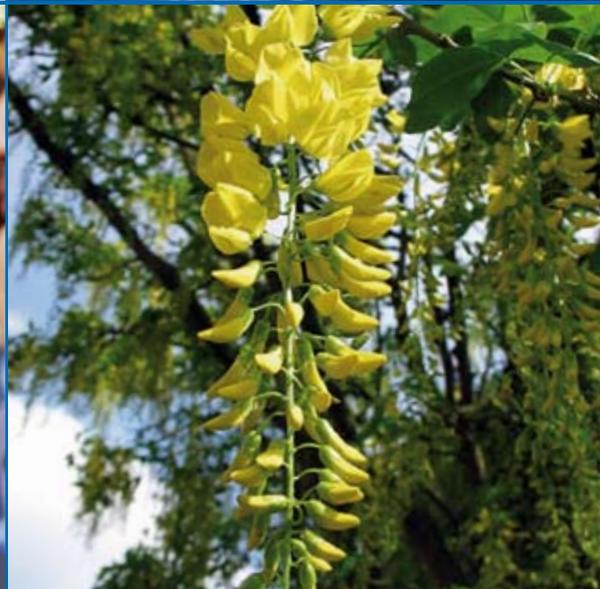


Tabaccologia

Tobaccology

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

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



World No Tobacco Day 2007

HELP European Youth Manifesto • Fumo al volante

La scuola in farmacia • Piante officinali di supporto alle terapie antifumo

Tabaccologia... la scienza senza filtro



www.tabaccologia.it



Cosa bolle in redazione

Cari lettori. Purtroppo è accaduto quello che temevamo. L'Italia non ha firmato la ratifica dell'FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) entro il termine stabilito del 1 aprile 2007 (negligenza, pressappochismo, pressioni della lobby del tabacco?). Con la legge antifumo Sirchia avevamo acquisito riconoscimenti stimolando meraviglia e nel contempo emulazioni. Con la non ratifica abbiamo perso la faccia e l'unica parola che ci viene in mente è: vergogna! Né deve consolarci se nello sparuto gruppo di chi non ha ratificato è presente, fra gli altri, oltre ad Afghanistan, Etiopia Suriname e Uganda, anche Svizzera e USA. Purtroppo il... Kazachistan non è più con noi!

Il Primo Piano di questo numero è dedicato al Progetto Help dell'UE e al World No tabacco Day 2007: tema conduttore di quest'ultimo è l'inquinamento da fumo di tabacco. Questo argomento è ripreso dall'editoriale di Zuccaro, Direttore OSSFAD e da altri articoli presenti in questo numero di Tabaccologia, fra cui gli studi condotti dal Tobacco Control Unit dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano.

L'intervista di questo numero è dedicata a Maurizio Laezza, valente responsabile del Progetto Tabagismo della Regione Emilia-Romagna e della Consulta Nazionale Tabagismo.

A seguire la vexata quaestio che spesso mette in difficoltà il medico che si trova ad affrontare un fumatore: 1-4 sigarette fanno male? La risposta la trovate in Abstract & Commentary. E a proposito di fumo attivo e passivo vi segnaliamo l'articolo originale di Mangiaracina e Palumbo sul fumo al volante e rischio infortunistico stradale. L'articolo di Nanni e collaboratori ci illustra i risultati di un progetto originale denominato *La scuola in farmacia*. Dall'Università di Camerino ci giunge una rassegna sulle piante officinali di supporto nella terapia antifumo. Da questo numero Tabaccologia ospiterà, con una pagina, la LILT per tutto ciò che riguarderà la prevenzione del tabagismo. Una iniziativa che contribuirà a rinsaldare sempre di più i rapporti fra SITAB e LILT.

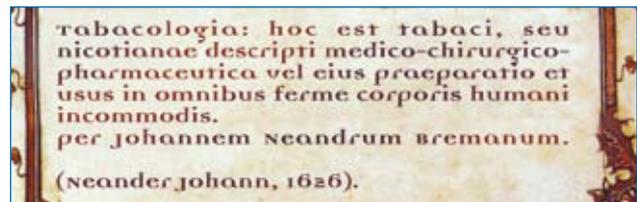
Per finire qualche curiosità storica: sapevate della rivolta del fumo durante i moti risorgimentali del 1848? E cosa avvenne, nel mondo conosciuto, in quel lontano quanto fatidico A.D. 1492?

A fronte di questa pagina troverete nella 2ª di copertina un *Non Ti Scordar di Me*. Se ti sta a cuore il problema tabagismo ti chiediamo, come SITAB, di dedicarci il 5x1000. E in più l'iscrizione è gratuita con tutte le iniziative editoriali di aggiornamento che vi saranno inviate. È un piccolo/grande aiuto che ci permetterà di aggiornarvi e sostenervi nella vostra attività in maniera sempre più incisiva e indipendente. Grazie per quello che riuscirete a fare.

Buona lettura a tutti.

Vincenzo Zagà
Caporedattore
(redazione@tabaccologia.it)

Sommario



EDITORIALE

Risvegli. (P. Zuccaro) **3**

QUELLI CHE IL FUMO...

Un incontro con... Maurizio Laezza. (M. Giovenchi) **4**

PRIMO PIANO

World No Tobacco Day 2007. (D. Enea) **6**

Campagna HELP, 3° Round, con Miss Mondo e Cino Ricci. (M. Simoni, G. Chiarenza) **8**

Il Manifesto dei Giovani Europei. contro il Tabacco (U.E.) **9**

ABSTRACT & COMMENTARY **12**

PERSPECTIVES & RESEARCH

Istituto Nazionale dei Tumori: il laboratorio per lo studio degli inquinanti ambientali e del fumo di tabacco. (R. Boffi, A. Ruprecht, G. Invernizzi) **16**

ORIGINAL ARTICLES

Fumo al volante e rischio infortunistico stradale. (G. Mangiaracina, L. Palumbo) **19**

Progetto "La Scuola in Farmacia" Prime analisi e valutazioni. (M. Nanni, M. Colantoni, G. Mangiaracina) **24**

REVIEW

Piante officinali di supporto alla terapia del tabagismo. (F. Maggi, G. Moriconi, C. Polidori) **29**

INFORMALILT **33**

(A cura della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

NEWS & VIEWS **34**

SITAB HOME PAGE **39**

TABAC MAIL **42**

CONGRESSI & EVENTI **48**

Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA - SITAB

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

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

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

Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera, (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Marco Mura (Roma), Claudio Poropat (Trieste), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza), Vincenzo Zagà (Bologna).

Comitato scientifico: Massimo Baraldo (Udine), Kamal Chauouchi (Parigi - Francia), Domenico Enea (Roma), Stefano Fedele (Londra), Paola Gremigni (Bologna), Giovanni Invernizzi (MI), Maurizio Laezza (Bologna), Paola Martucci (Napoli), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Margherita Neri (Tradate - VA), Emanuele Passanante (Torino), Francesco Romano (Cosenza), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Franco Salvati (Roma), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Riccardo Tominz (Trieste), Stefano Vianello (Mirano - VE), Pier Giorgio Zuccaro (Roma)

Comitato scientifico d'onore:

Presidente: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia), Amanda Amos (University of Scotland, Edimburgo - UK), Lucio Casali (Università di Perugia), Simon Chapman (Australia), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Dario Olivieri (Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tuberculosis
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori
- FederAsma
- Associazione Pazienti BPCO

Segreteria di redazione: Livia Laurentino
(liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)
c/o Suoni Comunicazioni - Bologna

Art director: Fabrizio Cani
Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it - graph-x@fastwebnet.it



Ricerca iconografica: Zagor & Kano

Stampa: Ideostampa - Via del Progresso s.n.
61030 Calcinelli di Saltara (PU)

Pubblicità: Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)
via Venturoli 38/D - 40138 Bologna - tel./fax +39 051 304737

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

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

Finito di stampare nel maggio 2007. Tiratura: 5000 copie.

Norme Redazionali per gli Autori

La rivista **TABACCOLOGIA**® viene pubblicata con cadenza trimestrale. Pubblica gratuitamente articoli originali, rassegne e saggi su argomenti inerenti il tabacco, il tabagismo e le patologie fumo-correlate. Il testo deve essere inviato via e-mail a redazione@tabaccologia.it o spedito su dischetto (o Cd-Rom) in formato word .doc, alla Segreteria di Redazione. I lavori (articoli originali, reviews e saggi) devono essere redatti in lingua italiana o in inglese con traduzione in italiano e comprensivi di sommario (italiano e inglese). La prima pagina dovrà contenere: a) il titolo del lavoro (italiano/inglese) b) gli Autori del lavoro c) l'Istituto (o gli Istituti) di appartenenza d) il nome per esteso e l'indirizzo completo di e-mail dell'Autore per la corrispondenza. Gli **articoli originali** dovranno essere così suddivisi: Abstract, Parole chiave (da 3 a 5), Introduzione, Materiali e Metodi, Discussione e Conclusione. Le voci bibliografiche, indicate nel testo in stile apice, dovranno essere elencate in ordine di citazione o in ordine alfabetico e indicare: i cognomi di tutti gli Autori (max 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo l'Index Medicus, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine (iniziale e finale) (per esempio: **3. Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int. J. Addiction, 1994; 29: 913-925**). I relativi abstract dovranno essere suddivisi in: Premessa, Scopo, Metodi, Risultati, Conclusioni. La lunghezza (inclusa la Bibliografia, esclusi i grafici e le tabelle) non deve superare i 20.000 caratteri. **Tabelle e figure:** dovranno essere numerate consecutivamente con eventuale didascalia annessa. **Rassegne/reviews:** devono sempre cominciare con una Introduzione e terminare con una Conclusione e Bibliografia. Possono anche essere divise in ulteriori sezioni con titoli a scelta dell'Autore. Il riassunto (italiano ed inglese) non necessita di suddivisione. La lunghezza complessiva della Rassegna non deve superare i 30.000 caratteri. **Saggi o articoli brevi:** il testo non va necessariamente diviso in paragrafi e non è richiesto sommario. **Le lettere** (della lunghezza massima di 1.500 battute) possono essere inviate alla Redazione via e-mail (redazione@tabaccologia.it). Per motivi di spazio, la Redazione si riserva di abbreviare le lettere troppo lunghe. Possono essere ammesse fino a 3 voci bibliografiche. Per quanto contenuto nel materiale pubblicato dalla Rivista la responsabilità è degli Autori. La Redazione della Rivista si riserva il diritto di pubblicare gli articoli e di apportarvi eventuali correzioni e di chiedere agli Autori la riduzione del testo o del materiale illustrativo.

Segreteria di Redazione:

Livia Laurentino
(liviaelena.laurentino@fastwebnet.it) c/o Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, tel./fax 051 304737

La Rivista è protetta da Copyright.

Una dichiarazione di trasferimento alla rivista dei diritti d'autore dovrà essere allegata dagli Autori che inviano il testo e che avrà validità solo in caso di pubblicazione del lavoro. Il materiale inviato alla Redazione non viene restituito.

Come ricevere la rivista

La rivista Tabaccologia (4 numeri/anno + eventuali speciali) viene spedita gratuitamente ai soci SITAB o dietro versamento annuo di 26,00 euro tramite bonifico bancario intestato a:

SITAB - Tabaccologia - c/c 010000001062

CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - CAB: 02401;

ABI: 03032 - CIN: U

con invio di fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'abbonamento a: Segreteria di Redazione - Tabaccologia, Livia Laurentino c/o Suoni Comunicazioni - Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna.



OSSERVATORIO
O|S|S|F|A|D
FUMO ALCOL E DROGA

Risvegli

Piorgio Zuccaro

L'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove il 31 maggio di ogni anno la Giornata Mondiale Senza Tabacco (World No Tobacco Day).

In questa giornata tutti i paesi vengono sollecitati a promuovere iniziative per combattere il fenomeno del tabagismo soffermandosi però ogni anno su un particolare aspetto del problema.

Il tema di quest'anno è "Ambienti liberi dal fumo".

È un tema che in Italia abbiamo affrontato con successo: la legge n. 3 del 16 gennaio 2003 che estende il divieto di fumo già in vigore per gli ospedali, i cinema, i mezzi pubblici e le scuole a tutti i locali pubblici e luoghi di lavoro è accettata e rispettata dalla maggior parte dei fumatori.

Prima dell'entrata in vigore della legge ci sono stati accessi dibattiti non sempre corretti.

Tutti i sostenitori di questa legge si sono impegnati ognuno per il proprio ruolo e le proprie responsabilità, ma avendo raggiunto lo scopo possiamo ora fare alcune riflessioni che potevano essere mal interpretate nel momento dello scontro.

Qual è l'importanza della legge e i suoi risvolti sulla salute pubblica?

È su questo argomento che vorrei riflettere.

Quando circa 15 anni fa anche in Italia si cominciò ad affrontare il problema del fumo passivo confesso di aver avuto delle perplessità in quanto non lo ritenevo un tema prioritario poiché i danni da fumo passivo non sembravano minimamente paragonabili a quelli del fumo attivo.

A tale scopo, proprio perché ritengo che qualsiasi intervento di carattere legislativo che incida sulla salute debba essere scientificamente supportato, chiesi a Francesco Forastiere, uno dei ricercatori più esperti in materia di inquinamento ambientale, di quantizzare il problema e di stimarne i danni.

Il 31 maggio del 2001 nel corso del III Convegno "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale" tenutosi presso l'ISS furono presentati i risultati che possiamo qui riassumere.

Il fumo passivo in Italia è responsabile ogni anno di circa 77.000 bambini che soffrono nei primi due anni di vita per infezioni respiratorie acute, di 48.000 e di 64.000 casi di bambini (6-14 anni) rispettivamente con sintomi respiratori cronici e con otite acuta per esposizione a fumo passivo in ambito familiare. La stima annuale dei morti per tumore polmonare e per malattie ischemiche per esposizione al fumo del proprio coniuge è rispettivamente pari a 221 e a 1.896. L'effetto dell'esposizione a fumo passivo in ambiente di lavoro corrisponde a 324 decessi per tumore polmonare e 235 per malattie ischemiche.

I risultati sono stati poi pubblicati sulla rivista *Epidemiologia & Prevenzione* [Epidemiol Prev 2002; 26(1):18-29], non sono stati mai oggetto di critica e ripresi in tutti i documenti ufficiali del Governo.

Per sostenere la legge abbiamo sempre evidenziato che era necessario proteggere la salute dei non fumatori ma che questo intervento non incideva sul vero problema.

Il fumo in Italia provoca circa 80 mila morti all'anno tra i fumatori.

Chi sperava che il fumo passivo aiutasse a diminuire il numero dei fumatori in Italia senza una reale politica di intervento ha esultato sulla riduzione di 500.000 fumatori nel 2005. (26,2% vs 25,6% tra il 2004 ed il 2005). [Indagine Doxa 2005]

Ma i dati sulle vendite nel 2006 ci riportano alla dura realtà, nell'anno appena trascorso le vendite di sigarette sono aumentate dell'1,1%.

È stato un brutto risveglio!

Ma si può combattere una dipendenza senza attuare nessuna politica di aiuto per chi vuole smettere di fumare?

A quando l'inserimento nei LEA dei trattamenti del tabagismo? Quando verranno concessi gratuitamente i farmaci a chi vuole smettere di fumare? Perché non aumentare in modo considerevole i prezzi delle sigarette? Negli anni passati infatti abbiamo assistito a continui aumenti dei prezzi delle sigarette ma essi sono stati di 10, 20 centesimi, tanto che i consumatori non hanno percepito l'aumento. Quello che a mio avviso sarebbe opportuno è



di attivare una politica di aumento dei prezzi tale da provocare un incremento sostanziale, portando a 5 euro il prezzo di un pacchetto di sigarette al fine di scoraggiare il fumatore abituale all'uso di tabacco. In questo modo è plausibile ottenere una riduzione sia del numero di fumatori ma soprattutto delle quantità di tabacco fumate e sicuramente anche dei danni fumo correlati.

L'elenco delle misure da adottare è noto e deriva da studi e ricerche svolte in Italia e in tutto il mondo.

Grazie a tutti i colleghi che con passione e professionalità continuano a lavorare senza risorse economiche e a credere in una società senza fumo. j

Piorgio Zuccaro
Osservatorio Fumo Alcol Droghe,
Istituto Superiore di Sanità

Un incontro con... Maurizio Laezza

intervista di **Manuela Giovenchi**

Maurizio Laezza, pneumologo, coordinatore dei programmi tabagismo della Regione Emilia-Romagna e creatore del centro antifumo di Ferrara, il primo centro istituzionale italiano, nel 1985. Coordina, per conto della Regione Emilia-Romagna, il gruppo tecnico sul tabagismo delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ed è segretario della Consulta nazionale sul tabagismo. Insieme con la dott.ssa Sandra Bosi, della Lega contro i Tumori di Reggio Emilia, conduce il progetto nazionale di formazione per pianificatori regionali sul tabagismo finanziato dal Ministero della Salute/ CCM.

TABACCOLOGIA: Come e quando è cominciato il percorso che l'ha portata ad essere un esperto nel campo del tabagismo?



Regione Emilia-Romagna

LAEZZA: L'interesse per il tabagismo ha coinciso con l'inizio della mia prima attività professionale, come pneumologo presso l'ex dispensario antitubercolare di Ferrara nel 1975

TABACCOLOGIA: Cosa ha rappresentato per lei l'impegno istituzionale nella lotta al tabagismo?

LAEZZA: Un'esperienza intensa e arricchente dal punto di vista professionale e umano. Dal rapporto interpersonale con i pazienti pneumopatici della USL di Ferrara alla programmazione dei progetti di prevenzione di comunità della Regione Emilia-Romagna.

TABACCOLOGIA: La storia della "lotta al tabacco" in Italia l'ha visto impegnato a mediare tra due realtà di organizzazioni professionali emergenti intorno al 2000: il GITab, ovvero il Gruppo di Interesse sul Tabagismo della Società Italiana per le Tossicodipendenze e la nascente Società Scientifica di Tabaccologia. Come ricorda quei momenti?

LAEZZA: Eravamo già pochi in Italia ad occuparci professionalmente di tabagismo e rischiavamo anche di dividerci. Alla fine ha prevalso l'interesse per la causa co-



Bologna, Torri di Kenzo Tange, sede della Regione Emilia-Romagna

mune. Ed il tempo ci ha dato ragione: oggi molti di noi, che allora si percepivano distanti, si ritrovano a lavorare agli stessi progetti di formazione degli operatori.

TABACCOLOGIA: Attualmente lavora al progetto formativo nazionale per i pianificatori regionali sul Tabagismo. Che valore dà a questo progetto sul piano dei risultati prevedibili?

LAEZZA: Un valore strategico quanto alla crescita delle capacità di programmazione degli interventi a livello regionale. L'obiettivo finale è che tutte le Regioni arrivino a dotarsi di strumenti normativi ed organizzativi ad hoc: una delibera di Piano regionale sul tabagismo e una struttura di coordinamento (il gruppo dei pianificatori regionali) che possa supportarne l'attuazione e il monitoraggio nel tempo. Le premesse ci sono. La partecipazione delle regioni e delle province autonome al progetto formativo nazionale è stata molto alta: 19 su 21.

TABACCOLOGIA: Quali sono stati secondo il suo punto di vista, i momenti più significativi della lotta al Tabacco in Italia?

LAEZZA: I momenti significativi sono stati diversi: 1) l'arrivo in Italia del "Piano dei 5 giorni" da cui si è poi sviluppata l'esperienza di Mangiaracina; 2) il programma "Stop al Fumo" realizzato dal Ministero della Salute, promosso dalla compianta Cristiana Colarizi, in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori; 3) il Piano sanitario nazionale 1998-2000 voluto dall'allora Ministro Rosy Bindi, che per primo ha introdotto il tema del "tabagismo come stile di vita dannoso!"; 4) la nascita

della Società italiana di Tabaccologia nel 2000 e, poco dopo la nascita della Consulta italiana sul Tabagismo; 5) la legge 3/2003, art.51 (Tutela della Salute dei non fumatori); 6) la nascita del Gruppo tecnico sul Tabagismo delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano nel 2004; 7) l'inserimento nel 2004 del tema "Fumo" all'interno della programmazione dei progetti di prevenzione del Ministero della Salute /CCM in collaborazione con le Regioni.

TABACCOLOGIA: Hanno inciso di più le istituzioni o le aziende del farmaco, come avvenne con il lancio del Bupropione, nella creazione dei servizi per la cura del tabagismo in Italia?

LAEZZA: Le Istituzioni sicuramente.

TABACCOLOGIA: La Consulta Italiana sul Tabagismo ha segnato una tappa del percorso rivelatasi però piuttosto debole e inattiva. A parte la sua funzione come coalizione italiana riconosciuta nell'attuale campagna europea "HELP", ritiene che abbia ancora una funzione? Di che tipo?

LAEZZA: La Consulta Italiana sul Tabagismo ha svolto all'inizio un ruolo pro-

pulsivo soprattutto nei confronti delle Regioni. È grazie al lavoro preparatorio della Consulta che si è arrivati alla costituzione del Gruppo tecnico sul Tabagismo delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano nel 2004. A mio avviso, la Consulta andrebbe rifondata come organismo esclusivamente non governativo, per evitare sovrapposizioni e confusione di ruoli.

TABACCOLOGIA: C'è a suo avviso un obiettivo prioritario da raggiungere?

LAEZZA: Un Piano nazionale organico sul tabagismo che dia linee d'indirizzo chiare in tema di prevenzione, cura, controllo e formazione degli operatori.

TABACCOLOGIA: Sul piano della prevenzione dovrà convenire che non vi sono risultati ma sperimentazioni isolate non applicate su scala nazionale. Prevede un altro progetto da presentare al ministero della salute?

LAEZZA: Stiamo lavorando come Gruppo tecnico delle regioni, ad un nuovo progetto del Ministero della salute/CCM,

che in continuità col Piano nazionale di formazione per pianificatori regionali, avrà come obiettivi: la formazione dei pianificatori aziendali, la sperimentazione di progetti pilota aziendali nelle aree della prevenzione, cura e controllo del tabagismo, e la produzione di linee di indirizzo per la programmazione territoriale delle azioni.

TABACCOLOGIA: Se dovesse dare un voto da 1 a 10 all'impegno istituzionale in questo momento, quanto darebbe?

LAEZZA: Darei un bel 7 e mezzo. A mio parere in questo momento si registra in Italia, e non solo a livello istituzionale ma a livello culturale diffuso nella società, una attenzione sul Tabagismo molto più alta che in precedenza.

TABACCOLOGIA: Cosa manca per fare un punto in più?

LAEZZA: C'è sicuramente ancora molto da fare ma siamo sulla strada giusta. Un Piano nazionale organico sul tabagismo potrebbe essere la prossima tappa. j

ANCHE GRAPH-X IN PRIMA LINEA CONTRO IL TABAGISMO



- PROGETTAZIONE GRAFICA
- EDITORIAL SERVICE: LIBRI, RIVISTE, NEWSLETTER, ABSTRACT
- WEB DESIGN
- MULTIMEDIA

INFO E CONTATTI: GRAPH-X@FASTWEBNET.IT



World No Tobacco Day 2007

“Buon giorno, vorrei sapere se ho i requisiti per la maternità anticipata: in ufficio, nonostante le leggi lo proibiscano, fumano sia il mio titolare che i miei colleghi (per non parlare dei clienti/fornitori). Inoltre da noi non esistono porte, gli uffici sono aperti e quindi l'aria viziata circola in continuazione: d'inverno si tengono le finestre chiuse a causa del freddo e d'estate si tengono chiuse poiché (da aprile a ottobre) il mio titolare ha caldo e quindi l'aria condizionata è sempre accesa (intorno ai 21°). Inoltre, nel caso fosse possibile, a quale tipo di maternità anticipata avrei diritto? A quella per cattive condizioni sul luogo di lavoro o a quella per maternità a rischio? Sa, io vorrei astenermi dal luogo di lavoro, però non vorrei far sapere loro che è per via del fumo (lotto da 4 anni e mezzo per questo motivo perché sono anche asmatica). Insomma, non vorrei che mi ritorcessero (al rientro) la situazione contro. So che mi dirà che non possono farlo, che ci sono le leggi a tutela, ma nei piccoli uffici la tutela non c'è e il titolare può davvero fare ciò che vuole, specialmente se la dipendente (io in questo caso) ha davvero bisogno dei soldi e non riesce a trovare un altro impiego. Attendo una sua gentile risposta. Grazie”.

Questo è un messaggio che ho ricevuto alcuni giorni fa, nel mio ruolo di collaboratore di “Gravidanza on line: l'esperto risponde”, e la sensazione che mi ha provocato è stata di profonda rabbia, mista a una specie di nausea.

Poi, ricordandomi che il Caporedattore Enzo Zagà mi aveva proposto di scrivere qualcosa a proposito della ricorrenza del prossimo 31 Maggio, mi è venuto in mente di iniziare il mio articolo riportando la lettera in modo inte-

grale. Sicuramente, se è possibile che si creino situazioni come questa descritta dalla signora che mi ha scritto sconfortata, c'è molto da fare per rendere più civile la nostra Italia. E immaginiamo cosa può accadere in paesi meno sviluppati, dove i diritti individuali sono meno tutelati...

Gli Stati Membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1987 proposero l'istituzione di un **“World No Tobacco Day”**, per attirare l'attenzione generale sull'epidemia da tabacco e sulla prevenzione della mortalità e morbilità da essa causata. Nel 1988 fu approvata, da parte della *World Health Assembly* la risoluzione WHA 42.19, che fissava la data per la celebrazione di questa giornata per il 31 maggio.

Se guardiamo i temi delle precedenti giornate, è interessante notare che nel 2001 la ricorrenza del 31 Maggio era stata dedicata al problema del fumo passivo, e addirittura nel 1991 all'argomento dei luoghi pubblici e dei mezzi di trasporto liberi dal fumo:

2006 - tabacco: deadly in any form or disguise
2005 - health professionals against tobacco
2004 - tabacco and poverty, a vicious circle
2003 - tabacco free film, tabacco free fashion
2002 - tabacco free sports
2001 - second-hand smoke kills
2000 - tabacco kills, don't be duped
1999 Leave the pack behind
1998 Growing up without tobacco
1997 United for a tobacco free world

1996 Sport and art without tobacco: play it tobacco free
1995 Tobacco costs more than you think
1994 Media and tobacco: get the message across
1993 Health services: our windows to a tobacco free world
1992 Tobacco free workplaces: safer and healthier
1991 Public places and transport: better be tobacco free
1990 Childhood and youth without tobacco: growing up without tobacco

Quest'anno, come si vede dal logo all'inizio dell'articolo, il tema della Giornata Mondiale senza Tabacco riprende il tema dei danni da fumo passivo e, per limitarne i danni, propone un'estensione degli spazi liberi dal fumo, parlando in generale di “ambienti”. Ma come mai, visto che il fumo passivo è dannoso e, per molti, anche spiacevole esteticamente, non si sono stabilite regole elementari di civiltà, abolendolo almeno nei luoghi confinati? In fin dei conti, sputare per terra è già vietato da molto tempo, e ormai anche le scritte in proposito sono scomparse, essendo entrata, tale proibizione, nei comportamenti “normali” della gente. In questo caso, evidentemente, non esistevano interessi contrastanti, come quelli delle Compagnie del Tabacco (Big Tabacos), come nel caso del fumo.

Le Case del Tabacco dapprima negarono che il fumo di tabacco fosse dannoso; in un secondo tempo (anni 60), data le schiacciati evidenze sui danni alla salute da esso provocati, si appellarono alla “libera scelta” di fumare da parte degli adulti, negando che il fumo potesse dare

dipendenza. Negli anni 90 furono costrette ad arretrare, tant'è che il tabagismo è descritto nel DSM IV come un disordine mentale da dipendenza patologica. Oggi si trovano a combattere una nuova, e speriamo ultima battaglia di retroguardia, combattuta senza esclusione di colpi (come d'altra parte è nelle loro tradizioni, vedi il film "Insider"), se sono costrette ad arruolare uomini di scienza¹ per contestare i risultati delle ricerche sui danni alla salute causati dal fumo passivo (SHS: Second Hand Smoke).

Purtroppo per loro, e, ahimé per i poveri "fumatori passivi", i dati in proposito non lasciano alcun dubbio, tant'è vero che molte persone che hanno intrapreso azioni legali per aver sviluppato malattie dovute a SHS hanno ottenuto risarcimenti economici, a volte anche cospicui. È ormai dimostrato, oltre ogni ragionevole dubbio, che una delle caratteristiche specifiche del fumo di tabacco, è che nuoce in maniera diretta alle persone che si trovano vicine ai fumatori, specialmente se in ambienti chiusi.^{2,3,4}

Malgrado ciò, la percezione dei danni da fumo passivo è ancora troppo bassa nei non addetti ai lavori, quando non addirittura assente. Questo è il motivo per cui anche i non fumatori non sono sempre attenti nel far rispettare i propri diritti, pena essere considerati "intolleranti".

Quando incontro per la prima volta i miei pazienti fumatori, nel colloquio propedeutico a un'eventuale loro partecipazione alla terapia di gruppo, per sensibilizzarli rispetto a questo argomento faccio spesso riferimento all'ormai famoso esperimento condotto da Giovanni Invernizzi.⁵ Il PM10 (Particulate Matter 10, meglio conosciuto come "Polveri sottili"), che costituisce uno dei 4700 inquinanti contenuti nel fumo di tabacco, è infatti oramai generalmente ben conosciuto in quanto, a causa del frequente innalza-

mento della sua concentrazione nell'aria atmosferica, le amministrazioni cittadine sono tenute a limitarne l'immissione nell'aria: in particolare, si ricorre a quei pannicelli caldi tipo la circolazione a targhe alterne o le "domeniche ecologiche", che certo non risolvono il problema e che invece fanno tanto infuriare gli automobilisti, limitandone la mobilità o costringendoli a sostituire (quando se lo possono permettere) la loro automobile. Il limite imposto, come molti sanno, è di 50 µg/Mc, mentre pochi sanno che una sola sigaretta fumata provoca un aumento di concentrazione di PM10, in un ambiente chiuso di 30 Mc, fino a 100-200 µg. All'interno di un'auto, tale concentrazione va moltiplicata per 20-30 volte, considerando il ridotto volume della stessa. Paradossalmente, da un punto di vista respiratorio è meglio per un bambino giocare per strada nei momenti di massimo traffico, che stare in un appartamento dove si fuma liberamente.

Nonostante ciò, quanti, vedendo un adulto che fuma nell'auto in cui sia presente un minore, penserebbero di intervenire per evitare al piccolo di subire i danni da fumo passivo? Molto pochi, credo. Ben diverso sarebbe probabilmente l'atteggiamento della stessa persona se si trovasse di fronte a un adulto che prende a schiaffi un bambino per strada.

Molto opportunamente è stata presentata una proposta di legge da parte del Presidente della SITAB, Giacomo Mangiaracina, insieme al CODACONS, per proibire il fumo in auto. Tra l'altro, il fumo al volante, di per sé, aumenta i rischi della guida, ben più, per esempio, dell'uso dei telefonini, ma questo è un argomento che esula dal tema che stiamo trattando e che proprio in questo numero viene trattato con un articolo specifico.

La legge 3/2003 (più nota come "Legge Sirchia"), da poco più di due anni circa

introdotta in Italia, ha reso sicuramente il nostro paese un luogo più civile dove vivere. È incredibile peraltro che, solo dopo pochi mesi dall'applicazione della citata legge, possa essere diminuito il numero di accessi ai pronto soccorsi per urgenze cardiovascolari, come riportato da un recente studio.⁶

Personalmente mi riprometto di andare a visitare città di altri Paesi che ancora non conosco, come Berlino o Copenhagen, solo quando (spero presto) anche lì sarà possibile andare in un ristorante o in un bar senza essere affumicati. E non credo di essere l'unico a pensarla così dato che, contro ogni previsione, risulta che l'83% degli Italiani approva il provvedimento in questione, ed è stata dimostrata un'adesione alla legge nel 98% dei controlli effettuati. Rispetto a quanto succedeva in passato, i bambini attualmente sono, almeno per quanto riguarda i danni da fumo passivo, più fortunati rispetto a quelli delle generazioni precedenti, dato che sarà loro risparmiata l'esperienza di trovarsi in locali pubblici o su mezzi di trasporto trasformati in camere a gas, come accadeva fino a pochi anni fa. Mi piace pensare che, se la signora che mi ha scritto avrà una figlia femmina, quando questa bambina sarà grande non correrà il rischio di trovarsi nella incredibile e vergognosa situazione in cui si è trovata la sua mamma. Credo che questa sia la speranza di tutti quelli che stanno lavorando per la buona riuscita della ricorrenza del prossimo 31 Maggio.

A tutti, Buon "World No tobacco Day"! j

Domenico Enea

[domenico.enea@uniroma1.it]
Responsabile del Centro Policlinico senza Fumo
Azienda Policlinico Umberto I° Roma
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia,
"La Sapienza" Università di Roma.

Bibliografia

1. Diethelm P, Mc Kee M. Lifting the Smoke-screen. Tobacco Industry Strategy to defeat Smoke-free Policies and Legislation". Report for the European Respiratory Society and Institut National du Cancer (INCa, France). Febbraio 2006 (www.ersnet.org).
2. The 2004 IARC Monograph 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking.

3. The 2005 California Environmental Protection Agency (CalEPA) Environmental Health Hazard Assessment of Environmental Tobacco Smoke.
4. 4) The 2006 U.S. Surgeon General's Report on the Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke.
5. Invernizzi G et Al. Real-time measurement of indoor particulate matter originating from

environmental tobacco smoke: a pilot study. Epidemiol Prev. 2002 Jan-Feb;26(1):30-4.

6. Barone-Adesi F et Al. Short-term Effects of Italian Smoking Regulation on rates of Hospitals Admission for acute myocardial Infarction. European Heart Journal Advance Access, August 2006.

Campagna HELP, 3° Round, con Miss Mondo e Cino Ricci

Si è svolta a Roma, presso la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, la terza conferenza stampa della campagna "HELP - Per una vita senza tabacco", della Commissione Europea a cui aderiscono 27 paesi membri. Presenti alcuni rappresentanti francesi, tra cui Josepha Woner della Commissione Europea, Patrick Lefebvre, amministratore della B&S Eventi, Emmanuel Cavaniol, project manager di Ligaris, l'agenzia di comunicazione che gestisce la campagna a livello europeo. Il direttore generale della LILT, Patrizia Ravaoli, ha sottolineato in apertura l'importanza della prevenzione, unico strumento valido in grado di ridurre invalidità e decessi per tumori e malattie cardiovascolari. Combattere queste patologie del progresso è possibile riducendo i fattori di rischio e adottando stili di vita sani e senza fumo.

Il target a cui si rivolge la campagna è quello giovanile (adolescenti e giovani adulti). La campagna, voluta dal commissario Marcus Kiprianou, si fa ora portavoce proprio dei giovani europei, che hanno lavorato un intero anno per la realizzazione di un loro Manifesto contro il Fumo, scaricabile sul sito internet della campagna (www.help-eu.com).

Si tratta di un documento di riflessione e di preciso impegno su come i giovani possano farsi promotori della cultura della prevenzione. Brillante e coinvolgente l'intervento di Tiffany D'Ottavio, rappresentante del Forum Giovani italiano, che raggruppa 25 organizzazioni giovanili. Con fermezza e passione ha riassunto brevemente il punto di vista dei giovani Europei sul tema del tabacco e su come questi possano agire per cambiare le cose in ambito sociale, legislativo e politico.

Alla conferenza stampa è anche intervenuta una rappresentante del Ministero della Salute, la dott.ssa Galeone che ha sottolineato l'importanza di una collaborazione reciproca tra gli organizzatori della campagna e l'istituzione italiana, attiva su tutto il territorio, che coinvolga tutti quindi un programma di rete, seguendo un modello di intervento integrato.

La conferenza stampa ha visto in chiusura l'intervento di Mangiaracina, referente della campagna HELP per l'Italia, che nel suo stile deciso ha parlato di evento unico, di straordinaria importanza per la sanità pubblica: "I giovani finalmente chiedono, e gli operatori della salute hanno il dovere e l'obbligo di rispondere con azioni precise. - afferma Mangiaracina - Per la prima volta i giovani non sono destinatari di un intervento "educativo" ma protagonisti. Chiedono di essere tutelati dalle pressioni al consumo, nel caso specifico dall'essere il bersaglio elettivo degli industriali del tabacco". Concludendo ha affermato la necessità di una educazione al senso critico e all'incremento dell'assertività. Un obiettivo importan-

te potrebbe essere proprio questo: fare in modo che i giovani diventino loro stessi promotori di benessere, indivi-



Roma: lo skipper Cino Ricci e Giacomo Mangiaracina, Presidente SITAB, alla presentazione della Campagna HELP, presso la sede LILT.

duale e collettivo. Ha infine presentato miss Mondo-Italia Elisaveta Migatcheva che, come testimonial della bellezza, ha parlato ai giovani di buona salute ma soprattutto della bellezza, che trova nel tabacco e nel fumo il suo avversario più pericoloso. Pelle, capelli e denti ne vengono compromessi in modo grave ed è ancora più grave che lasciamo che questo avvenga. Salute e bellezza sono valori importanti e vanno tutelati. Bisogna dare un valore alle cose e a noi stessi.

Ospite di eccezione della conferenza stampa, Cino Ricci, lo skipper di "Azzurra", che raggiunse la celebrità nel prestigioso evento velistico mondiale "America's Cup". Ricci partirà il 22 giugno da Trieste per il Giro d'Italia a vela 2007, e arriverà a Roma Ostia il 21 luglio. Con sé porterà le insegne della Campagna HELP, per una vita senza Tabacco (www.help-eu.com - www.cinoricci.it). j

Marina Simoni e Gabriella Chiarenza
[info@tabaccologia.it]
GEA Progetto Salute - Roma



Roma, sede LILT: Elisaveta Migatcheva, Miss Mondo Italia-smoke free 2006, alla presentazione del Progetto HELP.



Il Manifesto dei Giovani Europei contro il Tabacco

PREMESSA

Noi, i giovani d'Europa, siamo profondamente preoccupati dall'impatto che il fumo e il fumo passivo hanno sull'individuo. Tenendo presente che ogni individuo ha diritto fondamentale alla salute e ad un ambiente salubre, così come ad uno standard di vita adeguato alla propria salute e al proprio benessere e che dovrebbe di conseguenza essere in grado di fare scelte sane, noi pubblichiamo questo manifesto.

INTRODUZIONE

Essendo la maggiore causa di morte evitabile nell'Unione Europea, il tabacco è di enorme importanza per le politiche sanitarie, sociali, economiche ed ambientali. Più di 10.000 giovani in tutta l'Unione Europea sono stati coinvolti nel progetto del Forum dei Giovani d'Europa (YFJ) "I Giovani: Per Una Vita Senza Tabacco?". Questa ampia consultazione di giovani ha prodotto un grande numero di richieste e raccomandazioni per politiche più efficaci a livello locale, nazionale ed europeo. Questo Manifesto Europeo include inoltre i risultati delle attività di consultazione nazionale tenutisi nei Paesi Membri, ed è stato adottato da quasi 200 rappresentanti nazionali a Bruxelles, il 21 Maggio 2006.

PIÙ POTERE AI GIOVANI

Le organizzazioni giovanili dovrebbero essere consultate in merito, e coinvolte – come partecipanti attivi – in importanti decisioni di indirizzo che hanno effetto sulla vita dei giovani. Per questo motivo il coinvolgimento delle organizzazioni giovanili nell'elaborazione di decisioni politiche legate al tema del tabacco è fondamentale.

Noi crediamo che gli effetti positivi e negativi derivanti da decisioni politiche, in particolare nel caso della politica legata al tabacco, sono visibili per lo più nel lungo periodo, e in questo modo i giovani sono quelli che ne sopporteranno le conseguenze, poiché la politica riguarderà la loro qualità della vita e la loro salute.

A questo proposito raccomandiamo che:

- Siano elaborate strategie a lungo termine in materia di tabacco, e che i giovani siano coinvolti a tutti i livelli (ad esempio nelle fasi di elaborazione, monitoraggio e valutazione della politica);
- Le organizzazioni giovanili dovrebbero essere coinvolte attivamente nel processo decisionale come anello di congiunzione tra i decisori ed i giovani. Inoltre questi ultimi dovrebbero essere consultati ed educati in tema di tabacco – su problemi relativi attraverso un'educazione formale ed informale;
- Dovrebbero esserci maggiori misure a lungo termine (politiche, logistiche, finanziarie etc.) a supporto delle organizzazioni giovanili che lavorano sulla prevenzione e riduzione dei danni causati dal tabacco;
- Devono essere elaborati obiettivi a breve termine in modo da poter affrontare le questioni più urgenti
- I decisori dovrebbero adottare e promuovere il dialogo fra tutti gli stakeholder coinvolti in questioni legate al tema tabacco;
- La Commissione Europea, la Direzione Generale di Ricerca e la Direzione Generale della Salute e di Protezione del Consumatore promuovano e finanzino la ricerca sui programmi per smettere di fumare per ogni fascia d'età e sesso coinvolgendo le organizzazioni giovanili a livello locale, nazionale ed europeo;
- Dovrebbero essere introdotte rispettive opportunità di finanziamento al Framework Programme 7 (v. appendice) e sovvenzioni alla sanità pubblica. I risultati dovrebbero essere attivamente divulgati al pubblico, incluse le organizzazioni giovanili ed i mass media.

EDUCAZIONE E PREVENZIONE

Le organizzazioni giovanili, quali maggiori fornitori di educazione informale, sono attori chiave nel promuovere cittadinanza attiva e partecipazione tra i giovani, e giocano un ruolo importante nell'aiutare a formare opinioni e comportamenti. Inoltre, sia l'educazione informale che quella formale sono di grande importanza in termini di prevenzione dal fumo e di aiuto per i giovani a fare scelte consapevoli; ciò è di particolare rilevanza per coloro che iniziano a fumare molto giovani, che spesso sono sottoposti alla pressione dei propri pari.



A questo proposito raccomandiamo che:

- Le iniziative a supporto dell'educazione informale legata alla salute dovrebbero ricevere maggior sostegno e coinvolgere le organizzazioni giovanili;
- Le campagne dovrebbero focalizzarsi sugli aspetti positivi del non fumare;
- L'educazione sanitaria dovrebbe iniziare dai più giovani e continuare in tutte le fasi dell'educazione;
- I giovani stessi (ad esempio i consigli studenteschi) ed altri stakeholder come le Associazioni Non Governative, le organizzazioni sanitarie ed i media, dovrebbero collaborare;
- Un programma integrato ed olistico di vita sana dovrebbe essere sviluppato per un'educazione formale, e diventare obbligatorio. Ciò dovrebbe costituire

un approccio positivo ad un'educazione che si focalizza su alternative nella prevenzione e nello smettere di fumare. Inoltre dovrebbe essere flessibile ed adattabile a gruppi specifici, ad esempio per fasce d'età, generi, fumatori, non fumatori, e gruppi socio-economici. Questo processo educativo dovrebbe concentrarsi sullo sviluppo delle facoltà intellettive individuali per raggiungere un cambio di comportamento auto-indotto;

- Le istituzioni dell'Unione Europea realizzano campagne di informazione sul fumo passivo:
 - A. Per i giovani;
 - B. Per i fumatori in generale;
 - C. Per i genitori che lasciano i loro figli in un ambiente esposto al fumo di tabacco;
- Dovranno essere sviluppate campagne interattive e mirate sul tabacco – il messaggio dovrebbe trovarsi nei luoghi frequentati dai giovani;
- I genitori dovrebbero essere incoraggiati e dovrebbe essergli offerto un sostegno per partecipare all'educazione sanitaria. I genitori che fumano dovrebbero essere incoraggiati ed aiutati a smettere;
- Dovranno essere realizzati programmi di formazione ed educazione basati su dati di fatto e dimostrazioni per tutto il personale retribuito e non retribuito, coinvolto nell'educazione, nella vita sociale e nella salute dei giovani, mettendolo in condizione di fornire direttamente informazioni precise e recenti.

ACCESSIBILITÀ, VISIBILITÀ ED INTERRUZIONE

Al fine di evitare maggiori problemi di salute ed un maggior costo per la società, è della massima importanza ridurre il numero di giovani fumatori. Comunque, attualmente non c'è abbastanza sostegno per le persone intenzionate a smettere. Un esempio è il fatto che i sostituti della nicotina sono spesso più costosi delle sigarette stesse. Gli strumenti ed il supporto per smettere di fumare, inclusa una terapia in sostituzione della nicotina, dovrebbero essere forniti gratuitamente ai giovani qualora fosse disponibile un sostegno adeguato. Dato che spesso si inizia a fumare quando si è giovani, è inoltre cruciale far rispettare adeguata-

mente la legislazione corrente che vieta ai minori l'accesso al tabacco; sfortunatamente, al momento questo non è il caso. Infine, i giovani sono anche il target principale a cui è rivolta la pubblicità del tabacco; di conseguenza, crediamo che sia di vitale importanza che questa migliore normativa sia messa in pratica e prenda in considerazione la vulnerabilità dei bambini e dei giovani.

A questo proposito raccomandiamo che:

- L'accesso ai centri in cui smettere di fumare ed il supporto psicologico dovrebbero essere facilmente accessibili, forniti gratuitamente e finanziati dalla tassazione sul tabacco;
- I sostituti della nicotina e gli altri metodi che aiutano a smettere di fumare dovrebbero essere venduti a prezzi inferiori rispetto alle sigarette. Questi inoltre dovrebbero essere resi maggiormente accessibili;
- La legislazione sull'età minima legale per acquistare le sigarette sia rispettata correttamente;
- Qualsiasi forma di pubblicità del tabacco dovrebbe essere proibita;
- La tassazione sui trattamenti sostitutivi della nicotina non dovrebbe superare il costo medio del ticket;
- Richiediamo la realizzazione del pacchetto di sigarette unico, e per la precisione bianco con testo nero in carattere Arial, in modo da evitare l'utilizzo del colore come forma di pubblicità ingannevole ed indiretta per prodotti contenenti tabacco;
- Dovrebbero esserci diversi avvertimenti a tutela della salute impressi sui pacchetti, e questi dovrebbero costituire almeno il 75% del formato del pacchetto;
- Illustrazioni di persone o di organi che hanno subito danni causati dal fumo dovrebbero essere impressi sul retro del pacchetto;
- Una percentuale proveniente dalle tasse sul consumo di tabacco dovrebbe finanziare in maniera diretta i programmi di prevenzione, sospensione e sostituzione;
- Dovrebbe essere applicato un sistema di concessione delle licenze ai dettaglianti e vietate le macchine distributrici di sigarette, ed introdotte le vendite on line in modo da rende-

re inaccessibili i prodotti contenenti tabacco a chiunque abbia un'età inferiore a quella consentita. Inoltre, nessun prodotto contenente tabacco dovrebbe essere visibile nelle vetrine dei negozi;

- Le campagne anti tabacco dovrebbero focalizzarsi sui danni causati dal fumo, mentre le campagne a favore dell'astinenza dovrebbero promuovere le virtù del non fumare;
- L'età legale per acquistare tabacco dovrebbe essere fissata, e fatta rispettare, a 18 anni in tutta l'Unione Europea;
- Dovrebbe essere introdotto un divieto su tutti gli additivi che aumentano dipendenza, cancerogeni e altri tossici nei prodotti di tabacco, evidenziando i rischi per la salute sia dei fumatori che dei fumatori passivi;
- Immagini che descrivono gli effetti del fumo dovrebbero essere impresse sui prodotti che contengono tabacco, e dovrebbe essere inserito un volantino all'interno dei pacchetti, per informare i fumatori sugli effetti del loro vizio e sul supporto disponibile per smettere;
- La protezione dei Paesi meno sviluppati dall'industria del tabacco è importante e dovrebbe essere garantita applicando gli standard europei a tutte le attività di aziende con sede in Europa, indifferentemente dalla destinazione finale dei prodotti.

PROTEZIONE DAL FUMO DI TABACCO AMBIENTALE

Le persone dovrebbero avere il diritto ad un ambiente privo di fumo all'interno dei luoghi pubblici. Di conseguenza, il principio guida dei divieti antifumo dovrebbe essere la prevenzione all'esposizione al Fumo di Tabacco Ambientale, nei locali e negli spazi pubblici, nei luoghi di lavoro ed a casa, facendo particolare attenzione soprattutto alle persone più deboli della nostra società, specialmente ai bambini non ancora nati.

Ciò può essere ottenuto grazie ad un divieto di fumo globale che includa tutti i luoghi pubblici, i mezzi di trasporto pubblico, le scuole, gli ospedali, gli asili ed i luoghi di lavoro, così come i luoghi di svago (soprattutto hotel, pub e ristoranti).

Molti Paesi possiedono già alcune limitazioni sul fumo negli ambienti lavorativi, ed alcuni hanno introdotto divieti di fumo di ampie dimensioni. In tutti i Paesi l'applicazione di queste norme deve essere assicurata. La lezione comune che segue l'introduzione di divieti di fumo è che dopo un breve periodo di transizione, la maggioranza dei cittadini e dei consumatori sostiene e comprende l'importanza di tali norme legali.

I divieti di fumo sono una delle misure chiave riguardanti il problema del tabacco, e per questo crediamo che:

- Tutti gli ambienti di lavoro e i luoghi pubblici dovrebbero essere liberi dal fumo;
- L'opzione migliore è un divieto di fumo totale. Soltanto nei casi in cui non è possibile provvedere ad una zona fumatori all'esterno del luogo di lavoro, dovrebbe essere prevista una sala fumatori interna – la quale dovrebbe possedere un efficiente ed efficace sistema di aria condizionata e filtrazione direttamente verso l'esterno. Nessun tipo di cibo e bevanda dovrebbe essere consumata in questa stanza;
- Le Autorità Pubbliche dei restanti Paesi Membri dovrebbero tentare di introdurre simili divieti di fumo, relativi alle istituzioni pubbliche ed altri luoghi pubblici. Sia gli Stati Membri che possiedono divieti antifumo sia quelli che non ne possiedono possono imparare gli uni dagli altri su come introdurre restrizioni in modo più efficace;
- Dovrebbero essere intrapresi un appropriato monitoraggio ed una valutazione sulla messa in applicazione della legge di divieto di fumo;
- Dovrebbe essere proibita la vendita di pacchetti contenenti 10 o meno sigarette;
- Dovrebbero essere rispettati sia i fumatori che i non fumatori;
- I divieti antifumo dovrebbero essere imposti rigorosamente, con controlli casuali nei luoghi pubblici;
- I Paesi che dipendono molto dall'industria del tabacco dovrebbero essere sostenuti ed incoraggiati a sviluppare altre attività produttive.



FUMO PASSIVO E BAMBINI

È necessario creare consapevolezza sulla speciale protezione dei più piccoli, e cioè bambini e feti.

Questo dovrebbe essere realizzato con campagne speciali ed educazione. I target di riferimento dovrebbero essere, in primo luogo, la società in generale, ed in secondo, le donne incinte e le loro famiglie.

Lo scopo è di informare le persone sui danni che il fumo causa all'utero, ed i potenziali danni ai bambini causati dal fumo dei loro genitori.

CONCLUSIONE

"Ognuno ha il diritto ad uno standard di vita adeguato per la propria salute ed il proprio benessere e per quelli della propria famiglia", Art. 25, Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

A conferma della grande evidenza che il tabacco è la sola maggiore evitabile causa di malattia e morte prematura nei Paesi sviluppati, i partecipanti alla conferenza concludono dichiarando che devono essere fatti tutti gli sforzi possibili per proteggere i giovani dai rischi e dai danni causati dal consumo di tabacco e dal fumo di tabacco ambientale. La prevenzione e le misure per smettere devono essere messe in pratica e rese accessibili gratuitamente a tutti i gruppi sociali, indipendentemente da genere, età, religione o stato sociale. Al fine di ottenere un considerevole aumento di anni di vita in buona salute, fumatori e non fumatori devono essere coinvolti attivamente nel processo. Lo scopo è di ottenere una società nella quale né i non fumatori né i fumatori si sentano inutilmente isolati e discriminati, o che siano violati i loro diritti e libertà personali. Per assicurare i diritti stabiliti dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, in particolare gli Art. 3 e 25, ogni persona (specialmente i bambini) non deve essere esposta involontariamente ad ambienti sottoposti al fumo di tabacco. Al fine di rendere i giovani in grado di fare una scelta consapevole di non fumare e per sostenere i fumatori nella loro decisione di smettere, l'informazione sul fumo e sulle sue conseguenze è fondamentale e dovrebbe essere accessibile a tutti.

Infine, ci piacerebbe concludere affermando che la buona salute è ancora il più grande desiderio di uomini e donne quando gli si chiede di classificare le proprie aspirazioni, e fra tutti i diritti più cari agli esseri umani e racchiusi nelle leggi internazionali, nessuno è più essenziale del diritto alla salute.

APPENDICE

Educazione formale: è il sistema di istruzione strutturato gerarchicamente e cronologicamente, che parte dalla scuola elementare fino ad arrivare alle istituzioni terziarie.

Educazione informale: è il processo secondo il quale ciascun individuo acquisisce opinioni, valori, abilità, e conoscenza dall'esperienza quotidiana, come ad esempio dalla famiglia, dagli amici, dai gruppi di propri pari, dai media e da altri fattori e influenze nell'ambiente della persona.

Educazione non formale: è un tipo di istruzione organizzata che va al di là del sistema formale istituito che intende servire una clientela d'apprendimento identificabile con obiettivi d'apprendimento identificabili.

Ticket sanitario: tassa applicata su tutti i prodotti sanitari. Generalmente è molto bassa, in quanto considerata come prodotto base.

Framework Programme 7: il Framework Programme 7 (FP) è il principale strumento dell'Unione Europea per finanziare la ricerca e lo sviluppo. Il FP è proposto dalla Commissione Europea e adottato dal Consiglio e dal Parlamento Europeo seguendo una procedura di co-decisione. I FP sono applicati dal 1984 e coprono un periodo di cinque anni, con la sovrapposizione dell'ultimo anno di un FP con il primo di quello successivo. L'attuale FP è il FP6, che durerà fino alla fine del 2006. Comunque, per il FP7 è stata proposta una durata di sette anni. Sarà perfettamente operativo a partire dal 1 gennaio 2007 e scadrà nel 2013. È progettato per ampliare le conquiste dei suoi predecessori in direzione della creazione dell'Area di Ricerca Europea (European Research Area), e di portarlo avanti verso lo sviluppo dell'economia della conoscenza e della società in Europa. j

(Definizioni fornite dal Servizio Informazioni di Ricerca e Sviluppo Comunitario)



Vexata quaestio Poche sigarette al giorno fanno male?

Franco Salvati, Vincenzo Zagà

È controversa questione se vi sia un valore soglia del numero di sigarette fumate quotidianamente oltre il quale si determinano serie conseguenze negative per la salute di fumatrici e fumatori: in letteratura vi è soltanto un ristretto numero di studi prospettici in cui vengono riferite tali conseguenze in soggetti che abbiano fumato meno di 5 sigarette/die mentre nella maggior parte degli studi al riguardo ci si riferisce a gruppi di persone che fumano 1-9 ovvero 1-15 sigarette/die.¹⁻⁴

Tali studi riportano prevalentemente dati relativi alla cardiopatia ischemica e soltanto il più recente⁴ di essi fa riferimento anche al carcinoma broncogeno avendo preso in esame un campione di fumatori vs gruppo controllo per un totale di 23.521 uomini e 19.201 donne con un follow-up di 27 anni. Tutti i pazienti considerati sono poi stati stratificati per numero di sigarette fumate.

In particolare è risultato che, in entrambi i sessi, il fumare 1-4 sigarette/die si associa ad un rischio significativamente più alto di morire, rispetto al gruppo controllo, per tutte le cause di morte, con un rischio minore nelle donne rispetto agli uomini. Sempre in questo sottogruppo di pazienti è risultato che nelle fumatrici la mortalità è superiore a quella degli uomini fumatori del campione considerato relativamente alla cardiopatia ischemica (2,94 vs 2,74) e al carcinoma polmonare (5,03 vs 2,79).

Tali risultati, analogamente a quanto già dimostrato dagli studi prospettici eseguiti in Svezia,¹ in Danimarca² e negli Stati Uniti³, confermano⁴ la necessità che da quanti sono proposti, a vario titolo, alla tutela della salute, debba essere sottolineato con enfasi più forte ed incisiva rispetto a quanto attualmente avviene che anche i fumatori di un modesto numero di sigarette, quale è quello di 1-4 sigarette/die, sono soggetti all'azione lesiva del tabacco e quindi responsabili del danno inferto alla loro salute, a carico del sistema cardiocircolatorio e dell'apparato respiratorio in primis.

Si tratta infatti di un dato che merita di essere tenuto nella massima considerazione tanto più se si tiene presente che nella metà degli anni '90 alla domanda "quante sigarette/die pensate di poter fumare senza mettere in pericolo la vostra salute?" il 40% di un campione rappresentativo di adulti rispose di essere convinto che poche sigarette al giorno non rappresentassero un reale pericolo per la loro salute.⁵

Una adeguata campagna di obiettivi e completa informazione al riguardo è peraltro in linea con i contenuti del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e con i risultati della European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) relativi al più elevato rischio di neoplasie fumo-correlate anche nei fumatori "occasionalmente".⁶

Bibliografia

- 1) Rosengren A, Wilhelmsen L, Wedel H. Coronary heart disease, cancer and mortality in middle-aged light smokers. *J Int Med* 1992; 231:357-362
- 2) Karachi I, Colditz GA, Stamper MJ et al. Smoking cessation and time course of decreased risks of coronary heart disease in middle-aged women. *Arch Intern Med* 1994; 154:169-175.
- 3) Prescott E, Scharling H, Osler M, et al. Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12149 men and women in the Copenhagen City heart study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:702-70.
- 4) Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14:315-320.
- 5) Statens tabakskaderad. Opp i royk? Hvem, hva, hvor mye. Om tabakksbruk. I Norge 1992 I Up in smoke? Who, what, how much. On tobacco use in Norway 1992. Oslo: Statens tabakskaderad, 1993.
- 6) Bjerregaard BK, Raaschou-Nielsen O, Sorensen M, et al. The effect of occasional smoking on smoking-related cancers. In the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Cancer Causes Control* 2006; 17:1305-1309.

Franco Salvati

[francosalvati@infinito.it]

Forza Operativa Nazionale Interdisciplinare
Contro il Carcinoma Polmonare - FONICAP

Vincenzo Zagà

[vincenzo.zaga@ausl.bo.it]

Società Italiana di Tabaccologia - SITAB



Fumo passivo Strage continua

Secondo un rapporto dell'OMS sul tabagismo, reso pubblico circa 1 anno fa, il fumo passivo costituisce un tipo di inquinamento indoor molto pericoloso. Si calcola che solo sul posto di lavoro un numero elevatissimo di persone respirano per il 75 per cento del loro tempo le sigarette degli altri. Il rapporto elenca i seguenti rischi:

Nell'adulto

- rischio +26%: cancro al polmone,
- rischio +25%: problemi coronarici,
- rischio +17%: in donne gravide minor peso alla nascita se la madre fuma o è esposta al fumo degli altri,
- rischio +11%: ritardo di crescita intrauterina se la madre fuma o è esposta al fumo degli altri. Il rischio di morte improvvisa del nascituro raddoppia.

Nel bambino

- rischio +72%: bronchite, se la madre fuma,
- rischio +29%: bronchite, se un familiare fuma,
- rischio +14%, +38%, +48% crisi di asma: a seconda se fuma la madre, il padre o entrambi.

Sia nel bambino che nell'adulto c'è il rischio del +21%, +38%, +48% di otite recidivante, a seconda se fuma il padre, la madre o entrambi.

In Europa più di 79.000 persone muoiono ogni anno a causa del fumo passivo. A testimoniare, il progetto "Smoke free partnership" cui partecipano la Società Europea per le Malattie Respiratorie (ERS), il Cancer Research britannico e l'Istituto Nazionale Francese sul Cancro. Un rapporto, presentato al Parlamento di Strasburgo, che è anche un invito a tutti i Paesi dell'Unione Europea a bandire le sigarette dai locali pubblici esattamente come hanno già fatto Norvegia, Irlanda, Italia e Malta e da poco ed in parte anche Spagna, Francia e Scozia. Da noi, l'applicazione della legge è stata un successo:

il 96% della popolazione oggi si dichiara "soddisfatta". Tra questi anche gli amanti della sigaretta: nell'80% dei casi ritengono che bandire il fumo nei locali pubblici "è stata una buona idea".

Per l'Italia i dati dell'Associazione Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Respiratorie (AIMAR) delineano un quadro allarmante: sono circa 186.000 i ricoveri annui per il fumo con una spesa di 5.700 milioni di euro. Una morte su 4 è di persone tra i 35 e i 65 anni. C'è però chi non demorde. Il Comando Carabinieri per la tutela della salute (NAS) da gennaio 2005 ad oggi ha accertato 348 infrazioni (su 6092 ispezioni), di cui 229 riguardano l'omissione di controllo da parte del responsabile. "Molti continuano ancora ad accendersi la sigaretta nei posti di lavoro obbligando i colleghi al fumo passivo – dice Stefania Vecchio, medico dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro – A differenza dei locali infatti, dove il divieto in genere viene rispettato, in alcuni uffici il clima di confidenza tra colleghi crea tolleranza (o sopportazione) verso il fumatore". Nel primo fascicolo di Epidemiologia & Prevenzione del 2002 (ante legge antifumo) Francesco Forastiere, attuale presidente dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, insieme ad alcuni ricercatori dell'Agenzia per la Sanità Pubblica del Lazio, ha presentato una revisione sistematica degli studi disponibili stimando l'effetto sanitario del fumo ambientale in Italia: più di 2.500 persone all'anno muoiono a causa del fumo passivo e migliaia, specialmente bambini, si ammalano per lo stesso motivo. Gli effetti del fumo passivo in Italia, esposizione in ambito familiare:

Bambini con genitori fumatori:

- Morte improvvisa del lattante 87 morti



- Infezioni respiratorie acute (0-2 anni) 76.954 casi
- Asma bronchiale (6-14 anni) 27.048 casi prevalenti
- Sintomi respiratori cronici (6-14 anni) 48.183 casi
- Otite acuta (6-14 anni) 64.130 casi

Adulti con coniuge fumatore:

- Tumore polmonare 221 morti
- Malattie ischemiche del cuore 1.896 morti

Esposizione in ambiente di lavoro:

- Basso peso (2.500 gr) alla nascita per esposizione della madre in gravidanza: 2.033 neonati
- Tumore polmonare: 324 morti
- Malattie ischemiche del cuore: 235 morti.

In tutti i casi, una cosa è certa: non fumare ed evitare di fumare il fumo degli altri è un fattore determinante per la salvaguardia della salute. j

[V.Z.]

Bibliografia

www.who.int/mediacentre/events/2007/wntd/en/index.html
www.ersnet.org
www.aimarnet.it
 Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N., Rapiti E., Perucci CA. "Impatto sanitario dell'esposizione al fumo di sigaretta in Italia" *Epidemiol Prev* 2002; 26(1): 18-29.



Rischi respiratori “passivi”

Frank D. Gilliland, Talat Islam, Kiroos Berhane, W. James Gauderman, Rob McConnell, Edward Avol, and John M. Peters. *Regular Smoking and Asthma Incidence in Adolescents* Am J Respir Crit Care Med Vol 174. pp 1094–1100, 2006.

Margaret W. Gerbase, Christian Schindler, Jean-Pierre Zellweger, Nino Kunzli, Sara H. Downs, Otto Braendli, Joel Schwartz, Martin Frey, Luc Burdet, Thierry Rochat, Ursula Ackermann-Lieblich, and Philippe Leuenberger, on behalf of the SAPALDIA Team* *Respiratory Effects of Environmental Tobacco Exposure Are Enhanced by Bronchial Hyperreactivity* Am J Respir Crit Care Med Vol 174. pp 1125–1131, 2006.



Un team di ricerca dell'University of Southern California di Los Angeles ha appena concluso uno **studio su 2069**

ragazzini tra gli 8 e 15 anni senza asma. I ricercatori, coordinati da Frank D. Gilliland, hanno concluso che i bambini che iniziavano a fumare negli otto anni successivi vedevano salire il rischio di soffrire di asma di quattro volte e i figli di madri che avevano fumato durante la gravidanza risultavano essere quelli maggiormente esposti: per loro il rischio saliva fino a nove volte in più rispetto ai coetanei che non avevano iniziato a fumare. La rivista *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* ha

pubblicato i risultati di questo studio accanto a quelli emersi da un'altra indagine, condotta presso l'Università di Ginevra. Il team svizzero ha seguito per undici anni 1600 adulti che non avevano mai fumato e ha scoperto che quelli che erano stati esposti regolarmente a fumo passivo avevano un maggiore rischio di soffrire di tosse cronica. Non solo, il fumo passivo aumentava anche il rischio di iperattività bronchiale e di difficoltà respiratoria cronica.

(Pieraldo Canessa)

Studi sulla mortalità Smettere conviene sempre

Stein Emil Vollset, Aage Tverdal, and Håkon K. Gjessing. *Smoking and Deaths between 40 and 70 Years of Age in Women and Men. An Int Med* 2006 144: 381-389.

Diversi studi hanno dimostrato come i fumatori abbiano una maggior probabilità di morire per alcuni tipi di neoplasia e di malattie cardiovascolari rispetto ai non fumatori, anche se pochi studi sono in grado di fornire una stima accurata di quanto il fumo possa aumentare il rischio di morte, in particolare nelle donne. Gli *Annals of Internal Medicine* hanno pubblicato uno studio che esamina la correlazione tra causa di morte e abitudine al fumo in una popolazione norvegese di 24.505 donne e 25.034 uomini tra i 40 e 70 anni già arruolati per un precedente studio sul rischio cardiovascolare (Norwegian Counties Study). Gli autori hanno acquisito le informazioni sullo stato di salute dei partecipanti tra il 1974 e il 1978, completando il follow up con un controllo a 5 e 10 anni dall'inizio dell'arruolamento. Le cause di morte sono state documentate dai rispettivi certificati fino al 2000 ed è stata analizzata la correlazione tra morti e abitudine al fumo, nonché la stima dei benefici indotti dalla sua sospensione alle varie età.

Durante il follow up sono decedute 2333 donne e 4680 uomini di mezza età. Il tasso di mortalità era molto più elevato nel gruppo che fumava più di 20 sigarette/die rispetto al gruppo dei non fumatori. Stratificando i gruppi per sesso, sono deceduti il 26% delle donne forti fumatrici rispetto al 9% delle non fumatrici e il 41% degli uomini forti fumatori rispetto al 14% dei non fumatori. In un confronto per età e per grado di abitudine al fumo i fumatori maschi avevano un tasso di mortalità più elevato rispetto alle donne fumatrici, con una perdita di anni di vita per maschi e femmine rispettivamente di 2,7 e 1,4 anni, rispetto ai soggetti non fumatori. Il tasso di mortalità per cancro del polmone associato al fumo era simile per donne e uomini, mentre gli uomini avevano un tasso di mortalità cardiovascolare più elevato delle donne con abitudini simili al fumo. Questo dato potrebbe essere in relazione al fatto che le donne avevano un tasso di mortalità cardiovascolare iniziale più bas-

so. Il cambiamento dello stile di vita in relazione all'abitudine al fumo ha dimostrato che il rischio di mortalità si abbassava nei soggetti più giovani che smettevano di fumare e determinava un beneficio anche nei soggetti più anziani. Pur nei limiti dello studio, che ha arruolato solo una popolazione rappresentativa della specifica realtà norvegese e tenendo conto che le informazioni sull'abitudine al fumo non erano disponibili per tutti i soggetti e per più di 15 anni, lo studio conclude che:

- fumare aumenta in modo significativo e smettere riduce il rischio di morte per donne e uomini tra i 40 e 70 anni.
- nei fumatori di mezza età di entrambe i sessi, nonostante il rischio di cancro polmonare sia identico, le donne hanno un tasso di mortalità più basso rispetto agli uomini con stile di vita simile per una più bassa percentuale di morti cardiovascolari nel sesso femminile.

(Marco Mura)



Studio CARDIA (fumo passivo e diabete)

Il fumo passivo aumenta il rischio di sviluppare diabete, queste sono le conclusioni di uno studio pubblicato su BMJ nel 2006. Lo studio (CARDIA), condotto su oltre 4000 soggetti (fumatori correnti, ex fumatori, esposti a fumo passivo e mai fumatori) seguiti per 15 anni ha dimostrato che i fumatori hanno il più alto rischio di sviluppare intolleranza al glucosio (22%), ma anche il 17% di coloro che erano stati esposti a fumo passivo sviluppavano tale condizione. I mai fumatori presentavano intolleranza al glucosio nel 12% dei casi. Gli Autori suggeriscono l'ipotesi di una tossicità esercitata dal fumo sul pancreas, con un Odds ratio di 1.65 nei fumatori e di 1.35 negli esposti a fumo passivo.

Fumo passivo e rischio anemia nei bambini

Il fumo passivo da entrambe i genitori è risultato essere fortemente associato alla presenza di anemia (OR 2.99, $p < 0.01$) nei bambini giordani da 0 a 35 mesi di età. Lo studio, condotto in Giordania nel 2002, ha evidenziato la presenza di bassi valori di emoglobina nel sottocampione dei 740 bambini studiati che risultavano essere esposti al fumo passivo. Tali bambini possono presentare disturbi nel metabolismo del ferro, dell'emoglobina e dei globuli rossi, ma è anche possibile una rallentata sostituzione dell'emoglobina fetale da parte dell'emoglobina normale. Il risultato dello studio enfatizza la necessità di un'adeguata educazione parentale nei confronti dei danni da fumo passivo.

Variabilità nell'efficacia della terapia dell'asma



La variabilità individuale nella risposta alla terapia dell'asma è legata a vari fattori: l'adesione del paziente alla prescrizione, fattori genetici e fattori ambientali. Un fattore ambientale molto importante è il fumo di tabacco, il quale aumenta il metabolismo della teofillina ma soprattutto rende meno sensibili agli effetti degli steroidi sia orali che inalati. Nei paesi occidentali 1/5-1/3 dei pazienti asmatici è fumatore, e questi hanno un minore controllo dei sintomi della malattia. Poiché i fumatori vengono solitamente esclusi dagli studi sull'efficacia dei farmaci per l'asma, per il timore di includere erroneamente soggetti affetti da BPCO, mancano informazioni chiare su quali potrebbero essere i farmaci più adatti nel trattamento di questi soggetti. Come suggerisce

l'editoriale dell' AJRCCM dell'aprile 2007, alcune importanti domande esigono delle risposte: gli antileucotrieni potrebbero avere un ruolo importante nel trattamento degli asmatici fumatori? La relativa insensibilità agli steroidi potrebbe essere ripristinata da bassi dosaggi di teofillina, come accade in vitro, stimolando l'attività della istone-deacetilasi inibita dal fumo?

Declino dell'adenocarcinoma del polmone negli USA

L'incidenza dell'adenocarcinoma polmonare è aumentato globalmente nella seconda metà del secolo scorso, tuttavia, negli USA, si è registrato un trend alla riduzione a partire dal 1999. Dal 1973 al 1998 l'incidenza di tale tipo di neoplasia è aumentata dell'83% negli uomini e di oltre il 200% nelle donne. Dal 1999 al 2003 invece si è osservato un declino del 14% negli uomini e dell'8% nelle donne. Un'analisi sull'incidenza età-specifica secondo l'anno di nascita dimostra la riduzione in tutti i soggetti nati a partire dal 1934, indipendentemente dal sesso. Questo andamento non è correlato all'introduzione di sigarette a basso dosaggio di catrame. In conclusione, è più probabile che il trend sia influenzato più pesantemente dai valori di inquinamento ambientale, con la riduzione dell'esposizione a fumo passivo e del consumo di sigarette cosiddette "leggere" come fattori contribuenti. (*Chest*. April 2007; 131:1000-1005)



Bidi e rischio TBC

In India circa il 32% delle morti per tubercolosi possono essere attribuite al fumo di bidi. Questo il risultato di uno studio condotto a Mumbai, India, tra il 1991 e il 2003, su una coorte di 81.443 uomini di età superiore ai 35 anni. Il rischio aggiustato di morte per tubercolosi nei fumatori è risultato essere di 2.60 volte più alto rispetto ai non fumatori. Inoltre il rischio di prevalenza di tubercolosi nei fumatori di bidi risultava essere di 5.23 volte più alta che nei non fumatori. (*Preventive Medicine*, Article in Press)



Istituto Nazionale dei Tumori

Il laboratorio per lo studio degli inquinanti ambientali e del fumo di tabacco

Roberto Boffi, Ario Ruprecht, Giovanni Invernizzi

Il fumo di tabacco è una miscela formata da una componente gassosa (monossido di carbonio, composti organici volatili, SOx, NOx) e da una solida costituita da un aerosol di particelle di polveri sottili, fini e ultrafini, di diametro inferiore a 2,5 micron.

Viene in genere suddiviso in fumo attivo (che si forma quando il fumatore aspira la boccata, detto anche mainstream smoke), e fumo passivo (detto anche environmental tobacco smoke o ETS), in base al modo in cui viene prodotto, a piccole differenze di composizione chimico-fisica, e per il diverso grado di rischio di malattia che comportano.

Il fumo passivo (sarebbe meglio definirlo «involontario» per sottolineare l'aspetto socio-culturale più contraddittorio in quanto si tratta di un rischio del tutto prevenibile) è una situazione ambientale subita (il non fumatore ha fatto una scelta precisa, quella di non fumare) a causa dell'inquinamento creato da chi fuma all'interno di locali condivisi da altre persone.

Si calcola che i non fumatori esposti a fumo passivo in realtà siano costretti a «fumare» un equivalente di 1-3 sigarette. Ciò comporta pur sempre un rischio di malattia che, anche se minore rispetto al fumo attivo in termini di esposizione cumulativa individuale, interessa un'ampia popolazione (è a rischio infatti il 65% dei non fumatori, circa 20 milioni di persone). Rischio, in questo caso, non voluto e prevenibile, che spesso ricade su persone affette da patologie preesistenti e che ne possono subire conseguenze

immediate, come nel caso dei soggetti asmatici, dei bambini e delle donne gravide.

Sebbene generalmente distinti in due categorie separate, dal punto di vista fisico-chimico non ci sono particolari differenze tra fumo attivo e passivo. Si tratta sempre del prodotto di combustione della foglia del tabacco: l'unica differenza sono la temperatura di combustione (800°C quando si "tira", 600°C quando la sigaretta si consuma da sola nel portacenere), e la percentuale di ossigeno disponibile (maggiore per il fumo attivo). Si formano in ogni caso circa 4.000 sostanze chimiche diverse, più concentrate (a temperatura maggiore una parte delle sostanze prodotte viene degradata) e con una quota superiore di monossido di carbonio (CO) per il sidestream smoke (la combustione spontanea della sigaretta avviene con minore disponibilità di ossigeno). Nel fumo si ritrovano numerose sostanze cancerogene (idrocarburi policiclici, benzene, nitrosamine), sostanze irritanti e allergeniche come la formaldeide, gas nocivi come il CO o irritanti come gli ossidi di zolfo e di azoto, oltre alla nicotina, che con le sue proprietà di vera e propria droga è responsabile della dipendenza. Come il fumo attivo, anche il fumo passivo è stato di recente classificato come sostanza cancerogena per l'uomo.

Per entrambi i tipi di rischio vale il concetto di dose-risposta: maggiore è l'entità dell'esposizione, maggiore è il rischio di malattia. Per il fumo attivo i criteri sono il numero di sigarette fumate al giorno, l'età di inizio, la

durata in anni dell'abitudine e l'esposizione cumulativa calcolata come pack-years (equivale alla dose di fumo che un fumatore riceve fumando un pacchetto al giorno regolarmente per un anno e si indica come PY). Per il fumo passivo si prendono in considerazione il numero di sigarette fumate dal partner in casa o dai colleghi sul lavoro, le ore giornaliere e la durata in anni dell'esposizione.

Mentre il mainstream smoke si raccoglie nel piccolo spazio rappresentato dai polmoni del fumatore, il sidestream smoke si distribuisce nell'ambiente e pertanto le concentrazioni inalabili risulteranno inferiori. Tuttavia negli ambienti chiusi il fumo di sigaretta può creare concentrazioni di polveri sottili molto elevate, fino a 100 volte superiori ai limiti di legge consentiti per l'ambiente esterno: se la soglia di allarme per l'outdoor è di 75 mcg/m³, nel caso più eclatante – l'abitacolo della macchina di un fumatore – si possono raggiungere valori 1.000 volte superiori. Inoltre la permanenza nei locali chiusi può risultare molto lunga (le classiche 8 ore lavorative, sommate in molti casi al fumo passivo casalingo), per cui l'esposizione complessiva alle 4.000 sostanze presenti nel fumo può rappresentare una fonte di inquinamento ben superiore a quello atmosferico delle metropoli più inquinate.

Il rischio per la salute in seguito all'esposizione al fumo di tabacco è un fenomeno senza soglia: anche una sola sigaretta al giorno è associata a un rischio minimo ma definito, quantificabile. Alla luce di questi ri-

	Fumo attivo	Fumo passivo
■ numero di sostanze presenti	++++	++++
■ concentrazione di sostanze presenti	+++*	++++
■ effetto dose-risposta: lineare	SI	SI
■ esposizione (ore/giorno)	1-4	1-8
■ esposizione: picchi di concentrazione	++++	++
■ esposizione: fattore di moltiplicazione	1 x 1	1 x 2, x n
■ esposizione: volontaria	SI	NO
■ esposizione: possibilità di riduzione in presenza di patologia (asma, gravidanza)	SI	NO
■ danni alla salute: immediati	SI	SI
■ danni alla salute: cronici	SI	SI
■ cancerogeno per l'essere umano	SI	SI
■ fattore di rischio: cardiovascolare	SI	SI
■ fattore di rischio: per asma	SI	SI
■ aumenta la reattività bronchiale	SI	SI
■ riduce l'effetto degli steroidi inalatori	SI	SI
■ equivalente in sigarette per esposizione a fumo passivo	-	1-3
■ impatto diseducativo sugli adolescenti	SI	SI
■ come si misura	CO espirato	Cotina

*a temperatura maggiore (mainstream smoke, 800-900°C; sidestream 500-600°C) parte delle sostanze prodotte viene degradata.

sultati, trattandosi di un'esposizione a sostanze praticamente identiche, è ragionevole appellarsi al principio di precauzione (un rischio involontario e prevenibile, per quanto limitato, deve essere evitato) quando si discute di una smoking policy rigorosa negli ambienti pubblici e nei luoghi di lavoro.

In conclusione si può affermare che, indipendentemente dal tipo di esposizione, i «due fumi» rappresentano un continuum di inquinamento individuale e sociale da circoscrivere, come evidenziano le caratteristiche presentate nella tabella sottostante, estratta da: Invernizzi G, Boffi R, Mazza R, Ruprecht A, De Marco C, Glaviano B, Villani F, Berrino F. Fumo attivo e fumo passivo: due facce della stessa medaglia. *Epidemiol Prev* 2004; 28: 289-92.

La "Tobacco Control Unit" dell'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) è in

prima linea da anni nelle ricerche in questo settore, dove ha sviluppato un'esperienza particolare nella misurazione dell'inquinamento indoor e nella valutazione dell'esposizione alle polveri fini.

Recentemente, in particolare, si è avuto un importante contributo scientifico da parte del nostro gruppo di lavoro per chiarire i meccanismi attraverso cui l'aria inquinata deposita le micropolveri nell'organismo umano, ossia la misura in tempo reale della deposizione del particolato ambientale nel sistema respiratorio: Invernizzi G, Boffi R, Ruprecht AA, Barnes PJ, Kharitonov SA, Paredi P. Real-time measurement of particulate matter deposition in the lung. *Biomarkers* 2006; 11: 221-32.

Nel corso dei nostri studi sul particolato fine outdoor e indoor, sia legato all'inquinamento veicolare che

da fumo di sigaretta, abbiamo infatti messo a punto un apparecchio capace di misurare in tempo reale la percentuale di polveri che restano depositate all'interno dei polmoni a ogni atto respiratorio.

Il particolato di diametro inferiore ai 10 micrometri (PM10) è presente nell'inquinamento dell'aria sia indoor che outdoor. È prodotto principalmente dalla combustione in industrie, sistemi di riscaldamento e traffico veicolare, nonché dal fumo di tabacco.

L'inquinamento outdoor da PM10 è riconosciuto come un rischio per la salute, responsabile di un aumento significativo di morbilità e mortalità (principalmente per malattie cardiovascolari, BPCO, asma e tumori del polmone, ma anche per le donne in gravidanza e i loro prodotti del concepimento); il fumo di tabacco, che rappresenta un analogo rischio per

la salute, è responsabile di livelli di concentrazione del PM10 indoor eccedenti di molte volte i limiti di legge per l'outdoor.

Il PM2,5 e il PM1 sono considerate polveri fini ancora più pericolose, perché capaci di penetrare nelle vie aeree più periferiche, raggiungendo anche gli alveoli polmonari.

La misura della distribuzione e della deposizione del particolato nel sistema polmonare in tempo reale può contribuire alla comprensione di molte patologie correlate con l'inquinamento dell'aria. Molti studi dimostrano che la deposizione del particolato nel sistema respiratorio varia con l'età, il sesso ed eventuali anomalie nelle strutture respiratorie e nelle funzioni delle vie aeree. Dati preliminari mostrano in particolare che la ritenzione delle polveri sottili sembra essere maggiore nei giovani e nei bambini, categorie come è noto particolarmente suscettibili ai danni arrecati dalle stesse polveri.

Fino ad oggi, tuttavia, la misura del particolato nell'aria esalata richiedeva una strumentazione complessa e veniva effettuata solamente con particelle artificiali monodisperse.

Col nostro studio abbiamo descritto il progetto e la sperimentazione di un sistema, nel quale un contatore di particelle a diffrazione laser viene usato per misurare la concentrazione del particolato nell'aria espirata in tempo reale, cioè registrando i dati

ogni secondo. Esso permette di confrontare la concentrazione di diverse classi dimensionali del particolato nell'aria ambiente con quelle esalate, e di determinare la frazione di deposizione del particolato nel sistema respiratorio in diverse condizioni (singolo atto respiratorio alla capacità vitale e a volume corrente).

Scopo del lavoro è stato quello di sviluppare un nuovo metodo per la misura del particolato ambientale nell'esalato e di valutare sperimentalmente il destino di deposizione delle diverse classi dimensionali del particolato stesso. Il nostro studio ha permesso di misurare la "deposition fraction" delle polveri sottili con una semplice espirazione da parte dei soggetti, e ha confermato dati computazionali di altri laboratori: in media restano depositate nell'apparato respiratorio ben il 50% delle polveri respirate.

Questi dati, che sono evidenziabili in tempo reale al computer durante una singola espirazione, sottolineano la capacità di filtro del polmone: l'aria espirata è molto più pulita di quella inspirata, e questo "splendido" filtro che è il polmone, purtroppo si impregna progressivamente delle sostanze cancerogene, irritanti e ossidanti veicolate alla superficie delle polveri sottili, causando danni respiratori e cardiovascolari (una parte delle polveri sottili, quelle di dimensioni ancora più sottili (inferiori a 0.1

µm, dette anche particelle ultrafini), sono in grado di superare la barriera alveolare, riversandosi nel sangue e raggiungendo tutti gli organi e apparati, tra cui la placenta nelle donne in gravidanza.

C'è da notare inoltre che più le particelle sono fini, più sono numerose, e maggiormente in grado quindi di penetrare le vie respiratorie fino alla loro porzione più periferica - gli alveoli polmonari - a parità di massa. È per questo che la comunità scientifica è particolarmente attenta al tipo di misura preso come indice: noi siamo abituati a ragionare in termini di PM10 (cioè tutte le polveri sospese inferiori a 10 µm di diametro), mentre negli USA il parametro di riferimento è da anni il PM2.5 (cioè le polveri inferiori a 2.5 µm di diametro). Secondo molti studiosi maggiormente indicativa sarebbe poi la misura del numero di particelle per m³, più precisa che non la misura in termini di massa, cioè mcg/m³, come sono le attuali misure del PM10.

Il progetto e la realizzazione del lavoro, iniziato nel marzo 2004 e i cui risultati sono stati pubblicati nel 2006 dalla "Tobacco Control Unit" dell'INT sulla rivista "Biomarkers", si è avvalso dell'importante collaborazione con il Brompton Hospital di Londra (Respiratory Unit: Peter J. Barnes, Sergei A. Kharitonov, Paolo Paredi) e con la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale). j

Bibliografia

- Institute of Medicine. National Academy. Clearing the smoke. Assessing the science base for tobacco harm reduction. Press. 2001. Disponibile on-line: www.nap.edu/books/0309072824/html.
- Repace J, Kawachi I, Glantz S. Fact sheet on second hand smoke. 2nd European Conference on Tobacco or Health 1999. Disponibile online: <http://www.repac.com/factsheet.html>
- The IARC. Involuntary smoking. Monograph vol. 83. IARC Monographs 2004
- Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, et al. La misurazione in tempo reale del particolato fine prodotto da fumo di sigaretta negli ambienti indoor: risultati di uno studio pilota. *Epidemiol Prev* 2002; 26: 2-6. Disponibile online: http://www.istitutotumori.mi.it/int/Anti_fumo/antifumo_pdf/E_P.pdf
- Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, Rossetti E, Sasco A, Nardini S, Boffi R. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control* 2004; 13: 219-21
- Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, De Marco C, Boffi R. Transfer of particulate matter pollution from smoking to non-smoking coaches: the explanation for the smoking ban on Italian trains. *Tobacco Control* 2004; 13: 319-20
- Invernizzi G, Boffi R, Mazza R, Ruprecht A, De Marco C, Glaviano B, Villani F, Berrino F. Fumo attivo e fumo passivo: due facce della stessa medaglia. *Epidemiol Prev* 2004; 28: 184-7
- Boffi R, Ruprecht A, Mazza R, Ketzler M, Invernizzi G. A day at the European Respiratory Society Congress: passive smoking influences both outdoor and indoor air quality. *Eur Respir J* 2006; 27: 862-3
- Invernizzi G, Boffi R, Ruprecht AA, Barnes PJ, Kharitonov SA, Paredi P. Real-time measurement of particulate matter deposition in the lung. *Biomarkers* 2006; 11: 221-32.

Fumo al volante e rischio infortunistico stradale

Smoking while driving and its consequences on road safety

Giacomo Mangiaracina, Letizia Palumbo

Riassunto

Introduzione. La ricerca in prevenzione nell'infortunistica stradale, mira ad individuare le aree di rischio attraverso l'individuazione dei fattori di rischio e la pianificazione di interventi di contenimento degli eventi accidentali.

Scopo. Il presente studio rappresenta un prima fase di un lavoro di maggiori proporzioni, con l'obiettivo di analizzare i problemi della sicurezza stradale in relazione alla consueta abitudine di fumare durante la guida di autoveicoli.

Metodi. Il progetto di ricerca originale prevede l'analisi e la misurazione dei tempi di distrazione di un campione di 10 soggetti fumatori, di cui 4 maschi e 6 femmine. I soggetti sono stati videoregistrati, con camera digitale, mentre effettuavano le abituali operazioni necessarie per fumare una sigaretta durante la guida e con il veicolo in movimento.

Risultati. La pericolosità del fumare al volante è quantificabile in maniera rilevante: la distrazione media riscontrata nel fumare alla guida è di circa 12 secondi, con un riscontro diretto e proporzionale di pericolo alla guida.

Conclusioni. Fumare al volante comporta un incremento distrattivo con conseguente maggiore rischio infortunistico ipotizzabile. I risultati emersi dallo studio sul comportamento dei fumatori durante la guida, inducono a considerare opportuna la modifica del Codice della Strada che renda sanzionabile tale comportamento al pari dell'uso del telefonino, unitamente ad una campagna di sensibilizzazione degli stessi fumatori.

Parole chiave: *tabagismo, controllo sul tabacco, sicurezza stradale, distrazione alla guida.*

INTRODUZIONE

I fattori che possono concorrere al verificarsi di incidenti stradali sono:^{11,13,14,33}

- 1) l'ambiente stradale inteso sia come infrastrutture sia come traffico;
- 2) i veicoli.
- 3) gli utenti delle strade.

Il comportamento umano alla guida, riveste il ruolo più importante nel rischio di infortuni su strada, di solito per inosservanza delle norme del codice della strada. La ricerca pone la giusta attenzione alla guida con limitate o ridotte capacità psicofisiche, all'abuso di sostanze psicotrope, in particolare l'alcol, che alterano sia

lo stato di coscienza che i riflessi.^{12,22}

Le cause principali degli incidenti stradali riconoscono al primo posto la **guida distratta** ^{5,27,28} Le fonti di distrazione sono diverse, come accendere e sintonizzare la radio, parlare al telefono, mangiare durante la marcia, esaminare cartine stradali.²³

Studi recenti evidenziano che fu-

Abstract

Introduction. The research on road safety aims at identifying the areas of risk by planning specific interventions of reduction of the casual events.

Aim. The study was focused on the assessment of smoking while driving vehicles on distraction.

Methods. A group of 10 smokers, 4 male and 6 female, were video-recorded while smoking and driving a car.

Results. The average distraction of smokers recorded while driving was about 12 seconds. This result suggests that cigarette smoking produces a remarkable risk for road safety.

Conclusions. Smoking while driving causes a high level of distraction, implying more risks for road safety.

It is therefore appropriate to suggest changes in the laws and regulations on road safety in order to fine smoking during vehicle driving. In addition, it is necessary to promote public information about this risk among people

Keywords: *cigarette smoking, tobacco control, road safety, driver distraction.*

Giacomo Mangiaracina

[mangiaracina@globalink.org]

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva,
2° Facoltà di Medicina, Università La Sapienza di Roma.

Letizia Palumbo

Psicologa Area Ricerca e Formazione
"GEA Progetto Salute".



mare alla guida comporterebbe un rischio di distrazione superiore a quella causata da animali liberi in auto, dalla consultazione di guide e cartine, dalla sistemazione di oggetti nell'abitacolo. [4.6.7.35](#)

Oltre alle condizioni che creano un elevato grado di distrazione da parte dei soggetti fumatori, va rilevato un altro dato critico riguardante la dimostrata carenza di ossigeno nell'aria respirata all'interno del veicolo, per la riduzione di ossigeno, elevata concentrazione di monossido di carbonio (CO) e di particolato sottile (PM-10, -5, -2.5, -1), con conseguente danno documentato alle facoltà cerebrali, e pericolosità in termini di vigilanza e di riflessi durante le guida. [8.9.12.18.19.20.30](#)

Non va trascurato il fatto che un aspetto rilevante del pericolo di fumare durante la guida, consiste anche nel danno ambientale, determinato dal lancio dei mozziconi dal veicolo in movimento nella strada, causa per larga parte di incendi ai margini delle strade.¹⁰

Lo studio in questione concerne appunto la guida distratta in relazione ai comportamenti umani ed in particolare quello del fumare durante la guida, messo a confronto con l'uso del telefonino.

MATERIALI E METODI

Analisi e Misurazione dei Tempi di Distrazione

L'esperimento proposto in questo studio è finalizzato:

- alla misurazione dei tempi di distrazione (secondi) del fumatore alla guida mentre esegue le operazioni necessarie per fumare una sigaretta;
- al calcolo del percorso (metri) effettuato con distrazione durante le suddette operazioni.

A tal fine sono state realizzate 10 videoregistrazioni, previo consenso informato scritto dell'interessato, utilizzando una telecamera digitale JVC mod. GR-D23E. I soggetti sono stati invitati a percorrere un breve tragitto in città. In tal modo è stato possibile analizzare il comportamento alla guida anche in situazioni di traffico.

L'inquadratura consente di visualizzare il volto dei soggetti, in modo tale da poter codificare, a posteriori, lo sguardo mentre sono alla guida dell'automobile.

La DISTRAZIONE alla GUIDA è stata codificata *frame-by-frame*¹, sommando i frame/sec. durante i quali il soggetto ruota la testa e/o distoglie lo sguardo dalla strada mentre esegue ciascuna delle operazioni effettuate per fumare una sigaretta con il veicolo in movimento.



In base alla velocità di andatura si calcolano i metri percorsi in 1 secondo. Moltiplicando i metri per i secondi di distrazione si ottengono i metri percorsi con distrazione.

La procedura sperimentale² consta di 5 operazioni effettuate dal fumatore alla guida:

Cercare/Prendere il pacchetto di sigarette, Prelevare la sigaretta, Cercare/Prendere l'accendino;

- 1) Accendere la sigaretta;
- 2) Riporre l'accendino;
- 3) Fumare;
- 4) Spegnerne la sigaretta.

I filmati sono stati realizzati con il software "Pinnacle Studio" versione 9.0.

I file sono in formato MPEG e presentano le seguenti caratteristiche tecniche:

Video: Compatibile DVD 720 x 576, 6000 kbit/sec.

Audio: Stereo 48 kHz 224 kbit/sec.

I dati sono stati codificati con l'ausilio del software "Pinnacle Studio" versione 9.0.

RISULTATI

Lo studio è stato condotto su un campione di 10 soggetti fumatori, di cui 4 maschi e 6 femmine. La velocità di andatura media è di 67 Km/h.

I soggetti hanno impiegato in media 270,6 secondi (4,5 minuti circa) per effettuare le 5 operazioni necessarie per fumare una sigaretta durante la guida.

La media dei tempi di distrazione nelle 5 operazioni è stata di 11,5 secondi.

I soggetti in esame non hanno distolto lo sguardo dalla strada in modo continuativo per il tempo descritto, ma lo hanno fatto a intervalli per una durata totale media di 11,5 secondi (vedi Grafico 1).

¹ Un frame è 1/25 secondi.

² N.B. Nella prima operazione rientrano 3 comportamenti diversi. Tale scelta deriva dai seguenti motivi:

L'inquadratura è troppo limitata per poter riprendere il soggetto mentre esegue i suddetti comportamenti. Pertanto risulta impossibile poter codificare la distrazione alla guida durante ciascuno dei 3 comportamenti. Diversamente, raggruppandoli in una sola operazione, la distrazione viene codificata partendo dal frame in cui il soggetto lascia il volante con una mano per cercare il pacchetto di sigarette, fino al frame in cui egli porta la sigaretta alla bocca.

Evitando di standardizzare rigidamente tali comportamenti, si tiene conto della reale variabilità soggettiva con cui essi vengono messi in atto.

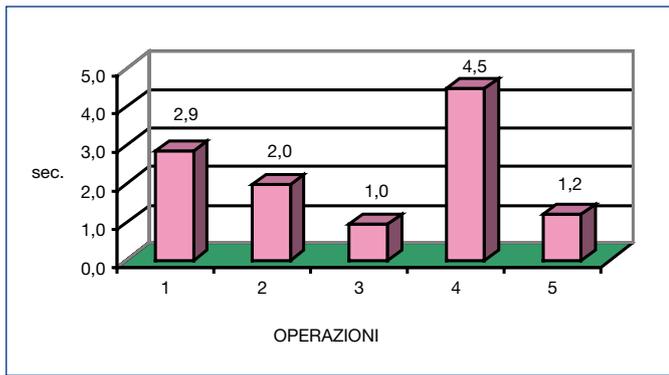


Grafico 1: Durata media di distrazione (sec.) in ciascuna delle 5 operazioni.

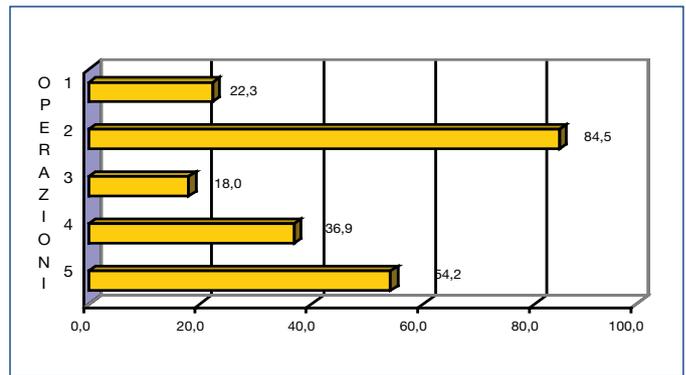


Grafico 2: Percorso medio (metri) effettuato con distrazione in ciascuna delle 5 operazioni.

Durante le 5 operazioni si percorrono in media 4964 metri. I metri percorsi adottando un comportamento distrattivo sono 215,9, pari al 4% del percorso totale (vedi Grafico 2).

L'operazione che ha distratto più frequentemente il campione è la 4^a, ossia il tempo necessario a fumare la sigaretta.



I soggetti in esame hanno manifestato una distrazione pari a 4,5 secondi (il 39% della distrazione totale), effettuando in tutto 84,5 metri senza guardare la strada. Questo è dovuto principalmente al numero di occorrenze di distrazione (i soggetti si sono distratti mediamente per 4,7 volte).

Nella 1^a operazione, ossia cercare e prendere il pacchetto di sigarette, prelevare la sigaretta, cercare e prendere l'accendino, la durata della distrazione raggiunge il picco più alto (ad es. il 3^o soggetto ha impiegato ben 3 secondi per cercare l'accendino), pur con una frequenza di distrazione inferiore rispetto a quella riscontrata nella 4^a operazione: 27 occorrenze nella 1^a

operazione vs 47 occorrenze nella 4^a. Telefonare guidando è uno dei comportamenti più diffusi, eppure molti studi dimostrano che l'uso del telefonino in auto è estremamente pericoloso.²⁹ Il Codice della Strada (30 Aprile 1992) prevede espressamente il divieto di far uso del telefonino mentre si guida. Secondo l'art. 173 "È vietato al conducente di far uso durante la marcia di apparecchi radiotelefonici ovvero di usare cuffie sonore [...] È consentito l'uso di apparecchi a viva voce che non richiedono l'uso delle mani".

La rivista "Altroconsumo"¹⁻², organo di stampa dell'associazione indipendente dei consumatori, ha pubblicato (n° 123, Gennaio 2000) i risultati di un test effettuato su alcuni conducenti mentre usavano un normale telefonino GSM alla guida in analoghe situazioni di realtà simulata. Le prove eseguite durante questo test prevedevano una serie di mansioni per il conducente, come ricevere o fare una telefonata, abbassare il volume della radio, eseguite mentre si compone il numero o si riceve o si chiude una comunicazione.

Per comporre un numero di telefono con un normale GSM il tempo totale di distrazione medio rilevato corrisponde a 10,6 secondi, pari alla percorrenza "al buio" di 150 metri, viaggiando a 50 Km/h (velocità consentita in città), e a 356 metri a 120 Km/h (in autostrada).

Le operazioni necessarie ai soggetti per fumare una sigaretta durante la guida comportano dunque un tempo di distrazione maggiore, pari a 11,5 secondi, che rapportati alla velocità di 50 Km/h fanno 159,9 metri percorsi "al buio", mentre a 120 Km/h tale percorso risulta pari a ben 383 metri.

Di seguito viene riportata la tabella 1 con i risultati relativi all'uso del telefonino alla guida, messi a confronto con quelli riscontrati nello studio rappresentato in tabella 1. Sulla base di quanto esposto e dai dati emersi dal confronto dei due comportamenti quali il telefonare e il fumare alla guida, appare evidente che fumare al volante, oltre ad essere altamente nocivo per la salute, è estremamente pericoloso e, nei casi suesposti, sensibilmente più rischioso che telefonare.

CONCLUSIONI

I dati del campione in esame dimostrano che fumare durante la guida rappresenta un pericolo rilevante ed un rischio per la sicurezza stradale superiore a quello riscontrato nei test effettuati, in analogia modalità di realtà simulata, sull'uso del telefonino. Date le condizioni sperimentali, dunque effettuate sotto vigilanza, appare ovvio che i soggetti fumatori, ripresi con telecamera, fossero consapevoli di essere videoregistrati. Tale consapevolezza li induceva verosimilmente ad una maggiore attenzione durante la guida. Nonostante ciò, la durata di distrazione media nelle operazioni necessarie a fumare una sigaretta è di misura rilevante.

Tabella 1. Confronto tra la distrazione del conducente dovuta all'uso del telefonino e la distrazione causata dal fumare alla guida (durata in secondi e distanza percorsa)

Uso del telefonino alla guida			Fumare alla guida		
Rispondere a una chiamata	Tempi medi di distrazione	2,1 sec.	Prendere la sigaretta e l'accendino	Tempi medi di distrazione	2,9 sec.
	Metri percorsi a 50 Km/h	29		Metri percorsi a 50 Km/h	40,3
	Metri percorsi a 120 Km/h	70		Metri percorsi a 20 Km/h	96,6
Abbassare il volume della radio per ricevere una chiamata	Tempi medi di distrazione	1,5 sec.	Accendere la sigaretta	Tempi medi di distrazione	2,0 sec.
	Metri percorsi a 50 Km/h	21		Metri percorsi a 50 Km/h	27,8
	Metri percorsi a 120 Km/h	50		Metri percorsi a 120 Km/h	66,6

È anche ragionevole ipotizzare che in condizioni di assoluta normalità, dunque senza essere "osservati", le condizioni di vigilanza siano ridotte, con incremento ulteriore dei tempi di distrazione e conseguente maggiore pericolo per la sicurezza stradale.

Va anche considerato che fumare al volante rappresenta solo uno dei comportamenti che inducono disattenzione e distrazione. Capita infatti che durante la guida il conducente si dedichi ad azioni "complementari" come regolare il volume della radio, guardare fuori dal finestrino, ricevere una telefonata, ecc. Queste operazioni, compiute mentre si fuma una sigaretta, contribuiscono ad incrementare fortemente il rischio distrattivo, costituendo un valore incrementale moltiplicativo e non sommatorio.

Va altresì ricordato che l'art. 187, comma 1 del suddetto codice sancisce che è vietato guidare in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.²⁴ Ciò che non si valuta opportunamente è la combinazione di fattori diversi, singolarmente in apparenza non tali da ritenersi pericolosi in modo serio, come bere modiche quantità di alcol. Nei soggetti fumatori, anche piccole dosi di alcol interagiscono con la riduzione di ossigeno nel sangue e con la presenza di CO, riducendo i riflessi del conducente.

Anche la carenza di ossigeno nell'aria respirata all'interno del veicolo rappresenta un pericolo per il rallentamento e l'intorpidimento dei riflessi del conducente.^{21,25,26}

hanno gettato via il mozzicone acceso dal finestrino, dimostrando che nella maggior parte dei fumatori questo comportamento è divenuto "normale", ossia prevalente.



Il concetto di sicurezza stradale va esteso anche a livello ambientale [31]. Uno degli aspetti collaterali del pericolo di fumare al volante è il "danno ambientale", determinato dal lancio dei mozziconi dal veicolo in movimento, causa di un gran numero di incendi ai margini delle strade nella stagione calda.

Nel campione esaminato, è stato rilevato che 7 soggetti su 10, dopo avere consumato la loro sigaretta,

Pertanto, è possibile concludere che fumare alla guida risulti dannoso per l'ambiente e la sicurezza anche degli altri.

Altro dato di interesse emerso dal presente studio è l'aver rilevato che 3 soggetti su 10 hanno lasciato il volante con entrambe le mani per accendere la sigaretta mentre il veicolo è in movimento a una media di 50 Km/ora. A tale proposito si ricorda che l'art. 173 del codice della strada recita: "È

vietato al conducente di fare uso durante la marcia di apparecchi radiotelefonici ovvero di usare cuffie sonore [...]. È consentito l'uso di apparecchi a viva voce che non richiedono l'uso delle mani".

Si capisce che il gesto apparentemente innocuo di fumare una sigaretta al volante, crei importanti occasioni di rischio che si ripetono più volte. Va considerato anche il fatto che i fumatori compiono questo gesto alla guida numerose volte, in misura maggiore che telefonare, creando quindi una sommatoria di grande pericolo concreto per la sicurezza stradale, sia per

il conducente che per terze persone.

In conclusione si ritiene necessario rendere sanzionabile il fumo durante la guida di autoveicoli al pari di quanto accade per l'uso del telefonino, unitamente ad una adeguata campagna di informazione e sensibilizzazione degli automobilisti.^{3,15,16,24,34 j}

Si ringrazia il Codacons, l'Agenzia Nazionale per la Prevenzione e Società Autostrade SpA, per il supporto fornito alla ricerca.



Bibliografia

1. Altroconsumo Guida a rischio con autoradio e telefonino, n°102 – Febbraio 1998.
2. Altroconsumo Il pericolo vien parlando, n°123 – Gennaio 2000.
3. Associated Press. No butts behind wheel? New Jersey moves on smokers (www.msnbc.msn.com/id/8697348/), Jul. 2 2005.
4. Bachman DS, Smoking and traffic accidents. *JAMA*. 1968 Nov 4;206(6):1308.
5. Beirness DJ, Simpson HM, Pak A. The Road Safety Monitor, Driver Distraction, Traffic Injury Research Foundation, Ottawa, Ontario, 2002.
6. Brisson RJ. Risk of automobile accidents in cigarette smokers. *Can J Public Health*, 81(2), 102-106, 1990.
7. Buñuel Granados JM, Cordoba García R, del Castello Pardo M, Álvarez Pardo JL, Monreal Hajar A, Cerezuola FP. Smoking and Nonfatal Traffic Accidents. *Atención Primaria*, 31(6), 349-353, 2003.
8. CTV.ca News Staff, Doctors warn against smoking in cars, homes. *Canadian Television (CTV)*, 2004-10-14.
9. Fernandez KH, Tamarin FM, Brandstetter RD. A "pack of trouble" for smoking drivers. *N Y State J Med*. 1987 Mar;87(3):184-6.
10. Ferrara A. Ambiente e Sicurezza stradale. *Tierre Edizioni*, 2002.
11. Governo.it. 7 Aprile: io ci provo, né morti né feriti sulle strade. (www.governo.it/governoinforma/dossier/7_aprile_sicurezza_stradale/doc/incidenti_nel_mondo.pdf), 2004.
12. Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, Rossetti E, Sasco A, Nardini S, Boffi R. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tob Control*. 2004 Sep;13(3):219-21.
13. Istituto Nazionale di Statistica. *Statistica degli incidenti stradali*. Anno 2003.
14. Istituto Piepoli. *Ricerca sulle cause soggettive degli incidenti stradali, rapporto finale*, (www.silb.it/cgi-bin/documenti/pdf/incidenti.pdf), 2004.
15. Istituto Superiore di Sanità. *Incidenti stradali: educazione e prevenzione*. Notiziario, numero Speciale. Volume 18 - Numero 11, Novembre 2005. (www.iss.it/binary/publ/publi/novembre1.1132825335.pdf)
16. Jalleh G, Donovan R J, Stewart S, Sullivan D. Is there public support for banning smoking in motor vehicles? *Tobacco Control*, 15: 71, 2006.
17. Johansson G. Smoking and night driving. *Scandinavian Journal of Psychology*, 6(2), 124-128, 1965.
18. Leistikow BN, Martin DC, Jacobs J, Rocke DM. Smoking as a Risk Factor for Injury Death: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Preventive Medicine*, 27(6), 871-878, 1998.
19. Leistikow BN, Martin DC, Samuels SJ. Injury death excesses in smokers: a 1990-95 United States national cohort study. *Injury Prevention*, 6, 277-280, 2000.
20. Leistikow BN, Shipley MJ. Might Stopping Smoking Reduce Injury Death Risks? A Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials. *Preventive Medicine*, 28(3), 255-259, 1999.
21. Liaw KM, Chen CJ. Mortality attributable to cigarette smoking in taiwan: a 12-year follow-up study. *Tobacco Control*, 7, 141-148, 1998.
22. Piffer S, Fateh-Moghadam P, Cappelletti M, Kaisermann DT, Chesi L, Grandelis L, Gravina T, Maranelli G, Moretti AM, Moser M, Pancheri R, Spaccini M, Vassallo A, Vivori C, Zanin A, Zanon D. La percezione del rischio degli incidenti stradali in un campione di utenti dei servizi di Igiene Pubblica del Trentino. *Notiziario ISS*, Vol. 17, n. 10, Novembre 2004 (<http://www.epicentro.iss.it/ben/2004/novembre/2.htm>).
23. Piret R. *Psicologia dell'automobilista*, Editrice Universitaria, Firenze, 1959.
24. Rapporti ISTISAN a cura di A. De Santi, P. Casella, L. Penna. *Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole*, Istituto Superiore di Sanità (Settore Attività Editoriali), Parte I - II, 2004.
25. Sacks JJ, Nelson DE. Smoking and Injuries: An Overview. *Preventive Medicine*, 23(4), 515-520, 1994.
26. Sommese T, Patterson JC. Acute effects of cigarette smoking withdrawal: a review of literature. *Aviat Space Environ Med*, 66(2), 164-167, 1995.
27. Stutts JC, Reinfurt DW, Rodgman EA. The role of driver distraction in crashes: an analysis of 1995-1999 Crashworthiness Data System Data. *Annu. Proc. Assoc. Adv. Automot. Med.*, 45, 287-301, 2001.
28. Stutts JC, Reinfurt DW, Staplin L, Rodgman EA. The role of driver distraction in traffic crashes, (www.aaafoundation.org), 2001.
29. Taggi F, Giustini M, È l'uso del telefono cellulare durante la guida un rischio reale per la sicurezza stradale? - Aspetti sanitari della sicurezza stradale - (Progetto Datis - Il rapporto). Istituto Superiore di Sanità, Roma 2003. ([www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%2011%20\(1-18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%2011%20(1-18)%20SITO.1119430208.pdf))
30. Tsai SP, Cowles SR, Ross CE. Smoking and morbidity frequency in a working population. *J Occup Med.*, 32(3), 245-249, 1990.
31. Valente A. Aria in viaggio. Intervista al prof. Aldo Ferrara (http://www.coopfirenze.it/info/art_2460.htm), giugno 2004.
32. Waller JA. On smoking and drinking and crashing. *N Y State J Med*. 1986 Sep;86(9):459-60.
33. www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20051013_00/novita_editoriale_incidenti_stradali_2004.pdf
34. www.laverdad.es/murcia/pg060330/prensa/noticias/Sociedad/200603/30/MUR-SOC-139.html#Inicio_noticia
35. Young K, Regan M, Hammer M. *Driver Distraction: A Review of the Literature*, Monash University Accident Research Centre, Victoria, Australia, 2003.

Progetto “La Scuola in Farmacia” Prime analisi e valutazioni

The “School in Pharmacy” project: first analysis and evaluation

Mauro Nanni, Manuela Colantoni, Giacomo Mangiaracina

Riassunto

Riassunto. Premesse. Dal 1994 al 1999 è andata progressivamente aumentando la percentuale di fumatori giovani nella fascia di età 12-18 anni. Ciò esprime l'inadeguatezza degli interventi educativi nelle scuole sia sul piano quantitativo che qualitativo. La prevenzione va fatta, e principalmente nelle scuole. I giovani trascorrono a scuola un terzo del loro tempo, ricevendo importanti e significativi condizionamenti. Purtroppo i programmi di prevenzione nelle scuole non danno risultati in termini di efficacia è necessario quindi ridisegnarne di nuovi attraverso strategie multimodali.

Metodi. Un network di organizzazioni coordinate da ASSOFARM, associazione per le farmacie pubbliche in Italia, ha proposto ai farmacisti di trattare il tema della prevenzione del consumo di tabacco in numerose scuole italiane con il progetto “La scuola in farmacia”. Il progetto propone la corretta informazione, utilizzando il gioco, che incrementa la conoscenza e stimola a riflettere. Il Progetto, con il videogioco “AIR DEFENDERS”, una storia avventurosa per i ragazzi, era rivolto agli studenti delle scuole secondarie di 1° grado. Gli obiettivi sono: (1) incrementare le conoscenze nei giovani riguardo al fumo di tabacco; (2) stimolare le scuole alla prevenzione e alla promozione della salute in generale; (3) avere una descrizione di interventi di prevenzione realizzati nelle scuole; (4) stimolare la sensibilità del farmacista al problema del tabacco. La raccolta dei dati si è svolta con l'utilizzo di un questionario di 10 domande, consegnato ai ragazzi dal farmacista.

Risultati. Nell'arco di circa 6 mesi sono state raccolte 3211 schede con il questionario. Hanno aderito circa 420 farmacie in 17 regioni italiane e 11 scuole. Alcune scuole hanno distribuito il questionario oltre che agli studenti del 1°anno anche a quelli più del 2° e 3°.

Conclusioni. I dati mostrano che la domanda di informazione sul problema del tabacco a scuola esiste tra i giovani, ma gli interventi nelle scuole sono scarsi e di breve durata. Il progetto ha voluto contribuire a riqualificare e a riconoscere nella figura del farmacista, un ruolo professionale appropriato nel campo della prevenzione, dando valore agli aspetti comunicativi e di assistenza, identificando nella campagna informativa sul tabagismo un esempio tipico di servizio sociale professionale qualificato.

Parole chiave: *tabagismo, prevenzione, giovani, progetti scolastici.*

Abstract

Introduction. From 1994 to 1999 young smokers gradually increased in the range of age 12-18 years. This observation demonstrates the qualitative and quantitative inadequacy of school-based tobacco prevention actions.

However, prevention projects are especially necessary in schools, where children and teenagers spend a third of their time. The new school-based prevention programs should be following a multimodal strategy.

Methods. A network of organizations, directed by ASSOFARM (Association of Public Italian Pharmacies), addressed the school-based tobacco prevention with a project “called The School in Pharmacy”. This project aims at informing children and teenagers correctly by using games, in order to increase knowledge and stimulate kids to think. The program was addressed to the students of secondary schools with a videogame called “Air Defenders”. The project's goals were:

- (1) to increase the knowledge about tobacco smoke among young students;
 - (2) to promote health care and prevention in the schools;
 - (3) to obtain a minimal description of the schools' contributions in prevention.
 - (4) to increase the interest of pharmacists on tobacco control.
- Data were collected with a 10 items questionnaire, administered by the pharmacist to the students.

Results. During a 6 months period, 3211 questionnaires were collected by 420 pharmacies in 17 Italian regions. 11 schools participated in this plan.

Conclusions. The data suggest that there is a need of information about tobacco consumption in the schools, though the preventive interventions are still insufficient. The project contributed to promote the role of pharmacists in the prevention of tobacco-related health risks.

Keywords: *smoking, prevention, young people, school projects.*

INTRODUZIONE

I dati del Fumo nei giovani sono chiari e preoccupanti:¹

- il 90% degli adulti fumatori hanno

iniziato a 18 anni,

- il 75% dei giovani (15-24 anni) dichiara di non fumare; il 19% di fumare regolarmente ed il 6% saltuariamente;

- dicono di fumare più i maschi (31%) che le femmine (19%);

- tra i 15-17 anni fuma l'11%, tra i 18-20 anni il 25% e tra i 20-24 anni il 35%;

- i giovani che fumano sono più nume-

Mauro Nanni, Manuela Colantoni
GEA Progetto Salute - Onlus

Giacomo Mangiaracina
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, 2° facoltà di Medicina,
Università La Sapienza, Roma. Presidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

rosi nel Centro (31%) che nel Nord-Est (19%);

- l'81% inizia a fumare tra i 13 ed i 17 anni, con una punta tra i 15 ed i 16 anni (35%); solo il 5,1% prima dei 12 anni ed il 13% dopo i 18;
- in media i giovani fumano dieci sigarette al giorno (i maschi 10, le femmine 8), il 14,6% una o due al giorno o meno, il 48,3% tra tre e dieci al giorno, 31,2% tra undici e venti al giorno, il 5,9% più di venti al giorno;
- dal 1994 al 1999 è andata progressivamente aumentando la percentuale di fumatori giovani nella fascia di età 12-18 anni; questo ultimo aspetto si rivela piuttosto preoccupante denunciando l'inadeguatezza degli interventi educativi nelle scuole sul piano quantitativo che qualitativo.

Da varie indagini condotte nelle scuole si possono individuare alcuni aspetti interessanti del fenomeno:

- aumento notevole dell'abitudine con l'età;
- la scarsa conoscenza dei rischi legato al fumo ed in particolare di quelli cardiovascolari;
- consumi più elevati si registrano nel sesso maschile;
- l'influenza esercitata sui giovani dalle abitudini fumatorie di genitori e amici;
- la permissività dei genitori come fattore di opposizione al cambiamento;
- la precocità d'approccio come fattore di efficacia.²

L'abitudine al fumo risulta anche correlata al consumo di altre droghe e di alcol sotto varie forme, mentre l'uso di psicofarmaci è correlato con il fumo solo tra le femmine delle ultime classi. Da questi dati va considerata perciò la notevole complessità del problema la difficoltà a liberarsi dalla dipendenza dal tabacco. Secondo dati recenti, un giovane su tre diventa dipendente. Il 74% dei fumatori occasionali e il 65% dei giovani che fumano giornalmente, hanno provato a smettere, ma solo l'1,5% di quelli che hanno sempre fumato ci sono riusciti con successo.³

Ma perché i ragazzi fumano? Problemi sociali?

L'indagine Multiscopo ISTAT del 1999⁴ ha dimostrato in modo incontestabile che

il fumo dei genitori e di altri componenti della famiglia condiziona fortemente il comportamento giovanile. La presenza della madre fumatrice sembrerebbe condizionare in misura maggiore il comportamento dei figli.⁵

Si ritiene che fumare possa aiutare a ridurre lo stress, che serva a nascondere l'insicurezza, e soprattutto che sia una "cosa da adulti". Come demolire questi miti? La prevenzione va fatta, e preferibilmente nelle scuole.^{6,7} I giovani infatti trascorrono a scuola un terzo del loro tempo, ricevendo importanti e significativi condizionamenti. Occorre iniziare e presto.

L'autorevole rivista "The Journal of the National Cancer Institute" nel 2001 ha dimostrato che "i programmi di prevenzione svolti nelle scuole non danno risultati in termini di efficacia e che è necessario ridisegnarne di nuovi, partendo magari dall'analisi delle influenze sociali dei fumatori sui giovani. Un'educazione anti-tabacco efficace, può essere realizzata solo attraverso una varietà di strategie".⁸

Ciò che rende efficace un progetto di prevenzione è:

- 1) considerare una fascia di età precoce;
 - 2) avvalersi di équipe multidisciplinari (medici, psicologi, farmacisti, educatori);
 - 3) rendere i ragazzi protagonisti;
 - 4) coinvolgere scuola e famiglie;
- inserirlo in un'ottica più ampia di benessere psico-fisico.⁹

Occorre diffondere nelle giovani generazioni una corretta conoscenza del mondo del tabacco e di favorire l'adozione di comportamenti più indirizzati alla cura di sé.

IL PROGETTO

È da queste considerazioni che nel 2004 nasce il progetto "La scuola in farmacia".

Attraverso la scuola infatti si è in grado di raggiungere il maggior numero di ragazzi, anche quelli le cui figure di riferimento principali sono fumatori. Il farmacista inoltre può giocare il ruolo di "fornitore di servizi per la salute", un consulente disposto all'ascolto e al consiglio sui temi della salute e del benessere." Leopardi, presidente della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani (FOFI), in un articolo su *Il Farmacista* del giugno 2001, ha dichiarato che: "la farmacia dovrà offrire sempre più servizi, soprattutto quando essi sono inseriti in un disegno di collaborazione organica con il SSN". Inoltre, il



presidente di ASSOFARM, Gizzi, la Federazione che tutela gli interessi delle aziende e dei servizi farmaceutici pubblici (www.assofarm.it), sostiene che le farmacie comunali si riconoscono una mission: quella di essere vicine ai cittadini amichevolmente e con semplicità aiutandoli a conservarsi in salute.

Considerando che l'obiettivo principale di un intervento di Educazione alla Salute è la modifica delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti a rischio, il progetto in questione si propone di adottare un modello di intervento sul territorio innovativo, basato sulla corretta informazione, utilizzando l'approccio ludico, divertente, che incrementa il livello di conoscenza ed offre stimoli a riflettere.

Trattare il tema della prevenzione del consumo di tabacco è stata quindi la nuova proposta che Assofarm, ha lanciato ai farmacisti e a numerose scuole su tutto il territorio nazionale.¹⁰

Il progetto è stato realizzato in collaborazione con esperti nel campo della prevenzione e delle strategie di controllo del tabagismo quali la Società Italiana di Tabaccologia (www.tabaccologia.it), GEA Progetto Salute (www.gea2000.org) e l'Agenzia Nazionale per la prevenzione (ANP) (www.prevenzione.info).

Si è rivolto agli studenti delle scuole secondarie di 1° grado (media inferiore) con l'obiettivo di informare i giovani su vari aspetti concernenti il fumo di tabacco e contribuendo a stimolare gli interventi di prevenzione in ambito scolastico.^{11,12}

Videogiochi tematici su CD-Rom sono già stati utilizzati in alcune campagne di informazione come il progetto europeo "No-smoking"¹³ e il progetto "Multimedia 1". Il progetto "La scuola in farmacia" riprende questo filone con un videogioco progettato in esclusiva: "AIR DEFENDERS", una storia avventurosa, una sfida che richiede preparazione e abilità, appositamente studiata per i ragazzi, in collaborazione con

DOMANDA	N° (%)	N° (%)
1) In casa tua ci sono adulti che fumano?	SI: 1618 (50.3%)	NO:1593 (49.7%)
2) Se si quanti?	La maggior parte ha in famiglia UN solo adulto fumatore(~90%) In pochissimi casi 3.	
3) In quali di questi momenti accendono la sigaretta		
a. solo quando sono fuori casa:	725 (22,5%)	
b. sempre anche quando sono dentro casa:	542 (16.8%)	
c. sempre anche in macchina:	484 (15.0%)	
4) Hanno mai provato a smettere di fumare?	1170 (36.4%)	2041 (63.6%)
5) Li hai mai incoraggiati a smettere di fumare?	1477 (45.9%)	1734 (54.1%)
6) Conosci i danni che provoca il fumo di sigaretta?	2811(87.5%)	400 (12.5%)
7) Nella tua scuola avete mai parlato di fumo?	2175 (67.7%)	1036 (32.3%)
8) Se SI che tipo di progetti avete svolto		
a. Un esperto ha tenuto una lezione:	438(13.6%)	
b. Un insegnante ci ha parlato dei pericoli del fumo:	1699(52.9%)	
c. Abbiamo lavorato con un esperto:	da 1 a 4 mesi	
9) Ti piacerebbe sapere perché si fuma, cosa succede se si fuma, perché sarebbe meglio NON fumare?	2633 (82%)	578 (18%)
10) Lo sai che il 31 maggio è la Giornata mondiale senza tabacco?	831 (26%)	2380 (74%)

Le risposte al questionario.

formatori di Telecom Italia Learning Services (TILS - www.tils.com).

Obiettivi del progetto sono dunque stati:

- 1) l'incremento delle conoscenze nei giovani studenti riguardo al fumo di tabacco;
- 2) stimolare le scuole alla prevenzione e alla promozione della salute in generale;
- 3) avere una dimensione minimale descrittiva degli interventi di prevenzione nelle scuole;
- 4) stimolare la formazione del farmacista al management del cliente fumatore.

Il progetto ha avuto quindi una doppia valenza: scientifica, per la raccolta dei dati sui programmi scolastici di prevenzione al tabagismo e sull'inquinamento da fumo di sigaretta negli ambienti confinati

(scuole, locali pubblici, luoghi di lavoro, mezzi di trasporto), e didattica, cioè di apprendimento attraverso il gioco.

Migliaia di ragazzi hanno ritirato gratuitamente il CD presso le farmacie comunali e numerose scuole lo hanno ricevuto per posta in seguito a loro richiesta.

METODO

Nell'arco di circa 6 mesi sono state ritirate dai farmacisti e/o spedite alla sede centrale di ASSOFARM a Roma, dalle scuole che hanno aderito al progetto, **3211** schede con il seguente questionario formato da 10 domande:

- 1) In casa tua ci sono adulti che fumano?
- 2) Se sì quanti?
- 3) In quali di questi momenti accendono la sigaretta
 - a - solo quando sono fuori casa
 - b - sempre anche quando sono dentro casa
 - c - sempre anche in macchina
- 4) Hanno mai provato a smettere di fu-

mare?

- 5) Li hai mai incoraggiati a smettere di fumare?
- 6) Conosci i danni che provoca il fumo di sigaretta ?
- 7) Nella tua scuola avete mai parlato di fumo?
- 8) Se SI che tipo di progetti avete svolto
 - a - un esperto ha tenuto una sola lezione di poche ore
 - b - un insegnante della scuola ci ha parlato del pericolo del fumo
 - c - abbiamo lavorato con un esperto per mesi
 - d - abbiamo partecipato ad un progetto dal titolo
- 9) Ti piacerebbe sapere perché si fuma, cosa succede se si fuma, perché sarebbe meglio NON fumare?
- 10) Lo sai che il 31 maggio è la Giornata mondiale senza tabacco?

Al progetto hanno aderito circa **420 farmacie** in 17 regioni italiane e **11 scuole**.

Alcune scuole hanno distribuito il que-



stionario oltre che agli studenti del 1° anche a quelli più grandi del 2° e 3° anno della scuola media.

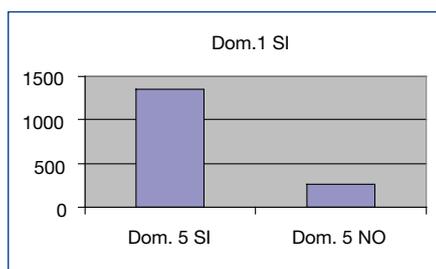
Le scuole che hanno aderito al progetto hanno seguito alla lettera le modalità di lavoro previste. A fronte della consegna del questionario, ben compilato, hanno distribuito il video gioco agli studenti. Non tutte le farmacie invece sono riuscite a raccogliere la scheda allegata al Videogioco completamente compilata.

I dati comunque che riportiamo si riferiscono a tutte le schede giunte ad Assofarm con il questionario completo.

Raccogliendo i dati in un data base relazionale, abbiamo potuto confrontare le risposte dei ragazzi, mettendo in evidenza alcuni aspetti interessanti sulla prevenzione al tabagismo e sui programmi svolti nelle scuole oltre che alle abitudini tabagiche delle famiglie.

Prima di esporre i risultati, ottenuti dall'incrocio tra alcune domande, occorre precisare che non costituiscono dati statistici assoluti, ma solo spunti di discussione utili alla messa a punto di futuri programmi di prevenzione e informazione rivolti a giovani da svolgere nelle scuole.

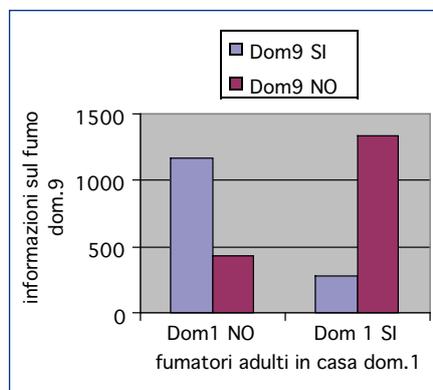
A) Dalle domande relative alle famiglie con adulti fumatori e ai loro tentativi di smettere di fumare, confrontando le domande 1 e 4, è emerso che il 50% dei fumatori adulti hanno provato a lasciare la sigaretta.



B) Sapendo che l'esempio di genitori fumatori può essere un pesante condizionamento all'emulazione per i figli.

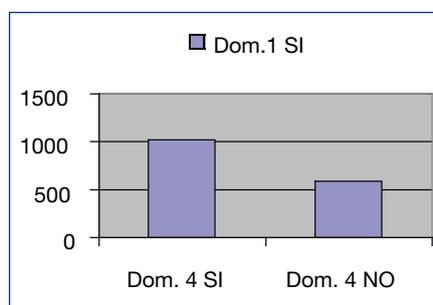
Nell'età quindi che precede la tendenza all'emulazione, il soggetto con genitori fumatori è maggiormente sensibilizzato ad avvertire la dipendenza tabagica (del genitore) come un problema? Confrontando la domanda 1 "In casa tua ci sono adulti che fumano?" con la 9 "Ti piacerebbe sapere perché si fuma, cosa succede se si fuma, perché sarebbe meglio NON fumare?" è emerso che il soggetto che ha genitori fu-

matori NON è maggiormente sensibile al problema rispetto al soggetto con genitori non fumatori. C'è comunque una grande richiesta di informazione sulla dipendenza tabagica. All'80% dei rispondenti piacerebbe sapere perché si fuma e perché sarebbe meglio non fumare.



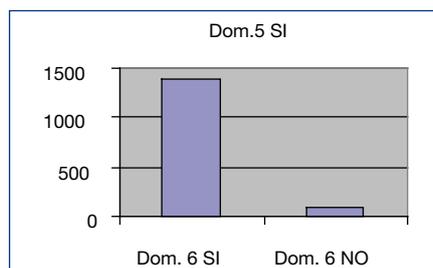
Questa è un'evidenza a favore di interventi preventivi mirati alle fasce di età considerate (scuola dell'obbligo).

C) Confrontando la domanda 1 "Ci sono adulti in casa che fumano" con la 5 "Li hai mai incoraggiati a smettere" risulta che circa l'85% dei ragazzi che hanno adulti in casa che fumano hanno incoraggiato i genitori a smettere.



D) I ragazzi che hanno incoraggiato i genitori a smettere (dom. 5) in quale gruppo si ritrovano? In quello che ha una maggior conoscenza dei danni che provoca la sigaretta (dom. 6) o in quello che ha scarse informazioni?

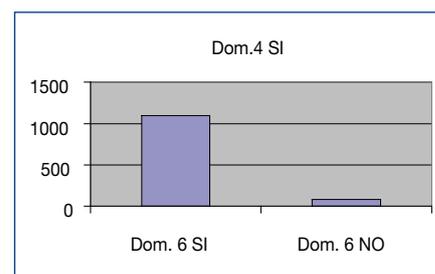
Confrontando la domanda 5 con la 6 è emerso che il 94% dei ragazzi consapevo-



li dei danni da fumo hanno incoraggiato maggiormente i propri genitori a smettere.

E) La conferma del dato precedente viene dal confronto tra i genitori che hanno provato a smettere di fumare (dom. 4) e i ragazzi che hanno la giusta percezione dei danni provocati dal fumo (domanda 6)

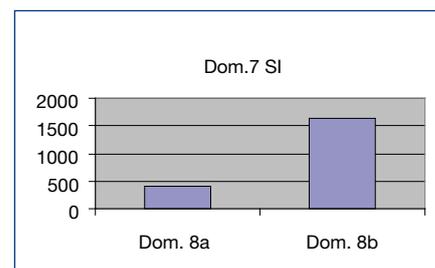
Dall'elaborazione del dato è emerso che il maggior numero di genitori che hanno provato a smettere di fumare si concentra soprattutto nel gruppo dei ragazzi che conoscono i danni arrecati dal fumo.



Valutazione della qualità e dell'impatto degli interventi preventivi

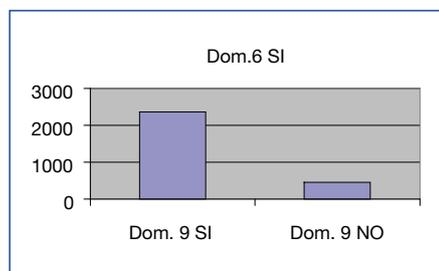
In questa sezione mostreremo i dati relativi agli interventi di prevenzione al tabagismo svolti nelle scuole. Con la tecnica del confronto delle risposte del questionario proveremo a capire se gli interventi svolti nelle scuole, hanno influito in qualche modo la presa di coscienza del problema fumo nei ragazzi, se sono serviti alle famiglie per modificare atteggiamenti dannosi alla salute personale e del figlio e quanto, questi interventi, hanno prodotto una maggior consapevolezza sull'attualità e dimensione sociale del problema Fumo.

A) Prendendo in considerazione le risposte affermative alla domanda 7 ("Nella tua scuola avete mai parlato di fumo di sigaretta?") e confrontandole con quelle della domanda 8a e 8b ("Che tipo di progetto avete svolto"), è emerso che il maggior numero di interventi sul fumo è stato svolto esclusivamente dagli insegnanti (80%), molto raramente è intervenuto un esperto che ha lavorato con gli alunni in classe per più mesi. In alcuni casi l'intervenuto del-



l'esperto è avvenuto per una sola lezione di poche ore.

B) I ragazzi che sono a conoscenza dei danni che provoca la sigaretta, come hanno reagito alla domanda se piacerebbe loro sapere perché si fuma, cosa succede se si fuma e perché sarebbe meglio non fumare?

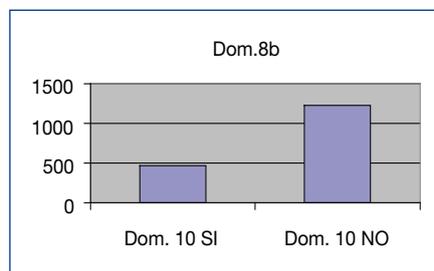


Abbiamo confrontato le domande 6 (conoscenza dei danni fumo correlati) con la domanda 9 (vuoi conoscere il perché si fuma ecc). I dati dicono che i ragazzi, pur conoscendo le conseguenze del fumare, desiderano comunque sapere perché si fuma e perché sarebbe meglio non fumare.

C) Come abbiamo già visto nella valutazione A) di questa sezione, gli interventi nelle classi sul tema della prevenzione al tabagismo, sono stati svolti soprattutto dagli insegnanti.

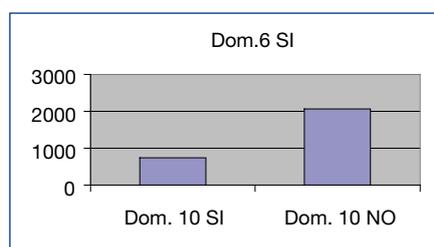
Ci siamo chiesti se gli operatori scolastici fossero o meno a conoscenza di iniziative internazionali che orbitano intorno al Tabacco e se i ragazzi avessero memorizzato l'evento annuale più importante su questo problema, vale a dire la "Giornata mondiale senza Tabacco", indetta dall'OMS, che si celebra nel mondo il 31 maggio di ogni anno. Abbiamo quindi messo a confronto

la domanda 8b ("Un insegnante della scuola ci ha parlato del pericolo fumo") con la domanda 10 "Lo sai che il 31 maggio è la Giornata mondiale senza tabacco?" Il dato che emerge è che la maggior parte dei docenti, non la conosce.



D) Parallelamente alla considerazione precedente, ci siamo posti la domanda: "I ragazzi che conoscono i danni da fumo di sigaretta, sono a conoscenza anche della Giornata mondiale senza Tabacco?"

Anche questa volta, incrociando i dati, si è confermata l'ignoranza di questo evento mediatico mondiale. Su 2811 ragazzi che hanno risposto affermativamente alla domanda 6, solo 739 hanno dichiarato di conoscere la data del 31 maggio (26%).



CONCLUSIONI

L'indagine, svolta con l'utilizzo di un semplice questionario di 10 domande, confer-

ma il fatto che la scuola sia luogo idoneo alla trasmissione di informazioni sulla salute e all'attuazione di interventi di prevenzione del tabagismo.

I ragazzi intervistati mostrano senza alcun dubbio che la domanda di informazione esiste tra i giovani, a cui la scuola deve rispondere in modo adeguato, anche attraverso la formazione degli insegnanti su argomenti specifici, nella fattispecie quelli inerenti le dipendenze e il tabagismo.

I giovani oggi acquisiscono a scuola una certa conoscenza sui danni causati dal consumo di tabacco, ma gli interventi nelle scuole, in particolare quelli effettuati da équipe di specialisti, sono scarsi e di breve durata. Di grande rilevanza a questo riguardo è il lavoro degli insegnanti, in particolare delle scuole medie inferiori, che inseriscono nel loro programma formativo scolastico il tema della tutela della salute e della prevenzione.

Il progetto "La Scuola in Farmacia", ha voluto contribuire infine a riqualificare e a riconoscere nella figura del farmacista, al di là di tutto, un appropriato ruolo professionale nel campo della prevenzione, dando valore agli aspetti comunicativi e di assistenza, identificando nella campagna informativa sul tabagismo un tipico esempio di servizio sociale professionale.

L'aspetto ludico del progetto *La Scuola in Farmacia* è costituito dal videogioco AIR DEFENDERS, dove la gara, il confronto con le abilità, hanno contribuito a diffondere le conoscenze sul tabacco attraverso lo stimolo e l'interazione. j

Bibliografia

- Gallus S, Pacifici R, Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Bosetti C, Apolone G, La Vecchia C. Smoking in Italy 2003, with a focus on the young. *Tumori*. 2004 Mar-Apr;90(2):171-4.
- Monarca, Tomasoni, Donato, Zanardini, Landi, Nardi. Tabagismo e giovani: indagine su un campione di studenti della Lombardia Sta in: *Educ. Sanitaria e Promozione Della S*, n. 3 (2000), p. 238-254.
- Zhu SH, Sun J, Billings SC, Choi WS, and Malarcher A. Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 16(3): 202-207
- Aspetti della vita quotidiana, Indagine Multiscopo 1999 Statistiche in breve aprile, 2001.
- Lo scenario attuale, Indagine campionaria DOXA febbraio-marzo 2003 in: *Libro Bianco sul fumo Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Prevenire è vivere Milano*, 2003.
- www.tabaccologia.org/letter60.html
- www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Tabacco/PrevenzioneFumoAdolescenti.
- Arthur V. Peterson, Jr., Kathleen A. Kealey, Sue L. Mann, Patrick M. Marek, Irwin G. Sarason. Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention. Results on Smoking. *Journal of the National Cancer Institute* 2000 92(24):1979-1991.
- Tinghino B. Efficacia della prevenzione del tabagismo. *Tabaccologia* 2003;1:33-36.
- www.assofarm.it/progetto_scuola.htm
- Schwartz W. A guide to Youth Smoking Prevention Policies and Programs.
- Mangiaracina G, Ottaviano M. La Prevenzione del Tabagismo. *Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*, pagg. 450, 2004.
- <http://urp.comune.bologna.it/WebCity/CityLights.nsf/3445c92c8521da2dc1256b4f003c808d/Od0010765140bb22c1256bd70031523c?>

Piante officinali di supporto alla terapia del tabagismo

Medicinal plants as a support in smoking cessation

Filippo Maggi, Gianluca Moriconi, Carlo Polidori

Riassunto

È stata condotta un'indagine nella letteratura scientifica, basata sulla consultazione di articoli etnobotanici, farmacologici, medici e di prodotti fitoterapici, che ha portato all'individuazione di piante officinali e sostanze prodotte dal loro metabolismo secondario che possono in qualche modo essere di supporto nella disassuefazione dal fumo di tabacco.

Vengono descritte alcune piante contenenti principi attivi che possono esercitare un'azione agonista/antagonista sui recettori nicotinici, interferire sul metabolismo della nicotina, oppure attenuare i sintomi d'astinenza da nicotina.

Esistono inoltre piante dotate di proprietà (es. antiossidante, ansiolitica, balsamica, epatoprotettrice, antimutagena, adattogena ecc.) in grado di fornire un supporto durante il periodo della disintossicazione dal fumo di tabacco.

Al fine di aumentare la conoscenza dei meno esperti e fornire spunti per eventuali approfondimenti, di seguito viene riportata una sintetica trattazione delle specie e dei metaboliti secondari da esse prodotti, per cui si sono rilevate evidenze sperimentali a suffragio di un loro possibile impiego di supporto nelle terapie di cessazione dal fumo di tabacco. È da sottolineare comunque che per alcune di esse, l'efficacia in vitro o in modelli sperimentali animali, non è stata confermata da studi clinici condotti sull'uomo.

Parole chiave: *tabacco, fumo, nicotina, piante medicinali, nAChR, attivazione dopaminica, metabolismo nicotino.*

INTRODUZIONE

Come è ben noto nel tabacco esistono circa 4000 costituenti chimici alcuni dei quali sono dotati di effetti psicofarmacologici che determinano la dipendenza nell'uomo.

La nicotina è il maggior responsabile finora conosciuto degli effetti psicotropici, tali da rendere difficile la cessazione dall'uso del tabacco; essa provoca dipendenza attivando la via do-

paminergica mesolimbica coinvolta nei meccanismi di gratificazione.¹ I sintomi psicologici da sospensione scompaiono quando avviene una nuova somministrazione di nicotina, ma allo stesso tempo questa procedura produce un fenomeno di rinforzo, ovvero la stimolazione ad una nuova assunzione onde evitare la comparsa dei sintomi da astinenza. Diversi trials clinici, hanno dimostrato che, sia la sostituzione che il blocco degli effetti della nicotina sono entrambi

Summary

The focus of this review are medicinal plants and their secondary metabolites that might act either by mimicking nicotine effects or inhibiting them in such a way to stop tobacco smoking.

Here we describe several plants that contain active ingredients that may act as nicotine receptor agonist or antagonist and that interfere with its metabolism or block the tobacco withdrawal syndrome symptoms.

Other plants are also used to help to decrease the time of smoking tobacco such as those with antioxidant, anxiolytic, balsamic, hepatoprotection or antimutagen properties.

In order to increase the knowledge on this issue and to help the reader to deepen his interest in the anti-tobacco smoking plants we included a brief report on medicinal plant species and their secondary metabolites, based on the current experimental evidences of their efficacy in the therapy to stop tobacco smoking. Even though some of them have been demonstrated efficacious in the cessation of tobacco smoking in animals models, no evidence of their efficacy has yet been demonstrated in human beings.

Keywords: *tobacco, smoking, nicotine, medicinal plants, nAChR, dopamine activation, nicotine metabolism.*

efficaci, aumentando significativamente la percentuale di cessazione dal fumo di tabacco.²

È su questa evidenza che si basa la farmacoterapia della dipendenza da tabacco, ovvero il tentativo di rimpiazzare o di bloccare gli effetti della nicotina a livello del sistema nervoso centrale.

Si sono in tal modo individuate alcune piante contenenti principi attivi che possono esercitare un'azione agonista/antagonista sui recettori nicotinici³⁻⁴,

Filippo Maggi, Gianluca Moriconi
Department of Environmental Sciences,
Sect. of Botany and Ecology, Faculty of Pharmacy,
University of Camerino, Camerino, Italy

Carlo Polidori
Department of Experimental Medicine
and Public Health, Faculty of Pharmacy,
University of Camerino, Camerino, Italy

interferire sul metabolismo della nicotina^{5,6}, oppure attenuare i sintomi d'astinenza da nicotina.^{7,8}

Non dimentichiamoci però che esistono piante dotate di proprietà (es. antiossidante, ansiolitica, balsamica, epatoprotettrice, antimutagena, adattogena ecc.) in grado di fornire un supporto durante il periodo della disintossicazione dal fumo di tabacco.

Al fine di aumentare la conoscenza dei meno esperti e fornire spunti per eventuali approfondimenti, di seguito viene riportata una sintetica trattazione delle specie e dei metaboliti secondari da esse prodotti, per cui si sono rilevate evidenze sperimentali a suffragio di un loro possibile impiego di supporto nelle terapie di cessazione dal fumo di tabacco.



Lobelia inflata

Lobelia inflata L. (Fam. Lobeliaceae), *Lobelia*, è una pianta erbacea diffusa nel Nord America dove veniva utilizzata dagli Indiani (tribù dei "Penobscot") come sostituto del tabacco, di qui il nome volgare di "Tabacco indiano". Le parti aeree contengono alcaloidi piperidinici, il principale dei quali è la lobelina, la quale è contenuta in molti prodotti atabagici presenti sul mercato come sostituto della nicotina, in quanto sembra che evochi gli stessi effetti gratificanti senza dare il fenomeno della tolleranza, contrastando così la sindrome d'astinenza. Sebbene trials clinici non abbiano suffragato la piena efficacia della *Lobelia* nella cessazione dal tabagismo,⁹ in una recente sperimentazione farmacologia effettuata sui ratti si è visto che la lobelina inibisce il binding della nicotina sui recettori nicotinici (nAChR) presenti sulle membrane del cervello e il rilascio di dopamina, agendo come antagonista sui nAChR.³



Laburnum anagyroides

Laburnum anagyroides Med. (Fam. Leguminosae Papilionaceae; Sin. *Cytisus laburnum* L.), Maggiociondolo, alberello dalle appariscenti infiorescenze gialle pendule che appaiono nel mese di maggio. Contiene un alcaloide chinolizidinico assai tossico, la citisina. Da diverso tempo tale alcaloide è presente in commercio in Bulgaria, dove entra nella composizione di prodotti usati per smettere di fumare, sebbene non abbia ancora trovato applicazioni terapeutiche nel resto d'Europa, probabilmente a causa della piccola finestra terapeutica e della bassa biodisponibilità della molecola.¹⁰ Il motivo del suo impiego sta nella sua parziale attività agonista sui nAChR, in quanto sembra in grado di inibire il rilascio del neurotrasmettitore acetilcolina tramite un meccanismo competitivo.¹¹ Questa attività ha spinto dei ricercatori del gruppo Pfizer a sperimentare in un trial clinico un suo derivato, la vareniclina, che si è dimostrato molto efficace nel trattamento della dipendenza da tabacco. Tali studi, giunti alla fase III della sperimentazione, hanno dimostrato la capacità della vareniclina di attenuare la risposta del centro dopaminergico in seguito all'assunzione di nicotina e contemporaneamente di fornire sollievo ai sintomi di astinenza che accompagnano i tentativi di smettere di fumare.⁴ Tale farmaco dovrebbe essere messo in commercio a partire dal 2007.



Melilotus officinalis
(Cumarine)

Le **cumarine**, sono metaboliti secondari largamente distribuiti nelle famiglie delle Ombrellifere, Leguminose, Rutacee e Graminacee. Ne sono molto ricchi le sommità fiorite del meliloto (*Melilotus officinalis*, Fam. Leguminosae). Di recente è stato verificato che alcune cumarine sono in grado di inibire il citocromo che metabolizza la nicotina nel fegato (chiamato CYP2A6), e che quindi svolge un ruolo fondamentale nella dipendenza da fumo, in quanto regola direttamente i livelli e la concentrazione di nicotina nel torrente circolatorio.⁶ In effetti meno nicotina è metabolizzata, più rimane nel sangue, diminuendo perciò il "craving", cioè il desiderio di assumerne ancora. A suffragio di tale studio esistono anche dati convergenti, su base genetica, riguardo a popolazioni geneticamente deficienti in CYP2A6 (come ad esempio in Giappone); si è visto infatti che queste fumano meno sigarette e riescono a smettere con relativa facilità rispetto alle popolazioni normali. Queste evidenze pongono le basi per un futuro interesse su quelle che possono essere le fonti da cui ricavare cumarine e derivati.

Angelica gigas Nakai (Fam. Apiaceae), diffusa in Cina e Giappone, contiene un olio essenziale la cui inalazione, da parte di ratti preventivamente trattati con nicotina, riduce in maniera significativa il rilascio di dopamina dal Nucleus Ac-

*Angelica gigas*

cumbens e l'attività locomotoria indotta da nicotina.¹²

*Syzygium aromaticum*

Syzygium aromaticum (L.) Merr. et Perry (Fam. Myrtaceae), detto anche Garofano di Zanzibar, è un albero tropicale sempreverde di cui si impiegano i bocci fiorali simili a chiodi (da qui il nome di "chiodi di garofano") che sono impiegati negli USA nella fabbricazione di sigarette alternative, le quali hanno mostrato essere meno nocive di quelle normali.¹³ Essi sono stati anche oggetto recentemente di alcuni trials clinici, dove si è visto che la somministrazione di un mix di erbe contenente chiodi di garofano ad un gruppo di fumatori, accelera la conversione della nicotina in cotinina, un suo metabolita. Il gruppo di persone che ha assunto il mix di erbe ha mostrato una riduzione dei sintomi di astinenza dal fumo, in confronto al gruppo di controllo, di cui il 38% è riuscito a smettere di fumare.¹⁴

*Hypericum perforatum*

Hypericum perforatum L. (Fam. Guttiferae), Iperico o Erba di San Giovanni per via della fioritura che ricade nel periodo in cui si festeggia San Giovanni Battista (24 giugno). È presente in molti prodotti atabacigi per la sua azione antidepressiva, la cui efficacia è stata dimostrata in uno studio farmacologico condotto sui ratti dove si è visto che la somministrazione orale di un estratto di iperico, denominato PH-50, particolarmente ricco in flavonoidi, ha ridotto in maniera significativa e dose dipendente i sintomi d'astinenza da nicotina.⁸ I principi attivi dell'Iperico agiscono infatti sui neurotrasmettitori, in particolare sulla serotonina, noradrenalina e dopamina. L'effetto farmacologico è molto simile al bupropione, il farmaco sintetico antidepressivo abitualmente utilizzato per favorire la disassuefazione dal fumo.

*Panax ginseng*

Panax ginseng C.A.Mey. (Fam. Araliaceae), Ginseng asiatico, la pianta in as-

soluto più importante nella medicina orientale, il cui nome allude alla forma antropomorfa evocata dalla radice. È presente in diversi prodotti indicati per la disassuefazione dal fumo di sigaretta in quanto esplica un'azione antidepressiva e riduce sintomi come il nervosismo, propri delle crisi d'astinenza da nicotina. In esperimenti condotti su ratti con spiccate manifestazioni di iperattività indotte da somministrazioni ripetute di nicotina, è stato visto che la somministrazione di saponine di ginseng inibisce l'iperattività nicotino-indotta attraverso l'inibizione dell'attivazione dopaminergica.¹⁵

*Passiflora incarnata*

Passiflora incarnata L. (Fam. Passifloraceae), Passiflora o Fiore della Passione a causa del significato religioso attribuito in passato agli elementi del perianzio. Studi farmacologici effettuati su ratti hanno dimostrato le proprietà sedative ed ansiolitiche della pianta nell'attenuare i sintomi d'astinenza da nicotina: ad un gruppo di ratti è stata somministrata per un periodo di 7 giorni nicotina, mentre ad un secondo gruppo nicotina in combinazione con benzoflavone, un flavonoide isolato dall'estratto metanolico della pianta. Alla fine del trattamento a tutti i ratti è stato somministrato naloxone in modo da provocare i sintomi da astinenza. I ratti a cui era stato somministrato benzoflavone contemporaneamente a nicotina, hanno manifestato in maniera significativa una riduzione dei sintomi di astinenza rispetto al gruppo trattato con solo nicotina. Questi studi hanno quindi confermato che il benzoflavone può essere di aiuto nel trattamento della dipendenza da nicotina.⁷



Avena sativa L. (Fam. Poaceae), Avena o Biada, pianta annuale impiegata nella medicina orientale in alcuni prodotti per smettere di fumare. Negli anni '70 sono state condotte diverse sperimentazioni cliniche sull'avena come supporto nella cessazione da fumo alcune delle quali hanno dimostrato come la somministrazione di estratti di avena, possa aiutare alcuni gruppi di fumatori nella cessazio-

ne al fumo.¹⁶ Di recente è stato dimostrato che l'estratto dei semi di avena inibisce in vitro la citotossicità indotta da nicotina su fibroblasti polmonari umani.¹⁷ Per tale motivo potrebbe risultare utile nel combattere alcuni danni provocati dalla nicotina.



Nasturtium officinale R. Br. (Fam. Brassicaceae), Crescione d'acqua, specie cosmopolita che ama vegetare nei fossi e ruscelli. Attualmente è impiegato in alcuni prodotti per smettere di fumare in quanto è stato visto che il consumo di crescione altera il metabolismo della nicotina, tramite un aumento significativo della glucuronidazione della cotinina e trans-3'-idrossicotinina.⁵ Tuttavia an-

cora non è chiaro quale sia il principio attivo responsabile di tale azione.

CONCLUSIONI

Sebbene queste piante possiedano principi attivi in grado di dare un supporto durante la disassuefazione dal fumo di tabacco, tuttavia, per alcune di esse, l'efficacia in vitro o in modelli sperimentali animali non è stata confermata da studi clinici condotti sull'uomo.

Non dimentichiamoci che eventuali impieghi delle piante in questione, se assunte insieme a farmaci tradizionali, devono essere praticati con molta prudenza in quanto non sempre si conoscono le interazioni farmacodinamiche e farmacocinetiche che si potrebbero verificare tra il principio attivo di sintesi che viene utilizzato nelle terapie farmacologiche "classiche" e il fitocomplesso.¹⁸

Sia la mancanza di una chiara regolamentazione dei prodotti fitoterapici, che la complessità delle azioni svolte, spesso dovute proprio alla composizione totale dei costituenti chimici nella "droga" della pianta e non ad un solo componente attivo, impongono ulteriori accertamenti riguardo al ruolo che molte piante hanno in questo tipo di terapia. j

Bibliografia

- Macleod J.E., Potter A.S., Simoni M.K., Bucci D.J., 2006. Nicotine administration enhances conditioned inhibition in rats. *Eur. J. Pharmacol.* 551(1-3): 76-79.
- Cummings K.M., Mahoney M., 2006. Current and emerging treatment approaches for tobacco dependence. *Curr. Oncol. Rep.* 8: 475-483.
- Miller D.K., Harrod S.B., Green T.A., Wong M.Y., Bardo M.T., Dwoskin L.P., 2003. Lobeline attenuates locomotor stimulation induced by repeated nicotine administration in rats. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 74(2): 279-286.
- Coe J.W., Vetelino M.G., Bashore C.G., Wirtz M.C., Brooks P.R., Arnold E.P., Lebel L.A., Fox C.B., Sands S.B., Davis T.I., Schulz D.W., Rollema H., Tingley F.D., O'Neill B.T., 2005. In pursuit of $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonists for smoking cessation: Carbon analogs of (-)-cytisine. *Bioorg. Med. Chem. Lett.* 15: 2974-2979.
- Hecht S.S., Carmella S.G., Murphy S.E., 1999. Effects of watercress consumption on urinary metabolites of nicotine in smokers. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 8(10): 907-913.
- Yano J.K., Hsu M.H., Griffin K.J., Stout C.D., Johnson E.F., 2005. Structures of human mitochondrial cytochrome P450 2A6 complexed with coumarin and methoxsalen. *Nat. Struct. Mol. Biol.* 12(9): 822-823.
- Dhawan K., Kumar S., Sharma A., 2002. Nicotine reversal effects of the benzoflavone moiety from *Passiflora incarnata* Linnaeus in mice. *Addict. Biol.* 7(4): 435-441.
- Catania M.A., Firenzuoli F., Crupi A., Mannucci C., Caputi A.P., Calapai G., 2003. *Hypericum perforatum* attenuates nicotine withdrawal signs in mice. *Psychopharmacology* 169(2): 186-189.
- Glover E.D., Leischow S.J., Rennard S.I., Glover P.N., Daughton D., Quiring J.N., Howard Schneider F., Mione P.J., 1998. A Smoking Cessation Trial with Lobeline Sulfate: A Pilot Study. *American Journal of Health Behavior* 22(1): 62-74.
- Scharfenberg G., Benndorf S., Kempe G., 1971. Cytisine (Tabex) as a pharmaceutical aid in stopping smoking. *Dtsch Gesundheitsw.* 26(10): 463-465.
- Papke R.L., Heinemann S.F., 1994. Partial agonist properties of cytosine on neuronal nicotinic receptors containing the $\beta 2$ subunit. *Mol. Pharmacol.* 45: 142-149.
- Zhao R.J., Koo B.S., Kim G.W., Jang E.Y., Lee J.R., Kim M.R., Kim S.C., Kwon Y.K., Kim K.J., Huh T.L., Kim D.H., Shim I., Yang C.H., 2005. The essential oil from *Angelica gigas* NAKAI suppresses nicotine sensitization. *Biol. Pharm. Bull.* 28(12): 2323-2326.
- Malson J.L., Lee E.M., Murty R., Moolchan E.T., Pickworth W.B., 2003. Clove cigarette smoking: biochemical, physiological, and subjective effects. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 74(3): 739-745.
- Lee H.J., Lee J.H., 2005. Effects of medicinal herb tea on the smoking cessation and reducing smoking withdrawal symptoms. *Am. J. Chin. Med.* 33(1): 127-138.
- Kim K.S., Kim H.S., Oh K.W., 1999. Ginseng total saponin inhibits nicotine-induced hyperactivity and conditioned place preference in mice. *J. Ethnopharmacol.* 66(1): 83-90.
- Schmidt K., Geckeler K., 1976. Pharmacotherapy with *Avena sativa* - a double blind study. *Int. J. Clin. Pharmacol. Biopharm.* 14(3): 214-216.
- Jin J.S., Kim M.S., Yi J.M., Lee J.H., Lee J.H., Moon S.J., Jung K.P., Lee J.K., An N.H., Kim H.M., 2003. Inhibitory effect of *Sejin-Eum I/II* on nicotine- and cigarette extract-induced cytotoxicity in human lung fibroblast. *J. Ethnopharmacol.* 86(1): 15-20.
- Kolettis T.M., Oikonomou G., Novas I., Sideris D.A., 2005. Transient complete atrioventricular block associated with herb intake. *Euro-pace* 7(3): 225-226.

InformaLILT

A cura della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) è un ente pubblico su base associativa. Tra i suoi compiti istituzionali, la prevenzione oncologica per promuovere stili di vita sani ed equilibrati.

Perciò la lotta al Fumo. Tuttavia, fumare sigarette rientra nel quotidiano di tante persone ed è per questo che la LILT, nel giugno del 1999, grazie al finanziamento della trasmissione televisiva "Trenta Ore per la Vita", ha attivato la linea verde SOS FUMO con il numero 800.998877 noto in tutta Italia, dedicata ai problemi del tabacco e ai benefici dello smettere di fumare.

Nel 2001 "SOS FUMO" è entrata nell'European Network Quitlines ed ha così ampliato gli obiettivi arricchendo il servizio, rivolto alla popolazione in generale e ai giovani in particolare, con il supporto psicologico ai fumatori che vogliono smettere.

Attualmente gli obiettivi di "SOS Fumo" sono cinque:

- 1) Informare la popolazione sui danni causati dal fumo di tabacco.
- 2) Fornire un sostegno ai fumatori che vogliono smettere.
- 3) Fornire indirizzi delle strutture specializzate nella cura del tabagismo.
- 4) Fornire informazioni anche sulle problematiche legali relative al fumo attivo e passivo.
- 5) Raccogliere in forma anonima i dati degli utenti per un monitoraggio continuo e progressivo.

Un'équipe di giuristi, medici e psicologi durante la settimana risponde alle chiamate il lunedì e il giovedì dalle 9.30 alle 18.00, e martedì, mercoledì e venerdì dalle 9.30 alle 14.30. La chiamata è anonima e gratuita su tutto il territorio nazionale anche dai cellulari.

Dall'anno dell'attivazione, 1999, fino al 2006 le telefonate alla linea verde sono aumentate. Tale incremento è dovuto alla maggiore conoscenza e fiducia

nel servizio, alle nuove normative che hanno messo al bando la sigaretta nei luoghi pubblici e in quelli di lavoro e, sicuramente, all'ampliamento a livello europeo di "SOS Fumo".

I numeri parlano chiaro: dal 1999 al 2001 le telefonate ricevute sono state 3.315. Solo nel 2002 erano 2.951. Un'impennata si è registrata l'anno seguente, quando i telefoni della linea verde sono squillati per ben 3.785 volte, grazie anche al potenziamento del supporto di psicologi nello staff.

Nello stesso anno la durata media delle telefonate è raddoppiata passando da 10 a 20 minuti. Nel 2004 il dato è rimasto pressoché costante (3.586 chiamate), mentre nel 2005 e nel 2006 è continuato a crescere il numero di persone che hanno chiesto aiuto alla LILT: rispettivamente 4.027 chiamate e 5.012 chiamate.

Un dato importante concerne l'età di coloro che si sono rivolti al servizio SOS FUMO dal 1999 ad oggi: **gli utenti sono sempre più giovani**. Dal 2005, l'età media si è abbassata di 4 anni, da 43,5 a 39. Una nota positiva che però deve far riflettere: secondo i report della LILT la prima sigaretta, infatti, non si accende più a 18 anni ma a 14.

Inizialmente erano le donne a chiamare in maggior numero, ma negli ultimi cinque anni anche gli uomini hanno alzato il telefono più frequentemente.

Dal 1999 al 2001 il 60% delle telefonate è stato fatto da donne. Nel 2006 erano il 56,7%. Negli stessi periodi gli

uomini hanno coperto il 40 e il 43% delle telefonate.

Degni di considerazione sono anche i risultati. La metà dei fumatori che hanno completato il percorso terapeutico di "SOS Fumo", ha dichiarato di avere smesso di fumare. L'altra metà ha riferito di avere diminuito le sigarette del 70% (follow-up telefonico effettuato a un anno dalla fine del trattamento).



Da sinistra: il Presidente Francesco Schittulli, il Direttore Generale Patrizia Ravaioli, e Memo Remigi, autore della canzone "basta basta sigaretta", presentata il 17 maggio scorso all'auditorium del Ministero della Salute.

I dati non sono corredati di misurazione del CO espirato, pertanto riteniamo ragionevolmente che non si debba fare trionfalismo nelle stime.

Tuttavia va riconosciuto il fatto che la LILT ha realizzato l'unica Quit-Line di cui l'Italia dispone.

Non è stato facile organizzarla e gestirla con risorse limitate. Grazie all'entusiasmo di Clarita Bollettini, allo staff dedicato (Marcella Fazzi, Graziella Lanzillotta, Bruna Marozzo, Roberto Montebovi, Cristina Oliveti e Giusy Santoro), e al supporto del nuovo direttore generale Patrizia Ravaioli, è stato possibile realizzare un servizio che va a completare l'offerta di sostegno alla domanda di cessazione. j

News & Views

Per un'Europa senza tabacco Il Libro Verde dell'Unione Europea

È stato presentato a fine gennaio u.s. dal Commissario responsabile della Salute dell'Unione Europea, Markos Kyprianou, un Libro Verde intitolato "Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'UE" con l'obiettivo di avviare una consultazione pubblica sul modo migliore per promuovere ambienti liberi dal fumo nell'Unione Europea. Governi, associazioni dei consumatori e rappresentanti delle industrie di tabacco dei 27 paesi dell'Unione Europea sono invitati a presentare fino a maggio le loro osservazioni: la Commissione produrrà un rapporto basato sui risultati della consultazione e con le raccomandazioni finali tra dodici mesi. Il primo paese europeo (e mondiale) a vietare il fumo nei pub, ristoranti e altri luoghi pubblici chiusi è stata l'Irlanda nel maggio del 2004.

Italia, Svezia, Malta e Scozia hanno in seguito adottato legislazioni simili e l'estate prossima sarà la volta del resto della Gran Bretagna. In Francia, dove una missione parlamentare era stata inviata un anno fa in Italia per raccogliere informazioni e consigli, il divieto è scattato giovedì 1 febbraio anche se rivendite di bevande, alberghi, ristoranti e discoteche avranno un periodo di grazia di undici mesi. Vi sono però paesi contrari alla proibizione: Germania, Belgio e Finlandia; quest'ultima vorrebbe optare per una regolamentazione limitata. Un anno dopo l'entrata in vigore in Irlanda, un sondaggio aveva registrato che il 93% della popolazione e l'89% dei fumatori ritenevano la legge una buona idea. In Italia, come ha scritto in questi giorni il Corriere della Sera, i risultati sono contrastanti. Da un lato si osserva un buon rispetto della legge, or-

mai in vigore da due anni, ma la vendita di tabacco nel 2006 è cresciuta: "un milione di chili in più, secondo l'aggiornamento riportato da Tobacco Observatory. La ripresa delle vendite, pari all'1,1%, segna un'inversione di tendenza rispetto al 2003-2005, triennio che ha visto una diminuzione di oltre 10 milioni di chili. In particolare nel 2005 era stato raggiunto il record negativo. E ora i tecnici leggono i nuovi numeri con una certa preoccupazione, chiedendosi se non sia già finito l'effetto della legge entrata in vigore nel gennaio di 2 anni fa".

Noi pensiamo che si tratti invece di un fisiologico assestamento del forte calo di vendite (- 10 milioni di kg) verificatosi nel periodo 2003-05.

(Vincenzo Zagà)

Fonte: <http://vistidalontano.blogosfere.it/2007/01/il-libro-verde-dellunione-per-uneuropa-senza-tabacco.html>



Unione Europea Pubblicità del tabacco: il parere dell'Avvocato Generale

L'Avvocato Generale UE ha respinto il ricorso che la Germania aveva proposto dinanzi alla Corte di giustizia UE.

La richiesta era l'annullamento parziale della direttiva relativa alla pubblicità dei prodotti del tabacco, in quanto la scelta, come fondamento giuridico, dell'art. 95 del Trattato CE, che autorizza la Comunità ad adottare le misure relative al ravvicinamento delle disposizioni nazionali aventi ad oggetto l'instaurazione e il funzionamento del mercato interno, è erronea. Invece la proposta dell'Avvocato Generale del-

l'UE contro il ricorso della Germania è stata quella di respingere il ricorso della Germania alla Corte di Giustizia della Comunità Europea che aveva chiesto l'annullamento parziale della direttiva (Dir. 2003/33/CE) relativa alla pubblicità e alla sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco su mezzi di comunicazione diversi dalla televisione.

Per quanto riguarda la pubblicità a mezzo stampa a favore dei prodotti del tabacco, l'Avvocato Generale considera che tali disparità tra le normative nazionali hanno inevitabilmente avuto

l'effetto di ostacolare non soltanto la libera circolazione delle merci, ma anche la libera prestazione dei servizi.

Inoltre provvedimenti nazionali di divieto o di limitazione della pubblicità a favore dei prodotti del tabacco possono ostacolare la diffusione, tra gli Stati membri, di programmi radiofonici e di comunicazioni elettroniche.

(Cinzia Marini)

Fonte: <http://www.helpconsumatori.it/news.php?id=8228>



HISTORY CHANNEL

Lo sciopero del fumo

Quest'anno ricorre il duecentesimo anniversario della nascita di Giuseppe Garibaldi (Nizza, 4 luglio 1807-Caprera, 2 giugno 1882) faro e guida per tutti i patrioti che sognavano l'unità d'Italia. Il 1848 fu un anno "lungo" e pieno d'eventi nella storia del nostro Risorgimento e vi accadde un fatto curioso che noi di Tabaccologia non potevamo non segnalare: lo sciopero del fumo. La manifestazione più imponente la si ebbe il 3 gennaio 1848, a Milano. Non potendo fare altro, data la stretta vigilanza degli austriaci in vigore, le ostilità dei milanesi, con a capo i patrioti, contro il governo austriaco iniziarono con questa singolare manifestazione. Per diminuire le entrate fiscali austriache provenienti dalla vendita del tabacco,

i milanesi proclamarono lo "sciopero del fumo". L'estremizzazione del gesto portato fino allo scontro fisico con chi provocatoriamente ostentava sigari come appunto i soldati asburgici, causarono incidenti, interventi polizieschi, saccheggi, morti e feriti. La polizia austriaca uccise sei persone e ne ferì cinquantasei. Conseguenza: chiusura del Circolo dell'Unione, ritenuto uno dei centri principali dell'organizzazione patriottica, rigoroso divieto di portare coccarde tricolori, di manifestare a favore di Pio IX, e continui proclami, prima di avvertimento poi sempre più minacciosi del vicerè RANIERI e del maresciallo Radetzky. [V.Z.]

Fonte: *Il Risorgimento* di Lucio Villari vol. 4, *La Repubblica-L'Espresso*, Roma 2007.



Judith Mackay tra i 100 personaggi che trasformano il mondo



La dottoressa Judith Mackay è stata inserita nella prestigiosa TIME's 100 la lista delle persone più influenti "il cui potere, talento o esempio morale stanno trasformando il mondo".

Judith Mackay è una loquace signora inglese che vive da oltre quaranta anni a HongKong e che, al di là del suo aspetto tranquillo e del suo

charme, è stata definita, in un documento di una multinazionale del tabacco, una delle tre persone più pericolose nel mondo.

Ovviamente l'industria del tabacco ha sbagliato: la Mackay non è semplicemente una delle tre persone più pericolose. Probabilmente è la più pericolosa.

Da oltre venti anni, dopo aver esercitato come medico, la Mackay dedica le sue inestinguibili energie a fornire strumenti e informazioni ai governi, in particolare a quelli dei Paesi asiatici nei quali la prevalenza di fumo è altissima, per ridurre i danni indotti dal tabacco.

Senior Policy Adviser dell'OMS, la dottoressa si occupa di controllo del tabacco fin dal 1984 ed è la principale promotrice della Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), che riconosce l'uso del tabacco come un problema globale che tutti i governi hanno il dovere morale di affrontare.

Il suo volume *The Tobacco Atlas* è fonte di informazio-

ni per i legislatori e per altri organi ufficiali, che, di contro, possono sviluppare strategie tali da rendere capaci tutti i cittadini di condurre una vita più sana e più felice.

Recentemente il sindaco di NewYork, Michael Bloomberg, ha annunciato che donerà 125 milioni di dollari a cinque gruppi che si occupano di controllo del tabacco. La Mackay, come coordinatore del progetto, disporrà sull'uso di questa cifra. Considerando i traguardi raggiunti con le scarse disponibilità avute fino ad oggi, possiamo immaginare cosa riuscirà a fare adesso.

Grandi doti diplomatiche e di persuasione, la Mackay è mossa dal profondo desiderio di fare del bene agli altri, desiderio che ha segnato tutto il corso della sua vita.

Realizzando che eliminare l'ignoranza può essere più efficace che non prescrivere farmaci, Judith Mackay, con convinzione, passione e entusiasmo, sta trasformando il rapporto che tutte le nazioni del mondo hanno con il tabacco.

Il riconoscimento conferitole, oltre ovviamente a riflettere il personale contributo di Judith, mostra che il controllo globale del tabacco viene riconosciuto finalmente anche come una campagna contro un business mondiale.

Riconoscendoci nello stesso impegno e nello stesso desiderio di migliorare la salute di tutti, noi operatori del controllo del tabacco ci congratuliamo con Judith Mackay per il prestigioso riconoscimento, sentendoci onorati di poterlo, almeno in minima parte, condividere.

(Nolita Pulerà)

AAA lavoratore non tabagista cercasi

Nell'estate scorsa è giunta notizia che l'Unione Europea era scesa in campo contro i fumatori dichiarando che rifiutarsi di assumerli non è reato. Via libera quindi agli annunci di lavoro riservati ai non tabagisti. Vladimir Spidla è il nome del ns benemerito giustiziere, Commissario ceco al lavoro e pari opportunità. Il casus belli è nato dalla vicenda della irlandese Dotcom Directories, azienda specializzata nella gestione di call center. Al classico annuncio "AAA lavoratori cercasi", per dettagliare e circoscrivere la ricerca, non più come una volta "astenersi perditempo" o "astenersi mercenari", seguiva "Non sono accettate candidature di fumatori". Phillip Tobin,

numero uno dell'azienda spiega che le ragioni di ciò sono molteplici: il fumatore è un soggetto antisociale, la sua pausa caffè è molto più lunga di chi non fuma con conseguente riduzione del suo debito orario lavorativo, va più spesso in malattia e poi si è spinto fino a dire che «i fumatori puzzano» e che non rientrano fra i suoi ipotetici impiegati perché, se fumano, «non hanno il livello di intelligenza che sto cercando».

Con buona pace dei fumatori il Commissario, con l'avallo dei legali di Bruxelles, ha definitivamente chiarito che il requisito di non fumatore non viola le norme europee anti-discriminazione come succede per questioni razziali, etniche, disabilità, età e religione.

La deduzione quindi è automatica. Grandi industrie o piccole imprese che siano, prendano nota: se si è in Europa fra i requisiti per l'assunzione si può inserire anche la clausola che esclude chi fuma, senza incorrere in ricorsi o sanzioni.

(Cinzia Marini)



Incredibile ma vero! La Regione Lazio finanzia le sale per fumatori

Il 20 novembre 2006, il bollettino della Regione Lazio ha pubblicato la delibera di Giunta del 3 ottobre n. 634 (www.gea2000.org/documenti), con la quale si stanziavano 3 milioni e mezzo (sic!) di euro per aiutare i gestori a creare sale per fumatori. L'incentivo copre fino al 50% delle spese che dovrebbe affrontare il gestore, e l'appalto viene affidato alla società "Sviluppo Lazio S.p.A.".

Legittima l'alzata di scudi da parte delle associazioni dei non-fumatori che, in rappresentanza di quel 76% della popolazione italiana che non fuma, per questo fatto grave, in quanto si impiega denaro pubblico per favorire una domanda che NON C'È. Infatti da sondaggi del Ministero della Salute, e della Società scientifica di Tabaccologia (SITAB), si evince che i gestori dei locali per fumatori si ritengono in larga misura soddisfatti della Legge Sirchia, tanto italiano all'estero, e non avvertono il bisogno di avere sale per fumatori, che al contrario, favoriscono SOLO i gestori con locali più grandi. Pertanto la disposizione regionale discrimina i gestori dei locali pubblici svantaggiando gli esercizi più modesti. La SITAB ha allertato le associazioni dei Consumatori, anche nella convinzione che si conceda un privilegio alla minoranza dei fumatori (24% della popolazione) e un tacito incentivo a considerare positiva l'immagine del fumo, anziché scoraggiare una dipendenza patologica che fa ammalare, crea invalidità, uccide, e sottrae soldi alla sanità. Tutto questo contrasta con le dichiarazioni del ministro Livia Turco riguardo ai danni che i fumatori arrecano allo Stato, alla campagna di informazione che intende attuare, e alle sanzioni per chi non collabora. Ma c'è di più. La regione Lazio sembra non avere fondi per attuare il piano di Prevenzione e Terapia del Tabagismo previsto dal progetto di formazione per pianificatori regionali del Ministero della Salute, della Lega Tumori e della Regione Emilia Romagna.

Insomma, 3 milioni e mezzo di euro per far fumare mentre si mangia al ristorante ci sono, mentre mancano quelli indispensabili per aiutare i ragazzi a non fumare e gli adulti a smettere. Chissà se il Governatore della Lombardia Formigoni è al corrente di questo ennesimo spreco, messo in atto per soddisfare una domanda (di fumatori ed esercenti) che non c'è, mentre lui assieme alle altre Regioni più "virtuose", come vorrebbe la Turco, dovrebbe contribuire a ripianare i buchi della disinvoltata spesa sanitaria della Regione Lazio.

(Manuela Giovenchi - Società Italiana di Tabaccologia, Ufficio Stampa - info@tabaccologia.it)



Fumatrici ko: disgustose da baciare

Sei una fumatrice? Allora rischi di restare zitella. È quello che rivela una ricerca condotta da Parship.it. Le persone coinvolte nell'inchiesta appartengono a 9 Paesi, e lo scenario globale legato al consumo di tabacco è inquietante. Secondo i dati dell'OMS, nel mondo si fumano 15 mila miliardi di sigarette e la percentuale di mortalità dovuta al fumo sfiora il 9%. Ma veniamo al sondaggio. La maggior parte dei partecipanti rifiuta di condividere la propria vita con un fumatore. Un fastidio avvertito soprattutto dagli uomini. Infatti per il 35% degli uomini spagnoli baciare un'accanita fumatrice sarebbe un'esperienza disgustosa. Per il 28% degli svedesi, seguiti dagli inglesi con il 24% e dai francesi con il 22% è una questione di responsabilità e di rispetto nei confronti dell'altro, contro il 5% degli svizzeri. Se il partner non si prende cura della propria e della salute altrui, allora non è la persona giusta. Gli uomini italiani sono i più tolleranti. Per il 25% di loro, amare vuole dire accettare anche le debolezze dell'altro, fumo compreso. In conclusione, sempre meno single, soprattutto uomini, sono propensi a una relazione con un fumatore, e se l'accettano, è perché fumano entrambi.

(C.M.) - Fonte: Affari Italiani Ondine 16/11/2006

A.D. 1492



• **2 gennaio** - **Caduta di Granada**, ultima roccaforte araba in Spagna, fine della Reconquista e della Unificazione della Spagna. La Reconquista fu la conquista dei Regni moreschi di Spagna da parte dei sovrani cristiani, che culminò il 2 gennaio 1492, quando Ferdinando e Isabella, Los Reyes Catolicos (I re cattolici), espulsero l'ultimo dei governanti moreschi, Boabdil di Granada, dalla Penisola Iberica, unendo gran parte di quella che è la Spagna odierna sotto il loro potere (la Navarra non venne incorporata fino al 1512).

• **23 gennaio** - Prima edizione stampata del **Pentateuco**. Torah, a volte scritto Thorah, è una parola ebraica che significa insegnamento o legge. Con questo termine si indicano i primi 5 libri del Tanakh, conosciuti anche col nome greco di Pentateuco (penta in greco significa cinque, teuchos significa libro).

• **8 aprile** - Muore **Lorenzo il Magnifico**, letterato, mecenate e statista fiorentino (n. 1449)

• **20 aprile** - Data di nascita attribuita a **Pietro Aretino** (secondo altre fonti ricorrente il 19 aprile) (Arezzo, 20 aprile 1492 - Venezia, 21 ottobre 1556).

• **25 luglio** - Muore **Papa Innocenzo VIII** (Giovanni Battista Cybo) nato a Genova, (1432 - Roma, 25 luglio 1492), fu Papa dal 1484 alla sua morte.

• **Papa Alessandro VI Borgia**, nato Rodrigo Borja y Borja (italianizzato in Borgia) (Xàtiva, Spagna, 1 gennaio 1431 - Roma, 18 agosto 1503), succede a Pa-

pa Innocenzo VIII e fu Papa dal 1492 alla sua morte.

• **3 agosto:**

- **Gli Ebrei** vengono espulsi dalla Spagna

- **Cristoforo Colombo**, a capo di una spedizione di tre caravelle, salpa da Palos alla volta delle Indie.

• **12 ottobre:**

- **Cristoforo Colombo scopre le Americhe**; con questo evento, convenzionalmente, si conclude il Medioevo e inizia l'Età moderna.

- a Sansepolcro muore

Piero della Francesca (n. ca. 1420).

• Inizia la costruzione dell'**Addizione Ercolea a Ferrara**. Si tratta di una grandiosa opera urbanistica che si ebbe a Ferrara tra la fine del Quattrocento e gli inizi del Cinquecento, la prima nel suo genere in Europa. Fu commissionata all'architetto Biagio Rossetti dal duca di Ferrara Ercole I d'Este (dal quale trae il nome) nel 1484 in seguito all'assedio di Ferrara da parte della Repubblica di Venezia.

• Il cartografo tedesco **Martin Behaim** realizza il primo globo terrestre di concezione moderna, elaborandolo sulla base dei dati cartografici lasciati da Tolomeo e Marco Polo, e dei più recenti resoconti degli esploratori portoghesi. Il globo avrebbe rivoluzionato il modo in cui l'uomo aveva fino allora concepito il mondo.

• **Pico della Mirandola** compone il "De ente et uno". Nel trattato egli cerca di conciliare i principi aristotelici con quelli platonici. Giovanni Pico dei conti della Mirandola (Mirandola, Modena, 24 febbraio 1463 - Firenze, 17 novembre 1494) fu un umanista e un filosofo italiano; studioso di temi conoscitivi, viene ricordato soprattutto per la memoria prodigiosa di cui era dotato. Riguardo ad essa alcuni suoi contemporanei asseriscono conoscesse a memoria tutta la "Divina Commedia" e, addirittura, che riuscisse a recitarla anche al contrario. Il suo pensiero fondamentale era che si potessero unire tutte le dottrine filosofiche e teologiche, ponendo l'uomo al centro dell'universo, secondo la visione rinascimentale. (V.Z.)

La selce nella storia del divieto di fumo

La selce dei Monti Lessini (nel Veronese), è una roccia sedimentaria contenuta in strati di pietra calcarea bianca, il Biancone. La grana finissima dei cristalli di quarzo microcristallino (da 0,05 a 0,02 mm) che costituiscono la selce, le conferisce una durezza che è inferiore solo al diamante, al rubino e al topazio. La pietra focaia, dalla preistoria al primo Ottocento, seguiva l'uomo ovunque avesse bisogno delle sue scintille per accendere il fuoco, dalle cucine domestiche ai campi di battaglia. Ed è dovuto alle pietre focaie il primo provvedimento che vietò il fumo in luogo pubblico: lo emanò papa Urbano VIII, nel 1642, quando proibì di fumare in chiesa. Non per risparmiare ai fedeli altro fumo, unito a quello dell'incenso, ma per evitare il disturbo causato dal rumore degli acciarini a selce, a quel tempo usati per accendere. (C.M.)



Fonte: L'Arena 15/2/2007



SENZA FILTRO

By Torquemada

Meglio il carcere che stare senza bionde

Dal 3 maggio il divieto di fumo in tutta San Patrignano, spazi aperti compresi, è una realtà. Ad Andrea Mucciolli vanno i complimenti di Torquemada per la decisione presa, ancor più coraggiosa per l'ambiente difficile e problematico di applicazione. Ma evidentemente, come apprendiamo dal

Fiorello/Camilleri

Chi segue Viva Radio 2 avrà potuto godere della gustosissima imitazione di Camilleri, padre letterario di Montalbano, da parte di Fiorello. Alla domanda finale: ma secondo lei, Camilleri, di cosa morirà il commissario Montalbano? La risposta è stata semplicemente arguta ed esilarante: ma di fumo passivo, naturalmente! Grande! Recentemente Camilleri, stuzzi-

Corriere di Rimini, a Roberto Forcellini, 42 anni, cervese, ai domiciliari a San Patrignano dall'agosto u.s. grazie all'indulto, la cosa non è andata giù. Per cui giovedì stesso, 3 maggio, non ha perso tempo. Ha fatto armi e bagagli, ha oltrepassato la sbarra che delimita l'ingresso in comunità ed ha aspettato l'arrivo dei carabinieri che l'hanno arrestato per evasione: me-



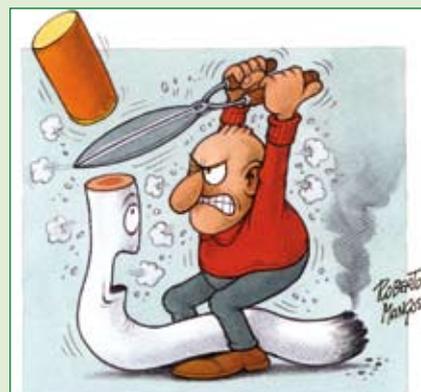
cato dal conduttore del TG3-notte, inevitabilmente, sull'argomento fumo, con la

Legge antifumo in Iran

Come avevamo promesso su Senza Filtro di Tabaccologia 2/2006, vi aggiorniamo sull'iter della legge antifumo iraniana. Il presidente Mahmoud Ahmadinejad, fra un delirio nichilista e l'altro, ha dato mandato ai competenti organi di Governo di rendere

provocazione... a fin di bene, partendo da uno slogan pubblicitario, come sempre di rottura, di Oliviero Toscani (*La sigaretta puzza e uccide. La correggia puzza e basta*).

Volo infatti si è fatto fare una pubblicità da Toscani con il suo...deredano corredato di sigaretta. Si è recato a Strasburgo e fra attoniti politici e commissari ha voluto partecipare al concorso europeo per immagini pubblicitarie da inserire sui pacchetti di sigarette! Come se non bastasse ha convinto una trentina di ragazzi e ragazze in studio a fare una foto di grup-

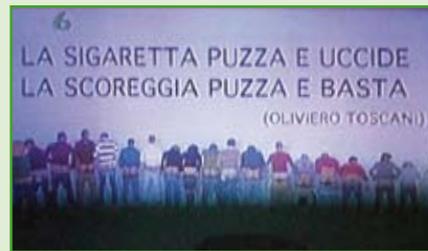


glio il carcere che restare in comunità senza una...bella bionda. Contento lui...!

sua voce rauca, impastata da anni di frequentazione col tabacco, riconosce che, al contrario di come lo fa apparire Fiorello, di cui comunque apprezza la simpatia e il garbo dell'imitazione, il fumo è per lui un "peso stupido e gravoso da cui non riesce a liberarsi". Conclude poi con un appello lampo ai giovani di non fumare. Ci è piaciuto ma un personaggio come Camilleri, padre di Montalbano, può dare di più!

effettiva la legge anti-fumo recentemente approvata. Secondo gli articoli di legge sarà proibita ogni forma di pubblicità diretta o indiretta, la vendita ai minori di 18 anni e il fumare nei luoghi pubblici o sui mezzi di trasporto. Una rondine che purtroppo non fa primavera.

po con slip abbassati e...sigaretta in quel posto! Dopo i primi imbarazzi la provocazione ha assunto momenti esilaranti e piacevoli anche per il vostro Torquemada: ridendo castigando mores! Ovvero...quando il fine giustifica i mezzi!



Smetto quando voglio. Magari!

Sotto questo titolo che...fa storcere il muso ad un Tabaccologo si celava un programma, in onda su Italia1 nei mesi passati, dell'istrionico Fabio Volo. Si trattava di un contenitore di argomenti vari, gestiti con arguzia, ironia e talora sfrontatezza. E il nostro Fabio, prendendo spunto dal titolo "smetto quando voglio" ne approfitta per lanciare alla sua maniera messaggi smoke free. Così è stato in una delle puntate del programma, in fascia super protetta per lanciare la sua ennesima



Per una più efficace comunicazione

Nolita Pulerà, Biagio Tinghino, Manuela Giovenchi

Durante il summit del CD SITAB, del 6 ottobre scorso a Firenze, è stato posto l'accento sull'importanza della comunicazione all'interno e all'esterno della Società. La SITAB ha a disposizione buoni strumenti che contribuiscono a divulgare progetti, attività, notizie, e soprattutto a fare informazione scientifica e aggiornamento continuo degli operatori sanitari. Questo è uno dei compiti istituzionali di una società scientifica. Vogliamo qui precisare QUALI e QUANTI sono gli strumenti informatici di cui la SITAB dispone e può gestire più o meno direttamente:

1. Tabaccologia. È l'Organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia-SITAB, trimestrale, quattro colori, grafica accattivante. Viene inviato gratuitamente a tutti gli associati SITAB, a tutti gli operatori sanitari che ne fanno richiesta e a tutti i Centri Antifumo. È reperibile gratuitamente in formato pdf sul sito ufficiale SITAB (www.tabaccologia.org) dove fra poco tutti gli articoli saranno reperibili singolarmente in formato pdf. Ciò con-

sentirà anche l'indicizzazione di Tabaccologia da parte di Google Scholar. E come sapete non finisce qui perché abbiamo fatto richiesta per l'indicizzazione della rivista su Medline. Entro l'estate avremo una prima risposta.

2. GEA-News. È una e-newsletter mensile divulgativa su Tabagismo e PFC, ovvero (problemi fumo-correlati) creata da Mangiaracina nel giugno del 1999. La ricevono medici, infermieri, psicologi, ma anche giornalisti (un centinaio, di testate diverse), stampa medica, siti internet, comunicatori, scuole e insegnanti. Le GEA-News sono arrivate al n. 90, ciò vuol dire che per 90 mesi, senza concedersi alcuna sosta, questa newsletter ha raccontato la storia della lotta al tabacco in Italia e nel mondo. La mailing list di GEA è gestita da GLOBALink (GLK). Per riceverla basta inserire l'email di chi volete direttamente dal pannello di amministrazione: www.gea2000.org/mlist.htm.

3. Studi e Ricerche. È una rassegna bibliografica, destinata a ricercatori, uni-

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Comitato Direttivo Nazionale (2006-2008)

Presidente:

Prof. Giacomo Mangiaracina (Dip. Scienze di Sanità Pubblica, Univ. La Sapienza, Roma).
mangiaracina@globalink.org

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dr. Vincenzo Zagà (Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL di Bologna)
vincenzo.zaga@fastwebnet.it

Segreteria:

Dr.essa Nolita Pulerà (Responsabile "Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei Danni indotti da Fumo di Tabacco" - U.O. Pneumologia Ospedale di Livorno)
pulerana@globalink.org

Consiglieri:

- Dr. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 - Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia) btighi@tin.it
- Prof. Domenico Enea (responsabile clinico Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo")
- Dr. Claudio Poropat (Direttore SERT-Trieste)
- Prof. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo, SRNT)
- Dr. Mario Del Donno (Direttore U.O. Pneumologia, Osp. Rummo, Benevento)
- Dr.essa Paola Martucci (Broncopneumologia, Ospedale Cardarelli)

Aree Scientifiche SITAB (Gruppi di Studio) e Referenti Regionali sul sito www.tabaccologia.org

Servizi ai Soci

I soci della SITAB sono professionisti, ricercatori e soggetti a vario titolo coinvolti nei programmi di controllo del tabagismo.

La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

- 1 Supporto e patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
- 2 Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori.
- 3 Aggiornamento e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB.
- 4 Promozione delle attività e comunicazione attraverso i propri mezzi di informazione.
- 5 Disponibilità della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di "GEA Progetto Salute" sia a scopo divulgativo delle proprie iniziative, sia come strumento di informazione per le scuole e per gli utenti dei programmi antifumo.
- 6 Pubblicazione di articoli e collaborazione con la rivista Tabaccologia e con il sito internet www.tabaccologia.org
- 7 Rivista "Tabaccologia", con accesso alla rivista "Tabaccologia On-Line"
- 8 Newsletter SITAB via email.

Tutti gli specialisti interessati alle problematiche da fumo di tabacco possono entrare nel gruppo di discussione di Globalink-Italia.

È stata creata una sezione apposita su www.tabaccologia.org e su Gea per agevolare la registrazione: www.gea2000.org/globalink

versitari, medici, psicologi, studenti e studiosi di varie discipline. Viene redatta con il supporto fondamentale di GLK. Per ricevere "Studi e Ricerche" occorre mandare una mail a centrostudi@tabagismo.it, mettendo in oggetto: "STUDI E RICERCHE - ISCRIZIONE".

4. SITAB News. È la news che viene inviata esclusivamente ai SOCI della SITAB. Con cadenza bimestrale tiene aggiornati i soci su attività, novità, ricerche, iniziative e progetti della nostra società scientifica. Per ricevere le SITAB News è necessario essere Soci. Qualora qualche socio non le ricevesse, o avesse cambiato email, può inviarci una comunicazione per posta elettronica indirizzata a centrostudi@tabagismo.it,

mettendo in oggetto: "SITABNEWS - ISCRIZIONE".

5. Gruppo di Discussione. Si tratta del Forum degli iscritti a GLK, indi-

pendentemente dal fatto che siano o meno Soci SITAB. A questo Forum sono già iscritti circa 100 italiani, ma lo frequentano un terzo di loro. La nostra Società ne sollecita l'iscrizione ai propri iscritti. Essere socio di GLK è importante e qualifica chi vi si iscrive. Si tratta della più grande organizzazione mondiale sul Tabacco Control, emanazione de l'Union Internationale contre le Cancer (UICC) di Ginevra,

finanziata dalla Unione Europea. Non è cosa facile diventarne socio. La domanda viene processata molto confidenzialmente per evitare accessi "anomali".

Una volta accolta la domanda si può accedere a tutte le banche dati e al N.I.M.I. (News and Information Monitoring Initiatives). Una vera miniera di informazioni, anche, "segrete". Per **isciversi**: www.gea2000.org/globalink.

Spett. Corpo Forestale dello Stato

OGGETTO: Incendi causati da sigarette.

Chiediamo gentilmente se il Corpo Forestale dello Stato possiede dati aggiornati riguardo agli incendi causati da sigarette e in special modo di quelli correlati al lancio dei mozziconi accesi dalle auto in corsa lungo strade e autostrade.

Grazie per la collaborazione.

Cordiali saluti.

Giacomo Mangiaracina



5 x MILLE... E SEI SOCIO SITAB C.F. 96403700584

Iscrizione gratis alla sitab per un anno a spese dello Stato!

Vuoi iscriverti alla SITAB senza spendere un euro? Vuoi far trasferire dallo Stato alla SITAB un piccolo contributo?

Con la dichiarazione dei redditi, scegli di attribuire il 5 x Mille alla Società Italiana di Ta-

riquadri presenti nei moduli per la dichiarazione dei redditi e inserendo il codice fiscale dell'associazione prescelta invece il contribuente sceglie a chi destinare questa quota.

- **Il 5 x 1000 sostituisce l'8 x 1000?**
- No! La scelta di destinare il 5 x 1000 e l'8 x 1000 non sono in alcun modo alternative fra loro; si possono scegliere indipendentemente l'una dall'altra.

- **Cosa devo fare per donare il mio 5 x 1000 alla SITAB?**
- È semplicissimo: basta firmare nel riquadro di pertinenza delle ONLUS, (il primo in alto a sinistra intitolato "Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni") e specificare il codice fiscale della Società Italiana di Tabaccologia (96403700584) nello spazio sotto la firma.

• Che succede se firmo soltanto senza indicare il codice fiscale?

- Se non viene indicato il codice fiscale le somme saranno ripartite in modo proporzionale in base al numero di preferenze ricevute dalle associazioni appartenenti alla stessa categoria.

• Dove posso avere tutte le informazioni sulla normativa che regola il 5 x 1000?

- Basta andare sul sito dell'Agenzia delle Entrate all'indirizzo www.agenziaentrate.it

+ DAI - VERSI AL FISCO

La legge n. 80 del 14/05/2005 permette di dedurre dalle tasse le libere donazioni. Le persone fisiche e le aziende che scelgono di fare una donazione a una Onlus, possono dedurre dal reddito la somma versata fino al 10% del reddito dichiarato, e per un massimo di 70.000,00 euro l'anno. Le agevolazioni fiscali diventano sempre più significative all'aumentare del reddito dichiarato e dell'importo

baccologia (SITAB), **diventi Socio gratis per un anno e ricevi "Tabaccologia"**, la rivista scientifica che ci invidiano all'estero! E tutto a spese dello Stato. Non è un'idea eccellente? Scegli SITAB e fai bene tre volte: a te, agli operatori della salute, e all'Italia.

COME DEVOLVERE IL 5 X 1000 ALLA SITAB - istruzioni per l'uso

Nel modulo della dichiarazione dei redditi (730, CUD, Unico), trovi un riquadro ad hoc per il 5 x 1000, a questo punto:

1. Firma nel quadro "Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni"
2. Riporta sotto la tua firma il codice fiscale della Società Italiana di Tabaccologia: 96403700584

DOMANDE FREQUENTI SUL 5 X 1000

- **Il 5 x 1000 dell'IRPEF è un costo aggiuntivo per il contribuente?**
- No. Se il contribuente non firma nell'apposito riquadro del 5 x 1000, questo rimane allo Stato. Firmando uno dei quattro

della donazione. Incoraggiamo le persone benestanti ad essere generose con quelli che si prodigano per migliorare la vita, sia di chi possiede molto e usa male ciò che ha, sia di chi non possiede nulla e ha bisogno di tutto.

La legge ha facilitato in Europa e in altri Paesi sviluppati la crescita del settore Non Profit, che riesce a rispondere sempre più efficacemente ai bisogni della società, al finanziamento della ricerca biomedica, alla tutela dell'ambiente.

Tutto quello che trovi in rete su <http://www.tabaccologia.org/> viene offerto gratuitamente, senza alcun aspetto speculativo. Eppure, mantenere quello che abbiamo costa in denaro, tempo e fatica. Pur collaborando con la autorità sanitarie come il Ministero della Salute e la Commissione Europea, non riceviamo sovvenzioni o contributi. Il sito **Tabaccologia.org** non è fonte di reddito o di guadagno. Chi ci lavora lo fa come esclusiva opera volontaria.

Ecco due possibilità per il tuo gesto civile:

1° - bonifico bancario Puoi versare alle seguenti coordinate bancarie: Banca SanPaoloIMI Agenzia 35, Roma. ABI = 03032 CAB = 02401 C/C n. 000001062 Causale: Donazione "Società Italiana di Tabaccologia"

2° - assegno non trasferibile L'assegno va intestato "non trasferibile" a Società Italiana di Tabaccologia e spedito a:

Dott. Vincenzo Zagà Società Italiana di Tabaccologia - Tesoriere via Dagnini, 19 40137 - Bologna - Italy

Se decidessi per l'assegno, invia un'email di preavviso o inserisci nella busta anche la tua email, così possiamo dartene ricevuta. Grazie!

CHE COS'È IL 5 X 1000?

La norma relativa al 5 per mille, contenuta nel DL 273/05 successivo alla Legge Finanziaria, è diventata operativa con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n.22 del 27 gennaio 2006. In base al decreto, il 5 per mille delle imposte dovute allo Stato può essere destinato, a scelta del contribuente, a favore di:

- ONLUS, ONG e cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni e fondazioni riconosciute
- enti di ricerca scientifica e universitaria
- enti di ricerca sanitaria
- attività di assistenza sociale promossa dal proprio Comune di residenza

La scelta del 5 per mille si aggiunge all'opzione del classico 8 per mille destinato allo Stato, alla Chiesa Cattolica e ad altre confessioni religiose che hanno raggiunto un'intesa con lo Stato Italiano. Quest'anno ogni contribuente che compila il 730, l'Unico o il CUD può scegliere di destinare a una Organizzazione Onlus come la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) il 5 x 1000, che altrimenti andrebbe allo Stato. Non è una tassa aggiuntiva, né un sostituto dell' 8 x 1000, ma semplicemente un modo scegliere a chi destinare parte delle proprie tasse.

ATTIVO.

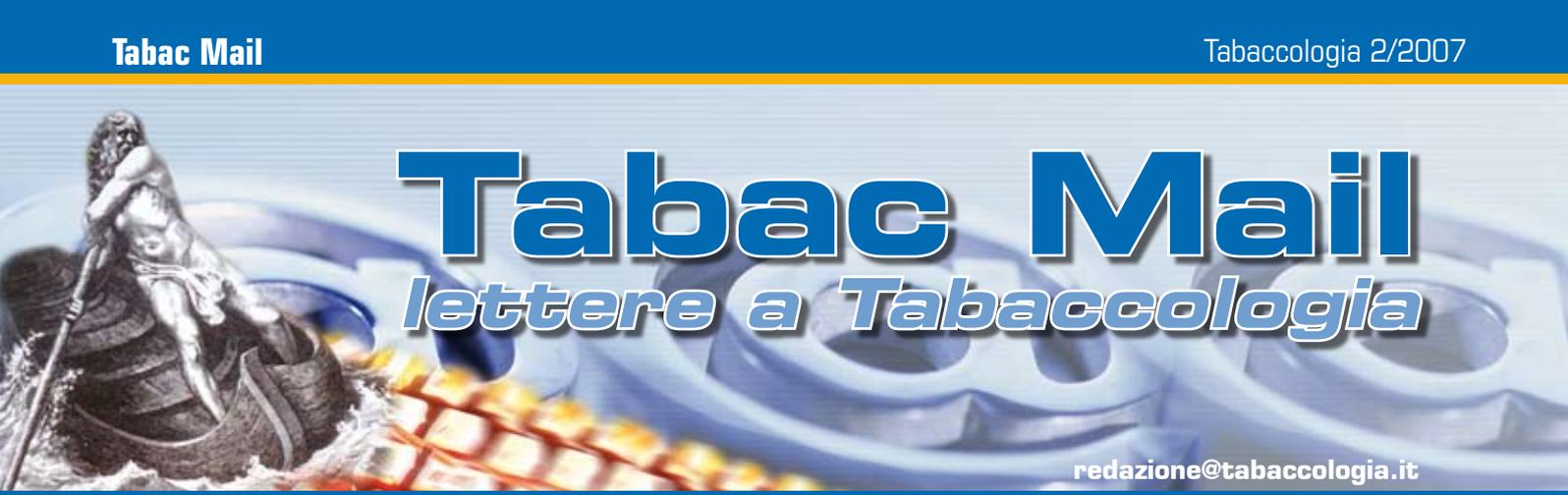
PASSIVO.

OGNI ANNO IL FUMO PASSIVO FA PIÙ VITTIME DELL'AIDS.

INFO-LINE: 340.7088301

www.tabaccologia.org

SITAB
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA



Tabac Mail

lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

@ Il diritto di non fumare

Gentile Direttore di Tabaccologia,

Le invio per conoscenza questa mia lettera pubblicata sulla Stampa il 14/12/06 in risposta ad un articolo della dr.ssa Spinelli presente sempre sulla Stampa del 12/12/06 in cui la suddetta si erge a paladina della libertà di fronte ad uno Stato che, per difendere la salute dei propri cittadini, rischia "una capillare, intrusiva politica del corpo". Al di là del fatto che il conflitto fra i principi etici dell'autonomia, della libertà individuale, del beneficio e del diritto alla salute dei cittadini, è ormai una componente consueta degli interventi sanitari, quelli preventivi sono invece particolarmente delicati da questo punto di vista in quanto coinvolgono principalmente individui sani, che non esprimono bisogni, e che, anzi, spesso chiedono di essere lasciati in pace. Non voglio in questa mia addentrarmi in questo conflitto, che è lo stesso che sta al centro del dibattito sulle vaccinazioni obbligatorie o sulla vicenda di Welby.

Voglio invece discutere della qualità della "vita privata del cittadino" che si intenderebbe difendere dalla intrusioni dello "Stato etico e castigatore". Il tabacco, ad esempio, produce una dipendenza patologica che schiavizza l'individuo (da cui la radice dell'espressione inglese addicted) limitando sostanzialmente le proprie libertà individuali e la propria autonomia, per tutta la vita, mantenendo una capacità di "presa" anche una volta cessata l'abitudine (e mantenendo elevato nel tempo il rischio di ricaduta).

Pur senza dilungarmi sulle conseguenze di salute (quelle che patisce l'individuo, non quelle dello Stato), come i 10 anni in media di vita persi o le frequenti disabilità motorie o neurologiche dei fumatori, non posso tacere che è soprattutto la scelta di fumare a non essere libera. Una recente sentenza della Corte americana che ha condannato le industrie del tabacco a pubblicare sui propri siti internet la documentazione di tutte le ricerche condotte in proprio, ha definitivamente tolto l'illusione della libertà della scelta di fumare: l'industria, pur conoscendo tutti i rischi del tabacco e contemporaneamente negandoli, ha sistematicamente compiuto azioni di convinzione subdola, quali stipendiare attori famosi per convincerli a fumare sigarette in scena, ha condotto studi per identificare le sostanze a maggiore potere di dipendenza, ha cinicamente pagato scienziati per

mettere in dubbio le conclusioni di studi epidemiologici, ha favorito la scelta di misure di prevenzione che sapeva inutili (come i limiti di concentrazione della nicotina). Fumare non è allora un gesto di libertà. Al contrario il fumatore tende ad assumere un suo incontestabile ruolo di limitatore della libertà del non fumatore.

Non è dunque una libertà essenziale quella di respirare aria pulita, di uscire da un locale chiuso senza puzzare di fumo o, perché no, di non morire di cancro al polmone a causa del fumo di altri? Ma se anche questa è libertà, non ha forse un valore più alto rispetto a quella del fumatore? E allora risulta corretto accusare la recente legge Sirchia di intrusione nella vita personale, quando è una legge che protegge le libertà del non fumatore? E opporsi alle iniziative di prevenzione non potrebbe allora essere interpretato come una difesa della vera intrusione, quella dell'industria del tabacco?

È importante fare chiarezza e dare risposte certe su questi punti nevralgici, nella speranza che lo sforzo, che una parte importante del sistema sanitario fa per guadagnare anni alla vita ma anche per ridare vita agli anni, senza intrusioni nella sfera personale dei cittadini, ma sostenendo la loro ambizione di salute, sia riconosciuto e compreso.

Fabrizio Faggiano

Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva
Università del Piemonte Orientale

RISPOSTA

Gentile Collega,

La ringrazio per questa puntualizzazione su un tema che mi è capitato spesso di affrontare sui Media. Alcuni improvvisi paladini di libertà e di diritti presunti, schiamazzano paventando una sospetta intrusione di uno Stato moralista nella vita privata dei cittadini limitandone, a loro dire, la libertà.

Guarda caso questa reazione è scatenata unicamente dal fumo di tabacco. Il problema risiede nella solita, noiosa per certi versi, contrapposizione tra il "Vizio" e la "Malattia da dipendenza invalidante e mortale" che lei ha bene individuato e descritto. Buona parte del nostro lavoro di professionisti della salute deve essere orientato in modo da modificare ogni errata percezione, nei giovanissimi in particolare.

Giacomo Mangiaracina


**Discoteca
fumante**

Spett.le Redazione di Tabaccologia.

Vorrei far conoscere ai lettori di Tabaccologia una situazione che rischia di sfuggire di mano a tutti. Ormai da molti mesi ricevo sempre più frequentemente lettere che mi segnalano la violazione del divieto di fumare nei locali pubblici soprattutto discoteche e ristoranti. Tutto ciò avviene nella più totale indifferenza di proprietari e gestori che, forti della sentenza del TAR del 2005, si disinteressano completamente di effettuare qualsiasi intervento per eliminare il fenomeno.

Alcune persone mi hanno persino scritto dicendomi che in certi ristoranti, soprattutto nella tarda serata o dopo un certo orario, scatta una sorta di "zona franca" e si fuma a tutta birra con i beneplacito del proprietario che fornisce, con grande sollecitudine e cortesia, posacenere per tutti coloro che desiderano "finalmente" fumarsi una sigaretta in santa pace, magari davanti a un bicchierino di amaro.

Nelle discoteche la situazione è stata sempre molto difficile anche per il gran numero di persone di tutte le età che si ritrovano nelle sale e quindi l'entrata in vigore del divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi

ha rappresentato una vera e propria boccata d'ossigeno per tutti gli amanti del ballo.

A questo proposito l'ultima lettera che ho ricevuto, pubblicata anche su Gea news di marzo, proviene da un ragazzo di Palermo che mi ha scritto:

"Ciao, sono un ragazzo di Palermo. Il 10 Gennaio 2005 è entrata in vigore una delle leggi più utili per noi non fumatori. Ho avuto la possibilità di rendermi conto che le cose potevano cambiare. Tornavo a casa dopo una serata con gli amici assolutamente pulito e profumato, e senza aver dovuto patire lo stress che tutti quei fumatori strafottenti mi recavano.

Da qualche mese ho notato che le cose sono nuovamente degenerare. Nelle discoteche basta semplicemente che un solo maleducato e incivile accenda una sigaretta, che nel giro di 10 minuti l'intera clientela si trasforma in un mega camino.

Adesso sono veramente stanco di non potermi divertire e di dover subire ogni giorno continue mancanze di rispetto di me e della legge.

Ma mi rendo conto che da solo non posso lamentarmi con tutti quelli che fumano dove non è possibile (sono troppi). Quindi mi chiedevo cosa posso fare? A chi mi posso rivolge-

re? E ho trovato voi. Sapete aiutarmi? Se domani andando in un ristorante mi ritrovo a dover nuovamente subire fumo passivo cosa posso fare? Grazie mille." [lettera firmata]

Ho risposto che sto ricevendo molte lettere simili e che questo pare un segnale inequivocabile che, dopo un primo periodo di rispetto quasi assoluto del divieto di fumare, la situazione stia cambiando. Questo mutamento come dicevamo è stato anche favorito dalla sentenza del TAR del 2005 (www.fipe.it/fipe/Area-legis/Area-pubbl/Fumo/fumo-sentenza.pdf) in base alla quale i gestori dei pubblici esercizi hanno il solo obbligo di affiggere i cartelli e non più quello di richiamare i trasgressori ed eventualmente richiedere l'intervento delle forze dell'ordine.

Pertanto l'unica alternativa per i clienti di discoteche, ristoranti, pub ecc. dove il divieto di fumare non è rispettato è di rivolgersi sempre alle autorità competenti. Il mio suggerimento è quindi di chiamare direttamente dalla discoteca i

NAS, tramite il 112 dei carabinieri, o la Polizia Municipale, o la Polizia di Stato. In alternativa si può effettuare la denuncia in un secondo momento tramite raccomandata A.R. di cui possiamo fornire un fac-simile, sottoscritta dall'interessato e da altre persone che condividono tale iniziativa.

Approviamo incondizionatamente il desiderio di molti giovani di divertirsi in un ambiente libero dal fumo e purtroppo

spesso si perde solo del tempo a chiedere un gesto di fair play ai fumatori, spesso maleducati e arroganti. Non servirebbe a niente o a poco.

Per quanto riguarda il ristorante, oltre ai suggerimenti già dati, consiglio di ricorrere ad un espediente "estremo" e cioè quello di comunicare al proprietario/titolare del ristorante che rifiuta di intervenire per porre fine alla violazione della legge la propria decisione di non pagare il conto.

Dovrebbe scegliere fra un conto non pagato, una multa delle forze dell'ordine e far smettere di fumare. Ritengo infatti che il ristorante debba garantire, oltre alla qualità dei cibi e dei vini, anche quello dell'aria.

Nel caso necessiti poi un contatto più diretto, siamo disponibili al 338.3912565 dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 13. Ricordiamoci che tutti noi possiamo fare moltissimo. Il nostro peggior nemico è l'indifferenza e il lasciar correre per quieto vivere.

Cordiali saluti.

Cinzia Marini
responsabile servizio Smokebusters, Roma



Congressi & eventi

redazione@tabaccologia.it

ITALIA

29 Maggio 2007

Monza. Workshop: Prevenire e trattare il tabagismo: Fattori di rischio, fattori di efficacia.
Villa Reale - Info: btinghi@tin.it

31 Maggio 2007

Roma. Giornata mondiale senza tabacco - World no-tobacco day, *smoke-free environments*. IX Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale. Organizzato da: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori. Aula Pocchiarri, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - Roma. Info: osservatorio.fad@iss.it - fax 06 49902016

31 Maggio 2007

Torino: Giornata mondiale contro il tabacco - IL FUMO NEGLI OCCHI. Pressione sociale o libera scelta?
Centro Incontri - Regione Piemonte - Corso Stati Uniti 23, Torino - Info: fax 011-6333886 Tel.011-6333874
E-mail: segreteria.prat@cpo.it

1 Giugno 2007

Roma: Terapeuti del Tabagismo in E-Learning. Si riaprono le iscrizioni On-Line: psigea@tiscalì.it - www.psigea.it.

4-6 Giugno 2007

Ferrara: Workshop GIMBE CGP/2007 (Clinical Governance in Pneumology)/Tel +39 039 2304440
schiavulli@midiaonline.it

7-9 Giugno 2007

Gubbio (PG): Corso Nazionale "post graduate": Le Pneumopatie Interstiziali Diffuse. Conoscere per riconoscere.
Info: segreteria@aiporicerche.it Tel: 0243911560

23 Giugno, 7 Luglio 2007

Roma: Operatori Tabagismo - Direzione e docenza: prof. Mangiaracina. Sede: PsiGea. Max. 10 allievi. Info: Dott.sse Cerretti e Migliorato: 340.6512819, 06.27867863. Web: www.psi-gea.it. Programma da richiedere a: redazione@geanews.it

25-27 Giugno 2007

Ferrara: Workshop GIMBE CRP/2007 (Clinical Research in Pneumology)/Tel +39 039 2304440
schiavulli@midiaonline.it

3-6 Ottobre 2007

Roma: Congresso AIMAR - Conferenza Nazionale di Consenso in Medicina Respiratoria.
www.conferenzaAIMAR2007.makevent.it
info: conferenzaAIMAR2007@effetti.it - Tel. 02 3343281

11-12-13 Ottobre 2007

Cosenza: Congresso siculo-calabro AIPO. Formazione in Terapia intensiva Respiratoria per infermieri professionali e terapisti riabilitazione. Info: Dott. Francesco Romano.
E-mail: francoromanocs@libero.it

12-14 / 26-28 Novembre 2007

Ferrara: Workshop GIMBE EBP/2007 (Evidence-Based Pneumology)/Tel +39 039 2304440
schiavulli@midiaonline.it

4-7 Dicembre 2007

Firenze: Fortezza da Basso-Congresso Nazionale AIPO/UIP - Info: iDea congress Via della Farnesina, 224 - 00194 Roma
Tel. +39 06 36381573 - Fax +39 06 36307682

23-25 Settembre 2008

Roma: Hotel Villa Panphili - 10° Congresso Europeo SRNT, Society for Researches on Nicotine and Tobacco.

ESTERO

10-15 June 2007

Stockholm, Sweden: Stockholm International Council on Alcohol and Addiction. - <http://www.icaa.ch/>

16-20 June 2007

Rochester, USA: Mayo Clinic Tobacco Treatment Specialist Certification training.
http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/ndc_education/tts_certification.cfm

16-21 June 2007

Quebec City, Canada: Quebec College on Problems of Drug Dependence 69th Annual Meeting.
<http://www.cpdd.vcu.edu/>

22-25 June 2007

Istanbul, Turkey: World Asthma Meeting
Info: wam2007@figur.net / Tel: +90 2122586020

24-28 August 2007

Beijing, China: 10th World Conference on Tobacco or Health.

15-19 September 2007

Stockholm, Sweden: ERS 2007 Annual Congress
Info: Tel: +41 21 213 0101 /Fax: +41 21 213 0100
info@ersnet.org / www.ersnet.org



SPEGNI IL FUMO ACCENDI LA PASSIONE

**SMETTERE DI FUMARE:
UN BEL CAMBIAMENTO!**

Chiedi consiglio al tuo medico, al tuo farmacista
o cerca il centro antifumo più vicino sul sito internet:

www.tabagismo.it

**Scopri tutti i benefici
che puoi avere
se smetti di fumare**

TESTA

- Memoria più attiva
- Minore caduta dei capelli

OCCHI E NASO

- Miglioramento del senso olfattivo
- Minori infezioni alle alte vie respiratorie

BOCCA

- Maggior gusto
- Denti più bianchi e senza le macchie tipiche del fumo

GOLA

- Virus e batteri penetrano più difficilmente
- Minore raucedine e laringiti

PELLE

- Viso più roseo e rilassato
- Pelle più colorita e giovane

CUORE

- Normalizzazione della pressione sanguigna
- Aumento del livello di ossigeno
- Minor rischio di infarto

POLMONI

- Più facile respirare dopo il rilassamento del tubo bronchiale
- Maggiore capacità polmonare
- Minore predisposizione alle infezioni respiratorie
- Tosse non persistente
- Minor rischio di sviluppare tumori

STOMACO E INTESTINO

- Digestione più facile e ridotti episodi di acidità
- Transito intestinale più regolare
- Libera assunzione di farmaci antiulcera

RENE E VESCICA

- Minor rischio di tumori

SESSO

- Maggior virilità sessuale
- Migliore fertilità

MUSCOLI

- Maggior energia e migliori performance fisiche
- Maggior resistenza allo sforzo

OSSA

- Minor degenerazione dei dischi della colonna vertebrale
- Diminuzione di dolori alla schiena
- Minor rischio di osteoporosi

È UN'INIZIATIVA EDUCAZIONALE

 **NOVARTIS**
CONSUMER HEALTH

IN COLLABORAZIONE CON

 **SITAB**
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA