

Tabaccologia

Tobaccology

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



Speciale Atti / Proceedings
a cura di M. Del Donno - V. Zagà

Convegno 20-21 giugno 2008 / A.O. "G. Rummo", Benevento
**"Prevenzione e Terapia del Tabagismo:
problema professionale o politica sociale?"**

TUTTO QUESTO HA UN COSTO

Abbiamo lavorato otto anni con un obiettivo preciso: fornire aggiornamento scientifico in un campo dove l'aggiornamento non c'era prima. Abbiamo arricchito il panorama scientifico italiano con studi originali, documentazione, informazioni e discussioni sulla patologia dominante del nostro tempo, la dipendenza da tabacco. Lavorando per il bene comune, senza nulla pretendere. È stata la nostra *mission*. Ora tocca anche a te dare una mano. L'attribuzione del 5 per Mille attraverso una firma non ti costerà nulla, e darà più ossigeno ai polmoni degli italiani. È una grande verità.

Grazie per la collaborazione.



5 x 1000 alla SITAB
C.F. 96403700584

Speciale World No Tobacco Day 2006
Ready in any form or disguise

Vareniclin • Mirtazapina
Isonia 210 nel fumo di tabacco
19 di sanità pubblica • Dorsale Progett

Miss Mondo Smoke Free 2006
Il Coaching nel trattamento analfumo
Danni da fumo di sigaro e pipe • Inquinamento ambientale e fumo



Cosa bolle in redazione

Entra nella Community!

Cari amici di Tabaccologia, questo numero è un po' diverso dai precedenti e ve ne spieghiamo le ragioni. Era stato concepito originariamente come numero speciale monografico interamente dedicato al convegno Tabagismo di Benevento del giugno scorso, che ha fatto da apripista al grande congresso europeo SRNT organizzato a settembre a Roma.

Avevamo pianificato di realizzarlo a un colore, utilizzando una scala di grigi, mantenendo la cover a 4 colori, per distinguerlo dalle edizioni normali. Ma in tempi di recessione economica le scelte vanno sempre in direzione del risparmio, perciò la redazione ha deciso cautamente e opportunamente di aggiustare il tiro facendolo rientrare nella normale tiratura 2009 anche se nella forma grafica più dimessa, però compensata dalla caratura delle relazioni inserite.

Dal prossimo numero si tornerà alla luminosità e alla gaiezza dei quattro colori. Siamo particolarmente soddisfatti di avere realizzato questa raccolta degli atti del Congresso di Benevento in questo numero per due motivi. Il primo è che in tal modo il patrimonio di lavoro che è stato prodotto a Benevento possa essere conservato; il secondo è che col 2009 siamo entrati nell'Anno del Respiro, indetto da AIPO e SIMER e dalla Federazione Italiana per le Malattie Polmonari Sociali, e decretato dagli organi dello Stato.

A questa iniziativa ha aderito fin dall'inizio, e partecipa attivamente, anche SITAB che con la rivista Tabaccologia sarà particolarmente attenta alle patologie respiratorie. Anche la copertina riporterà per tutto il 2009 il logo "Anno del Respiro".

In 2° di copertina trovate la richiesta SITAB del vostro 5x1000, e quello di amici e conoscenti. Tutto quello che facciamo ha un costo alto. Il progetto "Tabaccologia", iniziato otto anni fa, si è concretizzato nel 2003 col n° 1 che ebbe il vernissage ufficiale nella trasmissione di Ferrara e Sofri 8 e ½ su La7.

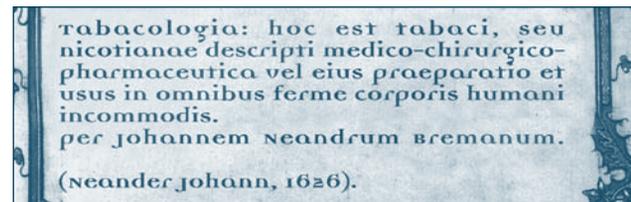
In questi sei anni abbiamo fornito ai colleghi di varia estrazione specialistica e culturale, un aggiornamento scientifico continuo in un campo dove prima le conoscenze avevano forti limiti. Abbiamo foraggiato il panorama scientifico italiano con studi originali, documentazione, informazioni e discussioni sulla patologia dominante del nostro tempo, la dipendenza da tabacco. Siamo diventati l'unica rivista italiana sul tabagismo con apprezzamenti in Italia e all'estero. La SITAB ha ormai 10 anni di vita alle spalle e abbiamo mantenuto viva l'intraprendenza e la speculazione scientifica. I nostri articoli sono al momento segnalati su Google Scholar, il che vuol dire che possono essere letti in chiaro da ogni parte del mondo. Nel frattempo attendiamo l'inserimento su Medline la cui trattativa è in corso. Tabaccologia viene spedita ai soci SITAB, agli abbonati, ai Centri antifumo, e ad operatori di varie branche specialistiche.

La tiratura base è di 5.000 copie di cui un centinaio all'estero. Tutto ciò grazie all'entusiasmo e alla caparbia nostra e di un drappello di colleghi-amici che hanno creduto e credono in questa *mission*. Abbiamo lottato contro una certa diffidenza di sponsor che hanno preferito sostenere altre testate scientifiche anche se meno lette. Qualche azienda però ci ha sostenuto e di questo rendiamo merito.

La crisi economica globale fa il resto. Dunque ora tocca a te, a noi, dare una mano a "Tabaccologia" se vogliamo che prosegua il suo cammino. L'attribuzione del 5x1000 attraverso una firma non ti costa nulla e darà più ossigeno ai polmoni degli italiani. Se poi sei un professionista della salute che vuole essere aggiornato in tempo reale sul tabagismo e avere il polso nazionale e internazionale su tutto quel che succede a causa dell'uso del tabacco allora iscriviti alla SITAB. Oltre a ricevere Tabaccologia parteciperai in maniera più attiva alla SITAB e ti sentirai parte di una comunità scientifica giovane, combattiva e determinata. Vi segnaliamo infine la lettera aperta contro il plagio e i plagiaristi del nostro corrispondente da Parigi, l'antropo-tabaccologo Kamal Chaouachi, che ci segnala alcuni episodi di plagio ai danni di "Tabaccologia" da parte di cugini transalpini. Per finire lanciamo il tema OMS per la Giornata Mondiale senza Tabacco 2009: Tobacco Health Warnings/Avvertenze Sanitarie sul Tabacco.

G. Mangiaracina e V. Zagà

Sommario



EDITORIALE

Un'occasione da non perdere (A. Mangiacavallo) **3**

PRESENTAZIONE DEL CONVEGNO

Prevenzione e terapia del Tabagismo: problema professionale o politica sociale? (M. Del Donno) **5**

SALUTO DEL DIRETTORE GENERALE A.O. "G. RUMMO"

Tabagismo, una sfida per il Sistema Sanitario Nazionale. (R. Lanzetta) **6**

I SESSIONE

LE POLITICHE SOCIALI PER IL TABAGISMO

L'Istituto Superiore di Sanità ed il Problema Sociale Fumo. **7**

(P. Zuccaro, S. Rossi, D. Mattioli, M. Mazzola, G. Carosi)

L'organizzazione di un centro antifumo. **9**

(E. Sabato)

Il Gruppo tecnico del tabagismo della Regione Campania. (A. Sena) **13**

II SESSIONE

LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA FUMO

Epidemiologia del fumo e patologie respiratorie fumo-correlate. (L. Carrozzi) **16**

Fumo Passivo ed Inquinamento In e Outdoor. **18**

(F. Pistelli)

Linee Guida e terapia farmacologica della disassuefazione. (V. Zagà) **26**

III SESSIONE

VECCHIE E NUOVE TERAPIE DEL TABAGISMO

L'approccio psico-comportamentale nella cura del tabagismo. (G. Mangiaracina) **31**

Nuovi approcci terapeutici: farmaci e vaccini **34**

(C. Chiamulera)

Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione delle patologie fumo correlate. **37**

(V. Luciani)

REPORT DA BENEVENTO, 20-21 GIUGNO 2008

Le forche caudine del tabagismo. (Meddix Tuticus) **40**

NEWS & VIEWS **42**

TABAC MAIL **46**

CONGRESSI **48**

In copertina, in alto da sinistra a destra: particolare dell'Arco di Traiano, Benevento - "La danza delle streghe", bassorilievo di Pericle Fazzini (Museo del Sannio, Benevento). **In basso da sinistra a destra:** antica veduta di Benevento medioevale - "L'Arco di Traiano" in una stampa di Giovanni Battista Piranesi".

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. 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 agli 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 razionale 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

Le **Table** 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.

Segretaria dell'Editore: Livia Laurentino

Indirizzo: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna
Tel./fax 051304737 - e-mail liviaelena.laurentino@fastwebnet.it

Come ricevere la rivista

a) Tramite abbonamento di **30 €** 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 2009 è di **35 Euro (25 €** 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 ed inviato alla Dott. ssa Nolita Pulerà:

- per posta ordinaria: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno
- per fax: 0586223006
- per e-mail: 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. 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.

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 financment 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

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 of the Editor: Ms. Livia Laurentino

Mail address: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, Italy
Tel./fax +39-051304737
e-mail liviaelena.laurentino@fastwebnet.it

How to receive the journal

a) The yearly subscription is 30 € to be sent by bank draft to:

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 2009 is 35 Euro (25 € 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 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

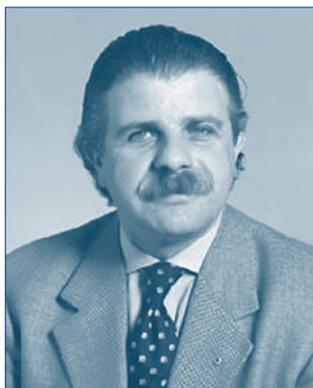


Un'occasione da non perdere

Antonino Mangiacavallo

Le malattie dell'Apparato Respiratorio rappresentano una delle più frequenti cause di malattia, di invalidità e di morte nel mondo e in Italia. Esse determinano, uno dei più rilevanti problemi sanitari sia per l'elevato numero di persone che ne sono affette, anche nelle fasce d'età giovanili, sia per l'elevata mortalità e morbilità, sia per i costi diretti ed indiretti.

Ai gravi aspetti di sanità pubblica, infatti, devono aggiungersi i rilevanti aspetti sociali, consistenti in un elevato costo economico delle suddette malattie derivante da oneri diretti (ricoveri, assistenza medica, spesa farmaceutica, etc.) e da oneri indiretti (giornate lavorative perse, spese previdenziali, invalidità provocate). Ma, cosa ancora più grave, mentre altre patologie registrano una significativa riduzione, sia in termini di incidenza che di prevalenza, le malattie dell'apparato respiratorio sono destinate ad aumentare nel tempo, tanto da far presumere che la BPCO diventerà la terza causa di morte nel 2020. Si stima, infatti, che nel mondo centinaia di milioni di persone soffrono annualmente di malattie dell'apparato respiratorio, di cui 300 milioni soffrono di asma, 210 milioni sono affette da BPCO, e 400 milioni di rinite allergica. A fronte di questi dati allarmanti, tuttavia, permane ancora in Italia un'insufficiente conoscenza delle malattie dell'apparato respiratorio non solo fra i cittadini ma anche nelle Istituzioni, che hanno sottovalutato l'entità del problema legato



alle patologie pneumologiche anche se, in alcune occasioni, grazie all'intervento coordinato di Società Scientifiche ed Associazioni di Pazienti, si è ottenuto qualche significativo risultato come il riconoscimento dell'asma come malattia sociale e l'inserimento recente della BPCO tra le malattie invalidanti.

L'insieme degli allarmanti dati epidemiologici e della scarsa conoscenza delle patologie respiratorie ha indotto AIPO, FIMPST e SIMeR a chiedere l'istituzione, per il 2009, dell' "Anno del Respiro", ed il 27 marzo u.s. il Consiglio dei Ministri, con Direttiva del Presidente del Consiglio, ha riconosciuto le motivazioni addotte dalle Società e confermate dal Ministero del Welfare, con l'istituzione dell'Anno del Respiro, che consiste in una serie di iniziative, coordinate tra loro, volte alla sensibilizzazione dei pazienti e dei cittadini, ed alla divulgazione della prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio, all'azione sulle cause e sulla capacità di trattamento, ed alla instaurazione di un rapporto di collaborazione con le Istituzioni pubbliche e private.

È da ricordare che l'azione prevista dall'Anno del Respiro è in coerente sintonia con quanto già indicato e deliberato da autorevoli Istituzioni quali il Governo Italiano, l'Unione Europea e l'OMS. Infatti il Piano Sanitario Nazionale riconosce alla gestione ed al trattamento della disabilità respiratoria una priorità nella lotta contro le malattie croniche respiratorie, l'Unione Europea ha inserito le patologie dell'apparato respiratorio nell'ambito dei fondi da asse-

gnare alla ricerca con il VII Programma Quadro dell'Unione, e l'OMS ha istituito il GARD (Alleanza Globale contro le Malattie Respiratorie) che quest'anno celebrerà il suo Annual Meeting proprio a Roma. I destinatari delle molteplici iniziative dell'Anno del Respiro, realizzate in collaborazione con le Società Scientifiche di area pneumologia e le Associazioni di Pazienti, sono i cittadini, i pazienti e le Istituzioni, con gli obiettivi di informare per prevenire, migliorare l'offerta di salute rendendola sempre più efficace, aggiornare gli operatori sanitari per rendere più qualificata la conoscenza diagnostica e terapeutica.

Si spera che l'Anno del Respiro possa contribuire da un lato a divulgare la conoscenza dei fattori di rischio ed aumentare la consapevolezza dell'importanza della prevenzione attraverso la divulgazione di stili di vita virtuosi, la sensibilizzazione verso la tutela dell'ambiente ed il rispetto della collettività e dall'altro ad ottenere un'equa distribuzione dei servizi pneumologici, una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, un potenziamento delle attività assistenziali e riabilitative, **la diffusione dei centri per la lotta al tabagismo**, in maniera da rispondere adeguatamente all' "emergenza respiratoria".

È per questi motivi che l'Anno del Respiro rappresenta un'irripetibile opportunità per incidere efficacemente, almeno in Italia, sulle patologie dell'apparato respiratorio; sta a tutti gli operatori e non solo agli organizzatori saperla adeguatamente cogliere. ■

Antonino Mangiacavallo

a.mangiacavallo@libero.it
Presidente Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e Tubercolosi (FIMPST)





A.O. "G. Rummo"
Dipartimento di Scienze Mediche
U.O.C. di Pneumologia
Direttore: Dott. Mario Del Donno



Struttura inserita nella rete formativa della
Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Atti / Proceedings

a cura di
Mario Del Donno (Benevento) - Vincenzo Zagà (Bologna)

Convegno

"Prevenzione e Terapia del Tabagismo: problema professionale o politica sociale?"

Benevento, 20-21 giugno 2008

Sala Conferenze - Seminario Arcivescovile

Con il Patrocinio di



AIPO
Associazione Italiana
Pneumologi Ospedalieri



SIMeR
Società Italiana
di Medicina Respiratoria



ACCP
American College of Chest
Physicians - Capitolo Italiano



SITAB
Società Italiana
di Tabaccologia



LIIT
Lega Italiana
per la Lotta contro i Tumori



FIMPST
Federazione Italiana
contro le Malattie
Polmonari Sociali
e la Tuberculosis



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri**
della Provincia di Benevento

Presentazione

Prevenzione e terapia del Tabagismo: problema professionale o politica sociale?

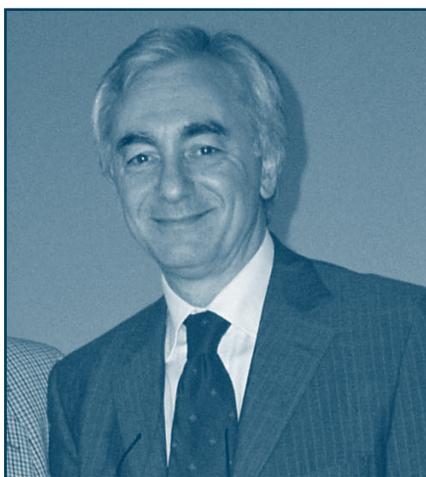
Mario Del Donno

Il fumo di sigaretta rappresenta la principale causa di morbosità e mortalità per patologie respiratorie e cardiovascolari e, secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tale andamento è destinato a triplicarsi nel giro di un ventennio. L'ultima indagine epidemiologica, effettuata dalla DOXA per conto dell'ISS nel 2008, ha evidenziato che nella popolazione italiana i fumatori attivi sono 11.200.000 (22%), di cui 26,5% maschi e 17,9% femmine; trend in netta riduzione rispetto al 2004 quando il numero dei fumatori si attestava attorno ai 14 milioni.

Le affezioni respiratorie provocate dal fumo di tabacco sono prevalentemente rappresentate dalla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e dal tumore del polmone, tuttavia, è stata osservata una diretta associazione anche tra fumo e patologie infettive ed interstiziopatie, laddove tra le patologie non respiratorie emerge maggiormente il coinvolgimento dell'apparato cardio- e cerebro-vascolare.

Per affrontare con mezzi adeguati l'incremento di tali patologie sono attivi sul territorio nazionale Centri per la cura del Tabagismo in cui medici, psicologi e personale infermieristico, operano in stretto collegamento con i medici di medicina generale, con l'obiettivo di curare in modo appropriato la dipendenza tabagica dei soggetti intenzionati a smettere di fumare.

A tal proposito, è necessario ricordare che esistono diverse metodologie per la disassuefazione dal fumo di tabacco ma solo alcune si sono dimostrate realmente efficaci e scientificamente accettate dalle più recenti linee guida internazionali e nazionali. In par-



icolare, la terapia farmacologica più appropriata si basa essenzialmente su farmaci di prima scelta come i sostituti della nicotina ed il bupropione o nuovi farmaci come la vareniclina, oltre che su terapie psico-comportamentali.

Inoltre, per promuovere serie e concrete campagne di prevenzione e cercare di ottimizzare al meglio i risultati, sarebbe necessario il riconoscimento istituzionale dei Centri Antifumo, con il loro opportuno inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle strutture Sanitarie Nazionali. Tale intervento, infatti, sarebbe una sicura testimonianza del lavoro che molti medici specialisti e generalisti stanno portando avanti ogni giorno nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, ne affermerebbe l'indispensabilità e ne permetterebbe l'ulteriore diffusione, compresa la speranza di una riduzione delle patologie fumo-correlate.

Sulla scorta di tali premesse, ho pensato di organizzare il Convegno, rivolto a Specialisti Pneumologi, a Medici di Area Interdisciplinare ed a MMG, prefiggendomi lo scopo di aggiornare e migliorare le conoscenze sul fumo,

sulle diverse patologie fumo correlate e sul corretto approccio terapeutico secondo le più recenti linee guida della letteratura nazionale e internazionale. Il tutto, tenendo anche in considerazione il punto di vista delle istituzioni come problema politico e sociale, senz'altro in un proficuo confronto al fine di una gestione ottimale più opportuna dei percorsi preventivi, diagnostici e terapeutici in tutti i soggetti con affezioni fumo correlate.

A distanza di qualche mese, posso senz'altro affermare di essere ampiamente soddisfatto del Convegno svolto grazie alla professionalità di relatori di fama internazionale, alla qualità delle relazioni e all'importanza degli argomenti trattati.

E, con la speranza di fare cosa gradita anche a coloro che non hanno partecipato all'evento, ho voluto lasciare traccia di ciò riunendo una sintesi delle relazioni in un piccolo opuscolo di Atti, come supplemento della rivista Tabaccologia, giornale che più di ogni altro è in prima linea nella divulgazione della cultura antitabagica, grazie al prezioso ed indispensabile contributo di tanti Illustri Colleghi. ■

Mario Del Donno

(m.deldonno@ao-rummo.it)

Direttore U.O.C. di Pneumologia

A.O. "G. Rummo", Benevento.

Docente alla Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio Università degli Studi di Napoli "Federico II", Vicepresidente SITAB.



Saluto del Direttore Generale A.O. "G. Rummo" Benevento

Tabagismo, una sfida per il Sistema Sanitario Nazionale

Rosario Lanzetta



Rispondo con molto piacere alla sollecitazione di Mario Del Donno di portare un mio saluto di presentazione a questo opuscolo sintesi dell'interessante convegno svoltosi nel giugno del 2008 a Benevento, convegno che a mio parere ha posto importanti quesiti non solo sull'aspetto clinico del tabagismo ma anche su aspetti squisitamente organizzativi, legati ad una necessità, ormai ineludibile, di integrare il lavoro dei professionisti.

La lotta al tabagismo rappresenta un campo interessante per tentare di implementare quel lavoro in team che trova ancora oggi grandi difficoltà di attuazione nel nostro paese, l'integrazione tra professionisti, quella interprofessionale, la definizione di un chiaro percorso diagnostico terapeutico intraospedaliero ma anche territoriale

rappresenta oggi una sfida per il nostro SSN.

Non si ritenga tale auspicio una mera indicazione per lavorare "insieme", la scarsità delle risorse disponibili in sanità deve determinare una maggiore appropriatezza sia clinica che organizzativa degli interventi sanitari, tenendo ben presente che l'utente, più che in altri casi, è baricentrico rispetto al sistema e determina, con i professionisti, l'iter diagnostico- terapeutico necessario.

Il successo di qualunque organizzazione dipende comunque dalla qualità dei suoi operatori, a tutti i livelli impegnati, e per questo aspetto non posso che ringraziare Del Donno e la Sua equipe per l'alta professionalità raggiunta testimoniata non solo dagli indici di attività, ma dal crescente numero di utenti che hanno nella Pneumologia dell'A.O. Rummo un sicuro punto di riferimento. ■



Rosario Lanzetta
Direttore Generale
A.O. "G. Rummo" - Benevento

Le Politiche Sociali per il Tabagismo

Moderatori: Natalino Barbato (Salerno), Carlo De Maria (Benevento)

L'Istituto Superiore di Sanità ed il Problema Sociale Fumo

Piergiorgio Zuccaro
(OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità)

La lotta al tabagismo costituisce uno degli obiettivi principali per la tutela della salute e la prevenzione di numerose malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la mortalità e la morbilità correlate al fumo di tabacco hanno assunto dimensioni tali da poter considerare il tabagismo una vera epidemia mondiale che può essere contrastata solo sviluppando strategie multisettoriali ed integrate. Un passo storico nella lotta al tabagismo è stato compiuto nel mese di maggio del 2003, quando i 192 Stati Membri dell'OMS hanno adottato all'unanimità la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco (FCTC - Framework Convention on Tobacco Control).¹ L'obiettivo della convenzione quadro è quello di proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo del tabacco e dall'esposizione al fumo fissando un quadro di misure per la lotta contro il tabagismo applicabile dalle parti a livello regionale, nazionale e internazionale.

L'Italia, dopo un lungo percorso amministrativo, ha finalmente ratificato nel 2008 la Convenzione Quadro.²

Secondo l'OMS attualmente lo stato del controllo globale del tabacco e l'implementazione di misure efficaci nei vari Stati Membri è solo all'inizio. Infatti:

- Più della metà dei Paesi non ha neanche informazioni minime sul monitoraggio del tabagismo;
- Solo il 5% della popolazione mondiale è coperta da leggi antifumo globali;
- Pochi fumatori chiedono aiuto per smettere di fumare. I servizi per il trattamento della dipendenza da tabacco sono totalmente accessibili in solo 9 paesi, coprendo il 5% della popolazione mondiale;
- Pochi paesi, pari al 6% della popolazione mondiale, pongono avvertenze totali sui pacchetti;
- Pochi paesi rafforzano i divieti sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco;
- Il finanziamento generale per il controllo del tabacco è inadeguato.



L'OMS per aiutare i Paesi membri a conseguire gli obiettivi della FCTC ha realizzato il MPOWER package, un set delle sei più importanti ed efficaci politiche di controllo del tabacco.³

Tra le misure di prevenzione efficaci vi è la regolamentazione del prezzo delle sigarette. Secondo l'OMS alti prezzi delle sigarette riescono a diminuire il numero dei fumatori, infatti è stato stimato che nei Paesi industrializzati un aumento del 10% nel prezzo delle sigarette provoca una riduzione nel

consumo totale di tabacco del 4% e nei Paesi in via di sviluppo dell'8%. Inoltre l'incremento del prezzo porta ad una diminuzione dei consumi più marcata negli adolescenti rispetto agli adulti.^{4,5}

1. Politiche di prevenzione e monitoraggio sull'uso del tabacco.
2. Proteggere le persone dal fumo di tabacco.
3. Offrire aiuti per smettere di fumare.
4. Avvertire sui pericoli del tabacco.
5. Rafforzare i divieti sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco.
6. Aumentare le tasse sul tabacco.

L'Italia a tal proposito ha introdotto nel 2005 il prezzo minimo di vendita al dettaglio delle sigarette al di sotto del quale è vietata la commercializzazione dei prodotti.

Nell'indagine annuale sul fumo in Italia, che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) conduce in collaborazione con la Doxa, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, è stato chiesto ai fumatori cosa farebbero nel caso in cui il prezzo minimo di un pacchetto di sigarette aumentasse a 5 euro. Davanti a tale ipotesi il

45% degli intervistati cambierebbe le proprie abitudini, in particolare il 36,3% ridurrebbe il consumo di sigarette e l'8,7% abbandonerebbe il vizio di fumare. Tale aumento influenzerebbe più le fumatrici che i fumatori uomini, 47,6% vs 43%.

Attualmente in Italia fuma il 22% delle persone di 15 anni e più corrispondenti a circa 11,2 milioni di cittadini italiani (6,5 milioni di uomini e 4,7 milioni di donne), i non fumatori sono il 59,6% e gli ex fumatori il 18,4%, pari rispettivamente a 30,3 milioni di italiani e 9,3 milioni di italiani.

Nell'ultimo anno hanno smesso di fumare più 560.000 fumatori. Quasi tutti gli ex fumatori hanno smesso senza ricorrere ad alcun tipo di supporto, né psicologico né farmacologico, infatti il 94% di essi è riuscito ad abbandonare il vizio del fumo grazie alla propria forza di volontà.

I motivi principali che hanno convinto i fumatori a smettere sono strettamente legati alla sfera sanitaria, infatti il 38,5% ha smesso per reali problemi di salute ed il 40% per una maggiore consapevolezza dei danni che il fumo provoca.

Rispetto agli anni precedenti si nota come stia aumentando la consapevolezza dei danni da fumo passando dal 28,2% del 2006 al 30,7% del 2007 e al 40% del 2008.

Questo aspetto sembra di particolare interesse poiché riflette l'attività di prevenzione e informazione che tutte le Istituzioni interessate fanno per la lotta al tabagismo, cioè le persone, sempre in misura maggiore, smettono prima che insorga un problema di salute. Il messaggio che il fumo reca dei danni alla salute sembra che stia penetrando nella coscienza delle persone e proprio da questo segnale nasce l'input per continuare a contrastare il consumo di tabacco.

Ciò nonostante sembra che i medici ignorino il problema infatti sono pochi quelli che forniscono spontaneamente ai propri pazienti consigli per smettere di fumare. Inoltre anche la formazione degli stessi in materia di tabagismo è scarsa. In una ricerca condotta dall'ISS, attraverso il sito ufficiale degli ECM (Educazione continua in medicina) del Ministero della Salute, per individuare gli eventi formativi sul tabagismo accreditati e realizzati nell'anno 2006 è risultato che gli eventi accreditati ECM riguardanti il tabagismo erano solo 97 su un totale di 24.651, pari cioè allo 0,4%.

Inoltre gli eventi formativi sul tabagismo per la cardiologia risultavano inesistenti, solo 2 eventi su 3.187 eventi totali, mentre per le malattie dell'apparato respiratorio gli eventi formativi erano stati 64 su un totale di 1287. Sostanzialmente risultava accreditato un evento Fumo ogni circa 250 eventi.

L'intervento del medico di medicina generale invece è sempre importante, in quanto attraverso interventi brevi rivolti ai propri assistiti può favorire la cessazione. I comportamenti da adottare da parte dei medici sono indicati nelle Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo redatte dall'ISS la prima volta nel 2002 e aggiornate nel 2008.

Una novità del 2008 è che il trattamento del tabagismo è stato inserito nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Come comunicato dal Ministero della Salute nel DPCM del 23 aprile

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

2008 rientrano nei LEA i centri per il trattamento delle dipendenze da fumo e sono resi gratuiti i farmaci per smettere di fumare. Oggi sono infatti disponibili trattamenti farmacologici efficaci che sono stati inseriti nelle Nuove Linee Guida dell'ISS.

La rimborsabilità dei farmaci per smettere di fumare è associata a un aumento dei tentativi di cessazione.⁶ Inoltre ci sono diverse pubblicazioni in cui si analizza l'importanza della rimborsabilità per gli esiti della terapia, che concludono che il numero di pazienti che richiede al medico un trattamento aumenta, ma soprattutto si ottiene un miglioramento degli esiti da 2 a 4 volte rispetto ad una situazione di non rimborsabilità.

L'Istituto Superiore di Sanità attraverso l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) è impegnato da anni nella lotta al tabagismo. L'Osservatorio è stato istituito nel 1999 con l'obiettivo di programmare interventi a carattere nazionale che affrontino il tema del fumo in chiave strategica, integrare le competenze istituzionali, garantire le risorse, eseguire un monitoraggio degli interventi e valutare il raggiungimento dei risultati.

L'Osservatorio è impegnato anche nella produzione di materiale informativo per diversi utenti come le linee guida per smettere di fumare per uso personale, le linee guida per la cessazione dell'abitudine al fumo per i medici, le carte del rischio per broncopneumopatia cronica ostruttiva e tumore al polmone e materiale didattico per le scuole.

Inoltre è attivo presso l'OssFAD il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800554088, che è un servizio anonimo e gratuito di counselling telefonico sulle problematiche legate al fumo di tabacco. In più l'Osservatorio ogni anno provvede all'aggiornamento dei centri antifumo dislocati su tutto il territorio nazionale e attivi presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), e pubblica la Guida ai Servizi Territoriali sul Fumo di Tabacco. La Guida rappresenta un utile sistema di raccolta di informazioni che facilita l'accesso alle strutture agevolando e riducendo i tempi d'incontro fra domanda dell'utente e risposta dei servizi. Tutto il materiale prodotto dall'Osservatorio è consultabile e scaricabile dal sito dell'OssFad (www.iss.it/ofad).

L'ISS ha condotto anche uno studio longitudinale per valutare l'efficacia dei trattamenti di disassuefazione dal fumo effettuati nei centri antifumo del Servizio Sanitario Nazionale. Lo studio, il primo in assoluto, di natura epidemiologica, ha indagato anche sugli aspetti motivazionali, mostrando che la terapia sostitutiva con nicotina insieme a quella di gruppo è la strategia vincente. I ricercatori anche hanno osservato che i soggetti con una dipendenza molto forte dal fumo hanno circa il 50% di probabilità in meno di smettere di fumare a sei mesi; al contrario chi si è già cimentato in precedenti tentativi di smettere di fumare presenta il 30% di probabilità in più di riuscire rispetto a chi non ha mai tentato, mentre chi vive una relazione di coppia ha il doppio di probabilità di smettere rispetto ai single o ai separati. In un recente articolo del New England Journal Of Medicine risulta che smettere di fumare

è contagioso, ossia una persona che abbandona il vizio del fumo induce parenti, amici e colleghi ad imitarlo.

I ricercatori l'hanno definito un «effetto a cascata»: «Si prendano tre persone, A, B e C, dove A è amico di B e B è amico di C, ma A e C non si conoscono. Se C smette di fumare, la probabilità che A ha di non fumare aumenta del 30 per cento, indipendentemente dal fatto che B fumi o non fumi.» Quest'ultimo può agire da «veicolo» di una nuova norma sociale.

Lo studio conclude che gruppi compatti di persone che potrebbero anche non conoscersi smettono di fumare contemporaneamente.⁷ ■

Bibliografia

1. www.fctc.org
2. Legge n. 75 del 18 marzo 2008. GU n. 91 del 17/4/2008 SO.
3. <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/en/>
4. Ding A. Youth are more sensitive to price changes in cigarettes than adults. *Yale J Biol Med* 2003;76:115-24.
5. Gallet CA, List JA. Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Econ* 2003;12:821-35.
6. Miller N, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet*. 2005;365:1849-54.
7. Christakis NA, Fowler JH. The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.

L'organizzazione di un centro antifumo

Eugenio Sabato

(Direttore U.O.C. Servizio Pneumologico A.S.L. BR)

Il fumo di tabacco costituisce oggi il maggiore problema sanitario nel mondo: è in effetti la maggiore causa prevenibile di decessi prematuri nei paesi industrializzati.

È responsabile nel mondo di 4 milioni di morti all'anno (di questi 3 milioni nei Paesi industrializzati e 1 milione nei Paesi in via di sviluppo). Questo dato purtroppo è in aumento in quanto l'OMS stima che nel 2025, se non ci sarà un'inversione di tendenza, i morti saranno circa 10 milioni (l'aumento sarà del 700% nei paesi in via di sviluppo e del 50% nei paesi industrializzati, passando così da 2 milioni a 3 milioni nei paesi industrializzati e da 1 milione a 7 milioni nei paesi in via di sviluppo).

Nonostante questi dati, i fumatori al mondo sono circa 1 miliardo e 200 milioni quasi 1/3 della popolazione mondiale.

Malgrado in Italia il fumo di tabacco sia causa di circa 90.000 morti all'anno, del 90% dei tumori polmonari, dell'80% delle BPCO e di ¼ delle malattie cardiovascolari, i fumatori si stima siano attualmente 16 milioni pari al 25% circa della popolazione (> 15 anni; maschi circa il 34%, donne il 17%) rispetto ai 14 milioni del 1997. Purtroppo, mentre per l'uomo il numero dei maschi fumatori è in diminuzione, lo stesso non si può dire per le donne ed i ragazzi: queste due categorie sono in aumento. Dei 16 milioni di fumatori in Italia circa il 40% dichiara di voler smettere, ma come ben sappiamo per loro non è molto semplice abbandonare le sigarette: dei fumatori che smettono di fumare da soli a un anno sono ancora astinenti meno del 5%. È opportuno quindi che le strutture sanitarie si adoperino ad accogliere ed aiutare i fumatori che vogliono smettere.

È stato dimostrato che quanto più strutturati sono gli interventi nei confronti dei fumatori tanto più alta è la percentuale dei pazienti che rimane astinente nel tempo.



È bene inoltre ricordare che aiutando un fumatore a smettere si fa da un lato prevenzione delle malattie polmonari e cardiovascolari e dall'altro l'ex fumatore farà da promoters nei confronti degli altri fumatori ma soprattutto dei giovani perché questi non inizino a fumare.

Pertanto è un nostro preciso dovere impegnarci nella lotta al fumo di tabacco, sia con la prevenzione che con la disassuefazione dal fumo di tabacco e ciò per combattere il più grave problema di sanità pubblica

dei nostri tempi. Il fumo di tabacco è un aerosol di sostanze nocive, oltre 4000 sostanze alcune delle quali cancerogene (idrocarburi aromatici policiclici, nitrosamine, benzopirene, benzoantracene), altre irritanti (acido cianidrico, acetaldeide, formaldeide), il monossido di carbonio che si lega all'emoglobina formando la carbossiemoglobina, e infine la nicotina sostanza che dà dipendenza.

È la sostanza che fa sì che il fumatore cerchi sempre un'altra sigaretta e non riesca a farne a meno.

La dipendenza da nicotina è infatti riconosciuta come una condizione patologica nella decima revisione della classificazione internazionale dell'OMS (ICD X) e nel manuale diagnostico e statistico dell'Associazione Americana di Psichiatria (DSM-IV). La carenza della nicotina porta infatti ad una vera e propria sindrome di astinenza caratterizzata dal seguente corredo sintomatologico:

insonnia, desiderio irresistibile di accendere una sigaretta, frustrazione, rabbia, irrequietezza, impazienza, depressione, deficit di concentrazione, difficoltà a svolgere le attività quotidiane, irritabilità, aumento dell'appetito, incremento ponderale, stipsi: ecco perché spesso è difficile smettere di fumare. Ma i fumatori non sono tutti uguali infatti ci sono:

pazienti a rischio semplice, che hanno quale fattore di rischio il solo fumo di tabacco; pazienti a rischio multiplo, che hanno oltre al fumo di tabacco altri fattori di rischio (ipercolesterolemia, obesità, ipertensione arteriosa, familiarità per asma o neoplasie); pazienti ammalati, che hanno il fattore di rischio fumo ma soprattutto altre patologie che possono essere aggravate dal fumo stesso (Broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie cardiovascolari).

Mentre quindi i pazienti a rischio semplice e multiplo possono essere curati da qualsiasi operatore sanitario e/o dalle associazioni di volontariato, i pazienti ammalati o i pazienti che hanno difficoltà a smettere (pazienti difficili) devono essere curati da un Centro specialistico che si occupi della dipendenza del fumo di tabacco.

Proprio per tali motivi il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe prevedere livelli crescenti di intervento sanitario per crescenti livelli di gravità della malattia fumo e quindi gli operatori sanitari coinvolti dovrebbero essere diversi. (Tab.1)

Attualmente la maggior parte dei fumatori cerca di smettere autonomamente o affidandosi a metodi che non hanno alcuna evidenza scientifica. Tutto ciò in quanto il fumatore considera il fumo un vizio che pertanto può essere abbandonato in qualsiasi momento.

Sarebbe utile invece che qualsiasi occasione fosse presa come spunto, da ogni operatore sanitario, per poter dare consigli al paziente fumatore, sia esso pronto a smettere di fumare o ancora non motivato.

Il medico di medicina generale o qualunque operatore sanitario che venisse a contatto con un fumatore dovrebbe chiedere sempre delle sue abitudini tabagiche e chiedere inoltre se vuole smettere. (Fig.1)

- incoraggiandoli continuamente a smettere di fumare
- valutando il grado di dipendenza dalla nicotina
- se opportuno, prescrivendo una terapia farmacologica
- seguendo i pazienti durante la cessazione
- mantenendo sempre un atteggiamento positivo, amichevole e disponibile
- sostenendo il soggetto che riprende a fumare perché le ricadute fanno parte del processo di astensione dal fumo e in ogni caso ogni ricaduta è un passo lungo la strada dello smettere di fumare .

Un **Centro antifumo** può essere allocato in ogni struttura sanitaria che abbia la possibilità di seguire i fumatori (Pneumologia, Cardiologia, Psicologia, SERT) e dovrebbe:

- trattare i propri pazienti
- essere un punto di riferimento per i pazienti difficili (per il MMG e altri operatori sanitari)
- essere consulente per autorità sanitarie e amministrative
- offrire la propria esperienza nei programmi di educazione sanitaria (per il personale sanitario, le scuole, ecc.)
- essere pronto a studi scientifici (sperimentazione).

Per aprire un **Centro antifumo** occorrono :

- un medico (che si interessi del problema)
- una psicologa
- un infermiere
- una stanza
- un computer
- uno smokerlyzer
- un telefono

Il personale sanitario non occorre che sia a tempo pieno per il Centro antifumo.

Il paziente fumatore deve poter avere informazioni in qualsiasi momento sul centro antifumo e i trattamenti effettuati.

Il paziente che arriva al Centro è già motivato, ha precedentemente preso la sua decisione: vuole smettere di fumare.

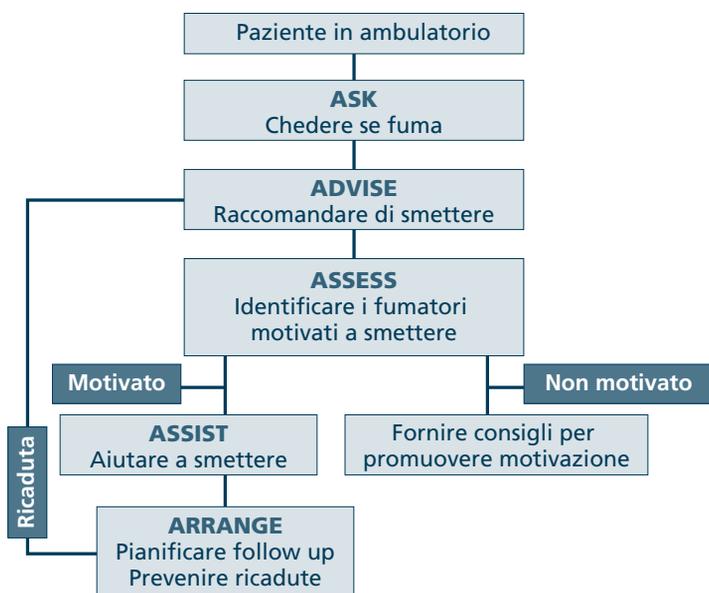
Sarebbe utile una linea telefonica dedicata per l'ambulatorio antifumo presso il quale chiunque può avere informazioni e nello stesso tempo prenotare.

Il paziente viene ricevuto dal personale infermieristico che raccoglie l'anamnesi, effettua alcune domande sulle sue abitudini tabagiche, patologie concomitanti, assunzione di particolari farmaci, somministra il Test di Fagestrom ,effettua una spirometria e la misurazione del CO exp, il tutto seguendo lo schema di una cartella informatizzata (es. cartella clinica del Gruppo di studio Prevenzione e Controllo del fumo di tabacco).

A questo punto il medico visita il paziente (valutazione pneumologica ed eventuale radiografia del torace consigliata per i forti fumatori con età superiore ai 45 anni) e quindi dialoga con lui, la tecnica utilizzabile è quella delle domande aperte e dell'apprendimento attivo. Dove è possibile è di grande aiuto il colloquio con uno psicologo.

Il messaggio del medico deve essere personalizzato, forte, deciso, deve prendere spunto dalle parole ed esperienze del-

PAZIENTE FUMATORE



Il medico può aiutare i pazienti a smettere di fumare:

- analizzando le loro abitudini di fumatori
- discutendo con loro i benefici dello smettere

lo stesso paziente, collegare il messaggio sul fumo allo stato attuale di salute o malattia o ai costi sociali ed economici del fumo, all'impatto del fumo sui figli.

Viene poi consigliata al paziente la compilazione, per tre o quattro giorni, del Diario Comportamentale (un foglietto con cui avvolgerà il pacchetto delle sigarette dove il paziente annoterà ogni sigaretta che accende, l'orario ecc.), tramite il quale lo stesso paziente e il medico potrà conoscere quali sono le situazioni che lo spingono a fumare, le motivazioni che ha per smettere. In questo modo si riuscirà a rendere cosciente e ragionato un atto che normalmente viene effettuato automaticamente senza essere deciso, e quindi a togliere gran parte delle sigarette (soprattutto quelle voluttuarie).

Il paziente viene invitato a ritornare dopo circa una settimana presso lo studio, dove viene effettuata nuovamente la misurazione del CO, si avrà un nuovo colloquio e si analizzerà il Diario del fumatore.

Molto spesso saranno rimaste le sigarette obbligate, quelle cioè più difficili da abbandonare, anche per tale motivo viene offerta la possibilità di un aiuto farmacologico ad esempio a base di sostitutivi della nicotina, di bupropione o di vareniclina. La scelta della terapia farmacologica viene effettuata, insieme al paziente, dopo aver valutato il Test di Fagerstrom, il punteggio della misurazione del CO, e in base all'anamnesi.

Altre visite ambulatoriali vengono programmate insieme al paziente. Il follow up a tre, sei e dodici mesi può essere effettuato anche telefonicamente, se il paziente è impossibilitato a raggiungere il Centro.

Durante le visite successive verrà misurato il CO exp., si valuteranno le paure del paziente e le situazioni che potrebbero far ricadere il fumatore.

In effetti le recidive sono una delle paure del fumatore al quale però si deve far capire che queste non sono da considerare un fallimento ma solo una tappa nello smettere di fumare.

Oltre ai trattamenti personalizzati è utile che il Centro possa offrire, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, dei Gruppi per smettere di fumare che offrono al fumatore un supporto psicologico positivo dato da altre persone che come lui cercano di smettere di fumare. Il confronto fra le varie esperienze e motivazioni crea un ambiente di sostegno reciproco.

Il numero degli incontri può variare a seconda delle varie realtà ed esperienze, ma è bene che non superi il numero di dieci.

Il Centro antifumo ha come impegno principale la disassuefazione dal fumo di tabacco, ma non deve trascurare campagne di sensibilizzazione, educazione, informazione e formazione degli operatori sanitari e della popolazione generale, programmi di prevenzione nelle scuole.

L'utilizzazione di tutti gli strumenti ora a nostra disposizione possono aumentare la portata del messaggio. Un esempio è internet attraverso il quale si possono raggiungere target di utenti più ampi e soprattutto i giovani (utilizzeremo il loro stesso linguaggio). È utile che il Centro antifumo si munisca di un sito internet per il Centro antifumo dove potrà, con termini semplici, spiegare i metodi utilizzati per la disassuefazione dal fumo di tabacco in modo che il paziente possa scegliere la modalità a lui più congeniale (gruppo o individuale), come poter prenotare una visita e infine come raggiungere il Centro stesso.

Il centro antifumo dovrà anche cercare con tutti i suoi mezzi di coinvolgere le varie figure sanitarie ed amministrative di riferimento presenti nel proprio territorio per sensibilizzare maggiormente la popolazione generale.

Tab. I Interventi possibili per la disassuefazione dal fumo.

Pazienti	Trattamenti	Operatori
A rischio semplice	Minimal advice Farmacoterapia autogestita Corsi per smettere	Cure primarie Volontariato MMG
A rischio multiplo	Counselling strutturato Percorso di cessazione e farmacoterapia guidata dal medico Terapia comportamentale	MMG Ambulatorio accreditato Centro anti-fumo accreditato
Malati	Farmacoterapia multipla Terapia comportamentale individuale/di gruppo	Ambulatorio accreditato Centro anti-fumo accreditato

Requisiti minimi dei centri antifumo

Strumenti per l'assistenza e la cura

a) Interventi di primo livello

- ruolo d'esempio del personale sanitario nel promuovere stili di vita sani (non fumare o comunque non fumare mai davanti agli utenti).

- consiglio breve (*minimal advice*) come pratica ordinaria e diffusa da parte degli operatori sanitari (in particolare MMGG) nei confronti dei fumatori.
- *counselling* antifumo ed eventuale presa in carico del paziente tabagista da parte del MMG finalizzata alla cessazione del fumo.
- ruolo dei farmacisti nel sensibilizzare i fumatori a smettere e nell'informazione sull'offerta di servizi dedicati, presenti sul territorio.



b) **Interventi di secondo livello**

Servizi per la cessazione del fumo:

- precisare il carattere di articolazione funzionale (più che di struttura distaccata...) e valorizzare un modello di lavoro integrato tra i servizi competenti per il tabagismo presenti sul territorio (es. SERT, Pneumologia, Cardiologia, Dipartimento di prevenzione e altro).
- requisiti minimi di funzionamento dei Servizi
- approccio multidisciplinare al paziente tabagista secondo la medicina basata sulle evidenze.

Requisiti minimi

Requisiti minimi per l'istituzione del **"Centro per lo studio ed il trattamento del tabagismo" di primo livello (Cure primarie, LILT, ecc.)**

- a) Collocazione nell'ambito di una struttura sanitaria accreditata.
- b) Identificazione di un locale dedicato, anche non ad uso esclusivo.
- c) Attività condotta da personale sanitario.
- d) Aderenza ai programmi di intervento clinico breve secondo le principali linee guida esistenti in letteratura
- e) Raccolta di un set minimo di dati anagrafici e clinici per ciascun paziente trattato
- f) Verifica, anche a campione, di efficacia di intervento (con dati di astinenza almeno a sei e dodici mesi)

Requisiti minimi per l'istituzione del **"Centro per lo studio ed il trattamento del tabagismo" di secondo livello**

- a) Responsabilità della gestione clinica dei trattamenti da parte di un medico o di uno psicologo (in questo caso deve essere disponibile la consulenza medica per ciascun paziente).
- b) Formazione "specialistica" in tabaccologia del responsabile clinico del centro (master post universitario o equivalenti; frequenza presso centro antitabacco di secondo livello, periodo di formazione con attività clinica tutorizzata).
- c) Effettuazione per ciascun paziente trattato di una prima

visita specialistica tabaccologica in cui sia raccolto e si conservi evidenza di almeno uno dei seguenti elementi:

- anamnesi.
 - effettuazione di un test di dipendenza (preferibilmente Fagerström).
 - effettuazione di un test di motivazione al cambiamento
 - effettuazione di uno screening dei disturbi del tono dell'umore (con test validati).
 - misurazione del CO espiratorio.
- d) Identificazione di un percorso di trattamento individuale o di gruppo che preveda:
 - Almeno quattro incontri intensivi, oltre alla visita iniziale, e quattro incontri di mantenimento nei primi tre mesi di trattamento.
 - Almeno venti minuti di durata per ciascun incontro intensivo e dieci minuti per incontro di mantenimento.
 - Esclusione (se non per intenti di ricerca) di ogni intervento terapeutico non supportato da solide evidenze scientifiche (Linee Guida Nazionali ed Internazionali, Evidenze scientifiche).
 - Ad ogni fumatore in trattamento deve, se non specificatamente controindicata, essere prescritta la terapia farmacologica secondo le più recenti linee guida disponibili (Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services. Public health services. June 2000).
 - e) Di ogni paziente inserito in un programma di trattamento deve essere disponibile un set minimo di informazioni che comprenda almeno:
 - indicazioni della data di cessazione prescelta.
 - indicazione della data di ogni incontro effettuato.
 - indicazione dello status del paziente, relativamente al fumo, in ciascun incontro.
 - registrazione di ogni terapia farmacologica prescritta.
 - f) L'efficacia di intervento, con indicazione dello status di fumatore o di ex fumatore deve essere effettuata con verifica biologica (es. misurazione CO espiratorio, cotinina urinaria) almeno a fine trattamento (con indicazione dell'intervento dalla data di cessazione) e a distanza di dodici mesi.
- Devono essere effettuate verifiche di efficacia di trattamento a tre mesi, sei mesi, dodici mesi per almeno cinquanta casi consecutivi, ogniquale volta il programma di trattamento viene modificato significativamente nei suoi elementi costitutivi e comunque almeno ogni due anni.
- g) Il centro deve essere attivo tutto l'anno.
 - h) Devono essere identificati i locali necessari all'attività, anche se non necessariamente in uso esclusivo.
 - i) Il volume di attività annuale non può essere inferiore agli ottanta pazienti/anno e, in ogni caso, non inferiore a cinquanta pazienti/medico addetto.
 - l) L'accesso al Centro deve essere garantito prioritariamente attraverso il centro di prenotazione unica e su richiesta del medico di medicina generale. ■

Il Gruppo tecnico del tabagismo della Regione Campania

Arcangelo Sena

(UOSC di Pneumologia ad indirizzo Oncologico - A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Napoli)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il fumo di tabacco la prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società, considerando che il fumo è responsabile del 90 % dei tumori polmonari, del 70% dei casi di bronchite cronica ed enfisema e del 25% dei casi di malattie coronariche; per quanto riguarda i danni da fumo passivo è dimostrato, da recenti ricerche scientifiche nazionali ed internazionali, un aumento di rischio di tumore polmonare e di malattie coronariche rispettivamente del 26% ed del 23%; il fumo in gravidanza aumenta del 28% il rischio di aborto spontaneo e del 45% di morte intrauterina. La Regione Campania, l'Assessorato alla Sanità con nota prot. 0740059 del 3 Settembre 2007 ha aderito al Progetto Nazionale del Ministero della Salute "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale a quella aziendale" teso ad elaborare un piano concordato di interventi- d'intesa con le altre Regioni- per individuare finalità ed obiettivi, modalità e strumenti di intervento comuni in materia di tabagismo.

A tale proposito in Campania si è ritenuto di definire una piattaforma organizzativa, denominata AZIONE TABAGISMO, di ser-



vizi e di interventi preventivi e di dover delineare l'impianto di CENTRI ANTIFUMO dettando i requisiti minimi che devono caratterizzarli nell'ambito della programmazione Regionale.

Vengono di seguito riportati:

1. I Requisiti Minimi stabiliti per un Centro Antifumo.
2. I Referenti Regionali dei Centri Antifumo Campani nominati dai Direttori Generali delle varie Aziende Sanitarie su richiesta dell' Assessorato alla Sanità.
3. Le sedute del tavolo tecnico presiedute dal Dott. Carlo Petrella, Dirigente del Servizio T.D. ed Alcolismo, e coordinate dal Dott. Arcangelo Sena, pneumologo e responsabile del Centro di prevenzione e cura del tabagismo dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli.
4. Tali componenti hanno realizzato un Consensus Conference con confronti e reciproche esperienze antitabagiche organizzate nella Sala Conferenza della Regione Campania.
5. Il raggiunto obiettivo di Delibera Regionale.
6. Le risorse in termini economici da destinare alle varie "AZIONI ANTITABAGICHE" della Campania. ■

CENTRI ANTIFUMO

Piattaforma organizzativa (requisiti minimi)

Definizione	<p>Il Centro antifumo è una struttura di prevenzione e cura del tabagismo la cui attività è condotta da personale sanitario dedicato</p> <p>a. Il Centro deve essere attivo tutto l'anno.</p> <p>b. Il volume di attività annuale non può essere inferiore agli 80 pazienti/anno e, in ogni caso, non inferiore a 50 pazienti/medico addetto.</p> <p>c. L'accesso al Centro deve essere garantito attraverso il Centro di Prenotazione Unica (CUP) e su richiesta del Medico di Medicina Generale.</p>
Contesto	<p>Il centro antifumo opera all'interno di un sistema a rete per la prevenzione e cura del tabagismo articolato sul territorio in due livelli:</p> <p>A) Azioni di primo livello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ruolo d'esempio del personale sanitario, in particolare delle Sentinelle Antifumo, nel promuovere stili di vita sani (essere non fumatori o comunque non fumare mai in presenza degli utenti) • consiglio breve (minimal advice) come pratica ordinaria e diffusa da parte degli operatori sanitari (in particolare MMMMG) nei confronti dei fumatori • counselling antifumo ed eventuale presa in carica del paziente tabagista da parte dei MMMMG finalizzata alla cessazione tabagica • ruolo dei farmacisti nel sensibilizzare i fumatori a smettere e nell'informazione sull'offerta di servizi dedicati, presenti sul territorio. <p style="text-align: right;">(segue)</p>

CENTRI ANTIFUMO Piattaforma organizzativa (requisiti minimi)	
<i>(segue)</i> Contesto	<p>B) Interventi di secondo livello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attività dei Centri antifumo, da realizzare in modo integrato e sinergico con gli attori e le azioni previste nel primo livello. <p>Il centro antifumo è un'articolazione funzionale che opera, a sua volta, secondo un modello di lavoro integrato tra i Servizi specialistici competenti per il tabagismo presenti sul territorio, (es. SERT, Pneumologia, Cardiologia, Medicina Interna, Dipartimento di Prevenzione, altro) al fine di garantire un approccio multidisciplinare al paziente fumatore.</p> <p>Si colloca nell'ambito di una struttura sanitaria accreditata con identificazione di uno specifico locale dedicato, munito di arredi appropriati (es. scrivania, lettino, telefono, computer) ed apparecchiature valide all'inquadramento del paziente tabagista (es. misuratore del monossido di carbonio nell'espriato, spirometro, app. per la misurazione della pressione arteriosa, ecc.).</p> <p>Svolge, inoltre, attività di consulenza per l'attuazione di programmi di prevenzione dell'abitudine al fumo rivolti ai giovani.</p>
Obiettivi	<ol style="list-style-type: none"> a. Prevenzione dell'abitudine tabagica. b. Diagnosi e cura del tabagismo.
Target	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fumatori o ex fumatori ricaduti 2) Giovani a rischio di abitudine tabagica 3) Giovani consumatori saltuari 4) Tutta la popolazione in età scolare
Personale	<p>Il Responsabile del Centro Antifumo (Medico o Psicologo) deve possedere formazione specialistica accreditata ECM aziendale o regionale (ad es. master post universitario o equivalenti) e/o esperienza documentata nel campo della prevenzione e cura del tabagismo (ad es. frequenza presso centro antifumo, periodo di formazione con attività clinica tutorializzata).</p> <p>La responsabilità della gestione clinica dei trattamenti è del medico e dello psicologo (in questo caso deve essere disponibile la consulenza medica per ciascun paziente).</p>
Prestazioni	<p>Effettuazione per ciascun paziente trattato di una visita specialistica tabaccologica in cui sia raccolto e si conservi evidenza dei seguenti esami:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) anamnesi ed esame clinico del paziente (da eseguire eventualmente anche presso altro Centro Accreditato) b) effettuazione di un test di dipendenza (preferibilmente Fagerstrom) c) effettuazione di un test di motivazione al cambiamento d) misurazione del CO espirato <p>Identificazione di un percorso di trattamento individuale o di gruppo che preveda:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) almeno quattro incontri intensivi, oltre alla visita iniziale, e quattro incontri di mantenimento nei primi tre mesi di trattamento <ul style="list-style-type: none"> • almeno novanta minuti di durata per ciascun incontro intensivo di gruppo, almeno venti minuti di durata per ciascun incontro intensivo individuale. • almeno sessanta minuti di durata per incontro di mantenimento di gruppo, almeno dieci minuti di durata per incontro di mantenimento individuale. b) esclusione, se non per intenti di ricerca e sperimentazione, di ogni intervento terapeutico non supportato da solide prove scientifiche. c) La terapia farmacologica, se ritenuta necessaria dal clinico, deve essere prescritta secondo le più recenti linee guida disponibili (Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and human services. Public health services. June 2000). <p>Di ogni paziente inserito in un programma di trattamento deve essere disponibile un set minimo di informazioni che comprenda almeno:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) indicazioni della data di cessazione prescelta b) indicazione della data di ogni incontro effettuato c) indicazione dello status del paziente, relativamente all'abitudine al fumo, in ciascun incontro d) registrazione di ogni terapia farmacologia prescritta. <p style="text-align: right;"><i>(segue)</i></p>

CENTRI ANTIFUMO

Piattaforma organizzativa (requisiti minimi)

<i>(segue)</i> Prestazioni	L'efficacia di intervento deve essere effettuata con verifica biologica (es. misurazione del CO espirato, cotinina urinaria) almeno a fine trattamento ed a distanza di 12 mesi. Devono essere effettuate verifiche di efficacia di trattamento a 3,6,12 mesi per almeno 50 casi consecutivi, ogniqualvolta il programma di trattamento viene modificato significativamente nei suoi elementi costitutivi e comunque almeno ogni 2 anni.
Cartella clinica	Per ogni paziente che afferisce al Centro Antifumo è necessaria la compilazione di una Cartella Clinica appropriata che contenga tutti i dati personali e clinici nonché i test motivazionali adottati ed il test di Fegerstrom per la valutazione della dipendenza fisica alla nicotina, il tipo di terapia prescritta al paziente ed i dati degli esami effettuati per l'inquadramento del tabagista. Inoltre devono essere annotate tutte le successive visite eseguite, i nuovi dati di laboratorio eventualmente rilevati e tutte le variazioni fisiche, cliniche e terapeutiche riscontrate al paziente stesso ai fini di una valida statistica e raccolta dati, nonché per il follow up da effettuare secondo i tempi stabiliti.

REFERENTI Centri Antifumo

Carlo Petrella *	Mastroberardino Michele
Padula Carmelo	Coppola Luigi
Semanta Stefania	Golino Paolo
De Maria Carlo	Branaccio Luigi
Napolano Francesco	Vito Alberto
Mariniello Roberto	Galletti Ferruccio
Stimolo Rosa	Angelillo Italo Francesco
Orteca Rosaria	Messere Claudio
Della Greca Giuseppe	Romano Maria Rosaria
Perillo Antonio	Barbato Natalino
Coppola Anna	Sena Arcangelo
Falciani Maddalena	

*Dirigente del Servizio T.D.ed Alcolismo
Regione Campania

Istituzione del Tavolo Tecnico di Lavoro sul Tabagismo

costituito con decreto dirigenziale n. 3 del 28 Gennaio 2008

- ☞ 7 Febbraio 2008
- ☞ 27 Marzo 2008
- ☞ 8 Aprile 2008
- ☞ 24 Aprile 2008

CONSENSUS CONFERENCE CENTRI ANTIFUMO REGIONE CAMPANIA

Centro per la Prevenzione e Cura del
Tabagismo

Responsabile: Dott. A. Sena

A.O.R.N. "A.Cardarelli" - Napoli

28 Febbraio 2008

Sala Congressi Regione Campania
Is. C3 Centro Direzionale di Napoli

L'OBIETTIVO DEL TAVOLO DI LAVORO SUL TABAGISMO È STATO RAGGIUNTO

Nella seduta di Giunta del **13 giugno 2008**, è stata approvata la delibera che pianifica l'impegno della Regione Campania sul "Fenomeno Tabagismo" e definisce le "Caratteristiche Essenziali di un Centro Antifumo"

RISORSE

Per la realizzazione di "AZIONE tabagismo" è destinata l'importo di euro 250.000,00 da prelevare sul Fondo Lotta alla Droga annualità 2002, Capitolo 7240, E. F. 2008, quota parte 24%, per la realizzazione di progetti ad interesse regionale.

Azioni	contributo	totale
Centri Antifumo	150.000,00	150.000,00
Programma n. 1 - Prevenzione del tabagismo rivolta ai giovani	25.000,00	25.000,00
Programma n. 2 - Prevenzione del tabagismo nella popolazione generale per intervento dei MMGG e degli altri operatori della salute	25.000,00	25.000,00
Programma n. 3 - Servizi per la cessazione del fumo	25.000,00	25.000,00
Programma n. 4 - Luoghi di lavoro liberi dal fumo	25.000,00	25.000,00
TOTALE	250.000,00	250.000,00

Le suddette somme sono erogate alle AASSLL ed alle AA.OO. regionali secondo le seguenti modalità:
- 80% all'avvio del programma;
- 20% alla rendicontazione finale

Le dimensioni del problema fumo

Moderatori: Sandra Nutini (Firenze), Michele Mastroberardino (Avellino)

Epidemiologia del fumo e patologie respiratorie fumo-correlate

Laura Carrozzi

(UO di Pneumologia Universitaria, Dipartimento Cardiotoracico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa
Unità di Epidemiologia Ambientale Polmonare, Istituto di Fisiologia Clinica CNR, Pisa)

Le dimensioni nel mondo.

Nel corso del 2008 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato un documento nel quale definisce sei politiche raccomandate alle nazioni del mondo per affrontare il problema del fumo e rendere reversibile l'attuale andamento dell'epidemia da tabacco. Queste "politiche" sono:

1) monitorare l'uso e le politiche di prevenzione del tabacco; 2) proteggere dall'uso del tabacco; 3) offrire aiuto per smettere; 4) avvertire dei danni legati all'uso del tabacco; 5) rafforzare i divieti, le campagne promozionali; 6) aumentare le tasse sul tabacco. Per ognuna delle azioni proposte viene descritta quella che è la situazione mondiale attuale, riportando, per ogni nazione, i dati esistenti. Il documento, disponibile on line rappresenta quindi anche una aggiornatissima fonte di informazioni sulle dimensioni del tabagismo: 100 milioni di morti nel 20° secolo, 5,4 milioni di morti ogni anno. Se la tendenza attuale non verrà controvertita, nel 2030 ci saranno più di 8 milioni di morti nel mondo attribuibili al fumo e di que-



sto l'80% sarà nei Paesi in via di sviluppo. Il numero stimato di fumatori è attualmente di 1,25 miliardi, pari ad 1/3 della popolazione > 15 aa. Differenze di genere sono ancora presenti ma la "forbice" uomo/donna si è molto assottigliata nei Paesi industrializzati, fino a raggiungere la parità in alcuni Paesi europei (es Svezia). [Diapositive: 1, 2]

Le dimensioni in Italia.

In Italia, il numero di fumatori stimati è di 11.200.000 (pari al 22% della popolazione), e quella degli ex fumatori è di 9.300.000 (18,4%).

Nel tempo il dato di prevalenza si è molto ridotto tra gli uomini (in particolare a partire dagli anni '70 (epoca in cui quasi il 50% degli uomini fumava), ed è aumentato fino a stabilizzarsi nelle donne (che non hanno mai raggiunto i valori degli uomini). Al momento la prevalenza è più elevata nelle zone del Centro-Sud rispetto al Nord.

Le patologie fumo correlate

Il livello attuale delle conoscenze sui danni da fumo permette di affermare in maniera inequivocabile che "Il fumo rimane la principale causa di morte prevenibile e ha un impatto negativo sulla salute a qualsiasi stadio della vita. Danneggia il feto, il neonato, il bambino, l'adolescente, l'adulto, l'anziano." (come riportato nel documento del Surgeon General americano pubblicato nel 2004). Sono 29 le cause di morte per le quali il fumo è 'causa certa' di mortalità.

Per quanto riguarda in particolare le malattie respiratorie il fumo è associato, oltre che a quadri patologici specifici (BrocoPneumopatiaCronicaOstruttiva-BPCO, Tumore Polmonare, Patologia Interstiziale ed Infettiva), a generale presenza di sintomi respiratori cronici, a rapido peggioramento della funzione respiratoria, sia nei bambini sia negli adulti.

L'uso del tabacco è fattore di rischio per sei fra le otto principali cause di morte nel mondo e rappresenta quindi un fondamentale problema da affrontare in sanità pubblica. La di-

N di fumatori nel mondo*

1,25 miliardi di fumatori nel mondo: pari ad 1/3 della popolazione > 15 aa.

Estimated number of smokers in the world in millions(4)

Countries	Males	Females	Total
Developed	275	150	425
Developing	700	100	800
World	975	250	1225

* Taylor AR et al, 2000

Diapositiva 1.

Prevalenza di fumatori in alcuni Paesi europei

Country	Total smokers %	Male smokers %	Female smokers %
Austria	29	32*	26*
Belgium	27.5	33	22
Czech Republic	30.5	38	23
Denmark	27	30	24
Finland	22.5	26	19
France	30.5	36	25
Germany	32.5	37	28
Greece	45	51†	39†
Ireland	27	28	26
Italy	26.2*	30*	22.5*
The Netherlands	30	33	27
Poland	31	39	23
Spain	32	39	25
Sweden	17.5	16	19
UK	25	26	24
EU average	29	35	22

*: during 2000; †: during 2001; ‡: during 2004.

Tonnesen et al, Eur Respir J 2007

Diapositiva 2.

nelle donne è in aumento (diversamente da quanto avviene negli uomini) riflettendo l'andamento temporale delle variazioni di prevalenza di abitudine al fumo. Per quanto riguarda la BPCO, ancora il dato nelle donne è impressionante: negli Stati Uniti, le donne hanno superato gli uomini. Esistono tuttavia differenze tra Paese e Paese che suggeriscono che altri fattori di rischio interagiscono con il fumo talvolta potenziandone l'effetto devastante. [Diapositive: 3-4]

Mortalità e morbilità fumo correlata in Italia

Dati epidemiologici raccolti in alcune aree italiane, dimostrano che tosse e/o espettorato cronico sono presenti dal 20 al 35% dei fumatori della popolazione generale. Anche in Italia è in aumento la mortalità femminile per tumore polmonare.

The Surgeon General's Report on The Health Consequences of Smoking

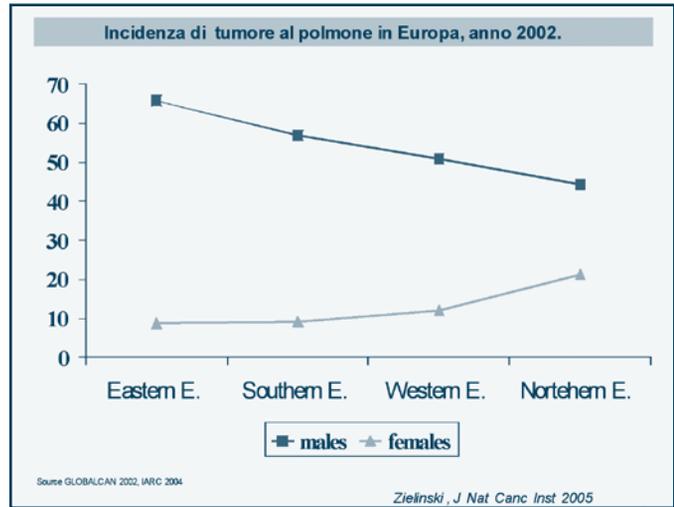
Tab. 1.1 Il fumo è definito come **causa** delle seguenti malattie ed effetti avversi sulla salute (n=29).

Cancer:	Cardiovascular :	Respiratory:	Reproductive :	Other:
Bladder	Abd. aortic aneurism	COPD	Fetal death and stillbirds	Cataract
Cervical	Atherosclerosis	Pneumonia	Fertility	Health status
Esophageal	Cerebrovascular	Effects in utero	Low weight	Hip fractures
Kidney	Coronary hearth	Effects in childhood / adolescence	Pregnancy Complication	Low bone Density
Laryngeal		Effects in adulthood		Peptic ulcer
Leukemia		Other effects		
Lung				
Oral				
Pancreatic				
Stomac				

The Surgeon general Report 2004

Diapositiva 3.

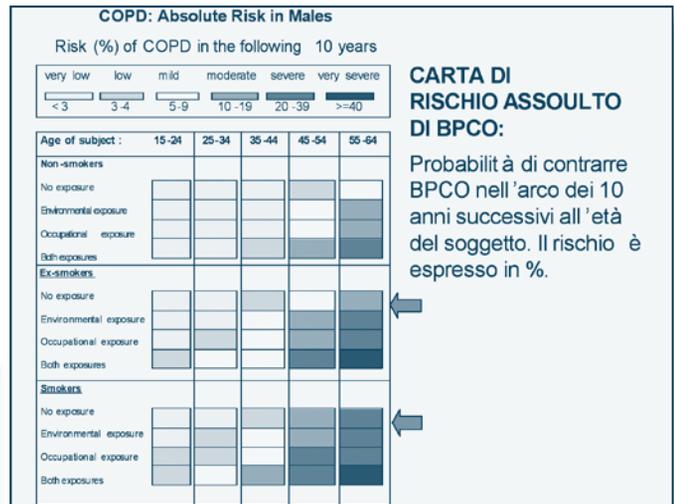
istribuzione della mortalità fumo-correlata assume aspetti diversi nei Paesi industrializzati (dove domina la patologia neoplastica), rispetto a quelli in via di sviluppo (dove domina la patologia cronico degenerativa). Negli Stati Uniti, tra le donne, la mortalità per tumore polmonare ha superato quella per tumore alla mammella; anche in Europa l'incidenza di tumore polmonare



Diapositiva 4.

Che cosa cambia smettendo di fumare

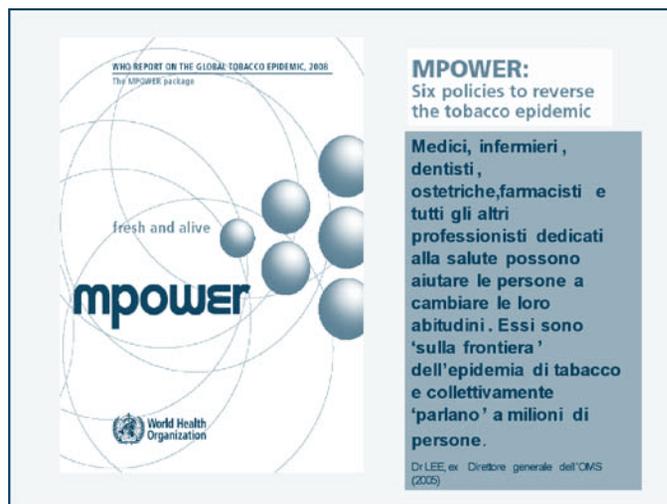
Sempre citando il documento del Surgeon General "Smettere di fumare determina benefici immediati e a lungo termine, riducendo il rischio di malattia causata dal fumo. I benefici sono evidenti indipendentemente dalla presenza di malattia fumo-correlata". Secondo elaborazioni effettuate partendo da dati epidemiologici italiani abbiamo dimostrato come il rischio assoluto di contrarre sia BPCO sia Tumore Polmonare si riduce alla cessazione del fumo. [Diapositiva: 5]



Diapositiva 5.

Conclusioni

Appare quindi, come anche fortemente sottolineato dall'OMS, che è imperativo per qualsiasi figura sanitaria sentire come proprio compito quello di svolgere un ruolo attivo per il controllo del fumo in ogni momento del contatto con i pazienti. A fronte dell'impatto in sanità pubblica delle patologie fumo correlate, la lotta al tabagismo è uno dei più importanti obiettivi da inserire nell'agenda di ogni programmatore sanitario. [Diapositiva: 6]



Diapositiva 6.

Bibliografia

1. Boutin-Forzano S, Moreau D, Kalaboka S, Gay E, Bonnefoy X, Carrozzi L, Viegi G, Charpin D, Annesi-Maesano I. Reported prevalence and co-morbidity of asthma, chronic bronchitis and emphysema: a pan-European estimation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11: 695-702
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519-27.
3. European Network for Smoking Prevention (ENSP). European trends towards for smoke-free provisions, 2008.
4. European Respiratory Society (ERS). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In "European lung white book – The first comprehensive survey on respiratory health in Europe". Loddenkemper R, Gibson GJ, Sibille Y eds. *ERSJ* 2003.
5. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 2006; 28: 523-532.
6. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006; 367: 1747-1757.
7. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, Lopez MV, Valdivia G, Montes de Oca M, Talamo C, Hallal PC, Victora CG; PLATINO Team. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366: 1875-1881.
8. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498–1504.
9. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerstrøm KO, Gratziau C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, et al. (2007) Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 29: 390-417.
10. 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.
11. Viegi G, Pedreschi M, Baldacci S, Chiaffari L, Pistelli F, Modena P, Vellutini M, Di Pede F, Carrozzi L. Prevalence rates of respiratory symptoms and diseases in general population samples of North and Central Italy. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 1034-1042.
12. Who Global Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report.
13. Zuccaro P, Pichini S, Mortali C, et al. Fumo e patologia respiratoria. Le carte del rischio per BPCO e tumore al polmone. Istituto Superiore di Sanità - Centro Stampa De Vittoria Srl, Roma, 2004.

Fumo Passivo ed Inquinamento In e Outdoor

Francesco Pistelli

(UO di Pneumologia Universitaria, Dipartimento Cardiotoracico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa.
Unità di Epidemiologia Ambientale Polmonare, Istituto di Fisiologia Clinica CNR, Pisa)

Aeroinquinanti: classificazione ed effetti nocivi

Attualmente è disponibile un'ampia evidenza scientifica che dimostra come fumo passivo e aeroinquinanti presenti in ambienti confinati (indoor) e nell'ambiente esterno (outdoor) rappresentino importanti fattori di rischio in particolare per la salute respiratoria. Gli aeroinquinanti derivano da diverse fonti, tra le quali la principale è quella della combustione, e possono essere classificati in base alla loro provenienza, alla composizione chimica, alla dimensione, ed alla modalità di rilascio in ambienti interni o esterni¹ (diapositiva 1).

Lo studio dell'esposizione dell'uomo agli aeroinquinanti ambientali è complessa. Gli effetti complessivi degli aeroinquinanti ambientali sulla salute, infatti, sono determinati



da precedenti esposizioni (ad esempio se il soggetto ha vissuto in aree rurali o urbane), dall'esposizione contemporanea a più inquinanti e dalla via di penetrazione nei polmoni. I meccanismi attraverso i quali gli aeroinquinanti causano effetti nocivi per la salute sono complessi e non del tutto chiariti. Tra questi sono stati indicati, ad esempio, l'infiammazione polmonare indotta dal particolato (PM) o dall'ozono, la generazione di radicali liberi e stress ossidativo da metalli e composti chimici organici, la modificazione

covalente di enzimi intracellulari chiave, l'attività procoagulante di particelle ultrafini assorbite nella circolazione sistemica, la soppressione dei normali meccanismi di difesa (es. soppressione delle funzioni dei macrofagi alveolari)¹.

TABLE I. Classification of air pollutants

- A. Primary-secondary pollutants
 - (i) Primary: pollutants emitted directly into the atmosphere (eg, SO₂, some NO_x species, CO, PM)
 - (ii) Secondary: pollutants that form in the air as a result of chemical reactions with other pollutants and gases (eg, ozone, NO_x, and some particulates)
- B. Indoor-outdoor pollutants
 - (i) Indoor pollutants
 - (a) Sources: cooking and combustion, particle resuspension, building materials, air conditioning, consumer products, smoking, heating, biologic agents
 - (b) Products: Combustion products (eg, tobacco and wood smoke), CO, CO₂, SVOC (eg, aldehydes, alcohols, alkanes, and ketones), microbial agents and organic dusts, radon, manmade vitreous fibers
 - (ii) Outdoor pollutants
 - (a) Sources: industrial, commercial, mobile, urban, regional, agricultural, natural
 - (b) Products: SO₂, ozone, NO_x, CO, PM, SVOC
- C. Gaseous-particulate pollutants
 - (i) Gaseous: SO₂, NO_x, ozone, CO, SVOC (eg, PAH, dioxins, benzene, aldehydes, 1,3-butadiene)
 - (ii) Particulate: coarse PM (2.5-10 μm; regulatory standard = PM₁₀), fine PM (0.1-2.5 μm; regulatory standard = PM_{2.5}); ultrafine PM (<0.1 μm; not regulated)

NO_x, Nitrogen oxides; SVOC, specific volatile organic compounds.

Diapositiva 1. Bernstein JA, Alexis N, Barnes C, Bernstein IL, Nel A, Peden D, Diaz-Sanchez D, Tarlo SM, Williams PB. *Health effects of air pollution.* J Allergy Clin Immunol 2004; 114(5): 1116-1123.

Aeroinquinanti outdoor e salute respiratoria

In una revisione pubblicata dal nostro gruppo di ricerca nel 2002² sono stati presi in esame gli studi epidemiologici sugli effetti respiratori degli inquinanti outdoor, pubblicati a partire dagli anni '60 fino al 2001. Questi studi hanno evidenziato un'associazione tra inquinamento outdoor e mortalità cardiopolmonare, mortalità per cancro al polmone, malattie respiratorie croniche come asma e bronchite cronica, sintomi respiratori (tosse, espettorato, sibili), e compromissione della funzione respiratoria (diapositiva 2).

È stato ormai ben dimostrato che l'impatto dell'inquinamento outdoor in termini di mortalità è rilevante; ad esemplificare l'entità possiamo citare i risultati dello studio di Pope et al.³ pubblicato nel 2002, che ha analizzato dati riguardanti mezzo milione di adulti americani partecipanti al Cancer Prevention Study II. Questo studio ha dimostrato che per ogni aumento di 10 mcg/m³ di esposizione a lungo termine al particolato fine è associato ad un rischio di morte del 9% per malattie cardiopolmonari e del 14% per cancro polmonare.

Aeroinquinanti indoor e salute respiratoria

In un'altra revisione pubblicata dal nostro gruppo di ricerca nel 2004⁴ sono stati presi in esame gli studi epidemiologici che hanno documentato un'associazione tra inquinamento indoor e malattie respiratorie. Tra gli aeroinquinanti indoor ricordiamo il fumo ambientale di tabacco (fumo passivo), da cui proviene il particolato ed il monossido di carbonio, il biossido d'azoto liberato dalle stufe o cucine a gas, ed i maggiori

Table 2. – Respiratory effects of air pollution on adults

Health outcome	Study type	Population studied	Pollutants	Reference and year
Cardiopulmonary mortality	Cohort studies	8000 Americans, 6 cities, 15-yrs follow-up	PM ₁₀ , PM _{2.5} , sulphates	1993 [28]
		552000 Americans, 50 cities, 8-yrs follow-up	PM _{2.5} Sulphates	1995 [35]
Lung cancer mortality		8000 Americans, 6 cities, 15-yrs follow-up	PM _{2.5}	1993 [28]
Chronic bronchitis, asthma symptoms	Repeated cross-sectional studies	552000 Americans, 50 cities, 8-yrs follow-up	Sulphates	1995 [35]
		California, USA	TSP, PM ₁₀ , PM _{2.5}	1995 [37]
Phlegm	Case-control	England: birth cohort, 23-yrs follow-up	Black smoke	1995 [39]
		Italy	TSP, SO ₂	1999 [38]
Respiratory symptoms	Cross-sectional studies	Stockholm, Sweden: 1042 cases, 2364 controls	NO _x /NO ₂ , SO ₂	2000 [36]
		France	SO ₂ , NO ₂	1982 [4, 5]
Cough, respiratory symptoms		Sweden	NO ₂ , SO ₂	1997 [40]
Lower respiratory symptoms		Switzerland	PM ₁₀ , NO ₂ , SO ₂	1999 [27]
Persistent rates of cough, phlegm and wheeze		China	TSP	1999 [41]
Asthma prevalence		France	SO ₂	1999 [43]
Allergic sensitization to pollens		Switzerland	Traffic counts at domicile	2000 [44]
Chronic cough, chronic phlegm, dyspnoea, lung function reduction		Delhi, India	Conventional monitored pollutants	2001 [42]
Lung function		France	SO ₂ , NO ₂	1982 [4, 5]
		Switzerland	PM ₁₀ , NO ₂ , SO ₂	1997 [22]
Asthma incidence	Cohort studies	Switzerland	NO ₂	1998 [49]
		New Haven, CT, USA	O ₃	1999 [47]
	Prospective study	Chongqing, China	PM _{2.5} , SO ₂	1999 [50]
		California, USA	O ₃	1994 [29]
		California, USA	Sulphates, PM ₁₀	1998 [48]
			O ₃	1999 [45]

PM₁₀: particles with an aerodynamic diameter <10 μm; PM_{2.5}: particles with an aerodynamic diameter <2.5 μm; TSP: total suspended particulate; SO₂: sulphur dioxide. NO_x: nitrogen oxides; NO₂: nitrogen dioxide; O₃: ozone.

Diapositiva 2. Fonte: Viegi GB, S. *Epidemiological studies of chronic respiratory conditions in relation to urban air pollution in adults.* Eur Respir Monograph. Vol. 21 ERS Journals Ltd 2002, 2002;1-16.

Table 1 Main indoor pollutants and related sources

Type	Pollutant	Typical sources
Combustion products	Carbon monoxide (CO)	Gas ranges and pilot lights, unvented kerosene and gas heaters, wood and coal combustion, tobacco smoke
	Nitrogen dioxide (NO ₂)	Gas ranges and pilot lights, unvented kerosene and gas heaters
	Respirable particles	Tobacco smoke, wood and coal combustion, fireplaces
	Environmental tobacco smoke (ETS)	Tobacco cigarettes and cigars, pipes
Volatile organic compounds (VOCs)	Aldehydes (formaldehyde)	Furniture, solvents, paints, adhesives, cleaning products, tobacco smoke, insulation materials
	Aliphatic halogenated hydrocarbons	
	Aromatic hydrocarbons	
	Terpenes	
Major indoor allergens	Acarids	Dust, bedding, carpeting
	House dust mites	
	Pets	Dandruff
	Cats	
	Dogs	
	Birds	Feathers
	Insects	
	Cockroaches	Floors
	Fungi (moulds)	Dampness
	Pollens	Plants
	Rodents	Mice

Diapositiva 3. Fonte: Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. *Indoor air pollution and airway disease. Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(12): 1401-1415.

allergeni interni, tra cui acari della polvere e animali domestici (diapositiva 3).

Negli studi esaminati in questa revisione, l'esposizione a biossido d'azoto è stata dimostrata essere significativamente associata a infezioni respiratorie acute, bronchite, asma e sintomi respiratori, con odd ratios (OR) compresi tra 1.20 e 3.27 nei vari studi (diapositiva 4). L'esposizione a particolato era associata ad infezioni respiratorie acute con febbre,

sintomi respiratori e variazioni nella misura del picco espiratorio forzato (OR compresi tra 1.13 e 1.62). L'esposizione a biomasse era associata ad infezioni respiratorie acute (OR 2.20). L'esposizione a fumo di tabacco ambientale era associata a malattie respiratorie ostruttive come asma e bronchite cronica, e sintomi respiratori come dispnea e sibili, con una probabilità di associazione variabile tra l'8 ed il 94% (diapositiva 5).

Table 2 Nitrogen dioxide (NO₂)/gas appliances as risk factors for respiratory health

First author (source)	Country (sample)	Risk factor	Disease/condition	OR (95% CI)
Simoni M, J Expo Anal Environ Epidemiol 2004 ³¹	Italy (adults)	NO ₂ (high vs. low exposure)	Acute respiratory illness with fever	1.66 (1.08–2.57)
Shima M, Int J Epidemiol 2000*	Japan (children-females)	NO ₂ (10 ppb increasing)	Bronchitis	1.42 (1.06–1.90)
			Wheeze	1.90 (1.30–2.83)
			Asthma	1.63 (1.06–2.54)
Neas L M, Am J Epidemiol 1991*	United States (children)	NO ₂ (15 ppb increasing)	Respiratory symptoms (boys)	1.20 (0.90–1.50)
			(girls)	1.70 (1.30–2.20)
Pilotto L S, Aus N Z J Public Health 1999*	Australia (adult males)	Gas heaters	Asthma	3.27 (1.40–7.64)
Garrett M H, Am J Respir Crit Care Med 1998*	Australia (children)	Gas stove	Respiratory symptoms	2.32 (1.04–5.18)
Jedrychowski W, Int J Occup Environ Health 1995*	Poland (elderly women)	Gas for cooking	Asthma (never smokers)	2.81 (1.73–4.57)
			Asthma (ex/current smokers)	2.36 (1.00–5.59)
			Dyspnoea (never smokers)	7.16 (5.02–10.20)
			Dyspnoea (ex/current smokers)	3.05 (1.50–6.20)

* Full reference available on Medline.
OR = odds ratio; CI = confidence interval.

Diapositiva 4. Fonte: Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. *Indoor air pollution and airway disease. Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(12): 1401-1415.

Table 3 Particulate matter (PM) level/environmental tobacco smoke (ETS)/biomass fuel as risk factors for respiratory health

First author (source)	Country (sample)	Risk factor	Disease/condition	OR (95%CI)
Simoni M, J Expo Anal Environ Epidemiol 2004 ³¹	Italy (adults)	PM _{2.5} (high vs. low exposure)	Acute respiratory symptoms with fever	1.62 (1.04–2.51)
			Acute respiratory symptoms without fever	1.39 (1.17–1.66)
			Peak expiratory flow (PEF) variation	
			Increased maximum amplitude	1.38 (1.24–1.54)
			Increased diurnal variation	1.37 (1.23–1.53)
Neas L M, Am J Epidemiol 1994*	US (children)	PM _{2.5} (30 µg/m ³ increasing)	Respiratory symptoms	1.13 (0.99–1.30)
Wang T N, Environ Res 1999*	Taiwan (adolescent)	ETS	Asthma	1.08 (1.05–1.12)
Jedrychowski W, Int J Occup Environ Health 1995*	Poland (elderly women)	ETS	Dyspnoea	2.23 (1.45–3.44)
Leuenberger P, Am J Respir Crit Care Med 1994*	Swiss (adults)	ETS	Wheeze	1.94 (1.39–2.70)
			Asthma	1.39 (1.04–1.86)
			Dyspnoea	1.45 (1.20–1.76)
			Chronic bronchitis	1.65 (1.28–2.16)
Dayal H H, Environ Res 1994*	US (adults)	ETS	Obstructive respiratory diseases	1.86 (1.21–2.86)
Agabiti N, Epidemiology 1999*	Italy (children)	ETS	Asthma	1.34 (1.11–1.62)
Mishra V, Int J Epidemiol 2003*	Zimbabwe (children)	Biomass fuel	Acute respiratory illness	2.20 (1.16–4.19)
Qian Z, Proceedings Indoor Air 2002 [†]	China (children)	Heating coal smoke Light Moderate Heavy	Bronchitis	
				1.61 (1.35–1.92)
				1.73 (1.42–2.12)
Xu X, Rev Respir Dis 1993*	US (adults)	Use of coal stove Either cooking or heating Both cooking and heating Both cooking and heating Both cooking and heating	Wheeze with shortness of breath	2.90 (1.40–5.90)
			Wheeze with shortness of breath	3.30 (1.70–6.30)
			Cough	1.80 (1.00–3.30)
			Phlegm	2.00 (1.20–3.40)

* Full reference available on Medline.

[†] Available from www.indoorair2002.org

OR = odds ratio; CI = confidence interval.

Diapositiva 5. Fonte: Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. *Indoor air pollution and airway disease. Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(12): 1401-1415.

Fumo passivo e salute

Gli effetti sulla salute associati all'esposizione al fumo passivo sono numerosi⁵ (diapositiva 6). L'evidenza scientifica ha dimostrato che nell'adulto il fumo passivo causa cancro polmonare, coronaropatie, insorgenza di disturbi cardiaci, riacutizzazioni d'asma bronchiale, peggioramento di sintomi bronchitici, ictus, e, nelle donne in gravidanza, ridotta crescita fetale con basso peso alla nascita e parto prematuro. Nei bambini il fumo passivo causa sindrome della morte improvvisa, otiti, infezioni respiratorie, insorgenza e aggravamento dell'asma. Sono stati documentati anche altri effetti, sicuramente meno nocivi, ma certamente fastidiosi per chi è esposto al fumo passivo: affanno, nausea, irritazione delle vie aeree, mal di testa, tosse, irritazione oculare.

I rischi relativi associati all'esposizione a fumo passivo sono molto elevati⁵: 25-35% e 20% per il cancro al polmone da esposizione a fumo passivo, rispettivamente in ambiente domestico e sul lavoro; 25% per malattia cardiovascolare; 50% per ictus; 20-50% per malattie respiratorie nei bambini; 40-60% per

l'insorgenza di asma nell'adulto. In particolare, una revisione⁶ delle evidenze scientifiche sui meccanismi fisiopatologici del fumo passivo sul sistema cardiovascolare ha evidenziato che gli effetti che questi provocano dopo una breve esposizione al fumo passivo (da qualche minuto a qualche ora) si avvicinano molto (mediamente dall'80 al 90%) a quelli dell'esposizione cronica al fumo attivo.

Nel 2006, sono stati pubblicati i risultati di un'indagine conoscitiva⁷ promossa da alcune società scientifiche europee (The Smoke Free Partnership: Cancer Research UK ERS, Institut National du Cancer, European Heart Network, Report on Passive Smoking) che aveva lo scopo di valutare le dimensioni dell'impatto del fumo passivo in Europa e le attitudini dell'opinione pubblica verso le normative di divieto di fumo nei luoghi pubblici. In quest'indagine è stato stimato il numero delle morti attribuibili all'esposizione al fumo passivo nell'ambiente domestico e sul luogo di lavoro, causate da cancro polmonare, cardiopatia ischemica, ictus e malattie respiratorie croniche non neoplastiche. Nella popolazione dei

Table 3. - Health effects of second-hand smoke

EVIDENCE THAT SECOND-HAND SMOKE CAUSES
Adults
Lung cancer
Coronary heart disease
Onset of symptoms of heart disease
Asthma attacks in those already affected
Worsening of symptoms of bronchitis
Stroke
Reduced foetal growth (low-birth-weight baby)
Premature birth
Children
Cot death (Sudden infant death syndrome)
Middle-ear disease (ear infections)
Respiratory infections
Development of asthma in those previously unaffected
Asthma attacks in those already affected
OTHER PROVEN HEALTH EFFECTS OF SECOND-HAND SMOKE
Shortness of breath
Nausea
Airway irritation
Headache
Coughing
Eye irritation

Table adapted from the British Medical Association⁷⁴.

Diapositiva 6. Fonte: ASPECT. *Analysis of the Science and Policy for European Control of Tobacco. Tobacco or Health in the European Union: past, present and future.* Luxembourg: Directorate General for Health and Consumer Protection, European Commission, 2004.

non fumatori di 25 paesi europei, il numero totale stimato di morti per tutte le cause, per esposizione al fumo passivo nell'ambiente domestico e sul luogo di lavoro, è risultato essere di 19424. Lo stesso dato per quanto riguarda l'Italia è stato di 1778 morti.

Il nostro gruppo di ricerca ha valutato l'associazione tra fumo passivo e sintomi e malattie respiratori in donne mai fumatrici esposte al fumo passivo del marito e sul luogo di lavoro, nell'ambito di uno studio⁸, condotto nel periodo 1997-98, su un campione di 3658 donne di età superiore a 13 anni, residenti in 4 differenti aree italiane: delta del Po, Pisa, Viterbo e Roma. L'esposizione combinata al fumo passivo del marito e sul luogo di lavoro è risultata essere significativamente associata a tutti i sintomi/malattie respiratori esaminati, tra cui dispnea, attacchi recenti di difficoltà di respiro con sibili e fischi, tosse, espettorato, rino-congiuntivite, asma, malattia polmonare ostruttiva. Nello studio sono stati anche calcolati i rischi attribuibili di popolazione (PAR), cioè la quota di soggetti con il sintomo/malattia indicato che po-

trebbe essere evitata se non esposta a fumo passivo. I PAR variavano dal 5.4% per i sibili recenti al 23.5% per la dispnea a riposo (diapositiva 7).

Il Surgeon General degli Stati Uniti d'America ha pubblicato nel 2006 un report⁹ sulle conseguenze per la salute causate dal fumo passivo, basato sull'evidenza scientifica raccolta su quest'argomento fino all'anno della sua pubblicazione. È da ricordare che tra le conclusioni maggiori del report si afferma che non ci sono livelli d'esposizione a fumo passivo privi di rischio, che, nonostante il progresso sostanziale nel controllo del tabacco, molti milioni d'adulti e bambini americani sono ancora esposti a fumo passivo in casa e nei luoghi di lavoro e che, mentre è stato dimostrato che eliminare completamente il fumo nei luoghi chiusi è efficace nel proteggere i non fumatori dall'esposizione a fumo passivo, la sola separazione dei fumatori dai non fumatori e la ventilazione dei luoghi chiusi può non essere sufficiente.

Divieti di fumo nei luoghi pubblici

Negli ultimi anni la consapevolezza dell'opinione pubblica sui danni causati dal fumo passivo e sull'utilità dei divieti di fumo nei luoghi pubblici è andata progressivamente consolidandosi, contribuendo alla diffusione delle normative sul controllo del fumo in vari paesi.

Per quanto riguarda le attitudini dell'opinione pubblica verso le normative di divieto di fumo nei luoghi pubblici, nel Report on Passive Smoking della The Smoke Free Partnership⁷ viene mostrato che, sulla base dei

risultati di uno studio condotto per conto della Philip Morris in vari paesi del mondo, già alla fine degli anni '80 almeno il 40% delle persone si dichiarava favorevole al divieto di fumo nei luoghi pubblici (diapositiva 8).

In particolare in Europa, negli ultimi 4 anni ci sono stati molti progressi nella diffusione delle normative sul divieto di fumo nei luoghi pubblici. La European Network for smoking Prevention aggiorna periodicamente i provvedimenti presi dai vari paesi europei. Il documento è disponibile on-line e l'ultimo aggiornamento risale al gennaio 2008¹⁰. La diapositiva 9 mostra la situazione in alcuni paesi tra cui l'Italia. Ad esempio, il divieto di fumo in ristoranti e bar è attivo in Irlanda e Norvegia dal 2004, mentre in Italia dal 2005. In Olanda esiste il divieto di fumo sui luoghi di lavoro ma è consentito fumare nei ristoranti e bar (diapositiva 9).

Divieti di fumo nei luoghi pubblici e benefici per la salute

Di recente sono stati pubblicati numerosi studi che dimostrano i benefici per la salute conseguenti al divieto di fumo nei

Table 3 Estimated odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) for the association between chronic ETS exposure and respiratory symptoms/diseases (reference category = never exposure).

Symptom/disease	ETS exposure	n (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)	Adjusted PAR% (95%CI)
Current dyspnoea	Never	142 (24.3)	1.00	1.00	
	Only at work	68 (20.4)	0.80 (0.58-1.11)	1.15 (0.81-1.63)	NA
	Only to husband	228 (28.4)	1.24 (0.97-1.58)	0.95 (0.73-1.23)	NA
	To both	151 (32.3)	1.49 (1.14-1.95)	1.61 (1.20-2.16)	16.3 (6.0-27.1)
Any shortness of breath at rest	Never	38 (6.5)	1.00	1.00	
	Only at work	41 (12.3)	2.01 (1.27-3.20)	2.11 (1.30-3.43)	11.8 (3.5-22.6)
	Only to husband	78 (9.7)	1.54 (1.03-2.30)	1.41 (0.94-2.14)	NA
	To both	78 (16.8)	2.91 (1.93-4.37)	2.81 (1.83-4.30)	23.5 (12.4-35.9)
Recent wheeze	Never	37 (6.3)	1.00	1.00	
	Only at work	19 (5.7)	0.90 (0.51-1.59)	1.28 (0.70-2.35)	NA
	Only to husband	55 (6.8)	1.09 (0.71-1.68)	1.16 (0.74-1.81)	NA
	To both	37 (7.9)	1.28 (0.80-2.05)	1.71 (1.04-2.82)	5.4 (0.3-12.7)
Recent attacks of shortness of breath with wheeze	Never	25 (4.3)	1.00	1.00	
	Only at work	12 (3.6)	0.84 (0.42-1.70)	0.99 (0.48-2.07)	NA
	Only to husband	39 (4.9)	1.14 (0.68-1.91)	1.12 (0.66-1.89)	NA
	To both	32 (6.9)	1.65 (0.96-2.82)	1.85 (1.05-3.26)	5.6 (0.4-13.7)
Asthma diagnosis/symptoms	Never	102 (17.6)	1.00	1.00	
	Only at work	60 (18.1)	1.04 (0.73-1.48)	1.20 (0.83-1.75)	NA
	Only to husband	137 (17.2)	0.97 (0.73-1.29)	0.94 (0.70-1.25)	NA
	To both	106 (23.0)	1.40 (1.03-1.90)	1.50 (1.09-2.08)	10.3 (2.0-19.9)
Any OLD	Never	34 (5.8)	1.00	1.00	
	Only at work	22 (6.6)	1.14 (0.65-1.98)	1.29 (0.72-2.30)	NA
	Only to husband	56 (7.0)	1.21 (0.78-1.88)	1.09 (0.69-1.72)	NA
	To both	53 (11.4)	2.07 (1.32-3.25)	2.24 (1.40-3.58)	12.0 (4.2-22.1)
Current cough/phlegm	Never	80 (13.7)	1.00	1.00	
	Only at work	53 (16.0)	1.20 (0.82-1.75)	1.32 (0.89-1.97)	NA
	Only to husband	135 (16.8)	1.27 (0.94-1.71)	1.31 (0.96-1.78)	NA
	To both	86 (18.5)	1.43 (1.03-2.00)	1.52 (1.07-2.15)	8.8 (1.3-17.9)
Any rhino-conjunctivitis	Never	178 (30.6)	1.00	1.00	
	Only at work	134 (40.1)	1.52 (1.15-2.01)	1.18 (0.88-1.58)	NA
	Only to husband	285 (35.4)	1.24 (0.99-1.56)	1.30 (1.02-1.65)	9.5 (0.7-18.5)
	To both	202 (43.4)	1.74 (1.35-2.24)	1.48 (1.13-1.94)	17.1 (5.3-28.8)

PAR = population attributable risk; NA = not attributable.
*For age, educational, residence, age-residence interaction.

Diapositiva 7. Fonte: Simoni M, Baldacci S, Puntoni R, Pistelli F, Farchi S, Lo Presti E, Pistelli R, Corbo G, Agabiti N, Basso S, Matteelli G, Di Pede F, Carrozzi L, Forastiere F, Viegi G. *Respiratory symptoms/diseases and environmental tobacco smoke (ETS) in never smoker Italian women*. *Respir Med* 2007; 101(3): 531-538.

luoghi pubblici. Qui di seguito ne vengono citati alcuni tra i più rilevati.

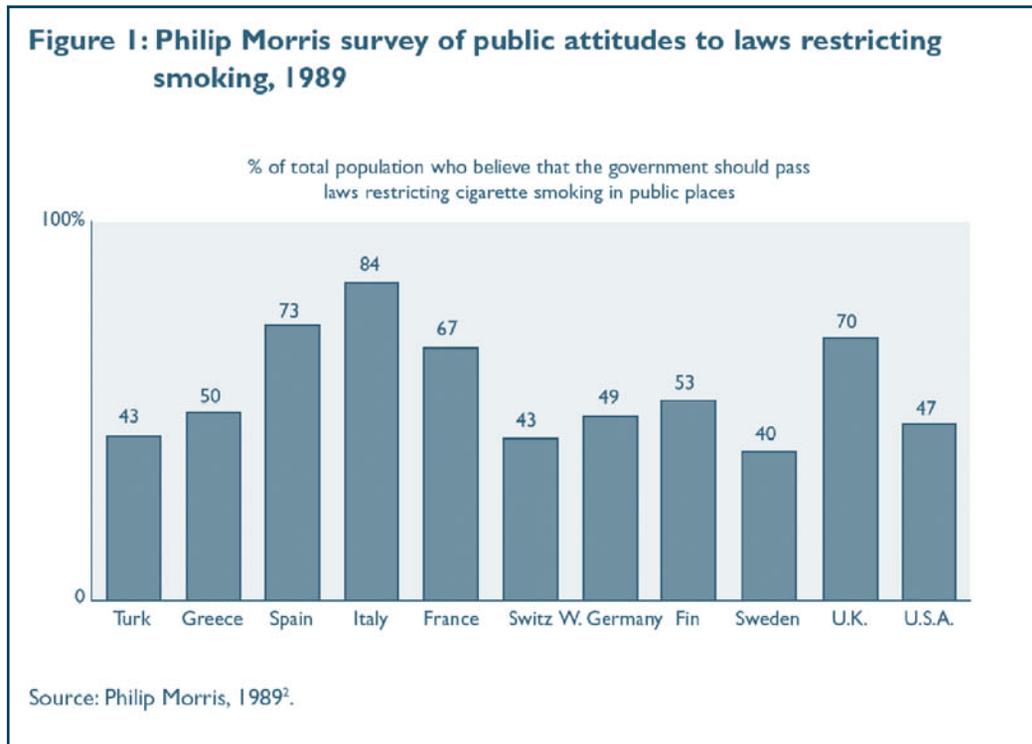
In Italia, uno studio¹¹ ha valutato la variazione nella frequenza di eventi coronarici acuti osservata dopo l'entrata in vigore del divieto di fumare nei luoghi pubblici, avvenuta nel gennaio 2005, confrontando dati relativi al periodo 2000-2004 (pre-divieto) con quelli relativi al 2005 (post-divieto), nella popolazione di residenti nella città di Roma di età compresa tra i 35 e gli 84 anni. È stata osservata una riduzione statisticamente significativa del rischio di sviluppare eventi acuti coronarici in soggetti d'età compresa tra i 35 ed i 64 anni (11.2%, con intervallo di confidenza al 95% pari a 6.9-15.3%) e tra i 65 ed i 74 anni (7.9%, con intervallo di confidenza al 95% pari a 3.4-12.2%), anche dopo aggiustamento per diversi confondenti, tra cui l'esposizione al particolato ambientale (PM10), la temperatura ambientale, epidemie influenzali ed

il tasso totale d'ospedalizzazione.

In Irlanda, dopo l'entrata in vigore del divieto di fumo nei luoghi pubblici, avvenuta nel marzo del 2004, nei gestori non fumatori di 42 pub è stata osservata una riduzione negli indici di esposizione al fumo passivo, e in particolare, una riduzione del 79% nei livelli di monossido di carbonio espirato e una riduzione dell'81% nella cotinina salivare¹². A questa documentata riduzione nell'esposizione al fumo passivo corrispondeva un miglioramento negli indici di funzione respiratoria, come il picco di flusso espiratorio forzato e la diffusione polmonare, e un miglioramento nei sintomi respiratori riferiti, come tosse ed espettorato cronici.

Anche in Scozia è stato osservato un miglioramento significativo negli indici di funzione respiratoria e nei sintomi respiratori nei gestori di bar, a distanza di soli due mesi dall'entrata in vigore del divieto di fumo, avvenuto nel marzo 2006. Inoltre, lo

stesso studio ha evidenziato che la conta totale di globuli bianchi e neutrofili si riduceva, rispettivamente, da 7610 a 6980 cellule/microlitro (pari ad una variazione di -630 cellule/microlitro, con intervallo di confidenza al 95% statisticamente significativo pari a -1010 - -260 cellule/microlitro) e da 4440 a 4030 cellule/microlitro (pari ad una variazione di -410 cellule/microlitro, con intervallo di confidenza al 95% statisticamente significativo pari a -740 - -90 cellule/microlitro). Quei gestori di bar che erano affetti da asma bronchiale, infine, mostravano un miglioramento nei livelli d'infiammazione bronchiale, espressi dalla misura dell'ossido nitrico espirato, che si riduceva da 34.3 ppm a 27.4 ppm (pari ad una variazione di 0.8 volte, con intervallo di confidenza al 95% statisticamente significativo pari a 0.67-0.96 ppm) solo dopo 1 mese dall'entrata in vigore del divieto di fumo.



Diapositiva 8. Fonte: The Smoke Free Partnership (Cancer Research UK ERS, Institut National du Cancer, European Heart Network). Report on Passive Smoking. "Lifting the smokescreen. 10 reasons for a smoke free Europe". ERSJ Ltd., 2006. (http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509)

Conclusioni

In conclusione, aeroinquinanti indoor ed outdoor rappresentano importanti fattori di rischio per la salute respiratoria. Il fumo passivo in particolare rappresenta un importante aeroinquinante di ambienti confinati su cui è possibile svolgere azioni di controllo finalizzate alla prevenzione della salute sia

respiratoria sia non respiratoria dei non fumatori, i cui benefici sono ampiamente dimostrati. Dieci ragioni per cui è importante sostenere il divieto di fumo nei luoghi pubblici sono riassunte nel Report on Passive Smoking, "Lifting the smokescreen. 10 reasons for a smoke free Europe", pubblicato nel 2006 dalla The Smoke Free Partnership² (diapositiva 10). ■

Iceland	A complete ban at the workplace, with the possibility of specially designated and ventilated smoking rooms, applies in Iceland. Smoking is totally banned in schools, pre-schools, day-care facilities for children, on premises intended for children and teenagers, social, sports and leisure activities; at public indoor gatherings which are primarily intended for children on teenagers, and in public transport. Smoking is banned in all restaurants, bars, cafés, pubs and nightclubs with effect as of 1 June 2007.
Ireland	The Public Health Act was introduced on 29 March 2004: a complete ban at the workplace, including bars, restaurants, without designated smoking rooms has been introduced. The act does not apply to hotel bedrooms, prisons or psychiatric hospitals. Fines are foreseen in case of violation of the law (the amount of the fine is at the discretion of the judge). Smoking is also banned in public transport.
Italy	The Italian legislation enacted in January 2005 provides for smoke-free workplaces, including bars and restaurants, but permits the possibility of designated, closed, sealed-off, ventilated smoking rooms (fitted with smoke extractors). Businesses face a fine of up to € 2000 for failing to ensure that their customers refrain from smoking, while smokers themselves could face a € 275 fine for repeatedly ignoring the new rules.
Latvia	Smoking is banned in educational facilities, with exceptions in universities, where smoking is permitted in smoking rooms. Smoking is banned in healthcare institutions and institutions for rehabilitation, with exceptions mentioned in special regulations for this particular institution (specially designated smoking rooms or smoking areas are permitted). A complete smoking ban applies in the 10 m. zone around the entrance of municipal and governmental facilities, in public transport stops and in stairways of residential houses. Smoking is banned in indoor workplaces, offices, theatres and cinemas, with the exception of smoking rooms. Smoking is totally banned in public transport, however long-distance trains, ships and air transport have dedicated smoking areas. In cafes, restaurants and other public catering establishments, gambling halls and casinos owners must set up no-smoking rooms, no less than 50% of the total area of the establishment. The local municipalities have the right to restrict smoking in parks, squares, beaches and similar public territories by issuing municipal rules.
Lithuania	Legislation banning smoking in cafés, restaurants, bars, nightclubs, discotheques and other public establishments, which had been approved by the Lithuanian parliament in May 2006, came into effect on 1 January 2007. Proprietors of establishments caught infringing the law and allowing their customers to smoke could be fined up to € 1400.
Luxembourg	Regulation dated 1994 concerning minimum health and safety provisions at the workplace: the law governs smoking at the workplace. Following a vote in parliament on 13.07.2006, legislation was passed comprising a total ban on advertising and sponsoring, plus a ban on smoking in certain public places: notably restaurants (although separate smoking rooms are permitted if these account for less than 25% of the total area of the venue) and cafés (with a ban in place during dining hours), total ban in schools as well as public buildings, buses and trains. As far as workplace regulations are concerned, the employer is under the obligation to take all reasonable efforts to ensure that workers are protected from passive smoking. The smoking ban in public places came into effect on 5 September 2006. Individuals contravening the smoking ban face fines of up to € 250 and establishments could be fined up to € 1000.
Malta	The latest Smoke-free Public Places Regulations are LN 414, issued on 14 September 2004. These regulations state that smoking is banned in enclosed private or public premises which is open to the public, except in designated smoking rooms and including workplaces (LN 414, Paragraph 3). The ban includes bars and restaurants and permits the possibility of designated, closed, ventilated smoking rooms. Designated smoking areas must be enclosed and must be constructed in a specific way. Smoking rooms have to comply with the regulations set out by the Malta Standards Authority. Fines of up to approx. € 1250 can be levied in case of contravention. Moreover LN 406 issued on 23 December 2005 bans advertising and promotion of tobacco products.
Netherlands	A complete ban at workplaces, excluding bars and restaurants and with the possibility of designated smoking rooms, has been implemented in the Netherlands.
Norway	Norwegian smoke-free legislation, which was introduced in June 2004, comprises a total ban on smoking in bars and restaurants, but is less strict in other workplaces, where designated smoking rooms are permitted.

Diapositiva 9. Fonte: European Network for Smoking Prevention. European trends towards smoke-free provisions. 2008. http://www.ensp.org/files/legislation_on_smokefree_workplaces_200801.pdf.

1. Il fumo passivo uccide e nuoce alla salute
2. Tutti i lavoratori hanno il diritto di essere protetti dal fumo di tabacco
3. L'evidenza scientifica dimostra che la ventilazione non protegge dall'esposizione al fumo di tabacco
4. Le leggi di divieto di fumo non provocano effetti economici negativi
5. La libertà di scegliere comprende la responsabilità di non nuocere agli altri
6. L'opinione pubblica sostiene le leggi di divieto di fumo
7. La popolazione rispetta le leggi di divieto di fumo
8. È stato fatto altrove. Può essere fatto ovunque.
9. È un intervento per la salute pubblica che ha un rapporto costo-efficacia vantaggioso.



Diapositiva 10. Fonte: *The Smoke Free Partnership (Cancer Research UK ERS, Institut National du Cancer, European Heart Network)*. Report on *Passive Smoking*. "Lifting the smokescreen. 10 reasons for a smoke free Europe". ERSJ Ltd., 2006. http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509.

Bibliografia.

1. Bernstein JA, Alexis N, Barnes C, Bernstein IL, Nel A, Peden D, Diaz-Sanchez D, Tarlo SM, Williams PB. Health effects of air pollution. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114(5): 1116-1123.
2. Viegi GB, S. Epidemiological studies of chronic respiratory conditions in relation to urban air pollution in adults. *Eur Respir Monograph*. Vol. 21 ERS Journals Ltd 2002, 2002;1-16.
3. Pope CA, 3rd, Burnett RT, Thun MJ, Calle EE, Krewski D, Ito K, Thurston GD. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. *Jama* 2002; 287(9): 1132-1141.
4. Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. Indoor air pollution and airway disease. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(12): 1401-1415.
5. ASPECT. Analysis of the Science and Policy for European Control of Tobacco. Tobacco or Health in the European Union: past, present and future. Luxembourg: Directorate General for Health and Consumer Protection, European Commission, 2004.
6. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005; 111(20): 2684-2698.
7. The Smoke Free Partnership (Cancer Research UK ERS, Institut National du Cancer, European Heart Network). Report on Passive Smoking. «Lifting the smokescreen. 10 reasons for a smoke free Europe». ERSJ Ltd., 2006; http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509.
8. Simoni M, Baldacci S, Puntoni R, Pistelli F, Farchi S, Lo Presti E, Pistelli R, Corbo G, Agabiti N, Basso S, Matteelli G, Di Pede F, Carrozzi L, Forastiere F, Viegi G. Respiratory symptoms/diseases and environmental tobacco smoke (ETS) in never smoker Italian women. *Respir Med* 2007; 101(3): 531-538.
9. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
10. European Network for Smoking Prevention. European trends towards smoke-free provisions. 2008. http://www.ensp.org/files/legislation_on_smoke-free_workplaces_200801.pdf.
11. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008; 117(9): 1183-1188.
12. Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, Paul G, Clancy L. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175(8): 840-845.
13. Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZ, Barnes M, Fardon TC, McFarlane L, Magee GJ, Lipworth BJ. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Jama* 2006; 296(14): 1742-1748.



Da sn a dx: L. Carrozzi, M. Del Donno, S. Nutini, F. Pistelli

Linee Guida e terapia farmacologica della disassuefazione

Vincenzo Zagà

(U.O. di Pneumotisiologia Territoriale, Dip. Medico-Area Cardio/Polmonare-AUSL di Bologna. Direttivo Nazionale SITAB).

Introduzione

È col termine di "tabacco epidemic" che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica l'ecatombe di vite umane causata dal fumo di tabacco. Una vera e propria emergenza a livello mondiale il cui fattore eziologico, il fumo di tabacco, rappresenta la prima causa di morte evitabile, fra quelle non infettive. Il tabagismo è una patologia da dipendenza ad alto rischio in quanto capace di generare, con un effetto domino, altre patologie a carico di vari organi ed apparati. La dipendenza tabagica è ormai riconosciuta come una patologia, precisamente come un disturbo del comportamento, sia nella "Classificazione Internazionale delle Malattie" (ICD-10 dell'OMS)¹ sia nel "Manuale di Diagnostica Statistica" (DSM-IV) dell'American Psychiatry Association (APA)². Il tabagismo soddisfa infatti tutti i criteri clinici e psicobiologici per definire uno stato di dipendenza, analogamente agli altri tipi di tossicodipendenze. Oltre a produrre malattia e morte prematura, l'uso del tabacco comporta un costo economico notevolissimo per le economie nazionali. Ma purtroppo il tabagismo è un problema complesso a causa dei molteplici fattori in campo. Occorrono pertanto strategie di controllo del tabacco che per essere efficaci devono essere effettuate a più livelli ed agire in maniera sinergica e convergente. L'esperienza, confortata da vari studi scientifici, ha dimostrato come molte iniziative siano cost-effective e cost-effectiveness nel controllo del tabacco: il divieto di pubblicità diretta e indiretta, l'aumento del prezzo dei prodotti da fumo, il divieto



di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro, una chiara informazione, l'educazione sanitaria dei giovani e la terapia del tabagismo messa in atto da personale sanitario formato sulla base delle raccomandazioni basate sull'evidenza delle linee guida nazionali e internazionali. Dalla tabella si può capire l'ottimo rapporto costo-efficacia della smoking cessation, dall'intervento più breve a quello più intensivo (80-16 pazienti da trattare), per prevenire una morte prematura nei confronti di terapie con statine (107 pazienti da trattare), con antipertensivo (700 pazienti da trattare) o dello screening per il cancro della cervice (1.140 pazienti da trattare).

Esistono infatti diverse metodologie di disassuefazione dal fumo di tabacco ma solo alcune si sono dimostrate realmente efficaci e, quindi, raccomandate dalle più recenti linee guida sulla "smoking cessation". Pur non esistendo ancora il gold standard della disassuefazione dal fumo di tabacco, tuttavia esistono alcuni tratti comuni e punti fermi per tutte le metodologie impiegate (individuale, di gruppo o integrata) in questo campo, entrate nelle linee guida nazionali e internazionali. In particolare le raccomandazioni statunitensi (Tobacco Use and Dependence Guideline³), pubblicate ai primi di maggio 2008, sono il risultato di una rassegna sistematica e meta-analisi di 11 specifici argomenti topici identificati dal Panel che ha coinvolto: 37 specialisti, 8 Organizzazioni Federali Governative e Organizzazioni no-profit USA (AHRQ, NCI, CDC, etc), 2.700 articoli scelti fra più di 8.700 della letteratura di base. Obiettivo principale di queste raccomandazioni è quello che i medici raccomandino fortemente l'uso di trattamenti farmacologici e di counselling efficaci nel trattamento della dipendenza da tabacco a tutti quei pazienti che usano tabacco

Obiettivo principale di queste raccomandazioni è quello che i medici raccomandino fortemente l'uso di trattamenti medici e di counselling efficaci nel trattamento della dipendenza da tabacco a tutti quei pazienti che usano tabacco. Questi i dieci punti chiave indicati dalle recenti linee guida statunitensi (7 maggio 2008) e italiane (30 maggio 2008):

Le 10 raccomandazioni chiave delle linee guida USA

1. La dipendenza da tabacco è una malattia cronica che spesso richiede interventi ripetuti e multipli per smettere. Esistono trattamenti efficaci che possono significativamente

Cost-effective & cost-effectiveness of smoking cessation		
NHS/UK: stop smoking services - Service and monitoring guidance 2007/08		
recommended medicines for smoking cessation are extremely cost-effective and that cost-effectiveness studies are published through the NICE website. The numbers needed to treat (NNTs) in order to achieve a long-term quitter compare very favourably with other interventions that are routinely delivered in primary care. Evidence-based stop smoking interventions represent excellent value for money, as indicated in the following table.		
Intervention	Outcome	NNT
Statins	Prevent one death over five years	107
Antihypertensive therapy	Prevent one stroke, myocardial infarction, death over one year	700
Cervical cancer screening	Prevent one death over 10 years	1,140
GP brief advice to stop smoking (< five minutes)	Prevent one premature death*	80
Add pharmacological support	Prevent one premature death*	38-56
Add behavioural support	Prevent one premature death*	16-40

* Over half of all continuing smokers will die prematurely from a smoking-related disease. For every two long-term quitters, one premature death is avoided (Doll and Peto).
 1. Bandoier; 2. Gates, Amer Fam Phys. 2001; 3. West 2006; 4. Bandoier 2006; 5. Cochrane 2007; 6. Antinoren, Ann Intern Med. 2008

Fonte: http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsandStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_079644

- aumentare le percentuali di astinenza a lungo termine.
2. È essenziale che i medici identifichino e documentino lo status tabagico di ogni paziente visto nel corso della loro attività di assistenza sanitaria. (Strength of Evidence = C).
 3. I trattamenti per la dipendenza da tabacco sono efficaci in una vasta gamma di popolazione. I medici dovrebbero incoraggiare ogni paziente disposto a fare un tentativo di smettere di utilizzare i trattamenti di counseling e farmacologici raccomandati in queste Linee Guida di indirizzo. (Strength of Evidence = A).
 4. Il trattamento breve della dipendenza da tabacco è efficace. I medici dovrebbero offrire ad ogni paziente che utilizza tabacco almeno i trattamenti brevi che si sono dimostrati essere efficaci come riportato in queste Linee Guida di indirizzo. (Strength of Evidence = A).
 5. Il counseling individuale, di gruppo e telefonico sono efficaci, e la loro efficacia aumenta con l'intensità del trattamento. Due componenti del counseling sono particolarmente efficaci, e che i medici dovrebbero usare quando si trovano dinanzi a pazienti che vogliono fare un tentativo per smettere di fumare: a) practical counseling (problem solving/formazione professionale); b) sostegno sociale fornito come parte del trattamento. (Strength of Evidence = A).
 6. Numerosi farmaci efficaci sono disponibili per la terapia della dipendenza da tabacco, e i medici dovrebbero incoraggiarne l'uso a tutti i pazienti che tentano di smettere di fumare, tranne quando controindicata per ragioni mediche o per specifiche popolazioni a rischio, vale a dire, donne incinte, infartuati, psichiatrici, utilizzatori di tabacco non da fumo, fumatori leggeri e adolescenti, per le quali la gestione va affidata ad un Centro Antifumo. Abbiamo a disposizione sette farmaci di prima linea (5 nicotinici e 2 non-nicotinici) affidabili e capaci di aumentare a lungo termine i tassi di astinenza da fumo di tabacco (Strength of Evidence = A): a) nicotina cerotto, compresse, nicotina gomma, inalatore di nicotina e nicotina spray nasale (quest'ultimo non ancora presente in Italia). b) Bupropione SR. c) Vareniclina.
 7. Counseling e farmaci sono efficaci quando utilizzati da soli per il trattamento di dipendenza da tabacco. Tuttavia la loro combinazione, è più efficace dell'utilizzo di un solo strumento (counseling o farmaci). Pertanto, i medici dovrebbero incoraggiare tutti gli individui che fanno un tentativo di smettere di utilizzare sia il counseling che i medicinali. (Strength of Evidence = A).
 8. Il counseling telefonico per smettere è efficace con diverse categorie di fumatori. Pertanto, sia i medici che le strutture di assistenza sanitaria dovrebbero favorire, promuovere e garantire l'accesso dei pazienti alle quitlines. (Strength of Evidence = A).
 9. Se un fumatore non è ancora disponibile a fare un tentativo per smettere, i medici dovrebbero utilizzare i trattamenti motivazionali che, come evidenziato in queste Linee Guida, sono efficaci per incrementare le chance di un futuro tentativo di smettere. (Strength of Evidence = B).

10. Entrambi i trattamenti della dipendenza da tabacco sono clinicamente efficaci, singolarmente e in associazione, con un alto rapporto costo/efficacia nei confronti di interventi clinici per altre patologie (per esempio terapie anticolesterolo con statine, antipertensive o programmi di screening per il cancro della cervice). Pertanto il servizio sanitario pubblico dovrebbe fornire la copertura economica per questi trattamenti (counseling e farmaci) che aumentano in maniera significativa i tassi di disassuefazione. (Strength of Evidence = A).

Nelle Linee Guida italiane è stato inserito l'aggiornamento della carte del rischio di BPCO (www.iss.it/osfad) e cardiovascolare (www.cuore.it). Quest'ultime servono a stimare la probabilità di andare incontro un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio, ictus) nei dieci anni successivi, conoscendo il valore dei sei fattori di rischio (sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia). Le carte del rischio respiratorio, assoluto o relativo, si propongono come uno strumento di educazione sanitaria ed hanno lo scopo di fornire al medico e al cittadino una stima quantitativa sia del rischio di sviluppare determinate patologie respiratorie in presenza di date condizioni, sia dei benefici derivanti da variazioni di una o più componenti delle stesse. Le Carte del rischio assoluto servono a calcolare, prendendo in considerazione l'uso del fumo di tabacco, la probabilità del soggetto di ammalarsi di BPCO nei 10 anni successivi all'età che ha al momento della consultazione. Il rischio è stato calcolato per i non fumatori, gli ex-fumatori e i fumatori, sia nella popolazione maschile che femminile senza nessuna esposizione aggiuntiva e/o con l'esposizione lavorativa a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche e con l'esposizione a inquinamento ambientale. Le Linee Guida italiane possono essere richieste telefonando al Telefono Verde contro il Fumo (800554088) oppure si possono consultare sul sito dell'OSSFAD⁴ e stampare. Dagli ultimi aggiornamenti delle Linee Guida pertanto si evince che pur concordando che non esiste ancora il gold standard della disassuefazione dal fumo di tabacco, pur tuttavia esistono alcuni tratti comuni e punti fermi per tutte le metodologie impiegate in questo campo e che cominciano ad avere solida validazione scientifica: a) perché una metodologia abbia un'efficacia significativa non può prescindere da un'azione di counselling, indipendentemente dalla sua intensità e articolazione, individuale o di gruppo (terapia non farmacologia); b) I sostituti nicotinici (NRT), il Bupropione e la Vareniclina sono supporti terapeutici efficaci che consentono di avere una marcia in più nel difficile campo della disassuefazione, specie quando combinate fra loro (terapia farmacologia).

Terapia non farmacologia

Il counselling, in tutte le sue forme (individuale, di gruppo, telefonico, breve, intensivo) è un importante strumento relazionale nell'ambito dell'attività clinica, è un processo di dialogo e reciprocità tra due persone mediante il quale un "consulente" aiuta chi lo consulta a prendere delle decisioni, ad agire

in rapporto a queste e a fornire un'accurata ed attenta informazione, con adeguato sostegno, anche di tipo psicologico. Nell'ambito del counselling non si verifica solo uno scambio di informazioni ma anche un processo di empatia. Da vari studi^{3,5} è emerso che: a) maggiore è la durata del primo colloquio e maggiore sarà il numero di coloro che smetteranno di fumare; b) l'efficacia aumenta anche quando il counselling è più intensivo e prolungato nel tempo.

La maggior parte dei fumatori cerca di smettere di fumare senza alcun aiuto e senza utilizzare specifici trattamenti, riducendo il numero di sigarette oppure, in maniera più drastica, astenendosi dal fumare da un giorno all'altro⁶. L'applicazione invece di un approccio sistematico e semplice per identificare e consigliare tutti i pazienti che fumano, può migliorare considerevolmente i tassi di abbandono del tabacco migliorando nel contempo l'efficacia di altre eventuali terapie concomitanti. Questo tipo di aiuto lo può dare in prima istanza il medico generalista o specialista con una formazione di primo livello e in seconda battuta i professionisti dei Centri Antifumo. La tecnica dell'intervento clinico minimo, raccomandato dalle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei, è noto con la sigla delle "5 A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange" o ABC delle linee guida Neozelandesi⁷. Queste linee guida sono state strutturate attorno ad una nuova, e più agile, memoria di aiuto: ABC appunto. A = ask, chiedere al paziente se fuma o non fuma, B = brief advice, sta per fornire con un avviso minimo aiuto a tutti i fumatori, C = cessation support, cioè dare al fumatore un supporto a smettere più o meno intensivo, con o senza farmaci.

Terapia farmacologia

Il fumo di tabacco determina uno stato di dipendenza, di tipo psicologica e farmacologica⁸, detto tabagismo. La dipendenza farmacologica è, in maggior misura, determinata dagli effetti esercitati dalla nicotina sul sistema nervoso centrale. Pertanto la terapia farmacologica nella terapia del tabagismo agisce su questo versante chimico. Tale dipendenza chimica può essere misurata tramite il test di valutazione della dipendenza nicotinic (Test di Fagerström).

Abbiamo a disposizione 3 farmaci di prima linea (NRT con 5 formulazioni e 2 non-nicotinici) affidabili e capaci di aumentare a lungo termine i tassi di astinenza da fumo di tabacco:

- NRT (Nicotina gomma, Inalatore di nicotina, Nicotina cpr, Nicotina cerotti e Nicotina spray nasale, quest'ultimo non in commercio in Italia).
- Bupropione SR
- Vareniclina

Nicotina

La terapia sostitutiva a base di nicotina (NRT) è senz'altro l'approccio più utilizzato nella disassuefazione dal fumo di sigaretta, riducendo i sintomi legati alla sindrome da astinenza (umore disforico o depresso, insonnia, irritabilità, frustrazione, rabbia, ansia, difficoltà di concentrazione, iperattività, ir-

Modalità uso NRT

- **Gomme:**
 - 1 gomma/h, media 10-15 gomme/die.
 - Media usata 5-6 gomme/die.
 - Gusto sgradevole = bassa compliance,
 - Masticazione lenta - No protesi dentarie - No gastropatie - Associazione possibile con altri NRT...
- **Inalatori:**
 - Contenuto nicotina mentolata 10 mg.; in tot. vengono inalati 4 mg di nicotina di cui 2 mg sono assorbiti
 - Picchi in 15 min., assorbita prev. x bocca (<5% dal polmone).
 - Media 6-12 cart./die, inalazione 20-30 min.; 80 puffs = 1 sigaretta
 - Associazione con altri NRT ...
- **Cerotti:**
 - Facilità uso, forti dipendenti, durata 16 o 24h
 - 5-10-15mg, 7-14-21mg, 15-30mg
 - Terapia a scalare - No patologie cutanee - No allergia al collante
 - Associazione con altri NRT...
- **Cpr:** 8-12 cpr/die - sciogliere lentamente - associazione con altri NRT ...

ritabilità, incremento di appetito e di peso) e diminuendo il desiderio di ricominciare a fumare. I pazienti in trattamento con NRT non dovrebbero contemporaneamente fumare per evitare sovradosaggi che porterebbero, inevitabilmente, alla comparsa di effetti collaterali. Le diverse formulazioni della NRT possono essere associate fra di loro. Ciascuna modalità di somministrazione differisce per la cinetica, per il tempo di raggiungimento del picco ematico e per efficacia.

Negli ultimi anni sono state pubblicate diverse meta-analisi che valutano l'efficacia della terapia sostitutiva con **nicotina** (cerotti, chewing-gum, compresse, inalatore o spray nasale)^{8,9} Il cerotto alla nicotina fornisce il tasso di interruzione di 2 o 3 volte maggiore rispetto al placebo¹⁰ La terapia sostitutiva con nicotina utilizzata da sola, a seconda dei vari studi e dei dosaggi di nicotina usati, ha ottenuto risultati di astensione statisticamente significativi a 6 mesi (12,5%-33,6%) e a 1 anno (27,5%). Altri Autori invece, come Fiore¹¹ e Kozak¹² hanno evidenziato che interventi comportamentali come una breve azione di "counselling", singola o di gruppo, combinati alla terapia nicotinic sostitutiva aumentano il successo di tale trattamento rispetto a quello conseguito con la sola terapia sostitutiva nicotinic; va comunque specificato che il cerotto, si è rivelato più efficace della gomma da masticare⁸ e il test di Fagerström dovrebbe guidare, in base al grado di dipendenza nicotinic, il dosaggio nicotinic transdermico iniziale. Kozak¹² invece utilizzando cerotti ad alto dosaggio (da 20 a 30 mg a seconda del test di Fagerström) per 3 mesi ed un supporto psicoterapeutico ha riscontrato a 12 mesi un ottimo 48% di astensione dal fumo.

La **gomma da masticare** impiega, generalmente, circa 30 minuti per raggiungere il picco plasmatico, è consigliabile la somministrazione di una gomma ogni ora fino ad un massimo di 12 durante tutta la giornata. È necessario insegnare ai pazienti la corretta assunzione della gomma; infatti, per trarne la massima efficacia, va masticata lentamente e dopo 5-10 atti masticatori (quando cioè si inizia ad avvertire il sapore della nicotina), deve essere trattenuta nel cavo orale senza masticarla per poi, successivamente, continuare a masticare al fine di far rilasciare ulteriore nicotina. Ogni gomma, disponibile in dosaggi da 2 e 4 mg., deve essere masticata per

20-30 minuti circa. Da evitare in presenza di protesi dentarie e di gastropatie.

I **cerotti a cessione transdermica** di nicotina sono più maneggevoli ed efficaci rispetto alle gomme, contengono dai 5 ai 30 mg di nicotina e possono essere applicati per 16 o 24 ore, consentendo di mantenere concentrazioni plasmatiche di nicotina stabili per tutta la durata dell'utilizzo. Da evitare in caso di dermatopatie e allergia al collante.

Gli **inalatori di nicotina** hanno la forma di bocchino nel cui interno è alloggiata una cartuccia contenente un filtro poroso imbevuto di nicotina mentolata. Le cartucce contengono 10 mg di nicotina, rilasciata in seguito all'inalazione effettuata dal paziente. In particolare di questi 10 mg vengono inalati 4 mg e assorbiti 2 mg. È consigliabile spiegare ai pazienti, soprattutto asmatici e BPCO, di inalare molto lentamente dal bocchino per evitare tosse, utilizzando, nelle fasi iniziali della disassuefazione, da un minimo di 4 ad un massimo di 10 capsule giornaliere.

La **compressa sublinguale** di nicotina ha caratteristiche farmacocinetiche molto simili alla gomma da masticare. Il dosaggio è di 2 mg e raggiunge il picco ematico in circa 20 minuti. La compressa va sciolta lentamente sotto la lingua senza masticare né deglutire. Anche questa formulazione da evitare in pazienti gastropatici.

Gli **spray nasali** di nicotina non sono in commercio in Italia. Una singola erogazione dello spray fornisce 0,5 mg di nicotina ed è possibile effettuare un massimo di 40 inalazioni al giorno. Lo spray nasale consente di raggiungere un livello ematico di nicotina più rapido con una maggiore efficacia rispetto alle altre forme di NRT.¹³

Bupropione

Un altro tassello efficace nel mosaico dei presidi terapeutici del tabagismo è il Bupropione, un farmaco ad azione antidepressiva. La vera difficoltà a mantenere nel tempo una iniziale cessazione tabagica sta non solo nella dipendenza da nicotina, ma anche da fattori neuropsicologici che sono alla base della motivazione a smettere. Infatti data l'alta prevalenza di turbe dell'umore o di sintomi depressivi nel fumatore, che si accentuano durante i tentativi di cessazione e che tendono a favorire la recidiva, l'introduzione di terapie antidepressive nei programmi di cessazione sembrano avere una base razionale. Dopo lo studio sulla nortriptilina che ha dato risultati positivi anche se limitati è stato sperimentato con successo il Bupropione. Si tratta di un farmaco antidepressivo che agendo su due neurotrasmettitori, la dopamina e la noradrenalina, combatte i sintomi di astinenza dalla nicotina. Nei controlli ad 1 anno, utilizzato da solo per un mese, ha dato il 33% di successi di abbandono del fumo, contro il 21% di chi usava i cerotti alla nicotina. I due metodi, pillola e cerotti, usati contemporaneamente sono risultati più efficaci raggiungendo quota 38% vs placebo (18%). Analoghi sono i risultati di uno studio controllato e in doppio cieco di Jorenby¹⁴ dell'Università del Wisconsin sull'efficacia del bupropione a rilascio lento (244 soggetti), della nicotina transdermica (244 soggetti) e della combinazione fra i due



sistemi (245 soggetti) rispetto al placebo (160 soggetti). Il tasso di astinenza dal fumo a 12 mesi era del 15,6% per il placebo, 16,4% per la nicotina transdermica, 30,3% per il bupropione e 35,5% per la terapia combinata senza differenze statisticamente significative per quest'ultima rispetto al solo bupropione. Il farmaco viene utilizzato alla dose di 150 mg/die per 8-10 gg. per passare a 150 BID contemporaneamente allo stop totale del fumo.

Controindicazioni/precauzioni: storia di convulsioni; storia di disordini alimentari (bulimia e anoressia). Effetti collaterali possibili: crisi convulsive, insonnia, secchezza delle fauci.

Vareniclina

Vareniclina è il primo di una nuova classe di farmaci per smettere di fumare, gli agonisti parziali dei recettori nicotinici alfa₄-beta₂. La Vareniclina (VAR) è una molecola scoperta e sviluppata dalla Pfizer Inc., approvata dalla Food and Drug Administration (FDA) nel 2006 ed autorizzata in Europa dall'EMA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) nel settembre 2006 con il nome commerciale di Chantix (USA) - Champix (EU).

Il farmaco viene utilizzato per via orale e la dose raccomandata a regime è 1 mg due volte al giorno (BID). Il protocollo posologico prevede d'iniziare con 0,5 mg una volta al giorno per 3 giorni, 0,5 mg due volte al giorno da 4 a 7 giorni e 1 mg due volte al giorno dall'ottavo giorno. Il trattamento inizia 7 gg. prima della sospensione totale del fumo di tabacco e deve durare almeno 12 settimane. La VAR si lega ai recettori alfa₄-beta₂ nicotinici neuronali dell'acetilcolina con elevata affinità e selettività. Presenta un duplice meccanismo d'azione: 1) EFFETTO AGONISTA (parziale) con stimolazione dei recettori nicotinici in misura significativamente inferiore alla nicotina. 2) EFFETTO ANTAGONISTA con blocco della capacità della nicotina di attivare i recettori alfa₄-beta₂ e quindi di stimolare il sistema dopaminergico mesolimbico soprattutto nel nucleus accumbens. La VAR si somministra per via orale ed ha un assorbimento quasi completo con biodisponibilità (F) sistemica elevata. Questa non è modificata dal cibo o dal momento della



somministrazione. Presenta una cinetica lineare e la concentrazione plasmatica massima (Cmax) è raggiunta entro 3-4 ore dalla somministrazione orale. La VAR ha un basso legame con le proteine plasmatiche.

L'eliminazione è renale, principalmente attraverso filtrazione glomerulare insieme a secrezione tubulare attiva. Ha una emivita media di 24 ore e la concentrazione in stato stazionario (C_{ss}) è raggiunta entro 4 giorni. Controindicata in soggetti con insufficienza renale moderata e grave (clearance della creatinina <50 ml/min). I trials clinici sino ad ora condotti hanno dato risultati incoraggianti, come anche l'esperienza clinica, sull'efficacia di questo nuovo farmaco. La Vareniclina è risultata più efficace del placebo, degli NRT a 6 mesi e del Bupropione SR. In più la Vareniclina riduce il craving e la sindrome d'astinenza.¹⁵

Di certo, come ha scritto Klesges¹⁴ in un recente editoriale su JAMA, la Vareniclina non è la panacea per smettere di fumare ma sicuramente un'arma efficace da sfruttare nella terapia del tabagismo.¹⁵

Conclusione

Smettere di fumare oggi è sicuramente più agevole sfruttando i farmaci di prima linea (NRT, Bupropione e Vareniclina) a disposizione del tabaccologo. Questi dovrebbero essere proposti a tutti i fumatori che chiedono aiuto per smettere. Se questi farmaci poi vengono associati a counseling più o meno intensivo amplificano la loro efficacia. A monte comunque tutti i medici dovrebbero sistematicamente individuare e registrare il tabagismo nei pazienti come un nuovo segno vitale. A

questo punto si può offrire un aiuto rapido (Metodo delle 5A o dell'ABC) da 1° livello (con eventuale utilizzo anche di farmaci) o un aiuto più sistematico e organico inviando il paziente al più intensivo Centro di 2° livello (Centro Antifumo). ■

Bibliografia

1. World Health Organization. International Classification of Disease, 10th Edn. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edn. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
4. OSSFAD: <http://www.iss.it/ofad/index.php?lang=1>
5. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004; 4:CD000165
6. Center for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2005; 54(44):1121-1124.
7. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J 2008 121(1276):57-70.
8. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al: The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. JAMA 1994; 271:1940-1947.
9. Sylagy C, Mant D, Fowler G, et al: Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. Lancet 1994; 343:139-142.
10. Pierce JP, Gilpin E, Farkas AJ: Nicotine patch use in the general population: Results from the 1993 California Tobacco Survey. J. Natl Cancer Inst 1995; 87:87-93.
11. Fiore MC, Shi FY, Jorenby DE: Fumo e interruzione del fumo. Mosby Year book Pneumologia 1996. Doyma Italia srl. Milano 1997; vol. 1:67-73.
12. Kozak JT, Fagerstrom KO, Sawe U: High-dose treatment with the nicotine patch. Intern J Smoking Cessation 1995; 4 (2): 26-28.
13. Etter JF, Stapleton JA. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. Tobacco Control 2006;15: 280-285).
14. Jorenby DE et al: A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch of both for smoking cessation. N. Engl. J. Med. 1999; 340:685-91.
15. Fagerström K, Hughes J. Varenicline in the treatment of tobacco dependence. Neuropsychiatr Dis Treat. 2008 Apr ;4 (2):353-63.
16. Klesges RC et al. Varenicline for smoking cessation. Definite promise, but no panacea. JAMA, Jul 5, 2006; 296: 94-95.



Da sn a dx: A. Sena, A. Sanduzzi, M. Del Donno, M. Polverino.

Vecchie e nuove terapie del tabagismo

Moderatori: Alessandro Sanduzzi (Napoli), Mario Polverino (Cava de Tirreni - SA)

L'approccio psico-comportamentale nella cura del tabagismo

Giacomo Mangiaracina

(Direttore di Tabaccologia, Direttivo Nazionale SITAB, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, 2° Facoltà di Medicina, Università Sapienza, Roma)

I trattamenti delle dipendenze, in senso generale, rivestono un livello di complessità tale da non potersi affidare alla prescrizione dei farmaci. La patologia da dipendenza è cosa ben diversa rispetto alla patologia d'organo. L'approccio deve per forza essere altrettanto complesso, integrato, multicomponentiale, a cui deve far anche riscontro una analisi diagnostica multimodale.

Lo stesso Fagerstrom¹ ha in varie occasioni precisato, anche in un editoriale di "Tabaccologia" del 2003, che il suo famoso "Test" misura solo la dipendenza "da Nicotina" e non "da Tabacco", invitando i ricercatori ad esplorare nuovi modelli diagnostici del tabagismo. Un fatto certo è che ai fumatori "piace" fumare. Si tratta però di un piacere di breve durata, giusto il tempo di una sigaretta, che lascia il posto a una rinnovata angoscia da privazione², nota da molto tempo in letteratura scientifica (Herning, 1983)³. Il piacere è in fondo il comune denominatore delle dipendenze in genere, e cela forti conflittualità. Nonostante che i fumatori ostentino questo "piacere", dall'altro sono consapevoli del pericolo che il fumo riveste per la salute e per la vita, a partire dalle avvertenze scritte sul pacchetto. D'altro canto, l'atteggiamento sociale nei confronti del tabacco è per certi versi mutato nel tempo, e l'immagine di fumatore è più negativa che un tempo. Basti pensare ai cambiamenti apportati dalla legge antifumo, che ha finalmente relegato i fumatori al ruolo di "minoranza" che spetta loro, per il fatto che in Italia sono il 22% della popolazione. Infine è di per sé conflittuale la definizione di piacere attribuita a ciò che in fondo limita in modo evidente e pesante la libertà dell'individuo. Il piacere ha note basi neurochimiche ma necessita di una elaborazione psichica. Dopamina e serotonina mediano chimicamente queste sensazioni. È vero che la nicotina, alcaloide neurotroppo, si lega ai recettori colinergici del tegmento ventrale anteriore (TVA) facendo innalzare i livelli intracerebrali di dopamina. Ma ciò avviene anche mangiando, cammi-



nando, correndo, facendo sesso, giocando, gustando cioccolato e caffè, e assumendo determinati farmaci come il bupropione. Ciò significa che nel trattamento della dipendenza tabagica risulta utile guidare il fumatore su nuove e piacevoli abitudini.

L'esperienza italiana

L'approccio "psico-comportamentale" si sviluppa nell'ambito della relazione terapeutica, in forma individuale e di gruppo, integrando le due modalità con il trattamento

farmacologico. Ciò si realizza concretamente ed efficacemente nei programmi "GFT" (Gruppi di Fumatori in Trattamento)⁴, creato sull'esperienza del *Five-Day Plan* di McFarland e Folkemberg⁵, e in forma minore nei "GDF" (Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo), metodologia creata dal sottoscritto per la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sulla base dell'esperienza realizzata nel decennio precedente.

L'approccio grupale è senza dubbio preferibile almeno per due ragionevoli motivi: 1) è efficace; 2) è efficiente in termini di costi. Con il termine di "gruppo" nelle scienze sociali si indica un insieme numericamente piccolo di persone che entrano in relazione tra loro in base ad interessi comuni e ad una comune identità che si esprime con il "sentimento del noi". I rapporti che si stabiliscono sono del tipo "faccia a faccia" e si conferisce valore alle persone che lo compongono, agli interessi e agli scopi comuni. Prevale l'identificazione con gli scopi, il senso di reciprocità ed il mutuo sostegno. Un gruppo di fumatori in terapia è composto da un insieme di persone eterogenee per estrazione sociale, età e sesso, accomunate dalla dipendenza da tabacco e dal desiderio di vincerla. Presenta tre momenti peculiari: 1) la Preparazione, 2) il Full-Immersion, 3) il Mantenimento.

1. PREPARAZIONE - Il Colloquio Clinico

Ogni programma terapeutico che abbia autorevolezza sul piano tecnico scientifico, deve prevedere un colloquio clinico ad



C'era una volta ... il metodo

1. Metodi aversativi
2. Farmaci.
3. Agopuntura e auricoloterapia.
4. Ipnosi e tecniche suggestive.
5. Tecniche di rilassamento e di autocontrollo.
6. Terapia di gruppo.
7. Organizzazioni commerciali.
8. Self-care.
9. Altro.



ogni inizio di percorso. In una relazione di aiuto, il rapporto medico-paziente viene letteralmente sconvolto. Si sviluppa un rapporto di insieme e di totalità. Il terapeuta si pone su un piano osservazionale e riflette su come l'individuo può interagire con le proprie sensazioni, le proprie emozioni, i pensieri, la cultura, le abitudini, i comportamenti. Il rapporto medico-paziente diviene un sistema dove non vi è l'uno senza l'altro, dove le due funzioni si compenetrano, dove il terapeuta si identifica empaticamente col malato, e viceversa il malato si percepisce medico di se stesso. Questa "magia" si realizza con la forza dell'ascolto e dell'osservazione nel contesto del colloquio clinico, e permette di: conoscere, capire, orientare e decidere.

Conoscere

La conoscenza è reciproca. L'operatore conosce il "cliente" e viceversa. La relazione "faccia a faccia" porta già in sé dei contenuti terapeutici. Il cliente esplora il contesto terapeutico e la capacità dell'operatore ad infondergli fiducia. Al tempo stesso l'operatore ha la possibilità di sondare la sua storia, i percorsi, il contesto familiare, lavorativo e sociale, la compliance al programma e l'adesione alle proposte terapeutiche. Questa conoscenza è accresciuta dalla raccolta di dati del cliente attraverso la cartella tabaccologica.

Capire

La stadiazione del percorso di cambiamento del fumatore in terapia permette un approccio mirato sul processo, ma anche di capire le sue reali intenzioni e gli elementi che possono condizionare l'inserimento o l'esclusione dal programma terapeutico. Il cliente deve a sua volta comprendere la struttura del programma, l'importanza e la necessità di realizzare un cambiamento personale, e persino le sue potenzialità di riuscita.

Orientare

Le azioni dirette a incrementare la dissonanza cognitiva e la frattura interiore, il dialogo funzionale alla relazione terapeutica, i consigli, l'incoraggiamento, la fiducia, la competenza, sono gli strumenti attraverso cui l'operatore guida il soggetto nella decisione.

Decidere

L'adesione al programma è un momento di grande importanza nell'intero processo. È l'obiettivo a cui tende il sistema operatore-paziente. L'accordo terapeutico tra operatore e paziente coincide con l'opportunità, offerta al cliente, di realizzare il suo personale percorso di cambiamento. La decisione del cliente poggia sulla fiducia nell'operatore, nel programma, nel sistema generale di supporto ai suoi bisogni, e sull'autoefficacia.

La seduta preliminare

Il GFT si organizza solitamente una settimana o alcuni giorni prima dei cinque giorni intensivi. Consente al corsista di porsi per la prima volta su un piano di relazione con gli altri fumatori dopo essere entrato per gradi nel percorso trattamentale, siglando consapevolmente il proprio contratto con l'operatore e con il gruppo.

2. Full-Immersion

La fase intensiva rappresenta il corpo centrale del programma e si snoda in cinque sedute serali consecutive della durata di un'ora. Alla fine di ogni seduta consegue la gestione organizzata delle 24 ore successive, attraverso una serie di consigli redatti in una dispensa-guida.

La dinamica di conduzione in questa fase è direttiva, anche perché il tempo di rapporto tra gruppo e operatore è troppo breve perché possa svilupparsi un legame terapeutico di tipo psicoterapico. Il GFT non è psicoterapia di gruppo.

3. Mantenimento

Una volta ottenuta l'astensione dal fumo, occorre consolidarla. Il percorso di mantenimento prevede quattro incontri, uno a settimana, di un'ora o poco più. È possibile dare vita a gruppi aperti di auto-mutuo-aiuto per un tempo maggiore o addirittura senza limiti definiti (gruppi continui) a cui possono confluire corsisti che hanno completato il primo percorso terapeutico.

Caratteristiche del GFT

1. Metodo sperimentato su un vasto campione (oltre 30.000 pazienti in Italia).





Metodi o strumenti di lavoro?

1. **Counselling individuale breve e strutturato**
(Adlaf E, Ivis F, Paglia A, Ialomiteanu A., 1999)
2. **Terapia di Gruppo**
 - "Five-Day Plan" (McFarland e Folkemberg, 1950)
 - "GFT" (Mangiaracina G, 1985)
 - "GDF" (Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C, 1986)
3. **Self-care assistito** (Quit-Lines, Internet-Care)
4. **NRT (Nicotine Replacement Therapy)**
5. **Farmaci**
 - Clonidina, Nortriptilina
 - Bupropione
 - Vareniclina



2. Adatto a gruppi di media grandezza (15-20 persone) con conseguente riduzione consistente del rapporto costo / beneficio.
3. Modalità flessibile di applicazione sulla base dei contesti e delle situazioni.
4. Approccio multimodale integrato: farmaci, NRT, sostegno individuale, gruppi aperti.
5. Programma "allargato" con ricadute sul contesto familiare, sociale, lavorativo.

Risultati

Le terapie di gruppo rappresentano lo strumento di lavoro con maggiore possibilità di successo. Molti anni fa Swartz riportava percentuali di successo del *Five-Day Plan* dal 15 al 30% ad un anno di astinenza⁶. La LILT riporta il 25-30% nei suoi programmi⁷. Analoghi risultati consegue il servizio Tabagismo dell'ospedale S. Filippo Neri di Roma. Dati più recenti (Enea D, 2003) relativi a GFT condotti al Policlinico Umberto I, e monitorati dalla cattedra di Farmacologia dell'Università La Sapienza, danno un risultato, sempre ad un anno, di oltre il 50%, verificati con la prova del CO espirato. Considerati i risultati noti delle letterature scientifica, questo dato sembra molto alto ma del tutto attendibile. Lavorare con i Gruppi significa sviluppare capacità e valenze professionali finalizzate all'ottenimento di risultati che, per l'esperienza continua, sono destinati a migliorare nel tempo.

In definitiva, fermo restando le conoscenze consolidate in materia di neurobiologia della nicotina⁸, la componente psicologica del fumare risulta preponderante nell'ambito della

complessità del sistema. Il fenomeno della *Cue Reactivity*, studiato negli ultimi anni, ha riproposto in modo nuovo il problema della dipendenza "non-nicotinica"⁹.

I professionisti della salute non sono sufficientemente preparati ad affrontare tecnicamente una patologia con tali caratteristiche. La formazione del medico, ma anche quella dello psicologo, non è calibrata sulla cura delle dipendenze, che di conseguenza ancora oggi rappresentano il problema "negato" della formazione universitaria.

In questo scenario ci si vede costretti ad una formazione post-universitaria che metta l'operatore nelle condizioni di lavorare al meglio delle sue possibilità. L'approccio che impropriamente definiamo *psico-comportamentale* non è di per sé una formula standardizzata attraverso canoni e protocolli. È una modalità di lavoro specializzato che verte principalmente sulla valenza dell'operatore della salute, di qualunque estrazione professionale.

Nella sua formazione continua puntiamo perciò al suo *empowerment*, al consolidamento delle sue capacità e delle sue abilità (*skills*) in modo da risultare un operatore efficace nell'ambito della relazione di aiuto. In tale contesto emergono entrambi gli aspetti relativi al tema di questo convegno in quanto da un lato il problema si cala nella dimensione professionale individuale, e dall'altro investe il sistema formativo generale. ■

Bibliografia

1. Fagerstrom K. *Tobacco or Nicotine Dependency?*. Good Mornig Tabaccologia. Tabaccologia n.1, 6, 2003. (http://www.tabaccologia.org/PDF/1_2003/3_1_2003.pdf)
2. Mangiaracina G. Il problema delle ricadute. *Italian Heart Journal*; 2 (Suppl 1): 90-92, 2001.
3. Herning RI, Jones RT, Bachman J. EEG changes during tobacco withdrawal. *Psychophysiology* 1983; 20:507-512.
4. Mangiaracina G. Curare il Fumo. EDUP Editore, Roma, 2005. http://www.rai.it/RAInet/societa/Rpub/raiRSoPubArticolo2/0,7752,id_obj=30681%5Esezione=societa,00.html
5. McFarland JW, Folkemberg E. *How to Stop Smoking in Five Days*; Prentice-Hall, Inc., 1964.
6. Schwarze J.L. *Review and evaluation of Smoking Cessation Methods*, US dept. Of Health and Uman Services, NIH publication n.822840, 1987.
7. Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C. *Stop al Fumo, metodo per la disassuefazione dal Fumo*. Manuale per conduttori. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ministero della Sanità, Roma, 1986.
8. Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes DE, Glantz SA. Nicotine and Addiction. *The Brown and Williamson Documents*. *Jama*, Special Communication, July 19, 1995.
9. Chiamulera C. *Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali*. Speciale World No-Tobacco Day 2005. Tabaccologia 2/2005.



Nuovi approcci terapeutici: farmaci e vaccini

Cristiano Chiamulera

(Professore Associato di Farmacologia, Dip. Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona, Presidente eletto SRNT, Direttivo Nazionale SITAB)

Il trattamento farmacologico della disassuefazione da fumo si basa sull'inquadramento del fumatore come di un paziente affetto da disturbo psico-comportamentale. È ormai noto a tutti, come definito dalle principali organizzazioni mediche e sanitarie, che il fumare tabacco soddisfa i criteri diagnostici di tossico-dipendenza. Sono note le proprietà psicoattive della nicotina, l'alcaloide contenuto nel tabacco, e le sue azioni a livello neurobiologico simili a quelle indotte da altre sostanze d'abuso. I farmaci attualmente raccomandati per il trattamento del paziente tabagista agiscono appunto sui meccanismi neurochimici che risultano alterati dalla esposizione cronica alla nicotina fumata con la sigaretta.

Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano, in base alle evidenze cliniche, alcuni trattamenti farmacologici efficaci per la prevenzione della ricaduta al fumo di tabacco. Questi sono i sostitutivi della nicotina, detti anche NRT (nicotine replacement therapy), ed il farmaco bupropione. Gli NRT forniscono un supporto farmacologico alla terapia intergrata basata sul concetto di sostituzione della nicotina assunta in modo nocivo tramite la sigaretta, con quella ottenuta terapeuticamente con varie ed innocue vie di somministrazione come i cerotti, le gomme e gli inalatori. Questo approccio terapeutico pragmaticamente allontana il fumatore dalle sostanze tossiche inalate, ma non cura la dipendenza che diventa così il bersaglio dell'intervento psicologico e motivazionale. Il bupropione è invece un vero e proprio farmaco in quanto agisce modulando la trasmissione neurochimica mediata da dopamina e noradrenalina, con un conseguente effetto sul meccanismo della dipendenza da nicotina. Inoltre, il bupropione presenta un legame con i recettori nicotinici e produce metaboliti attivi, a len-



ta comparso. Il bupropione induce attenuazione del desiderio di fumare, della sindrome da astinenza, previene la ricaduta, ed inoltre permette il controllo del peso. NRT e bupropione presentano ormai una ricca letteratura scientifica di provata efficacia clinica, associate ad una buona tollerabilità. Presentano delle controindicazioni e delle cautele nelle modalità d'uso che portano alla raccomandazione di un loro utilizzo sotto il controllo di personale professionalmente competente.

La terapia farmacologica della disassuefazione da fumo presenta oggi nuove prospettive. Infatti, sono stati scoperti dei nuovi trattamenti farmacologici che agiscono direttamente sui meccanismi farmacodinamici e farmacocinetici della dipendenza da nicotina. Il primo aspetto è il bersaglio dell'azione di vareniclina, un farmaco recentemente introdotto in terapia, che possiede le caratteristiche di agonista parziale dei recettori colinergici del tipo nicotinico. La somministrazione di vareniclina permette in modo concomitante di stimolare debolmente il recettore nicotinico quando la nicotina non è più disponibile, ma anche di antagonizzarla nel caso venga occasionalmente riassunta durante la ricaduta. Questo meccanismo recettoriale si è dimostrato efficace in clinica nella

Principio Attivo	Nicotina				Bupropione	Vareniclina
	Forma Farmaceutica	Comprese Sublinguali	Gomme	Inalatori		
Disponibilità	Da banco	Da banco	Da banco	Da banco	Solo su prescrizione	Solo su prescrizione
Durata minima del trattamento	Almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente	Almeno 12 settimane, poi continuare "al bisogno"	Fino a 8 settimane, poi ridurre la dose alla metà per due settimane	preferibilmente 8 settimane; almeno 4	dalle 7 alle 9 settimane	12 settimane
Costo indicativo per trattamento standard	500-800 €	300-400 €	350-400 €	200 €	200 €	300 €
Dosi	16-24 compresse al giorno per i forti fumatori; da 8 a 12 per i fumatori leggeri; dosaggio massimo 30 compresse/die	1 gomma per 1 sigaretta. 4 mg per i forti fumatori; 2 mg per quelli "leggeri"; 10-15 gomme al giorno	il soggetto fa una o più "tirate" tutte le volte che lo desidera. Dalle 6 alle 12 "cartucce" al giorno	15 mg almeno per i forti fumatori; 10 mg per i fumatori leggeri; riservare il cerotto da 24h a chi soffre di notte o al mattino di sintomi da astinenza.	1 compressa da 150 mg al di per i primi 6 giorni, poi 2 al giorno distanziate di almeno otto ore per 7-9 settimane	1 mg x 2 protocollo posologico: 0.5 mg x 1 x 3 gg 0.5 x 2 x 3-7 gg 1 mg x 2 a partire dall'8° giorno per un totale di 12 settimane (iniziare 1-2 settimane prima dello stop)

Tabella sinottica dei trattamenti farmacologici per la disassuefazione da fumo. Tratto da: Istituto Superiore di Sanità: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo - EDIZIONE 2008.

prevenzione della ricaduta nei fumatori, con limitati eventi avversi. Alla dose di 1 mg 2 volte al giorno, associato al consiglio breve settimanale, per un totale di 12 settimane di trattamento, la vareniclina si è dimostrata efficace nel prevenire la ricaduta al fumo di sigaretta: a 3 mesi la percentuale d'astinenza è stata 44% vs. 18% nel gruppo trattato con placebo e 30% nel gruppo trattato con bupropione. Gli eventi avversi più comuni con vareniclina sono stati nausea ed insonnia. Ad 1 anno, gli astinenti erano rispettivamente 23%, 10%, 15%, suggerendo così un significativo miglioramento del profilo di efficacia nei confronti dei trattamenti esistenti.

È fondamentale tuttavia ricordare che esistono diverse tipologie di fumatori, dove il fattore individuale è di estrema importanza per la scelta della terapia più efficace. Si raccomanda la scelta del farmaco in funzione di numerosi aspetti come il sesso, l'età, le patologie preesistenti, le comorbidità ed anche la preferenza del fumatore stesso. Questo tipo di approccio è definito del 'pacchetto terapeutico', ovvero di una scelta di strumenti a cui attingere nel corso del rapporto con il paziente tabagista. Essendo il tabagismo una dipendenza cronica e recidivante caratterizzata anche da fallimenti della disassuefazione, non può esistere un unico singolo ciclo di mono-farmacoterapia. La scelta del farmaco deve essere fatta attingendo ad un armamentario farmacologico (tipo di farmaco, dose, forma, ecc.) individualizzato per lo specifico quadro del fumatore.

Le linee guida, infine, raccomandano anche, qualora necessaria, la terapia combinata con NRT e farmaci. È da ricordare quindi che la terapia farmacologica del tabagismo non possiede e non ricerca proprietà di 'pillola magi-

ca', ovvero di farmaci in grado di agire con alta efficacia nella maggior parte della popolazione dei fumatori e nelle diverse tipologie. L'aumento dell'efficacia è conseguibile mediante l'intervento integrato e con ottime condizioni di tollerabilità al farmaco. La tollerabilità è il fattore principale per l'aderenza

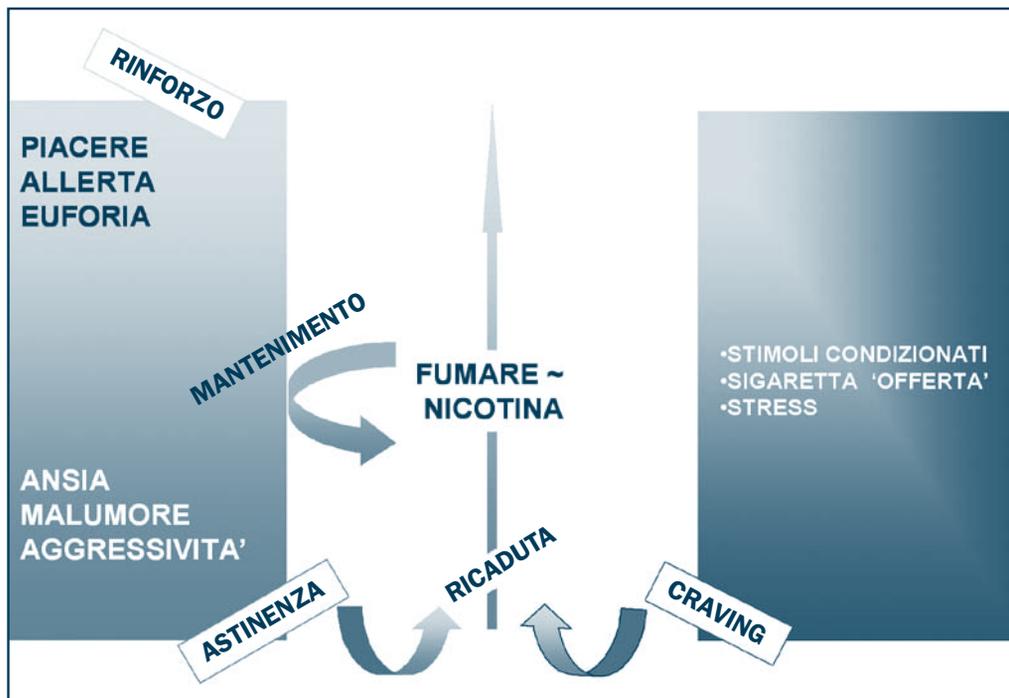
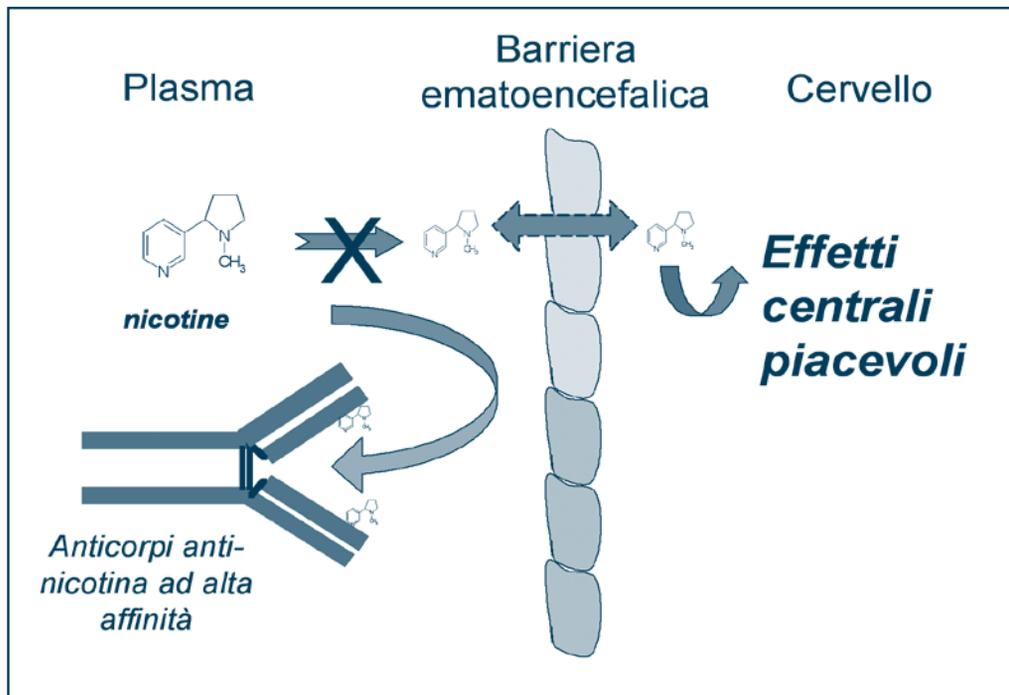


Diagramma schematico del rapporto tra tabagismo e dipendenza alla nicotina. Fumare nicotina è il comportamento che permette al fumatore di mantenere livelli di nicotina tali da indurre gli effetti centrali piacevoli (Rinforzo) ed evitare i sintomi d'astinenza. Si crea inoltre una associazione tra effetti psicoattivi, comportamento ed esperienze ambientali, che portano così alla creazione di numerosi fattori determinanti il rischio di ricaduta. Tratto da: Chiaramulera C., Tabaccologia 2s, 2005.



Meccanismo d'azione della immunizzazione alla nicotina. La formazione di anticorpi ad alta affinità e specifici per la nicotina formano dei complessi antigene-anticorpo che impediscono il passaggio della nicotina dal plasma al cervello. Questo blocco antagonizza quindi gli effetti centrali e psicoattivi della nicotina.



alla terapia, e di conseguenza per il mantenimento dell'efficacia stessa. Gli eventi avversi dei farmaci di prima scelta sono di lieve o moderata intensità, scompaiono con il tempo, sono risolvibili dal punto di vista medico, spesso si confondono con i sintomi d'astinenza. Tuttavia, non sono accettati dal fumatore sano il quale - non considerandosi un malato - non tollera la comparsa di sintomi assenti prima del trattamento di disassuefazione con il farmaco.

Cosa ci prospetta la ricerca? Da alcuni anni è in sperimentazione il vaccino anti-nicotina, il quale agisce sugli aspetti farmacocinetici della dipendenza nicotinic. Infatti, la nicotina fumata induce dipendenza psicologica in quanto viene rapidamente distribuita nel cervello. La formazione di un complesso antigenico nei confronti della nicotina, ne impedisce il passaggio delle barriere cerebrali, e quindi l'azione neurobiologica. La potenziale applicazione del vaccino sarà quella di bloccare gli effetti psicoattivi e piacevoli della nico-

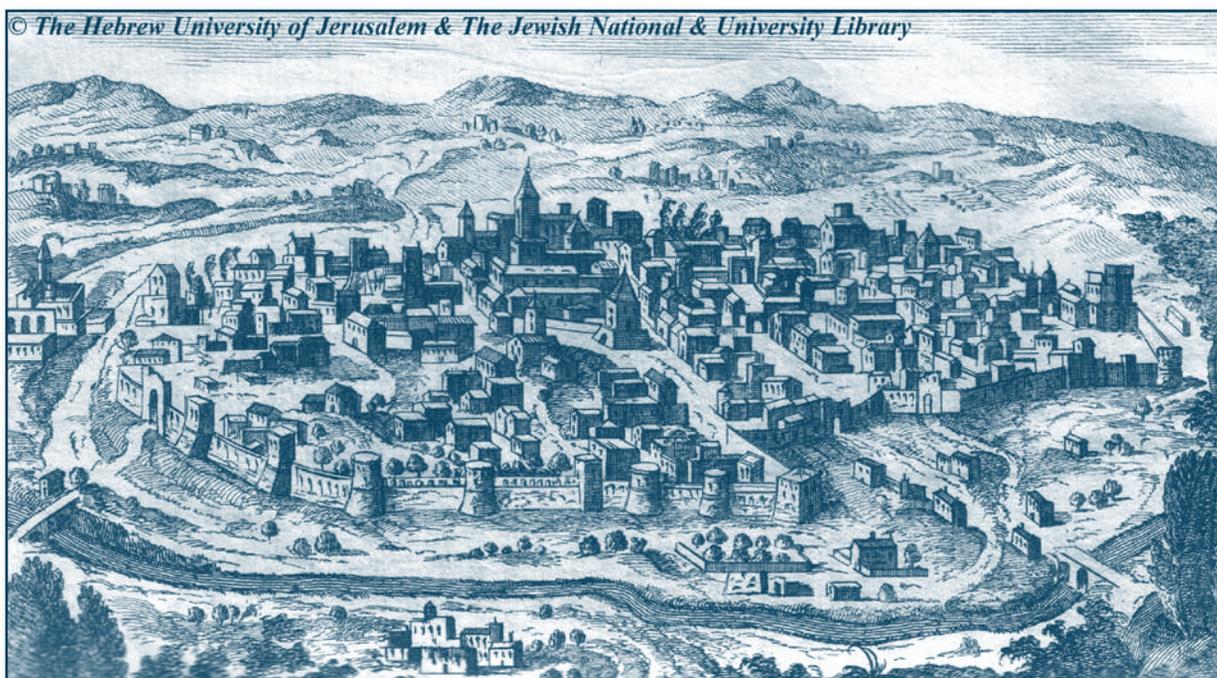
tina, favorendo la disassuefazione. Il meccanismo terapeutico consiste in una immunizzazione attiva, tale che eventuali assunzioni di nicotina - la sigaretta occasionale - non indurrebbe alcun effetto "piacevole".

Si configura così chiaramente il possibile momento di efficacia della terapia di immunizzazione, ovvero nella prevenzione della ricaduta.

Problemi di carattere bioetico ancora irrisolti riguardano invece le possibili implicazioni di una immunizzazione 'profilattica', nei giovani per esempio. In base ai dati attualmente disponibili dai numerosi studi effettuati dalle organizzazioni che autonomamente stanno sviluppando il vaccino, l'immunizzazione non presenta rischi per la salute. Quindi il problema sarebbe più specificatamente sull'eticità di attuare un atto 'coercitivo' di profilassi per la dipendenza tabagica che, per la maggior parte della società, è ancora e solamente un vizio. ■

Referenze Bibliografiche

1. ISS (Istituto Superiore di Sanità), Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo - EDIZIONE 2008.
2. <http://www.iss.it/ofad/fumo/cont.php?id=283&lang=1&tipo=3>
3. JE Henningfield, RE Fant, AR Buchhalter, ML Stitzer (2005) Pharmacotherapy for Nicotine Dependence. *Cancer J Clin* 55: 281 - 299.
4. MG LeSage, DE Keyler, and PR Pentel (2006) Current status of immunologic approaches to treating tobacco dependence: vaccines and nicotine-specific antibodies.
5. *AAPS J.* 8(1): E65-75.
6. LA Potts, CL Garwood (2007) Varenicline: The newest agent for smoking cessation. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 64: 1381 - 1384.
7. E Roddy (2004) Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies *BMJ* 328: 509 - 511.
8. C Chiamulera (2005) Biologia del Tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psicocomportamentali. *Tabaccologia*, 2s, 33-37.



Mapa di Benevento di Giambattista Albrizzi (1761).

Il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione delle patologie fumo correlate

Vincenzo Luciani

(Medico di Medicina Generale, Ordine dei Medici - Benevento)

Per affrontare adeguatamente il problema tabagismo il medico di medicina generale (MMG) deve prima di tutto porsi l'interrogativo su cosa rappresenti per lui il problema fumo:

Fattore di rischio di altre condizioni cliniche? o Problema con una sua individualità clinica?

La tendenza prevalente, probabilmente legata alla metodologia formativa universitaria, è quella di pensare al fumo come fattore di rischio in funzione di altre condizioni cliniche e non come problema con una sua individualità clinica. Solo pensando al fumo come un problema con una sua individualità clinica, e quindi inquadrandolo correttamente come malattia, riusciremo a mettere in atto delle strategie di intervento veramente efficaci. A riprova di quanto affermato basti pensare che nel 1992 l'OMS ha inserito l'abitudine al fumo di tabacco tra i disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive; inoltre nel 1994 il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV) ha incluso la dipendenza e l'astinenza da nicotina tra i disturbi psichici. In genere il MMG nell'ambito della propria attività effettua interventi educazionali di tipo quasi sempre opportunistico, non strutturato. La rilevanza del problema tabagismo richiede un approccio strutturato che deve prendere l'avvio da una esatta conoscenza del fenomeno e dalla sua considerazione come entità clinica autonoma. Occorre, prima di tutto, avere una esatta cognizione dell'entità del fenomeno. Da una parte è necessario conoscere i dati epidemiologici (desumibili dalla letteratura scientifica); dall'altra è opportuno imparare a conoscere e rilevare il fenomeno tra i propri pazienti.



L'incidenza e la prevalenza del rischio fumo correlato nell'ambito della medicina generale sono quasi sempre sottostimate. Ciò perché si trascura la conoscenza della dimensione del fenomeno tra i propri pazienti; sono molto pochi i MMG che registrano con accuratezza i dati relativi alla condizione di non fumatore, fumatore o ex fumatore nelle proprie cartelle cliniche. Lo standard di qualità prevede che il MMG dovrebbe registrare tale dato in almeno il 90% dei propri pazienti. Registrando correttamente il dato ci si renderebbe facilmente conto che un MMG con 1500 pazienti ha, tra di essi, 300-400 fumatori. Registrare bene i dati, inoltre, significa poterli poi valutare e quindi rendersi conto delle caratteristiche della popolazione con cui si interagisce e della corrispondenza (e quindi della qualità) dei propri dati rispetto a quelli della popolazione generale riportati dai vari Istituti di statistica

Analizzando i dati di letteratura si conoscerebbe inoltre l'entità del fenomeno tabagismo nelle varie fasce di età, rilevando come esso sia molto diffuso (circa il 30% dei soggetti) in età giovanile. È su questi pazienti che il MMG deve particolarmente indirizzare la sua attività educativa a fini preventivi. Il MMG per l'alto numero di pazienti contattati quotidianamente e per il particolare rapporto di fiducia che instaura con essi, si trova in una posizione privilegiata per attuare interventi volti alla disassuefazione dal fumo. Il MMG dovrà guardare al problema "fumo" sia come malattia a sé stante sia come potente fattore sinergico nel determinismo del rischio globale. Esistono semplici strumenti per valutare il rischio dei pazienti, rappresentati dalle cosiddette carte del rischio, messi a disposizione dall'Istituto



COMPORAMENTO DEL MMG

Considerare il tabagismo come una condizione clinica autonoma, ovvero come "malattia", consente al medico di agire con puntualità ed efficacia e di raggiungere l'obiettivo appropriato attuando criteri corretti e facilmente applicabili nel setting della MG



LE CARTE DEL RISCHIO

Un aiuto alla comprensione può esserci dato dalle CARTE DEL RISCHIO

L'utilizzo delle CARTE DEL RISCHIO può darci un'idea di quanto incida il fumo nel determinismo di malattie cardiovascolari e respiratorie.

L'ISS ci mette a disposizione carte del rischio per:

- MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA
- TUMORE AL POLMONE

G. Bettoncelli, G. Invernizzi
Clinical Governance e gestione del paziente
fumatore in Medicina Generale
Supplemento n. 3 Rivista SIMG 3/2007 - Pacini Editore

LE 7 RAGIONI CHE RENDONO DOVEROSO L'INTERVENTO DEL MMG PER AIUTARE I FUMATORI A SMETTERE

- L'intervento sul fumo rappresenta un fattore di rischio prevenibile importante
- Il 70 % dei fumatori vorrebbe smettere
- La figura del MMG è considerata autorevole dai cittadini
- Ogni anno il MMG incontra circa l'80 % dei propri assistiti
- In un anno solo il 5 % di coloro che provano riesce a smettere solo con i propri mezzi
- Sono disponibili strumenti efficaci di diagnosi del grado di dipendenza e di motivazione
- Sono disponibili interventi di counseling e terapie farmacologiche di provata efficacia se somministrate dal MMG stesso, che possono raddoppiare o triplicare la percentuale di successo rispetto ai tentativi non assistiti

Superiore di Sanità. Accanto, quindi, alla Carta del Rischio Cardiovascolare, ben nota, troviamo le Carte del Rischio formulate per:

- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva;
- Tumore del polmone.

In ognuna di queste Carte è facilmente comprensibile quanto incida nel determinismo delle singole malattie la condizione di fumatore, ex fumatore o non fumatore.

È fondamentale che il medico identifichi e documenti lo stato di fumatore/non fumatore/ex fumatore di ogni paziente ed intervenga in maniera appropriata per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo in ogni paziente fumatore. Dai dati di letteratura emerge la considerazione che l'attività del MMG è più efficace di analoghe campagne di prevenzione svolte nel mondo della scuola circa la riduzione del tabagismo. Nei riguardi del paziente fumatore, soprattutto quando questi manifesti l'intenzione di smettere, andrebbe somministrato il Test di Fagerstrom per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina e quindi capire l'intensità del supporto psicologico e farmacologico necessario a quello specifico paziente. Il test, di semplicissima esecuzione, richiede pochissimo tempo (2 minuti) ed è già implementato in forma elettronica nel programma di gestione dell'ambulatorio MILLEWIN, da me usato. Bettoncelli ed Invernizzi, della SIMG, in un loro articolo "Clinical Governance e gestione del paziente fumatore in Medicina Generale", analizzano le 7 ragioni che rendono doveroso l'intervento del MMG per aiutare i pazienti a smettere:

1. L'intervento sul fumo rappresenta un fattore di rischio prevenibile importante;
2. Il 70 % dei fumatori vorrebbe smettere;
3. La figura del MMG è considerata autorevole dai cittadini;
4. Ogni anno il MMG incontra circa l'80 % dei propri assistiti;
5. In un anno solo il 5 % di coloro che provano riesce a smettere solo con i propri mezzi;
6. Sono disponibili strumenti efficaci di diagnosi del grado di dipendenza e di motivazione;
7. Sono disponibili interventi di counseling e terapie farmacologiche di provata efficacia se somministrate dal MMG stesso,

so, che possono raddoppiare o triplicare la percentuale di successo rispetto ai tentativi non assistiti.

Per la disassuefazione al fumo spesso sono sufficienti semplici interventi basati sulla comunicazione. Uno di questi è il cosiddetto "consiglio di minima" secondo lo schema delle "5 A", che il MMG dovrebbe mettere in atto almeno una volta nei confronti di tutti i pazienti:

1. ASK (chiedere al paziente se è un fumatore e se conosce i rischi del fumo);
2. ASSESS (valutare la sua motivazione a smettere);
3. ADVICE (consigliare di smettere di fumare sottolineandone i benefici);
4. ASSIST (esporre quali sono gli strumenti efficaci, sia farmacologici che non);
5. ARRANGE (dichiararsi disponibili a seguire nel tempo il tentativo di smettere).

A tutti i soggetti che risultano dipendenti al test di Fagerström o che fumano più di 10 sigarette al giorno andrebbe proposta la terapia farmacologica. La terapia nicotinic sostitutiva (NRT) è uno strumento facilmente utilizzabile dal MMG in grado di ridurre significativamente la sindrome da astinenza da nicotina nelle prime settimane di cessazione e che, affiancata al counseling, permette di raddoppiare le probabilità di cessazione rispetto al placebo. Purtroppo, essendo i farmaci a base di nicotina prodotti da banco, il paziente quasi sempre scavalca il proprio medico di famiglia ed assume autonomamente (spesso in modo sbagliato) il farmaco in questione, vanificando l'efficacia dell'intervento. Oggi esistono altri farmaci utili ad affrontare la dipendenza dal fumo; tra essi ricordiamo il bupropione e la vareniclina che potrebbero essere utilizzati anche dal MMG. Un cenno merita anche la terapia cognitivo-comportamentale, in genere affidata ad uno psicologo. Fondamentali sono poi i cosiddetti CENTRI ANTIFUMO, presenti ormai in molte ASL. Il MMG dovrebbe indirizzare a tali centri i pazienti con elevato rischio individuale che, nonostante i suoi consigli, non sono in grado di smettere di fumare nonché i pazienti portatori di fattori di rischio o di malattia legata al fumo. Affrontando il problema della dipendenza dal fumo





di tabacco è importante che il MMG sia consapevole del fatto che:

- per molte persone smettere di fumare risulta difficoltoso;
- chi smette in genere ci riesce dopo più tentativi;
- i metodi per aiutare a smettere sono molti;
- ogni metodo, da solo, ha efficacia limitata;
- molto importante è la relazione che si stabilisce col paziente;
- fondamentale è il follow-up del paziente che ha smesso.

In definitiva si può affermare che l'efficacia reale dell'intervento contro il tabagismo si riuscirà ad ottenere solo offrendo una rete di servizi organizzata nella quale ognuno svolga il proprio ruolo nell'ambito di un progetto comune strutturato ed armonizzato. ■

Bibliografia

1. Il fumo in Italia - www.ossfad.iss.it
2. Fumo e patologie respiratorie. *Le carte del rischio per Broncopneumopatia cronica ostruttiva e Tumore al polmone*. ISS-CNR Pisa- ASL RME.
3. OSSFAD - *Indagine DOXA/ISS - 2007 e 2008*.
4. Pacifici R. - *VIII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario*- ISS maggio 2006.
5. *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Aggiornamento 2008. Ministero della salute, ISS; Osservatorio Fumo, Alcohol e Droga.
6. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV)*.
7. G. Bettoncelli, G.: Invernizzi, *Clinical Governance e gestione del paziente fumatore in Medicina Generale* Supplemento n. 3 Rivista SIMG 3/2007 - Pacini Editore.
8. Ashenden R, et Al.: *Systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice*. Family Practice 1997; 14:160-176.
9. Lancaster T., Stead L.: *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 18::CD000165.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Clinical Practice Guideline -Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - May 2008*.



Da sn a dx: V. Luciani, M. Del Donno, G. Mangiaracina.

Report da Benevento, 20-21 Giugno 2008 Le forche caudine del tabagismo

Si è svolto a Benevento, presso la Sala Conferenze del Seminario Arcivescovile nei giorni 20 e 21 giugno 2008, un interessante Convegno dal titolo "La disassuefazione dal fumo di tabacco: problema professionale o politica sociale?" Tale iniziativa, organizzata dal dr. Mario del Donno, Direttore della U.O.C. di Pneumologia del Dipartimento di Scienze Mediche dell'A.O. "G. Rummo" di Benevento, ha riunito a confronto l'esperienza e la professionalità di autorevoli relatori campani e nazionali da tempo dedicati alle problematiche relative al tabagismo.

Si è ribadito quanto il fumo di tabacco rappresenti la principale causa di morbosità e mortalità per patologie respiratorie e cardiovascolari in Italia e nel mondo e come, secondo stime dell'OMS, tale andamento è destinato a triplicarsi nel giro di un ventennio (P. Zuccaro, L. Carrozzi, F. Pistelli). Per affrontare con mezzi adeguati l'incremento di tali affezioni, sono attivi sul territorio nazionale Centri per la Cura del tabagismo il cui obiettivo è di curare in modo adeguato la dipendenza tabagica dei soggetti intenzionati a smettere di fumare.

A tale proposito, in considerazione dell'esistenza di diverse tipologie di disassuefazione non tutte dimostrate di reale efficacia, si è reso necessario stabilire un riconoscimento istituzionale dei Centri Antifumo della Campania.

La relazione del dr. Arcangelo Sena, medico pneumologo e responsabile del Centro di Prevenzione e Cura del Tabagismo dell'Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli, nonché referente e coordinatore regionale del tavolo tecnico del tabagismo

in Campania, ha chiarito tali aspetti legislativi. Il suo intervento ha definito la recente posizione dell'Assessorato alla Sanità in Campania nell'individuare finalità, obiettivi, modalità e strumenti di intervento in materia di tabagismo. Inoltre sono stati elencati i "Requisiti Minimi" che un Centro Antifumo deve applicare e soprattutto rispettare

per definirsi tale. Ebbene con viva soddisfazione, il dr. Sena ha annunciato che nella seduta di Giunta del 13 giugno 2008, è stata approvata la delibera che pianifica l'impegno della Regione Campania sul fenomeno tabagismo approvando dunque le caratteristiche essenziali di un Centro Antifumo. Il dr. E. Sabato ha focalizzato il suo intervento sulla necessità di inserire i percorsi di terapia del tabagismo nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Il dr. V. Zagà ha illustrato quelle che sono le ultime linee guida aggiornate in tema di terapia del tabagismo (statunitensi e italiane) illustrando i punti salienti delle raccomandazioni supportate dalla forza dell'evidenza. In particolare è stato preso in esame quanto disponibile come prima linea nel trattamento farma-

cologico (NRT, Bupropione, Vareniclina). Sui nuovi approcci terapeutici ha dottamente disquisito il dr. C. Chiamulera, ricercatore all'Università di Verona, sui nuovi approcci terapeutici e in particolare sul vaccino antinicotina di prossima uscita. L'argomento, come prevedibile, ha scatenato dubbi e curiosità nell'uditorio soprattutto sul suo posizionamento in ambito terapeutico. Ha concluso le relazioni il dr. V. Lucani sul ruolo del MMG nella prevenzione delle patologie fumo-correlate. Coccolati dal munifico dr. Del Donno, la due giorni non poteva non concludersi con un mini tour on the road per Benevento ad ammirare vestigia Sannitiche, romane, longobarde e papaline. Di particolare fascino l'arco romano di Traiano. A seguire pantagruelica cena in ambiente tipico beneventano. ■

*Meddix Tuticus
Maloenton*



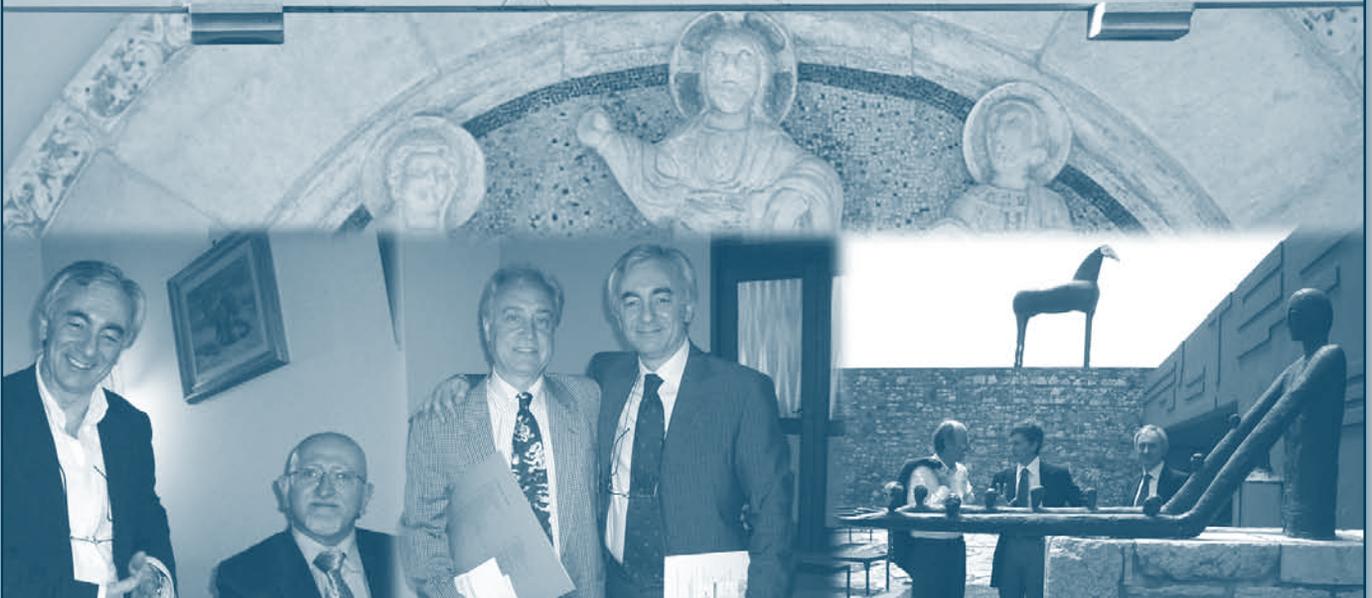
**Benevento, da sinistra:
Zuccaro, Del Donno, Mangiaracina.**



Meddix Tuticus

Il *meddix tuticus* (in lingua latina; plurale *meddices tutici*) o *meddiss toviks* (in lingua osca) era il più alto magistrato (*meddix*) tra i popoli sabellici, in particolare i Sanniti e i Volsci. Secondo Festo, *meddix* era un termine dallo stesso significato del latino *magistratus*. Veniva reso specifico dall'aggiunta di un aggettivo che lo qualificava. Il *meddix supremo*, il capo dello stato sannita, veniva chiamato *meddix tuticus* (*meddiss toviks*). Godeva di un'autorità completa ed illimitata. Diversamente dagli altri magistrati, che erano evidentemente a lui subordinati. Il *meddix tuticus*, figura politico-amministrativa, è ricordata da Tito Livio con il termine *praetor* proprio dell'ordinamento romano (Tito Livio, *Ab Urbe condita libri*, VIII, 39).

Più in particolare il *meddix tuticus* era il capo supremo del *Touto* (letteralmente "popolo") da cui prendeva il nome, ossia di quell'organismo composito a base corporativa, formato dall'unione di un insieme di *pagus*, che costituiva lo "Stato" sabellico. In quanto capo assoluto del suo popolo, ossia del suo *Touto*, aveva un potere decisionale massimo e autonomo, anche se sentiva il parere di altri. Oltre a sovrintendere all'amministrazione della legge, era il capo militare dello stato ed aveva un ruolo, in origine certamente quello principale, nella religione ufficiale. Nell'esercizio del potere supremo il *Meddix Tuticus* era evidentemente l'equivalente del Console romano. A differenza di quest'ultimo, però, esso non sembra avesse un collega con pari autorità.



News & Views



Giornata Mondiale senza Tabacco 2009

WHO Tobacco Health Warnings Avvertenze Sanitarie sul Tabacco

Il tema scelto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per celebrare la Giornata Mondiale senza Tabacco, che si terrà il 31 maggio 2009, è: *Tobacco Health Warnings* (Avvertenze Sanitarie sul Tabacco). Il tema va verso una comunicazione forte e senza sconti del messaggio. Le avvertenze sanitarie sul tabacco visibili sui pacchetti di sigarette sono tra

di fumare. Queste avvertenze illustrate appaiono in più di una dozzina di paesi. Per la Giornata Mondiale senza Tabacco e per tutto l'anno seguente, l'OMS esorterà i governi ad adottare le avvertenze sanitarie sul tabacco, che si sono rivelate altamente efficaci, incluse quelle che ricoprono più della metà del pacchetto, quelle visibili sia davanti che dietro il pacchetto e quelle che contengono figure. La

Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (FCTC) obbliga più di 160 stati membri ad introdurre le "Avvertenze sanitarie che descrivano gli effetti dannosi derivanti dall'uso di tabacco" sui pacchetti di tabacco e sugli imballaggi esterni e raccomanda che le avvertenze contengano figure. L'OMS lavora attraverso il suo dipartimento "Tobacco Free Initiative" per aiutare gli stati membri ad assolvere il loro obbligo, fornendo assistenza tecnica e di altro tipo. Come il Direttore Generale dell'OMS Margaret Chan afferma, "Abbiamo in mano la soluzione contro l'epidemia del tabacco a livello mondiale che minaccia la vita di un miliardo di uomini, donne e bambini nel corso di questo secolo". Le avvertenze sanitarie sul tabacco costituiscono una parte molto importante della soluzione di cui parla la Dott.ssa Chan.



le misure più incisive contro l'epidemia globale del tabacco. L'OMS è particolarmente favorevole alle avvertenze sanitarie sul tabacco che contengono sia figure che parole perché sono le più efficaci a persuadere le persone a smettere



Il Consiglio dei Ministri ufficializza l'Anno del Respiro 2009

Il **Consiglio dei Ministri**, nella seduta del **27 Marzo 2009**, su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha approvato la "Direttiva del Presidente del Consiglio per l'indizione nel 2009 dell'Anno del Respiro".

Con questo atto, in attesa della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica, si assicura l'impegno istituzionale del Governo Italiano ed il conseguente coinvolgimento di tutti gli organi dello Stato. Il provvedimento dovrà ora completare l'iter procedurale. La richiesta per ottenere il provvedimento era stata istruita dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che ha attestato l'importanza sanitaria, sociale ed epidemiologica delle malattie dell'apparato respiratorio e riconosciuto l'inderogabilità degli obiettivi strategici dell'Anno del Respiro e le attività di comunicazione proposte dalle Società Scientifiche che hanno lanciato l'Anno del respiro 2009, cioè AIPO, SIMER e FIMPST. Oltre alle Associazioni di pazienti, numerose sono state le adesioni di Società Scientifiche fra cui la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Il **Comitato Anno del Respiro** è composto da: Antonino Mangiacavallo, Antonio Corrado, Franco Falcone, Giuseppe Girbino, Vito Brusisco, Giovanni Viegi.

Le linee di programma generale approvate dal **Comitato Anno del Respiro**, di cui fanno parte gli Enti promotori, sono le seguenti:

- **Piano di comunicazione nazionale** che prevede la diffusione di comunicazioni tramite stampa, TV e canali Media, al fine di informare i cittadini e di creare e diffondere la cultura della prevenzione delle malattie respiratorie;
- Il piano sarà diffuso in occasione della **1° conferenza stampa nazionale** che si terrà a Roma all'inizio del 2009, alla presenza di importanti "testimonials" e delle figure Istituzio-

nali Sanitarie e Professionali più rappresentative, con il contributo delle Associazioni dei pazienti;

- Sviluppo di alcune iniziative scientifiche che vedono coinvolti il maggior numero di centri Universitari ed Ospedalieri, fra cui **ITAPRED** (*Progetto per la derivazione di equazioni di riferimento Italiane per i test di funzione respiratoria*) e **REGIRE** (*Registro Italiano Insufficienza Respiratoria*);
- Valorizzazione e promozione delle **giornate nazionali ed internazionali istituzionali** già esistenti, inserite nel circuito dell'Anno del Respiro, con rafforzamento delle attività e della partecipazione di tutti gli Associati e di tutte le Associazioni, attraverso un forte coordinamento nazionale:
 - Giornata nazionale delle patologie del sonno – 14 marzo
 - Giornata mondiale della tubercolosi – 24 marzo
 - Giornata mondiale dell'asma – 5 maggio
 - Settimana nazionale del respiro – 25-30 maggio
 - Giornata mondiale contro il tabagismo – 31 maggio
 - Meeting GARD Italy – Roma - 11 giugno
 - Giornata mondiale della bpcò – 27 novembre
- Apertura del Sito **www.annodelrespiro.it** che raccoglierà tutte le iniziative dell'Anno del Respiro, con link di accesso ai siti ufficiali degli Enti promotori e che vi invitiamo a consultare per essere sempre aggiornati su quanti parleranno per noi e di noi;
- **Attività AIPO - SIMER del 2009**; tutte le manifestazioni ufficiali saranno accompagnate dal *Logo Anno del Respiro* per portare all'esterno e all'interno della nostra Comunità scientifica il confronto ed il dibattito sui temi proposti, con l'impegno di promuovere e diffondere gli obiettivi sociali, culturali, educazionali ed etici della nostra iniziativa.



Cosa fa SITAB per l'anno del respiro

1. Servizio "INFOTAB" (attivo da lunedì a venerdì, dalle 10 alle 18) dedicato in esclusiva ai professionisti della salute, MMG e specialisti, con numero telefonico (348.6433378) ed email: info@tabaccologia.it.
2. Piano di formazione nazionale:
 - a) Tre livelli di formazione, orientata per target professionale.
 - b) Convegno Nazionale alla Villa Reale di Monza il 27 Maggio 2009 sul tema: "Dalle buone pratiche all'eccellenza".
3. Riviste e documentazione scaricabili in formato elettronico dal sito www.tabaccologia.org.
4. Rivista "Tabaccologia" gratuita a medici ed operatori della salute che ne fanno richiesta attraverso il servizio "INFOTAB", con logo "Anno del Respiro" in copertina.
5. Pubblicazione di un numero speciale, monografico, dedicato interamente all'Anno del Respiro.

2009 Le Sigarette costano Care
ANNO del
RESPIRO La Salute è Gratis

Germania Medici: riconoscere il tabagismo come malattia

I fumatori che non riescono a staccarsi dalla sigaretta vanno classificati come dei malati a tutti gli effetti.

A chiederlo è l'Ordine tedesco dei medici in un parere per il ministero federale della Salute.

Una valutazione della dipendenza da tabacco come "problema di lifestyle", che può essere risolto con semplici discussioni di gruppo, è del tutto inadeguata, spiega il testo. La maggior parte dei fumatori sono piuttosto degli "ammalati dipendenti". (ADUC - www.droghe.aduc.it/php/articolo.php?id=18671)

Il Commento

La proposta era già stata avanzata qualche mese fa da Michael Fiore, autore delle linee-guida americane per il controllo del tabacco e consulente scientifico degli ultimi due presidenti Usa. Fa eco l'Ordine dei medici della lob-



zzata Germania e il delegato di governo convoca immediatamente i rappresentanti di 30 organizzazioni nazionali. Le grandi compagnie del tabacco hanno in Germania il loro più potente ricettacolo europeo, e rappresentano la resistenza contro ogni tipo

di legge che riduca il consumo di tabacco. Siamo di fronte ad un fatto preciso: **il tabagismo è una malattia da dipendenza o qualcos'altro? Cosa in particolare?** La definizione spetta alla scienza. Per tale motivo, dal 23 al 26 settembre l'Italia ha ospitato il più grande evento scientifico su nicotina e tabacco mai realizzato sul suolo nazionale, l'SRNT-Europa: 500 scienziati, in rappresentanza dei maggiori istituti di ricerca del mondo, hanno lavorato a Roma per 4 giorni sui temi della ricerca di base, con i recenti studi nell'ambito delle neuroscienze, e su quelli della ricerca clinica, per una migliore definizione dei criteri di trattamento, dell'epidemiologia e delle strategie di prevenzione.

G. Mangiaracina

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 (Roma), 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 Pietrantonio (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: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia),

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

Con il Patrocinio:

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

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

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

Ricerca iconografica: Zagor & Kano

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

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

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

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

Finito di stampare nell'aprile 2009. Tiratura: 5000 copie.

Intervista al Presidente SITAB Dalle prassi all'eccellenza

intervista di **Manuela Giovenchi**

A Monza un confronto per rilanciare i Centri per il Trattamento del Tabagismo in Italia. Intervista al presidente, Biagio Tinghino.

TABACCOLOGIA: Il 27 maggio alla Villa reale di Monza la SITAB organizza una giornata nazionale per i medici dei servizi per il tabagismo. La cura della dipendenza tabagica poggia su una quantità impressionante di evidenze e studi clinici controllati, cosa c'è realmente di nuovo nel settore?

TINGHINO: Il titolo del convegno ("Dalle buone prassi all'eccellenza") ricorda che nel nostro territorio nazionale sono presenti ormai da anni diversi centri che hanno consolidato prassi cliniche efficaci. Il vero problema è l'eccessiva eterogeneità sia metodologica che dei risultati raggiunti. Questa giornata vuole essere un'occasione per fare il punto della situazione sulle ultime novità nel settore. Ma vogliamo anche fornire un contributo per facilitare lo scambio di esperienze, mettere a fuoco le criticità organizzative o cliniche dei centri e condividere i "gold standards" terapeutici.

TABACCOLOGIA: Quali obiettivi si pone la SITAB nel campo formativo?

TINGHINO: La nostra società ha nella sua mission l'offerta formativa. In Italia la situazione presenta punte di eccellenza e lacune spaventose a tutti i livelli. Per migliorare questa situazione la SITAB ha messo a punto una strategia multilivello. Si tratta di "pacchetti" formativi adatti agli operatori il cui mandato è di fare sensibilizzazione, informazione e minimal advise rispetto al tabagismo. Altri moduli sono stati progettati per il livello intermedio, come per es. gli specialisti delle patologie fumo-correlate, e infine è disponibile un modello formativo per i centri e gli ambulatori di trattamento del tabagismo. I docenti vengono abilitati ai vari moduli a seconda delle specifiche competenze e dell'esperienza clinico-didattica, in modo da garantire un livello qualitativo elevato delle iniziative affidate alla SITAB. I convegni come quello in programma a

Monza e le giornate di studio fanno parte di questa strategia.

TABACCOLOGIA: Il 2009 è l'Anno del Respiro. Ritenete che rivolgersi ancora agli operatori sanitari sia eccessivo, rispetto al bisogno di informazione della popolazione generale?

TINGHINO: Il lavoro di sensibilizzazione dei fumatori italiani è importante e per farlo occorre attuare strategie diversificate rispetto ai target. Resta però il fatto che i medici e gli operatori sanitari in generale hanno un ruolo determinante nel proporre il cambiamento di stile di vita ai fumatori e nel sostenerli a raggiungere questo obiettivo. Purtroppo solo pochissime università italiane offrono una formazione specifica ai professionisti della salute sui danni da fumo e sulle tecniche di trattamento della dipendenza da tabacco. La sensibilità degli operatori sta aumentando, ma c'è molto ancora da fare. I livelli di sensibilità e soprattutto di corretto approccio al problema devono migliorare. Curare il tabagismo dovrebbe essere una competenza, per il medico, familiare e basata sulle evidenze tanto quanto lo è curare l'ipertensione o il diabete. I Centri per il Trattamento del Tabagismo sono ancora pochi, poco in rete tra loro, vedono pochi pazienti, ma non dimentichiamo che hanno un importante ruolo strategico nel promuovere, a loro volta, formazione, sensibilizzazione, attività di prevenzione sul proprio territorio. E' molto sentito il bisogno di confrontarsi sugli aspetti tecnici, sulle difficoltà organizzative e di consolidare la rete. A Monza partiremo proprio da queste domande e proveremo insieme a costruire le risposte. ■



Teodolinda, Regina dei Longobardi, in una miniatura delle Cronache di Norimberga.

Eventi da non perdere

- ✓ Monza, 27 maggio 2009 - Convegno SITAB: "Dalle buone prassi all'eccellenza". (info: marcogadani@apricotonline.com).
- ✓ Roma, 29 maggio 2009 - "XI Convegno: Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Aula Pocchiarri dell'ISS. (info. Tel.: 06-49902634).
- ✓ Roma, 12 - 13 giugno 2009 - Assemblea Annuale della GARD (Global Alliance Against Respiratory Diseases), preceduta l'11 giugno da una riunione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la presentazione del Progetto GARD Italia.
- ✓ Roma, 14 giugno 2009 - Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO "un mandato globale per il trattamento della BPCO". Holiday Inn, Roma - Eur Parco dei Medici, ore 9.00-16.00. (Numero Verde 800 961 922 (lun. - ven., 10.00-13.00).
- ✓ Camigliatello Silano (CS), 22 - 24 Giugno 2009 - "Tabagismo: dalla pianificazione degli interventi alla pratica clinica" (Direttore del Corso Francesco Romano). Info: AIPO Ricerche (segreteria@aiporicerche.it) 02-36590350.

Tabac Mail

lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

@ Lettera aperta contro il plagio e i plagari

Porto all'attenzione dei lettori di Tabaccologia un caso di plagio occorso nell'ambito della ricerca sul tabacco. Come ricercatore sul tabacco e consulente, sono stato l'autore delle prime pubblicazioni sugli aspetti biomedici ed antropologici del fumo di narghilé (conosciuto anche come hookah o shisha). Tra essi, vi è una tetralogia monografica dedicata di 60 pagine concernente gli effetti sulla salute, pubblicata su Tabaccologia, e un volume la cui prefazione porta la firma del fondatore della Société Française de Tabacologie. [1][2].

Il caso di plagio è arrivato alla mia attenzione in occasione della Giornata Mondiale senza tabacco del 2007, meno di due mesi dopo la pubblicazione della mia opera [2]. Il nuovo volume portava la firma del presidente dell'OFT (Office Français du Tabagisme) e di un noto giornalista de Le Monde [3] in collaborazione con membri di altre organizzazioni, ed era stato divulgato attraverso una intervista pubblicata su Le Parisien [4]. L'articolo in questione ignorava l'esistenza del mio libro, tuttavia conteneva una intera frase estratta immutata dallo stesso. Il 27 maggio 2007 inviai una lettera di protesta al giornale, che l'autrice del suddetto articolo non ebbe difficoltà a riconoscere e a trasmettermi le sue scuse due giorni dopo. Il titolo del nuovo volume era "Tutto quello che non sapete sul narghilé", il che riprende in maniera simmetrica quello del mio libro: "Tutto quello che avreste voluto sapere sul narghilé". Ho dunque acquistato una copia di questo volume" e ho realizzato che rappresentava una sistematica opera di pirateria intellettuale, non solo del mio libro, ma anche delle mie precedenti pubblicazioni [2][5].

Il volume in questione contiene inoltre numerosi errori, come per esempio ritenere che uno studio condotto sulla concentrazione di COHb sugli addetti alla cottura di carne alla griglia fosse stato condotto su fumatori di narghilé (pagine 30-31).

Recentemente, il mio editore mi ha chiesto di pubblicare una tavola comparativa che mostrasse, caso per caso, il materiale copiato illegalmente per poterlo confrontare con la fonte originale. Questo materiale è consultabile on-line [6].

Il libro incriminato e' stato quindi citato tra le fonti in un articolo pubblicato da Becquemin et al., Revue des Maladies Respiratoires [7], in cui uno dei coautori è anche uno dei plagari, ma fortunatamente la mia lettera all'editore è stata tenuta in debita considerazione.

Purtroppo, l'editore del libro-plagio (Editions Margaux-Orange, Pa-

ris, specializzati in "letteratura scientifica") non lo ha ancora ritirato dal commercio [3], anzi ha espresso solidarietà verso i suoi autori (2 marzo 2009: "mais je suis solidaire de mes auteurs avec lesquels je suis lié par des contrats rigoureux").

Chiaramente il plagio viola tutti i codici etici nell'ambito della ricerca biomedica [8,9]. Le Guidelines on Good Publication Practice pubblicate dal COPE (Committee on Publication Ethics), dichiarano in particolare: "Ogni volta che viene riconosciuto che una inaccuratezza significativa, una dichiarazione fuorviante od un report travisato e' stato pubblicato, deve essere corretto prontamente e col dovuto rilievo. Una dichiarazione di scuse deve essere pubblicata, se appropriato. Se dopo una appropriata investigazione un articolo viene trovato ad essere fraudolento o contiene errori rilevanti che non sono apparenti nel testo, l'articolo deve essere ritirato. La parola "ritirato" deve essere usata nel titolo del ritiro per assicurarsi che venga rilevata dai sistemi di indicizzazione. Critiche convincenti da parte dei lettori devono essere pubblicate, a meno che gli editori non abbiano ragioni convincenti per non farlo. Gli autori del materiale oggetto della critica devono solitamente avere la possibilità di pubblicare una risposta" [8].

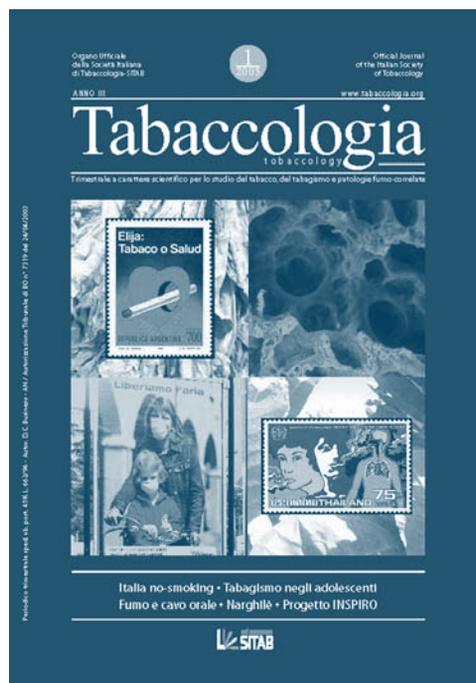
Vi sarebbe ora un vasto consenso sulla piaga del plagio. The Lancet mette in guardia i potenziali autori affermando sul proprio sito che "il plagio viene globalmente riconosciuto come una seria offesa accademica". L'Università di Ginevra sta preparando un vero e proprio piano di azione antiplagio [10], mentre il gruppo editoriale Elsevier ha sviluppato un sistema originale antiplagio chiamato PERK [11]. Gli autori sanno o dovrebbero sapere che al di là dell'etica editoriale, vi è la preservazione dell'integrità e dell'attendibilità scientifica. Recentemente, alcuni ricercatori libanesi, che avevano utilizzato solo alcune mie frasi tratte dal

mio libro e dalla Tetralogia pubblicata su Tabaccologia, avendo dimenticato di citare le fonti, hanno, da onesti ricercatori, pubblicato le loro scuse ufficiali sulla stessa rivista, la Revue des Maladies Respiratoires. [12].

Per queste ragioni, ho desiderato avvertire la rivista Tabaccologia, sperando che questo appello antiplagio sia letto e ascoltato ovunque nel mondo scientifico. Nel mio caso specifico, dal momento che i plagari non si sono mai scusati per il loro illecito, considero l'idea di citarli in giudizio. E' solo una questione di tempo, almeno fino a quando l'epidemia da narghilé nel mondo mi vedrà pienamente coinvolto.

Kamal Chaouachi

Tobacco Researcher and Consultant, Paris - France
<http://PublicationsList.org/kamal.chaouachi>



An Open Letter against Plagiarism and Plagiarists

I wish to draw the attention of Tabaccologia's readers to a case of plagiarism in tobacco research. As a researcher and consultant in this field, I have authored the first comprehensive publications on hookah (narghile, shisha) smoking, both from a biomedical and anthropological perspective. Among these, are a 60-page tetralogy on hookah and health which was published in Tabaccologia and a book prefaced by the founder of the French learned society of tabaccology [1][2].

The case of plagiarism was drawn to my attention on the occasion of the 2007 WHO World No Tobacco Day, less than two months after my own work came out [2]. The new book was authored by the president of the OFT (Office Français du Tabagisme) and a renown columnist at Le Monde [3], in collaboration with members from other organisations. It was advertised in the form of an interview published in Le Parisien [4]. This last article actually ignored the existence of my own book and, amazingly, contained a full sentence

directly extracted from it. So, on the 27th of May 2007, I lodged a complaint to the newspaper and, two days later, the female journalist eventually acknowledged the facts and apologised. The title of the new book would read, in English: "Everything You Do Not Know about Shisha (narghile)". After I purchased a copy of this book, I realised that it was an act of intellectual and systematic piracy, not only of my own book but also of my other previous publications [2][5]. Furthermore, the book contains numerous and serious errors. For example, it cites a study about COHb among meat grillers as one that would have been carried

out on hookah smokers (pages 30-31). Recently, the Publisher of my book asked me to provide a comparative table listing, point by point, the illegally copied material in order to confront it with the original source. Such a table is now available online [6]. In a recent study by Becquemin et al. (Revue des Maladies Respiratoires) [7], co-authored by one of the plagiarists, the book is cited as a bibliographical reference. After informing the Editors, I was glad to see that my message was taken in due consideration. However, the Publisher of the plagiarists' book (Editions Margaux-Orange, Paris, specialised in "scientific literature"), who has never withdrawn it from his collections on sale [3], has openly stated that he stands up for his "authors" and sympathises with them (March 2, 2009: "mais je suis solidaire de mes auteurs avec lesquels je suis lié par des contrats rigoureux").

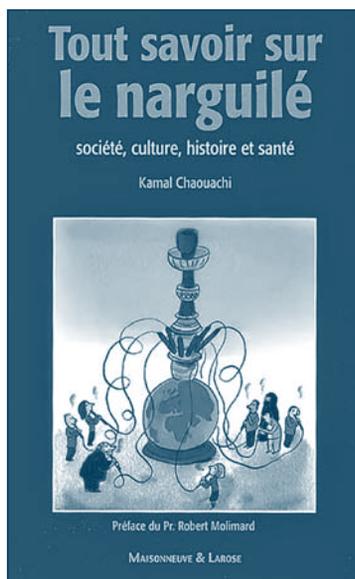
Clearly, plagiarism violates all ethical codes in biomedical research [8,9]. The "Guidelines on Good Publication Practice" issued by COPE, the Committee on Publication Ethics, state, in particular: "Whenever it is recognised that a significant inaccuracy, misleading statement or distorted report has been published, it must be corrected promptly and with due prominence. An apology must be published whenever appropriate. If after an appropriate investigation articles prove to be fraudulent or contain major errors that are not apparent from the text, the articles should be retracted. The word

retraction should be used in the title of the retraction to ensure that it is picked up by indexing systems. Cogent criticisms from readers should be published unless editors have convincing reasons why they cannot be. Authors of criticised material should usually be given the opportunity to have a response published"[8].

There is now a wide consensus on the plagiarism plague. On its site, The Lancet warns its potential contributors that "plagiarism is globally recognised as a serious academic offence". The University of Geneva is preparing a real own Action Plan against Plagiarism [10] while the Elsevier Group has developed an original anti-plagiarism system called PERK [11]. Indeed, editorial offenders must know that beyond editorial ethics, lies the horizon of scientific integrity and accountability. Recently, researchers from Lebanon, who had used only but a few sentences from my book and Tetralogy published in Tabaccologia, and forgotten to cite the source, have, as true scientists, honestly published an official apology in the Revue des Maladies Respiratoires [12]. For all these reasons, I wished to alert Tabaccologia, hoping that this call against plagiarism will be read and heard everywhere in the scientific world. More specifically and since the plagiarists have never apologised for their crime, I contemplate the idea of filing a suit against them. This is just a question of time against the background of the world hookah epidemic which has kept me busy so far.

Kamal Chaouachi

Tobacco Researcher and Consultant, Paris - France
<http://PublicationsList.org/kamal.chaouachi>



References:

1. Chaouachi. Tetralogy on Narghile (Hookah, Shisha) and Health. Part 1: Presentation (Tabaccologia 2005; 1: 39-47); Part 2: Chemistry (Tabaccologia 2005; 3: 27-33); Part 3: Diseases (Tabaccologia 2006;1:27-34); Part 4: Public Health and Prevention (Tabaccologia 2006;4:29-38). Full text (in Italian) free plus English and French abstracts available online at: <http://www.tabaccologia.org/rivista.html>
2. Chaouachi K. Tout savoir sur le narguilé. Société, culture, histoire et santé. Paris [Eng.: Everything about Hookahs. Society, Culture, Origins and Health Aspects]. Maisonneuve et Larose 2007, 256 pages, colour (page 85). ISBN : 978-2-7068-1954-4 <http://maisonneuveetlarose.fr/f/index.php>
3. Bertrand Dautzenberg and Jean-Yves Nau. Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha (Everything You Do Not Know about Shisha (Narghile)). Editions OFT et Margaux-Orange 2007 (mai). <http://www.margauxorange.com/produit.php>
4. Alexandra Echkenazi. Une pipe à eau qui inquiète l'OMS (A water pipe that gets WHO concerned). Le Parisien 2007 (24 May).
5. Chaouachi K. Shisha, hookah. Le narguilé au XXI^e siècle. Bref état des connaissances scientifiques (Narghile, Hookah in the 21st Century: An Overview of the Scientific Knowledge). Le Courrier des Addictions 2004, 6(4):150-152. http://docs.google.com/Doc?id=dgbz283m_78gkhtv
6. Comparative table : http://kamcha.googlepages.com/PLAGIAT_Bertrand_DAUTZENBERG_Jean_Yv.pdf
7. Becquemin MH, Bertholon JF, Attoui M, Roy F, Roy M, Dautzenberg B. Tailles particulières de la fumée de chicha (Particle size in water pipe smoke). Rev Mal Respir 2008 Sep;25(7):839-46.
8. COPE, the Committee on Publication Ethics, is "a code of conduct for editors of biomedical journals", "a suggested code of conduct for editors to guide them towards being fair to authors, researchers, and readers": <http://www.publicationethics.org.uk/guidelines/code>
9. ICMJE. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Updated Oct. 2007: <http://www.icmje.org/index.html#correct>
10. Fabienne Bogadi. L'Université de Genève prépare un plan d'action contre le plagiat (The University of Geneva is preparing an Action Plan against Plagiarism). Le Temps (Switzerland), 2007 (24 Aug).
11. Elsevier Publishing Ethics Resource Kit (PERK): <http://www.elsevier.com/wps/find/editorshome.editors/Introduction> / Elsevier and Plagiarism : http://ees.elsevier.com/ft/els_plagiarism.html
12. Riachy M, Rehayem C, Khoury C, Safi J, Khayat G, Aoun-Bacha Z, Saade-Riachy C, Kouche N, Geahchan N. Lettre d'excuses au Dr Kamal Chaouachi (An apology to Dr Kamal Chaouachi). Revue des Maladies Respiratoires 2009 Jan; 26 (1): 98.



Società Italiana di Tabaccologia

Convegno
**Dalle buone
 prassi
 all'eccellenza**



**Monza
 Villa Reale
 27 maggio 2009**

**Teatrino di Villa Reale
 V.le Brianza 2 - 20052 Monza**

Programma Scientifico

- 9.00 - 9.15 Registrazione partecipanti.
 9.15 - 9.30 Apertura dei lavori e saluto delle autorità e delle società scientifiche.
 9.30 - 9.45 Introduzione al convegno. (B. Tinghino)

I Sessione

Moderatore: G. Mangiaracina

- 9.45 - 10.15 Dal progetto INSPIRO ai LEA: criticità e proposte. (Zagà)
 10.15 - 11.15 Tavola rotonda: Modelli di trattamento del tabagismo. (Mangiaracina, Poropat, Enea, Pulerà).
 Discussione
 11.15 - 11.30 Pausa

II Sessione

Moderatore: C. Chiamulera

- 11.30 - 12.00 La terapia farmacologica: efficacia, e sperienze, prospettive. (Baraldo, Zagà)
 12.00 - 12.30 Overview su evidenze e Linee Guida Internazionali. (Chiamulera)
 12.30 - 13.00 L'approccio ai casi complessi. (Tinghino)
 Discussione

III Sessione

Moderatore: M. Del Donno

- 14.00 - 14.30 Organizzare un CTT. (Del Donno)
 14.30 - 15.00 La rete sul territorio. (Beatrice)
 15.00 - 16.00 Focus groups: lavori in piccoli gruppi, discussione e sintesi in plenaria "La rete dei CTT in Italia: criticità e proposte". (Del Donno, Tinghino)
 16.00 - 16.30 Conclusione: raccomandazioni e risultati del lavoro nei focus groups. (Tinghino)
 16.30 - 16.50 Test con compilazione del questionario ECM e schede di valutazione del Corso.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia
 Via G. Scalia 39, 00136 Roma
 Tel. 06 39722649
 Fax 1782215662
 Email: info@tabaccologia.it
 web: www.tabaccologia.org

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA APRICOT S.r.l.

Sede Operativa: Via Privata A. Bonzagni, 16
 20149 Milano
 Tel./Fax 02.48100813
 Email: info@apricotonline.com
 web: www.apricotonline.com
 Email: marcogadani@apricotonline.com

Sponsor principale
del festival



FCUBO.COM

parliamo di valori

Il valore di stare insieme coi propri figli, di dialogare, di imparare gli uni dagli altri, di divertirsi in modo intelligente, di costruire il futuro. Noi del Fuggi Family Festival proponiamo una nuova idea di vacanza, con tante anteprime di film e animazioni, un mondo di giochi, i personaggi più amati, le serate più divertenti, gli incontri dedicati all'approfondimento di tematiche culturali ed educative che renderanno il villaggio del festival il luogo più appassionante, conveniente e stimolante per le famiglie che decideranno di trascorrere una vacanza indimenticabile a pochi chilometri da Roma, dal 25 Luglio al 1 Agosto 2009.



Una vacanza ricca di valori.

Informatevi sulla vostra vacanza nel sito www.fuggifamilyfestival.org

Con il contributo di



Con il sostegno di



Media Partners



TV libera tutti.

Il festival è realizzato in
collaborazione con il



Forum delle
Associazioni
Familiari