

# Tabaccologia

Tobaccology

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



Tabagismo: una chiamata alle armi per i medici italiani  
La sigaretta elettronica • Fumo passivo e animali domestici  
Tajikistan: lo strano uso del tabacco  
Ruolo del farmacista nella lotta al tabagismo

# Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE SITAB  
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

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

**Comitato scientifico:** Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Mariella Debiassi (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic - Rochester USA), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UnipV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (CNR, Palermo).

**Comitato scientifico d'onore:**

Presidente: Micheal Fiore (University of Wisconsin, Madison - USA)

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), Girolamo Sirchia (Università di Milano), 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
- Fondazione ANT Italia

**Segreteria di redazione e marketing:** Alessandra Cavazzi  
(tabaccologia@gmail.com)

**Realizzazione editoriale:** Graph-x studio grafico (Bologna)  
[www.graph-x.it](http://www.graph-x.it)  
[graph-x@fastwebnet.it](mailto:graph-x@fastwebnet.it)

**Ricerca iconografica:** Zagor & Kano

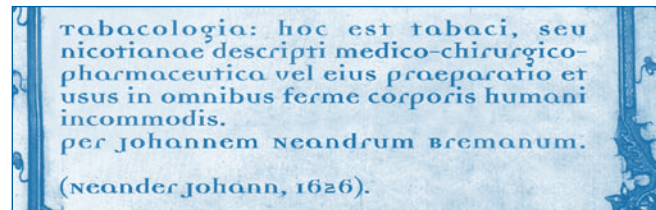
**Stampa:** Ideostampa - Via del Progresso s.n. 61030  
Calcinelli di Saltara (PU)

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

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003  
Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)  
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel dicembre 2009.

## Sommario



### EDITORIALI

- Segale cornuta, scienza ruffiana. (G. Mangiaracina) **3**
- Controllo del Tabacco: quale futuro (M. Munafò)  
*The future of tobacco control* **4**
- “Chiamata alle armi” dei medici italiani nel trattamento del Tabagismo. (M.C. Fiore, W. Theobald)  
*Treating tobacco use and dependence: a call to arms for italian physicians* **6**

### TRIBUNA

- Romania: un lungo cammino per una storia a lieto fine.  
(A. Trofor) **9**  
*Smoking cessation in Romania: a long way to happy-end story*

### ABSTRACT & COMMENTARY

- FDA e tabacco. (A. Costantino, V. Nesticò) **15**
- Ex è bello (R. Boffi, E. Munarini) **16**
- Calano gli infarti con le leggi antifumo (V. Zagà) **16**

### ORIGINAL ARTICLES

- Tendenze nel consumo di tabacco fra i giovani in Alto Friuli (G. Canzian) **17**  
*Recent trends on use of tobacco among students in Alto-Friuli region*
- Un programma integrato di cura del tabagismo nella pratica del farmacista di comunità (R. Tominz, A. Vegliach, C. Poropat, V. Zamboni, M. Bovenzi)  
*An integrated program for tobacco addiction treatment in the practice of community pharmacist* **24**
- Il “particolare” uso del tabacco tra i montanari del Tajikistan (Fabio Lugoboni) **28**  
*The “strange” tobacco use among highlanders of Tajikistan*

### REVIEW

- Esposizione degli animali domestici al fumo di tabacco: importanza del modello animale (M. Cerquetella, M. Cecaro, A. Fruganti, V. Zagà)  
*Exposure of domestic animals to tobacco smoke: the importance of the animal model* **32**

### BRIEF REVIEW

- E-cigarette: primi dati e possibili prospettive (B. Tinghino, D. Enea) **36**  
*E-cigarette: first data and possible perspectives*

### Rubriche

#### News & Views

- In Italia aumentano i fumatori (V. Zagà) **40**
- Riuscirà Obama a spegnere l'ultima sigaretta? (C.A. Dalfini) **41**
- Report da Monza **42**  
Report da Bari **42**
- Recensioni **43**



Istruzioni per gli Autori

Instructions for the Authors

**Tabaccologia** (*Tabaccology*) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medica. Viene pubblicato con cadenza trimestrale, più gli eventuali supplementi. Vengono pubblicati Editoriali, Articoli Originali, Rassegne, Stati dell'Arte, "Focus on", "Perspective&Research", Opinioni, Abstracts e Lettere su argomenti legati al tabacco, patologie indotte dal tabacco, dipendenza dal fumo e sua prevenzione. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Microsoft Word via e-mail all'indirizzo [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Le Figure devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint, TIF o JPG. Il testo deve essere in formato Times New Roman con doppia spaziatura. Le pagine devono essere numerate in fondo a ciascuna. Tutti gli articoli non invitati vengono inviati al processo di **peer-review** dall'Editor. Tutte le comunicazioni inerenti gli articoli inviati a Tabaccologia avvengono via e-mail. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno firmare un modulo col quale trasferiscono i copyright a Tabaccologia.

**Articoli Originali e Rassegne:** vengono considerati per la pubblicazione articoli in italiano ed in inglese. Gli articoli in italiano devono presentare il titolo, il riassunto (*summary*) e le parole chiave anche in inglese. Gli articoli in inglese verranno tradotti in italiano a cura della redazione.

La **prima pagina** del manoscritto deve includere a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi degli autori; c) le istituzioni degli autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria, i numeri di telefono e fax e l'indirizzo e-mail del *corresponding author*.

La **seconda pagina** degli Articoli Originali e delle Rassegne deve includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere le 250 parole. Il riassunto degli Articoli Originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. A seguire il *summary* in inglese, che nel caso degli Articoli Originali deve essere così strutturato: *Introduction, Methods, Results, Conclusions*, e dalle 3 alle 5 *keywords*.

Il **corpo del manoscritto** segue dalla terza pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editoriali, che non devono eccedere le 800 parole. Gli Articoli Originali devono essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione; Metodi; Risultati; Discussione; Conclusioni. Le Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani devono chiaramente indicare nei "Metodi" sotto la responsabilità gli autori che il **consenso informato** è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio.

Gli Articoli Originali che includono esperimenti su esseri umani o animali devono indicare sotto la responsabilità degli autori nei "Metodi" che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli **standard etici** stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la **Dichiarazione di Helsinki** del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli autori devono spiegare il rationale del loro approccio, e dimostrare che il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti dubbi dello studio. Quando vengono riportati **esperimenti su animali**, gli autori devono indicare quale guida istituzionale o nazionale hanno seguito per il trattamento e l'utilizzo degli animali in laboratorio.

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

**1) Conflitto di interessi:** tutti gli autori devono indicare eventuali conflitti di interessi. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o l'istituzione di un autore) ha una relazione finanziaria o personale che influenza in maniera inappropriata (*bias*) la sua condotta (queste relazioni sono anche conosciute come *commitments*, *competing interests*, o *competing loyalties*). Queste relazioni variano da quelle con potenziale trascurabile a quelle con grande potenziale di influenzare il giudizio, e non tutte le relazioni rappresentano un vero conflitto di interessi. Il potenziale di un conflitto di interessi può esistere anche quando l'autore non ritenga che la relazione influenzi il suo giudizio scientifico. Le relazioni di natura finanziaria (come impiego, consulenze, possesso di azioni, pagamento di onorari, testimonianze di esperto retribuite) rappresentano i conflitti di interessi più facilmente identificabili e quelli che più probabilmente possono minare la credibilità della rivista, degli autori e della scienza stessa. Tuttavia, i conflitti di interessi possono avvenire anche per altre ragioni, come relazioni personali, competizione accademica e passione intellettuale.

**2) Fonti di finanziamento:** (solo per gli Articoli Originali): tutte le fonti di finanziamento devono essere dichiarate dagli autori. Tabaccologia applica un embargo a tutti i lavori che abbiano ricevuto finanziamenti dalle industrie e compagnie del tabacco. Pertanto tali articoli non verranno considerati per la pubblicazione.

**Bibliografia:** Dopo il manoscritto devono essere indicate le **referenze** citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato in apice. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Gli **articoli di riviste** devono indicare: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int J Addiction 1994; 29: 913-925.

I **capitoli di libri** devono indicare il cognome e le iniziali del nome degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

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

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

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

**Segreteria di redazione e marketing:** Alessandra Cavazzi  
E-mail: [tabaccologia@gmail.com](mailto:tabaccologia@gmail.com)

**Come ricevere la rivista**

a) Tramite abbonamento di **40,00 €** da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

b) Diventando un socio SITAB, a cui la rivista Tabaccologia viene inviata per posta ordinaria.

**Come diventare membro della SITAB**

L'iscrizione alla SITAB per il 2010 è di **50,00 € (40,00 €** per laureandi, specializzandi, dottorandi). Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web [www.tabaccologia.org](http://www.tabaccologia.org) ed inviato alla dott.ssa Nolita Pulerà:

- per posta ordinaria: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno
- per fax: 0586 22.30.06
- per e-mail: [segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)

**Tabaccologia** (*Tabaccology*) is the official journal of the Italian Society of Tabaccology (SITAB) and is a medical journal. Four issues per year plus supplements(s) are published. Editorials, Original Articles, Reviews, "Focus on" and "Perspective&Research" about subjects related with tobacco, tabaccology, tobacco-induced pathologies, smoke addiction and prevention are considered for publication. All contributions must be sent in Microsoft Word format by e-mail to the address [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Figures should be sent in separate files in Powerpoint, TIF, or JPG format.

The text should be in Times New Roman format and double-spaced. Pages should be enumerated at the bottom of each page.

All non-invited contributions will be sent for **peer-review** by the Editor. All correspondences regarding submitted manuscripts will take place by e-mail. The authors of articles accepted for publication will be asked to sign a form where they transfer the copyright of their article to Tabaccologia.

**Original articles in italian and english languages** are considered for publication. For articles in italian language, title, abstract and key words in english Language must be provided as well. Articles in english language will be translated in italian language by the editorial office.

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

**The second page** of Original Articles and Reviews should include the summary (abstract) and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Introduction, Methods, Results, Conclusions.

The **manuscript body** should then follow from the third page. There is no word limit for articles, except for Editorials, which should not exceed 800 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction; Methods; Results; Discussion; Conclusions. Conclusions should also be provided for Review articles.

Original Articles that include any diagnostic of therapeutic procedures on humans must clearly state under the authors' responsibility in the "Methods" section that **informed consent** has been obtained by all subjects included in the study.

Original articles that include experiments on humans or animals must state under the authors' responsibility in the "Methods" section that all experiments have been carried out in accordance with the **ethical standards** of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the **Helsinki Declaration** of 1975, as revised in 2000. If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach, and demonstrate that the institutional review body explicitly approved the doubtful aspects of the study. When reporting **experiments on animals**, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

At the end of the manuscript body the authors must state the following points:

**1) Conflict of interest:** all authors should state whether any conflict of interest occur. Conflict of interest exists when an author (or the author's institution) has financial or personal relationships that inappropriately influence (bias) his or her actions (such relationships are also known as dual commitments, competing interests, or competing loyalties). These relationships vary from those with negligible potential to those with great potential to influence judgement, and not all relationships represent true conflict of interest. The potential for conflict of interest can exist whether or not an individual believes that the relationship affects his or her scientific judgment. Financial relationships (such as employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony) are the most easily identifiable conflicts of interest and the most likely to undermine the credibility of the journal, the authors, and of science itself. However, conflicts can occur for other reasons, such as personal relationships, academic competition, and intellectual passion.

**2) Source of funding** (for Original Articles only): All source of funding should be stated by the authors. Tabaccologia applies an embargo policy to all contributions that received financemnt from tobacco industries and companies. Therefore these contributions will not be considered for publication.

After the manuscript body, quoted **references** should be listed in order of appearance in the text. There is no limit for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in apex. Quoted journals' articles should indicate: surname and name initials of all authors (max 6), complete title of the article in the original language, abbreviated information of the journal according to the Medical Index, publication year, the volume and the pages (the beginning and the end). **For example:** Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int J Addiction 1994; 29: 913-925

Book chapters should indicate the surname and name initials of authors, the chapter title, the surname and name initials of the book authors, the editor, the place and the year of publication. **For example:**

Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998

Websites should indicate the subject title and the web address. **For example:**

Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm)

**Tables and Figures** legends should follow the manuscript body and be enumerated consecutively. Figures should be sent in separate files in Powerpoint, TIF, or JPG format.

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

**Secretary and marketing:** Alessandra Cavazzi  
E-mail: [tabaccologia@gmail.com](mailto:tabaccologia@gmail.com)

**How to receive the journal**

a) The yearly subscription is **40,00 €** to be sent by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

b) By becoming member of SITAB. The journal Tabaccologia is sent by mail to all members of SITAB.

**How to become member of SITAB**

The SITAB membership fee for 2010 is **50,00 € (40,00 €** for undergraduate and post-graduate students and residents) to be sent by bank draft to Banca CREDEM Bologna, Agency 2, account n. 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062.

Please also download the membership form from the website [www.tabaccologia.org](http://www.tabaccologia.org) and send it to Dr. Nolita Pulerà

- by mail: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno, Italy
- by fax: 0039-0586223006
- by e-mail: [segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)



# Segale cornuta, scienza ruffiana

**Giacomo Mangiaracina**

**I**l farmaco più prescritto degli anni Settanta? L'Hydergina. L'abbiamo usata ad ettolitri nella cura degli ipertesi, e la Sandoz raggiunse eccellenti fatturati con la sua "generosa" distribuzione. Diidroergotossina. Alcaloide derivato dalla segale cornuta. Ogni medico ce l'aveva nella penna. Le lucide e colorate brochure degli informatori avevano convinto tutti della sua bontà nel trattamento dell'ipertensione, e noi ci abbiamo creduto.

Il suo creatore fu Albert Hofman, che si è spento il 29 aprile dello scorso anno alla veneranda età di 102 anni, sereno, e soprattutto ricco. Per rafforzare il concetto terapeutico della patologia di massa, quale l'ipertensione risulta essere, crearono "Hydergina Press", con queste annotazioni nel foglietto illustrativo:

*"Studi clinici controllati hanno confermato l'efficacia antiipertensiva di Hydergina-Press nell'anziano iperteso e hanno evidenziato la sicurezza del suo impiego in questa particolare indicazione. Tale sicurezza deriva dal fatto che con Hydergina-Press non sono stati di norma segnalati gli effetti collaterali tipici di vari farmaci antiipertensivi, che sono esaltati e mal tollerati nell'anziano iperteso, con conseguente scarsa aderenza alla terapia. Hydergina-Press assunta per via orale, determina un abbassamento pressorio graduale, mai al di sotto dei livelli normali per l'età".<sup>1</sup>*

Acquisita la Sandoz da Novartis, Hydergina Press venne ritirata dal commercio con decreto ministeriale, il 28 settembre del 1998.<sup>2</sup>

Quanto alla originale Hydergina in gocce, essa giunge ai nostri giorni immacolata, regolarmente in prontuario con veste geriatrica, indicata nel "decadimento cognitivo di grado lieve da patologie di origine vascolare nell'anziano".<sup>3</sup>

La Diidroergotossina è in verità un agonista della dopamina. Proprio co-

sì. Questo fatto potrebbe giustamente scatenare l'immaginazione di un ricercatore della tabaccologia. Un agonista della dopamina può accendere ipotesi trattamentali del tutto legittime quanto invocate. E sarebbe pure lecito osare, pur di arricchire il nostro armamentario terapeutico. L'unico limite potrebbe essere quello di avere usato per vent'anni un farmaco consacrato dalla farmacopea, prima di giungere alla conclusione della sua totale inefficacia nella cura dell'ipertensione.

Da questa ottica l'Hydergina può essere un emblema di scienza imperfetta e contaminata, ma pure un miracolo di mimetismo scientifico. Un miracolo se i valori pressori di alcuni pazienti si riducevano veramente; un miracolo se i medici giuravano di constatarlo; un miracolo se è riuscita a sopravvivere fino ai nostri giorni con rinnovate indicazioni terapeutiche. Non mi meraviglierebbe se dovessimo un giorno ritrovarcela efficace nella cura del Tabagismo.

A questo punto mi pare legittimo posizionarmi all'esatto opposto del diametro dell'idiozia, ovvero quello in cui la scienza imperfetta e contaminata, ad opera di alcuni suoi rappresentanti, boccia e condanna senza appello. Da Sammelweiss a Sabin, i grandi lumi hanno avuto i loro detrattori e schernitori. Alcuni sono rimasti schiacciati dalle derisioni. Altri sono emersi a testa alta.

Il riferimento serve ad osservare con occhio critico (Giove ce lo conservi) il dibattito che negli ultimi sei mesi ha appassionato i tabaccologi del pianeta, incentrato sulla sigaretta elettronica. Sembra un coro di condanne, dove i più moderati invocano la prudenza ad oltranza.

Noi siamo andati a controllare, e in tutta sincerità, sentite anche le voci della cautela e della prudenza, in molti non ci sentiamo di partecipare al coro. Io ne



sono fuori. Abbiamo verificato che anche in questo caso non è possibile fare di tutte le erbe un fascio, e in alcuni aleggia la convinzione che l'E-Cigarette possa avere una qualche collocazione e utilità nell'ambito delle strategie di riduzione del danno. Ovviamente con le dovute verifiche, a partire da alcune considerazioni espresse in questo numero della rivista.

D'altro canto la buona scienza è anche e soprattutto democratica libertà di convinzione.

San Paolo scriveva così ai romani del I secolo: "Tutto ciò che non viene da convinzione è peccato".<sup>4</sup> Aveva ragione. ■



## Bibliografia

1. [www.carloanibaldi.com/terapia/schede/HYDERGINA-PRESS%204,5%20mg%20compresse.htm](http://www.carloanibaldi.com/terapia/schede/HYDERGINA-PRESS%204,5%20mg%20compresse.htm)
2. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. <http://gazzette.comune.jesi.an.it/233/gazzetta233.htm>
3. [www.edott.it/ProntuarioFarmaceutico/004198053-HYDERGINA-IM-SC-6F-O-3MG-1ML/Interazioni.aspx?C=1](http://www.edott.it/ProntuarioFarmaceutico/004198053-HYDERGINA-IM-SC-6F-O-3MG-1ML/Interazioni.aspx?C=1)
4. Lettera ai Romani: cap. 14, v.23. La Sacra Bibbia, traione sui testi originali di Giovanni Luzzi.

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



# Controllo del Tabacco: quale futuro?

## *The future of tobacco control*

**Marcus Munafò**

**U**na recente e provocatoria rassegna pubblicata su *Lancet* ha suggerito che i danni personali e sociali associati all'uso di varie droghe abbiano poco a vedere con il loro status legale.<sup>1</sup> Mentre l'eroina era in cima alla lista delle sostanze dannose, le droghe legali come il tabacco e l'alcol hanno occupato una posizione più elevata di molte altre droghe che sono attualmente illegali nei paesi occidentali, come la cannabis e l'ecstasy. Questa discrepanza tra lo status legale di una droga e i danni associati al loro uso è ben illustrata dal caso del tabacco, il cui utilizzo raddoppia il rischio di morte alla mezza età<sup>2</sup>, ed è responsabile di circa 5 milioni di morti premature ogni anno nel mondo. La cessazione del fumo tra i fumatori correnti risulterà in una sostanziale riduzione nella mortalità e morbilità nella prima metà di questo secolo. Ridurre il consumo tra i bambini e gli adolescenti determinerà miglioramenti nella salute globale nel lungo termine. Vari paesi hanno, in misura diversa, implementato una gamma di iniziative per raggiungere questi obiettivi.

I diversi approcci adottati dai vari paesi forniscono interessanti informazioni circa le pressioni politiche presenti in ciascun caso, ed i modi in cui si interfacciano con il prevalente consensus scientifico. Su questi ultimi influiscono l'eventuale esistenza di una industria del tabacco sul territorio del paese, e la proporzione tra iniziative dei governi locali contro e quelle del governo centrale. Questo non vuol dire che ogni paese ha adottato un sistema ottimale. Al contrario, i diversi paesi possono apprendere l'uno dall'altro. Per esempio, in Europa vi è una considerevole resistenza nei confronti del tabacco *smokeless* come mezzo per ridurre il danno, mentre in Nord America la legislazione *smoke-free* rimane frammentata e generalmente implementata solo ad un livello locale. Qual è l'approccio migliore? Non vi è un consenso generale nella comunità scientifica. Per questa ragione, il dialogo tra ricercatori è di fondamentale importanza. La Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT; <http://www.srnt.org>), fondata nel 1994, costituisce un forum che promuove tale dialogo, e che unisce scienziati e clinici da tutto il mondo per



**A** recent thought-provoking review in the *Lancet* suggested that the social and personal harms associated with the use of various drugs bears little relation to their legal status<sup>1</sup>. While heroin was at the top of these harm rankings, legal drugs such as tobacco and alcohol occupied a higher position than many drugs which are currently illegal in most Western countries, such as cannabis and ecstasy.

This discrepancy between the legal status of a drug and the harms associated with its use are well illustrated by the case of tobacco, which results in an approximate doubling of the risk of death in middle age<sup>2</sup>, and is responsible for approximately 5 million premature deaths each year worldwide. Smoking cessation among current smokers will result in substantial reductions in smoking-related mortality and morbidity in the first half of this century.

Reducing uptake among children and adolescents will confer longer-term improvements in global health. Individual countries have, to varying degrees, implemented a range of initiatives to achieve these twin aims.

The differing approaches adopted by various countries provide an interesting insight into the political pressures present in each case, and the ways in which these interface with the prevailing scientific consensus.

These include whether there exists a tobacco-growing industry within the country, and the extent to which initiatives implemented by local government are preferred over those by central government.

This is not to say that any one country has adopted an optimal system. Rather, different countries can learn from each other in important ways.

For example, in Europe there is considerable resistance to the use of *smokeless* tobacco as a means of harm reduction, while in North America *smoke-free* legislation remains fragmented and generally implemented at a local level.

Which approaches are best? These are complex issues, and there is by no means consensus among the scientific community.

For this reason, dialogue between researchers is critical. The Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT; [http://](http://www.srnt.org)

**Marcus Munafò**

([marcus.munafò@bristol.ac.uk](mailto:marcus.munafò@bristol.ac.uk))

Reader in Biological Psychology, Department of Experimental Psychology, University of Bristol, United Kingdom. President of the Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT)





condividere le loro esperienze. L'SRNT è ora diventata una società veramente internazionale, come è dimostrato dall'esistenza di capitoli regionali, fra cui l'SRNT Europe, che ha recentemente tenuto il suo decimo convegno annuale a Roma, sponsorizzato dalla Società Italiana di Tabaccologia.

L'uso del tabacco, ed in particolare il fumo di sigaretta, ha radici profonde nella società, e sta ancora aumentando in alcuni paesi. Abbiamo bisogno di utilizzare tutte le evidenze ed esperienze per contrastare questa minaccia alla salute pubblica. In un mondo ideale vedremmo la fine dell'uso del tabacco in tutto il globo, ma questo è un obiettivo irrealistico nel breve termine. Insieme ai colleghi di molte organizzazioni europee, come il Royal College of Physicians, la European Respiratory Society, e la Action on Smoking and Health UK, credo invece che dovremmo lottare per ottenere la scomparsa del fumo di sigaretta nel medio termine, con l'obiettivo a lungo termine di eradicare finalmente del tutto l'uso del tabacco<sup>3</sup>.

La "rational scale" proposta da Nutt e colleghi enfatizza l'importanza centrale del danno nel determinare l'impatto dell'uso di varie droghe. Dovremmo quindi focalizzarci sulla riduzione del danno associato con l'uso del tabacco, mantenendo un solido approccio per estendere il controllo del tabacco, con l'obiettivo finale di eradicare l'uso del tabacco in tutto il mondo.

Per ottenere questo, abbiamo bisogno di fornire ai fumatori una alternativa realistica al fumo di sigaretta, che potrebbe includere prodotti non combustibili del tabacco invece che semplici prodotti farmaceutici a base di nicotina, e di convincere i fumatori che essi sono meno dannosi che continuare a fumare. Prima che questo possa accadere, tuttavia, dobbiamo convincere la comunità scientifica internazionale e le autorità governative nazionali che questo rappresenta un passo indispensabile verso l'obiettivo finale di porre fine all'uso del tabacco. L'uso del tabacco è associato ad un danno considerevole, ma, come non tutte le droghe sono ugualmente pericolose, così non lo sono tutte le forme di tabacco. ■

(Traduzione di Marco Mura)

**Nota:** L'autore è attualmente Presidente della Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe. Le opinioni espresse in questo articolo rappresentano quelle personali dell'autore.

### Bibliografia/References

1. Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
2. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Br Med J*, 328(7455), 1519.
3. Britton, J., & Edwards, R. (2008). Tobacco smoking, harm reduction, and nicotine product regulation. *Lancet*, 371(9610), 441-445.



*www.srnt.org/), founded in 1994, provides one forum which promotes such dialogue, and brings together scientists and clinicians from around the world to share their expertise.*

*It has grown to be a truly international society, reflected in the healthy regional chapters, such as SRNT Europe, which recently held its tenth annual meeting in Rome, sponsored by the Società Italiana di Tabaccologia.*

*Tobacco use, and in particular cigarette smoking, is deeply rooted in society, and is still increasing in certain countries. We need to use all of the available evidence and*

*expertise to tackle this most serious of public health challenges. In an ideal world we would see the end of tobacco use across the globe, but this may be unrealistic in the short term.*

*I would argue, in keeping with colleagues in many European organisations, such as the Royal College of Physicians, the European Respiratory Society, and Action on Smoking and Health UK, that we should strive for the disappearance of cigarette smoking in the medium term, with the longer term view of the eventual eradication of all tobacco use<sup>3</sup>.*

*The "rational scale" proposed by Nutt and colleagues emphasises the central importance of harm in determining the impact of the use of various drugs.*

*We should therefore focus on reducing the harm associated with tobacco use, while retaining a robust approach to extending tobacco control, with the eventual goal of eradicating tobacco use worldwide.*

*To achieve this, we need to provide smokers with realistic alternatives to cigarette smoking, which may include non-combustible tobacco products rather than simply pharmaceutical nicotine products, and convince smokers that these are less harmful than continuing smoking.*

*Before this can happen, however, we need to engage the tobacco control community and national regulatory authorities, and convince them that this is a necessary step towards the eventual goal of ending tobacco use. Tobacco use is associated with considerable harm but, in the same way that not all drugs are equally harmful, neither are all forms of tobacco. ■*

**Note:** The author is currently President of the Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe. The views expressed in this article represent the personal views of the author.



# “Chiamata alle armi” per i medici italiani nel trattamento del Tabagismo

## *Treating tobacco use and dependence: a call to arms for italian physicians*

**Michael C. Fiore, Wendy Theobald**

L' utilizzo del tabacco continua ad esercitare un peso senza precedenti sulla salute della popolazione italiana. Anche con il recente declino del numero di fumatori che si è verificato negli ultimi decenni in Italia, le ricadute del fumo rimangono enormi in termini di malattie, morti e costi economici. In questi Editoriale vogliamo mettere in evidenza la posizione chiave che rivestono i medici italiani nel processo di riduzione di questo peso, che è del tutto prevenibile. Descriveremo i termini e le sfide legate a questo problema per i medici italiani.



T obacco use continues to exact an unparalleled burden on the health of Italian residents. Even with declines in rates of tobacco use in Italy over the last few decades, the toll from smoking remains enormous in terms of illness, death, and economic cost. In this editorial, we make the case that Italian physicians are uniquely positioned to reduce this preventable burden. In making this case, we will describe the issue in terms of the problem and the opportunity, and end the editorial with a challenge to Italian physicians.

### IL PROBLEMA

La prevalenza dei fumatori in Italia si è stabilmente ridotta sin dal 1957, cioè da quando vengono fatte le rilevazioni, fino a raggiungere il 23,5% nel 2007<sup>1</sup>. La diminuzione è stata sostanziale tra gli uomini, mentre la proporzione di fumatrici è rimasta sostanzialmente stabile. Nella decade passata, l'Italia ha preso provvedimenti efficaci nel facilitare il declino della prevalenza del fumo attraverso le seguenti iniziative:

- Approvazione della vendita di farmaci per la cessazione del fumo (NRT a metà degli anni Ottanta, Bupropione nel 1999)<sup>2</sup>.
- Pubblicazione delle *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, nel 2002<sup>3</sup>.
- Approvazione di una nuova legge che ha proibito il fumo in tutti i luoghi pubblici chiusi nel gennaio 2005, diventando il quarto paese europeo ad imporre una tale restrizione<sup>4</sup>.

Nonostante questi notevoli sforzi, l'utilizzo del tabacco continua ad essere responsabile di una elevata mortalità ed altrettanto elevati costi per la sanità pubblica in Italia. Il fumo è una causa nota di varie patologie tumorali, malattie cardiovascolari, ictus cerebrale, complicazioni in gravidanza, broncopneumopatia cronica ostruttiva, e molte altre patologie<sup>5,6</sup>. Il fumo rimane quindi una delle principali cause prevenibili di morte. In Italia il cancro del polmone, che è direttamente causato dal fumo, è uno dei

### THE PROBLEM

The prevalence of smoking in Italy has steadily decreased since tracking began in 1957, reaching a low of 23.5 percent in 2007<sup>1</sup>. Declines have been substantial in men, but smoking rates have remained somewhat steady in women.

In the past decade, Italy has made significant progress in facilitating this decline through the following initiatives:

- Approving the sale of smoking cessation medications for the treatment of smokers (NRT in the mid 1980s and, later, bupropion in 1999)<sup>2</sup>.
- Releasing a clinical practice guideline, *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, in 2002<sup>3</sup>.
- Establishing a country-wide ban on all indoor smoking in January 2005, becoming the fourth European country to impose such wide-reaching restrictions<sup>4</sup>.

Despite these noteworthy efforts, tobacco use continues to exert a heavy toll on the health and mortality of Italian residents. Tobacco use, particularly smoking, is a known cause of multiple cancers, heart disease, stroke, complications of pregnancy, chronic obstructive pulmonary disease, and numerous other diseases<sup>5,6</sup>.

It remains one of the leading preventable causes of death. In Italy, lung cancer, which is directly caused by smoking, is one of the most common cancers, and accounts for 30% of cancer deaths in Italian men<sup>7</sup>.

**Michael C. Fiore**

*(mcf@ctri.medicine.wisc.edu)*

*Professor of Medicine, Director, UW-CTRI*

*University of Wisconsin - School of Medicine and Public Health - Madison, USA*

**Wendy Theobald**

*UW-CTRI*

*University of Wisconsin*

*School of Medicine and Public Health - Madison, USA*



tumori più comuni, ed è responsabile del 30% dei decessi per patologia tumorale tra gli uomini italiani<sup>7</sup>. Considerando le conseguenze sulla salute e la longevità della popolazione, il costo dell'uso del tabacco sulla società italiana è enorme. In una analisi costo-beneficio dei costi attribuibili al fumo, il Ministero della Salute ha stimato che i costi totali (inclusi gli anni di vita potenziale persi, le spese mediche e le perdite produttive) sono compresi tra i 5.802.088.424 e i 6.182.277.900 di euro entro il 2010<sup>8</sup>. Gli autori hanno concluso che efficaci strategie anti-tabacco potrebbero risultare in un risparmio potenziale di 1.360 milioni di euro entro il 2010<sup>8</sup>.

## L'OPPORTUNITÀ

Quali sono le strategie anti-tabacco più efficaci, che risulteranno in un ulteriore declino nell'uso del tabacco tra gli Italiani? Qual'è la migliore via per proteggere i giovani italiani, la maggioranza dei quali comincia a fumare durante l'adolescenza<sup>1</sup>? Le politiche anti-tabacco come i divieti di fumare e gli incrementi di prezzo sono componenti necessarie ma insufficienti a raggiungere l'obiettivo. Uno dei più importanti interventi anti-tobacco ha luogo durante le visite dal medico di famiglia. Almeno il 70% degli Italiani adulti sono visti una volta all'anno dal loro medico di famiglia<sup>9</sup>; ciononostante, un recente articolo sull'*American Journal of Preventive Medicine* ha trovato che solo il 22% dei fumatori riceve consigli sulla cessazione del fumo durante la loro visita<sup>10</sup>. Ancora più scoraggiante è il fatto che soltanto il 9.4 % dei fumatori correnti ha provato una farmacoterapia durante un tentativo di smettere<sup>2</sup>, nonostante la forte evidenza che una medicazione può triplicare la probabilità di successo<sup>5</sup>. Vi sono ora molte efficaci strategie per aiutare i fumatori che vogliono smettere, e per motivare coloro che non sono ancora pronti a farlo. Molti studi hanno indicato che un intervento di counseling per smettere, sia esso nello studio del medico o attraverso quitlines locali o nazionali, può incrementare la probabilità di successo. Il counseling può essere usato da solo o in combinazione con altri trattamenti. In particolare, il counseling motivazionale è stato usato per aumentare i tentativi di smettere tra i fumatori che non erano inizialmente interessati a farlo<sup>11</sup>. Le linee guida per la pratica clinica sia italiane che americane esortano i medici a "fornire un consiglio forte e senza ambiguità a smettere ad ogni fumatore ed ad ogni visita"<sup>10</sup>. Le U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline, *Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update*<sup>11</sup>, identificano inoltre sette diversi farmaci di prima linea che sono efficaci nella cessazione del fumo, oltre a citare varie combinazioni di medicazioni. I medici italiani stanno trascurando l'importante opportunità di intervenire in quella che l'OMS definisce una epidemia globale<sup>12</sup>. E' particolarmente preoccupante che solo il 3,3% dei giovani italiani che fumano (di età tra i 15 e i 24 anni) esprimano la volontà di smettere nei prossimi 6 mesi<sup>1</sup>. I medici di base sono nella posizione migliore per poter pomuovere tra gli Italiani comportamenti più salutari.

## LA SFIDA

Come possono i medici italiani essere incoraggiati ad affrontare il problema del tabagismo tra i loro pazienti? Un primo,



*Compounding the enormous cost that tobacco use exerts on human health and longevity, the financial costs to Italian society is extraordinary.*

*In a cost-benefit analysis of smoking-attributable costs, the Italian Ministry of Health estimated that total costs (including years of potential life lost, medical expenditures, and productivity losses) will range from 5.802.088.424 euros to 6.182.277.900 euros by 2010<sup>8</sup>. The authors concluded that effective anti-tobacco strategies could result in potential savings in healthcare costs of 1.360 million euros by 2010<sup>8</sup>.*

## THE OPPORTUNITY

*What are the most effective anti-tobacco strategies that will result in further declines in overall tobacco use among Italians? What is the best way to protect Italian youth, the majority of whom begin smoking in their teens<sup>1</sup>? Anti-tobacco policies, such as smoking bans and price increases, are necessary components, but insufficient to accomplish this goal.*

*One of the most important tobacco use interventions must occur during clinic visits with physicians. At least 70% of Italian adults are seen annually by their primary care physician<sup>9</sup>; yet a recent report in the American Journal of Preventive Medicine found that only 22% of smokers received smoking cessation advice during their visit<sup>10</sup>. Even more discouraging, only 9.4 % of current smokers have tried any pharmacotherapy during a quit attempt<sup>2</sup> despite strong evidence that cessation medication can double or triple quitting success<sup>5</sup>. There are now many effective treatment strategies to help smokers who want to quit or to help motivate those who are not yet ready to quit.*

*There is strong evidence that cessation counseling, whether in the clinician's office or through local or national quitlines, can increase successful quitting. Counseling can be used alone or in conjunction with other treatments.*

*And, motivational counseling has been shown to increase quit attempts among smokers who were not initially interested in quitting<sup>11</sup>. Both the U.S. and the Italian clinical practice guideline urge physicians to "provide strong and unambiguous advice to quit to any smoker at each visit"<sup>10</sup>. In addition, the U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline, *Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update*<sup>11</sup>, identifies seven different first-line effective medications for smoking cessation as well as several combinations of medications that are highly effective.*

*Italian physicians are neglecting a valuable opportunity to intervene in what the World Health Organization calls a global epidemic<sup>12</sup>. It is particularly worrisome that only 3.3% of Italian youth who smoke, age 15 to 24, expressed any intention to quit within the next 6 months<sup>1</sup>. Primary care physicians are well positioned to effect significant changes in the health behaviors of Italian residents and to impact the future behaviors of Italy's youth.*

## THE CHALLENGE

*How can Italian physicians be encouraged to address tobacco use among their patients who smoke? An essential first step is to reduce*





essenziale passo è quello di ridurre la prevalenza del fumo tra i medici stessi, che viene stimata essere simile a quella della popolazione generale<sup>13</sup>. Una recente indagine di Smith et al. (2007) stima che circa un quarto dei medici italiani fuma<sup>14</sup>. I medici che fumano sono chiaramente meno propensi a promuovere la cessazione del fumo tra i loro pazienti<sup>15</sup> ed a sottostimare gli effetti del tabagismo sulla salute. Un secondo passo, di importanza critica, è quello stabilire un protocollo standard di trattamento della dipendenza dal tabacco per l'Italia, cosicché nessun paziente fumatore lasci l'ambulatorio del medico senza gli venga offerto un trattamento basato sull'evidenza. Il trattamento può consistere nel counseling motivazionale per coloro che non intendono smettere, ed un counseling per la cessazione per coloro che invece vogliono provare, il quale può essere combinato con la terapia farmacologica. Siccome i medici non lavorano isolati, questo standard richiede una coordinazione di sforzi nell'ambito del sistema sanitario nazionale. Strategie come la semplificazione delle cartelle mediante registrazione su supporto elettronico, feedback sui risultati, metodi di incentivazione e di distribuzione dei doveri nel team dell'unità operativa dovrebbero essere componenti di questi interventi coordinati di cessazione. I fumatori rappresentano una audience ricettiva, e un consiglio coerente da parte del medico a smettere di fumare può influenzarne significativamente il successo nella cessazione<sup>16</sup>.

Il trattamento della dipendenza da tabacco è una sfida importante per la salute pubblica. I medici italiani sono in una posizione unica per rispondere adeguatamente a questa sfida. Se lo faranno, potranno sostenere ed aumentare gli effetti dei notevoli sforzi già compiuti in Italia per combattere l'epidemia delle malattie correlate al fumo, nonché i costi economici che ne derivano. ■

(Traduzione di Marco Mura)

## Bibliografia/References

1. Ferketich AK, Gallus S, Iacobelli N, Zuccaro P, Colombo P, La Vecchia C. Smoking in Italy 2007, with a focus on the young. *Tumori*. Nov-Dec 2008;94(6):793-797.
2. Ferketich AK, Gallus S, Colombo P, et al. Use of pharmacotherapy while attempting cessation among Italian smokers. *Eur J Cancer Prev*. Feb 2009;18(1):90-92.
3. Osservatorio Fumo Alcol y Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Roma: Istituto Superiore de Sanita; 2002.
4. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, et al. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol*. Feb 2006;17(2):346-347.
5. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service.; 2008.
6. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
7. Inghelmann R, Grande E, Francisci S, et al. Regional estimates of lung cancer burden in Italy. *Tumori*. Jul-Aug 2007;93(4):360-366.
8. Piazza A, Campisi D, Gianluca M, Spizzichino L, Galeone D, Giaccio M. Cost-benefits analysis of the Italian Ministry of Health Strategy on Smoking. Available at: [http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/convegna/convegna\\_fumo\\_2008/poster\\_fumo/poster\\_Piazza.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/convegna/convegna_fumo_2008/poster_fumo/poster_Piazza.pdf). Accessed Mar 6, 2009.
9. Pileggi C, Carbone V, Pavia M, Angelillo IF. Patients' perceptions and related behaviours on role of primary care physician in Italy. *Eur J Public Health*. Sep 2004;14(3):258-260.
10. Ferketich AK, Gallus S, Colombo P, et al. Physician-delivered advice to quit smoking among Italian smokers. *Am J Prev Med*. Jul 2008;35(1):60-63.
11. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*. Aug 2008;35(2):158-176.
12. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
13. Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori*. May-Jun 2003;89(3):250-254.
14. Smith DR, L'Abbate N, Lorusso A. [Tobacco smoking among Italian physicians]. *G Ital Med Lav Ergon*. Jul-Sep 2007;29(3 Suppl):491-492.
15. Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Ravelli L, Donner CF. Personal smoking habit and attitude toward smoking among the health staff of a general hospital. *Monaldi Arch Chest Dis*. Feb 1998;53(1):74-78.
16. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Serv Res*. Dec 2006;41(6):2114-2135.

# Tribuna



## Romania: un lungo cammino per una storia a lieto fine

### *Smoking cessation in Romania: a long way to happy-end story*

**Antigona Trofor**

**L**a terapia del tabagismo è una specializzazione abbastanza recente per i medici rumeni. Dalla fine degli anni '80 del secolo scorso fino ad oggi si è percorsa una strada lunga e tortuosa, ma alla fine, possiamo dire, la disassuefazione dal fumo è oggi fortemente ricercata, ed inoltre è gratuita!

#### **Sviluppo di un centro per la disassuefazione dal fumo**

Alcuni cenni storici sono doverosi. Il primo approccio per smettere di fumare tabacco risale a circa 30 anni fa ed è di pochi medici specialisti del torace, cardiologi o specialisti di medicina interna, negli ospedali universitari metropolitani. L'approccio era limitato alla semplice frase: "devi smettere di fumare" e veniva applicato esclusivamente ai pazienti con diagnosi di malattie respiratorie o cardiovascolari. Lo stesso modello elementare di intervento si è occasionalmente trovato in ostetricia o in oncologica, quando veniva scoperta una gravidanza o una neoplasia.

Si sono avuti in seguito due importanti momenti nel controllo del tabacco in Romania: nel 1994 è nato il primo NGO, *Aer Pur Romania*, mirato a proteggere i diritti dei non-fumatori ed nel 1997 è stata messa in circolazio-

**S**moking cessation is a rather young skill of Romanian practitioners. From late '80-s of past century till nowadays, a long and tortuous way was traveled, but in the end, smoking cessation "is wanted" in 2009 and moreover, it's for free!

#### **Developing a smoking cessation center**

*Some historical remarks impose.*

*First approach to tobacco use cessation is dated about thirty years ago and belongs to few chest physicians, cardiologists or internal medicine specialists in university hospitals of big cities. Approach was limited to the simple: "you must quit smoking" sentence and delivered strictly to respiratory or cardio-vascular diseases diagnosed patients. The same elementary intervention*

*pattern was occasionally found in obstetrics or oncology care, when pregnancy or neoplasia revealed.*

*Two important moments in Romanian tobacco control followed: 1994 brought the birth certificate of first NGO aimed to protect non-smokers rights and 1997 made available 2 mg nicotine gum as first pharmacological quitting smoking therapy in our country. Consequently, situation slightly improved, as under the umbrella of Aer Pur Romania NGO, several projects destined to smoke free environments, training in*



Iasi (Romania): Palazzo della cultura.

**Antigona Trofor** ([atrofor@yahoo.com](mailto:atrofor@yahoo.com))

Università di Medicina e Farmacia "Gr. T. Popa" Iasi, Romania. Coordinatore per la disassuefazione dal fumo nella Clinica delle Malattie Polmonari di Iasi (Romania).



ne la di nicotina in gomme da 2 mg come prima terapia per smettere di fumare. Di conseguenza la situazione è leggermente migliorata, perché sotto l'egida di Aer Pur Romania hanno iniziato ad andare avanti vari progetti destinati all'ambiente senza fumo, alla formazione nel controllo del tabacco ed ad educare ad uno stile di vita sano, potendo fornire contemporaneamente una terapia ai fumatori desiderosi di smettere. Ma la gomma alla nicotina fu subito ritirata dal



Romania:  
mappa con  
le regioni.

mercato nel 2002, e così per 7 anni (2001-2007) il solo farmaco per trattare i consumatori di tabacco è rimasto il Bupropione. Questi sono stati "tempi duri" se si pensa che la disassuefazione dal fumo era basata peraltro sull'occupazione part-time e di volontariato da parte di pochi medici nelle grandi città, soprattutto negli ospedali per le malattie respiratorie, e solo l'entusiasmo e la dedizione hanno potuto dare sviluppo e continuità a questo settore senza nessun supporto finanziario né di strutture, e nessuna speranza di vedersi riconosciuti ufficialmente da enti pubblici amministrativi e professionali sanitari.

Il Centro per la disassuefazione dal fumo nella Clinica per le Malattie Respiratorie di Iasi si è sviluppato a partire dal 2000 a seguito di un'iniziativa nazionale per assegnare fondi solo per le attrezzature di uffici da adibire ai Centri Antifumo per i fumatori intenzionati a smettere. Ciò non si è verificato solo a Iasi, ma anche in altre due città del Paese: Bucarest e Timisoara. Da allora, fino al 2007, il nostro Centro ha acquisito una competenza basata su attività di volontariato al 100%. Inoltre, a seguito dell'affiliazione all'Università di Medicina, il Centro ha formato personale e costituito una squadra in grado di trattare la dipendenza da tabacco.

Tali circostanze di iniziale inconsistente esperienza con così poche terapie farmacologiche a disposizione od un approccio precario e incoerente al paziente dovuto a mancanza di spazi specifici, di personale e di tempo, a pensarci ora appare frustrante. Contemporaneamente era deficitaria l'educazione sanitaria verso il problema fumo nella popolazione generale, poiché erano praticamente assenti le campagne di prevenzione del tabagismo, ed i pazienti dovevano acquistare il Bupropione interamente a loro spese, il cui costo era considerato piuttosto alto se rapportato ad individui con basso reddito. Non esistevano data-base dei pazienti fumatori, né linee telefoniche o mezzi simili per contattare e continuare a seguire i fumatori nel loro percorso di disassuefazione dal fumo che non veniva riconosciuto ufficialmente come settore indipendente remunerabile dell'attività medica.

Per riassumere la nostra esperienza tra il 2000 ed il 2007, con una richiesta di 5-10 pazienti prenotati a settimana, i fumatori potevano avere 2 medici formati e 2 trainer che li assistevano

tobacco control and healthy life-style education began to be carried on and in the same time, smokers willing to quit could be provided therapy. But the nicotine gum was soon withdrawn from the market, in 2002, and so, for 7 years (2001-2007) the only available drug to treat tobacco users remained bupropion. These were "hard times", if thinking smoking cessation was delivered as a volunteer & part-time job by few doctors in big cities, mainly in

respiratory diseases hospitals and only enthusiasm and devotion could make them continue to develop this field without any funding, facilities support, or any hope to be officially recognized by health professionals administrative bodies.

The smoking cessation center in the Clinic of Pulmonary Diseases of Iasi has developed since 2000, due to a national initiative to allocate funds just for office facilities in order to address smokers to quit. This happened not only in Iasi, but in other two cities of the country: Bucharest and Timisoara. Ever since, until 2007, our center has gained expertise based on 100% volunteer activity. Also, due to Medicine University affiliation, the center has trained personnel and built a team able to provide treatment of nicotine dependence. Those circumstances of inconsistent experience with so few pharmacological therapies or incoherent approach of the patient due to lack of specific space, staff and time, may seem now frustrating. In the same time, education in the general population was deficient, as smoking prevention campaigns were practically absent, as patients had to buy bupropion, covering entirely its cost, which was considered rather high, if related to low income individuals.

No database of smokers-patients, no telephone line or similar tools to contact smokers in follow-up, were available and smoking cessation was not officially recognized as an independent field of the medical activity.

To summarize our experience between 2000-2007: with a demand of 5-10 patients appointed/ week, smokers could find 2 trained doctors and 2 trainees to assist quit attempts, they had to buy medication for a complete cure and no follow-up resources were provided, except the carbon monoxide measurements in exhaled air, as a private equipment available from a clinical research project developed in our center. Personnel working in smoking cessation, either full time employees of the hospital in charge with respiratory diseases in-patients, either teaching in the Medicine University, or both, did not receive any specific salary for smoking cessation activity.

As regards tobacco control context, the existing antitobacco law-since June 2002- was weak and needed reinforcement, tobacco products advertising was still allowed until 1st of January 2007 and Romanian smoking cessation guidelines became available only in 2008.





nei tentativi di disassuefazione, dovevano acquistare a spese proprie la terapia per una cura completa e non venivano fornite risorse per un follow-up organico al di là della rilevazione del monossido di carbonio nell'aria esalata, grazie a una donazione privata frutto di un progetto di ricerca clinica sviluppato nel nostro Centro. Il personale che lavorava nel Centro antifumo, sia quello impiegato a tempo pieno nell'ospedale, incaricato della cura ai malati pneumologici, sia quello che insegnava alla Facoltà di Medicina, od in entrambi i casi, non riceveva uno stipendio specifico per l'attività di terapia del tabagismo.

Per quanto riguarda il contesto del controllo del tabacco, la legge antitabacco esistente dal Giugno 2002 era debole ed occorreva che venisse rafforzata; la pubblicità dei prodotti di tabacco è stata permessa fino al 1° Gennaio 2007 mentre le linee guida per la cessazione del fumo in Romania sono state disponibili solo nel 2008.

### Verso un programma nazionale per il controllo del tabacco e la terapia del tabagismo

Divenire membro dell'Unione Europea nel 2007 ha portato importanti cambiamenti nel quadro del controllo del tabacco in Romania con un impatto positivo sullo sviluppo della cessazione del fumo. Sono da citare alcuni aspetti:

- progresso nella messa al bando del fumo: la pubblicità del tabacco è stata totalmente proibita, entrata in vigore della legislazione contro il fumo nei locali pubblici, dibattiti pubblici per preparazione delle illustrazioni sui pacchetti di sigarette a partire dal 2008 e sui pacchetti di sigaretti nuovi avvertimenti sulla pericolosità.
- si sono rese disponibili nuove terapie farmacologiche (quali Vareniclina, la gomma da masticare ed i cerotti alla nicotina)
- il Ministero della Salute ha stanziato fondi per programmi-pilota per la cessazione del fumo sia per adulti che per adolescenti.

Il programma pilota per adulti *"Stop al Fumo"* del 2007 che prevedeva il rimborso dell'attività di disassuefazione dal fumo, un numero telefonico verde ed il costo della cura, ha rappresentato una prima fase sperimentale durata 3 mesi (ottobre-dicembre 2007) di un programma nazionale sviluppato in vari Centri Rumeni di disassuefazione dal fumo.

Come programma sperimentale il progetto si era sviluppato con un modesto importo di fondi mirati ad identificare la fattibilità ed il miglior modello futuro di un possibile e sostenibile programma nazionale. Di conseguenza, sono stati scelti 16-20 Centri, ciascuno dei quali era in grado in questa fase sperimentale di prendere in carico 50-100 pazienti, su richiesta locale. Il nostro Centro, uno dei 16 centri-pilota nel 2007, ha riportato un'esperienza positiva con gli indici di richiesta di invio, di conformità al trattamento e di astinenza dal fumo più alti mai registrati.

### Terapia del tabagismo rimborsata: due anni di successi

Nel 2008 *"Stop al Fumo"* divenne un programma nazionale, esteso a 58 Centri, coprendo così la maggioranza delle aree del

### Towards a national smoking cessation program

Becoming an EU member in 2007 brought important changes into the Romanian tobacco control picture with a positive impact on smoking cessation development.

Some aspects to mention:

- *smoking ban in progress: tobacco advertising was fully forbidden, enforced legislation against smoking in public places, public debates to prepare cigarettes packs pictorials to issue in 2008 and new cigarette packs warnings.*
- *new pharmacological therapies for smoking cessation (such as Varenicline and nicotine gum and patches) became available.*
- *Health Ministry allocated funds for smoking cessation pilot programs both for adults and teenagers.*

The 2007 "Stop smoking" pilot program for adults, to reimburse smoking cessation activity, a green-line phone and cost of medication was an experimental 3 months (October-December 2007) first phase of a national program run in several Romanian smoking cessation centers. As an experimental program, the project was developed with

small amount of funds, aiming to identify feasibility and future best pattern of a likely national program to implement in 2008. Consequently, about 16-20 centers were chosen, each able to take in charge, in this experimental phase, 50-100 patients, upon

local request. As one of the 16 pilot centers in 2007, our center reported back a positive experience with higher ever registered addressability, treatment compliance and smoking abstinence rates.



### Reimbursed smoking cessation – two years of success

In 2008, Stop smoking became a national program, to run in 56 centers, covering most of the country's areas, designed to reimburse smoking cessation (SC) provided by doctors and also psychologists in some centres, green-line phone, medication (varenicline, bupropion, nicotine patches), equipment to monitor carbon monoxide in exhaled air, even a media campaign to advertise free of charge smoking cessation and various objects with logo to stimulate patients to quit smoking. Governmental funding of the program was provenient from tobacco sellings



Paese. Era previsto il rimborso della prestazione effettuata da medici e psicologi (ove disponibili), una linea verde telefonica, gratuità dei farmaci (Vareniclina, Bupropione, cerotti alla nicotina) e delle attrezzature per il monitoraggio del monossido di carbonio nell'aria espirata. Fu prevista perfino una campagna dei "massmedia" per pubblicizzare la disassuefazione dal fumo gratuita, con distribuzione di vari gadget con un logo, per incuriosire e stimolare i pazienti all'abbandono del fumo.

I fondi governativi del programma provenivano dalla tassazione delle vendite del tabacco. Inoltre, oltre a questo programma di disassuefazione dal fumo, che aveva per obiettivo gli adulti, altri due programmi nazionali sono stati finanziati nel 2008 dal Ministero della Salute rumeno con la stessa fonte di denaro: "Io Non Fumo", mirato a sviluppare le capacità per il rifiuto delle sigarette negli alunni del ginnasio con lezioni-video e "La Disassuefazione dal Fumo degli Adolescenti", volto a far smettere di fumare gli adolescenti con sessioni interattive fornite da ausiliari con premi ed incentivi per gli astinenti.

Il programma di disassuefazione dal fumo per gli adulti è ora nel suo secondo anno di vita ed è apprezzato e considerato un successo sia dai pazienti che da chi presta la sua opera nei Centri Antifumo. I fondi per i trattamenti sono soddisfacenti e coprono le richieste di terapie nella maggioranza dei Centri.

Per elaborare e applicare il contenuto del programma i fumatori vengono prenotati nei Centri Antifumo tramite il numero verde telefonico. Alla valutazione iniziale, con completamento della registrazione dei dati d'archivio compresa l'anamnesi ottenuta dal medico generico del paziente, viene prescritta gratuitamente la terapia e programmate 3-6 visite di follow-up in base ai risultati di ogni singolo caso. È obbligatoria una valutazione finale al termine del trattamento dopo i tre mesi ed un follow-up di 6 mesi o a lungo termine può essere effettuato anche telefonicamente. Ad ogni visita di controllo (follow-up) si valuta lo stato di astensione dal fumo con determinazione del monossido di carbonio, gli eventuali effetti collaterali del trattamento e gli eventuali segni di astinenza residui; il tutto viene registrato su file data-base. Fatta l'ultima visita per la fine trattamento dopo i tre mesi si deve compilare un altro file di dati finale con monitoraggio dell'astensione. Tutti i dati d'archivio dei pazienti vengono inseriti in un rapporto mensile su modulo, ed inviati ai coordinatori nazionali, sia via e-mail che per fax, per mantenere una testimonianza di dati sui costi della cura e sui pazienti che hanno avuto accesso al programma.

### Alcune criticità e punti di forza del programma in prospettiva futura

I quasi due anni di coinvolgimento nel programma nazionale, prendendo in considerazione l'esperienza di lavoro precedente, ci permettono di raccomandare alcuni suggerimenti e cambiamenti che mirano a migliorare il contenuto del programma:

- inserire anche la gomma da masticare ed i cerotti alla nicotina recentemente disponibili, oltre che da 5, anche da 10 mg di nicotina nel prontuario dei medicinali gratuiti da dare, se occorre, in combinazione con gli unici sostituti della nicotina

taxation. Moreover, besides this SC program targeting adults, two other national programs were funded from the same sources in 2008 by the Romanian Health Ministry: I Do Not Smoke (aiming to develop cigarette refusal skills in gymnasium pupils by video-lessons) and Adolescent Smoking Cessation (provides smoking cessation to adolescents by interactive sessions delivered by young acilitators; quitters and reducers receive prizes and incentives).

The smoking cessation program for adults is running now in its second full year and is appreciated by both patients and SC providers as a success. Funds for medication are satisfactory and cover requests for therapy in most of the centers.

To explain program's content: it is supposed smokers are appointed SC centers visits by the green phone line. Upon initial evaluation, with file record completion, including medical history available from patients' G.P., they are prescribed free of charge therapy and scheduled to 3-6 follow-up visits, depending on each patient's profile. Final 3 months end of treatment evaluation is mandatory and 6 months or long term follow-up can be done also by telephone. Each follow up visit is bringing smoking status and withdrawal/ treatment side effects evaluation and carbon monoxide determination. All these data are introduced in a monthly report form and sent to the national coordinators both by Email and fax, to keep an up to date evidence of medication supplies and patients within the program.



### Some limits of the program to be got over in the future

Almost two years involvement in the national program, taking into consideration previous work experience, enables us to recommend few beneficial changes, as lessons for the future, aiming to improve program's content,

- to include also nicotine gum and newly available 5, 10 mg nicotine patches on the free of charge medication list, to be given when needed, as alternative or in combination to 15 mg nicotine patches. Up to now, only 15 mg nicotine patches were allowed within the national program.
- to improve visit paper records format by introducing additional information about smoking profile, smoking abstinence progress and medical history,
- to record abstinence after 6 months, instead of 3 months end of treatment visit, as abstinence standard criteria require,
- to allow separate funding for educational materials and media



- autorizzati fino al 2008: i cerotti alla nicotina da 15 mg;
- migliorare il format delle registrazioni su carta delle visite introducendo informazioni aggiuntive sulle caratteristiche del fumatore, il progresso nell'astensione dal fumo e l'anamnesi;
  - registrare la visita finale alla fine del trattamento dopo 6 mesi anziché 3 mesi, come richiedono i criteri standard per l'astensione dal fumo, poiché abbiamo gestito molti casi con trattamento prolungato che sono andati oltre i tre mesi di trattamento;
  - stanziare fondi separati per il materiale educativo e campagne sui "media" aventi per obiettivo la popolazione generale;
  - dare supporto allo sviluppo di una rete di medici generici addestrati a fornire sistematicamente dei suggerimenti di 1° livello;
  - ripartizione di fondi per le terapie farmacologiche, che deve essere flessibile, in base all'esperienza progressivamente acquisita ed ai risultati, anziché denaro distribuito "equamente" a pioggia; il che ha creato discrepanze nelle forniture dei farmaci da parte dei Centri a causa delle differenze di prezzo tra il costo della Vareniclina (tre volte maggiore) e gli altri;
  - approccio il più possibile uniforme in tutti i Centri per la cessazione del fumo applicando linee guide.

Ciò nonostante, possiamo equilibrare questi aspetti perfettibili con altri commenti positivi su questo programma pilota di disassuefazione dal fumo con rimborso spese:

- si è registrato il massimo numero di richieste per accedere al nostro Centro Antifumo;
- abbiamo dovuto diversificare la nostra attività di smoking cessation, poiché abbiamo dovuto prendere in carico molti pazienti esterni, mentre prima si pensava che la maggior parte del nostro lavoro fosse per i pazienti interni, ricoverati o ambulatoriali;
- l'accettazione da parte dei fumatori dei nostri consigli unitamente ad un trattamento farmacologico gratuito è stata superiore a quella della nostra precedente esperienza;
- la percentuale di successo è aumentata (34.7%) con i farmaci gratuiti e superiore ai programmi svolti precedentemente nel nostro Centro <sup>1,2</sup>;

Pertanto un'attenta analisi dell'approccio che permette una strategia di disassuefazione dal fumo rimborsata suggerisce vantaggi aggiuntivi, cioè:

- crescente interesse del nostro personale ospedaliero per la disassuefazione dal fumo, sia come coinvolgimento nella no-smoking policy ospedaliera sia per la maggior consapevolezza sul problema tabagismo del nostro personale fumatore;
- la disassuefazione dal fumo è divenuta più popolare e socialmente meglio accettata nella generalità della popolazione e tra gli operatori degli altri servizi sanitari della nostra città.

## Discussione

Un esame della letteratura scientifica del settore rivela che il rimborso o la compensazione dei costi di terapia (sia per il counseling che per i farmaci) da parte delle assicurazioni sanitarie sta determinando un aumento di fumatori che intendono

- campaigns targeting general population,*
- to support trainings in the field of SC for G.P.'s aiming to develop a G.P.-s network capable to provide brief advice systematically,*
- repartition of funds for medication must be flexible, according to progressive gained experience and outcomes, instead of equal money distribution for each pharmacological therapy category, which created discrepancies in drug supplies, due to price differences among cost of varenicline (three times higher) and others.*
- unitary approach in all smoking cessation centers by applying guidelines recommendations.*

Nevertheless, we can balance these perfectible aspects, by other positive comments:

- the reimbursed smoking cessation pilot program registered the higher addressability ever in our center.*
- our SC activity diversified, as we had to take in charge many outpatients, when thinking before this program, most of our work was dedicated to inpatients.*
- smokers' compliance to counseling delivered together with for free pharmacological treatment was superior than in our former experience.*
- success rate was increased (34.7%) by free of charge medication and superior to previous programs run in our center<sup>1,2</sup>*
- Careful annalysis of the approach a reimbursed smoking cessation strategy allows, suggests additional advantages, such as:*
- a growing interest of our hospital personnel for smoking cessation, both for the smoke-free policy and for quitting tobacco use in smoking staff members.*
- smoking cessation became more popular in general population and among other health services in our city.*

## Discussion

Literature review in the field shows reimbursement or compensation of costs of therapy (both counselling and medication) by health insurance bodies is increasing proportion of smokers willing to use therapy, to make quit attempts and to successfully quit smoking<sup>3,4,5</sup>.

Cochrane review in 2005 revealed insurance systems to offer a full financially covered nicotine dependence treatment provide higher rates and duration of self-reported tobacco use abstinence, at a relatively low price, compared to benefits of partial or absent costs compensation<sup>6,7</sup>. Free of charge (to be reimbursed in advance) or discount medication has increased abstinence rates and number of medical prescriptions<sup>8</sup> and finally, removing all therapy costs barriers will lead to maximum rate of medication use<sup>9</sup>.

## Conclusions

Free of charge smoking cessation therapy and payment of personnel for smoking cessation activity has increased addressability in our smoking cessation center, making us feel smoking cessation "is really wanted". As well, patients' compliance to quit tobacco was higher than ever. And why not admit that even if bureaucratic aspects of funding encountered (only one doctor





usare la terapia, che fanno tentativi di abbandono del fumo e poi riescono ad abbandonarlo con successo<sup>3,4,5</sup>.

D'altra parte una Cochrane Review del 2005 evidenziò che i sistemi assicurativi che offrono un trattamento per la dipendenza da nicotina a copertura finanziaria totale portano quote più alte e durata maggiore di astensione auto-riferita dall'uso del tabacco, ad un prezzo relativamente basso, se comparato ai costi assenti o parziali sul medio-breve termine ma certamente non sul medio-lungo<sup>6,7</sup>. Inoltre la gratuità (da rimborsare in anticipo) o lo sconto sui farmaci aumentano le quote di astinenza ed il numero di prescrizioni mediche<sup>8</sup>. Infine, togliere tutte le barriere dei costi delle terapie porterà alla massima quota di utilizzo dei medicinali<sup>9</sup>.

## Conclusioni

La terapia gratuita per la disassuefazione dal fumo e la remunerazione del personale per questa attività ha aumentato il numero di richieste nel nostro Centro Antifumo e ci ha fatto capire che molti fumatori sono realmente alla ricerca di un aiuto efficace. Nello stesso tempo c'è stato un elevato consenso da parte dei pazienti ad abbandonare il tabacco.

E perché non ammettere che nonostante gli aspetti burocratici incontrati per i finanziamenti (il programma nazionale prevede il finanziamento per un solo medico part-time per ciascun Centro; inoltre i fondi governativi per la disassuefazione dal fumo, disponibili solo in seno al programma nazionale, devono essere spesi entro l'anno finanziario) la motivazione di un medico ad esser coinvolto nell'attività di disassuefazione dal fumo viene altamente incoraggiata se retribuita?

Che cosa ci riserva il futuro? Si prevede un programma di disassuefazione dal fumo per adulti con rimborso statale, che continui per tutto il 2009, ma con un budget inferiore. Possiamo comunque concludere che, al di là delle prevedibili difficoltà e criticità, l'esperienza di questo programma governativo finanziato per la smoking cessation è risultata estremamente positiva che speriamo possa essere riproposta in futuro. ■

*allowed to be employed part-time/center, governmental funds for smoking cessation available only inside the national program and to be spent within financial year), a doctor's motivation to get involved in smoking cessation activity is highly encouraged, when reimbursed.*

*What about the future?*

*It is expected national reimbursing smoking cessation program for adults, to continue in 2009, but with reduced funding strategy. Even so, we can conclude reimbursed smoking cessation is a positive experience in our center and hopefully will be continued in the future. ■*

## Bibliografia

1. Trofor A, Mihaescu T, Esanu V, Grigoras C. Smoking cessation with bupropion - is it successful enough? ERS Annual Congress Copenhagen 2005, Abstract book; 26: Suppl. 49, 388s.
2. Trofor A, Frasila E-I, Mihaescu T. Smoking cessation in Romania - from hope to certitude- BMJ - Romanian edition 2007; vol 13, nr10: 458-61.
3. Doescher MP, Whinston MA, Goo A, et al. Pilot study of enhanced tobacco-cessation services coverage for low-income smokers. Nicotine Tob Res 2002; 4 Suppl 1: S19-24.
4. Schauffler HH, McMenamin S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. Tob Control 2001;10:175-80.
5. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. Addiction 2005; 100:1012-20.
6. Harris JR, Schauffler HH, Milstein A, et al. Expanding health insurance coverage for smoking cessation treatments: experience of the Pacific Business Group on Health. Am J Health Promot 2001; 15: 350-6.
7. Reda AA, Kaper J, Fikretler H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD004305. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.pub3.
8. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, et al. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. Prev Med 1991; 20: 486-96.
9. An LC, Schillo BA, Kavanaugh AM, et al. Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. Tob Control 2006; 15: 286-93.

Buon 2010  
ai lettori  
di Tabaccologia





# FDA e tabacco

Antonio Costantino, Vincenzo Nesticò

In un articolo pubblicato su *New England of Medicine*<sup>1</sup> in data 31 luglio 2008, il dr. Allan Brandt, professore di Storia della Medicina presso la Harvard Medical School di Boston, discuteva della ventilata assegnazione, dopo oltre mezzo secolo di dibattiti, alla *Food and Drug Administration* (FDA) di competenze in materia di prodotti dell'industria del tabacco. Infatti il Congresso degli Stati Uniti stava, come avvenne da lì a poco, per approvare una legge di importanza epocale, che amplia i poteri dell'Agenzia cui è già demandata la sorveglianza sui farmaci e gli alimenti, conferendole le prerogative di Ente regolatorio preposto alla tutela della salute dei cittadini statunitensi. Finora invece l'industria del fumo di sigaretta, il singolo prodotto legale più pericoloso nella società dei consumi americana, ha eluso ogni controllo legislativo, usando una combinazione di disinformazione, intensa attività di *lobbying*, e l'argomento della libertà di scelta

individuale; questa situazione era stata sancita nel 2000 da una sentenza della Corte Suprema. Nonostante le evidenze scientifiche crescenti dei danni gravi che possono derivare dal fumo, le industrie del tabacco hanno potuto ingannevolmente denominare le sigarette come *leggere*, o *ultraleggere* adombrando così un minor rischio, ovviamente inesistente. In futuro, la FDA potrà imporre etichette più eloquenti sui rischi connessi con il fumo, una chiara indicazione degli additivi, e un minor contenuto di nicotina nelle sigarette stesse.

Il fatto che grandi industrie come la *Phillip Morris International* (PMI) accettino la scelta legislativa dell'intromissione della FDA nel mercato degli Stati Uniti lascia adito a qualche perplessità, e si può probabilmente spiegare con la considerazione che i mercati più promettenti siano quelli dei Paesi in via di sviluppo; infatti, la PMI sta per lanciare sul mercato del Sud-Est Asiatico sigarette ad alto contenuto di catrame e nicotina. L'Orga-

nizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che nel '900 circa cento milioni di persone siano morte a causa del fumo, ma che in questo secolo si possano attendere cifre dieci volte superiori. Nel 2003 l'OMS ha dato vita ad una Convenzione internazionale (Framework Convention on Tobacco Control), sottoscritta a tutt'oggi da oltre 150 Nazioni, che obbliga ad adottare legislazioni anti-fumo; questa Convenzione non è stata finora sottoscritta dagli Stati Uniti, per il parere contrario dell'Amministrazione Bush. Negli USA, attualmente più di un adulto su cinque è fumatore abituale, e circa 430.000 morti all'anno sono connesse con il fumo. L'attribuzione di compiti di Ente regolatorio sui prodotti del tabacco alla FDA fa sperare in una inversione di tendenza per le maggiori Società Scientifiche, come la *American Cancer Society*, la *American Heart Association*, la *American Lung Association*, e la *American Medical Association*; d'altra parte, può costituire l'occasione per l'industria del tabacco di acquisire una credibilità che finora è mancata, come recentemente stabilito da un Tribunale Federale<sup>2</sup>.

L'articolo di Brandt è corredato dalla riproduzione di manifesti di diverse epoche, ben rappresentativi di pubblicità ingannevole. ■

### Bibliografia

1. Brandt AM. FDA Regulation of Tobacco. Pitfalls and Possibilities. *N Engl J Med* 2008; 359: 445-448
2. United States v. Philip Morris, et al., No. 99-2496 (D.C. Cir. 2006).

Antonio Costantino (akostantino@alice.it)  
 Vincenzo Nesticò  
 Struttura Complessa di Medicina Interna - Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio", Catanzaro



Lucky Strike, circa 1930.



Camel, late 1940s.

# X è bello

Munarini E, De Marco C, Rossetti E, Invernizzi G, Ruprecht AA, Villani F, Mazza R, Boffi R.

Efficacy of pins and diplomas as a reward for long-term smoking cessation. *Tumori*, 95: 286-290, 2009.

Dal 2004 è stata introdotta l'abitudine di premiare con un Diploma e un Pin "Ex" tutti gli ex-fumatori del Centro Antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) ad un anno dalla cessazione. A 4 anni dall'introduzione dei due premi, si è deciso di valutare se essi abbiano una qualche efficacia nel mantenimento dell'astensione dal tabacco e quale sia maggiormente gradito agli ex-fumatori e perché. L'utilizzo di premi per incentivare coloro che intraprendono un percorso di cessazione del fumo è stato sperimentato già altrove in passato con diversi gradi di successo, mentre non era mai stato impiegato nel mantenimento a lungo termine e questo ha costituito uno degli obiettivi di questo studio. 100 ex-fumatori che avevano ricevuto i premi (56 donne e 44 uomini) sono stati intervistati e la maggior parte di loro (77%) nega che i premi possano aver contribuito al mantenimento della decisione di rinunciare al tabacco. Nonostante ciò, tutti gli ex-fumatori (100%) hanno gradito i premi. Essi, infatti, costituiscono un riconoscimento che, per quanto piccolo, è significativo: un servizio pubblico in una grande struttura ospedaliera e di ricerca come l'INT, verso il quale i pazien-

ti possono avere l'idea di essere a volte solo degli anonimi numeri di cartella, mostra invece loro di valorizzare l'impegno e la fatica che hanno sostenuto nel difficile percorso della disassuefazione dal fumo di tabacco. Dallo studio emerge che i due premi hanno valenze diverse: il Diploma viene orgogliosamente mostrato da molti, specie dalle persone più semplici che, un po' scherzando e un po' sul serio, hanno detto "non ho mai preso un diploma ed è stato bello averne uno per una cosa così importante", mentre a coloro che hanno preferito il Pin è piaciuta l'idea di essere d'esempio agli altri fumatori e, indossandolo, hanno suscitato nei fumatori per lo più ammirazione e curiosità. Questo dato potrebbe essere di grande importanza per la diffusione di un messaggio sulla salute. In questo modo infatti gli ex-fumatori faranno "campagna di informazione" per uno stile di vita più salutare, con una sorta

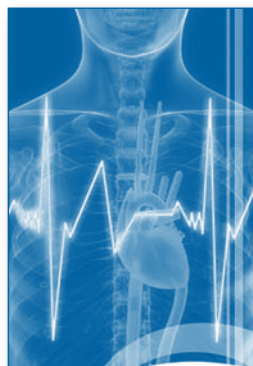
di passaparola che può risultare efficace più di altre comunicazioni: il messaggio ai fumatori non arriva infatti da medici o Ministeri della Salute, ma da persone che come loro avevano instaurato la dipendenza dal tabacco e che come loro erano a volte sfiduciati dall'idea di non poter riuscire a smettere. Inoltre la forma in cui questo messaggio è comunicato è quella più idonea: sappiamo bene, infatti, quanto risultino inefficaci gli atteggiamenti giudicanti o le ingiunzioni ricattatorie riguardo alla salute, mentre stimolare la curiosità e ascoltare le esperienze di altri che raccontino come sia possibile ricevere aiuto in questo percorso, e quanto davvero questa decisione abbia migliorato la qualità della loro vita, può rafforzare la motivazione in modo molto più efficace. ■

(Boffi Roberto, Munarini Elena  
Istituto Nazionale Tumori, Milano)



## Calano gli infarti con le leggi antifumo

Lightwood JM and Glantz SA. Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke. *Circulation*, Sep 2009; doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.870691



L'abolizione del fumo in uffici e locali pubblici fa bene al cuore. Lo svela una ricerca condotta in 13 Paesi e pubblicata su *Circulation* da Lightwood e Glantz della University of California di San Francisco.

Lo studio dimostra che già dopo un anno dall'introduzione del divieto in un Paese, i casi di infarto miocardico acuto (IMA) diminuiscono mediamente del 17% mentre dopo 3 anni il calo è addirittura del 36%. Risultati analoghi si sono avuti in Italia come dimostrato da studi di Barone-Adesi (*Eur Heart J*. 2006), Galeone (*Proceedings of the ECToH Congress* 2007) e Cesaroni (*Circulation* 2008). Un'ottimo motivo in più per i fumatori a smettere, per i non fumatori a farsi rispettare, e per i governanti, amministratori e forze dell'ordine a garantire sempre meglio il rispetto delle regole sancite da legge dello Stato (Legge 3 del 16 gennaio 2003, art. 51). ■

(Vincenzo Zagà)





# Tendenze nel consumo di tabacco fra i giovani in Alto Friuli

## *Recent trends on use of tobacco among students in Alto-Friuli region*

**Gianni Canzian**

### Riassunto

**Introduzione.** Nel corso del 2008 il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n°3 "Alto Friuli" ha replicato le rilevazioni del consumo di tabacco, alcol e droghe illegali nelle scuole medie superiori svolte nel 2002 e nel 2005. Questo articolo riassume i risultati delle rilevazioni, il trend nei consumi di tabacco che ne emerge, nonché una prima analisi di efficacia del progetto "Smoke Free Class Competition".

**Materiali e metodi.** Le tre rilevazioni riassunte nell'articolo hanno interessato tutti gli studenti delle classi seconda e quarta media superiore di tutte le scuole del territorio. Tutte le rilevazioni sono state effettuate attraverso questionari anonimi distribuiti agli studenti da operatori del Dipartimento delle Dipendenze, compilati direttamente in classe e immediatamente raccolti dagli operatori. Il consumo di tabacco viene incrociato con molte variabili (consumo di alcol e di altre droghe, tabagismo e alcolismo nei genitori, rendimento scolastico, partecipazione al progetto "Smoke Free Class Competition", nonché a dati sulle abitudini di vita (attività sportive, alimentazione, peso reale e percepito, ecc.).

**Risultati e conclusioni.** Le tre rilevazioni indicano una chiara progressiva riduzione, prevalentemente fra i maschi e fra gli studenti più giovani, del fumo di tabacco, con un'inversione del rapporto fra i due sessi (il fumo di tabacco è ora prerogativa soprattutto del sesso femminile). Parallelamente appare in parziale riduzione anche l'uso di alcol e cannabis. Si conferma lo stretto rapporto fra fumo di tabacco e uso di alcol e altre droghe. Una prima valutazione di efficacia del progetto Smoke Free Class offre risultati parzialmente positivi ma non significativi. Un'analisi del rapporto fra fumo e indice di massa corporea smentisce la diffusa percezione che il fumo sia uno strumento efficace per la riduzione del peso.

**Parole chiave:** *Fumo di tabacco, adolescenti, scuole, smoke free class, abuso di droghe, BMI.*

### INTRODUZIONE

Questo lavoro riassume, per la parte relativa al fumo di tabacco, i risultati di tre successive rilevazioni, effettuate con periodicità triennale dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n°3 "Alto Friuli", nel 2002, 2005 e 2008, fra gli studenti delle scuole medie superiori del territorio dell'Alto Friuli (provincia di Udine).

### Summary

**Introduction.** During 2008 Department of drug-addiction of ASS n°3 "Alto Friuli" replied the previous surveys (2002 and 2005) on use of tobacco, alcohol and illegal drugs among students attending all the high schools of the area. This article summarizes surveys' results, describe trends in consumption of tobacco among students, and offer a first analysis of effectiveness of "Smoke Free Class Competition".

**Materials and methods.** The three surveys summarized in the article examined students attending second and fourth class of all high schools of territory. All surveys have been carried out through anonymous questionnaires distributed to students from Department's operators, filled in inside the classroom and immediately collected from the operators. Tobacco consumption is crossed with several variables: consumption of alcohol and other drugs, smoking and alcoholism among parents, scholastic performances, participation in "Smoke Free Class Competition", as well as data on lifestyle (sports, food, real and perceived weight, etc).

**Results and conclusions.** The surveys show a clear progressive reduction, mainly among males and among younger students, of smoking tobacco consumption, and a progressive prevalence of tobacco-smoking among females. At the same time the last survey show a partial reduction in use of alcohol and cannabis. It confirms the close relationship between smoking and use of alcohol and other drugs. An initial evaluation of the effectiveness of "Smoke Free Class Competition" offers some little positive results, but not statistically significant. Finally, an analysis of relationship between smoking and body mass index denies the widespread perception that smoking is an effective way for reducing weight.

**Keywords:** *Smoke of tobacco, adolescents, schools, smoke free class, drug abuse, BMI.*

Le rilevazioni comprendono anche l'uso di alcol, inalanti e droghe illegali, il consumo di alcol e tabacco fra i genitori, l'andamento scolastico, il tipo di scuola, le opinioni degli intervistati su aspetti quali la pericolosità, le cause e gli effetti dell'uso delle diverse droghe. Nell'anno in corso la rilevazione esplora anche la partecipazione al progetto Smoke Free Class (abbastanza diffusa in questi territorio), nonché, in collaborazione con il Dipartimento della Prevenzione, le abitudini ali-

**Gianni Canzian** ([gianni.canzian@libero.it](mailto:gianni.canzian@libero.it))

Psichiatra, Responsabile del Dipartimento delle Dipendenze dell'A.S.S. n°3 "Alto Friuli"

mentari, l'attività fisica, l'indice di massa corporea. Le correlazioni più significative verranno quindi di seguito descritte.

## MATERIALI E METODI

Tutte le rilevazioni sono state effettuate attraverso questionari anonimi distribuiti agli studenti da operatori del Dipartimento delle Dipendenze, compilati direttamente in classe e immediatamente raccolti dagli operatori. La minor riservatezza di un questionario svolto in classe è ampiamente compensata dall'assenza di influenza sulla rilevazione di altri fattori esterni, come la famiglia, e dall'evitare l'elevata percentuale di non responders che abitualmente caratterizza i questionari dati e raccolti in due tempi distinti.

Le rilevazioni sono state effettuate nel 2002, 2005 e 2008, e comprendevano tutti gli studenti delle seconde e quarte medie superiori (1043 questionari validi nel 2002, 1052 nel 2005, 1084 nel 2008). Non vi è stata necessità di randomizzare il campione, in quanto per ciascuna classe è stata raggiunta l'intera popolazione di studenti del territorio.

Nelle tre rilevazioni i questionari sono stati riproposti alle stesse classi e con le stesse caratteristiche e modalità, garantendo quindi una buona confrontabilità dei dati. Per una maggior garanzia di confrontabilità i dati delle diverse rilevazioni sono stati successivamente pesati per età, sesso e tipo di scuola, con risultati sovrapponibili a quelli del campione non pesato.

## RISULTATI

### A) EPIDEMIOLOGIA DELL'ABITUDINE AL FUMO

#### 1) Riduzione del consumo di tabacco fra gli studenti di scuola media superiore.

Sulla base di precedenti rilevazioni svolte da questo Dipartimento (anche se non direttamente confrontabili per alcune differenze nella metodologia di indagine), fino al 2002 il numero di fumatori fra gli studenti appariva in crescita e l'età di inizio in diminuzione.

Anche altri studi regionali su fumo e adolescenti<sup>10</sup> segnalavano con preoccupazione il progressivo incremento del numero dei fumatori e il progressivo abbassamento dell'età di inizio.

Dal 2002 invece le rilevazioni, svolte da allora con identica

metodologia, indicano una netta progressiva inversione del trend di crescita, con un netto aumento (dal 48,7% del 2002 al 55,5% del 2005 e al 60,5% del 2008) del numero di soggetti che dichiara di non aver mai fumato, né abitualmente, né in modo occasionale (**tabella 1**), e, come illustrato più sotto, un'inversione del precedente trend di progressivo anticipo dell'età di inizio.

Il dato riguarda soprattutto i ragazzi più giovani: nelle classi seconde la percentuale di non fumatori sale progressivamente dal 49,7 al 59,9 al 65,5%, con un netto calo, in gran parte nell'ultimo triennio, dei fumatori abituali, che appaiono quasi dimezzati (25,1% nel 2002, 13,7% nel 2008), mentre è assai meno evidente la riduzione dei fumatori abituali nelle classi quarte.

Una possibile e verosimile lettura di questa così marcata riduzione dei fumatori fra gli studenti delle classi seconde, contrapposta alla sostanziale stabilità dell'abitudine al fumo fra gli studenti delle classi quarte, può trovarsi nella realizzazione (nel 2004) della nuova normativa che vieta il fumo nei locali pubblici. L'iniziazione al fumo dei giovani si situa infatti in genere fra i 13 e i 16 anni: la legge sul fumo è quindi intervenuta in linea di massima dopo l'iniziazione degli studenti delle classi quarte e prima di quella degli studenti delle classi seconde. La legge, vietando il fumo proprio in quelle situazioni conviviali (bar, pubs, pizzerie, altri luoghi di ritrovo giovanile) che favoriscono l'arruolamento di nuovi fumatori, appare aver protetto significativamente i giovani che al fumo dovevano ancora avvicinarsi, mentre la rapida instaurazione della dipendenza, descritta anche da molti recenti lavori<sup>7</sup>, ha impedito a chi aveva già iniziato a fumare prima della legge di avvantaggiarsene. Questo dato appare confermare quanto già suggerito nel nostro precedente articolo<sup>1</sup>, ovvero che in adolescenza un serio intervento normativo, razionalmente ed emotivamente condivisibile anche dagli stessi consumatori (come le leggi su alcol e guida, e diversamente dalle leggi sul consumo di droga vissute come persecutorie più che protettive), è probabilmente più efficace di molti pur raffinati progetti preventivi.

Dai dati in tabella 1 si evidenzia anche l'avvenuto sorpasso delle fumatrici femmine sui fumatori maschi. Questo dato è citato in altri studi, ma non in tutti (il rapporto maschi femmine presenta una notevole variabilità sia di anno in anno, sia per area geografica, sia per istituto di ricerca)<sup>4,5,8,13</sup>. La riduzione dei fumatori riguarda infatti soprattutto il sesso maschi-

Tabella 1 - Fumo di tabacco nelle medie superiori	Rilevazione 2002 (n=1043)					Rilevazione 2005 (n=1052)					Rilevazione 2008 (n=1084)				
	Maschi	Femmine	classi 2°	classi 4°	Totale	Maschi	Femmine	classi 2°	classi 4°	Totale	Maschi	Femmine	classi 2°	classi 4°	Totale
Non ho mai fumato (o solo provato)	46,8%	50,6%	49,7%	47,4%	<b>48,7%</b>	56,8%	54,0%	59,9%	49,4%	<b>55,5%</b>	64,8%	55,4%	65,5%	54,3%	<b>60,5%</b>
Talvolta fumo ma non tutti i giorni	20,9%	22,9%	22,5%	21,2%	<b>21,9%</b>	15,3%	18,8%	14,7%	20,0%	<b>16,9%</b>	15,8%	21,7%	18,5%	18,8%	<b>18,7%</b>
Fumo abitualmente (tutti i giorni)	28,2%	23,5%	25,1%	26,7%	<b>25,8%</b>	24,7%	25,2%	23,2%	27,3%	<b>24,9%</b>	17,2%	19,8%	13,7%	24,4%	<b>18,5%</b>
Fumavo in passato, ma ora non fumo	4,0%	3,1%	2,6%	4,7%	<b>3,6%</b>	3,2%	2,0%	2,3%	3,2%	<b>2,7%</b>	2,1%	2,5%	2,2%	2,5%	<b>2,3%</b>

le, nel quale in sei anni i non fumatori sono cresciuti di ben 18 punti percentuali, contro solo 5 punti nelle ragazze. Seguendo un trend iniziato ormai molti anni fa, fra gli studenti dell'Alto Friuli le fumatrici donne per la prima volta hanno superato percentualmente i compagni maschi, sia considerando solo i fumatori abituali (19,8% contro 17,2%), sia sommandoli (operazione corretta vista l'elevata probabilità che in adolescenza il fumo occasionale si faccia continuativo, e che chi ha appena smesso di fumare riprenda l'uso) ai fumatori occasionali e agli ex fumatori (in totale 44% nelle ragazze contro 35% nei maschi). Da notare, per inciso, che nelle rilevazioni statunitensi viene definito fumatore abituale chi ha fumato nei 30 gg precedenti l'intervista.

Il sorpasso delle ragazze si fa clamoroso considerando (**tabella 2**) solo gli studenti più giovani (15-16aa). Qui un iniziale sorpasso si era evidenziato già dal 1999 al 2002, ma oggi la percentuale di fumatori (abituali e, per ora, occasionali o ex) è qui del 38,2% nelle ragazze contro il 24,3% nei ragazzi: più del 50% in più!

Un ulteriore dato confortante è l'inversione del precedente trend di progressivo anticipo dell'età di inizio: se dal 2002 al 2005 il numero di fumatori che dichiarava di aver iniziato prima dei 14 anni era salito dal 22,6% al 30,4%, dal 2005 al 2008 il dato è ridisceso al 23,9%. Il dato appare positivo anche perché, come noto, la mortalità da fumo è correlata alla precocità dell'inizio.

Per la prima volta nel 2008 i questionari presentano un item relativo alle nuove confezioni di tabacco per uso orale (denominate Snus o Snuff), il cui uso in Europa è in crescita, soprattutto fra gli sportivi in quanto non pregiudicano l'efficienza fisica. L'uso (vedi **tabella 3**) appare ancora modesto e quasi sempre solo episodico, con netta prevalenza fra gli studenti maschi. Il rischio di questa modalità di assunzione della ni-

cotina è di per se nettamente inferiore a quella classica (sigarette). Non è presente infatti fumo, e quindi è assente l'ossido di carbonio e sono molto ridotte le sostanze cancerogene. Sembra quindi un'alternativa positiva alle sigarette. Il problema sta però nella sottovalutazione del rischio di indurre dipendenza, comunque elevato visto il discreto rilascio di nicotina.

## 2) Desiderio di smettere

Nei fumatori abituali (**tabella 4**) prevale, come prevedibile per l'età, un atteggiamento pre-contemplativo (per ora non mi pongo il problema) o "contemplativo" (prima o poi cercherò di smettere, ma non ora).<sup>12</sup> Una dato che merita di essere sottolineato è l'elevata percentuale di chi dichiara di non riuscire a smettere pur volendolo (ben il 24,6% dei fumatori), e il netto aumento rispetto alla precedente rilevazione del 2002 (quando era del 12,9%). Da una lato questo dato conferma le recenti ricerche sulla rapida insorgenza della dipendenza nei neo-fumatori,<sup>7,11</sup> dall'altro il suo aumento suggerisce che le nuove normative hanno motivato diversi giovani a lasciare il fumo ponendoli così di fronte alla difficoltà, probabilmente prima non considerata, di raggiungere questo obiettivo.

## 3) Atteggiamento verso la nuova normativa sul fumo

Interessante, e confortante, è l'adesione (**tabella 5**), fortemente maggioritaria anche fra i fumatori abituali ed in progressiva crescita dal 2002 (quando la legge era ancora un'ipotesi) al 2008, alla recente legge che vieta il fumo nei locali pubblici.<sup>17,18</sup> Il dato sottolinea quanto da più parti affermato ma raramente raccolto dai legislatori (e purtroppo anche dal senso comune), ovvero che posti di fronte a norme e sanzioni razionali e non emotive, protettive e non persecutorie, che limitano la libertà individuale solo quando e dove questa sia

Tabella 2 (fumo a 15-16 aa) (p<0,0001 con test chi quadro / DF=4)	Numero campione	Non fumatori	Fumatori occasionali	Fumatori abituali	Ex fumatori	Totale fumatori (occasional, abituali, ex)			
						2008	2005	2002	1999
Maschi 15-16 aa	268	75,7%	14,2%	8,2%	1,9%	24,3%	26,1%	38,4%	41,1%
Femmine 15-16 aa	270	61,9%	21,9%	13,3%	3,0%	38,2%	37,1%	40,4%	38,2%

Tabella 3 Hai mai usato Snus (o Snuff)?	Numero risposte	No, e non so cosa sia	No, ma so di cosa si tratta	Si, ma ho solo provato	Si, ogni tanto ne faccio uso	Si, lo uso con frequenza
Maschi	561	52,4%	31,4%	11,8%	3,7%	0,7%
Femmine	520	64,6%	31,3%	2,5%	1,3%	0,2%
Totale 2008	1081	58,3%	31,4%	7,3%	2,6%	0,5%

Tabella 4 Se già fumi abitualmente, vorresti smettere?	2005 (n=264)	2008 (n=203)
No, fumare mi piace, o comunque per ora non mi pongo il problema	40,2%	36,5%
Prima o poi sì, ma sono giovane e ci penserò fra qualche anno	29,5%	27,6%
Sì, voglio seriamente provarci	17,4%	11,3%
Sì, vorrei smettere, ma non ci riesco	12,9%	24,6%



Tabella 5 – Cosa pensi del divieto di fumare in tutti i locali pubblici?	Sono d'accordo	Sono contrario
Rilevazione anno 2002 (1039 risposte)	85,0%	15,0%
Rilevazione anno 2005 (990 risposte)	88,5%	11,5%
Rilevazione anno 2008 (1070 risposte)	91,3%	8,7%

di possibile danno ad altri, gli adolescenti sono sensibili ed attenti, spesso più del mondo degli adulti.

#### 4) Valutazione di efficacia dei programmi "Smoke Free Class Competition"

Nel nostro territorio dal 2004 ad oggi il Dipartimento delle Dipendenze ha promosso nelle scuole medie inferiori e nelle 1° medie superiori l'adesione al programma "Smoke Free Class Competition". In media ogni anno sono state coinvolte 17,5 classi (20 nell'ultimo anno), un valore piuttosto elevato rispetto alla bassa popolazione di questo territorio (rapportato alla popolazione, il dato è quasi tre volte superiore alla media regionale e 16 volte superiore alla media nazionale). Partendo da questa premessa, nella rilevazione del 2008 è stato chiesto agli studenti se negli anni precedenti avessero partecipato al programma e, se sì, quanto questo avesse secondo loro influito sul loro consumo di tabacco. Per avere un riscontro obiettivo di efficacia il dato è stato poi incrociato con le abitudini al fumo. Vengono qui riportati (tabella 6) solo i dati, pesati per sesso, relativi alle classi seconde, in quanto, per la recente offerta di questi programmi, solo pochi studenti delle classi quarte ha avuto occasione di parteciparvi.

I dati, forzatamente limitati alle sole classi seconde, non offrono elementi conclusivi, così come del resto altri studi nazionali e internazionali.<sup>14,15</sup> Dal punto di vista della valutazione degli studenti, solo poco meno di un quarto (il 23,2%) ritiene che la partecipazione al programma Smoke Free Class abbia avuto un'influenza significativa sul suo atteggiamento verso il fumo. Dal punto di vista della valutazione di efficacia, in effetti fra chi ha partecipato al programma le percentuali di fumatori occasionali e abituali sono inferiori a quelle degli studenti che non hanno partecipato (1,2% in meno di fumatori abituali e 4,9% in meno di fumatori occasionali). La differenza è però, anche per la bassa numerosità del campione (e per la mancanza di informazioni sulle abitudini al fumo precedenti l'intervento), troppo modesta per essere statisticamente significativa ( $p=0,1802$ ), e necessiterebbe di una valutazione più mirata. L'incertezza sui risultati a breve e lungo termine è peraltro una prerogativa comune a tutti i programmi di prevenzione del fumo (ma anche di altri abusi) di tipo non normativo.

#### 5) Dati sul consumo di tabacco fra i genitori degli studenti

In tutte le rilevazioni (2002, 2005, 2008) è stato chiesto anche di indicare le abitudini al fumo dei genitori. I dati, che non presentano notevoli variazioni nelle diverse rilevazioni, indicano nel 2008 un 42,7% di genitori mai stati fumatori (con netta prevalenza delle madri, 51,9% contro il 33,5% nei padri), un 7,8% di fumatori occasionali, un 21,3% di fumatori abituali (con modesta prevalenza dei padri, 22,7% contro 19,9%) e un 28,2% di ex fumatori (in prevalenza padri: 36,5% contro 20%). Anche se in misura modesta, il numero dei fumatori abituali appare in diminuzione (dal 23,8% del 2002 al 21,3% del 2008), con una riduzione presente in entrambi i sessi (dal 22,5% al 19,9% nelle madri, dal 25,2% al 22,7% nei padri).

## RISULTATI

### B) CORRELAZIONI

#### 1) Conferma correlazioni già evidenziate nelle precedenti rilevazioni (fumo e scuola, fumo e uso di altre droghe, fumo genitori e uso fumo e altre droghe nei figli, ecc.)

Alcune correlazioni significative confermano quanto già emerso nell'analoga ricerca del 2005. Si riassumono quindi brevemente le correlazioni già evidenziate nella precedente ricerca,<sup>1</sup> alla quale si rimanda, e confermate nell'attuale rilevazione.

- Conferma dell'elevata correlazione fra basso rendimento scolastico e fumo (nelle femmine ancor più evidente)
- Conferma dell'elevata correlazione fra tipologia di istituto e fumo (prevalente negli istituti tecnico-professionali)
- Conferma dell'elevata correlazione fra abitudini al fumo nei genitori e fumo nei figli
- Conferma dell'elevata correlazione fra abitudini al fumo nei genitori e abuso di alcol e droghe illegali nei figli

In tutti questi casi, come già ipotizzato nella precedente rilevazione, si ritiene che la correlazione non sia, se non in minor parte, frutto di un'influenza diretta di questi fattori sul fumo, ma, per le prime due, di tratti di personalità che influenzano sia il rendimento scolastico che la scelta del tipo di scuola, per le altre della trasmissione genitori-figli di una predisposizione, anche su base genetica, all'abuso di fumo e di altre sostanze.<sup>2,3-5</sup>

Tabella 6 Smoke Free Class Compet. (solo classi 2°)	Hai partecipato allo Smoke Free Class?	Se sì, quanto ritieni abbia influito sulle tue abitudini al fumo?		Rapporto partecipazione/fumo (dato pesato per sesso) ( $p=0,1802$ con test chi quadro / $Df=2$ )			
				Partecipazione	Non fumo	Fumo occas.	Fumo abituale
SI - 287 (47,4%)	Poco o nulla	76,8%	SI	72,5%	17,3%	10,2%	
NO - 318 (52,6%)	Abbastanza/molto	23,2%	NO	66,4%	22,2%	11,4%	

Tabella 7 Rapporto fra abitudini al fumo e abuso di alcol e droghe	Rilevazione 2005					
	% abusi alcolici frequenti (uno o più al mese)	% abusi alcolici totali (anche episodici)	% uso THC frequente (diverse volte / spesso)	% uso THC totale (anche episodico)	% uso di altre droghe illegali (anche episodico)	% uso di inalanti (anche episodico)
Mai fumato	3%	19%	1%	3%	1%	4%
Solo provato	14%	56%	6%	23%	1%	5%
Occasionale/pregresso	23%	65%	19%	39%	1%	14%
Fumo abituale	40%	84%	51%	72%	16%	24%

Tabella 7 Rapporto fra abitudini al fumo e abuso di alcol e droghe	Rilevazione 2008					
	% abusi alcolici frequenti (uno o più al mese)	% abusi alcolici totali (anche episodici)	% uso THC frequente (diverse volte / spesso)	% uso THC totale (anche episodico)	% uso di altre droghe illegali (anche episodico)	% uso di inalanti (anche episodico)
Mai fumato	3%	19%	0,3%	1,3%	1,1%	2%
Solo provato	12%	49%	2,5%	13%	1,4%	4%
Occasionale/pregresso	22%	70%	13%	36%	4%	7%
Fumo abituale	39%	85%	39%	69%	13%	21%

Un altro gruppo di correlazioni, già evidenziate nel 2005 (ma anche nel 2002) e qui confermate (dati di sintesi in **tabella 7**), sono relative alla maggior frequenza di abusi di alcol e altre droghe fra i fumatori. Si può quindi ribadire quanto scritto a commento della precedente rilevazione, ovvero che “il rapporto fra fumo di tabacco e uso di alcol e droghe illegali è talmente stretto da poter dire che, almeno in adolescenza, chi non fuma è sostanzialmente immune dall’uso di altre droghe lecite o illecite”. In tutte le rilevazioni infatti la quasi totalità di chi non ha mai provato a fumare non ha mai sperimentato l’uso di inalanti e droghe illegali, né abusi alcolici se non occasionali. Al contrario, come si vede in tabella, fra gli adolescenti che già fumano quotidianamente l’abuso di altre sostanze è frequentissimo. Da rilevare come il solo aver “provato” a fumare sposta di molto le percentuali rispetto a chi non ha mai fumato; entra probabilmente in gioco un atteggiamento “sperimentatorio” che può rivolgersi anche ad altre sostanze e comportamenti.

Sempre a commento della precedente rilevazione si suggeriva che alla base del forte rapporto fra fumo e uso di altre droghe, e fra fumo nei genitori e uso di tabacco, alcol e droghe nei figli vi fosse sia una predisposizione neurobiologica all’abuso di sostanze, sia tratti di personalità “sensation seeking”, sia più genericamente una scarsa attenzione alla propria salute e alle possibili conseguenze nel tempo dei propri comportamenti.

Un altro dato a sostegno del rapporto fra tabagismo e neurobiologia emerge dalla tabella successiva (**tabella 8**) nella quale si confrontano le abitudini al fumo nei genitori con il rendimento scolastico nei figli. Il campione riguarda solo i ragazzi di 17-18 anni (si considerano “in regola con gli studi” se frequentano la quarta, “ripetenti” se frequentano la seconda). Per una maggiore numerosità e quindi validità del campione sono stati sommati i dati delle ultime due rilevazioni del 2005 e 2008.

Appare evidente (e statisticamente significativo) un chiaro rapporto fra fu-

mo nei genitori e difficoltà scolastiche nei figli (avere uno o due genitori fumatori abituali raddoppia le possibilità di essere bocciato, 22,8% contro l’11,8%). Può sembrare sorprendente, ma una possibile spiegazione può essere trovata nel fatto che alla base del tabagismo (e di altre dipendenze) è spesso presente un tratto di inquietudine caratteriale, in parte geneticamente trasmissibile, che da un lato porta i genitori all’abuso di nicotina, dall’altro porta i figli a maggiori difficoltà nell’apprendimento scolastico.

## 2) Rapporto fra fumo, indice di massa corporea (BMI), attività fisica.

Utilizzare il fumo come strumento di controllo del proprio peso corporeo è una motivazione spesso riferita. In particolare fra le giovani donne, tanto che l’attenzione eccessiva al peso corporeo può forse essere una delle cause della mancata riduzione del fumo nelle ragazze a fronte del notevole calo nei maschi. Vengono qui di seguito sinteticamente riportate (**tabella 9**) alcune opinioni ri-

Tabella 8 – Rapporto fumo nei genitori / rendimento scolastico nei figli Campione 2005+2008, solo studenti di 17-18 aa, n=911 (p=0,0017 con test chi quadro / DF=2)	In regola con gli studi	Ripetente
Uno o entrambi i genitori sono fumatori abituali (n=316)	77,2%	22,8%
Nessun genitore abituale ma almeno uno fumatore occasionale o ex fumatore (n=392)	85,2%	14,8%
Nessuno dei due genitori ha mai fumato (n=203)	88,2%	11,8%

Tabella 9 Atteggiamenti del campione verso il proprio peso corporeo (per tutti gli items, $p < 0,0001$ con test chi quadro)	Nota - Oggettiva % soprappeso secondo BMI: maschi 15,2%, femmine 4,5%, totale 10,2%				
	Credo che il mio peso attuale sia eccessivo ( $p < 0,0001$ / DF=2)	Penso che dovrei mettermi a dieta ( $p < 0,0001$ / DF=3)	Quando mangio mi sento a disagio ( $p < 0,0001$ / DF=3)	Dovrei vomitare per perdere peso ( $p < 0,0001$ / DF=3)	Attribuisco molta importanza al mio peso ( $p < 0,0001$ / DF=3)
Maschi (n=563)	14,8%	18,3%	3,2%	0,7%	39,6%
Femmine (n=521)	37,9%	51,9%	13,4%	3,8%	60,1%
Totale (n=1084)	25,9%	34,5%	8,1%	2,2%	49,4%

Tabella 10 Rapporto fra fumo e peso corporeo	Classi peso (in base all'indice di massa corporea ritarato per sesso ed età)			
	N° campione	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso
Non ho mai fumato (o solo provato)	629	4,1%	84,6%	11,3%
Fumo occasionale o pregresso	215	2,3%	90,2%	7,4%
Fumo abitualmente (tutti i giorni)	192	5,2%	84,9%	9,9%
Totale campione	1036	3,9%	86,6%	9,5%

Tabella 11 Rapporto fra fumo e valore BMI	Media valore BMI (campione limitato a soggetti 17-18 aa)			
	N° campione	Maschi 17-18aa	Femmine 17-18aa	Totale campione
Non ho mai fumato (o solo provato)	255	22,5	20,8	21,7
Fumo occasionale o pregresso	90	22,6	21,4	22,0
Fumo abitualmente (tutti i giorni)	114	22,7	20,3	21,5

spetto al proprio peso corporeo emerse dall'indagine, che confermano la marcata, e ben nota, differenza fra i due sessi e, per le ragazze, l'assenza di oggettiva correlazione fra le preoccupazioni corporee e la reale presenza di soprappeso (sulla base dell'indice di massa corporea, BMI, corretto per sesso ed età).

I dati non appaiono però confermare questa aspettativa. L'indice di massa corporea (BMI) non presenta infatti sostanziali differenze fra fumatori e non fumatori, né (tabella 10) rispetto alla percentuale di soggetti in soprappeso, né (tabella 11) rispetto al valore medio del BMI (in quest'ultimo caso il campione è stato ristretto solo ai soggetti di 17-18 aa, per poter valutare l'effetto di una più prolungata esposizione al fumo). Paradossalmente, poiché è invece ben noto il frequente aumento ponderale nei fumatori che smettono, iniziare a fumare sembra quindi essere una strategia inutile per dimagrire, ma efficace per ingrassare quando, più in là negli anni, si dovesse decidere di smettere. Argomento che, vista l'attenzione al peso, potrebbe essere efficace nell'indurre le più giovani a non iniziare un'abitudine

non solo dannosa, ma a quanto sembra anche inutile.

Un'ultima correlazione significativa (tabella 12) è quella fra fumo e attività motoria. Fra chi non fuma circa un quarto (23,3%) non riferisce attività sportiva o comunque motoria regolare, contro circa un terzo (il 32,5%) fra chi fuma regolarmente (i fumatori occasionali si pongono in posizione intermedia). La differenza, peraltro non marcata, non stupisce, in quanto fumo e attività fisica sono espressioni di due diversi stili di vita e di differenti livelli di attenzione verso la propria salute. Stupisce di più invece vedere che la stessa differenza, statisticamente significativa, si ripropone correlando l'attività fisica con le abitudini al fumo dei propri genitori (non svolge attività fisica regolare il 21,1% dei figli di genitori non fumatori, contro il 31,3% dei figli di almeno un genitore fumatore abituale). Anche qui (come già detto descrivendo il rapporto fra fumo nei genitori da un lato e abuso di tabacco, alcol e droghe, nonché peggior rendimento scolastico, nei figli) sembra di poter cogliere che almeno in parte tutti questi atteggiamenti (abuso di sostanze

legali e illegali, inquietudine caratteriale, stili di vita) siano correlati a fattori neurobiologici comuni, in parte trasmissibili (correlazioni, qui non descritte ma che vanno nello stesso senso, si evidenziano nel campione anche correlando questi atteggiamenti alla riferita presenza di problemi di abuso alcolico in famiglia).

## CONCLUSIONI

Un primo elemento importante ed evidente è la sostanziale progressiva riduzione del fumo di tabacco in atto in questo territorio a partire dal 2002, ed in particolare fra gli studenti più giovani, forse "protetti" dall'arruolamento fra i nuovi fumatori dalla legge che dal 2004 vieta il fumo nei locali pubblici, luogo in cui spesso i non fumatori sperimentavano l'uso di tabacco.

Evidente è anche il passaggio da una cultura "maschile" a una "femminile" del fumo, con una progressiva prevalenza, specie fra i fumatori più giovani, del sesso femminile.

Interessante la diffusa percezione di "non riuscire a smettere" pur volendolo, già in giovane età, a conferma delle recenti ricerche sulla precoce insorgenza



Tabella 12 - Rapporto fra fumo studenti e genitori e regolare attività motoria fra gli studenti (Fumo genitori / attività motoria; $p=0,0145$ con test chi quadro, $DF=2$ ) (Fumo studenti / attività motoria: $p=0,0294$ con test chi quadro, $DF=2$ )		Presenza di attività sportiva o motoria regolare		
		N° campione	Attività motoria regolare	Assenza di attività regolare
Abitudini al fumo degli studenti	Non ho mai fumato (o solo provato)	255	22,5	20,8
	Fumo occasionale o pregresso	90	22,6	21,4
	Fumo abitualmente (tutti i giorni)	114	22,7	20,3
Abitudini al fumo dei genitori	Nessun genitore ha mai fumato	198	78,9%	21,1%
	Solo fumo occasionale o pregresso	327	75,0%	25,0%
	Almeno un genitore fumatore abituale	246	68,7%	31,3%

della dipendenza. Si conferma, ed è anzi in crescita, l'apprezzamento per il divieto di fumo nei locali pubblici, a conferma che anche gli adolescenti sono in grado di accettare e approvare norme restrittive purché razionali, eticamente corrette e non persecutorie.

Molto limitato, ma presente, è l'uso di tabacco attraverso i nuovi prodotti per uso orale (SNUS o SNUFF)

Un'analisi di gradimento e di efficacia del programma "Smoke Free Class Competition", diffusamente realizzato nell'Alto Friuli, non offre risultati univoci. Le percentuali di fumatori sono in effetti inferiori fra chi ha partecipato all'iniziativa, ma con differenze non statisticamente significative, e solo uno studente su quattro ritiene di esserne stato in qualche modo influenzato.

Si confermano (e quindi non vengono qui approfondite) una serie di strette correlazioni già emerse nelle precedenti rilevazioni, ed in particolare fra fumo di tabacco (sia negli intervistati, che nei loro genitori) e uso di alcol e

droghe,<sup>9,16</sup> nonché fra fumo (degli studenti, ma anche dei loro genitori) e rendimento scolastico. Si ribadisce quindi quanto detto a commento della precedente rilevazione, ovvero che il tabagismo non debba più essere definito come "pericolosa abitudine", ma come una vera tossicodipendenza, condizionata non solo da fattori ambientali e culturali, ma anche da fattori neurobiologici ed ereditari, e che il tabagismo vada letto come un indice di rischio anche rispetto agli abusi di alcol e droghe illegali (va rilevato che una serie di dati emersi dalla rilevazione, non riportati in questo articolo, indica che parallelamente alla riduzione del fumo di tabacco appaiono ridursi anche le percentuali di bevitori eccessivi e di consumatori di droghe illegali).

La rilevazione appare anche porre fortemente in dubbio la diffusa credenza che il fumo sia un efficace strumento di controllo del peso. L'indice di massa corporea (BMI) non presenta infatti sostanziali differenze fra fumatori e non fumatori,

tanto che iniziare a fumare può paradossalmente rappresentare una strada per una futura obesità (non aiuta a dimagrire quando si inizia, ma fa spesso ingrassare quando si smette). Vista la spesso esasperata attenzione, soprattutto femminile, al controllo del peso, questa informazione può essere in adolescenza forse più utile rispetto a quella sui danni alla salute (a 15 anni si è poco interessati a quello che, forse, ci capiterà a 50).

Si evidenzia infine, a conferma di analoghi studi, una discreta correlazione fra fumo di tabacco e scarsa attività motoria/sportiva.

In sintesi quindi dalla nuova rilevazione emergono dati decisamente positivi rispetto ad una riduzione dell'"epidemia" di tabagismo, viene ribadita la stretta correlazione fra tabagismo ed altri abusi, ed emergono alcune possibili indicazioni per più efficaci strategie di contenimento. ■

**Disclosure:** L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi conflitto di interesse.

## Bibliografia

- Canzian G. Fumo e adolescenti nell'Alto Friuli. *Tabaccologia* 2007; 1: 25-31.
- Chiamulera C. Genetica & tabagismo. *Tabaccologia*, 2003; 1: 29-32.
- Chiamulera C. Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali. *Tabaccologia* 2005; 2s:33-37.
- Di Cosmo C. Fattori psicosociali e comportamento tabagico in un gruppo di adolescenti. *Tabaccologia* 2008; 1: 21-26.
- Tamang E, Pilati G, Latini R, Pettinò A. Smoke Free Class Competition. *Tabaccologia* 2003; 3: 13-17.
- Gerra G. et al. Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal humans" *Neuropsychobiology*. 1999; 39: 207-213.
- Gervais A. et al. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents", *Canadian Medical Association Journal* CMAJ 2006; 175:255-261
- ISTAT. I fumatori in Italia-Dicembre 2004-Marzo 2005. Gennaio 2006.
- Mangiaracina G. Non c'è droga senza fumo. *Tabaccologia* 2006; 3: 3.
- Pascoli M. Fumo nell'adolescenza: analisi e prospettive in Adolescenti a Rischio. Stili di vita e comportamenti in Friuli Venezia Giulia, a cura di Bernardo Cattarinussi, ed. Forum, Udine 2004.
- Poropat C. et al Il fumo negli adolescenti: dall'uso alla dipendenza. *Tabaccologia* 2005; 1: 29-34.
- Prochaska e Di Clemente "Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change" *Journal of Consul Clin Psychol* 1983;51:390-395
- Regione Veneto. Abitudine al fumo di tabacco nel Veneto. Dati ISTAT 2001.
- Tamang E, Pilati G, Latini R, Pettinò A. Smoke Free Class Competition. *Tabaccologia* 2003; 3: 13-17.
- Thomas R, Perera R. "School-based programmes for prevention smoking" *Cochrane Database Systematic Reviews*, 19-luglio 2006; 3: CD00129.3
- Tinghino B. e Rossin L. Tabagismo: dipendenza minore? Correlazioni fra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti. *Tabaccologia* 2006; 1:23-26.
- Tominz R, Poropat C. Effetti della legge 3/03 sul divieto di fumo nei locali pubblici. *Tabaccologia* 2005; 4: 5-6.
- Zagà V. Effetti del divieto di fumo nei locali pubblici in Italia. *Tabaccologia* 2007; 4: 6-7.

# Un programma integrato di cura del tabagismo nella pratica del farmacista di comunità

## *An integrated program for tobacco addiction treatment in the practice of community pharmacist*

**Riccardo Tominz, Alessandro Vegliach, Claudio Poropat, Vittorio Zamboni, Matteo Bovenzi**

### Riassunto

**Introduzione.** Lo studio si propone di valutare l'outcome di un corso di formazione sul campo nel diffondere fra i farmacisti territoriali la pratica del consiglio opportunistico breve per il tabagismo, con l'ausilio di materiale informativo specifico, integrata dall'uso di nicotina sostitutive (NRT, Nicotine Replacement Therapy) e con la possibilità di riferimento ad un servizio di secondo livello (Ambulatorio per la Cura del Tabagismo della ASS n.1 Triestina).

**Materiali e metodi.** Studio osservazionale prima - dopo con gruppo di controllo (farmacisti partecipanti al corso vs. farmacisti non partecipanti al corso). Il setting è costituito dalle farmacie aperte al pubblico in provincia di Trieste (n=67). Hanno partecipato 205 farmacisti su 260 (79%) provenienti da 45 farmacie (67%).

**Risultati.** La frequenza al corso comporta differenze statisticamente significative per: 1) ritenere propria competenza professionale l'informarsi se il cliente fuma (82,2% vs. 60,3%, p=0,007); 2) indirizzare il cliente tabagista intenzionato a smettere ad un ambulatorio di 2° livello (26,3% vs. 12,6%, p=0,048); 3) consigliare NRT (68,4% vs. 46,8%, p=0,022).

Non si rilevano differenze statisticamente significative per: a) individuazione degli ostacoli a chiedere se il cliente fuma; b) frequenza con cui ci si informa se il cliente fuma; c) proposta di consiglio opportunistico breve; d) invio al medico di base.

**Conclusioni.** Lo studio conferma l'importanza di sensibilizzare i farmacisti di comunità e di dotarli di conoscenze specifiche su tecniche, strategie e servizi di possibile ausilio al fumatore che vuole smettere. I farmacisti, grazie anche alla loro capillare presenza sul territorio, rappresentano una figura professionale importante nella strategia di controllo del tabacco.

**Parole chiave:** *farmacista, cessazione del fumo, consiglio opportunistico breve.*

### INTRODUZIONE

A Trieste, la metà della cittadinanza che fuma riceve il consiglio di smettere di fumare da parte di almeno una delle figu-

### Summary

**Introduction.** the study aims to assess the outcome of a training course in spreading, among territorial pharmacists, the practice of the minimal opportunistic advice for smoking cessation, accompanied by tailored material, supplemented by the use of nicotine replacement (NRT, Nicotine Replacement Therapy) and with the possibility of referring to a second level service (Outpatients' Department for Tobacco Treatment, ASS Triestina 1).

**Materials and methods.** observational study before - after, with a control group (pharmacists participating in to the course vs. Pharmacists not participating to the course). Among 67 Pharmacies of Trieste province, 45 (67%) participated to the study, with 205 pharmacists out of 260 (79%).

**Results.** The pharmacists who attended the course showed a statistically significant difference in: 1) inquiring about smoking habits of customers is their professional competence (82.2% vs. 60.3%, p = 0.007); 2) addressing the customer who intends to quit smoking to a 2nd level clinic (26.3% vs. 12.6%, p < 0.05); 3) recommending Nicotine Replacement Therapy (68.4% vs. 46,8%, p < 0.05).

There was no statistically significant difference in: a) identifying obstacles to ask if the customer smokes; b) inquiring about customer's smoking habits; c) proposing a minimal opportunistic advice; d) referring to a general practitioner.

**Conclusions.** The study confirms the importance of providing community pharmacists with techniques, strategies and services to be proposed to the customer smoker who intends to stop. Given their capillary presence in the territory, pharmacists may play an important role in the strategy of tobacco control.

**Keywords:** *territorial pharmacist, smoking cessation, minimal opportunistic advice.*

re sanitarie con cui ha, per svariati motivi, un contatto<sup>1</sup>. Ciò evidenzia una buona attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono, per contro, pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci e/o gruppi di

**Riccardo Tominz** ([riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it](mailto:riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it))

**Alessandro Vegliach, Claudio Poropat, Matteo Bovenzi**

Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo, Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste.

**Vittorio Zamboni**

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trieste.

aiuto<sup>1</sup>. Risulta pertanto utile consolidare il rapporto tra operatori sanitari e pazienti non solo per rinforzare l'offerta presente sul territorio rispetto alle opportunità di smettere di fumare (es. Ambulatorio per la Cura del Tabagismo della Azienda Sanitaria, corsi antifumo delle associazioni dedicate) ma anche per sensibilizzare il maggior numero di persone sui benefici dello smettere e sulle attuali possibilità di farlo con l'ausilio di farmaci acquistabili al banco delle farmacie quali ad es. le NRT<sup>2,3</sup>. A tal proposito il farmacista territoriale può svolgere un'importante ruolo nel controllo del fumo grazie alla sua professionalità unita ad una capillare distribuzione delle farmacie sul territorio. I farmacisti sono, quindi, gli operatori più accessibili della sanità di base, cui si rivolgono sia i malati che i soggetti sani: anche questo aspetto rappresenta un ulteriore motivo per considerare questi operatori sanitari cruciali entro strategie di sensibilizzazione e cura del tabagismo da praticare sul territorio<sup>4</sup>. Infatti, molte persone che desiderano smettere di fumare non presentano necessariamente sintomi che sono diretta conseguenza del tabagismo e quindi possono ritenere meno medicalizzato e maggiormente consono al problema l'ambiente della farmacia<sup>1,4</sup>, dove oltremodo trovano spesso esposti i prodotti farmaceutici da banco utili nella dissuefazione dal fumo.

La strategia raccomandata per l'intervento del farmacista, al pari di quella per le altre figure sanitarie non specificatamente dedicate ad azioni antifumo, è quella del consiglio opportunistico breve, possibilmente accompagnato da materiale dedicato contenente informazioni sui farmaci da banco e sui servizi per la cessazione del fumo presenti sul territorio di competenza<sup>5,6</sup>. Vista la dimostrata efficacia del contributo del farmacista territoriale nella riduzione del fumo<sup>7</sup>, il Centro Interdipartimentale per la Prevenzione e Cura del Tabagismo della locale Azienda per i Servizi Sanitari ha organizzato, con la piena disponibilità da parte dell'Ordine dei Farmacisti, un corso di formazione accreditato, al fine di sensibilizzare i Farmacisti ai problemi del tabagismo e prepararli all'impiego del consiglio opportunistico breve e delle nicotine sostitutive, secondo protocolli valutati come efficaci sul campo<sup>5,8</sup>.

L'obiettivo di questo studio è la ricerca di eventuali differenze tra i farmacisti che avevano frequentato il corso di formazione, rispetto a coloro che non lo avevano frequentato, sia nella sensibilizzazione che nelle proposte di cura diretta e/o di invio ai servizi dedicati dei clienti tabagisti. La popolazione in studio è costituita dai farmacisti che lavorano in farmacie aperte al pubblico in provincia di Trieste.

## METODI

È stato condotto uno studio descrittivo comparativo, con un campionamento di convenienza: il gruppo di studio è composto dai farmacisti che hanno partecipato ad un corso di formazione, il gruppo di controllo dai farmacisti che non vi hanno aderito. La partecipazione al corso era libera, con l'unico vincolo di un rappresentante per ciascuna delle 67 farmacie della provincia. In occasione del corso (30 maggio 2007) è stato distribuito un questionario a tutti i farmacisti territoriali della provincia. I questionari erano contrassegnati da un codice

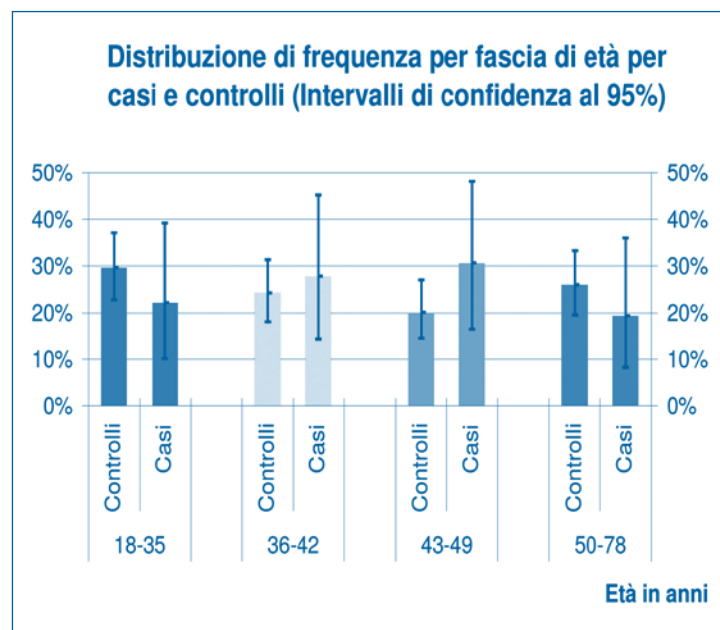


Figura 1 - Confronto casi - controlli per età.

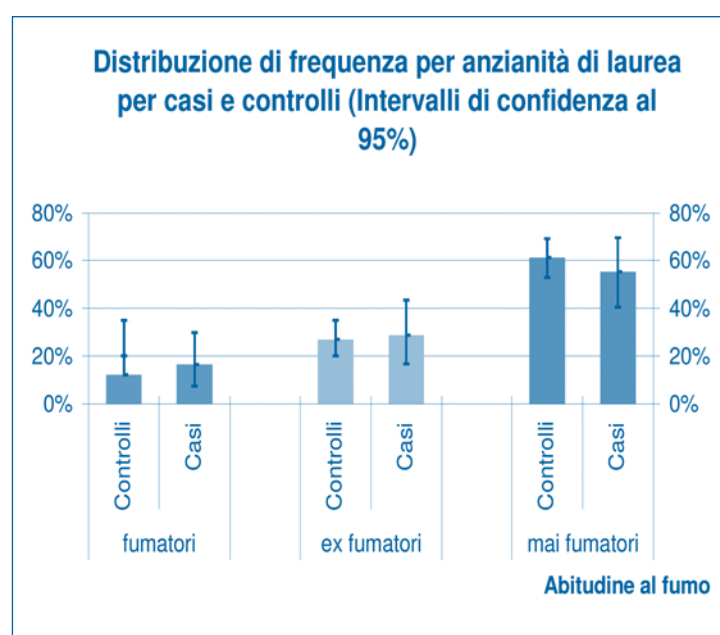


Figura 2 - Confronto casi - controlli per abitudine al fumo.

identificativo univoco per ogni farmacista, la cui chiave era solo nota al responsabile dello studio. Questo ha consentito di individuare i non rispondenti ai fini di un *recall* telefonico nel rispetto della privacy. La chiave dell'appaiamento infatti era nota al solo responsabile dello studio ed è stata cancellata alla sua conclusione.

I casi sono stati definiti come i 45 farmacisti che, avendo partecipato al corso, hanno risposto al questionario (45 su 60, 75%). I controlli sono stati definiti i 144 farmacisti (72%) che, pur non avendo partecipato al corso, hanno ugualmente risposto al questionario. I dati ottenuti dalle schede cartacee, raccolte a cura dell'Ordine dei Farmacisti, sono stati elaborati utilizzando il programma EpiInfo, versione 3.4.3.



I livelli di significatività statistica sono stati determinati utilizzando il test di Mantel-Haenszel, gli intervalli di confidenza sono stati calcolati al 95%.

## RISULTATI

Complessivamente hanno risposto al questionario 189 farmacisti su 260 (72,7%).

Casi e controlli non erano differenti in maniera statisticamente significativa in termini di genere, età, anzianità di laurea o abitudine al fumo (Nelle figure 1 e 2 confronto casi - controlli per età e per abitudine al fumo).

In particolare, per quanto concerne l'abitudine al fumo, fra i rispondenti i fumatori erano il 12,7% (24), gli ex fumatori il 25,9% (49), i mai fumatori 61,4% (116). Tali percentuali risultano sostanzialmente uguali fra i due gruppi. Dei fumatori il 39,1% aveva provato a smettere (16,7% fra i casi e 47,1% fra i controlli, differenza non statisticamente significativa). Il numero medio di sigarette fumate era 10,2 (minimo 2, massimo 20), molto simile fra casi e controlli.

Globalmente il 65,6% (122 su 186) dei farmacisti partecipanti allo studio riteneva che informarsi sull'abitudine al fumo dei clienti rientra fra le competenze del farmacista. Tale percentuale risultava maggiore fra i casi (82,2% contro 60,3%, con RR 1,36 e IC 1,13-1,65,  $p=0,007$ ) (tabella 1).

Formazione	molto	abbastanza	poco	per niente	non so	TOT
SI (n=45)	20,0%	62,2%	13,3%	4,4%	0,0%	100
NO (n=143)	14,7%	44,8%	29,4%	9,8%	1,4%	100
TOTALE (n=188)	16,0%	48,9%	25,5%	8,5%	1,1%	100

Tabella 1: Informarsi sull'abitudine al fumo dei clienti rientra fra le competenze del farmacista?

Per quanto concerne gli ostacoli a chiedere al cliente se fuma (tabella 2), non risultano differenze statisticamente significative fra chi ha frequentato il corso e chi no, ma fra i primi prevaleva la percezione della diffidenza del cliente (32,4% vs. 27,2%), mentre i secondi temevano maggiormente la carenza di privacy (34,2% vs. 24,3%).

Formazione	Nessuna difficoltà	Timore di perdere il cliente	Mancanza di tempo	Mancanza di privacy	Diffidenza da parte del cliente	Altro	TOT
SI (n=37)	24,3%	0,0%	18,9%	24,3%	32,4%	0,0%	100%
NO (n=114)	22,8%	1,8%	13,2%	34,2%	27,2%	0,9%	100%
TOTALE (n=151)	23,2%	1,3%	14,6%	31,8%	28,5%	0,7%	100%

Tabella 2: Ostacoli a chiedere al cliente se fuma.

Anche la frequenza con cui ci si informa se il cliente fuma (tabella 3) non appare diversa fra i due gruppi in maniera statisticamente significativa, ma risulta lievemente superiore fra coloro che hanno frequentato il corso (84,4% vs. 76,8%).

Fra quanto è proposto ai clienti fumatori, la partecipazione al corso è associata ad una maggior probabilità di riferire

Formazione	Sempre	Spesso	Talvolta	Mai	TOT
SI (n=45)	2,2%	17,8%	64,4%	15,6%	100%
NO (n=142)	0,0%	15,5%	61,3%	23,2%	100%
TOTALE (n=187)	0,5%	16,0%	62,0%	21,4%	100%

Tabella 3: Frequenza con cui il farmacista si informa sull'abitudine al fumo dei clienti.

il fumatore all'ambulatorio di 2° livello (26,3% vs. 12,6%, RR 2,09, IC 1,01-4,31,  $p=0,048$ ) e di consigliare l'utilizzo di nicotina sostitutive (68,4% vs. 46,8%, RR 1,46 IC 1,06-5,89,  $p=0,022$ ). Maggiore, ma non in maniera statisticamente significativa, era il ricorso al consiglio opportunistico breve, mentre l'invio al curante era più frequente fra coloro che non hanno frequentato il corso (tabella 4). Per quanto concerne la frequenza con la quale i farmacisti propongono consigli o una terapia al cliente che sanno essere fumatore, le categorie "sempre" e "spesso" erano più rappresentate fra chi ha frequentato il corso, ma le differenze non sono statisticamente significative (tabella 5). Il questionario riproposto nel mese di novembre ha fornito dati appaiati per 187 farmacisti. La situazione è apparsa invariata per tutte le variabili considerate.

## DISCUSSIONE

Lo studio evidenzia come i farmacisti siano operatori sanitari sensibili alle problematiche correlate al fumo. La comprova deriva sia da dati indiretti (le percentuali di fumatori nei due campioni sono entrambe inferiori alla percentuale di fumatori della popolazione generale<sup>4</sup>) sia diretti. Infatti, già nei controlli, è buona la percentuale di farmacisti che si informa delle abitudini al fumo dei clienti. Questo dato viene accompagnato nei controlli anche da una maggiore elaborazione della necessità di prevedere pratiche antifumo entro le proprie competenze professionali. Entrambi questi dati risultano importanti. Infatti, maggiore è il numero delle volte in cui il fumatore viene esposto ad una sensibilizzazione antifumo da parte di un operatore sanitario, maggiori sono le possibilità di innescare nel fumatore una repentina decisione a smettere<sup>9</sup>. Positiva anche la bassa frequenza, e questo sia nei casi sia nei controlli, di non temere di violare la privacy del paziente informandosi sulle sue abitudini al fumo: questo dato dimostra che i farmacisti vedono la dipendenza da tabacco nell'ottica sanitaria piuttosto che in quella morale. Anche in questo caso però si evidenzia una tendenza ad un migliore inquadramento della problematica da parte di coloro che hanno seguito la formazione specifica.

È interessante sottolineare un'altra differenza significativa tra casi e controlli: i farmacisti che hanno frequentato il corso inviano un maggior numero di clienti all'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo rispetto ai farmacisti del gruppo controllo, i quali prevalentemente inviano il cliente al Medico di Medicina Generale. Benché entrambi gli invii siano corretti, è evidente che gli Ambulatori di secondo livello per

Formazione	Consiglio opportunistico breve	Invio al curante	Invio al 2° livello *	NRT **	Nessuna proposta	Altro	TOT
SI (n=38)	65,8%	7,9%	26,3%	68,4%	0,0%	13,2%	100%
NO (n=111)	56,8%	12,6%	12,6%	46,8%	3,6%	9,0%	100%
TOTALE (n=149)	59,1%	11,4%	16,1%	52,3%	2,7%	10,1%	100%
*	p= 0,048						
**	p= 0,022						

Tabella 4: Proposte ai clienti fumatori (possibili risposte multiple).

La Cura del Tabagismo sono ancora poco conosciuti anche da una parte degli operatori del settore sanitario. A tal proposito iniziative come questa risultano estremamente utili: va infatti ricordato che la presa in carico da parte di un centro di secondo livello aumenta le percentuali di efficacia della cura ad un anno<sup>10</sup>. E' quindi importante per i centri antifumo proporsi nell'ambito della rete sanitaria, così da farsi conoscere e far conoscere maggiormente il problema, elaborando sinergie di intervento comuni nell'ambito della cura del tabagismo.

Formazione	Sempre	Spesso	Talvolta	Mai	Non so/	TOT
SI (n=45)	2,2%	24,4%	55,6%	17,8%	0,0%	100%
NO (n=138)	1,4%	19,6%	57,2%	18,8%	2,9%	100%
TOTALE (n=183)	1,6%	20,8%	56,8%	18,6%	2,2%	100%

Tabella 5: Frequenza con cui i farmacisti propongono interventi per smettere di fumare.

Al di fuori degli aspetti statistici va sottolineato come al farmacista di comunità non manchino né la sensibilità verso la problematica né le capacità relazionali per compiere al meglio il consiglio opportunistico breve. Ciò che invece è emerso durante lo svolgimento del corso è una diffusa richiesta di informazioni, oltre che sui servizi di secondo livello presenti sul territorio, sulle varie tipologie di farmaci (da banco e non) utilizzati nella disassuefazione. Ciò si è concretato, nella fase post corso, in una maggiore somministrazione di NRT da parte del gruppo di farmacisti che aveva partecipato al corso di formazione. Que-

sto dato conferma l'osservazione della maggior propensione a ritenere una propria competenza professionale l'informarsi se il cliente fuma.

## CONCLUSIONI

Questo studio ha dimostrato l'importanza di sensibilizzare e dotare di conoscenze specifiche su tecniche, strategie e servizi di possibile ausilio al fumatore che vuole smettere tutti gli operatori sanitari, di cui i farmacisti sono non solo parte importante ma anche parte maggiormente diffusa sul territo-

rio. Nello specifico, il gruppo di farmacisti che hanno partecipato all'evento formativo hanno evidenziato, nelle fasi operative post corso, una maggiore elaborazione delle pratiche antifumo come parte delle loro competenze professionali rispetto al gruppo di controllo. Per contro, entrambi i gruppi mostrano una buona attitudine ad informarsi sulle abitudini al fumo dei clienti. Il gruppo di farmacisti formati mostra una maggiore disposizione a consigliare NRT a supporto della cessazione del fumo, e ciò può essere dovuto alla informazione specifica su prodotti, uso e modalità di somministrazione delle NRT effettuata durante il corso. Al pari, la maggior propensione ad inviare i clienti all'Ambulatorio per la Cura del Tabagismo può essere riferita alla fase del corso che ha previsto una dettagliata descrizione delle pratiche operative del Centro Prevenzione e Cura del Tabagismo, oltre che alla conoscenza diretta degli operatori che vi agiscono.

In conclusione, questo studio sottolinea l'importanza degli eventi formativi sulle pratiche e sulle strategie antifumo dei farmacisti territoriali. L'organizzazione di questi operazioni formative, che andrebbero ripresentate con periodicità agli operatori sia con funzione di aggiornamento sia con funzione di supervisione sulle pratiche, spetta ai Centri per la Prevenzione e Cura del Tabagismo delle Aziende Territoriali in stretta sinergia con gli Ordini provinciali dei farmacisti. Risulterebbe molto utile che il Centro organizzasse periodiche campagne informative che potrebbero trovare visibilità sul territorio attraverso la rete delle farmacie. Prevedere sinergie operative Centro Antifumo/Ordine Farmacisti sia per la formazione che per l'informazione può risultare utile nella definizione di strategie territoriali di lotta al fumo. ■

**Disclosure:** Gli autori dichiarano l'assenza di qualsiasi conflitto di interesse.

## Bibliografia

- PASSI 2006: Rapporto dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 "Triestina". Scaricabile da <http://www.ass1.sanita.fvg.it/> [accesso settembre 2008]
- WHO Regional Office for Europe. Pharmacists and action on tobacco. Scaricabile da <http://www.euro.who.int/document/E61288.pdf> [accesso settembre 2008]
- Nanni M. Il farmacista, ruolo professionale indispensabile. Tabaccologia 2005; 2s: 12-14.
- Maguire TA, McElhany JC, Drummond A.: A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction*. 2001 Feb;96(2): 325-31.
- NICE public health intervention guidance 1 (2006): Brief intervention and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Scaricabile da [www.nice.org.uk/PHO01](http://www.nice.org.uk/PHO01) [accesso settembre 2008]
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax*. 2000 Dec;55(12): 987-99.
- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.CD003698.pub2
- NICE public health guidance 10 (2/2008): Smoking cessation services, a quick reference guide. [www.nice.org.uk/PHO11](http://www.nice.org.uk/PHO11)
- West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal* 2006 Feb 25;332(7539):458-60.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. *Clinical practical guidelines*. Rockville, M.D.: U.S. Department of health and human services: Public Health Service AHRQ Publications n 00-0032, June 2000.

# Il “particolare” uso del tabacco tra i montanari del Tajikistan

## *The “strange” tobacco use among highlanders of Tajikistan*

Fabio Lugoboni

### Riassunto

L'uso del tabacco per via orale è molto comune in tutta l'Asia centro-meridionale, con una prevalenza tra il 20 ed il 30% della popolazione. Il consumo di tabacco è la principale causa di morte evitabile ed anche l'uso per via orale è stato correlato con numerose patologie. Il presente articolo fornisce un quadro del problema come emerge dalla scarsa bibliografia presente in letteratura scientifica, e portando inoltre la diretta esperienza di medico coinvolto in tre spedizioni scientifico-umanitarie (Yaghnob Valley Scientific Expedition) organizzate dall'Università degli Studi di Bologna, in una valle remota del Tajikistan. Il tabacco assunto per via orale è dannoso e dovrebbe essere stigmatizzato al pari delle sigarette dalle politiche governative regionali.

**Parole chiave:** *Tajikistan, tabacco orale, nos, tabagismo, Asia Centrale.*

### Summary

Use of smokeless tobacco is very common in Central-South Asia, reaching from 20 to 50% of the general population.

Tobacco is a major preventable cause of morbidity and mortality and smokeless mixtures has been related with numerous pathologies.

The present paper is a brief overview on smokeless tobacco use in Asia added with personal medical data observed in a rural population of Tajikistan, during the Yaghnob Valley Scientific Expedition, performed by the University of Bologna, Italy, in 2007 and 2009. Smokeless tobacco is as dangerous as cigarette.

Local governments should add the goal of eliminating smokeless tobacco to existing drives against cigarette smoking.

**Keywords:** *Tajikistan, smokeless tobacco, nos, nicotine dependence, Central Asia.*

### INTRODUZIONE

Il popolo Yaghnobi (YAG) abita una valle, ad un'altezza media tra i 2000 ed i 3000 metri, situata nella catena montuosa dello Zarafshan, in Tajikistan (TAJ), piccola repubblica ex-sovietica confinante con Uzbekistan, Kirgizstan, Afghanistan e Cina. L'interesse per questo popolo è legato alla sua lingua, un dialetto medio-iranico derivato dal sogdiano, un tempo lingua franca (ciò che era il latino nel medioevo europeo) lungo la via della seta. L'impero sogdiano, e con esso la sua lingua, venne travolto dall'conquista araba dell'ottavo secolo d.c. Per 1.200 anni ai linguisti, di quella civiltà, non rimasero che rare epigrafi rinvenute dagli archeologi. Poi, qualche decennio fa, alcuni ricercatori cominciarono a segnalare la singolarità degli abitanti della valle dello YAG e della loro lingua; nonostante le similitudini con il tajiko, che appartiene al ceppo delle lingue iraniche e quindi indoeuropee, la lingua YAG non si è mai assimilata con questo, mantenendo sorprendentemente la sua integrità. Il confronto con le iscrizioni in lingua



sogdiana ne ha evidenziato l'apparentamento; l'ipotesi attualmente più accreditata è che gli Y siano i discendenti di antichi sogdiani rifugiatisi in montagna per sfuggire all'avanzata araba.

La storia recente del popolo YAG non è meno drammatica di quella delle origini: negli anni '70, quando il TAJ era una repubblica

sovietica, gli YAG vennero deportati in pianura per coltivare il cotone. Molti morirono di dissenteria, mal sopportando l'inquinata acqua di pianura, non certo paragonabile a quella pura delle fonti d'alta quota. Parte del popolo YAG si insediò quindi in pianura, ma molte famiglie fecero ritorno in valle, non appena fu loro concesso, dove fecero risorgere i piccoli villaggi di fango; tornarono così al pascolo le mandrie e ad essere coltivate a cereali, patate e foraggio i terreni meno impervi.

### SPEDIZIONI

Il prof. Antonio Panaino, insigne iranista, preside della Facoltà di Conservazione dei Beni Ambientali dell'Università

Fabio Lugoboni

[fabio.lugoboni@azosp.vr.it](mailto:fabio.lugoboni@azosp.vr.it)

Direttore dell'UO Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi, Verona



di Bologna, ha diretto tre spedizioni scientifico-umanitarie internazionali negli anni 2007-2009, composte da linguisti, etnologi, archeologi e da personale sanitario. Il lavoro sanitario è consistito nel creare 2-3 ambulatori temporanei, sparsi nella valle (alcuni villaggi distano tra loro due giornate di cammino, essendo completamente priva di strade l'alta valle dello YAG), per venire incontro ai bisogni sanitari di base della popolazione, del tutto priva di qualsiasi tipo d'assistenza medico-infermieristica dal tempo dell'indipendenza dall'URSS. Le caratteristiche di isolamento e le difficoltà di collegamento oltre che alla necessità dei linguisti di stare il più possibile a contatto con la popolazione del luogo, hanno dato ai membri della spedizione l'opportunità di vivere in perfetto stile locale, condividendo il cibo (cotto usando lo sterco secco bovino come combustibile), il tetto e, aspetto meno desiderabile, gli ectoparassiti. Le frequenti richieste di visita e la presenza di alcuni membri della spedizione in grado di parlare tajiko oppure russo ha permesso ai medici di valutare anche gli stili di vita degli YAG e non solo quelli virtuosi. Il ritorno in valle nel 2008 ci ha permesso di approfondire meglio quella pessima e diffusa abitudine di posizionare sotto la lingua una mistura di tabacco, calce e olio di cotone detta *nos*, estremamente comune in valle ed in tutto il TAJ.

## GEOGRAFIA ANTROPOLOGICA ED EPIDEMIOLOGIA

Il TAJ è una repubblica indipendente dal 1991; il distacco dall'URSS ha precipitato il TAJ in una grave crisi: in cinque anni di guerra civile sono morte di circa 10.000 persone, in un paese che conta 7 milioni d'abitanti. Nonostante sia erede di grandi civiltà come gli Emirati di Bukhara e Samarcanda (oggi in Uzbekistan), il TAJ è attualmente il paese con gli indicatori sociali peggiori di tutta l'ex URSS, con un prodotto interno lordo tra i più bassi al mondo. Il territorio si presenta quasi interamente montuoso e la presenza di estesi ghiacciai ne caratterizza la ricchezza idrica; la pro-



duzione di energia idroelettrica è la prima, e forse unica, ricchezza del paese. La popolazione rurale si equivale percentualmente a quella inurbata.

Dal punto di vista sanitario la situazione del paese è drammatica: tutti i servizi di base, dopo il distacco dall'URSS, sono a pagamento e molto costosi per la popolazione, dai pasti in ospedale alle medicine, compreso il certificato di nascita (10% dei nuovi nati sconosciuti, per questo, all'anagra-

fe). Il livello di mortalità infantile è al livello di molti paesi africani; l'acqua delle città è inquinata, non si effettuano più le vaccinazioni, un tempo capillarmente praticate, per mancanza di fondi<sup>1</sup>.

## TABACCO

In TAJ il tabacco è stato introdotto dai russi verso la fine dell'800; secondo eruditi locali il termine *nos* deriva dal russo ("naso"), probabilmente per l'abitudine che avevano i nuovi conquistatori russi di inalare polvere di tabacco. I linguisti della spedizione non trovano corretta questa interpretazione; i termini *nass*, *naswar* e *niswar* si trovano abbondantemente in Iran, Afghanistan e Pakistan (farsi, pashto ed urdu sono tutte lingue indoeuropee), ed indicano palline verdi dagli effetti eccitanti. L'origine pare provenire dal sub-continente indiano dove è sempre stata comune la pratica di masticare eccitanti (tipo le foglie di *betel*) ed estesa ai composti di tabacco, di introduzione occidentale.

In TAJ l'uso del *nos* è estremamente diffuso, più del fumo di sigaretta, anche se di recente è in atto la tendenza che vede i giovani inurbati preferire la sigaretta come fatto di distinzione e di modernità; dal punto di vista di sviluppo del tabagismo attualmente il TAJ si trova allo stadio due, caratterizzato da un uso del tabacco, fumato oppure per via orale, estremamente diffuso ma solo nei maschi, come succedeva in Italia nel secondo dopoguerra. Chi usa il *nos* normalmente non fuma sigarette. L'uso del *nos* è interetnico e coinvolge il 30 % della popolazione del TAJ; essendo usato quasi esclusivamente dai maschi si può immaginare che il



suo uso, in questi, superi il 50%<sup>2,3</sup>. L'inizio d'uso avviene intorno ai 10 anni, di solito a scopo anestetico per curare odontalgie o le cefalee ma anche come emulazione degli adulti, come avviene spesso con le sigarette. La percezione di pericolosità è bassa nella popolazione tajika, come avveniva fino a poco tempo fa in Europa, anche se gli utilizzatori sono consapevoli che l'uso di *nos* causa con frequenza alitosi ed odontopatie. L'assunzione di *nos* varia da 1-2 assunzioni al giorno ad un uso pressoché continuo<sup>3</sup>. I tajiki che emigrano frequentemente in Russia tendono a mantenere l'uso del *nos*, reperibile nei mercati russi ma richiesto ed usato solo dagli asiatici. Il TAJ è un forte produttore di tabacco, 12000 tonnellate nel 2000, ed il tabacco è una delle poche voci del suo export. Nonostante questo il TAJ proibisce la pubblicità delle sigarette ed impone la stampa di messaggi dissuasivi sui pacchetti. Le informazioni diffuse dall'OMS sulla pericolosità del fumo vengono puntualmente tradotte in lingua tajika e diffuse. Si tiene inoltre regolarmente, come in molti paesi del mondo, la giornata mondiale senza fumo e campagne educative vengono promosse nelle scuole; questi iniziali tentativi governativi di scoraggiare l'uso del fumo, sull'onda delle pressioni internazionali, non coinvolgono affatto l'uso del *nos*<sup>3-5</sup>. La sua forte diffusione è sostenuta dal costo molto contenuto e dalla facilità di produzione e distribuzione, oltre che dalla percezione erronea di essere un medicamento. Viene inoltre usato frequentemente dai medici locali e questo fatto certamente non costituisce un buon esempio, rafforzando l'idea diffusa che il *nos* sia un fitofarmaco.

### CONSIDERAZIONI TOSSICOLOGICHE

Il *nos* è composto da un amalgama di polvere di tabacco non conciato, olio di cotone (il più diffuso ed economico nella regione) e calce; è di colore verde chiaro e di consistenza pastosa; si tiene in sacchetti di nylon e si pone sotto la lingua o viene succhiato lentamente per 10-15 minuti; localmente il composto provoca un effetto anestetico. La presenza di un alcalinizzante è motivata dallo scopo di aumentare la velocità d'assorbimento attraverso la mucosa orale della nicotina, né più né meno di ciò che hanno fatto su larga scala alcuni noti produttori di sigarette che trattando il tabacco con l'ammoniaca ne hanno aumentato notevolmente la potenzialità di indurre dipendenza e, di conseguenza, le vendite. L'uso di aggiungere una base al tabacco è una pratica assai comune in tutta l'Asia. L'agente base può essere la cenere, il bicarbonato o, come nel caso del *nos* e del *naswar* pakistano, la calce. La velocità d'assorbimento di una sostanza additiva è, in genere, direttamente proporzionale al grado di dipendenza: è noto infatti che l'uso iniettivo di una droga provoca un livello di dipendenza maggiore rispetto ad altre tipologie d'assunzione. Il ciclo della dipendenza segue le tappe di tutte le altre sostanze che creano dipendenza: da un iniziale uso sociale si passa in un tempo variabile (influenzato da cause genetiche legate alla velocità di metabolizzazione della nicotina, da fattori psicologici e sociali) ad un uso ripetitivo, compulsivo, fino



*Nos: una mistura di tabacco, calce e olio di cotone, abitualmente posizionata sotto la lingua, estremamente comune in tutto il Tajikistan.*



alla dipendenza (con comparsa di astinenza e *craving*) che spinge ad un uso protratto, incurante delle conseguenze negative, o con alte probabilità di ricaduta nel caso il soggetto decida di smettere l'uso della sostanza<sup>5,6</sup>.

## MORBIDITÀ

Il tabacco, come è noto, è la prima causa di morte evitabile con milioni di morti ogni anno, di cui la quota a carico dei paesi in via di sviluppo è in continuo aumento: toccherà nel 2030 la percentuale del 70% di tutte le morti da tabacco al mondo<sup>7</sup>. Il *nos* è stato poco studiato, essendo il TAJ un piccolo paese, molto arretrato e con un'assistenza sanitaria che non riesce ancora adesso a riorganizzarsi dopo il distacco dall'URSS. Ben più studiati sono stati invece il *nass* ed il *naswar* pakistani. Tra India e Pakistan si stima che tali forme di tabacco non fumato vengano usate da più di 100 milioni di persone<sup>5,8,9,10</sup>. Diverso dal *nos*, per composizione e danno alla salute, risulta il più noto e studiato lo *snus* svedese<sup>14</sup>.

L'uso orale di tabacco, nelle varie miscele presenti in Asia, è causa riconosciuta di neoplasie dell'orofaringe, del tratto gastro-esofageo ed urinario; va sottolineato il fatto che le forme neoplastiche correlate all'uso di tabacco rappresentano, nell'Asia centro-meridionale, un terzo di tutte le neoplasie<sup>5</sup>. E' stato inoltre riconosciuto fattore di rischio per ipertensione arteriosa, tachiaritmie, vasculopatie, gastroesofagiti, ulcera peptica, odontopatie e leucoplachia<sup>8,12</sup>. *Last but not least*, la dipendenza.

Nella nostra permanenza nella valle dello TAJ (circa 60 giorni, nelle tre spedizioni) abbiamo riscontrato frequentemente patologie riconducibili all'uso di *nos*. Le sigarette non sono di uso comune in valle sia per il loro costo che per la difficoltà di approvvigionamento. Ciò non toglie gli sforzi di penetrazione operati da Big Tabacco in questa come in altre valli come scriveva, nel 1962, al *British Medical Journal*, un medico nativo del Nepal, lamentando l'arrivo delle sigarette in remote regioni asiatiche dove era-



no utilizzati soltanto tradizionali prodotti del tabacco<sup>13</sup>. Al primo posto abbiamo riscontrato frequenti epigastralgie negli utilizzatori di *nos*; in secondo ordine abbiamo osservato importanti odonto e paraodontopatie; occasionalmente abbiamo riscontrato anche episodi di tachicardia associati all'assunzione del composto. Le nostre raccomandazioni ad abbandonare l'uso del *nos* si sono sempre concluse con un'alzata di spalle e la richiesta di medicine da parte dei pazienti per patologie varie comprese quelle fumo-correlate.

## CONCLUSIONE

La spedizione etnolinguistica dell'Università di Bologna nella valle dello Yaghnob ha permesso all'equipe sanitaria di conoscere meglio un fenomeno, quello del consumo sublinguale di tabacco misto a calce e olio di cotone, che il primo anno ci aveva incuriosito ma solo nel 2008 siamo riusciti a mettere pienamente a fuoco ed a correlare con frequenti patologie lamentate dai locali. In questo la popolazione della valle, circa 500 persone, non sembra differire molto dal resto del TAJ e, più in generale, da tutti i paesi dell'Asia centro-meridionale dove l'uso orale di tabacco, miscelato con una base, varia tra il 20 ed il 50% della popolazione. Tali prodotti sono stati con evidenza correlati a numerose patologie, soprattutto neoplastiche, cardiovascolari ed infiammatorie locali. La percezione di pericolosità di tali composti è minima ed i governi locali, pur iniziando ad avversare il fumo di sigaretta nelle loro politiche, sembrano ignorare del tutto la pericolosità legata all'uso del tabacco orale. Ricordando che sono tre le leve riconosciute per ridurre il consumo di tabacco (il costo, i divieti e la cura), dobbiamo sconsolatamente concludere che nessuna di queste tre importanti opzioni strategiche è visibile all'orizzonte, in Tajikistan. ■

**Disclosure:** L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi conflitto di interesse.

## Bibliografia

1. UNICEF-Tagikistan-Profilo paese. [www.unicef.it](http://www.unicef.it)
2. Projections of tobacco production, consumption and trade to the year 2010. [www.fao.org](http://www.fao.org)
3. World: no tobacco day focuses on link between tobacco and poverty. [www.rfml.org](http://www.rfml.org)
4. Asian tobacco products. [www.everything2.com](http://www.everything2.com)
5. Gupta PC, Ray CS. Smokeless tobacco and health in India and South Asia. *Respirology* 2003; 8: 419-31.
6. Koob GF, Le Moal M. Addiction and brain anti-reward system. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 29-53.
7. Brundtland GH. Achieving worldwide tobacco control. *JAMA* 2000; 284: 750-751.
8. John RM. Tobacco consumption patterns and its health implications in India. *Health Policy* 2005; 71: 213-22.
9. Imam SZ, Nawaz H, Sepah YJ, Pabaney AH, Ily M, Ghaffar S. Use of smokeless tobacco among groups of Pakistani medical students- a cross sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7: 231-40.
10. Khawaja MR, Mazahir S, Majeed A. Chewing of betel, areca and tobacco: perceptions and knowledge regarding their role in head and neck cancers in an urban squatter settlement in Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7: 95-100.
11. Rani M, Bonu S, Jha P, Nguyen S, Jamjoum L. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. *Tobacco Control* 2003; 12: 4-6.
12. Zaridze DG, Blettner M, Matiakin EG, Poljakov BP, Stich HF, Rosin MP, Hoffmann D, Brunnenmann KD. The effect of *nass* use and smoking on the risk of oral leukoplakia. *Cancer Detect Prev* 1986; 9: 435-40.
13. Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug JR, Magnusson B, Wallström M, Hirsch JM, Nilsen R. The Swedish *snus* and the Sudanese *toombak*: are they different? *Oral Oncol*. 1998 Nov;34(6):558-566.
14. Pande BR. Hubble-bubble Smoking. *Brit Med J* 1962; 1: 1556.



# Esposizione degli animali domestici al fumo di tabacco: importanza del modello animale

## *Exposure of domestic animals to tobacco smoke: the importance of the animal model*

**Matteo Cerquetella, Massimo Cecaro, Alessandro Fruganti, Vincenzo Zagà**

### Riassunto

Nel presente articolo vengono presi in considerazione i principali effetti negativi del fumo di tabacco, cercando di indagare anche i meccanismi attraverso i quali questi si possono determinare. In particolare, viene fatto il punto della situazione sugli effetti del fumo passivo sull'uomo, riportando successivamente anche i risultati di studi, retrospettivi e sperimentali, mirati a valutare le conseguenze dell'esposizione, attiva e passiva, sugli animali (bronchite, enfisema, aterosclerosi, linfoma maligno, tumore polmonare), mostrando come talvolta questi possano essere simili a quelli riscontrati nell'umana specie. L'obiettivo degli Autori è quello di puntare l'attenzione sull'importanza del fumo passivo non solo per l'uomo ma anche per gli animali domestici, esaltando il modello animale come fonte di dati utili in medicina umana nello studio delle patologie fumo correlate, soprattutto a fini epidemiologici e prognostici.

**Parole chiave:** *modello animale, animali domestici, fumo passivo, patologie fumo correlate.*

### Summary

In the present article the principal negative effects of tobacco smoke are considered, trying also to investigate mechanisms able to determine them.

Passive-smoke related damages (Bronchitis, emphysema, atherosclerosis, malignant lymphoma, pulmonary neoplasm), will be examined in men and in animals, through retrospective and experimental studies, showing that these can be sometimes considered similar between the two species.

The aim of the Authors is to underline the significance of passive smoke both in men and in animals, showing the importance of the animal model in studying smoke related diseases; results obtained in veterinary medicine can be used in the human one, mainly with epidemiologic and prognostics purposes.

**Keywords:** *animal model, domestic animals, second hand smoke, smoke related diseases.*

### INTRODUZIONE

Lo stretto legame, finanche simbiotico, che a volte si instaura tra animali domestici, cani e gatti in particolare, ed uomo, ha determinato un crescente interesse in medicina veterinaria per patologie che in passato erano appannaggio esclusivo della medicina umana; ciò a motivo, in particolare, dell'esposizione degli animali alle stesse condizioni ambientali dei rispettivi proprietari. In un tale contesto possono essere presi in considerazione anche gli effetti dell'esposizione al fumo di tabacco. La finalità del presente articolo non risulta essere solamente quella di esaminare le conseguenze dell'esposizione al fumo di

tabacco negli animali, cercando di comprendere gli eventuali rischi verso cui questi possono essere esposti nell'ambito della convivenza con l'uomo, ma anche quella di capire quanto il modello animale possa fornire dati epidemiologici e prognostici utili per lo studio delle patologie fumo correlate da poter poi mutuare per l'umana specie, come peraltro ipotizzato da altri Autori<sup>1</sup>.

### FUMO PASSIVO E DANNI RICONOSCIUTI NELL'UOMO

Dalla combustione di sigaretta, che avviene tra gli 830 e gli 880°C, si sprigionano oltre 4.000 sostanze di diversa natura

chimica<sup>2</sup> che vengono introdotte tanto nell'organismo del fumatore attivo, in modo volontario, quanto nell'organismo del fumatore passivo, in modo involontario, ma con ovvie differenze quali-quantitative<sup>3</sup>. Il fumo aspirato direttamente dal fumatore ("main-stream smoke") è diverso per composizione da quello inalato dal non fumatore ("fumo passivo" o "second-hand smoke")<sup>4</sup> il quale è costituito dal "hexaled main-stream smoke" (corrente terziaria), ossia dal fumo aspirato e successivamente riversato nell'ambiente, e dal "side-stream smoke" (corrente secondaria), cioè dal fumo che si genera per combustione della sigaretta e che passa direttamente nell'ambiente. Più precisamente il fumo passivo

**Matteo Cerquetella** (*matteo.cerquetella@unicam.it*)  
Medico Veterinario, Ricercatore Universitario,  
Dipartimento di Scienze Veterinarie  
Sezione Clinica, Facoltà di Medicina Veterinaria,  
Università degli Studi di Camerino

**Alessandro Fruganti**  
Dipartimento di Scienze  
Veterinarie - Facoltà di Medicina  
Veterinaria, Università degli  
Studi di Camerino

**Massimo Cecaro**  
Medico Veterinario, Libero  
Professionista, Giornalista  
dell'Associazione Stampa  
Medica Italiana

**Vincenzo Zagà**  
U.O. di Pneumotisiologia  
Territoriale Azienda USL  
di Bologna, Società Italiana  
di Tabaccologia (SITAB)

è una miscela che contiene per l'85% "side-stream smoke" e per il 15% "hexaled main-stream smoke"<sup>2,3</sup>. Come detto, il fumo è costituito da numerose sostanze chimiche, alcune delle quali risultano essere estremamente importanti in particolare a fronte della loro azione cancerogena<sup>2,3,5</sup>, come ad esempio nel caso del radionuclide Polonio-210<sup>6</sup>. Per tale motivo, l'analisi degli effetti dell'assunzione e dell'esposizione al fumo di tabacco sull'uomo è importante argomento di studio ed è stato favorito nel tempo dalla possibilità di disporre di *markers* biochimici, quali ad esempio il monossido di carbonio<sup>7</sup>, i tiocianati<sup>8</sup> e la cotinina<sup>9,10</sup>, principale metabolita della nicotina, il cui dosaggio, sia su siero che su urine, risulta essere un valido indice di esposizione passiva<sup>11</sup>.

Quello del fumo passivo rappresenta un problema reale come si può evincere dai numerosi studi effettuati in merito e come peraltro si può desumere ad esempio dai dati riportati da Cummings *et al.*<sup>12</sup> i quali ricercando la presenza di cotinina nelle urine di 663 non fumatori hanno rilevato quantità dosabili nel 91% degli indagati, nonostante l'84% delle persone valutate non vivessero con fumatori ed il 76% dichiarasse di non aver avuto contatti con fumatori nei 4 giorni precedenti. Ulteriori dati forniti dal Ministero della Salute risultano essere utili ai fini della comprensione dell'estensione del problema; i risultati di uno studio recente riferiscono, infatti, che circa un adulto su quattro (26.5%) è esposto al fumo passivo in casa<sup>13</sup>. Tra i più rilevanti effetti che il fumo passivo è potenzialmente in grado di determinare nell'uomo ricordiamo quelli a carico dei sistemi cardio-circolatorio e respiratorio. In particolare si è dimostrato nell'uomo che l'esposizione al fumo passivo provoca o è associata ad un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa<sup>14</sup>, nonché della concentrazione di carbosiemoglobina<sup>15</sup>; anche l'aggregabilità piastrinica risulta essere aumentata<sup>14</sup>, così come si assiste ad una promozione dell'attività neutrofilica<sup>16</sup>. In soggetti esposti è stata inoltre evidenziata una correlazione tra fumo e disfunzioni endoteliali<sup>15,17</sup>, anche a motivo della riduzione delle difese antiossidanti sieriche, di una più veloce perossidazione lipidica e dell'accumulo



di colesterolo nei macrofagi<sup>18</sup>; in soggetti esposti si è evidenziata anche una ridotta capacità elastica dell'aorta toracica<sup>19</sup>, una riduzione delle *performances* sportive<sup>20</sup> e della tolleranza all'esercizio<sup>21</sup>. Altri studi riportano, inoltre, una correlazione tra fumo passivo e otiti medie recidivanti in bambini esposti al fumo<sup>22</sup>. Come accennato in precedenza, gli effetti del fumo passivo sono evidenti soprattutto a carico dell'apparato respiratorio in adulti e bambini<sup>23</sup> e riguardano condizioni più o meno gravi, tra cui infiammazioni respiratorie, incluse tracheiti e laringiti<sup>24</sup>, e il peggioramento dei sintomi bronchitici<sup>25</sup>. Anche l'asma è stata associata al fumo<sup>26,27</sup>, in particolare la sua insorgenza, le eventuali riacutizzazioni e l'aggravamento di forme preesistenti<sup>25</sup>; esiste inoltre una associazione dimostrata tra fumo passivo e riduzione della funzionalità respiratoria (FEV1) sia in adulti<sup>28</sup> che in bambini esposti<sup>29</sup>. Infine, il fumo di tabacco è stato associato a tumori polmonari<sup>3</sup>, anche a fronte di un'assunzione passiva dello stesso<sup>4</sup>, essendo stata peraltro documentata l'associazione tra mortalità per tumori polmonari ed esposizione al fumo passivo domestico<sup>30</sup> e il maggior rischio di tumore polmonare in soggetti esposti in ambienti lavorativi<sup>31</sup>. Oramai assodato è dunque il *link* tra processi neoplastici a carico del polmone e il fumo di tabacco, il quale è rappresentato in particolare dalla flogosi cronica bronchiale<sup>32</sup> che, evolvendo progressivamente in senso ostruttivo con forte compromissione della *clearance* mucociliare<sup>33,34</sup>, può associarsi ad una stasi cronica di muco e di particelle della fase *tar*, tra cui anche potenziali cancerogeni<sup>6,35,36</sup>.

## ESPOSIZIONE DEGLI ANIMALI AL FUMO DI TABACCO

Come è facilmente ipotizzabile, dalla stretta convivenza uomo-animale deriva inevitabilmente un aumento reciproco

dei fattori di rischio relativi a patologie differenti, tra cui nella fattispecie si inserisce a pieno titolo l'assunzione del fumo di tabacco ambientale da parte degli animali. La conferma di tale considerazione si ha in letteratura, dove alcuni Autori riferiscono della presenza, nelle urine di animali esposti, di livelli di uno dei *markers* utilizzati in medicina umana, la cotinina, significativamente maggiori rispetto a quanto non evidenziato in soggetti non esposti, similmente peraltro a quanto accade nell'uomo. Lo stesso studio rileva inoltre un rapporto piuttosto diretto tra l'entità dell'esposizione e i livelli di tale molecola nelle urine<sup>1</sup>. Relativamente all'esposizione al fumo di tabacco ambientale, va poi ricordato che negli animali domestici e nel gatto in particolare, le vie di assunzione dello stesso possono addirittura essere più numerose rispetto a quelle riconosciute per l'uomo. Alla più frequente inalazione/aspirazione si vanno infatti ad aggiungere l'ingestione delle polveri depositatesi sul mantello, come conseguenza di comportamenti stereotipati quali il leccamento/pulizia dello stesso, e l'assorbimento transdermico a motivo dello stretto contatto diretto che gli animali possono avere con le superfici su cui la componente particellata del fumo può posarsi<sup>1,37</sup>.

Nel tempo sono stati condotti diversi studi utilizzando il modello animale, sia sperimentali su animali di laboratorio, cani inclusi, che retrospettivi. In particolare sono stati indagati gli effetti del fumo sull'apparato respiratorio di ratti, dove l'esposizione a questo si è dimostrata in grado di indurre non solo ipertrofia, iperplasia ed metaplasia mucosale<sup>34</sup>, ma anche di determinare un diminuito ritorno elastico polmonare ed altre alterazioni compatibili con lesioni enfisematose, similmente a quanto accadrebbe nell'uomo<sup>38</sup>. Sempre con l'ausilio di una tracheostomia in cani esposti al fumo è stato rilevato un significativo aumento della resistenza passiva della parete arteriosa quando sottoposta a carichi pressori elevati<sup>39</sup>. Sempre nel ratto l'esposizione al fumo di sigaretta è stata anche associata ad alterazioni del DNA<sup>40</sup> e a modificazioni del pattern proteomico polmonare<sup>41</sup>. Anche altri modelli animali sono stati presi in considerazione, tra cui: criceti, topi (è

stato riferito lo sviluppo di adenocarcinomi polmonari<sup>42</sup>, scimmie ed anche pecore (l'esposizione è stata correlata ad ipertrofia della mucosa respiratoria tracheale)<sup>34</sup>. Come accennato, in letteratura sono poi riportati studi effettuati su cani, nei quali, similmente ad altre specie, l'esposizione al fumo di tabacco è stata associata, in particolare, ad un aumentato rischio neoplastico<sup>37,43</sup> o, più in generale, ad alterazioni parenchimali<sup>44</sup>. Alcuni degli effetti del fumo evidenziati nell'ambito di protocolli di ricerca sperimentali, in cui il fumo veniva somministrato previa tracheostomia, si caratterizzavano per alterazioni della mucosa tracheale e bronchiale sovrapponibili a quelle precedentemente riportate, e simili a quelle evidenziate in soggetti sottoposti al fumo di tabacco con l'ausilio di maschere facciali<sup>34</sup>. Altri studi hanno, invece, mostrato come l'esposizione al fumo di sigaretta fosse correlabile allo sviluppo di forme neoplastiche (tumori bronchioloalveolari), soprattutto in soggetti per i quali erano state utilizzate sigarette senza filtro<sup>45</sup>. Risultati altrettanto interessanti derivano da studi retrospettivi i quali riportano un aumento del rischio di sviluppare neoplasie polmonari e nasali in cani esposti al fumo di tabacco nel loro ambiente di vita<sup>46,47</sup>. In particolare è stato messo in evidenza un maggiore rischio di tumore nasale in soggetti dolicocefali e, quindi, dotati di una superficie nasale piuttosto estesa, rispetto ai soggetti brachicefali dove veniva, invece, riportato un maggior rischio di neoplasie polmonari, lasciando ipotizzare quindi un ruolo protettivo nei confronti del polmone da attribuire alla superficie filtrante nasale, a fronte però di un aumento del rischio locale<sup>46,47</sup>.



Un'ulteriore indicazione che la lunghezza del naso possa influire sull'assorbimento del fumo, riducendone il quantitativo in grado di raggiungere il parenchima polmonare, viene anche fornita da un altro studio retrospettivo che riferisce di maggiori livelli di cotinina urinaria in cani brachicefali rispetto ai dolicocefali<sup>1</sup>. Studi recenti effettuati nel gatto hanno inoltre mostrato un aumentato rischio di sviluppare un linfoma maligno in soggetti esposti al fumo di tabacco, riportando anche una correlazione con la durata dell'esposizione e il numero di fumatori presenti<sup>5</sup>. Infine, altri gruppi di lavoro, pur fornendo dati non supportati da una significatività statistica, riferiscono di un aumentato rischio, nel gatto, a sviluppare carcinoma squamo-cellulare orale in gatti esposti al fumo di tabacco per lunghi periodi. Il dato appare ancor più interessante se si considera la correlazione tra carcinoma squamo-cellulare e tabacco, presente nell'uomo<sup>37</sup>.

## MODELLO ANIMALE

Da quanto precedentemente riportato si evince come, anche per gli animali da compagnia, cane e gatto in particolare, sia possibile parlare di rischio correlato all'esposizione al fumo di tabacco ambientale. È, infatti, evidente come alcune delle conseguenze di tale esposizione riscontrabili nell'uomo, possano essere rinvenute in modo analogo anche negli animali. L'importanza di un modello animale come aiuto nel comprendere le complesse dinamiche delle patologie fumo-correlate nell'uomo, deriva, infatti, dalla possibilità di rinvenire nel paziente umano, patologie simili a quelle riscontrate negli animali, dove simili risultano essere talvolta anche gli aspetti istopatologici di alcune delle proliferazioni neoplastiche riscontrate<sup>48</sup>. La presenza di alterazioni vascolari negli animali esposti, similmente a quanto accade nell'uomo (es. aterosclerosi coronarica e aortica o aneurismi aortici)<sup>39,49</sup> e la correlazione tra fumo e cancro delle cavità nasali, riscontrata tanto in medicina umana<sup>42,47</sup>



*Cane, esame radiografico del torace, proiezione latero-laterale sinistra, decubito destro; si evidenzia la presenza di una neoformazione dorso-caudalmente alla base del cuore.*

quanto in veterinaria, sono soltanto alcuni degli esempi che rafforzano il possibile parallelismo tra uomo e animale. La validità del modello animale può essere sicuramente attribuita alla stretta convivenza uomo-animale che porta alla condivisione dei rischi di esposizione, ma anche alle analogie che recenti studi avrebbero messo in evidenza tra il genoma canino e quello umano<sup>48</sup>. Studi effettuati in passato, ad esempio relativi alla fisio-patologia polmonare, confermano l'importanza del modello animale nello studio delle malattie dell'uomo<sup>50</sup>.

## CONCLUSIONI

Le patologie correlate al fumo sono oggetto di numerosi ed approfonditi studi in medicina umana, sia per quanto riguarda il fumo attivo che passivo. In letteratura sono presenti lavori che riferiscono di un coinvolgimento in tali problematiche anche degli animali, con particolare riferimento a quelli domestici, i quali sono spesso esposti agli stessi fattori di rischio ambientali, relativi al fumo passivo, cui sono esposti gli esseri umani conviventi con fumatori. La possibilità di utilizzare il modello di studio animale, sia per migliorare la qualità della vita che per abbassare i rischi correlati al fumo, nell'uomo e negli animali con esso conviventi, rappresenta dunque una possibilità concreta e stimolante. ■

**Disclosure:** Gli autori dichiarano l'assenza di qualsiasi conflitto di interesse.

**Ringraziamenti:** al dott. Fabrizio Dini per la concessione dell'immagine RX.



**Bibliografia**

1. Bertone-Johnson ER, Procter-Gray E, Gollenberg AL, Bundga ME, Barber LG. Environmental tobacco smoke and canine urinary cotinine level. *Environ Res* 2008; 106(3): 361-364.
2. Lodovici M, Bigagli E. Biomarkers of Induced active and Passive Smoking Damage. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6: 874-888.
3. Domagala-Kulawik J. Effects of cigarette smoke on the lung and systemic immunity. *J Physiol Pharmacol* 2008; 59(6): 19-34.
4. Ellis JA, Gwynn C, Garg RK, Philburn R, Aldous KM, Perl SB et al. Secondhand smoke exposure among nonsmokers nationally and in New York City. *Nicotine Tob Res* 2009; 11(4): 362-370.
5. Bertone ER, Snyder LA, Moore AS. Environmental Tobacco Smoke and Risk of Malignant Lymphoma in Pets Cats. *Am J Epidemiol* 2002; 156(3): 268-273.
6. Zagà V, Gattavecchia E. Polonio 210 nel fumo di tabacco: il killer radioattivo/ Polonium 210 in tabacco smoke: the radioactive killer. *Tabaccologia* 2006; 4: 22-28. ([http://www.tabaccologia.org/PDF/4\\_2006/6\\_42006.pdf](http://www.tabaccologia.org/PDF/4_2006/6_42006.pdf))
7. Zagà V, Mura M, Invernizzi G. Monossido di Carbonio e fumo di tabacco/ Carbon monoxide and tobacco smoke. *Tabaccologia* 2007; 4: 27-33. ([http://www.tabaccologia.org/PDF/4\\_2007/13\\_42007.pdf](http://www.tabaccologia.org/PDF/4_2007/13_42007.pdf))
8. Fortntann SP, Rogers T, Vranizan K, Haskell WL, Solomon DS, Farquhar JW. Indirect measures of cigarette use: expired-air carbon monoxide versus plasma thiocyanate. *Prev Med* 1984; 13: 127-135.
9. Hukkanen J, Peyton J III, BENOWITZ NL. Metabolism and Disposition Kinetics of Nicotine. *Pharmacol Rev* 2005; 57: 79-115.
10. Benowitz NL, Zevin S, Jacob P. Sources of variability in nicotine and cotinine levels with use of nicotine nasal spray, transdermal nicotine, and cigarette smoking. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 43: 259-267.
11. Rosa M, Pacifici R, Altieri L, Pichini S, Ottavini G, Zuccaro P. How the steady-state cotinine concentration in cigarette smokers is directly related to nicotine intake. *Clin Pharmacol Therap* 1992; 52: 324-329.
12. Cummings KM, Markello SJ, Mahoney M, Bhargava AK, McElroy PD, Marshall JR. Measurement of current exposure to environmental tobacco smoke. *Arch Environ Health* 1990; 45: 74-79.
13. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli Effetti del Fumo Passivo sulla Salute: [http://www.ministerosalute.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_649\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/c_17_pubblicazioni_649_allegato.pdf).
14. Roscelli F, Tanzi C. Effetti sulla salute del fumo passivo: <http://www.legatumorieggio.it/docs/Materiale%20didattico%20per%20Formazioni/Pianificatori%20per%20il%20tabagismo/Lega%20Tumori%20Guida%20didattica.pdf#page=130>.
15. Leone A, Balbarini A. Exposure to passive smoking: a test to predict endothelial dysfunction and atherosclerotic lesions. *Angiology* 2008; 59: 220-223.
16. Anderson R, Theron AJ, Richards GA, Myer MS, van Rensburg AJ. Passive smoking by humans sensitizes circulating neutrophils. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144: 570-574.
17. Kato T, Inoue T, Morooka T, Yoshimoto N, Node K. Short-term passive smoking causes endothelial dysfunction via oxidative stress in nonsmokers. *Can J Physiol Pharmacol* 2006; 84(5): 523-529.
18. Valkonen M, Kuusi T. Passive smoking induces atherogenic changes in low-density lipoprotein. *Circulation* 1998; 97: 2012-2016.
19. Stefanadis C, Vlachopoulos C, Tsiamis E, Diamantopoulos L, Toutouzas K, Giatrakos N et al. Unfavorable effects of passive smoking on aortic function in men. *Ann Intern Med* 1998; 128: 426-434.
20. McMurray RG, Hick LL, Thompson DL. Effects of passive inhalation of cigarette smoke on exercise performance. *Eur J Appl Physiol* 1985; 54: 196-200.
21. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation* 1991; 83: 1-12.
22. Kitchens G. Relationship of environmental tobacco smoke to otitis media in young children. *Laryngoscope* 1995; 105: 1-13.
23. La Grutta S. L'impatto dell'esposizione al fumo di tabacco sulla salute respiratoria in età pediatrica/ *Tobacco Smoke Exposure impact on children's respiratory health*. *Tabaccologia* 2008; 4: 36-42.
24. Tager J. Health effects of passive smoking in children. *Chest* 1989; 96: 1161-1164.
25. Pistelli F. Fumo Passivo e Inquinamento In ed Outdoor. *Tabaccologia* 2009; 1: 18-24.
26. Stoddard JJ, Miller T. Impact of parental smoking on the prevalence of wheezing respiratory illness in children. *Am J Epidemiol*, 1995; 141(2): 96-102.
27. Jindal SK, Gupta D. The relationship between tobacco smoke & bronchial asthma. *Indian J Med Res*. 2004 Nov; 120(5): 443-453.
28. Chan-Yeung M, Dimich-Ward H. Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Respirology* 2003; 8(2): 131-139.
29. Cook DG, Strachan DP. Parental smoking, bronchial reactivity and peak flow variability in children. *Thorax* 1998; 53: 295-301.
30. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315(7114): 980-988.
31. Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health* 1998; 88: 1025-1029.
32. Day MJ. Does inflammation trigger cancer in cats? Proceedings of the WSAVA Congress, Sydney, Australia 2007.
33. Pavia D, Thomson ML, Pocock SJ. Evidence for temporary slowing of mucociliary clearance in the lung caused by tobacco smoking. *Nature*, 1971; 231: 325-326.
34. Nikula KJ, Green FHY. Animal model of chronic bronchitis and their relevance to studies of particle-induced disease. *Inhal Toxicol* 2000; 12: 123-153.
35. Dally H, Hartwig A. Induction and repair inhibition of oxidative DNA damage by nickel(II) and cadmium(II) in mammalian cells. *Carcinogenesis* 1997; 18:1 021-1026.
36. Stohs SJ, Bagchi D, Hassoun E, Bagchi M. Oxidative mechanisms in the toxicity of chromium and cadmium ions. *J Environ Pathol Toxicol Oncol* 2001; 20: 77-88.
37. Moore AS. Environmental causes of cancer in pets. Proceedings of the WSAVA Congress, Sydney, Australia 2007.
38. Cendon SP, Battlehner C, Lorenzi-Filho G, Dohnikoff M, Pereira PM, Conceicao GMS et al. Pulmonary Emphysema induced by passive smoking: an experimental study in rats. *Braz J Med Biol Res* 1997; 30(10): 1241-1247.
39. Cox RH, Tulenko T, Santamore WP. Effects of chronic cigarette smoking on canine arteries. *Am J Physiol* 1984; 246: H97-H103.
40. Lima PH, Damasceno DC, Sinzato YK, de Souza Mda S, Salvadori DMF, Calderon Ide M et al. Levels of DNA damage in blood leukocyte samples from non-diabetic and diabetic female rats and their fetuses exposed to air or cigarette smoke. *Mutat Res* 2008; 653: 44-49.
41. Zhang S, Xu N, Nie J, Dong L, Li J, Tong J. Proteomic alteration in lung tissue of rats exposed to cigarette smoke. *Toxicol Lett* 2008; 178: 191-196.
42. Hecht SS. Carcinogenicity studies of inhaled cigarette smoke in laboratory animals: old and new. *Carcinogenesis* 2005; 26(9): 1488-1492.
43. Ogilvie GK, Moore A, Kirpenstein F. Top ten advances in veterinary oncology 2005/2006. 2006 World Congress WSAVA/FECAVA/CSAVA 566-569.
44. Hammond EC, Auerbach O, Kirman D, Garfinkel L. Effects of cigarette smoking on dogs. I. Design of experiment, Mortality, and Findings in Lung Parenchyma. *Arch Environ Health* 1970; 21: 748-753.
45. Auerbach O, Hammond EC, Kirman D, Garfinkel L. Effects of cigarette smoking on dogs. II. Pulmonary neoplasms. *Arch Environ Health* 1970; 21: 754-768.
46. Reif JS, Dunn K, Ogilvie GK, Harris CK. Passive Smoking and Canine Lung Cancer Risk. *Am J Epidemiol* 1992; 135(3): 234-239.
47. Reif JS, Bruns C, Lower KS. Cancer of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses and Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Pet Dogs. *Am J Epidemiol* 1998; 147(5): 488-492.
48. Khanna C. Informing the Development Path of New Cancer Drugs through a Comparative Approach. Proceedings of Annual Meeting of ACVP and ASVCP, Tucson, Arizona 2006.
49. Cox RH, Santamore WP, Tulenko TN. Alterations in canine coronary arteries produced by chronic cigarette smoking. *Proc Soc Exp Biol Med* 1986; 181(1): 157-162.
50. Thomas RD, Vigerstad TJ. Use of Laboratory Animal Models in Investigating Emphysema and Cigarette Smoking in Humans. *Regul Toxicol Pharmacol* 1989; 10: 264-271.

# E-cigarette: primi dati e possibili prospettive

## *E-cigarette: first data and possible perspectives*

**B. Tinghino, D. Enea**

### Riassunto

Da qualche anno si sta diffondendo l'uso di un dispositivo elettronico, chiamato "sigaretta elettronica", come supporto alla smoking cessation. Esistono pochi dati clinici su questo prodotto, e pertanto la WHO ha raccomandato prudenza nel suo uso fino a quando non saranno chiariti la sua efficacia e l'eventuale tossicità di alcuni componenti. D'altronde, però, non si può non riconoscere il ruolo che alcuni ausili possono avere nel controllare la gestualità del fumatore, specialmente nei primi giorni di astinenza. Nell'articolo vengono riportate le attuali conoscenze sia in ambito tossicologico che clinico. Viene affrontato anche l'aspetto della differenza tra le varie formulazioni in commercio, alcune delle quali prive di nicotina.

**Parole chiave:** sigaretta elettronica, smettere di fumare, nicotina, craving da nicotina.

### Summary

Over the last years the use of an electronic device, called "electronic cigarette", has spread as an aid in smoking cessation. Thus far, research on this product has shown little clinical data. For this reason, WHO has recommended caution in its use until its effectiveness is clarified and the possible toxicity of some components is excluded. On the other hand, we can not ignore the role that some products may have in controlling the smoker's gesture, especially during the first days of abstinence. This article reflects the current state of clinical and toxicological knowledge. It considers as well the differences among in similar products offered on the market, some of which are Nicotine-free.

**Keywords:** electronic cigarette, smoking cessation, nicotine, nicotine craving.

### INTRODUZIONE

Da poco più di un anno si è diffuso nel nostro paese, come in molti altri nel mondo, un prodotto (e-cigarette, "sigaretta elettronica") che si propone come ausilio per la cessazione dal fumo. Sostenuto da diversi fumatori (ex-fumatori), guardato con prudenza dagli esperti di tabagismo, spesso ignorato dai medici, questo dispositivo non ha ancora una collocazione chiara in ambito sanitario.

Il presente articolo ha come obiettivo quello di raccogliere i dati finora disponibili, descrivere il meccanismo di funzionamento del dispositivo, discutere sulle possibili prospettive, ma anche comprendere limiti ed eventuali rischi del suo utilizzo.

Il primo punto di discussione, e possibile causa di malintesi, è stato la collocazione di questo prodotto. Esso non possiede le caratteristiche del farmaco o

dello strumento terapeutico. Non sono noti importanti studi randomizzati, che ne abbiano testato l'efficacia in termini di cessazione, misurata verso un gruppo di controllo e con marcatori biologici. Le formulazioni in commercio in Italia (Sigaretta Life, Pura, RuToo, Lommark, Mia Sigaretta etc.), contengono abitualmente nicotina, anche se in misura molto bassa, (pari ad 1 mg per ogni cartuccia), cosa che ne rende la presenza quasi sicuramente inefficace se paragonata agli inhaler e ai fabbisogni medi del fumatore.

Il rationale del suo uso può dunque essere pensato come "supporto" agli aspetti rituali (oralità, profumo, gestualità) e comportamentali, previa acquisizione dei dati sulla sicurezza del prodotto. Occorre auspicare, poi, studi che ne verifichino l'effettiva utilità in un contesto complesso e multifattoriale

come quello della disassuefazione da tabacco.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità si è espressa in merito dichiarando che non erano disponibili dati sufficienti per identificare il sistema come prodotto terapeutico. Nel marzo 2009 "Health Canada" ha posto l'attenzione sull'uso della nicotina presente in molti di questi prodotti, in quanto potrebbe dare dipendenza.

Le legislazioni dei vari paesi sono molto diverse tra di loro. In Australia, per esempio, la vendita di sigarette elettroniche con nicotina è illegale, così come in Finlandia e Hon Kong. L'Austria, la Danimarca, l'Olanda, la Nuova Zelanda e la Malesia hanno concesso la vendita solo con la registrazione ottenuta dagli altri prodotti contenenti la nicotina (per es. inhaler). In Inghilterra non vi sono restrizioni nella vendita, mentre

**Biagio Tinghino** ([presidenza@tabaccologia.it](mailto:presidenza@tabaccologia.it))  
Presidente SITAB  
Centro per il Trattamento del Tabagismo, Monza

**Domenico Enea**  
Centro Policlinico Senza Fumo, Policlinico Umberto 1°  
Università Sapienza, Roma

negli Stati Uniti la e-cigarette è considerata un dispositivo medico, per cui si attendono studi scientifici prima di dare il via libera.

Recentemente la FDA americana ha analizzato due marche di e-cigarette nelle quali ha trovato circa l'1% di etilenglicole e alcune nitrosammine, rispettivamente tossico e cancerogene<sup>4</sup>. In Italia almeno una azienda (AURIPEN: www.ariaecigarettes.com) ha invece assicurato una linea di prodotto senza nicotina, con un liquido in cui sono si ritrovano selettivamente alcune delle sostanze "aromatiche" presenti nella formulazione originale. Dai dati analitici eseguiti dall'Università di Perugia risultano assenti in questo prodotto sia l'etilen-glicole che le nitrosammine.

### MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DEL DISPOSITIVO

Il prodotto è composto, nella sua formulazione più frequente, da un dispositivo elettronico che ha la forma di una sigaretta, dentro il quale si inserisce una cartuccia che contiene un liquido aromatico. L'aspirazione da parte del fumatore innesca il riscaldamento del liquido a una temperatura inferiore a quella di ebollizione dell'acqua, grazie all'attivazione di una batteria al litio ricaricabile. Alcune marche hanno un dispositivo che permette di spegnere

automaticamente l'apparecchio qualora questo si surriscaldi. In pratica si forma un aerosol aromatico che trasmette il gusto e l'aroma del tabacco, ma non produce combustione e contiene pochissima nicotina (o non ne contiene affatto). Si produce peraltro un vapore a bassa temperatura che è simile al fumo, ma non ne ha le caratteristiche chimiche. Questo liquido contiene glicole propilenico e altri prodotti derivati da estrazione degli aromi del tabacco. Alcune ditte producono liquidi al sapore di menta, fragola, arancio etc.

### LA SICUREZZA E LE ANALISI TOSSICOLOGICHE

Uno studio, che è stato presentato al convegno europeo della SRNT di Dublino (aprile 2009), ha riportato i risultati di alcuni test effettuati in Nuova Zelanda e condotti sui materiali che compongono il liquido delle cartucce, le modalità di emissione del particolato e degli aromi, la presenza dei principali componenti chimici tossici presenti nel fumo di sigaretta. Diamo descrizione delle principali prove a cui è stato sottoposto il prodotto<sup>1-8</sup>.

#### Radioattività

Il National Radiation Laboratory of New Zeland ha valutato le e-cigarettes per quanto riguarda la presenza di Pb-210



e Po-210 emettenti gamma nucleotidi, con esito negativo.

#### Temperatura

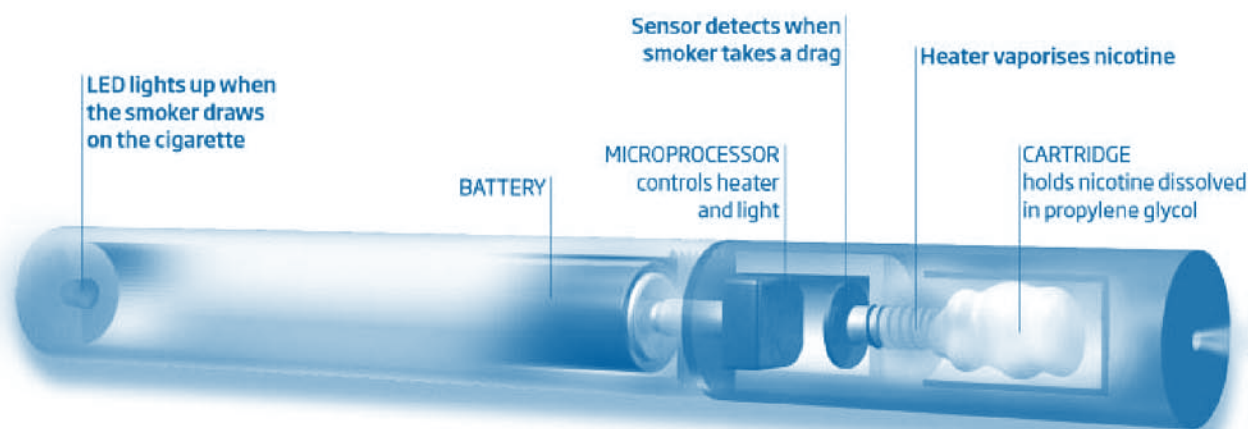
Attraverso l'uso di una termocoppia sono state misurate le temperature di aspirazione, contatto col vapore e dell'aerosol ogni 30 minuti per 5 ore d'uso. Il punto di vaporizzazione era di 29,9°C, l'aerosol emesso di 23,1°C.

#### Pressione di emissione

La pressione di emissione è risultata maggiore rispetto a quella delle sigarette convenzionali (152 mm WG versus 80-120 mmWG), anche se questo non produce alcun problema particolare.

### Smoke without fire

Suck on an e-cigarette and it produces a cloud of nicotine-carrying vapour with none of the toxic by-products of burning tobacco



SOURCE: SAHMSA, VERISPAN





### Liquido della cartuccia

Le TSNAs (tobacco-specific nitrosamines) sono state analizzate<sup>5</sup> con LC-MS/MS ed è stata riscontrata una quantità di 8 ng per g.

Non è stata rilevata attività inibente le monoamino-ossidasi come invece succede per gli estratti dal tabacco, usando un substrato di kynuramine contro un estratto di tabacco da ESR. Le ricerche analitiche sono state condotte sulla base delle raccomandazioni dei principali

organismi scientifici internazionali e relativi al fumo di tabacco, di cui 9 indicati dall'OMS, 36 definiti prioritari dal Toxicological Risk Assessment di Folder e Dybing e 17 testati routinariamente da British Columbia.

Dei 35 principali idrocarburi aromatici policiclici (PAHs) cercati non è stato trovato il benzopirene, uno dei principali componenti del fumo di sigaretta. Sono stati rinvenuti altri 5 idrocarburi, ma non si tratta di carcinogeni per l'uomo, mentre i metalli pesanti carcinogeni (incluso As, Cd, Chr, Ni, Pb) non sono stati trovati o erano sotto il limite di 0,2 micrograms per g. Il mercurio era presente entro i termini di accettabilità (0,17 ng per e-cigarette).

A fronte di ciò occorre invece ricordare la presenza di cancerogeni (nitrosammine) trovata dall'FDA, anche se le analisi sono state eseguite solo su due marche di e-cigarette<sup>1</sup>.

Altri componenti del liquido, come il toluene, l'etanolo, la biperidina, il propan-1-olo, il tripropilene glicole erano presenti solo in tracce.

Nell'ambiente circostante attorno al dispositivo, quando emette i vapori caratteristici, è stata riscontrata presenza di acetaldeide inferiore a 5 ppm, acro-

leina a 0,3 ppm. Altri componenti tossici delle sigarette tradizionali, come l'acrilonitrile, il benzene, il 1,3-butadiene, l'm-o e il p-cresolo, l'ossido di etilene, l'HCN, lo stirene e lo xilene erano assenti o presenti in quantità inferiori a 0,01 ppm.

### PRIME ESPERIENZE CLINICHE

Uno studio prospettico, randomizzato, in singolo cieco è stato condotto<sup>9</sup> da un gruppo di ricercatori dell'Università di Auckland (New Zeland), della Queen Mary University di Londra e del Wolfson Institute of Preventive Medicine and Health della Nuova Zelanda. Chris Bullen e coll. hanno arruolato 40 fumatori che sono stati avviati all'uso di e-cigarette (EC) contenente nicotina (16 mg per capsula), EC senza nicotina, capsule di placebo, Nicorette inhaler o sigarette tradizionali.

Dopo l'astinenza notturna veniva permesso l'uso del prodotto al quale si era stati assegnati e, dopo un'ora, si misurava il craving attraverso una scala visuale con punteggio da 0-10. Un secondo outcome era costituito dalla sintomatologia astinenziale e dall'accettabilità.

Il confronto EC con 16 mg di nicotina e il placebo mostrava, dopo 60 minuti, una riduzione significativa del craving (differenza media 0,82; 95% C.I. 0,25-1,38; p= 0.0061). Le sigarette tradizionali erano più efficaci dell'EC con 16 mg di nicotina (differenza 1,44; 95% C.I. 0,39-2,48) e dell'EC a 0 mg (differenza 2,23; 95% C.I. 1,17-3,30).

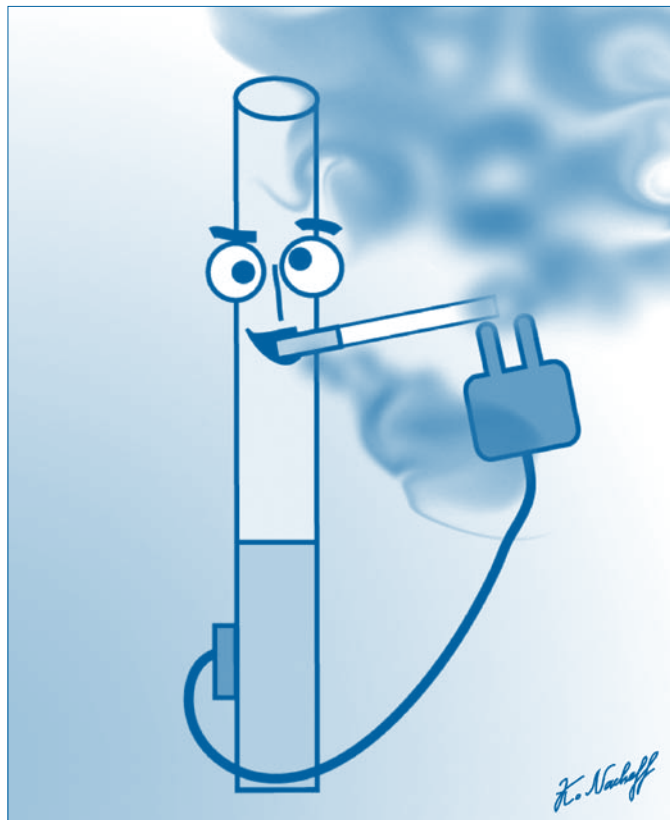
L'EC con 16 mg di nicotina riduceva l'irritabilità astinenziale, il calo di concentrazione e l'irritabilità più del prodotto a 0 nicotina e dell'inhaler, ma la differenza non era significativa.

La nicotina inalata con l'EC ha mostrato un decremento plasmatico più veloce dell'inhaler (media tmax 19,4 minuti versus 30 minuti), ma più lento di quella assunta con le sigarette di tabacco (14,3 minuti). Altre osservazioni hanno riferito un effetto positivo sul craving<sup>10,11</sup>.

Nelle prime esperienze effettuate<sup>9,12</sup> gli eventi avversi registrati per l'EC sono stati mediamente minori nella formulazione a zero nicotina, rispetto a quella

Eventi avversi<sup>10</sup>

	E-cigarette 0 mg (%)	E-cigarette 16 mg (%)	Inhaler (Nicorette) (%)
Irritazione orale	13	23	33
Irritazione laringea	23	33	58
Indolenzimento mascellare	8	8	5
Sensazione di malessere	15	23	15
Vomito	0	0	0
Flatulenza	8	10	15
Mal di stomaco	3	3	8
Senso di calore	5	3	0
Diarrea	0	0	0
Singhiozzo	0	0	3
Ipersensibilità	5	13	8
Vertigini	18	23	20
Mal di testa	18	15	15
Sudorazioni	8	5	5
Senso di freddo alle mani/piedi	0	3	0
Palpitazioni	0	5	0



con 16 e l'inhaler. Si riporta la tabella con gli esiti delle osservazioni fatte da Chris Bullen e collaboratori<sup>10</sup>.

## DISCUSSIONE

I dati finora disponibili non sono molti e le osservazioni empiriche sembrano sostenere l'efficacia del prodotto nel simulare la gestualità del fumo. Com'è noto, la nicotina non è l'unico elemento che concorra nel mantenere la dipendenza da fumo di tabacco. Numerosi e recenti studi sottolineano altri fattori, quali gli

stimoli ambientali e gli aspetti rituali, nel proseguimento della dipendenza. A riprova di ciò c'è il fatto che numerosi modelli di trattamento prevedono la sostituzione del rituale della sigaretta con altri più innocenti. L'unico studio condotto con e-cigarette evidenzia un effetto sul craving e sulla sintomatologia astinenziale anche della formulazione di EC senza nicotina, seppur minore dell'inhaler e della EC con nicotina.

Le considerazioni sulla sicurezza sembrano eviden-

ziare una affidabilità dell'EC. Peraltro potrebbe valere la considerazione teorica che l'estratto aromatico del tabacco, usato nel liquido delle cartucce e deprivato della nicotina, ha il vantaggio di non produrre combustione, (quindi neanche monossido di carbonio) e di far inalare una quantità di sostanze tossiche in concentrazione decine o centinaia di volte inferiore rispetto alle sigarette tradizionali, che purtroppo vengono ancora (non dimentichiamolo) commercializzate senza problemi. Rispetto

a quelle formulazioni di EC che usano glicole propilenico (prodotto diverso dall'etilen-glicole), si deve ricordare che questo componente è molto comune nelle formulazioni farmaceutiche destinate all'uso inalatorio.

In qualsiasi caso la bassa quantità di nicotina contenuta nella maggior parte delle formulazioni presenti sul mercato è da considerarsi inefficace, se paragonata ai prodotti già testati come farmaci.

Chi volesse, dunque, ricorrere alla sigaretta elettronica, farebbe bene a usare quei prodotti che assicurano l'assenza di nicotina e di sostanze potenzialmente tossiche, come l'EC testata dell'Auripen.

Come già sottolineato, i dati attualmente disponibili sono prodotti su un numero molto ristretto di pazienti, e sono dunque necessari altri studi, condotti con criteri rigorosi, sia per quello che riguarda la sicurezza che l'efficacia. In conclusione, stando alle attuali conoscenze, sebbene non sia possibile considerare l'EC uno strumento "terapeutico" di provata efficacia per il trattamento del tabagismo, tuttavia può rappresentare un presidio coadiuvante nella terapia del tabagismo, in riferimento al gusto, ritualità e gestualità legata al fumo. ■

## Bibliografia

1. Kuehn BM. FDA: Electronic cigarettes may be risky. *JAMA*. 2009 Sep 2;302(9):937, vedi anche <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm173222.htm>
2. Proctor C. et al, Analysis of the Ruyan Classic e-cigarette, British American Tobacco Group R&D, 15 April 2009
3. Lewis A., Investigation into effect of RUYAN cartridge exposure on Monoamine oxidase enzyme activity in vitro. *ESR* October 2007
4. Benzoalpha pyrene. Hort Research Report to ESR 19 nov 2007
5. Polycyclic aromatic hydrocarbons in Ruyan e-cigarettes, Hort Research Analysed 17 March 2008
6. Fitzmaurice P. Heavy metal testing of Ruyan cartridge liquid. Inductively coupled plasma mass spectrometry (ICP-MS). *Environmental Science and Research (ESR) Porina* 2008
7. Burns DM et al, Mandated lowering of toxicants in cigarette smoke: a description of the World Health Organization TobReg Proposal. *Tobacco Control* 2008; 17:132-41
8. Fowles J. Et al, Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituent of cigarette smoke. *Tobacco Control* 2003; 12:424-430.
9. Sherlock R. Head Space Solid Phase Micro-Extraction (HS-SPME) analysis of headspace above e-cigarette cartridge liquid. Lincoln University, Soil and Physical Science Group, [www.lincoln.ac.nz](http://www.lincoln.ac.nz)
10. Bullen Chris et al. Effect of an E-Cigarette on Cravings and Withdrawal, Acceptability and Nicotine Delivery: Randomised Cross-Over Trial. [http://www.healthnz.co.nz/ecig\\_effect-2.pdf](http://www.healthnz.co.nz/ecig_effect-2.pdf)
11. Laugesen M. Ruyan nicotine electronic inhaler/E-cigarette: bench-top test. Poster 5-11, Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Dublin, April 30, 2009.
12. Laugesen M, Thornley S, McRobbie H, Chris Bullen C. How safe is an e-cigarette? [www.healthnz.co.nz/Portland2008ECIG.pdf](http://www.healthnz.co.nz/Portland2008ECIG.pdf)

# News & Views



## Indagine DOXA-ISS 2009

# In Italia aumentano i fumatori

## Allarme baby fumatori ed ex fumatori fai-da-te

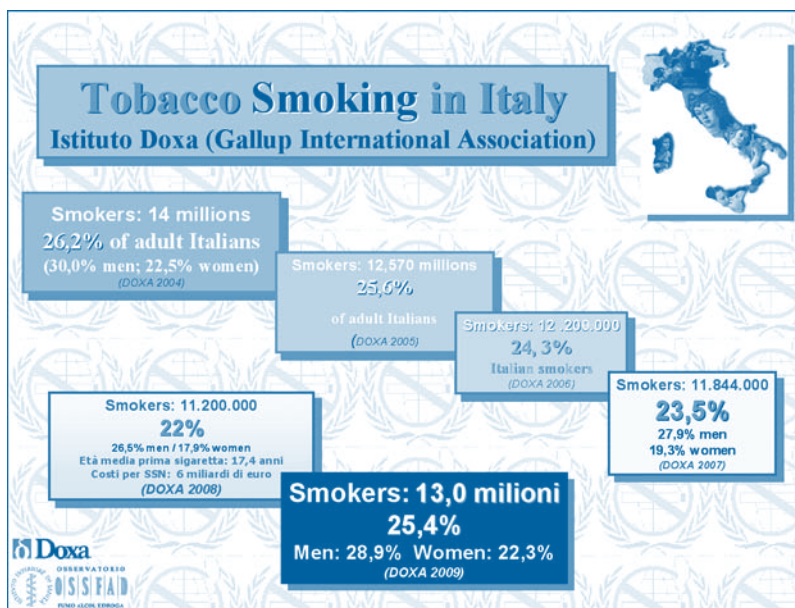
Cresce in Italia il numero dei fumatori, per la prima volta dopo sei anni. A rilevarlo è un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), condotta dalla DOXA, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Attualmente fuma il 25,4% delle persone >14 anni corrispondenti a 13 milioni di cittadini italiani (7,1 milioni di uomini e 5,9 milioni di donne). I non fumatori sono il 60% e gli ex fumatori il 14,6%, pari rispettivamente a 30,7 milioni e 7,5 milioni. Se fino allo scorso anno, infatti, si assisteva ad un declino costante, seppur lieve, dei fumatori, quest'anno si è registrato un aumento di 3,4 punti percentuali, in entrambi i sessi, ma più marcatamente in quello femminile. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, a fronte dell'aumento dei fumatori non c'è stato un incremento delle vendite di tabacco, che anzi sono calate dello 0,9%. Allora a cosa può essere imputabile questo aumento del numero dei fumatori? I numeri dell'indagine DOXA-ISS 2009 ci danno due possibili spiegazioni: a) Aumento dei baby fumatori. Infatti i giovani fumatori di 15-24 anni sono più di 1 milione e 700 mila e la percentuale è cresciuta dal 24% del 2008 al 29% (+ 5%). A far registrare l'incremento maggiore sono le ragazze, passate dal 17,5% al 23,8% (+6,3%), mentre i ragazzi sono aumentati dal 30,3% al 34% (3,7%). Età di inizio: 16 anni. b) Diminuzione

degli ex fumatori (-3,8%), passati dal 18,4% del 2008 al 14,6% del 2009. E' verosimile che si tratti prevalentemente di ex-fumatori che avevano smesso di fumare col fai-da-te, visto l'aumento degli ex-fumatori che hanno smesso di fumare senza supporto medico dal 94,3% del 2008 al 97,8% del 2009. Entrambe queste due componenti, che per ovvie ragioni si posizionavano in un range

medio/basso di consumo di sigarette, hanno contribuito a mantenere stabile il numero medio di sigarette fumate quotidianamente, 14, e di non aumentare la vendita di sigarette. Come bias che può influenzare questo dato va considerato il ritorno prepotente del contrabbando, rappresentando attualmente l'Italia un luogo di transito dei tabacchi lavorati esteri di contrabbando destinati ad altri Stati dell'Unione Europea e introdotti, in via preminente, soprattutto con modalità cosiddette

"intraispettive", cioè attraverso i varchi doganali con documentazione materialmente o ideologicamente falsa. Quel che invece si conferma sicuramente in crescita è la vendita di altri tabacchi lavorati di circa 300 mila kg nell'ultimo anno pari ad un +14%. Tra questi ad aumentare sono state soprattutto le vendite di tabacco sfuso da arrotolare in sigarette, il cosiddetto tabacco RYO (*roll your own*).

Vincenzo Zagà  
(Ufficio stampa SITAB)



calate dello 0,9%. Allora a cosa può essere imputabile questo aumento del numero dei fumatori? I numeri dell'indagine DOXA-ISS 2009 ci danno due possibili spiegazioni: a) Aumento dei baby fumatori. Infatti i giovani fumatori di 15-24 anni sono più di 1 milione e 700 mila e la percentuale è cresciuta dal 24% del 2008 al 29% (+ 5%). A far registrare l'incremento maggiore sono le ragazze, passate dal 17,5% al 23,8% (+6,3%), mentre i ragazzi sono aumentati dal 30,3% al 34% (3,7%). Età di inizio: 16 anni. b) Diminuzione

### COSTO FUMO PER LA SANITÀ PUBBLICA: 6 MILIARDI DI EURO pari al 6.7% della spesa sanitaria

Il dato è stato reso noto in occasione del convegno 'Fumo Salute e Sanità', patrocinato dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e dall'Osservatorio sanità e salute. Americo Cicchetti, della Facoltà di Economia dell'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ha rilevato come la ricerca scientifica abbia messo in chiara evidenza la correlazione tra l'emergenza di alcune patologie e l'abitudine al fumo. La metà dei fumatori, ha spiegato Gianpiero Fasola, direttore del Dipartimento di Oncologia dell'Università Santa Maria della Misericordia di Udine, morirà per ragioni strettamente connesse a questa dipendenza, e nella metà di questi il decesso avviene tra i 35 e i 69 anni. A 70 anni, circa l'80% dei non fumatori è ancora vivo, contro il 50% dei fumatori, e il cancro al polmone rappresenta la principale causa di morte per tumore nei Paesi sviluppati.

V.Z.

Fonte: <http://www.sanitanews.it>





## Riuscirà Obama a spegnere l'ultima sigaretta?

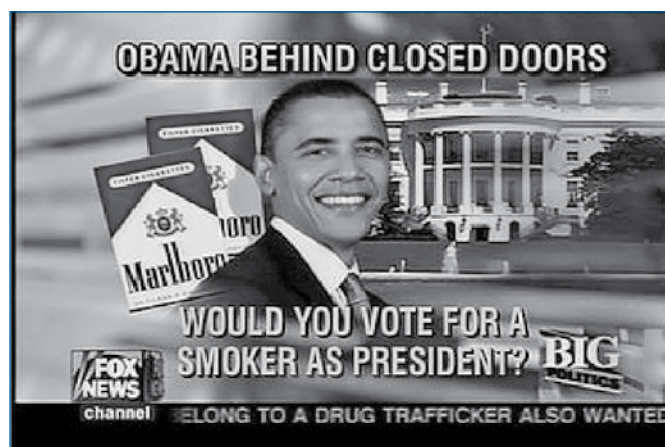
Il presidente Obama il 22 giugno 2009 ha fatto un importante passo nella lotta contro il fumo firmando una nuova legge anti-tabacco.

Con questa legge il Congresso Americano ha affidato agli scienziati ed agli esperti medici della FDA (food and drug administration), ossia l'ente governativo che controlla l'affidabilità del cibo e delle medicine, la gestione ed il controllo dei prodotti a base di tabacco. Fino ad oggi il tabacco è entrato nel nostro organismo per una "via preferenziale", senza subire lo stesso tipo di controllo delle altre sostanze che vi venivano immesse. Ma ora, finalmente, i prodotti a base di tabacco subiranno gli stessi controlli e regole del cibo, dei prodotti di bellezza e delle medicine.

Con questa legge antifumo dovrebbe essere vietato l'acquisto di sigarette contenenti sostanze aromatiche ai fumatori più giovani, ridotta drasticamente la possibilità di fare pubblicità; non potranno inoltre più esserci sui pacchetti le parole "light" o "mild" che fanno sembrare le sigarette meno nocive, mentre dovranno esserci nuove e trasparenti avvertenze. Ma la vera novità è che la FDA potrà anche decidere di chiedere ai colossi del tabacco di cambiare gli ingredienti delle sigarette.

Grazie a Globalink e al sito Rue89 abbiamo scoperto che il neopresidente Barack Obama fuma ancora, di nascosto, sigarette, nonostante avesse dichiarato d'aver smesso nel 2006, dopo aver ammesso alcuni peccati di gioventù (fumato marijuana e sniffato cocaina). Obama, aspirante ex fumatore, che mastica gomme alla nicotina per compensare l'astinenza da tabacco, sa bene quanto possa essere forte il desiderio di smettere di fumare e quanto sia frustrante l'incapacità di farlo quando si fuma da lungo tempo. La sua speranza è che questa legge e tutte le nuove regole che ne conseguiranno proteggano soprattutto i più giovani facendo in modo che nel suo paese non ci siano più 3.500 adolescenti che si accendono la prima sigaretta ogni giorno sviluppando poi spesso la dipendenza da fumo per tutta la vita e che di conseguenza non muoiano più 440.000 persone ogni anno per colpa del tabacco. Secondo

le proiezioni del Congresso le nuove restrizioni ridurranno nei prossimi dieci anni dell'11% il numero dei giovani fumatori in America e del 2% il numero degli adulti. Il presidente Obama è per gli americani un ottimo esempio di vita salutista; infatti pratica moltissimo sport, primo fra tutti la pallacanestro, ma anche la corsa ed il sollevamento pesi, ma riuscirà a mostrare agli americani anche come si smette di fumare? Opinioni contrastanti da parte della gente; c'è chi dice che se un neopresidente sotto pressione, con diverse guerre in corso e la peggiore crisi economica degli ultimi decenni, si vuole accendere una sigaretta nei momenti di tensione deve poterlo fare, altri, al contrario, dicono che per la posizione che occupa deve dare il buon esempio. Quel che è certo è che se il presidente Obama si sta impegnando nella lotta contro il fumo non è solo per il suo paese, ma anche per se stesso. Il presidente che "tutto può", infatti, combatte fin da quando era teenager questa battaglia che ancora non è riuscito a vincere.



A giudizio di Neal Benowitz, un esperto degli effetti della nicotina che abbiamo conosciuto all'SRNT di Roma, Obama è un salutista che sta già insegnando agli americani a tenersi in forma, e che potrebbe presto insegnare loro anche a fare a meno del fumo. Sarebbe un bell'esempio e un bel segnale!

(Carlotta A. Dalfini)

### Meno vittime per cancro al polmone ma solo nel sesso maschile

Fa meno vittime, ma solo tra gli uomini, il tumore al polmone. È questo il dato che emerge dal Rapporto 2009 dell'Associazione Italiana Registro Tumori (Airtum). Per la prima volta si registra infatti una riduzione dei morti tra i maschi, con un calo del 15%. Le vittime crescono invece della stessa % tra le donne, seppure con numeri assoluti molto diversi: per i maschi, infatti, si passa da circa 81 morti ogni 100 mila abitanti all'anno a 79 decessi annui; per le donne da 13,7 morti ogni 100 mila abitanti a 15,7. "Un risultato - ha spiegato il sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio, presentando il Rapporto - dovuto alla riduzione del fumo negli uomini e, in negativo, all'aumento dello stesso nelle donne". Negli uomini, comunque, il cancro al polmone resta in cima alla lista delle malattie oncologiche che uccidono di più, seguito nell'ordine dai tumori al colon-retto, alla prostata, allo stomaco e al fegato. I big killer delle donne, invece, sono le neoplasie che colpiscono la mammella, il colon-retto, il polmone, lo stomaco e il pancreas. Per quanto riguarda le nuove diagnosi negli uomini, il tumore più frequentemente diagnosticato (fin dai 45 anni di età) è quello della prostata. Mentre nelle donne il 32% di tutti i nuovi tumori diagnosticati è rappresentato da quelli al seno.

(VZ)



Report da Monza, 27 maggio 2009

## Convegno Nazionale della Società Italiana di Tabaccologia

Si è tenuto a Monza il 27 maggio scorso, presso la Villa Reale, il convegno nazionale della Società Italiana di Tabaccologia dedicato ai Centri per il Trattamento del Tabagismo. Esperti dalle varie regioni si sono incontrati per discutere sulle strategie migliori da mettere in campo per il trattamento della dipendenza da tabacco. Nonostante l'impatto positivo della legge Sirchia, i dati sul fumo non sono confortanti. I giovani continuano a fumare e tra le donne l'abitudine al

consumo di tabacco non si riduce. I Centri per il Trattamento del Tabagismo, 267 in totale in Italia, svolgono in questo senso un'azione preziosa, aiutando i fumatori a curare la dipendenza da tabacco, causa fra l'altro anche di svariate malattie, tra cui spiccano quelle cardiovascolari e tumorali. I centri – ha dichiarato il Dr. Biagio Tinghino, presidente della Società Italiana di Tabaccologia – *non sono sufficientemente diffusi sul territorio né dotati di risorse sufficienti a trattare l'enorme numero di fumatori che hanno bisogno di smettere e vorrebbero smettere. Nel nostro paese non si dà il rilievo necessario al problema, considerato che 12 milioni di persone usano tabacco e sono a rischio. Gli studi effettuati invece ci dicono che investire nella terapia del tabagismo è una delle azioni più vantaggiose dal punto di vista economico e sanitario: costa meno e rende di più addirittura di alcuni screening oncologici o dell'uso di taluni farmaci per fattori di rischio come l'ipercolesterolemia. Cure adeguate farebbero risparmiare fino all'8% del bilancio sanitario italiano. Si tratta di un problema che richiede gli sforzi di tutta la "rete" degli operatori, in particolare i medici di famiglia, ospedalieri, i farmacisti e gli altri operatori sanitari. Porteremo avanti la nostra proposta, condivisa da ben undici società scientifiche italiane (Alleanza per le Malattie Toraco-Polmonari): risorse certe per i centri per il Trattamento del Tabagismo, cure garantite per smettere di fumare per tutti i cittadini (inserimento nei LEA, Livelli Essenziali di Assistenza), formazione specifica nelle università per medici e personale sanitario, più investimento nella prevenzione, farmaci gratuiti per chi ha bisogno di essere aiutato a curare la dipendenza da tabacco (al pari di altri farmaci relativi a fattori di rischio cardiovascolare).* Il convegno, intitolato "Centri per il Trattamento del Tabagismo: dalle buone prassi all'eccellenza", è stata un'occasione per fare il punto delle criticità organizzative e metodologiche dei centri italiani, discutere sui modelli più adeguati e descrivere le raccomandazioni *evidence based* per le cure più efficaci. *(Marianna De Leyva)*



Report da Bari, 23-24 gennaio 2009

## Patologia respiratoria da inquinamento ambientale

Nei giorni 23 e 24 febbraio si è tenuto a BARI l'interessante convegno sulla patologia respiratoria da inquinamento ambientale organizzato dall'AIMAR Puglia (Presidente U. Vincanzi, dall'AIST (Presidente A. Zanasi) coordinato dal Dott. Piero Visaggi, segretario regionale AIMAR. Il corso ha visto una nutrita partecipazione di Pneumologi, medici di medicina generale e specialisti vari attirati dall'importanza e dall'attualità del tema trattato e dalla qualità dei relatori, sia medici, che tecnici dell'ambiente. Importante e con molto impatto sull'uditorio è stata la partecipazione di Pneumologi, Pediatri ed Igienisti della città di Taranto. Tutti hanno sottolineato la gravità della situazione ambientale a causa della presenza dell'ILVA responsabile della produzione del 93% di tutta la diossina in Italia! Taranto è risultata la città più inquinata al mondo e non ci meraviglia la notevole incidenza di neoplasie pleuro-polmonari, asma e BPCO superiori sia alla media nazionale che mondiale. Il rischio che corrono soprattutto i bambini, costretti a vivere in un ambiente altamente inquinato è stato sottolineato dal Dott. Pino MERICO, il pediatra che da anni si batte perché si prendano provvedimenti (è lui che ha scoperto l'elevato tasso di diossina nel latte materno delle donne tarantine) Il prof. Giorgio Assennato, direttore dell'ARPA Puglia, ha portato i dati sulla qualità dell'aria nelle città pugliesi con particolare riferimento al problema Taranto, sottolineando la discrepanza tra i tassi effettivi di PM10 e 2,5 ed i rilevamenti delle centraline. Il Prof. Onofrio Resta, direttore della cattedra di Pneumologia dell'università di Bari, ha sottolineato come il fumo, pur senza ribaltare la scala del rischio, non sia l'unico pericolo per la salute, mentre strade e fabbriche sono veleno per i polmoni con l'enorme aumento nel mondo della BPCO, patologia che nel prossimo futuro sarà la terza causa di morte in assoluto! Oggi ci sono 600 milioni di malati con 3 milioni di italiani. Il Dott. Filippo Anelli, vice presidente dell'ordine, oltre ad aver salutato plaudendo all'iniziativa in oggetto, ha anticipato che sarà attuata da parte dell'ordine una rete di sorveglianza d'accordo con la regione. La strada uccide in maniera sottile come e più del fumo ha detto il Prof. Filippo Cassano dell'Università di Bari, più di quanto le centraline di rilevamento delle polveri non denunciino. Ma il fumo di tabacco non uccide solo con i componenti più noti (nicotina, co, etc) ha fatto rilevare il dr. Vincenzo Zagà capo redattore della rivista Tabaccologia che da anni lotta contro il silenzio che le multinazionali del tabacco cercano di imporre sull'avvelenamento da Polonio 210 presente nel ciclo vitale della pianta dove la differenza è costituita dall'apporto radioattivo dei fertilizzanti polifosfati estratti da rocce iraniche. Per dovere di cronaca va registrata una singolare coincidenza temporale. Alcuni giorni dopo il Convegno è stata scritta una lettera al Governatore Vendola e al Ministro competente, a firma dei promotori dei vari comitati pubblici e privati, a ché fosse misurato, nell'area dell'Ilva di Taranto e dintorni, la radioattività alfa da Polonio e Piombo-210. Forse è stata una felice coincidenza, ma siamo contenti se abbiamo contribuito in qualche modo a sensibilizzare anche gli addetti ai lavori su questo tema misconosciuto quando non sottovalutato. Un quadro allarmante che ci porta a riflettere su quanto sia importante lavorare per prevenire, attraverso una maggiore attenzione alle politiche ambientali, l'evoluzione di patologie altamente invalidanti, anche per mezzo di un maggior rispetto delle leggi esistenti, come ha fatto notare l'Avv. Francesco Visaggi, e che andrebbero snellite per ottenere una loro migliore attuazione. Respirare è vivere. Con questo slogan, l'ALIR, associazione di pazienti per la lotta all'insufficienza respiratoria, con la delegazione di Bari, per bocca della dott.ssa Agnese Posca, si offre di educare al fine di sollecitare la comprensione che l'ambiente siamo noi: tutti uniti per il futuro di un mondo che abbiamo il dovere di salvaguardare per le future generazioni. *(Piero Visaggi)*





## Come migliorare la compliance del paziente. Dalla teoria alla pratica

Prefazione a cura di Alessandro Lechi, Direttore dell'Unità Operativa Medicina Interna C dell'Università di Verona e Direttore della Scuola di Specialità di Medicina Interna dell'Università di Verona. Solitamente una delle problematiche che il medico incontra più di frequente nella pratica clinica, e che spesso è impreparato ad affrontare, è la scarsa compliance, intesa non solo come insufficiente aderenza a un trattamento farmacologico, ma anche come inadeguata osservanza di tutto l'iter diagnostico e riabilitativo. Prendendo spunto dalle tecniche del colloquio motivazionale, il testo di questo stimolante opuscolo di Fabio Lugoboni, grande esperto in terapia delle dipendenze, esamina i principali ostacoli alla compliance e fornisce suggerimenti e consigli per incrementare l'aderenza ai trattamenti, per massimizzare i benefici delle cure, migliorando di conseguenza il rapporto di fiducia e collaborazione tra medico e paziente. Insomma come dire... non di sola teoria.

(Vincenzo Zagà)

### Note sull'autore

**Fabio Lugoboni**, Direttore dell'Unità Operativa di Medicina delle Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona.

Fabio Lugoboni. "Migliorare la compliance - L'utilità del colloquio motivazionale". SEEd srl, Torino 2008. Pagine 132, formato 12 x 19 cm, euro 15,00

## Esiste il tuo metodo...

*"Non esiste il Metodo Facile per smettere di fumare. Esiste il Tuo metodo".*

L'incipit di Donatella Barus, autrice con Roberto Boffi di questo volumetto tascabile, ci sembra corretto e offre quello che promette. Esordisce con il racconto dieci storie di fumatori. Storie di ordinaria dipendenza, come quella di Filippo che vuole essere padre, o di Anna che si riappropria della sua vita. Quasi un condensato delle migliaia di storie che i fumatori raccontano giorno dopo giorno a chi lavora in questo campo. Ottimo. Nessuno si era mai preso la briga prima d'ora di buttarne giù una decina "tipo", che fa piacere rileggere e commentare. Come una discussione di casi clinici in una formazione di primo livello. La seconda parte del libro presenta consigli generici e suggerimenti spiccioli, di quelli per intenderci che non richiedono una segnalazione delle fonti bibliografiche. Cosa di maggiore utilità sono ovviamente i test. Ne vengono presentati alcuni per puntare sull'interazione del lettore, e ci pare giusto. Ma la vera novità di questo volumetto risiede in un diagramma, definito del tutto onestamente col nome degli autori (Barus-Boffi), che riporta semplicemente in un reticolato i punteggi di due test che valutano la dipendenza e la motivazione. Si può obiettare che la misurazione della "dipendenza" viene fatta col solo Nicotine addiction test (NAT), meglio noto come test di Fagerstrom, che misura solo la dipendenza da nicotina e non la dipendenza nei suoi parametri essenziali di complessità. Tuttavia, ammettendo che si possa concordare una rilevazione più ampia e condivisa delle determinanti di dipendenza, il diagramma di Barus-Boffi è da tenere presente per una visione del paziente fumatore in una rappresentazione grafica di insieme. Da comprare, leggere e conservare.

(Giacomo Mangiaracina)



### Note sugli autori

**Roberto Boffi**, medico pneumologo, è il responsabile del Centro Antifumo dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano. Da sempre si occupa di patologie polmonari, in particolare quelle legate al fumo attivo e passivo.

**Donatella Barus**, giornalista, collabora con "Oggi" e "Ok Salute". Si occupa di oncologia per il sito Internet del "Corriere della Sera" (Sportello Cancro). Ha lavorato anche con Europa Donna e Europa Uomo.

Donatella Barus e Roberto Boffi. "Spegnila!". Edizione Rizzoli. Pagine 190, euro 9,90



# SMOKING - Basta davvero!

## Manuale strategico operativo per interventi terapeutici per il tabagismo

L'empowerment dell'operatore tabagismo passa attraverso questo manuale definito giustamente "strategico operativo", che va letto con cura, e soprattutto usato. Il merito è del prof. Edoardo Giusti presidente dell'ASPIC, scuola di specializzazione in Psicoterapia dell'individuo e della comunità, e della dott.ssa Donatella Tridici, psicoterapeuta che si è perfezionata nel trattamento della dipendenza tabagica. Due firme importanti che con la Sitab e il sottoscritto hanno avuto rapporti collaborativi in ambito di formazione. Ci si poteva dunque attendere questo risultato, frutto di un serio impegno di ricerca e di lavoro.

Il risultato è la creazione di una ricca fonte di approfondimenti e di strumenti operativi per i terapeuti del tabagismo perché possano bene integrare l'aspetto informativo con quello persuasivo. Perciò chi meglio poteva sviluppare le tematiche del counselling e del coaching se non gli specialisti che questa materia la insegnano da sempre? Dunque il manuale colma una lacuna nel panorama dell'offerta terapeutica, e rappresenta la voce autorevole della competenza indiscussa, necessaria a migliorare il lavoro di chi opera già nei servizi tabagismo, ma anche ai professionisti in formazione nell'ambito della tabaccologia clinica. Vale la pena comprarlo e inserirlo tra i propri strumenti di lavoro.

[GM]

### Note sugli autori

**Edoardo Giusti**, Psicologo clinico e psicoterapeuta, è presidente dell'Aspic e dell'Istituto per la formazione di psicoterapeuti in psicoterapia umanistica integrata. Supervisore sia in Italia che in Francia, è autore di vari saggi rivolti sia al largo pubblico che agli specialisti.

**Donatella Tridici**, Psicologa, Life coach, Psicoterapeuta individuale e di gruppo ad orientamento umanistico integrato.

Edoardo Giusti e Donatella Tridici  
SMOKING - Basta davvero! Manuale strategico operativo per interventi terapeutici per il tabagismo  
Sovera Multimedia Editore, Roma  
(www.soveraedizioni.it) - Pagg. 222,  
Euro 22.000



Fumare è una dipendenza psicotossica e la nicotina è una sostanza psicoattiva morbosa. Il testo indirizzato ad operatori e a consumatori, presenta i principali modelli terapeutici per il trattamento di coloro che sono affetti da tabagismo. Sono indicati percorsi per smettere di fumare e strumenti operativi per rimanere non fumatori.

Il libro integra l'attuale panorama delle pubblicazioni sul tabagismo.

È uno strumento necessario per i formatori psicologi ma anche indispensabile per medici e operatori sanitari dedicati alla disciplina tabaccologica.

La complessità della dipendenza tabagica non può prescindere dalla conoscenza delle tecniche della relazione di aiuto e delle strategie del *counseling* e del *coaching* che al momento si presentano al terapeuta del tabagismo in forma descrittiva, didascalica e sommaria.

I *test* e le schede del testo rappresentano perciò il necessario completamento di un'azione di *empowerment* nella formazione di operatori efficaci.

Prof. Giacomo Mangiaracina  
Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica  
2ª Facoltà di Medicina  
Università di Roma "La Sapienza"