



Principali misure di outcome

Astinenza dal fumo di sigaretta a un follow-up a 3-5 anni dopo un intervento di prevenzione specifico.

Risultati

3-5 anni dopo aver partecipato alla SFCC i fumatori sono 17,8% fra chi aveva partecipato alla SFCC e 28,4% fra i non partecipanti ($\chi^2 = 5,86$; $p = 0,01$).

L'incremento medio del numero di fumatori è del 7,4% fra i partecipanti alla SFCC e del 18,7% nelle classi di controllo.

Non avere familiari fumatori e aver partecipato alla SFCC favoriscono la possibilità di rimanere astinenti dal fumo di sigaretta in misura diversa in relazione all'età e al tempo trascorso dal programma di prevenzione

Conclusione

Lo studio incoraggia l'uso di programmi quali la Smoke Free Class Competition nelle prime classi delle scuole superiori per ritardare e scoraggiare l'iniziazione al fumo di sigaretta fra gli adolescenti.

Il distress psicologico: possibile predittore della cessazione del fumo

Fiammetta Cosci

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Firenze

Il distress psicologico è una dimensione psicologica che consta di sintomi e risposte emotive quali ad esempio la tristezza, la frustrazione, l'ansia, la mancanza di speranze, il nervosismo e l'umore depresso. Esso può essere esperito da soggetti sani che si trovino ad affrontare cambiamenti nella vita, da pazienti affetti da disturbi somatici o psichici, da fumatori nelle diverse fasi della loro storia di fumo (inizio, mantenimento, cessazione, ricaduta).

Una letteratura crescente evidenzia che il distress psicologico sia particolarmente frequente durante il periodo della cessazione del fumo e possa influenzare negativamente la possibilità di smettere. Rabbia, ostilità, tensione e umore depresso sono stati infatti associati ad un maggior rischio di non riuscire a smettere di fumare.

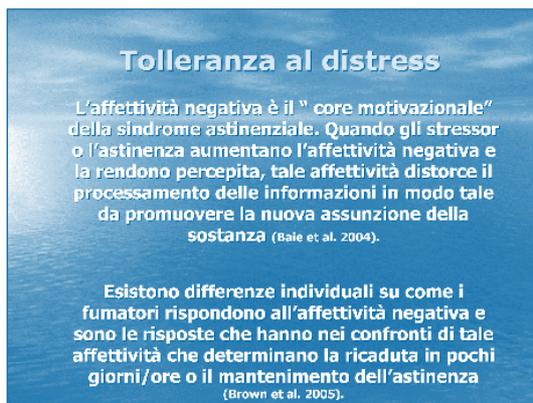
Molte ricerche hanno inoltre posto l'attenzione su una dimensione specifica del distress psicologico, la cosiddetta affettività negativa e cioè sintomi ansiosi e/o depressivi in assenza di una diagnosi di disturbo psichiatrico. È stato osservato che i fumatori che si rivolgono ai Centri Antifumo hanno un'affettività negativa più grave dei fumatori della popolazione generale. Quindi, si è ipotizzato che tali sintomi possano agire

come motivatori per smettere di fumare. Tuttavia, mentre chi ha sintomi depressivi presenta una minore probabilità di smettere di fumare, chi ha una sintomatologia ansiosa sembra riuscire più facilmente in questo proposito.

Infine, un fenomeno di interesse crescente è la tolleranza al distress. I fumatori che ricadono precocemente (cioè, ore o giorni dopo la cessazione) sembrano non soltanto risentire dei sintomi astinenziali ma soprattutto avere una bassa tolleranza verso il disagio emotivo, il distress fisico e psicologico che la cessazione comporta. È

da notare che l'85% di chi ha una ricaduta precoce fallirà nel tentativo di smettere di fumare alla fine del percorso terapeutico e che una bassa tolleranza al distress è stata associata a come il soggetto è in grado di gestire la propria affettività negativa.

A conclusione dell'intervento sarà discusso un caso clinico allo scopo di descrivere il distress psicologico, proporre strumenti per misurarlo (ad esempio, il *Symptom Rating Test*) e fare la diagnosi differenziale rispetto alla sindrome d'astinenza da nicotina. Esiste infatti una sovrapposizione fra le manifestazioni cliniche del distress psicologico e quelle dell'astinenza da nicotina. I due fenomeni possono però essere distinti attraverso un'attenta raccolta delle informazioni cliniche e un approfondito esame obiettivo.



Importanza del rapporto medico-paziente nella smoking cessation

Federico E. Perozziello

Responsabile del Centro Antifumo ASL di Milano - Prof. a contratto di Antropologia p/o Università degli Studi dell'Insubria (Varese - Como)

Smettere di fumare è possibile con trattamenti farmacologici idonei, oggi disponibili e utilizzati assieme all'intervento di personale sanitario esperto. Tuttavia il processo della disassuefazione richiede tempo. Questo è un fattore

di cui occorre assolutamente tenere conto nella terapia del Tabagismo. Una terapia efficace richiede la disponibilità di tempo per poter parlare con il fumatore e approfondire le sue motivazioni a smettere. Non esiste un fumatore uguale a un altro e per comprendere bene la personalità di chi si ha davanti occorre impiegare un tempo maggiore che in un approccio clinico tradizionale.



Interagire con un fumatore comporta per il medico dover ricoprire un ruolo determinato e a volte inconsueto in una relazione di aiuto, in una dinamica di *Counseling*, secondo quanto studiato dallo psicologo *Carl Rogers* (1902-1987). Secondo Rogers, se una persona si trova in difficoltà, il modo più adeguato di aiutarla non è dirle cosa fare, bensì aiutarla a comprendere la propria situazione. Questo stato di cose rende la terapia del tabagismo molto differente dai consueti processi decisionali e terapeutici della medicina.

A proposito della comunicazione tra medico e paziente, ricordiamo le potenzialità del linguaggio nella comprensione tra gli esseri umani e di come spesso il medico non sia consapevole delle capacità mimetiche nel raccontarsi messe in atto dal paziente. Una persona che racconta la propria condizione di malato, fornisce infatti una creazione narrativa del proprio sé. Il fumatore si racconta davanti al medico, che dovrebbe avere il tempo di ascoltarlo e possedere la preparazione per interpretarlo. Questa narrazione creatrice del sé è spesso un atto di ricerca di un equilibrio tra la nostra autonomia (ci raccontiamo come persone coerenti con il proprio passato e la propria volon-

tà) e l'inevitabile alterità che ci circonda, costituita dalla famiglia, dagli amici, dalle istituzioni, che si attendono da noi e dal fumatore alcuni comportamenti.

La vita appare quindi al paziente fumatore come una ricerca di equilibrio tra l'autonomia decisionale e l'impegno nel cambiare le proprie condizioni esistenziali. L'azione terapeutica della medicina deve essere adattata alle condizioni particolari del fumatore. La congiunzione di aspetti fisiopatologici e soteriologici, di salvezza cioè da un esito negativo, costituisce l'essenza della medicina. Secondo l'antropologo Byron J. Good, la medicina può essere vista come un modo di affrontare il mondo e la malattia attraverso un vettore di esperienze, un mezzo di incontro e di interpretazione dell'altro, di gestione del conflitto e di trasformazione del "malato" fumatore in soggetto "sano".

Per raggiungere questo obiettivo, così utile nel processo di disassuefazione dal fumo, che appare come un vero e proprio rimodellamento esistenziale, risulta necessaria un'innovazione formativa nella preparazione dei giovani medici, che richiede impegno e competenze diverse da ricercarsi attraverso una spiccata interdisciplinarietà e un'attenzione particolare al linguaggio.

Dosaggio del Polonio 210 nelle sigarette più vendute in Italia e proposte sulla importanza di comunicarne la presenza

Vincenzo Zagà¹, Massimo Esposito², Pergiorgio Zuccaro³, Paolo Bartolomei⁴, Mattia Taroni², Roberta Pacifici³, Enrico Gattavecchia⁵

¹Pneumotisiologia Territoriale - AUSL di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

²U-Series Lab - Bologna.

³Osservatorio Fumo, Alcol, Droghe (OSSFAD-ISS).

⁴ENEA-Bologna.

⁵Unità Complessa dell'Istituto di Chimica, Radiochimica e Scienze Metallurgiche-Università di Bologna.

Introduzione

Il Polonio alfa-radioattivo 210 (Po-210) è uno dei più potenti agenti carcinogeni del fumo di tabacco e uno dei responsabili del cambiamento dell'istotipo del tumore polmonare da "squamoso ed indifferenziato a piccole cellule" ad "adenocarcinoma". La fonte principale di Po-210 è rappresentata dai fertilizzanti ricchi di polifosfati. Le foglie del tabacco accumulano Pb-210 e Po-210 attraverso i tricomi e il Pb-210 decade gradualmente in Po-210. Con la combustione e l'aspirazione del fumo il Pb-210 e Po-210 raggiungono l'apparato broncopulmonare, dove, in combinazione con altri agenti, manifestano l'azione cancerogena, specialmente nei pazienti con BPCO al 3° e 4° stadio GOLD.

Obiettivi

Nell'ambito del progetto Help-Mild, un progetto di prevenzione primaria del tumore al polmone, sono state eseguite le analisi del Piombo 210 e Polonio 210 sulle 10 marche di sigarette più vendute in Italia nel 2010.

Metodi

Le marche campionate sono state: Camel Blu, Chesterfield Rosse, Diana Blu, Diana Rosse, Winston Blue, MS Rosse, MS Gialle, Merit Gialle, Marlboro Gold, Marlboro Rosse. La ricerca è stata eseguita su commissione dell'OSSFAD-ISS presso il laboratorio U-Series collegato all'ENEA di Bologna con il coordinamento della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e l'Istituto di Chimica, Radiochimica e Scienze Metallurgiche (SMETEC) dell'Università di Bologna.

Risultati

Fra le 10 marche di sigarette esaminate non si sono osservate sostanziali differenze quanto a Pb-210 e Po-210: in media $14,6 \pm 2,7$ mBq/sigaretta di Piombo-210 e $15,8 \pm 2,2$ mBq/sigaretta di Polonio 210. Partendo da questi dati, la dose di esposizione e il conseguente rischio biologico per un fumatore di 20 sigarette al dì per 1 anno è stato calcolato essere paragonabile a circa 28 radiografie al torace eseguite in antero-posteriore.

Conclusioni

Alla luce di questi risultati, che evidenziano la presenza di radioattività alfa da Po-210 e la sua pericolosità in senso oncogenetico, scaturiscono due tipi di proposte, una clinica e una normativa.

Proposte sul piano clinico: a) sfruttare la presenza di radioattività nel fumo di tabacco nell'informazione al paziente fumatore e nella comunicazione sociale a vari livelli, mediatica e istituzionale, allo scopo di aumentare l'informazione di base sul fumo per la popolazione genera-