), informandoli sull'attività e la composizione dell'equipe. Ai fumatori non intenzionati a

smettere e/o non desiderosi di aiuto per smettere di fumare, si chiedeva il consenso, nel rispetto della libertà di scelta e della privacy, ad aderire ad un trattamento per il tabagismo sperimentale. Consisteva in contatti di counseling telefonico pro-attivo ad intervalli programmati, attuati dallo stesso infermiere del colloquio vis à vis, così articolati:

- 1° dopo 15 giorni dal vis à vis,
- 2° dopo un mese dal vis à vis,
- 3° dopo due mesi dal vis à vis,
- 4° dopo tre mesi dal vis à vis,

a titolo osservazionale e senza particolare impegno a smettere di fumare.

Inoltre, si offriva l'opportunità di ricevere, se graditi, ulteriori contatti telefonici a frequenza settimanale, a supporto e consolidamento dei progressi a favore della cessazione ottenuti.

La possibilità, infine, di ricorrere in qualsiasi momento del percorso, all'aiuto dell'ATT.

Si perfezionava l'arruolamento dell'utente, continuando il colloquio secondo l'approccio motivazionale breve. Si compilava la scheda individuale e diario dei colloqui di counseling telefonico pro-attivo, che accoglieva i dati anagrafici, i parametri vitali, peso, altezza, BMI, terapia in atto, storia di del tabagismo. Si somministrava e spiegava

il Test di Fagerström (FQT), si misurava il CO, commentando il risultato, si rilevava l'autovalutazione soggettiva dell'autoefficacia, si illustrava e consegnava il diario del fumatore e materiale di auto-aiuto personalizzato.

Infine si concordava con il fumatore il primo appuntamento telefonico. L'intervento di counseling, dava avvio alla relazione infermiere-fumatore e poneva le basi per la costruzione dell'alleanza operativa. Si applicavano tecniche di ascolto attivo, per favorire l'ascolto riflessivo, l'espressione e la consapevolezza dell'ambivalenza, la valorizzazione dell'autoefficacia, la promozione dell'empowerment e di abilità di problem-solving.

Dal punto di vista organizzativo, si individuava presso l'ATT il numero telefonico ed il luogo dedicati ai colloqui di counseling telefonico pro-attivo.

Risultati

I fumatori arruolati si trovavano, rispetto alla motivazione, nella posizione di indecisi, decisi e non pronti (Tabella 1a e 1b). Alcuni presentavano patologie fumo correlate, quali: Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), con deficit ventilatorio ostruttivo di grado severo e/o moderato, Asma bron-

chiale, Ipertensione, Neoplasia.

La dipendenza alla nicotina, individuata con FQT, era di grado medio. Tutti avevano già sperimentato, almeno un tentativo di cessazione. Al primo contatto di counseling telefonico, i fumatori riferivano di aver usato il diario del fumatore, di aver ridotto il numero di sigarette, e/o di essere astinenti dal fumo. Si enfatizzavano i risultati ottenuti e si offriva a tutti il contatto telefonico pro-attivo settimanale.

I fumatori rispondevano all'offerta in modo differente. Si costituivano così due gruppi: il gruppo A, composto da persone che volevano proseguire con i contatti telefonici settimanali, ed il gruppo B, composto da persone che decidevano di continuare col contatto telefonico mensile. In relazione alla motivazione risultavano decisi e indecisi. Nel corso dei monitoraggi, si osservava che il gruppo A otteneva migliori risultati in favore della cessazione, rispetto al gruppo B (Tabella 2a e 2b).

Il gruppo A dello *Studio α*, vedeva incrementato il numero dei fumatori che riducevano le sigarette fumate, pari al 19% degli arruolati, e la richiesta di aiuto all'ATT, pari al 9,5% degli arruolati.

Nello *Studio β*, in occasione dell'ultimo monitoraggio, si inseriva la variante invio di SMS di prome-

Tabella 1a *Studio α* Fumatori afferenti e adesione al programma.

	Afferenti	Fumatori attivi	5 A	Decisi	Indecisi	Non pronti	Arruolati	Aiutati dall'ATT	Non arruolati
Maschi	185	17	17		1	16	14		5
Femmine	265	11	11	1	4	6	7	1	2
Totale	450	28	28	1	5	22	21	1	7

Tabella 1b *Studio β* Fumatori afferenti e adesione al programma.

	Afferenti	Fumatori attivi	5 A	Decisi	Indecisi	Non pronti	Arruolati	Aiutati dall'ATT	Non arruolati
Maschi	74	13	13	3	7	3	13	1	
Femmine	67	9	9	1	3	5	7		2
Totale	141	22	22	4	10	8	20	1	2

Tabella 2a Studio α Monitoraggio dei gruppi di fumatori e situazione motivazionale.

	c. telefonico 15 giorni	c. telefonico 1 mese	c. telefonico 2 mese	c. telefonico 3 mese
Gruppo A (12 fumatori)				
Deciso	5	5	6	10
Indeciso	7	7	6	2
Non pronto				
Totali	12	12	12	12
Gruppo B (9 fumatori)				
Deciso	5	2		
Indeciso	4	5	2	
Non pronto		2	7	9
Totali	9	9	9	9

Tabella 2b Studio β Monitoraggio dei gruppi di fumatori e situazione motivazionale.

	c. telefonico 15 giorni	c. telefonico 1 mese	c. telefonico 2 mese	c. telefonico + SMS 3 mese
Gruppo A (11 fumatori)				
Deciso	3	3	4	5
Indeciso	7	7	5	6
Non pronto	1	1	1	0
Totali	11	11	11	11
Gruppo B (9 fumatori)				
Deciso	1	2	4	5
Indeciso	3	3	2	1
Non pronto	5	4	3	3
Totali	9	9	9	9

moria follow-up, ottenendo la cessazione dal fumo nel 25% degli arruolati e la richiesta di aiuto all'ATT nel 5% degli arruolati. (Tabella 3a e 3b), (Tabella 4a e 4b).

Dal punto di vista organizzativo, si ottimizzava il tempo a disposizione dell'infermiere per la conduzione della spirometria e del counseling vis à vis, grazie all'applicazione di tecniche di counseling strutturate, offrendo così un intervento professionalmente qualificato.

Discussione

Il numero soddisfacente dei fumatori arruolati, 75% (Studio α) e 90% (Studio β) dei fumatori attivi afferenti, suggeriva che il problema tabagismo viene percepito dalla maggioranza dei fumatori che si confrontano con l'ambiente di cura, come un comportamento sbagliato e rischioso per la salute. L'intervento antitabagico personalizzato, attuato in ambito sanitario, contri-

buiva a far emergere nei fumatori che lo ricevevano, il senso di responsabilità nei confronti della propria salute ed il desiderio di salvaguardarla.

L'applicazione del consiglio minimo e del Counseling Motivazionale Breve secondo lo schema delle 5A, contestualmente al Modello Transtorico di DiClemente e Prochaska, consentivano di individuare, nei fumatori la motivazione a smettere di fumare e a porre le basi per una successiva relazione di counseling telefonico personalizzata.

La misurazione del CO, la compilazione del diario del fumatore, il suggerimento di strategie di comportamento, per superare le difficoltà di percorso, favorivano la progettualità verso la cessazione. Indicativo il numero degli arruolati (gruppo A), di entrambi gli studi, che davano il loro consenso a contatti di counseling telefonico più intensivi (settimanali). In questo modo, autorizzavano l'infermiere ad offrire loro aiuto più intensivo, dimostrando indirettamente, la consapevolezza di aver bisogno di aiuto, di essere disposti a farsi aiutare, la fiducia nell'operatore e l'esistenza della relazione di aiuto infermiere/fumatore.

Significativo anche l'andamento dei fumatori di entrambi gli studi, che avevano scelto di mantenere i contatti di counseling telefonico mensile (gruppo B), i quali, rispetto al gruppo A, ottenevano risultati in favore della cessazione molto inferiori.

Rilevante nello Studio β , il comportamento dei fumatori del gruppo B che, dopo aver ricevuto degli SMS di promemoria di follow-up, dimostravano un minore abbandono del programma rispetto al gruppo B dello Studio α , i quali, non avevano ricevuto SMS.

I risultati quindi, supportavano l'obiettivo prefissato con questo lavoro e cioè dimostrare che un intervento di counseling telefonico pro-attivo, successivo al counseling infermieristico e al Counseling Motivazionale Breve secondo lo schema delle 5A, con contemporanea

Tabella 3a *Studio α* Situazione finale sigarette fumate (3° mese).

	Riduzione fumo di 1/3	Riduzione fumo di 1/2	Riduzione fumo di 3/4	Riduzione totale fumo	Non riduzione
Gruppo A	2	1	3	4	
Gruppo B	/	/	/	/	9
Totali	2	1	3	4	9

Tabella 3b *Studio β* Situazione finale sigarette fumate (3° mese).

	Riduzione fumo di 1/3	Riduzione fumo di 1/2	Riduzione fumo di 3/4	Riduzione totale fumo	Non riduzione
Gruppo A		6	2	4	
Gruppo B	1	2	1	1	3
Totali	1	8	3	5	3

applicazione del Modello Transtheoretico di DiClemente e Prochaska, sia in grado di promuovere un cambiamento in favore della cessazione nei fumatori indecisi, non pronti o pronti a smettere di fumare ma non desiderosi di ricevere aiuto.

La relazione infermiere-fumatore, dal vis à vis al counseling telefonico, si caratterizzava per continuità, fiducia ed empatia. Aiutava il fumatore ad individuare la propria personale motivazione a smettere di fumare, ed a raggiungere obiettivi condivisi.

Viene citato, come esempio il caso di una signora di 52 anni, fumatrice di 10 sigarette/die, con tosse persistente e con reflusso gastrico mal controllato dalla terapia. Confidava all'infermiera che il suo problema non era la tosse, ma il fatto che gli accessi le causassero piccole perdite di urina, limitando la sua vita sociale. Si informava la signora delle complicità della patologia gastrica, le quali possono danneggiare la mucosa tracheale e bronchiale, infiammandola. Il fumo di sigaretta, agente molto irritante delle vie respiratorie, procurava un'ulteriore infiammazione e quindi i continui accessi di tosse. Con l'informazione, la signora, acquisiva le conoscenze sul meccanismo causale del suo disagio, diveniva consapevole del problema fumo e realizzava di poter migliorare la qualità della sua vita, smettendo di fumare. Il desiderio di ricomporre l'immagine di sé e riprendere una vita sociale serena, sono stati i motivi che l'hanno sostenuta nella decisione di abbandonare la sigaretta, permettendo all'infermiera di negoziare un percorso di disassuefazione.

Tabella 4a *Studio α* Riassunto a fine osservazione (3° mese).

Classi di età	Maschi	Femmine	Uscita dal trattamento	Cessazione totale fumo	Trattamento c. telefonico	Trattamento ATT
25-34	3	1	3			1
35-49	3	2	1	1	2	1
49-69	5	4	3	2	4	
70-79	3		2	1		
Totali	14	7	9	4	6	2

Tabella 4b *Studio β* Riassunto a fine osservazione (3° mese).

Classi di età	Maschi	Femmine	Uscita dal trattamento	Cessazione totale fumo	Trattamento c. telefonico	Trattamento Tg-fumo
21-34	3	3	1	1	4	
35-49	1	2			3	
50-69	8	2	2	3	9	1
70-79	1			1	1	
Totali	13	7	3	5	17	1

La caratteristica dello studio, mirato all'aggancio e sostegno discreto dei fumatori non desiderosi di aiuto per smettere di fumare, non chiedeva loro di recarsi al luogo di cura per il colloquio, ma era l'operatore che li raggiungeva.

Tuttavia si evidenziavano delle criticità, riferite ai limiti del ruolo e delle competenze della professione infermieristica, per cui non si arruolavano i fumatori con problemi psichiatrici o con altre dipendenze o in trattamento psicologico, in quanto bisognosi di supporto specialistico e multidisciplinare, offerto solo all'interno dell'ATT.

Conclusioni

I danni ingenti alla salute dei cittadini ed il relativo incremento della spesa sanitaria, causati dal tabagismo, richiedono l'offerta ai fumatori di proposte di disassuefazione nuove, coinvolgenti, non costose, flessibili ed accessibili, anche a quei fumatori che, per motivi di lavoro,

di vita sociale e affettiva, non possono o non vogliono recarsi ai servizi dell'ASL per seguire un programma di disassuefazione.

Lo studio dimostra che l'infermiere, se formato, può effettuare interventi di provata efficacia, per aiutare gli utenti a smettere di fumare, con un contributo significativo, in termini di risparmio per la spesa sanitaria, che altrimenti verrebbe sostenuta per la cura delle malattie fumo-correlate.

Si sottolinea che la sola BPCO, ha un impatto socio-economico medio variabile/anno per singolo paziente che oscilla dai 1.000 euro ai 5.452 euro, in base alla gravità della malattia. Che in percentuale, rispetto alle altre malattie croniche, la BPCO impegna risorse economiche pari al 250% in più per l'ospedalizzazione ed al 160% in più per i servizi ambulatoriali, con un incremento dei costi del 300% negli ultimi 5 anni di malattia. Se si considera che la durata media della malattia è di 30-35 anni, mentre la durata media della disabilità è di

circa 10 anni, la BPCO è la malattia più costosa per il SSN, rispetto alle malattie neoplastiche con orizzonte temporale a 5 anni [9].

L'infermiere può attuare un intervento che va oltre la semplice erogazione di una prestazione, ma bensì di più ampio respiro culturale e professionale, di "presa di cura" in grado di promuovere l'empowerment, affinché l'utente sia il protagonista del suo cambiamento verso uno stile di vita più salutare.

[*Tabaccologia* 2016; 1:26-31]

Rossella Menarello

✉ rossmen@gmail.com

Infermiera c/o il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria ULSS18 Rovigo, Perfezionata in Trattamento del Tabagismo

Luisa Pandolfo

✉ luisapandolfo@libero.it

Infermiera c/o il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria ULSS13-Ve, Counselor, Perfezionata in Trattamento del Tabagismo

Bibliografia

- PASSI 2014: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo.asp>.
- Fiore MC, Jaèn CR, Baker TB et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines. Rockville: MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service updated 2008, http://www.treatotobacco.net/it/page_23.php.
- Linee guida del servizio sanitario pubblico degli USA 2012: http://www.teatobacco.net/en/_page56.php.
- Casari R, Faccini M, Guadagnini P, Velo E, Lugoboni F. Il ruolo della messaggeria elettronica in un centro antifumo. *Tabaccologia*, 2013; 3:12.
- Jugovac D, Generoso G, Vegliach A. L'utilizzo degli "SMS" come supporto nel secondo anno di astinenza. Uno studio di verifica, in abstract XI Congresso SITAB. *Tabaccologia*, 2015; 4: 10-20.
- ISS: Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&anno2013&tipo=17>.
- Pandolfo L. Tesi per il Corso di Perfezionamento in Trattamento del Tabagismo: Applicare le 5A: dal Minimal Advice al counseling telefonico pro-attivo. Esperienza di un trattamento del tabagismo in ambito pneumologico, Relatore Prof. Orlandini D, 2013.
- Menarello R. Tesi per il Corso di Perfezionamento in Trattamento del Tabagismo: Un possibile percorso per smettere di fumare in un Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria condotto da una infermiera esperta, Relatore Prof. Orlandini D, 2014.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
- Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S. Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni Modello Transteorico di Di Clemente e Prochaska, DORS Regione Piemonte, 2014.
- Dal Negro WR. BPCO: i costi, La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). GARD Italy un mondo dove respirare liberamente, 2011. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1893_allegato.

L'utilizzo degli "SMS" come supporto nel secondo anno di astensione dal fumo di tabacco. Uno studio di verifica dell'efficacia

"SMS" as a support of the second year of abstinence in smoking cessation: a follow-up study

Davide Jugovac, Giulia Generoso Quartarone, Alessandro Vegliach

Riassunto

Introduzione: L'astinenza del tabagista è caratterizzata da possibili momenti di vulnerabilità e pertanto necessita di presidi prolungati. A tal fine, il Centro Interdipartimentale Tabagismo (CIT) di Trieste prevede un programma sistematico di follow-up volto a supportare il primo anno di astinenza. Il presente studio è stato svolto per verificare l'efficacia di un presidio tramite Short Message Service (SMS) anche nel secondo anno di astinenza.

Metodi: 48 pazienti che sono risultati astinenti al termine del programma di follow-up hanno accettato una seconda rilevazione a 24 mesi. La metà di essi ha ricevuto nel corso dell'anno 6 SMS con messaggi di rinforzo all'astinenza dal fumo; l'altra metà è stata contattata solo per la verifica finale, telefonicamente e de visu con lettura CO.

Risultati: Nel gruppo sperimentale, 21 soggetti sono risultati essere astinenti; 2 sono ricaduti ma la ricezione degli SMS ha fatto sì che contattassero il CIT per una nuova presa in carico utile a riprendere l'astinenza; un unico paziente, contattato telefonicamente a 24 mesi, si è dichiarato non astinente e non intenzionato a riprendere il trattamento. Nel gruppo di controllo, 19 dei 24 soggetti sono risultati essere astinenti. Dei restanti 5, nessuno ha accettato di riprendere il trattamento.

Conclusioni: L'utilizzo delle nuove tecnologie, a fronte di un costo e di un impegno ridotti, può portare ad un ulteriore consolidamento dell'astinenza a distanza di anni. Di particolare rilevanza appare la possibilità di offrire al paziente maggiori possibilità di contatto con il CIT utili alla ripresa dell'astinenza in caso di ricaduta.

Parole chiave: Short message service, follow-up, astinenza.

Abstract

Introduction: Smoker's abstinence is characterized by possible moments of vulnerability and therefore it needs of prolonged programs of support. Interdepartmental Center for Chain Smoking (CIT) of Trieste provides a systematic program of follow-up, covering the first year of abstinence. In this study we wanted to verify the efficacy of support by Short Message Service (SMS) for a second year of post treatment abstinence.

Methods: 48 patients that were really abstinent for a year accepted a second reevaluation after 24 months, by phone and with one measuring of the carbon monoxide (CO). Half of them received 6 abstinence support SMS during the second year of post-treatment; the second half was contacted for the final follow-up only.

Results: In the experimental group, 21 subjects were abstinent; 2 of them got a relapse but thanks to the SMS programme they contacted CIT for a new treatment to resume abstinence; only one participant, contacted by phone after 24 months, declared relapse and did not want to restart a new treatment. In the control group, 19 of the 24 participants were really abstinent. Of the 5 left, nobody accepted to resume treatment.

Conclusions: Using new technologies can lead to important reduction of relapses in a long term, facilitating reduction of expenses of the care. Particularly relevant is the possibility to offer to the patient more possibilities of touch with the CIT, useful to resume the abstinence in case of relapse.

Keywords: Short message service, follow-up, abstinence.

Introduzione

Al pari delle altre dipendenze da sostanze, quella da nicotina è una malattia cronica recidivante che tende a protrarsi nel tempo con la possibilità di articolarsi in cicli di ricadute e remissioni anche ripetuti [1]. Pertanto, il mantenimento dell'astinenza prevede la mobilitazione di motivazioni interne anche e soprattutto al di là della fase dello svezzamento fisico dalla nicotina. Sono infatti note le difficoltà degli ex fumatori che, dopo aver raggiunto la disassuefazione, faticano a mantenere l'astinenza nonostante i sintomi legati alla crisi astinenziale si siano estinti [2]. In questo caso subentrano degli aspetti propri della dipendenza psicologica dalla sostanza che non sono spiegabili in termini esclusivamente neurofisiologici. Alcuni studiosi definiscono questo tipo di dipendenza come comportamentale o ambientale [3]. Essa non va trascurata ed anzi per certi aspetti la sua incidenza in termini di ricaduta è superiore alla gravità della dipendenza fisica stessa [4]. Basti pensare a quante volte al giorno un fumatore svolge i medesimi pattern gestuali. Anche il contesto in cui si vive può assumere una valenza discriminante: persone che sono solite uscire con amici fumatori faranno verosimilmente più fatica ad abbandonare la sigaretta in quanto essa fa parte di un rito in termini antropologici o di un gesto di condivisione in termini ecologici, parafrasando Bronfenbrenner [5]. Proprio per questo motivo il *craving*, che nel fumatore si manifesta nel desiderio irrefrenabile di fumare, rappresenta un fenomeno rappresentativo di quanto descritto finora, in quanto di natura largamente soggettiva e mutevole pur essendo state identificate le origini

sottocorticali [6]. L'importanza del tenere in particolare considerazione il *craving* sta nel fatto che esso si può manifestare anche dopo lunghi periodi di astinenza, ad anni di distanza dall'assunzione dell'ultima sigaretta. Gli studiosi sono concordi nel ritenere che sia proprio il *craving* il principale responsabile di un'eventuale ricaduta e del fallimento di un percorso di astinenza da parte del tabagista [7].

Il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente [8] elaborato sulla base di pazienti con problemi di dipendenza, si basa sull'ipotesi che il recupero da una dipendenza coinvolga un processo attraverso una serie di fasi, denominate stadi del cambiamento (**Figura 1**). Questo modello è particolarmente adatto a descrivere anche il percorso di chi vuole smettere di fumare. Il tabagista infatti passa tipicamente da una fase acritica (*precontemplazione*) ad una di riflessione (*contemplazione*), fino ad acquisire consapevolezza rispetto all'importanza di smettere di fumare (*preparazione/determinazione*) per passare all'azione. Una volta raggiunta l'astinenza, l'ormai ex fumatore deve impegnarsi quotidianamente ad integra-

re stabilmente il proprio mutato stile di vita (*mantenimento*) evitando di incorrere nel ritorno al fumo (*ricaduta*).

Se la giusta attenzione è tradizionalmente data a quelli che sono identificabili come i primi quattro stadi del cambiamento del fumatore, meno presidiati sono gli ultimi due. Da un lato questo fatto appare comprensibile in quanto il successo terapeutico è tipicamente dato dal raggiungimento dell'astinenza. D'altra parte la mole di elementi emotivi, comportamentali ed ambientali cristallizzata in anni di sigarette fumate, di automatismi acquisiti nel tempo, di vere e proprie ritualità, ci porta a pensare al tabagista astinente come ad un paziente costantemente a rischio di ricaduta.

Si stima che circa un terzo dei fumatori tenti di smettere ogni anno e che nove di questi tentativi su dieci venga effettuato senza un aiuto formale e strutturato, presentando un tasso di ricadute a lungo termine di più del 90% [8]. D'altro canto, anche fra chi smette di fumare con un aiuto esterno il tasso di ricadute entro l'anno rimane elevato, attestandosi attorno al 70% [9]. Gli studi longitudinali indicano a loro volta che col passare del tempo i tassi di ricaduta non si stabilizzano ma continuano ad aumentare costantemente, seppur in misura inferiore [10]. Sono dunque relativamente poche le persone che riescono a raggiungere una stabile astinenza dalle sigarette al primo tentativo. Questi dati nel loro complesso sottolineano la necessità di strutturare un intervento che consenta al fumatore in remissione di avere adeguati strumenti di presidio atti alla prevenzione delle ricadute. Nonostante questa consapevolezza, negli ambulatori specialistici di



Figura 1 Il modello del cambiamento di Prochaska e Di Clemente.

secondo livello si pone molta più attenzione allo svezzamento e al primo consolidamento dell'astinenza che alla successiva fase di mantenimento. Pertanto, una volta raggiunta l'astinenza il paziente si ritrova sostanzialmente da solo in una fase molto delicata dove l'assenza di presidi può accompagnarsi a forti momenti compulsivi di ritorno alla sigaretta e in cui non è ancora pienamente radicato il cambiamento dello stile di vita.

Negli ultimi dieci anni le ricerche hanno dimostrato in modo coerente l'efficacia dell'utilizzo delle nuove tecnologie nel favorire un cambiamento dello stile di vita in tutta una varietà di aree comportamentali [11], cessazione del fumo compresa [12]. Parallelamente, sono sempre più numerose le *app* scaricabili su *smartphone* volte ad aiutare il fumatore ad uscire dalla dipendenza [13]. Per quanto ne sappiamo, lo stesso interesse non è ancora stato rivolto al mantenimento nel tempo dell'astinenza da parte del paziente tabagista.

Obiettivo del presente studio è stato quello di verificare l'efficacia di uno strumento digitale relativamente nuovo come lo Short Message Service (SMS) nel supporto all'astinenza del paziente tabagista. Data la mole di lavori già presenti in letteratura rispetto all'utilizzo delle nuove tecnologie per la cura e il trattamento, si è voluto porre qui particolare attenzione alla fase di mantenimento [7] dell'astinenza del fumatore, fornendogli un presidio a lungo termine di durata doppia rispetto agli standard solitamente previsti nei centri antifumo.

Metodi

Nell'anno 2013 il Centro Interdipartimentale Tabagismo (CIT) di Trieste, oltre all'ormai consolidato programma di follow-up che copre il primo anno post trattamento attraverso una serie di quattro incontri *de visu* (a 1-3-6-12 mesi) e lettura del CO nell'espriato, ha avviato un programma di sostegno con SMS

per il secondo anno di astinenza post trattamento.

Allo studio hanno partecipato 48 pazienti (24 maschi), di età compresa tra i 28 e i 57 anni. Per partecipare al programma di sostegno tramite SMS, ciascun partecipante doveva aver ultimato con successo il trattamento, costituito da incontri di counselling individuale in presenza o in assenza di un supporto di tipo farmacologico, ed essere risultato astinente anche al termine del programma di follow-up seguente alla conclusione del trattamento (astinenza a 12 mesi confermata dalla lettura del CO nell'espriato in 4 diversi incontri, a 1-3-6-12 mesi dalla conclusione del trattamento). Sono stati pertanto presi in considerazione tutti quegli utenti che hanno dimostrato di aver mantenuto l'astinenza anche al termine del follow-up nell'arco temporale di un anno, da aprile 2013 a marzo 2014.

I pazienti sono stati poi inseriti casualmente in 2 gruppi di 24 soggetti ciascuno. Il primo gruppo ha ricevuto nel corso dell'anno 6 SMS a cadenza bimestrale con messaggi di rinforzo all'astinenza dal fumo. Ciascun SMS conteneva un messaggio diverso dagli altri e pren-

deva in considerazione aspetti differenti legati all'autostima individuale (**Tabella 1**). Tutti gli SMS prevedevano inoltre la stessa frase conclusiva: "se hai bisogno di supporto rispondi SI". In questo caso, il CIT avrebbe ricontattato prontamente il paziente. I soggetti inseriti nel gruppo sperimentale sono stati debitamente informati dell'intera procedura.

Viceversa, il secondo gruppo non è stato in alcun modo contattato nell'arco del secondo anno di astinenza e i soggetti erano soltanto a conoscenza del fatto che sarebbero stati contattati a distanza di un anno dall'ultimo incontro.

Al termine del secondo anno, tutti e 48 i pazienti sono stati contattati telefonicamente ed è stata proposta loro una verifica finale *de visu* con lettura CO.

Risultati

Nel gruppo sperimentale, 21 dei 24 pazienti sono risultati essere astinenti alla verifica del secondo anno (**Tabella 2**). Durante il colloquio di verifica, la lettura del CO nell'espriato è stata per tutti inferiore o uguale a 2ppm. Dei restanti tre pazienti, soltanto uno si è dichiarato

Tabella 1 Il testo dei 6 messaggi di rinforzo all'astinenza.

Follow-up 13 mesi: complimenti! Inizi il tuo secondo anno di astinenza dal fumo. Lo affronteremo assieme con questi sms.
Se hai bisogno di supporto rispondi SI

Follow-up 15 mesi: sei ancora astinente? Benissimo! Maggiore è il periodo di astinenza, minore è il rischio di ricadute!
Se hai bisogno di supporto rispondi SI.

Follow-up 17 mesi: continua a non fumare! Il rischio tumorale diminuisce in modo proporzionale al perdurare dell'astinenza.
Se hai bisogno di supporto rispondi SI.

Follow-up 19 mesi: sei astinente da 19 mesi. Rispetto ad un fumatore medio finora hai risparmiato 2622 euro!
Se hai bisogno di supporto rispondi SI.

Follow-up 21 mesi: sei astinente da 21 mesi. Ormai i segni di invecchiamento precoce dovuti al fumo sono scomparsi dal tuo viso!
Se hai bisogno di supporto rispondi SI.

Follow-up 23 mesi: ottimo! Siamo allo scadere del secondo anno di astinenza! A breve ti chiameremo per la visita finale.
Se hai bisogno di supporto rispondi SI.

Tabella 2 Esito del programma di sostegno con SMS.

	Astinenti	Ricaduti astinenti	Ricaduti non astinenti
Gruppo di controllo	19	0	5
Gruppo sperimentale	21	2	1

non astinente già nel corso del contatto telefonico e non ha accettato l'incontro di verifica finale, dichiarandosi di conseguenza non interessato a riprendere un trattamento per la ripresa dell'astinenza. Gli ultimi due hanno avuto una ricaduta nel corso del secondo anno di monitoraggio, ma la ricezione periodica degli SMS ha fatto sì che il primo rispondesse con un SMS al messaggio per richiedere supporto al follow-up dei 15 mesi, il secondo a quello dei 17 mesi. I due pazienti sono stati immediatamente contattati da un operatore del CIT ed è stato fissato loro un appuntamento per una nuova presa in carico. In entrambi i casi è stato possibile per loro raggiungere in breve tempo nuovamente l'astinenza così che nel colloquio di verifica a 24 mesi il loro CO è risultato essere inferiore a 2ppm.

Nel gruppo di controllo, 19 dei 24 soggetti sono risultati essere astinenti al colloquio di verifica (CO < 3 ppm). I restanti 5 hanno comunicato al telefono la loro ricaduta non accettando un incontro. Il risultato, nel complesso, non ha raggiunto una piena significatività al test esatto di Fisher ($p = 0,093$).

Conclusioni

I risultati ottenuti ci consentono alcune riflessioni nonostante i dati non abbiano raggiunto una piena significatività ($p = 0,093$). È verosimile però pensare che il ridotto numero di pazienti reclutati abbia condizionato in maniera decisiva il risultato finale e che pertanto, con un campione sufficientemente più ampio, le riflessioni che seguono potrebbero essere pienamente supportate anche dalla statistica. Ciò premesso, lo studio sottolinea l'importanza di mantenere l'atten-

zione sul paziente tabagista anche nel medio/lungo termine. Un'operazione di minima come quella descritta, a fronte di un costo e di un impegno ridotti, può portare ad un ulteriore consolidamento dell'astinenza a distanza di anni.

Il tradizionale monitoraggio effettuato tramite colloqui *de visu* ha innegabilmente i suoi vantaggi ma, nel lungo termine, si presta alla difficoltà di mantenere la periodicità degli appuntamenti. Questa modalità infatti necessita in primo luogo dell'impegno di un operatore che, a fronte di un costante ingresso di nuovi utenti, si ritrova ad avere in carico un numero crescente di persone sempre più difficile da gestire. In secondo luogo, risulta complicato fissare degli appuntamenti a delle persone che ormai da tempo non fumano e ritengono poco utile presentarsi presso il Centro Antifumo per monitorare un problema che ritengono ormai superato. Sono questi i principali motivi per cui nei Centri Antifumo la fase di follow-up si ferma al primo anno post trattamento.

Il presente studio evidenzia come l'utilizzo degli SMS possa rivelarsi una strategia valida ed economica per continuare a mantenere un contatto con l'utenza poco invasivo ma altrettanto efficace. Durante il colloquio di verifica finale, nessuno dei partecipanti si è detto infastidito dalla ricezione dei messaggi ed anzi molti hanno accolto gli SMS come una manifestazione di interesse da parte del CIT.

È utile ricordare che i partecipanti all'esperimento erano liberi di non rispondere nel caso nulla fosse cambiato nel corso del periodo intercorso tra un messaggio e l'altro. In buona sostanza non veniva richiesta loro una risposta per ciascuna

ricezione dei sei messaggi bimestrali. Inoltre, nel contenuto stesso di ciascun messaggio si ricordava agli utenti di rispondere soltanto nel caso fosse emerso un qualche bisogno da parte loro nei 60 giorni seguenti all'ultimo SMS. Riteniamo che questo elemento costituisca un ulteriore fattore positivo tale da rendere altamente tollerabile la partecipazione ad un simile programma a causa della sua scarsa invasività, cosa che invece un contatto telefonico periodico inevitabilmente porta con sé.

La validità del sistema sembra essere supportata dal fatto che, dei tre pazienti andati incontro ad una ricaduta, ben due abbiano risposto correttamente all'SMS digitando "SI". In questo modo è stato possibile richiamarli per fissare un nuovo appuntamento e affrontare assieme a loro una pronta ripresa dell'astinenza. In entrambi i casi inoltre l'astinenza è stata raggiunta con pieno successo e in tempi molto rapidi, senza la necessità di una prescrizione farmacologica.

Secondo il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente, quello della ricaduta è un fenomeno connotato alle dipendenze, ma è di fondamentale importanza riuscire a far sì che questo episodio rappresenti un'esperienza breve, utile ad evidenziare le criticità e a rafforzare le abilità acquisite, evitando invece che subentrino senso di colpa e sfiducia. Appare dunque indispensabile far sì che un qualsiasi trattamento preveda un percorso di prevenzione alle ricadute e di sostegno al superamento delle stesse. Spesso a seguito di una ricaduta emergono connotati affettivi spiacevoli come il timore e la vergogna per aver deluso la persona (o il gruppo di persone) che ha accompagnato il tabagista nel suo percorso, connotati che a volte si riflettono nella decisione di non chiedere nuovamente aiuto. Strutturare un percorso di follow-up attraverso le nuove tecnologie può consentire di evitare questo problema facilitando invece il riaggancio al trattamento.

Conclusioni

Le molte attenzioni rivolte alla fase di svezzamento del tabagista sembrano non corrispondere alla scarsa presenza di presidi legati al "dopo". La buona cura da una dipendenza prevede tuttavia un cambiamento dello stile di vita e questo non può che avvenire in tempi lunghi. Il presente studio suggerisce l'idea che, prevedendo operazioni di sostegno periodico, si possa ottenere un significativo contenimento delle ricadute anche nel lungo termine. Avvalersi pertanto in sede di follow-up delle nuove tecnologie per presidiare la fase di mantenimento può costituire un'opportunità agile e

contenuta nelle spese alla cura. Inoltre, i dati presentati in questo scritto sembrano supportare il fatto che il canale SMS sia uno strumento valido ad offrire al paziente maggiori possibilità di contatto con il Centro Antifumo d'appartenenza in caso di difficoltà legate al percorso astinenziale intrapreso.

[*Tabaccologia* 2016; 1:32-36]

Daide Jugovac

Duemilauno Agenzia Sociale,
Centro Interdipartimentale
Tabagismo, Azienda per l'Assistenza
Sanitaria 1 Triestina
Via Sai 5, 34100 Trieste
Tel. 040 3997375 - 040 3997399

Giulia Generoso Quartarone
As.Tr.A. Associazione Trattamento
Alcolodipendenze, Centro
Interdipartimentale Tabagismo,
Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1
Triestina

Alessandro Vegliach
Centro Interdipartimentale
Tabagismo, Azienda per l'Assistenza
Sanitaria 1 Triestina

Corresponding author:

Daide Jugovac

✉ djugovac@2001agsoc.it

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

Bibliografia

1. Tinghino B. Efficacia della prevenzione del tabagismo. *Tabaccologia* 2003;1:33-36.
2. O'Brien CP. Tossicodipendenza e abuso di farmaci. In: *Le basi farmacologiche della terapia*, a cura di Goodman & Gilman, McGraw-Hill Italia Editore, 2006.
3. Chiamulera C. Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "multiple-action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli. *Brain Research Reviews* 2005;48(1):74-97.
4. Lugoboni F, Guadagnini P, Morbioli L. Il valore attribuito alle terapie antitabagiche in una coorte di fumatori in un ambulatorio specialistico. *Tabaccologia* 2015;3:29-34.
5. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Harvard University Press, 1979.
6. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev* 1993;18(3):247-291.
7. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19(3):276-288.
8. Picardi A, Bertoldi S, Morosini P. Trattamento comportamentale di gruppo per la disassuefazione da nicotina: uno studio di follow up a 6, 12, 24 mesi su un campione di 1060 soggetti. *Journal of Psychopathology* 2000;6:4.
9. William A, Hunt L, Walker B, Laurence G. Cessation rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971;27(4):455-456.
10. Montina GL, Onor ML, Poropat C, Cariello E, Todaro P, Pivotti F, Aguglia E. Efficacia dei corsi per smettere di fumare a Trieste. Verifica a 2 anni. *Tabaccologia* 2003;2:21-25.
11. Heron KE, Smyth JM. Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *Br J Health Psychol* 2010;15:1-39.
12. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4.
13. www.healthline.com/health/quit-smoking/top-iphone-android-apps#2.

La "Comissão de Tabagismo" della Società Portoghese di Pneumologia

Maria Sofia Cattaruzza

L XXXI Congresso della Società Portoghese di Pneumologia (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, SPP - <http://www.sppneumologia.pt/>) si è svolto ad Albufeira, nell'Algarve (sud del Portogallo) dal 5 al 7 novembre 2016. Si tratta di un "appuntamento" importante perché riunisce ogni anno tutti gli pneumologi portoghesi, quasi 800 medici, dal Nord al Sud del Paese. I progressi più importanti nella diagnosi, nel trattamento e nella terapia delle malattie respiratorie sono stati discussi in quattro sessioni parallele, nello splendido scenario delle falesie della costa. Il Congresso è stato arricchito con tavole rotonde e simposi. La Società Portoghese di Pneumologia è organizzata in

gruppi di lavoro, tra i quali c'è la "Comissão de Tabagismo", nata nel 1992 e costituita da 58 membri. Il nuovo presidente (2016-18) è il Dottor José Pedro Boléo-Tomé che ha ricevuto, da parte del passato presidente, la Dott.ssa Ana Figueiredo, l'eredità di continuare ad implementare azioni di controllo del tabagismo. Il Comitato ha organizzato un'interessante "tavola rotonda" su "Fumo, Gravidanza e Adolescenza" in cui sono stati affrontati dei temi relativamente nuovi. Infatti, la Dott.ssa Joana Margarida Lopes, (psichiatra di "Vila Franca de Xira"), ha illustrato gli effetti neurocognitivi del fumo di tabacco sul feto, il Dr. Paulo Victoria, (psicologo presso il Dipartimento di

Scienze della Salute presso l'Università di Breira), ha parlato dei problemi legati alla cessazione negli adolescenti e la Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza (epidemiologa presso il Dipartimento di Sanità Pubblica della Sapienza Università di Roma), ha discusso del tema delle "generazioni senza tabacco", (cioè delle generazioni a cui alcuni Paesi hanno deciso di negare accesso al tabacco), come strategia inclusa nel "Tobacco Endgame".

[*Tabaccologia 2016; 1:37*]

Maria Sofia Cattaruzza

✉ mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it
Direttore Scientifico di Tabaccologia

The "Comissão de Tabagismo" of the Portuguese Society of Pneumology

Maria Sofia Cattaruzza

The XXXI Congress of the Portuguese Society of Pneumology (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, SPP - <http://www.sppneumologia.pt/>) was held in Albufeira, Algarve (South of Portugal) from the 5th to the 7th of November 2016. It is an annual very important meeting which gathers together all Portuguese Pneumologists, nearly 800 physicians from the North to the South of the Country. The most important advances in diagnosis, treatment and therapy of respiratory diseases were discussed in four parallel sessions, in the beautiful scenario of the high costline. The Congress was enriched

with round tables and symposia. The Portuguese Society of Pneumology is organized in working groups and among them there is the "Comissão de Tabagismo", born in 1992 and made up of 58 members. The new president (2016-18) is Dr. José Pedro Boléo-Tomé who received the heritage to continue to implement tobacco control measures, from the past president, Dr. Ana Figueiredo. The Committee organised an interesting "Round Table" on "Smoking, Pregnancy and Adolescence" where relatively new themes were addressed. Indeed, the neurocognitive effects of tobacco smoke on

the fetus were explained by Dr. Joana Margarida Lopes, (psychiatrist in "Vila Franca de Xira"), Dr. Paulo Victória, (psychologist in the Department of Health Sciences in the University of Breira), talked about the problems of cessations in the adolescents and Prof.ssa Maria Sofia Cattaruzza (epidemiologist in the Department of Public Health in the Sapienza University of Rome) discussed the theme of Tobacco-free generations, (that is the decision to deny access to tobacco for those born in or after a specific year), which is one of the strategies included in the "Tobacco Endgame".

Tutto quello che avresti voluto sapere sulla sigaretta elettronica...

Biagio Tinghino

Centoquindici pagine scritte in modo facile, che si leggono come si partecipa ad una chiacchierata: questo è lo stile del libro scritto a quattro mani, da Fabio Beatrice e Johann Rossi Mason: "La verità sulla sigaretta elettronica". Si tratta di un testo in cui l'interlocutore è evidentemente il pubblico dei non addetti ai lavori, che ha bisogno di far chiarezza su uno degli ultimi ritrovati in materia di tabagismo. Il fumatore, se oggi dovesse farsi un'idea su questo prodotto navigando su internet ne uscirebbe, infatti, con la testa confusa. Da una parte ci sono i sostenitori che ne osannano le proprietà (anche terapeutiche) e i venditori, giustamente indaffarati a procurarsi un lecito guadagno. Dall'altra parte gli esperti, anch'essi spesso divisi, quando non manifestamente schierati tra i pro e i contro. Come al solito la verità è complessa, e Fabio Beatrice pian piano lo spiega raccontando la storia della sigaretta elettronica, dal suo lontano nascere per opera di un farmacista cinese al moderno mercato mondiale. Vengono snocciolati i dati della ricerca, in modo comprensibile e discorsivo, sono rac-

contati aneddoti, episodi e posizioni di eminenti scienziati. Le conclusioni, viste con l'occhio di chi da anni si occupa del trattamento del tabagismo, sono ponderate e condivisibili: *Molto può la tecnologia ma il fumo di tabacco è una dipendenza proprio a causa della nicotina e quindi il cambiamento è sempre una cosa difficile, non ci stancheremo mai di ripeterlo! Non bastano produttori e venditori per aiutare i fumatori e nel percorso di transizione (o translazione) dalla normale sigaretta elettronica solo l'aiuto di sanitari esperti nel campo è in grado di dare una svolta vincente.* Non si può, per pregiudizio o ideologia, rifiutare che in taluni casi serve una strategia di riduzione del danno, e l'e-cig può giocare un ruolo importante in questa direzione. Naturalmente si chiede che si prendano in considerazione tutte le precauzioni di controllo e di qualità sia dei liquidi che dei dispositivi. Perciò, conclude Beatrice, la sigaretta elettronica merita davvero "un'altra chance".

[Tabaccologia 2016; 1:38]

Biagio Tinghino

✉ presidenza@tabaccologia.it
Presidente SITAB



Il libro in formato cartaceo è in corso di distribuzione gratuita in 10.000 copie tramite 3000 farmacie italiane; in formato elettronico è sulla piattaforma Amazon-Kindle al prezzo di 2,99 euro.

Giornata Mondiale senza Tabacco World No-Tobacco Day 2016

Get ready for plain packaging - Pronti per il confezionamento anonimo

XVIII CONVEGNO NAZIONALE TABAGISMO E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Roma, 31 maggio 2016 – Aula Pocchiarri, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299

L'Istituto Superiore di Sanità, come di consueto, celebrerà la giornata mondiale senza tabacco il 31 maggio 2016 con il Convegno in cui l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD) presenterà il rapporto nazionale sul fumo 2016. Quest'anno ci sarà una sessione sulle alleanze per la lotta al tabagismo alla quale parteciperanno: la scuola, una grande industria automobilistica esempio di Smoke-Free policy, il settore della comunicazione e il cinema. A quest'ultimo sarà anche dedicato uno spazio pomeridiano per la proiezione del film "The Answer" a cura del Professor Sirchia.

La partecipazione è gratuita, previa registrazione: www.iss.it/fumo/

Carne e tabacco. Tanti rischi, ma la salute è una

Lettera del presidente

Come presidente della Società Italiana di Tabaccologia e come vegetariano, dopo l'articolo di Vincenzo Zagà e Daniel Amram sul numero 4/2015 di Tabaccologia, su carne e tabacco confesso di avere vissuto qualche ambivalenza. Il tabacco provoca il cancro e la carne rossa, in qualche modo, è anch'essa un fattore di rischio per l'insorgenza di un certo tipo di tumori. Sono due temi che mi stanno a cuore e che chiedono una posizione chiara, soprattutto per i non addetti ai lavori.

Voglio spezzare una lancia a favore delle affermazioni dello IARC, che sono importanti, necessarie, illuminanti, dopo decenni di ricerca. Le evidenze sulla carne rossa e sugli affumicati si sono accumulate nel tempo e si appoggiano ormai su quasi ottocento studi. La carne rossa aumenta il rischio di cancro al colon, influisce su quello dell'ovaio e della mammella, mentre i salumi affumicati sono coinvolti nella genesi dei tumori dello stomaco. La produzione di carne è aumentata a dismisura, ben oltre il ruolo di sostegno all'apporto proteico che fino a qualche decennio fa questo alimento rivestiva. Nel corso dei secoli la carenza di cibo è stata una piaga per l'umanità, ed ogni volta che c'è stata una crisi alimentare il consumo di carne è stato visto come uno status simbol. Forse per questo motivo, dopo l'ultima guerra, i consumi occidentali sono aumentati a dismisura e lo stesso fenomeno si sta verificando nei paesi in via di sviluppo. L'allevamento di animali, peraltro, comporta l'utilizzo di una quantità di risorse (acqua, energia, territorio) che ben presto non potremo più permetterci, a meno di un drastico ridimensionamento della quan-

tità di carne nell'alimentazione quotidiana. Detto ciò, resta indiscutibile la differenza della "quantità" di rischio che comportano le sigarette rispetto alla carne.

Fumare è immensamente più pericoloso, anche se talune molecole sono contenute sia nel tabacco bruciato che nelle carni affumicate. L'accordo con l'ottimo articolo dei colleghi è dunque totale.

Non vorrei concludere aprendo una guerra alla bistecca, ai ravioli al burro o alle salsicce di maiale. Di guerre ce ne sono già troppe per iniziarne altre.

Purché, simpaticamente, non si semplifichi troppo: Se è vero che l'astensione dalle carni rosse farebbe risparmiare nel mondo "solo" 50.000 morti, è anche vero che una dieta scorretta è alla base di un buon 30% dei tumori.

Abbiamo un bisogno enorme di informazioni sulla sana alimentazione, i cui principi non coinvolgono solo la riduzione delle carni rosse e degli insaccati, ma dei grassi saturi, delle calorie in eccesso, degli zuccheri raffinati e un aumento delle porzioni di frutta e di verdura. Sappiamo, per esempio, che per ogni 100 grammi di vegetali freschi assunti giornalmente, scende il rischio di cancro del 5-6%, fino

ad un massimo di 500-600 g di ortaggi e frutta. Le comunicazioni dello IARC sulla carne, dunque, sono una parte di queste informazioni necessarie.

Non penso, peraltro, che sia opportuno aprire una competizione tra fattori di rischio. La salute è fatta da tanti componenti, il cui peso ovviamente è diverso, ma sensatamente non vogliamo minimizzarne nessuno.

Qualcuno, a livello personale, mi ha poi chiesto cosa ne pensavo sull'uso del pesce e i suoi effetti sulla salute. Sono stato costretto a dire che il pesce (azzurro) è ricco di grassi omega-3, molto utili alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e ad altro ancora.

Così affermano gli studi. Resto però dell'idea che mangiare pesce non fa bene ai pesci. Essere vegetariani significa soprattutto questo: tener presente anche il loro punto di vista, no?

Come è stato ampiamente e saggiamente sottolineato dai due colleghi, un conto è il livello di rischio e un conto l'evidenza di una correlazione tra due eventi.

Biagio Tinghino
Presidente SITAB



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.

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

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

Segretaria di redazione e marketing: media@midiaonline.it

Instructions to Authors

Tabaccologia (*Tobaccology*) is the official journal of the Italian Society of Tobaccology (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. Figures are to be sent in separate files in formats such as Powerpoint (.ppt), .tif or .jpg. The editors welcome the submission of contributions from Italy and from all over the World.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial and marketing secretary: media@midiaonline.it



*XII Congresso Nazionale
Società Italiana di Tabaccologia*

3 e 4 novembre 2016, Milano
TABAGISMO

L'ALTRA FACCIA DELL'ADDICTION



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

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



idee in salute

IN COLLABORAZIONE CON

TRIO International srl
Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste (TS)
Tel. 040 246 93 68 - Fax 040 989 97 01
info@T3io.eu

SEDE DEI LAVORI

Milan Marriott Hotel
Via Washington, 66
20146 Milano
www.marriott.com



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



Vibroflow®

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

(Sviluppato in collaborazione con LINDE)

NeoSpire®

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

AspiraGo³⁰®

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

AirPro3000^{Plus}®

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

FLAEM NUOVA S.p.A

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

CONTATTI

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

