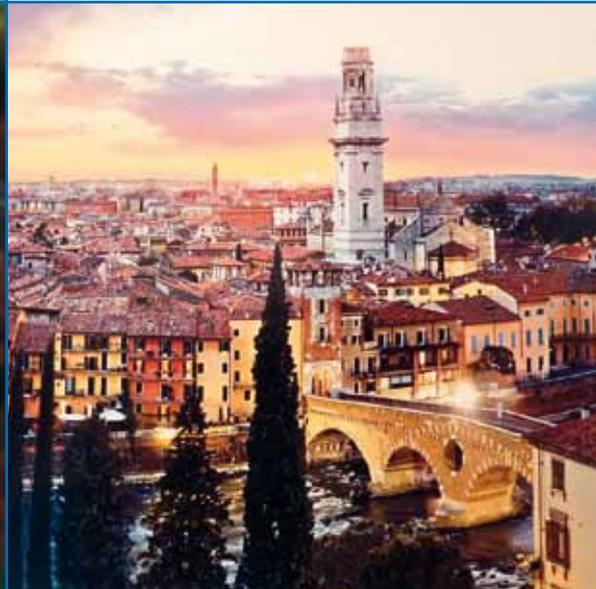
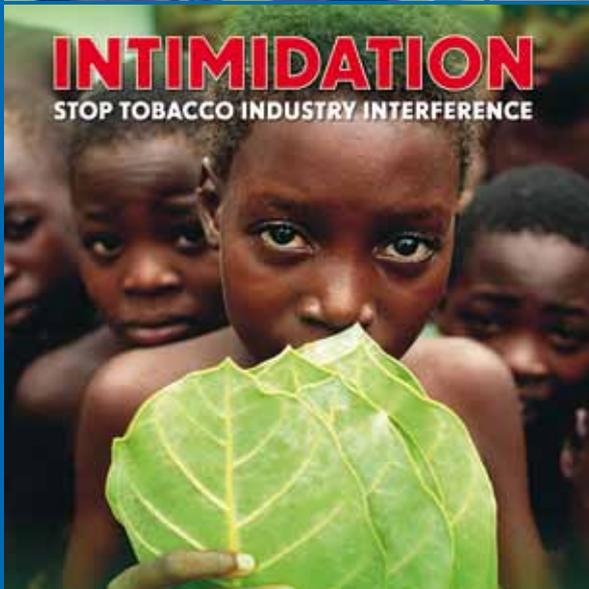
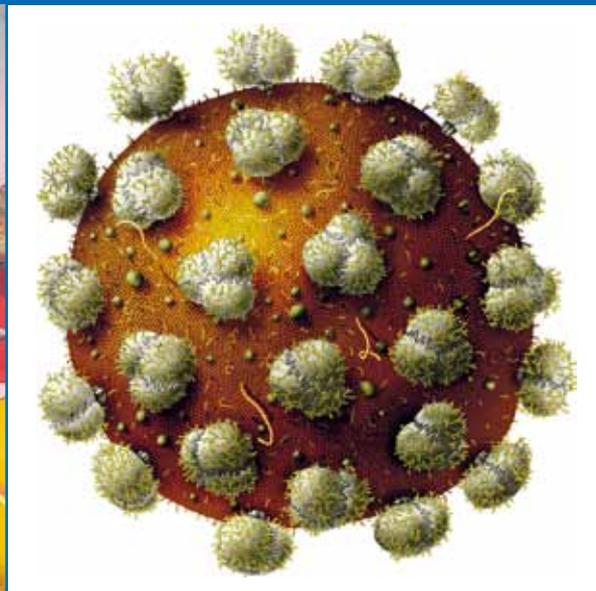


Tabaccologia

Tobaccology

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study on tobacco, tabagism and tobacco-related diseases



L'importanza della spirometria nei fumatori
Cardiopatici fumatori... al FRESCO
Eroinomani fumatori: figli di nessuno
I disturbi affettivi nei fumatori



Cosà bolle in redazione

Tabacco solo ai maggiorenni

Mentre andiamo in stampa, in un fine agosto sahariano, apprendiamo di una bozza di decreto legge sulla sanità del Ministro Balduzzi in cui finalmente vengono recepite istanze antifumo di prevenzione primaria che SITAB già portò in una audizione alla Commissione Sanità del Senato: a) si eleva il divieto di vendere sigarette dai 16 ai 18 anni. Le multe potranno arrivare fino a mille euro, che diventano duemila in caso di recidiva. Inoltre in questo caso è prevista anche la sospensione, per tre mesi, della licenza all'esercizio dell'attività. Per questo i rivenditori "hanno l'obbligo di chiedere all'acquirente, all'atto dell'acquisto, l'esibizione di un documento di identità, tranne nei casi in cui la maggiore età dell'acquirente sia manifesta"; b) entro diciotto mesi dall'entrata in vigore del decreto, "i distributori automatici per la vendita al pubblico di prodotti del tabacco (...) devono essere dotati di un sistema automatico di rilevamento dell'età anagrafica dell'acquirente.

Se il provvedimento non sarà annacquato o addirittura cassato, sarà un bel passo avanti nella protezione dei ragazzi dal fumo di tabacco. Il resto toccherà farlo a noi adulti, insegnanti, genitori, medici o forze dell'ordine che siano, far rispettare le norme in vigore ed esercitare attività informativa ed educativa, ognuno secondo le proprie specifiche competenze, sul problema tabagismo. E SITAB, anche con il suo organo ufficiale, Tabaccologia, in questo enorme puzzle, cerca di contribuire, nel suo piccolo, agli sforzi per il controllo del tabacco. In questo senso va anche la petizione al Ministro della Salute Balduzzi per l'inserimento del trattamento del tabagismo nei LEA. Il prof. Tantucci (UniBS), col suo editoriale, ci spiega come, quando e perché fare una spirometria al fumatore, anche asintomatico ma con un sicuro fattore di rischio come il fumo di tabacco, al fine di una individuazione precoce della patologia. E siamo in perfetta sintonia quando ci sprona a cambiare strategia terapeutica, non più "inseguendo in modo attendistico" l'aggravarsi della patologia per incrementare il trattamento, ma, "dopo averla ben studiata e stadiata, di aggredirla subito con un trattamento di volta in volta adeguato". Una approfondita review della Cosci e Bartoli (UniFI) ci introduce negli intricati disturbi affettivi dei fumatori, mentre Lugoboni e coll. (UniVR) ci presenta uno studio originale sullo smoking status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva, confrontato con i fumatori della popolazione generale intenzionati a smettere. Da Napoli Vito e coll. ci presentano un interessante modello di presa in carico globale per il trattamento antifumo dei pazienti Hiv+. Romano et al. illustrano un progetto sperimentale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza sull'attività in rete mirata alla prevenzione e alla cura del tabagismo nei luoghi di lavoro. In News & Views segnaliamo una interessante iniziativa della Regione Emilia-Romagna che può costituire un buon precedente anche per altre Regioni: l'esenzione ticket per il trattamento del tabagismo col il codice delle dipendenze 014.304 ("Dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope"). Nel frattempo, come potrete leggere in Perspectives & Research, L'ANMCO col supporto della stessa Regione decidono di mettere... al FRESCO i cardiopatici fumatori post-infarto. In Tabac Mail vi mostriamo un esempio di informazione sanitaria falsa e menzognera ad opera del giornalista Filippo Facci di Libero a cui non "gliela abbiamo mandata a dire". Infine un *save the date*: l'VIII Congresso Nazionale SITAB che si terrà a Verona il 2 novembre 2012.

Buona lettura e un arrivederci presto a Verona.

Vincenzo Zagà
(caporedattore@tabaccologia.it)

Sommario

tabaccologia: hoc est tabaci, seu nicotianae descripti medico-chirurgico-pharmaceutica vel eius praeparatio et usus in omnibus ferme corporis humani incommodis.
per JOHANNEM NEANDRUM BREMANUM.
(NEANDER JOHANN, 1626).

EDITORIALI

- Alpini per caso. (G. Mangiaracina) **3**
- La spirometria nei fumatori: come, quando, perché? (C. Tantucci) **5**

FOCUS ON

- Arte & scienza unite contro il fumo. (A. Cavazzi) **7**
- Incursioni dei graffiti in letteratura. (V. Zagà, C. De Stasio) **8**
- Un tag tra reale e fiabesco. (C. De Stasio) **9**

PERSPECTIVES & RESEARCH

- Cardiopatici fumatori... al FRESCO **11**
FRESCO project for cardiopatic smokers (S. Urbinati)

ABSTRACT & COMMENTARY

- Tumore polmonare: trend in aumento tra fumo attivo, passivo e di terza mano. (F. Salvati, V. Zagà) **13**
- Adenocarcinomi nei non fumatori. News dalla ricerca genomica. (V. Zagà) **15**
- UE 2012: previsti 1,3 milioni di morti per cancro. Tassi in calo tranne che per polmone e pancreas. (V. Zagà) **15**

ORIGINAL ARTICLE

- Figli di nessuno: lo smoking status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva. Confronto con i fumatori della popolazione generale intenzionati a smettere. *Nobody's sons: tobacco addiction and smoking status in heroin addicts vs. smokers from the general population intending to quit smoking.* (F. Lugoboni, B. Pajusco, C. Chiamulera, L. Moro, GICS) **16**

PROJECT ARTICLES

- Trattamento antifumo per pazienti Hiv+ Un modello di presa in carico globale. *Anti-smoking treatment for Hiv+ patients. A model of comprehensive care.* (A. Vito, I. d'Alessandro, R. Parrella) **24**
- Progetto sperimentale dell'A.O. di Cosenza sull'attività in rete per la prevenzione e la cura del tabagismo nei luoghi di lavoro. *Pilot project in Cosenza Regional Hospital on webnet actions aiming to prevent and treat tobacco-related illnesses in workplaces.* (F. Romano, F. Fazzari, L. Marrocco, R. Pucci, M.I. Scarlato, F. Fratto, V. Surace) **28**

REVIEW ARTICLE

- I disturbi affettivi nei fumatori (G. Bertoli, F. Cosci) **33**
Affective disorders in smokers

NEWS & VIEWS

- Petizione SITAB per promozione delle cure per il tabagismo e inserimento nei LEA. (B. Tinghino) **39**
- Un'App per smartphone sui Centri Antifumo. (S. Bucci, G. Deiuri, M. Ipcovana, M. Maiano, S. Minghinelli) **40**
- Operativa l'esenzione ticket/dipendenze per il trattamento del tabagismo. (V. Zagà) **42**
- News & Views/Report **42**

TABAC MAIL

- Tabagismo: notizie false e tendenziose. Perché? **47**
- Fumo passivo condominiale. **47**
- Il lemma «tabaccologia» sul vocabolario Treccani on-line. **48**

Istruzioni per gli Autori

Tabaccologia (*Tobaccology*) 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 strutturati 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 degli autori che il **consenso informato** è stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio.

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

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

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

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

Bibliografia: Dopo il manoscritto devono essere indicate le **referenze** citate, come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato dentro parentesi quadra. 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.

Segreteria di redazione e marketing: Alessandra Cavazzi
E-mail: tabaccologia@gmail.com

Come ricevere la rivista

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

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

Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2012 è di € 50,00 (€ 25,00 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto). Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.it ed inviato alla dott.ssa Francesca Zucchetta:

- per posta ordinaria: c/o Qj Studio, P.zza G.La Pira, 18, Lissone (MB)
- per fax: 0393940283
- per e-mail: francesca.zucchetta@tin.it

Instructions to Authors

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

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

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

Original Articles in Italian and English languages are considered for publication. For articles in Italian: title, abstract and key words in English must be provided as well. Articles in English will be translated into Italian by the editorial office.

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

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

In the Original Articles it must be structured in the following way: *Introduction, Methods, Results, Conclusions* and 3 to 5 *keywords*.

The **manuscript body** follows 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 be provided for Review articles as well.

Original Articles that include any diagnostic or therapeutic procedure 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, revised in 2000. If doubt exists whether the research was accomplished 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 which institutional and national guide for 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 judgement. 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, of 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 fundings from tobacco industries and companies. Therefore, these contributions will not be considered for publication.

Bibliography: 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 square bracket. Quoted journal's articles should indicate: surname and name initials of all authors (max 6), complete title of the article in original language, abbreviated information of the journal according to the Medical Index, publication year, volume and 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 authors' initials, the chapter title, surname and initials' book authors, editor, place and year of publication. For example: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

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

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

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

Editorial and marketing secretary: Alessandra Cavazzi
E-mail: tabaccologia@gmail.com

How to receive the journal

a) Annual subscription is € 40,00 to be sent by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, Account n. 010000001062; CAB 02401; ABI 03032; IBAN IT02U0303202401010000001062

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

How to become SITAB member

The SITAB membership fee for 2012 is € 50,00 (€ 25,00 for nurses, 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 website www.tabaccologia.it and send it to Dr. Francesca Zucchetta:

- by mail: c/o Qj Studio, P.zza G.La Pira, 18, Lissone (MB)
- by fax: 0039-0393940283
- by e-mail: francesca.zucchetta@tin.it



Alpini per caso

Giacomo Mangiaracina

Quando Wayne McFarland, medico, ed Elman Folkemberg, giovane sociologo e pastore della comunità avventista, pubblicarono nel New Jersey *"How to stop smoking in five days"*, era il 1962. Avevano già alle spalle un'esperienza di almeno sette anni con una "terapia di gruppo" mai vista prima, per aiutare i fumatori a smettere. Il volumetto, che ho reperito negli Usa a 3,95 dollari, più 30 dollari di spedizione, lo considero una reliquia, anche se nella sostanza è una piccola guida che descrive *step-by-step* il loro approccio senza alcuna descrizione teorica, senza riferimenti a metodologie già sperimentate, per il solo fatto che la ricerca in materia di tabacco si limitava a quel tempo a correlare il fumo con le varie patologie. Il rapporto Luther Terry sarebbe stato pubblicato nel 1964 e quelli dell'OMS e del Royal College of Physicians negli anni Settanta. Non si poteva pretendere di più. D'altro canto è sintomatico il fatto che nella presentazione del volume gli autori definissero l'approccio *"an amazing successful method for getting rid of the cigarette smoking habit"* (un metodo straordinariamente efficace per sbarazzarsi dell'abitudine al fumo). Oggi pretendiamo nel modo più assoluto che si conosca bene la differenza tra abitudine e dipendenza sul piano teorico e pratico ma quello era il tempo del nulla, dove si ponevano le pietre miliari della conoscenza tabaccologica e nella terapia del tabagismo.

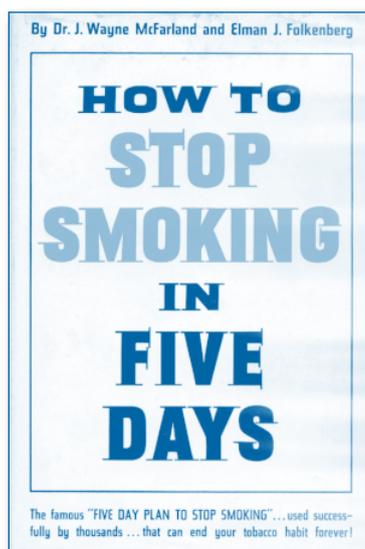
Trent'anni dopo McFarland e Folkemberg io pubblicavo *"Uscire dal Fumo"*, che oggi guardo bonariamente e con tenerezza, poiché nell'Italia di allora i riferimenti in ambito editoriale erano davvero fiacchi e senza dubbio portavo qualche novità, quantomeno

nel considerare il problema in modo sistemico, mostrando che c'erano da scoprire tutti i continenti nel mondo del tabacco.

Da allora la produzione editoriale si è intensificata in vari modi, specie con proposte di trattamenti "antifumo", magari offerti in cofanetti eleganti corredati di dvd esplicativi. Ma il 2012 è l'anno da ricordare per tre uscite in libreria che portano per così dire il sigillo Sitab, visto che gli autori la rappresentano. Biagio Tinghino, Fabio Lugoboni e Fabio Beatrice fanno tre lanci lunghi in tre direzioni. Tinghino affronta la materia specialistica a cui ha dedicato gran parte della sua formazione professionale e lo fa nel modo più autorevole: "Stili di vita e tabagismo, strumenti di counselling per motivare al cambiamento" [1]. Lugoboni orienta l'attenzione verso il medico nel rapporto con i suoi pazienti, con un titolo ad impronta familiare, da collega a collega, che ripete il verso dello "smettere facile", ma che così non è, mentre lo è la sua proposta:

"Aiutare a smettere di fumare? È più facile di quanto pensi" [2]. Beatrice invece opta per l'area divulgativa e lo fa con una oculata collaborazione, la giornalista di Repubblica Jhoanna Rossi Mason, con la prefazione di Luciana Littizzetto, la presentazione di Roberta Pacifici, e un titolo accattivante: "101 motivi per non fumare" [3].

Ciascuno ha lavorato per proprio conto seguendo la traccia del cuore oltre che della mente, il che permette a noi operatori della salute di guardare dentro e fuori. Dentro, alle nostre





competenze, alle nostre capacità, alle nostre abilità. Fuori, all'universo dei problemi e delle possibilità nel quale siamo immersi completamente, che respiriamo ogni giorno, ma di cui anche ci nutriamo, che ci sfidano e che sfidiamo. È il cuore che ci porta con passione ad esaminare i vuoti, a guardare nel buio del pozzo, sperando che l'elaborato delle nostre fatiche, opportunamente confezionato, riesca a colmarne qualcuno, anche in parte.

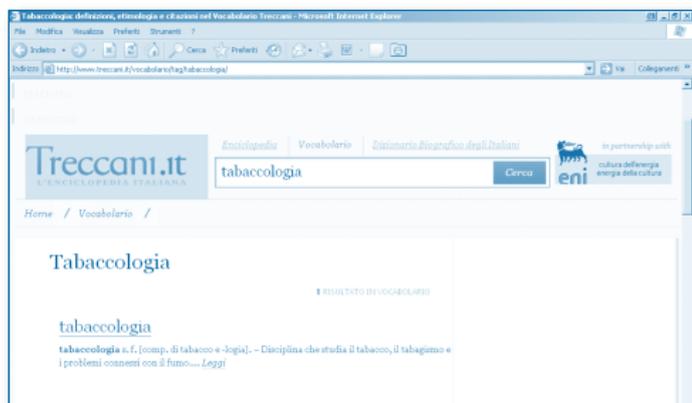
La triade delle pubblicazioni di quest'anno abbraccia per intero tutto il processo che ruota intorno alla terapia e alla prevenzione: l'informazione al cittadino, la formazione essenziale degli operatori della salute e l'empowerment delle competenze e della professionalità. Come se gli autori si fossero messi prima d'accordo. La misteriosa

orchestrazione occulta può spiegarsi con lo scambio ripetuto delle esperienze individuali e la capacità di riconoscere la propria individualità e i propri limiti. Questa diversità ci rende efficaci ed amplia le possibilità.

Agli antipodi di quanto detto, il 2012 è senz'altro un anno da ricordare anche per un altro piccolo avvenimento, il riconoscimento della parola "tabaccologia" da parte del Vocabolario Treccani. Ci sono voluti più di dieci anni prima che avvenisse, dopo che le nostre richieste iniziali erano rimaste infruttuose. A ben vedere la cosa non è di poco conto. Oggi parliamo con una certa disinvoltura di cartella clinica tabaccologica o di colloquio tabaccologico, ma proveniamo da un tempo in cui il nuovo lemma suonava strano o addirittura ambiguo: "siete contro o a favore del tabacco?". Questa disciplina sta ottenendo la dignità di cui necessita e pure il riconoscimento lessicale che la definisce in modo inequivocabile. È il solito maledetto percorso in salita, duro, ma amatissimo dagli alpini. ■

Giacomo Mangiaracina
(direttore@tabaccologia.it)

1. www.pensiero.it/catalogo/recensioni.asp?page=pagine_aperte_532_tinghino
2. www.edizioneed.it/libro.aspx?id=1002
3. www.libreriauniversitaria.it/101-motivi-non-fumare-rossi/libro/9788862504362





La spirometria nei fumatori: come, quando, perché?

Claudio Tantucci

Nonostante molti buoni propositi e alcune leggi dissuasive importanti, la percentuale dei fumatori abituali in Italia rimane sostanzialmente imm modificata, intorno al 30% della popolazione generale con valori ancora più alti negli adolescenti, specialmente nel sesso femminile. Nelle nostre città, in particolare nelle metropoli, ed in alcune aree geografiche svantaggiate da peculiari condizioni climatiche e da una eccessiva concentrazione industriale ed infrastrutturale, l'inquinamento atmosferico continua ad aumentare senza alcuna seria politica ambientale da circa 20 anni. È notizia quotidiana la precarietà degli ambienti di lavoro in rapporto alla protezione della salute, specialmente per quanto concerne l'atmosfera cui si è esposti in spazi confinati per molte ore al giorno e per molto tempo. Se a tutto ciò si aggiunge da un lato la migliorata sopravvivenza di neonati che nascono prematuri e sottopeso spesso sono broncodisplasici e dall'altro lo spettacolare incremento della aspettativa di vita media con un inesorabile invecchiamento della popolazione, si comprende come a breve termine l'incidenza delle malattie ostruttive croniche delle vie aeree e del parenchima polmonare su base immuno-flogistica non sia certo destinata a diminuire. In particolare tra queste, già oggi, la bronchiolite cronica associata o meno all'enfisema centrolobulare e l'enfisema panlobulare quando sono sufficientemente gravi da causare la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresentano la quarta causa di morte della popolazione generale e diventeranno la terza nel 2020 [1, 2]. Secondo una proiezione del Global Burden of Disease Study nel 2030 la BPCO sarà la quarta causa di disabilità e responsabile di circa il 4% delle perdite in termini di anni di vita aggiustati per la disabilità (DALY) nel mondo, seconda solo alle malattie cardiovascolari, inclusa la cardiopatia ischemica, alla depressione e agli incidenti stradali [1]. La attuale prevalenza della BPCO nella popolazione generale varia tra il 5 ed il 13% a seconda delle diverse zone geografiche [3] e nel nostro paese è ragionevolmente stimata tra 8 e 12% con punte di oltre il 20% nei soggetti di età superiore a 70 anni [4].

Dovrebbe essere evidente a chi si occupa di salute e sanità pubbliche la necessità di pre-occuparsi di questa patologia, per meglio comprenderne i fattori di rischio, la storia naturale, la progressione della perdita funzionale, la più efficace tempistica di diagnosi e di intervento. Tutto ciò in funzione di ottenere alcuni risultati fondamentali quali la riduzione della morbilità e l'aumento della sopravvivenza

nelle migliori condizioni di autonomia possibili, con favorevoli ricadute anche di tipo socio-economico-sanitario.

Fermo restando l'ovvia importanza di ridurre l'incidenza di BPCO con seri e prolungati programmi di prevenzione primaria basati su interventi di tipo socio-educazionale, strutturale-urbanistico, demografico-ambientale, auspicabili (ma di improbabile attuazione nel nostro paese), sulla base di recenti acquisizioni scientifiche molto di più e con più efficacia si potrebbe realisticamente fare intervenendo sulla prevenzione secondaria, in pratica sulla individuazione precoce della patologia.

Oggi infatti i principali fattori di rischio per lo sviluppo di BPCO sono conosciuti, si è appurato che la maggior e più rapida perdita di funzione respiratoria (valutata in termini di declino annuale del VEMS) avviene negli stadi precoci (e meno gravi) di ostruzione e non i quelli tardivi (e più gravi) [5] e si è osservato che esistono dei fenotipi (legati alla malattia di base) che rispondono molto bene anche alle terapie attualmente disponibili [6]. Di conseguenza si inizia a comprendere che forse è giunto il momento di cambiare strategia terapeutica non "inseguendo in modo attendistico" l'aggravarsi della patologia per incrementare il trattamento, ma, dopo averla ben studiata e stadiata, di aggredirla subito con un trattamento di volta in volta adeguato in modo da "congelarla il più a lungo possibile nella situazione iniziale", con la speranza, così facendo, di mantenere e a volte di recuperare più funzione e autonomia del paziente e di impattare favorevolmente sul decorso naturale della sua malattia.

Naturalmente tutto questo implica in prima istanza

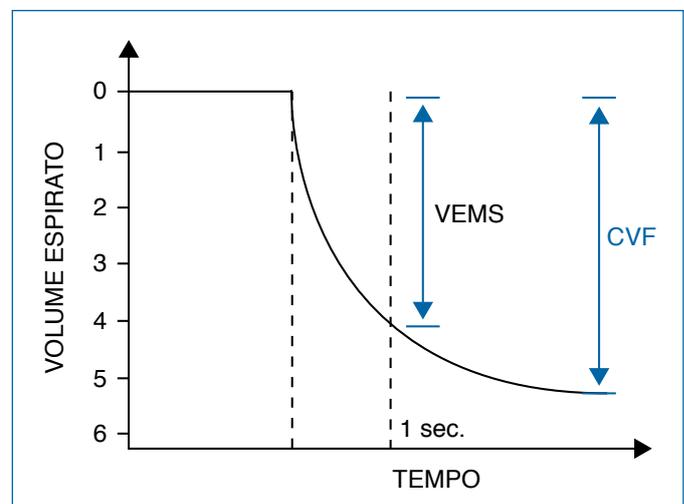


Grafico spirometrico normale.

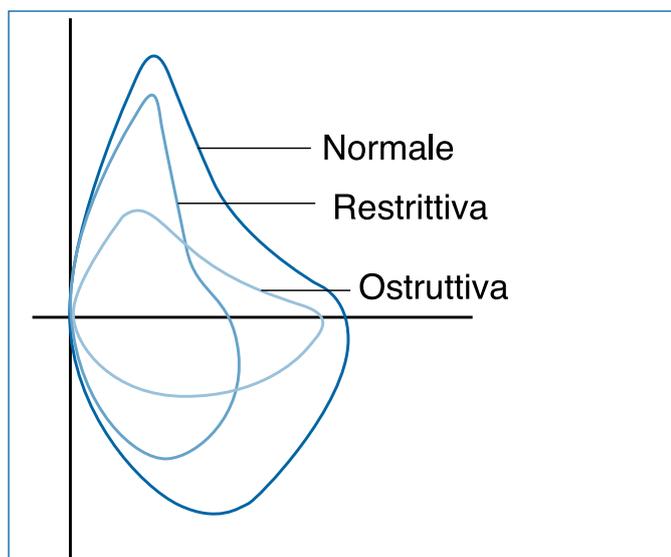


FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI BPCO

individuali	ambientali
età, sesso, razza, familiarità alterazioni genetiche (deficit di alfa-1 anti-tripsina) basso peso alla nascita e broncodisplasia iper-reattività bronchiale aspecifica tosse e catarro cronici (bronchite cronica)	fumo (> 20 sigarette/die per 20 anni) fumo passivo infezioni respiratorie in età infantile-adolescenziale esposizione ad inquinanti domestici e ambientali esposizione ad inquinanti occupazionali stato socio-economico

una diagnosi precoce che non può prescindere dal comportamento del Medico di Medicina Generale. Se infatti la presenza di sintomi come espettorazione e tosse cronici, cioè la presenza di bronchite cronica, attrae facilmente l'attenzione su una potenziale patologia bronco-ostruttiva associata, solo una conoscenza dei fattori di rischio individuali e ambientali (tabella 1), anche in assenza di sintomi riferiti, permette di intercettare la maggior quota (oltre l'80%) di soggetti affetti da una iniziale BPCO. In effetti, se il sospetto clinico si concretizza solo sui veri sintomi della BPCO cioè la dispnea cronica e una ridotta tolleranza all'esercizio, quando riportati dal paziente, mediamente la funzione polmonare è già ridotta al 60-50% (in termini di VEMS, rispetto al predetto). Per tutto quanto detto, questo atteggiamento appare francamente poco utile e produttivo.

Ne consegue quindi che occorre un precoce sospetto da parte del medico nell'individuare i soggetti a rischio spesso asintomatici (o che non riferiscono i sintomi perché li minimizzano con una ridotta attività fisica) ed una conseguente tempestiva e motivata richiesta di spirometria, esame funzionale respiratorio obbligatorio e fondamentale per confermare la diagnosi di BPCO quando dimostra un difetto ventilatorio di tipo ostruttivo, non reversibile o scarsamente reversibile dopo un broncodilatatore in acuto.



Curve flusso/volume Normale, Restrittiva, Ostruttiva..

In sintesi, la diagnosi precoce di BPCO è fattibile, aspettandola essenzialmente sulla base dei fattori di rischio più che sui sintomi, importanti ma poco predittivi, e poi confermandola necessariamente attraverso una spirometria. Oggi intercettare la BPCO in una fase precoce appare logicamente conveniente nel tentativo, che occorrerà dimostrare impostando studi clinici di intervento specifici, di modificare la storia naturale delle malattie che ne sono alla base, cronicizzandole, quando possibile con interventi adeguati e altrettanto precoci, cercando di mantenere stabili una serie di parametri clinici, funzionali e strumentali predefiniti nell'interesse del paziente, della sua famiglia e della società. ■

Bibliografia

1. WHO The global burden of disease 2008 update. Part 4. Burden of disease DALYs http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBDreport_2008_update_part4.pdf
2. Russell R, Anzueto A, Weisman I. Optimizing management of chronic obstructive pulmonary disease in the upcoming decade. *Int J COPD* 2011; 6:47-61.
3. Buist AS, Vollmer WM, McBurnie MA. Worldwide burden of COPD in high- and low-income countries. Part I. The burden of obstructive lung disease (BOLD) initiative. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12:703-708.
4. Grassi V, Giuntini C, Fabbri LM et al. Broncopneumopatia cronica ostruttiva. *Annali Italiani di Medicina Interna*, 2004; 19:Suppl 1, Cap. 4:21S-40S.
5. Tantucci C, Modena D. Lung functional decline in COPD. *Int J COPD* 2012; 7:95-99.
6. Nishimura M et al. Annual change in pulmonary function and clinical phenotype in chronic obstructive pulmonary disease *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185:44-52.

Claudio Tantucci (tantucci@med.unibs.it)

Professore Ordinario Malattie dell'Apparato Respiratorio, Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio - Università di Brescia 1a Medicina, Spedali Civili - Brescia



FOCUS ON

Arte & scienza unite contro il fumo

Alessandra Cavazzi

Il 31 maggio 2012, in occasione della “Giornata mondiale senza tabacco”, a dispetto della paura tellurica che era palpabile in quei giorni anche a Bologna, si è tenuto il convegno nell’aula Enzo Biagi della Sala Borsa di piazza Nettuno. Sorprendente l’affluenza nonostante la chiusura delle scuole in quei giorni, causa terremoto. I vari interventi (Zanasi, Cantelli Forti, Zagà, Nava, Fittini, Francia, Cifiello) sono stati la degna cornice agli interventi dei ragazzi e dei writers che hanno portato avanti il progetto Respirarti.

Gli studenti ITC Crescenzi e ITG Pacinotti di Bologna sono stati decisamente promossi in “lotta al tabagismo”. Questi infatti, già il 19 aprile a Roma, presso la Sala delle Colonne della Camera dei Deputati, si erano aggiudicata la quarta edizione del premio buone pratiche Vito Scafidi di Cittadinanzattiva con il progetto “Scuole Libere dal Fumo”, per aver realizzato, nell’ambito del piano regionale per la lotta al tabagismo, “una campagna di comunicazione anti-fumo di forte impatto ed efficacia”.

Altro punto forte della giornata è stata la presentazione della conclusione del progetto **RespirARTI**, che ha lo scopo di sensibilizzare ed educare i giovani contro l’uso del tabacco e nel contempo di valorizzare la “street art” come forma d’arte distintiva, potente elemento di cultura urbana e di comunicazione, ben lontana dal vandalismo che imbratta i muri. Questa campagna contro il fumo si rivolge principalmente ai ragazzi attraverso un linguaggio e una strategia di comunicazione in grado di catturare la loro attenzione: “dalla strada al web”, con una informazione semplice e corretta su cui riflettere per comprende-

re i vantaggi del non fumare. I graffiti sono stati eseguiti da “artisti di strada” di differente estrazione. Si tratta di artisti italiani ed internazionali già affermati che, già da quest’anno, concorreranno a dar vita ad un arredo urbano di “art open air” con doppia valenza: artistica ed educativa. Lo spazio individuato e arredato da fior di artisti come Dado, Draw, Zedz, Pazo, Etnik, Sera, Made, Peeta, Verbo ed Emo, quest’anno è stato la Scuola Media Carlo Pepoli nei giardini Lunetta Gamberini. Alcune di queste opere sono state riprodotte su migliaia di magliette e distribuite in occasione della manifestazione del 31 maggio. All’interno della maglietta, sulle etichette, messaggi discreti che riportano i vantaggi legati al non fumare. Un modo diverso di diffondere la cultura mediante migliaia di magliette che girano per la città. Il coinvolgimento di alcune gallerie d’arte ha consentirà di esporre i bozzetti originali dei disegni, assieme alle foto dell’opera nel suo insieme e

alle magliette, in un contesto dove “l’arte di strada” amplifica il messaggio contro gli effetti nocivi del fumo sulla salute. L’obiettivo è quello di sviluppare un processo partecipativo più ampio possibile. A tal fine è stato attivato un sito dove i giovani potranno intervenire da protagonisti sul problema tabagismo. L’iniziativa, che si è avvalsa del contributo della Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, e della collaborazione di Confcommercio ASCOM Bologna, è stata promossa dall’AIST (Associazione Italiana per lo Studio della Tosse), dall’Istituto di Pneumologia dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi e dai Centri Antifumo della città provincia di Bologna, col patrocinio di ALIBERF (Associazione Liberi dal Fumo) e SITAB (Società Italiana di Tabaccologia). ■



Writers al lavoro: sulla destra, Dado

Alessandra Cavazzi (alessandra.cavazzi@fastwebnet.it)
Critica d’arte





Incursioni dei graffiti in letteratura

Vincenzo Zagà, Carmen De Stasio

Da sempre i graffiti, prima ancora di diventare arte di strada, hanno rappresentato, anche nelle forme più rudimentali, una chiara testimonianza storica della forma espressiva di un popolo in tutte le variegate espressioni, dal benessere alla rabbia, dalla speranza alla disperazione, attraverso le incursioni espressive dei singoli. Questo modo di comunicare non ha risparmiato la fantasia e la penna di artisti e compositori musicali oltre che di scrittori e poeti.

Italo Calvino in *La città scritta: epigrafi e graffiti*, (Collezione di Sabbia, 1974) benedice i graffiti quando rinunciano a essere strumento di arroganza: *Sui muri, forse, la scrittura ritrova il posto che è insostituibilmente suo, quando rinuncia a farsi strumento di arroganza e di sopraffazione: un brusio cui occorre tendere l'orecchio con attenzione e pazienza fino a poter distinguere il suono raro e sommesso d'una parola che almeno per un momento è vera.*

In *Fantasmî romani* (Mondadori 2006) **Luigi Malerba** va oltre e osserva come i graffiti, anche quelli formati da semplici scritte, siano la rappresentazione dell'animo e della mente umana. Anche in assenza di libertà, nella monotonia, nella noia, è come se i graffiti, come la mente, possano eludere leggi, restrizioni. Graffiti come libera immaginazione in un mondo monocoloro: [...] *Qualche volta affiora da queste scritte una ispirazione genericamente anarchica ma sempre si percepisce il disagio dei giovani, una disperazione e una rabbia contro tutto e contro tutti che fanno gelare il cuore. Chissà di quante energie esplosive questi graffiti sono soltanto il volatile sintomo spray. [...]*

Carlo Collodi (pseudonimo di Carlo Lorenzini) in *Le avventure di Pinocchio. Storie di un Burattino* (Firenze 1881), riprende l'aspetto ludico delle scritte sui muri da parte dei ragazzi mentre Pinocchio e Lucignolo entrano in città: *Su tutte le piazze si vedevano teatrini di tela, affollati di ragazzi dalla mattina alla sera, e su tutti i muri delle case si leggevano scritte col carbone delle bellissime cose come queste: Viva i balocci (anziché balocchi): non vogliamo più schole (anziché non vogliamo più scuole): abbasso Larin Metica (anziché l'aritmetica) e altri fiori consimili.*

Al contrario **Giovanni Gioacchino Belli** in *Un ber gusto romano* (1834) canta con sadismo quello che non vorremmo mai che il graffito fosse, cioè la soddisfazione, da ragazzino, di sfregiare i bei muri bianchi: *Tutta la nostra grandiosità di noantri quann'èrimo ragazzi era a le case nove e a li palazzi de sporcajje li muri cor carbone. [...] Quelle sò bbell'età, pper dio de leggnò! Sibbè cc'adesso puro me la godo, e*

ssi cc'è mmuro bbianco io je lo sfreggnò.

Stupisce per il periodo l'elogio del graffitismo di **Anton Giulio Barrili** in *Uomini e bestie (Racconti d'estate, 1886)*, il quale, riferendosi ai graffiti di Massa Ducale, esalta l'arte del Risorgimento tanto da augurarsi il confino per quelli che non l'hanno vista e non la amano: [...] *tutti gli altri palazzi minori, elegantemente graffiti, che hanno fruttato alla gentile città il suo nome di "Massa pinta" son degni di attenzione e di studio, come bei saggi dell'arte del Risorgimento; infine, che dirvi di più? la sua piazza degli Aranci è una cosa unica al mondo. Massa Ducale, città di puri contorni, lieta di profumi, di colori e di sole, chi non ti ha veduta, vive nella ignoranza di una cosa bella; chi ti ha veduta, e non ti ama, merita di andar relegato.... a Montagnoso. [...]*

In *Il maestro di Setticlavio* (Novelle veneziane 1891) **Camillo Boito** parla di rozzi disegni nel contesto di orge trimalchioniche: [...] *I nostri antenati vi godevano le loro orgie, che non invidio: donne, balli, buffoni, cene, le quali non terminavano prima dell'alba e lasciavano uomini e femmine arrotolati per terra. Col vino scorreva qualche volta il sangue. I muri portano ancora, quasi cancellati dal tempo, i nomi ed i motti di qualcuno dei violenti e gaudenti cavalieri. V'è, tra le altre, sotto al disegno rozzo di un cuore trafitto, l'impresa: dopo il bacio il pugnale.. [...]*

Decisamente più gradevoli le incisioni descritte da **Gustave Flaubert** in *Madame Bovary* (1857): [...] *Ma ciò che attira di più lo sguardo è la farmacia del signor Homais, di fronte all'albergo del Leon d'Oro. La sera soprattutto, quando la lampada è accesa e i boccali rossi e verdi che adornano la vetrina allungano lontano sul terreno i loro riflessi colorati, si intravede, come in mezzo a fuochi d'artificio, la sagoma del farmacista appoggiato al banco. La sua casa è coperta da cima a fondo da scritte in corsivo, in tondo, in stampatello*

Ignazio Amico, Perugia, in *Murales* (<http://igyamico.spazioblog.it/>): *Nel profondo della notte, quando tutta la città dorme, mani frenetiche, alla tenue luce d'un complice lampione, si ritagliano spazi sui grigi muri di cemento per appendervi la propria anima. Sono spruzzi di fantasia, colori vivi rubati ai propri sogni, figure contorte, tormentate, geometrie d'inquietante mistero, sfoghi di esseri liberi che lasciano messaggi ad un'umanità distratta. Sarà una gara, forse una protesta o il bisogno di esprimere un talento, di colorare il mondo e rabbonirlo; di certo questi anonimi pittori esprimono un disagio e con quel mezzo aiuto ed attenzione van chiedendo.*

I graffiti come messaggi d'amore miscelati agli slogan ultrà hanno ispirato cantautori come **Gaetano Curreri** (Stadio) in *Graffiti*, dall'album *Storie e Geografie*, 2003:



*Graffiti graffiati sui muri hanno già riempito la città
messaggi lanciati nei mari di disperata quotidianità
poeti metropolitani davanti alle fermate del tram
sulle panchine ai giardini nei viali
davanti alle scuole nei bar segnali di fumo abituali
nello sporco di questa città adesso noi siamo lontani ma so
che passerai di qua non cambierà niente domani
ma così saprai la verità..*

*Graffiti graffiati sui muri insieme a slogan degli ultra'
segnali di fumo abituali nello sporco di questa città [...]*

*Graffiti... messaggi d'amore lanciati col cuore
lasciati asciugare col pianto e il dolore
la rabbia nel cuore...messaggi d'amore...
lasciati asciugare col pianto e il dolore..."*



In *Paperinik e il monumento pubblico* di C. Salvatori e V. Held, ("Paperinik" n. 25 maggio 2007) Walt Disney apprezza i graffiti, come si evince dalle reazioni di Paperino e Qui, Quo, Qua in contrasto con anonimo astante.

Un tag tra reale e fiabesco

La scrittura a graffito di Ignazio Apolloni

Carmen De Stasio

Fino a qualche giorno fa campeggiava su un muro un gigante dai colori sgargianti. Variagata specie per ogni city che ambisca a diventare smart. Una pennellata di bianco ha ombreggiato quel patrimonio: chi ha distrutto l'arte?

Questo mi configuro per parlare di graffito come espressione magniloquente in letteratura, un campo nel quale in molti si cimentano a dare senso a parole che scorrono in sequenza come un libro che da A proceda verso B. La maestosità del graffito è in altro: pianeta oscillante in cui segni, cromie, spazi compresi in nuvole, volti compressi da lettere cubitali, densi vuoti e arcani pieni sono commento a una fisicità che apparenta in una dimensione glocal. La realtà che si racconta attraverso i graffiti rappresenta una moltitudine variabile quante le possibilità concesse all'uomo di dominare la sua libertà. Integrato come sostegno di conoscenza, nel XX secolo il graffito ha esemplificato motivazioni e ricorrenze pensative sorprendenti. Generalmente audace e imponente, è complicazione intenzionale che rimedia all'insipidezza della consuetudine o al bagliore dell'inganno con singulti stilistici, vaghezze spaziali e accelerazioni cerebrali, pragmatiche incursioni della mente in una semplicità naif, nella quale si condensano messaggi che consegnano pubblicamente la parola come bisogno simbolico di darsi voce.

L'equilibrio visivo fa propendere per uno studio della qualità e degli effetti sull'osservatore perché possa riconoscersi, lasciarsi stupire o sconvolgere. Nell'assemblaggio di linguaggi il graffito decreta la vivacità in una neo-situa-

zione che annulla le distanze tra pensieri e affermazioni e tocca le viscere di uno sguardo distratto. Lettura muta e mutevole; integrale idea significativa. Specchio e contrasto; rivelazione di libertà intellettuale. Meta-scultura che genera sulla parete denudata delle costrizioni paralizzanti il fare-azione-prolungamento dinamico del pensiero.

Suffragandosi come modo di interagire con l'evoluzione esistenziale, questo personalissimo stile di parlare arte e la sua evoluzione divengono emblema di linguaggi multistrutturali alla maniera dell'attuale civiltà, in cui l'appartenenza non è segnata da separazioni compartimentali egotizzanti, ma è dislocazione che rende il mondo un grande paese nel quale acclimatarsi attraverso segni identificativi. Una forma di arte che vive per strada, si nutre di prospettive urbane (soprattutto industriali), nuove metropoli fritzlanghiane nei gesti reiterati, sgomitante tra cultura dell'accumulo e urgenze per soverchiante inquinamento, in un'assenza e nella necessità di sentirsi parte di un gruppo. Il graffito partecipa dell'azione performativa che scivola sulla parete come se non ci fosse mai fine e delle intromissioni di elementi con i quali costruisce spazialità auto-controllabili, dotate di motivazioni nella sempre più stretta interrelazione tra arte e vita.

La coincidenza tra narrazione e performance – mediata da codici comunicazionali del disegno, del sogno e del fumetto – conferisce efficacia a trame apparentemente stranianti rispetto alla quotidianità. Il motivo dell'identificazione coesiste con il distacco, giacché la comunanza intenzionale si compatta in un gergo che vive di regole

Carmen De Stasio (carmendestasio@libero.it)
Docente, Critico, Saggista - Brindisi



non riconoscibili da quella parte di civiltà che, nonostante aspiri a un'esistenza-immaginazione, continua a cadere nell'inganno della contemplazione.

Pur sottoposta a sollecitazioni derivanti dalla velocità esistenziale, in letteratura non si ravvisa uno stile che rimandi al graffito, se non per pochi esempi racchiusi nel periodo del Futurismo o tra le pagine ruvide delle strips, le cui ricorrenze, i suoni, le compressioni spazio-temporali e le incidenze intenzionali sono state muse per artisti del calibro di Roy Lichtenstein, la cui verve linguistica cromatica ha tratto un'opportunità per rendere la propria scrittura proiettiva, sonora, ritmica, oscillante, evocativa, metalinquinistica.

Una siffatta specificità mi porta a pensare a Ignazio Apolloni, narratore di fiabe e di storie, nelle quali l'assenza di pleonasmii e ridondanze, di linearità e dimostrazioni descrittive concede la sintesi complessa di immagini-parola come sostanza da leggere oltre l'artificio egocentrico. Colta esternazione di sensibilità e immaginazione maturata in verbali taches neo-geometriche, dettate da intenzioni non configurabili in spazi compiuti, ma essi stessi luoghi in cui il vissuto-futuribile diviene ambiente ideal-reale per una poesia libera in forma ludico-graffitista, riscontrabile nelle affiches del prezioso scrigno "tra il dire e il mare c'è di mezzo LA POESIA" [1].

Nella scrittura sinestetica, labirintica di Apolloni è presente una certa consonanza tra la scrittura a graffito e il movimentato ambiente illustrato dal writer/letterer che scompiglia l'ordine di un qualsiasi muro invisibile. Similmente Apolloni ricorre a picking words per costruire spazi inalienabili e attivi, in cui attori dotati di una convessità originale dividono i loro territori con sogni e realtà concretizzate nelle azioni, proiezioni immaginative e parole che sobbalzano come chiose. Come graffiti incisi su cartoncini da spargere nel vento e in cui identificarsi. Nella nuova inter-contaminazione lo spazio acquisisce la forma di una poesia dall'odore acre di uno sbuffo di vapore, una nuvoletta nella quale il letterer-narratore dà vita a una realtà sotterranea nel luore del tempo attuale e che scompiglia un sistema per conferire la flessibilità e la sinuosità di un proprio ordine.

In tal senso Apolloni è nelle sue narrazioni, calamitato da un'estetica che rimira la potenzialità creativa nomade

con l'aspetto sociologico-filosofico di una parola sintetica, che è graffito nel momento in cui esorta l'essere dentro-fuori, contiene lo slancio verso altri linguaggi in una nuova epistemologia cosmica dalla cui forza avvalersi per generare novità anche rispetto a sé [2].

Eguale, gli attori delle narrazioni apolloniane sono costruiti a più tempi con un'impalcatura che aumenta sino a un oltre invisibile e che presenta nella casualità del gesto il ruolo compatto di una sintesi che favorisce innovative geometrie, i cui colori prendono una deviazione che si mescola con la prospettiva, si decompone in una varietà di identità che spingono oltre le pareti. Oltre le pagine, nelle quali s'insedia il nucleo di un criterio meta-tassonomico che stabilisce nessi e distanze, ma soprattutto reinventa una concettualizzazione di arte-vita come ispirazione reciproca gravitante intorno all'elemento fondamentale del sogno. Nella combinazione tra mini spazi si ritrova quindi il segno evolutivo che dal lettering e dal graffito ha condotto all'emoticon: un'enallage di sensibilità profonde, che sanno dire quanto il comune registro non riesce per fiacchezza lessicale [3].

Nella minimalizzazione si ravviva l'essenzialità del ritmo delle cose più che le cose stesse. Una complessità non concessa all'atonicità del linguaggio ordinario, anabastico e reiterato⁴.

In quanto avventura nei solchi di un indicibile composto a livello mentale, il graffito è territorio in cui l'io narrante si incontra con l'io narrato in un'operazione che per certi versi riconduce alla Singlossia (Apolloni ne è co-ideatore) [5]. Dal valore comunicazionale della parola in opere straordinarie [6] emerge la summa di linguaggi singlottici per i quali il Come si accompagna al Dove. Una realtà culturale che s'intona perfettamente con sketch poeticovisivi [6] e che erode il terreno della banalità per far spazio a un sistema linguistico che contrasta l'appiattimento delle capacità dell'uomo per via di un materialismo che consacra l'ombra anziché l'essere.

La maniera a graffito di Ignazio Apolloni converge dunque nella tessitura fantastica di un nonsense attraverso tratti, figure, immagini che detengono un'organizzazione profonda nell'apparente stravolgimento prospettico.

Il tutto vissuto in un presente sempre attivo a se stesso. ■

¹ Ripreso in **Singlossie** (Ed. Novecento, 1997). Una delle affiches è: «Problema: descrivete una poesia».

² Mi è sempre più piaciuto l'alone di mistero sulle cose che non le cose. I progetti faraonici rischiano di essere sopraffatti e sepolti dalla disgregazione che ne fanno gli archeologi con lo svelarne strutture e propositi di chi li ha voluti lasciandoli quindi nella loro nuda realtà di costruzioni granitiche. Mi asterrò pertanto dalla magniloquenza e molto sommessamente vado a narrare.

(da **RACCONTO SURREALE L'EPOPEA DI UNA VIA ALTRIMENTI ANONIMA**. Palermo 2008)

³ Mai che sapessero dire honey mettendoci davvero il miele su quella parola così ricca di suono (da **Gilberte**. Edizioni Novecento1994, pag 255).

⁴ Che tanto risente del culto della loro personalità, più spesso quello della loro persona (ibi).

⁵ In **Ecriture et Singlossie** Francesco Carbone definisce la Singlossia come risultante di tre assi convergenti: l'uno idosemantico, cioè riferito all'immagine, l'altro fono semantico, cioè riferito alla parola, e il terzo diacronico, riferito cioè al dato temporale.

⁶ Cito solo alcune: Roma 1956, **Gilberte**, **Niusia**, **Lady Macbeth**, **Marrakech**, **Siberia**, **Gilberte**, *La storia dell'Uovo d'oro. Poesie e favole per adulti, tra le quali Favole e bubbole*, Capellino, *Il Coniglietto di Luna*.

⁷ Affiche tratta da tra il dire e il mare c'è di mezzo «LA POESIA: La Poesia non è...» (William Blake).

Perspectives & Research

Cardiopatici fumatori... al FRESCO

FRESCO project for cardiopatic smokers

Stefano Urbinati

Dopo 2 anni di lavoro finalmente il progetto FRESCO è ai nastri partenza. FRESCO è un acronimo e significa Fumo nella Regione Emilia Romagna nelle Sindromi Coronariche dopo Ospedalizzazione e rappresenta uno di quei salti di qualità nella gestione della prevenzione secondaria più volte auspicati [1]. La sua pianificazione è già da sola un grande risultato perché il fattore di rischio fumo è stato finora sottovalutato dalla Cardiologia se si considera la ridottissima percentuale di eventi congressuali e corsi di aggiornamento dedicati al tabagismo, a fronte di quelli numerosi dedicati all'ipertensione arteriosa, al diabete o alle dislipidemie.

I cardiologi e la prevenzione

L'origine di questo atteggiamento poco interventista nei confronti del tabagismo è dovuto secondo i cardiologi alla difficoltà a classificare i fumatori, al timore di bassi tassi di successi e alti di ricadute nei confronti di quella che va considerata a tutti gli effetti come una dipendenza [2], alla consapevolezza di non disporre delle competenze necessarie sulle strategie da adottare, e alla cronica mancanza di tempo [3].

Ma la motivazione maggiore va ricercata nel fatto che finora la Cardiologia ha avuto un atteggiamento molto "drug-oriented" per cui ha affrontato in maniera incisiva soprattutto quelle condizioni che possono essere trattate con i farmaci come l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e il diabete e ha riservato minore attenzione alla gestione di quelle situazioni che presuppongono una modificazione dello stile di vita e che quindi richiedono percorsi più lunghi con un maggiore coinvolgimento del paziente e dei propri familiari.

Questa riflessione vale per il tabagismo ma anche per l'obesità e la promozione dell'attività fisica, infatti anche nel recente studio BLITZ 4-qualità [4], che ha coinvolto 165 Cardiologie italiane ad alto volume di attività dopo

la dimissione per una sindrome coronarica, un percorso anti-tabagismo è stato programmato solo nel 4.5% dei casi. E ad ulteriore conferma del ritardo accumulato in questo campo, secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità, la riduzione della mortalità per sindromi coronariche osservata negli ultimi 20 anni risulta largamente secondaria al miglioramento dei trattamenti farmacologici ed interventistici coronarici e molto meno agli interventi (troppo sporadici e non standardizzati) effettuati nei confronti di tabagismo, sedentarietà e alimentazione [5].

Un contributo interessante in questo senso è stato dato dai Centri di Riabilitazione Cardiologica, che dovrebbe essere il modello di riferimento per la prevenzione secondaria [6], e che è da sempre più sensibili a queste problematiche. Tuttavia, sempre secondo i dati del recente studio BLITZ 4-qualità [4], meno del 15% dei pazienti infartuati in Italia ha accesso ad un percorso di riabilitazione cardiologica in considerazione della diffusione eterogenea di questi Centri sul territorio nazionale.

In un contesto di prevenzione primaria molti interventi sono stati portati avanti negli ultimi anni [7], anche se bisogna riconoscere che i maggiori risultati sono stati ottenuti con gli interventi legislativi, per esempio in Italia con la legge Sirchia che dal 2005 ha vietato il fumo nei locali pubblici, che secondo stime recenti hanno condotto ad una riduzione degli infarti miocardici nell'ordine del 17% [8,9].

Quindi i presupposti per incrementare la lotta al tabagismo sono importanti perché dopo 10 anni la mortalità degli ex fumatori diventa sovrapponibile a quella dei non fumatori e il rischio di infarto declina significativamente dopo 3-4 anni di astensione dal fumo [10] e il momento sembra favorevole, come suggerito anche dalle recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia [11].

Come nasce il progetto FRESCO

Sulla base delle considerazioni precedenti negli ultimi anni un gruppo di cardiologi ANMCO della regione Emilia

Stefano Urbinati (stefano.urbinati@ausl.bo.it)

UO Cardiologia, Ospedale Bellaria, Bologna

Presidente Regionale Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Romagna, la rete dei Centri Anti-Fumo e i responsabili del Programma regionale dipendenze nell'ambito del Servizio salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri hanno iniziato a lavorare ad un progetto finalizzato alla disassuefazione dal fumo nei pazienti dopo una sindrome coronarica acuta.

Tra cardiologi è emersa la consapevolezza che il post-dimissione dopo una sindrome coronarica è un momento favorevole perché in quella fase il paziente è in una condizione recettiva ("contemplativa" secondo la classificazione di Prochaska e Clemente) in cui si può ottenere una definitiva sospensione del fumo solo se il soggetto viene adeguatamente supportato. A tale proposito negli ultimi anni alcune Cardiologie della regione hanno anche implementato percorsi di counseling nei confronti delle abitudini di vita a rischio compreso il fumo [12].

Tra i Centri Anti-Fumo si è lavorato soprattutto per standardizzare gli interventi producendo un documento regionale condiviso sull'intervento anti-tabagismo [13] e assicurando anche una distribuzione più omogenea dei Centri sul territorio regionale.

Come si articola il progetto FRESCO

Sono state invitate al progetto regionale tutte le Cardiologie che possono fare riferimento ad un Centro Anti-Fumo. Il FRESCO prevede che i pazienti con Sindrome Coronarica Acuta vengano sottoposti ad una fase informativa durante il ricovero seguita, nei pazienti ancora fumatori o ad alto rischio di ricaduta da un intervento specifico da parte del Centro Anti-Fumo.

- Si calcola che nella nostra Regione vengano dimessi circa 9500 pazienti ogni anno dopo sindrome coronarica (secondo dati del 2009) di cui 2/3 maschi ed età media 71 anni. Di questi pazienti solo il 75% viene dimesso dalle Cardiologie. Secondo i dati del BLITZ 4-qualità al momento del ricovero sono fumatori il 31% dei pazienti. Quindi, sulla base di queste valutazioni, dovrebbero essere potenzialmente eligibili all'intervento presso i Centri AntiFumo circa 2000 pazienti all'anno in tutta la Regione.
- Il FRESCO prevede uno step 1 che riguarda l'identificazione da parte delle Cardiologie dei pazienti fumatori sui quali effettuare una breve anamnesi sulla abitudine al fumo, un intervento di counseling motivazionale e una raccomandazione di rinforzo nella lettera di dimissione.
- Lo step 2 è rappresentato dalla identificazione, alla prima visita post-dimissione, dei pazienti ancora fumatori o giudicati ad alto rischio di ricaduta.

Lo step 3 è a carico del Centro AntiFumo che dovrà effettuare la presa in carico, un colloquio anamnestico, una valutazione del livello motivazionale, con una stima della dipendenza mediante il test di Fagestrom e una valutazione del CO espirato. I pazienti fumatori verranno quindi avviati ad un trattamento di gruppo secondo l'organizza-

zione del Centro stesso, e gli ex fumatori ad alto rischio di ricaduta riceveranno un colloquio di rinforzo motivazionale.

La tipologia di trattamento attuata dai Centri AntiFumo della regione Emilia Romagna è prevalentemente di orientamento cognitivo-comportamentale, ma in casi selezionati è possibile anche attuare un trattamento individuale di counseling medico con supporto farmacologico.

In tutti i pazienti è prevista la rivalutazione dopo follow-up di 12 mesi a carico del centro Anti-Fumo. ■

Bibliografia

1. Urbinati S, Giampaoli S. Non solo fattori di rischio: le priorità e le nuove sfide della prevenzione cardiovascolare. *G Ital Cardiol*, 2010; 11 (suppl 3): 7-14.
2. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *Lancet* 2008; 371: 2027-38.
3. Mocini D. Il fumo di sigaretta: il ruolo del cardiologo. *G Ital Cardiol* 2010; 11 (suppl 3): 71-73.
4. Olivari Z, Steffenino G, Savonitto S et al on behalf of BLITZ 4 Investigators. The management of acute myocardial infarction in the cardiological intensive care units in Italy: the 'BLITZ 4 Qualità' campaign for performance measurement and quality improvement. *Eur Heart J Ac Cardiovasc Care* 2012; 1: 143-152.
5. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health*. 2010; 100:684-92.
6. Piepoli M, Corrà U, Benzer W et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17: 1-17.
7. Galeone D. Le attività di prevenzione del fumo. *G Ital Cardiol* 2010; (suppl3) : 68-70.
8. Curfman GD, Morriusey S, Drazen JM. The FDA and tobacco regulation. *N Engl J Med* 2008; 359: 1056-8.
9. Pell JP, Haw S, Cobbe S et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359: 482-91.
10. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalised smokers. A systematic review. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1950-60.
11. The 5th joint task force of the ESC and other societies on cardiovascular disease prevention and clinical practice. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-71.
12. Guelfi GP. Il counseling motivazionale in cardiologia: una strategia possibile fondata sulla relazione terapeutica.
13. Terapia del tabagismo. Raccomandazioni per la corretta pratica clinica nella disassuefazione. A cura dei centri Anti-Fumo della regione Emilia Romagna, 2010.

Abstract & Commentary

Tumore polmonare: trend in aumento tra fumo attivo, passivo e di terza mano

Il numero di malati di cancro in Italia è in netto aumento, data la compresenza di una serie di fattori che vanno dall'invecchiamento demografico, all'avanzamento, alla maggiore diffusione delle tecniche diagnostiche, alla migliorata efficacia dei trattamenti. La conferma viene dal recente Congresso ASCO (American Society of Clinical Oncology) di Chicago da cui apprendiamo che sono stati registrati in Italia circa 38 mila casi nel 2011, destinati a diventare 45 mila nel 2020 e oltre 51 mila nel 2030. È appunto il trend italiano del cancro al polmone, big killer responsabile di oltre un quarto (26%) delle morti oncologiche. Con numeri in crescita soprattutto fra le donne. Oggi 4 casi di cancro polmonare su 5 (80%) vengono diagnosticati nei fumatori.

Si calcola che attualmente 1 uomo su 9 ed una donna su 35 possa sviluppare un tumore del polmone nel corso della vita. Dal 1990, si registra, una crescita costante del +1,8% l'anno, con un aumento di quasi +40% in un solo ventennio.

Dai dati del Dipartimento di Oncologia dell'Istituto Mario Negri emerge che il tasso di mortalità del tumore al polmone nell'uomo è sceso da 52-53 morti su 100mila degli anni '80-'90, a circa 40 nel 2010, e per il futuro le proiezioni sono ancora migliori. Non così si può dire per le donne, che negli anni hanno accentuato l'abitudine al fumo. Per loro il tasso di mortalità del cancro al polmone è passato da 7-8 morti su 100mila negli anni '80 a 13 nel 2010 ed è destinato ad aumentare ancora in futuro.

Negli ultimi decenni si è cominciato ad assistere ad un viraggio dell'incidenza del tumore al polmone nei paesi occidentali, dallo squamocellulare all'adenocarcinoma. E una delle cause è paradossalmente dovuta alla diffusione delle sigarette «light», le più leggere tanto in voga soprat-

tutto tra i teenager e anche, a nostro avviso, alla radioattività da Polonio 210 presente nel fumo di tabacco. [1]

Negli Atti del Convegno promosso nel 1976 dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale sulla medesima neoplasia polmonare veniva documentato che per quell'anno 1976 il numero di morti per cancro del polmone era valutabile in 26.000 [2]. Pertanto il fumo continua ad accreditarsi tra i principali fattori di rischio soprattutto per il tumore polmonare. Tutto ciò richiede più ricerca e prevenzione per contrastare il fenomeno.

Il concetto globale di Prevenzione è dicotomico e convergente. Infatti la Prevenzione Primaria ha come target privilegiato i giovani e gli adolescenti mentre la Prevenzione Secondaria ha come target i fumatori e trova il fulcro operativo nella Terapia del Tabagismo. E non v'è dubbio che entrambi, con pari dignità, rappresentino, assieme ad altre misure, due pilastri importanti ed essenziali della Strategia di Controllo del



Tabacco come indicato dall'FCTC (Framework Convention on Tobacco Control). La Prevenzione Primaria si presenta come il punto più difficile, il tallone d'Achille di tutta la strategia per il controllo del tabagismo. Ciò accade per la complessità e la miriade di dinamiche psicocomportamentali che l'oggetto sigaretta e il soggetto nicotina scatenano nei ragazzi che rendono insufficienti quando inefficaci gli interventi di prevenzione, quando questi non sono multilivello e integrati fra loro. Questa Convenzione quadro OMS per la lotta al tabagismo (FCTC), ratificata anche dal nostro Governo, dovrebbe consentire di dare nuovo impulso alle attività di prevenzione del tabagismo, anche nell'ambito del programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" dell'ISS/OSSFAD che, finalizzato alla prevenzione delle malattie croniche, comprende il contrasto al fumo di tabacco tra le varie aree di intervento. Se è vero, come è vero, che in Italia muoiono circa 232 perso-



ne al giorno per patologie fumo-correlate, 85 mila l'anno, tutti questi "clienti" che vengono a mancare, secondo la cinica logica di mercato delle multinazionali del tabacco, devono essere rimpiazzati. Ma da chi? Non certamente dagli adulti bensì dai ragazzi che rappresentano il terreno ideale, una vera e propria prateria per l'arruolamento visto che l'85% dei fumatori riferisce di avere iniziato a fumare prima dei 20 anni.

Nel 2009-2010 il 1° Autore di questa nota, nella sua relazione sulla bozza del Piano Oncologico Nazionale 2008-2010, affidatagli dalla Commissione Nazionale Tabagismo della Lega Tumori, aveva sottolineato, tra l'altro, che nella bozza in questione, il rapporto tra i programmi interventi di Prevenzione era fortemente sbilanciato, prevalendo (9:1) la Prevenzione secondaria (intesa come "smoking cessation") rispetto a quella primaria che, al contrario, dovrebbe essere l'intervento predominante ed imprescindibile nell'ambito della Prevenzione in generale. Una nota confortante viene dal recente Rapporto sul fumo di tabacco 2012 dell'ISS-OSSFAD che mostra come dopo 40 anni il numero dei fumatori ha toccato il suo più basso picco storico: 10,8 milioni (20,8%) di cui 24,6% maschi e 17,2% femmine. In pratica dal 2004, anno che precede l'entrata in vigore della Legge Antifumo (10 gennaio 2005), ad oggi i fumatori si sono ridotti di 3,2 milioni di unità. Sicuramente un gran successo in termini di efficacia della Legge Antifumo (Legge n° 3 del 2003, art.51). Un po' meno tranquillizzante è il dato che fra i 15-24 anni i ragazzi fumano nel 20,9% e le ragazze nel 16%; ciò chiama fortemente in causa la responsabilità di quanti sono stati deputati a provvedere nell'ambito della Prevenzione, soprattutto se poi il 13,3% dei fumatori dichiara di iniziare a fumare prima dei 15 anni e ben il 76,3% fra i 15-24 anni [3].

Altrettanto rilevante è il dato relativo al "fattore di rischio ancor più evitabile" rappresentato dal fumo passivo (definito anche "di seconda mano") del quale per i ragazzi sono responsabili principalmente i genitori che fumano in casa e gli insegnanti laddove non rispettino e non facciano rispettare la legge antifumo. Nel 2004, nel mondo è stato esposto al fumo passivo [4]:

- il 40% di bambini
- 33% di maschi adulti non fumatori
- 35% di femmine adulte non fumatrici

La mortalità mondiale da fumo passivo è di 600.000 non-fumatori a causa dell'esposizione del fumo passivo. Le patologie implicate sono:

- 379.000 per ischemia miocardica
- 165.000 per infezioni del tratto respiratorio
- 63.000 per asma bronchiale
- 21.400 per tumore polmonare.

Uno studio di Forestiere del 2002 individuava in 2.763 i morti/anno per fumo passivo in Italia. Le stime annuali della mortalità dovuti al fumo del coniuge erano 221 per

il cancro e 1.896 per ischemia cardiaca. L'esposizione nei posti di lavoro era responsabile di 324 morti per cancro al polmone e 235 morti per ischemia cardiaca. Insomma, non c'è che dire quanto a pericolosità [5].

Di recente acquisizione è la presenza del fumo "di terza mano" negli ambienti in cui si fuma, particolarmente pericoloso per i soggetti di età pediatrica e per quelli che trascorrono ogni giorno molte ore in ambienti confinati in cui si fuma (ad esempio case e automobili). Questo "fumo di terza mano" (third hand smoke) è costituito dalla polvere ambientale contaminata dai residui gassosi e dalle particelle di fumo di tabacco [6].

Il potenziale rischio cancerogeno di questo tipo di fumo passivo è dovuto al fatto che esso è in grado di interagire con sostanze atmosferiche che sono presenti nei sucitati ambienti confinati: di conseguenza si generano composti molto tossici, che perdurano nel tempo e tra i quali v'è anche acido nitroso (HONO). Tra questo acido e la nicotina adsorbita sulle pareti degli ambienti (sia domestici che scolastici e delle auto) si innesca una reazione chimica che dà luogo a formazione di nitrosamine, specifiche per il tabacco, fortemente carcinogene.

La loro capacità di persistere a lungo negli ambienti confinati, associata all'estrema difficoltà a rimuoverle, non soltanto dalle superfici degli ambienti stessi ma anche dai mobili, dagli indumenti, dai capelli, dalle tende, dai divani, ecc., rappresenta un'ulteriore caratteristica della loro pericolosità in senso cancerogeno.

Pertanto l'alibi di quei genitori che fumano sì in casa, ma solo quando i loro figli non sono lì presenti, è un alibi che viene a cadere miseramente nel vuoto.

È evidente quindi come le campagne di prevenzione siano decisive per trasmettere ai cittadini messaggi chiari sull'importanza di uno stile di vita sano (no al fumo attivo e passivo, attività fisica, e dieta corretta). ■

Bibliografia

1. Zagà V, Lygidakis C, Chaouachi K, Gattavecchia E. Polonium and lung cancer. *J Oncol.* 2011;2011:860103. Epub 2011 Jun 23.]
2. Serio A. Epidemiologia del cancro del polmone. Atti del Meeting su "I problemi medico-sociali del cancro del polmone". Istituto Italiano di Medicina Sociale editore. Roma 1978.
3. Rapporto ISS-OSSFAD sul fumo 2012: http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_2012.pdf
4. Liotta G, La Grutta S. Impatto mondiale dell'esposizione al fumo passivo: analisi retrospettiva dei dati di 192 Paesi. *Tabaccologia* 2010; 3: 14-15.]
5. Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione al fumo di sigaretta in Italia". *Epidemiol Prev* 2002; 26(1): 18-29.
6. Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF et al. Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential third smoke hazards. *PNAS* April 13, 2010; 107. no 15,6576-6581.

Franco Salvati

Forza Operativa Nazionale Interdisciplinare contro il Cancro del Polmone (FONICAP). Roma

Vincenzo Zagà

Pulmonologist, Coordinator of Antismoking Centres of AUSL Bologna (Italy)
Medical-scientific Journalist and Chief Editor of *Tabaccologia*
Member of the Executive Group of the Italian Society of Tabaccologia (SITAB)



Adenocarcinomi nei non fumatori. News dalla ricerca genomica

Non una singola mutazione genetica ma l'inversione di due piccole porzioni su due geni del cromosoma 10, RET e KIF5B, potrebbe spiegare lo sviluppo di adenocarcinomi anche nei non fumatori. L'anomalia potrebbe diventare il bersaglio di terapie oncologiche personalizzate.

Young Seok Ju, Won-Chul Lee, Jong-Yeon Shin, et al. Fusion of KIF5B and RET transforming gene in lung adenocarcinoma revealed from whole-genome and transcriptome sequencing. Genome Res, December 22, 2011. Doi: 10.1101/gr.133645.111.

L'85-90% dei tumori polmonari riconosce come fatto principale di rischio il fumo di tabacco mentre il 10-15% dei tumori polmonari si verifica in soggetti mai fumatori. Fino ad oggi erano risultate vane le ricerche per cercare di capire perché questo si verifica in assenza di un fattore di rischio come il fumo o altro inquinante. Un gruppo di ricerca della Seoul National University ha scoperto una "fusione genica" (ovvero un riarrangiamento di due porzioni di geni diversi) che potrebbe spiegare una percentuale significativa di questi tipi di cancro. La ricerca, pubblicata su *Genome Research*, potrebbe aprire la strada allo sviluppo di nuove terapie. Per scoprire quella che potrebbe essere la causa genetica di molti adenocarcinomi in pazienti non fumatori, i ricercatori hanno usato una combinazione di tecniche per il sequenziamento del DNA e dell'RNA. In questo modo sono riusciti a riconoscere la particolare fusione di due geni in un giovane coreano di 33 anni, colpito dal tumore. Gli scienziati hanno confrontato il genoma dei tessuti tumorali del paziente con quello del suo

sangue, senza trovare nessuna delle mutazioni che di solito vengono associate a questo tipo di cancro (geni EGFR, KRAS e EML4-ALK). Andando più a fondo e sequenziando anche l'RNA isolato dalle cellule tumorali del giovane, i ricercatori sono riusciti a scovare la fusione incriminata.

Con ulteriori analisi i biologi sono riusciti a risalire ai due geni da cui provenivano le sequenze genetiche che unite potrebbero essere la causa del tumore: si tratterebbe di porzioni dei geni RET e KIF5B, prodotte da un'inversione genomica sul cromosoma 10. Per essere sicuri che la somma dei geni trovata nel giovane coreano non fosse solo un caso, i ricercatori l'hanno poi cercata in altri pazienti oncologici, trovandola in altri venti casi di tumore al polmone. I ricercatori hanno così scoperto che non si tratta affatto di una fusione genica rara in quanto la fusione KIF5B-RET potrebbe avere luogo circa nel 6% di tutti i casi di adenocarcinoma. Questa particolare caratteristica genetica in futuro potrebbe essere utilizzata come target molecolare per trattamenti mirati. (VZ)



UE 2012: previsti 1,3 milioni di morti per cancro. Tassi in calo tranne che per polmone e pancreas.

M. Malvezzi, P. Bertuccio, F. Levi, C. La Vecchia & E. Negri. European cancer mortality predictions for the year 2012. Annals of Oncology Advance Access published February 28, 2012. doi:10.1093/0.1093/annonc/mds024

Le uniche patologie oncologiche che fanno eccezione al trend sono il tumore al polmone nelle donne e il carcinoma al pancreas. Ma per il resto, i tassi di mortalità per cancro stanno scendendo nel continente, grazie a terapie migliori e diagnosi più tempestive. E anche perché mangiamo meglio. Nel 2012 il numero di morti per tumore nell'Unione Europea sfiorerà 1,3 milioni di persone (di cui 180 mila italiani). Tra questi, 717 mila saranno uomini, 566 mila donne. In proporzione all'invecchiamento della popolazione, ci saranno però meno decessi per quasi tutti i tipi di cancro, tranne che per quello al polmone nelle donne e per quello al pancreas, ancora poco compreso dagli oncologi. Infatti quello al polmone non è l'unico tumore la cui mortalità non diminuisce in percentuale. Insieme a lui c'è sostanzialmente solo il carcinoma al pancreas, forse il cancro più aggressivo e meno conosciuto nelle sue cause. Il fumo ne spiega una percentuale che si aggira intorno al

30%. Altri fattori di rischio sono diabete e obesità. Il tasso globale di mortalità per tumore nell'anno in corso sarà di 139 decessi per 100.000 uomini e 85 per 100.000 donne. Rispetto ai tassi del 2007 (l'ultimo anno per cui vi sono dati disponibili) ciò corrisponde ad una diminuzione del 10% degli uomini e del 7% nelle donne. Queste le previsioni per l'anno in corso, pubblicate da ricercatori italiani e svizzeri sulla rivista *Annals of Oncology*. Buone notizie dunque, anche quando si guarda alla sola Italia. Nel nostro paese nel 2012 si registreranno circa 400.000 casi e 180.000 morti per tumori; 100.000 negli uomini e 78.000 nelle donne. I più frequenti tumori nel 2012 in Italia, saranno quelli del polmone (33.000 decessi), dell'intestino (22.000), della mammella (12.000), del pancreas (11.000), dello stomaco (9.000) e della prostata (8.000). Uno dei dati più favorevoli, sia in Europa, sia in Italia, è la riduzione del 9% in 5 anni nella mortalità per tumore della mammella. (VZ)

Figli di nessuno: lo smoking status dei tossicodipendenti da eroina in terapia sostitutiva. Confronto con i fumatori della popolazione generale intenzionati a smettere.

Nobody's sons: tobacco addiction and smoking status in heroin addicts vs. smokers from the general population intending to quit smoking.

Fabio Lugoboni, Benedetta Pajusco, Cristiano Chiamulera, Luca Moro, GICS

Abstract

Introduzione. I pazienti con dipendenza da eroina (PDE) in terapia sostitutiva sono notoriamente forti fumatori, frequentemente sviluppano malattie fumo-correlate e ne muoiono. Scopo di questo studio è stato: 1) valutare la prevalenza di fumatori attivi tra i PDE di 5 servizi pubblici per le dipendenze (SerD); 2) comparare il grado di nicotino-dipendenza ed altri fattori legati alla dipendenza tabagica normalmente indicati come smoking status, con un gruppo bilanciato di fumatori della popolazione generale (FPG), afferenti ad un ambulatorio pubblico per il fumo.

Materiale e Metodi. 298 PDE in trattamento sostitutivo oppioide (metadone e buprenorfina) sono stati arruolati in 5 SerD del Nord Italia e confrontati con un identico numero di FPG afferenti all'ambulatorio regionale del fumo del Policlinico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, bilanciati per sesso ed età. Tutti i soggetti dei 2 gruppi sono stati indagati per condizione socio-demografica, storia di fumo, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ed un test di valutazione del tono d'umore.

Risultati. I nostri dati confermano un'alta prevalenza di fumatori correnti tra i PDE, la più alta tra quelle descritte in letteratura, senza significative differenze tra soggetti in metadone (MTD) e quelli in buprenorfina (BUP). I soggetti in terapia oppioide, confrontati con i FPG, hanno mostrato caratteristiche di smoking status con differenze molto limitate statisticamente. In altre parole i PDE, pur mostrando la più alta prevalenza in assoluto, non fumano un numero di sigarette più elevato, rispetto ai FPG, né hanno un FTND più marcato; inoltre riferiscono un numero addirittura più elevato di periodi drug-free. Tali dati inducono a 2 considerazioni: la necessità di una maggior attenzione al problema del fumo da parte delle strutture che li seguono, unita alla confortante constatazione che le loro caratteristiche di nicotino-dipendenza non differiscono sostanzialmente da quelle dei fumatori che giornalmente chiedono di essere aiutati a smettere presso i centri anti-fumo italiani.

Abstract

Introduction. Patients in substance abuse treatment very frequently smoke cigarettes and often die of tobacco-related diseases. Aims of the present study were: 1) to assess the prevalence of current smokers and relative smoking status among a large number of heroin addicts attending opioid-substitution therapy; 2) to compare nicotine dependence and smoking status in heroin addicted smokers vs. a large group of non-heroin addicted tobacco smokers seeking treatment to quit smoking.

Materials and Methods. 298 heroin addicts under opioid-substitution therapy (methadone and buprenorphine) were recruited at five Addiction Units of North-Italy and a same number of non-heroin addicted smokers were selected from a sample of subjects seeking treatment to quit smoking, attending at a public out-patient clinic in Verona (Italy). All participants completed a questionnaire assessing sociodemographic information, type and dose of opioid-substitution therapy (only heroin addicts), smoking history and status, Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) and, the Zung Self-Rating Depression scale (SDS).

Results. Our data confirmed the high prevalence of smokers among heroin addicts, the highest described in the literature among people under substitution therapy, without any significant difference between methadone vs. buprenorphine therapy groups. The heroin addicted smokers, when compared with smokers of the general population intending to quit, exhibited only limited differences in smoking status. Despite the smoking status didn't differ greatly between heroin addicts and smokers of the general population seeking treatment, substance abuse treatment programs too often ignore tobacco use. More extensive investigation is necessary to explore the biological basis of opiate-dependent smokers' behaviour. Greater understanding of nicotine and opiates interaction can drive to novel therapeutic approaches in such hard-to-treat population. We hope that these findings will help to incorporate smoking cessation in substance abuse treatments.

Fabio Lugoboni (fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it)
Benedetta Pajusco, Luca Moro
Department of Internal Medicine, Addiction Unit,
Verona University Hospital, 37134 Verona, Italy;

Cristiano Chiamulera
Neuropsychopharmacology Laboratory, Section of
Pharmacology, Department of Public Health & Community
Medicine, University of Verona, Verona, Italy.

GICS
Scientific Intercentres Collaborative Drug
Users Group (GICS), Italy

Conclusion. Da questo studio emerge la drammatica conferma che i soggetti in terapia sostitutiva oppioide fumano praticamente tutti. I PDE non hanno però mostrato quelle caratteristiche di straordinarietà, nello smoking status, che sono state segnalate, ad esempio, nei pazienti con malattie mentali maggiori. Resta il paradosso della mancanza di assistenza nella cessazione del fumo per questi pazienti, in carico a strutture specialistiche per le dipendenze spesso frequentate da FPG per smettere di fumare.

Parole chiave: *tabagismo; fumo; smoking status; eroina; metadone; buprenorfina.*

Introduzione

È cosa risaputa e ripetuta che il fumo di tabacco è il killer principale nei paesi maggiormente sviluppati [1]. Nonostante questo i medici non trattano questa patologia con la dovuta attenzione e perizia che imporrebbe. Se questo è valido per i fumatori della popolazione generale (FPG) lo è ancor di più per tutte le popolazioni "marginali". È paradossale e disdicevole che i pazienti eroinomani in terapia sostitutiva presso i Servizi per le Dipendenze (SerD) italiani, se fumatori, siano sostanzialmente trascurati per questo importante aspetto della loro salute, peraltro potendo potenzialmente contare su una professionalità certamente superiore da parte dei loro terapeuti, riguardo al fumo, rispetto agli psichiatri dei Centri di Salute Mentale, per fare un esempio di un ambiente terapeutico caratterizzato da alta prevalenza di fumo e di scarsa offerta terapeutica [2].

Perché è così difficile per i fumatori con dipendenza da eroina (FDE) smettere di fumare? Nonostante gli operatori che si occupano di tossicodipendenza da eroina sappiano che il tabagismo è la regola in questi pazienti, non sono molti gli studi che abbiano studiato questo problema. In Italia, paese che vede la presenza di uno dei più sviluppati e completi apparati integrati di terapia della tossicodipendenza al mondo, tale problema è stato sostanzialmente ignorato, sia dal punto di vista valutativo che terapeutico [3-5].

Vari studi controllati hanno confermato che l'uso delle droghe, ma in particolare quelle ad azione oppioide, tendono ad indurre una aumentata assunzione di nicotina. I FDE fumano maggiormente nelle fasi in cui assumono eroina rispetto a quando sono in terapia sostitutiva metadonica. La maggior parte dei pazienti in terapia metadonica e buprenorfina fuma, con prevalenze che oscillano intorno al 70-80%. I trattamenti volti alla cessazione del fumo sono tradizionalmente descritti come fallimentari, arrivando a descrivere lo smettere di fumare come più problematico, per questi pazienti, dello smettere con l'eroina [6-8]. La letteratura scientifica riporta, in modo sostanzialmente concorde, che il fumo si correla in modo lineare alla dose di terapia oppioide assunta, sia nel caso del metadone (MTD), più studiato, che della buprenorfina (BUP) [9-15]. La questione non è priva di aspetti pratici ed etici. Vi è un numero davvero impressionante di studi che raccomandano di aumentare le terapie sostitutive oppioidi a dosi ele-

Conclusion. *This study shows the dramatic confirmation that the subjects in opioid substitution therapy virtually all smoke. The PDE, however, have not shown the characteristics of the extraordinary, in the smoking status, that have been reported, for example, in patients with major mental illnesses. There remains the paradox of the lack of assistance in smoking cessation for these patients, followed by clinics specialized for addictions often attended by FPG to quit smoking.*

Keywords: *tobacco smoking; smoking status; heroin; methadone; buprenorphine.*

Introduction

Cigarette smoking is the number one avoidable killer in the industrial world [1]. Yet doctors frequently do not treat the disease as they should; this fact is particularly true in specialty populations, hard-to-reach and treat, as addicted people. Cigarette smoking rates among opiate-dependent people far exceed the general population. Across studies, at least 80% of methadone maintenance treatment (MMT) patients smoke and was found extremely low quit rates in intent-to-treat subjects receiving a maximum treatment.

Why is it so difficult for opiate-dependent people to quit smoking? Although there is a large anecdotal evidence about the association between drug addiction and tobacco smoking, there are however only a few epidemiological studies, a fact that is probably due to low compliance to structured interviews or to epidemiological surveys [2-4]. The effects of opiates, methadone and buprenorphine primarily, on the pathway of nicotine metabolism or the sensitivity of nicotine receptors remains understudied. The reinforcing effects of nicotine on cognitive performance may be important; alternatively, smoking may be a self cure for depression, proved frequent and untreated in such population.

Placebo controlled studies confirmed that addictive drugs use or abuse may be associated to an increased nicotine intake. Among the substances that have been suggested to potentiate nicotine intake, heroin and methadone are of particular interest because of their potential reciprocal effect, respectively as drug of abuse and substitution drug therapy. Heroin addicted smokers (HAS) smoked more cigarettes when heroin self-administration was allowed than during heroin-free or under methadone detoxification condition periods 5. Treatment for smoking cessation in this segment of smokers showed low success rates [6-7]. It appears that it is more difficult for these individuals to quit smoking than heroin [8].

It is reported that a high percentage of methadone-maintained patients are tobacco smokers. The number of daily smoked cigarettes gradually decreases along with daily methadone maintenance dose during a progressive methadone dose reduction period; methadone has showed to induce a dose-related increase of smoking. Methadone and nicotine have been shown to decrease restlessness, irritability, and depression. Methadone has been shown to influence timing and smoking rate in a dose dependent correlation. At least 80% of methadone patients smoke. Similarly, opioid substitution therapy with buprenorphine showed increased smoking rates [9-16].

vate al fine di spegnere il craving per eroina, invitando a non porsi limiti di dosaggio nel perseguire questo scopo. Il sospetto che tale strategia possa causare un aumento consistente del consumo di sigarette non può essere trascurata: potrebbe, se confermata, essere correlata con una sensibile riduzione nell'aspettativa di vita a causa di possibili patologie fumo-correlate. Va però fatta osservare che la quasi totalità di tali studi sono stati effettuati in modo controllato ma su un numero sempre molto limitato di soggetti, per tempi di follow-up limitatissimi e svolti generalmente in laboratori comportamentali. Questo può rappresentare un limite: una cosa è osservare le abitudini legate al fumo nella vita quotidiana ed un'altra è farlo in un ambiente sperimentale. C'è un'evidente necessità di approfondire queste tematiche, implementando maggiormente gli studi di popolazione e portando le conoscenze acquisite in laboratorio nell'osservazione clinica quotidiana.

Obiettivi

Gli scopi del nostro studio erano di valutare la prevalenza di fumo nei PDE in terapia presso alcuni SerD italiani, valutando più notizie possibili inerenti lo smoking status, (per esempio il numero di sigarette fumate, il grado di nicotino-dipendenza, il numero di tentativi di smettere, il numero di periodi liberi dal fumo, il tono d'umore ecc.). Fumare è spesso considerato accettabile per i FDE che sono

Despite this body of literature describing the association between methadone, buprenorphine, and nicotine, it should be noted that most of these experimental studies have been performed in research laboratories and with limited follow-up. One thing is to observe the correlates of smoking in a laboratory, and another is to observe smoking habit in daily living environment. There is the clear need of more population studies, performed among larger number of subjects observed in their daily environment. In other words, studies have to describe more the real world and the real life of these subjects.

Objectives

Scopes of the present cross-sectional investigation was primarily to assess the prevalence of current smokers and relative smoking status (i.e. number of cigarettes, nicotine dependence, quit attempts, smoking free periods etc.) among a large number of heroin addicts attending opioid-substitution therapy.

Smoking is often considered acceptable for patients under methadone or buprenorphine therapy, who are rarely encouraged to quit smoking or supported in their efforts to quit. It's commonly retained HAS to be very hard smokers, that quitting smoking will worsen their psychiatric symptoms, or that HAS do not want to quit smoking. For these reasons, we wanted to compare nicotine dependence and smoking status in HAS vs. a large group of non-heroin addicted smokers (n-HAS) seeking treatment to quit smoking.

Variabili Variables	Non-fumatori N (%) Non-smokers N (%)	Fumatori N (%) Smokers N (%)	Totali N (%) Totals N (%)
Numero <i>Number</i>	7 (2.8)	298 (97.2)	305 (100)
Età media in anni (DS) <i>Mean age in years (SD)</i>	38.9 (8.4)	34.4 (6.9)	34.5 (7.0)
Maschi Femmine	3 (42.9) 4 (57.1)	248 (83.2) 50 (16.8)	251 (82.3) 54 (17.7)
Stato civile <i>Marital status</i>			
Celibi/nubili <i>Unmarried</i>	4 (57.1)	202 (67.8)	206 (67.5)
Coniugati <i>Married</i>	2 (28.6)	63 (21.1)	65 (21.3)
Separati o divorziati <i>Separated or Divorced</i>	1 (14.3)	30 (10.1)	31 (10.2)
Vedovi <i>Widowed</i>	0 (0.0)	3 (1.0)	3 (1.0)
Conviventi con fumatori <i>Lives with smokers</i>			
No <i>No</i>	3 (42.9)	106 (35.6)	109 (35.7)
Sì <i>Yes</i>	4 (57.1)	192 (64.4)	196 (64.3)
Terapia sostitutiva oppioide <i>Opioid therapy</i>			
Metadone <i>Methadone</i>	4 (57.1)	204 (68.5)	208 (68.2)
Buprenorfina <i>Buprenorphine</i>	3 (42.9)	94 (31.5)	97 (31.8)
Sintomi depressivi (SDS score) <i>Depressive symptoms (SDS score)</i>			
No <i>No</i> (< 50 pts)	5 (71.4)	135 (45.3)	140 (45.9)
Sì <i>Yes</i> (< 50 pts)	2 (28.6)	163 (54.7)	165 (54.1)
Abbreviazioni: N = numero; pt. = punti; DS = deviazione standard. <i>Abbreviations: N = number; pts = points; SD = standard deviation.</i>			

Tabella 1. Caratteristiche dei PDE: numero, prevalenza per tipo di sostituzione oppioide, sintomi depressive e smoking status.

Table 1. Characteristics for study participants under opioid substitution therapy. Number and prevalence for demographic, type of opioid substitution, depressive symptoms and smoking status.

raramente incoraggiati a smettere ed ancor meno sostenuti nel farlo, come avviene per i pazienti psichiatrici, seguiti presso i Centri di Salute Mentale. In entrambi i casi è normalmente ritenuto che smettere di fumare possa peggiorare la salute psichica dei pazienti e che smettere sia per loro di scarsa importanza [2,7,16]. Per questi motivi abbiamo voluto confrontare gli stessi dati con quelli di una popolazione di fumatori della popolazione generale, quelli che, a nostro modo di vedere, dovrebbero essere il paragone più rappresentativo: i fumatori che cercano aiuto per smettere.

Metodi

Partecipanti allo studio

298 fumatori attuali su un campione di 305 PDE (7 non erano fumatori) in terapia sostitutiva oppioide (204 in

Methods

Study Participants

298 current smokers out of a sample of 305 HAS (7 were non-smokers) under opioid substitution therapy participated in the study. The heroin addicts were already assigned to substitution treatment when the study began. Most of participants were male (82.3%) and averaged 34.5 (± 7.0) years of age (Table 1). Subjects were eligible for participation if they were heroin addicts under opioid-substitution therapy with methadone or buprenorphine. Exclusion criteria were, i), other than heroin addiction, ii), heroin addiction under treatment with opioid antagonists or, iii), with non-pharmacological therapy. Recruitment was done at five Addiction Units (Servizio per le Dipendenze, Ser.D) localized in North-East Italy (Bussolengo, Legnago, Bolzano, Castelfranco Veneto, Vicenza). Ser.D are outpatient clin-

Variabili Variables	PDE N (%) n-HAS N (%)	FPG N (%) HAS N (%)	Totali N (%) Totals N (%)	P
Numero <i>Number</i>	298 (50)	298 (50)	596	
Stato civile <i>Marital status</i>				
Celibi/nubili <i>Unmarried</i>	149 (50.0)	202 (67.8)	351 (58.9)	< 0.001
Coniugati <i>Married</i>	124 (41.6)	63 (21.1)	187 (31.4)	
Separati o divorziati <i>Separated or Divorced</i>	25 (8.4)	30 (10.1)	55 (9.2)	
Vedovi <i>Widowed</i>	0 (0.0)	3 (1.0)	3 (0.5)	
Sintomi depressivi (SDS score) <i>Depressive symptoms (SDS score)</i>				< 0.001
No <i>No</i> (< 50 pts)	217 (72.8)	135 (45.3)	352 (59.1)	
Sì <i>Yes</i> (< 50 pts)	81 (27.2)	163 (54.7)	244 (40.9)	
Nicotino-dipendenza (FTND score, pt.) <i>Nicotine-dependence (FTND score, pts)</i>				n.s.
Molto bassa <i>Very low</i> (0-2)	42 (14.1)	43 (14.4)	85 (14.3)	
Bassa <i>Low</i> (3-4)	66 (22.1)	65 (21.8)	131 (22.0)	
Media <i>Medium</i> (5-6)	87 (29.2)	88 (29.5)	175 (29.4)	
Alta <i>High</i> (7-8)	78 (26.2)	70 (23.5)	148 (24.8)	
Molta alta <i>Very high</i> (9-10)	25 (8.4)	32 (10.7)	57 (9.6)	
N medio di sigarette/die (DS) <i>Average N cigarettes/day (SD)</i>	22.7 (10.3)	20.5 (9.5)	21.6 (10.0)	0.006
N medio anni di fumo (DS) <i>Average smoking years (SD)</i>	17.8 (7.2)	19.0 (7.5)	18.4 (7.4)	0.063
N tentate di smettere di fumare <i>N self-reported quit attempts</i>				< 0.001
0	66 (22.1)	173 (58.1)	239 (40.1)	
≥ 1	232 (77.9)	125 (41.9)	357 (59.9)	
period smoke-free ≥ 6 mesi <i>abstinence periods ≥ 6 months</i>	89/232 (38.4)	89/125(71.2)	178/357 (49.9)	< 0.001
Convivenza con fumatori <i>Lives with smokers</i>				< 0.001
No <i>No</i>	170 (57.0)	106 (35.6)	276 (46.3)	
Sì <i>Yes</i>	128 (43.0)	192 (64.4)	320 (53.7)	

Abbreviazioni: FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence; N = numero; n.s. = non statisticamente significativo; pt. = punti; DS = deviazione standard ; SDS= Zung Self-Rating Depression Scale.
Abbreviations: FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence; N = number; n.s. = not statistically significant; pts = points; SD = standard deviation; SDS= Zung Self-Rating Depression Scale; a = percentage of values in column "Totals".

Tabella 2. Analisi bivariata tra PDE e FPG.

Table 2. Bivariate analysis between HAS under opioid-substitution therapy and n-HAS from the general population sample.

MTD e 94 in BUP), presso 5 SerD del Nord Italia (Bussolengo, Legnago, Bolzano, Castelfranco Veneto, Vicenza) sono stati reclutati per lo studio. Più dell'80 % dei FDE erano maschi. Criteri di esclusione erano una dipendenza primaria diversa dall'eroina, essere in terapia con antagonisti degli oppioidi (naltrexone), essere in trattamenti non farmacologici (drug-free treatment). La categoria non-fumatore è stata definita come consumo life-time inferiore a 100 sigarette. Lo studio non prevedeva compensi in denaro, né sotto nessun'altra forma di facilitazione od incentivazione. Le schede, uguali per tutti i SerD, sono state fornite e raccolte dal personale infermieristico dei SerD stessi. I FPG erano fumatori, senza alcuna storia di uso di sostanze illecite, richiedenti un trattamento per smettere di fumare, afferenti all' Ambulatorio Regionale del Fumo del Policlinico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI). È stato necessario bilanciare il campione perché, il campione originario (781 soggetti), era costituito da un numero pari di maschi e femmine e di età superiore a quello dei FDE. Tra questi sono stati selezionati in modo random i 298 FPG da confrontare nello studio. I dati sono stati raccolti alla prima visita, quindi in soggetti ancora fumatori.

Tutti i partecipanti alla studio hanno rilasciato un consenso informato. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell' AOUI di Verona. I dati contenuti nella scheda di rilevazione, oltre a quelli di tipo demografico, prevedevano valutazioni sull'inizio del fumo, il numero di sigarette, la convivenza con fumatori, i tentativi di smettere, i periodi smoke-free. Era inoltre prevista la somministrazione di un test FTND, il più validato tra i test di valutazione della nicotina-dipendenza, e di un test autocompilato per valutare il tono d'umore (SDS, Self-Rating Depression Scale, uno dei più usati in campo medico generale) [17-19].

Analisi dei dati

Le variabili categoriali sono state comparate statisticamente con analisi bivariata con il test Chi-square, o con il test esatto di Fisher. La comparazione tra variabili continue è stata eseguita con test T di Student ed il coefficiente di correlazione di Pearson. L'analisi multivariata è stata eseguita usando 2 modelli di regressione logistica, uno per i FDE ed un'altra per i FPG. L'alfa è stato fissato a 0,05 (2 code) per tutte le analisi statistiche che sono state effettuate usando il software statistico SPSS 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Risultati

Caratteristiche e prevalenza per fumo nei soggetti in terapia sostitutiva oppioide.

Come da aspettative tra i PDE la prevalenza di fumatori è risultata molto elevata. Il 97,2% dei PDE era fumatore al momento dello studio ed il 64,3% di loro viveva con almeno un fumatore. I 7 non fumatori non lo erano mai stati. Il 68% dei PDE erano in terapia MTD, contro il 32% in terapia con BUP. La dose mediana di MTD era di 40 mg/die (CI 95% 10,00-147,75 mg/die) e 6 mg/die la BUP (CI 95% 1,0-45,5 mg/die).

ics, providing treatment at no cost to patients. There are about 200 centres in Northern Italy: each Ser.D has a multi-disciplinary staff including doctors, nurses, psychologists and social workers and is generally able to provide medical and psychosocial support. Most of patients in care are heroin users.

N-HAS were smokers seeking treatment for smoking cessation accessing the Regional Smoking Cessation Centre of Verona, the most popular anti-smoking center of the region, addressed mainly to smokers of the general population. Smoking cessation programs are free of charge. They were selected on the basis of matching criteria with the heroin addicted smokers sample, i.e. for gender and age. Exclusion criteria were DMS-IV diagnosis of substance abuse. None of 298 HAS were under concomitant smoking cessation intervention at the time of the survey. Data on the n-HAS were related to the first visit of the program to quit smoking so they were at the time, all current smokers. No pay was provided for participants in the study.

All participants gave written informed consent to participate. The procedure was approved by the local ethical authority (the Ethical Committee of University Hospital of Verona). The participants completed a questionnaire assessing social-demographic information, type and dose of opioid-substitution therapy (only for heroin addicted participants), some information about smoking history and status, Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) [17] and, the Zung Self-Rating Depression scale (SDS) for self-assessment of depressive symptoms [18]. FTND is the most validated and used tool to measure the degree of nicotine dependence. It is easy to understand and it takes only few minutes for the self-compilation [19]. To assess depression symptoms we opted for the SDS because it's a very simple tool, quick (20 items, overall) and self-administrated. To increase the reliability tests were completely anonymous (as well as socio-demographic data), so they must be either self-administered.

Data Analysis

Categorical variables were compared by bivariate statistical analysis with Chi-square test, or with Fisher's exact test. Comparisons between continuous variables vs. type of opioid-substitution therapy, or between type of smokers (HAS vs. n-HAS) were done by Student's t-test. The Pearson's correlation coefficient was used to analyze correlations between continuous variables. Multivariate analysis was performed by using two logistic regression models, the first with type of opioid-substitution therapy as a dependent variable, the second with type of smoker as a dependent variable. Alpha was set at 0.05 (two-tailed) for all statistical analyses, which were performed by using SPSS 11.5 statistical software (SPSS 11.5, SPSS Inc., Chicago, IL).



Comparazione tra fumatori dipendenti da eroina (FDE) e fumatori della popolazione generale (FPG).

La comparazione tra FDE e FPG visti presso l'ambulatorio del fumo ha mostrato alcune differenze statisticamente significative. La prevalenza di coniugati era più alta tra i FPG (41,6% vs. 21,1%; $P < 0.001$), ma un numero più alto di FDE viveva abitualmente con fumatori. Più sorprendente il riscontro di un livello di nicotino-dipendenza sovrapponibile tra i 2 gruppi ed ancor di più il riscontro, statisticamente significativo, di un maggior numero di sigarette fumate nei FPG.

I FDE hanno riportato meno tentativi di smettere di fumare (77.9% vs. 41.9%; $P < 0.001$) ma hanno mostrato almeno 1 periodo *smoke-free* maggiore di 6 mesi in una percentuale significativamente più alta rispetto ai FPG (71.2% vs. 38.4%; $P < 0.001$).

La regressione logistica ha mostrato una associazione indipendente tra i seguenti fattori:

1. i FDE hanno fatto rilevare una più alta prevalenza di sintomi depressivi (OR 2.69, IC 95% 1.82-3.99; $P < 0.001$) rispetto ai FPG;
2. i FDE erano percentualmente meno coniugati (OR 0.34, IC 95% 0.21-0.53; $P < 0.001$);
3. i FDE riferivano un numero minore di tentativi di smettere (OR 0.23, IC 95% 0.15-0.33; $P < 0.001$);
4. i FDE avevano iniziato a fumare più precocemente (OR 2.05, IC 95% 1.41-3.00; $P < 0.001$);
5. i FDE avevano una maggior probabilità di convivere con fumatori (OR 2.05, IC 95% 1.41-3.00; $P < 0.001$);
6. i FDE, infine, fumavano un numero inferiore di sigarette rispetto ai FPG (OR 0.96, IC 95% 0.95-0.98; $P < 0.001$) (Tab. 3).

Discussione

Questo studio multicentrico cross-sectional ha confermato una prevalenza estremamente alta di fumatori tra i PDE in terapia sostitutiva [3-16]. La prevalenza riscontrata è la più alta segnalata in letteratura in setting analoghi e supera di 3 volte la prevalenza di fumatori in Italia [20]. Inoltre la prevalenza di fumo pare essere sovrapponibile a quella segnalata di recente in un amplissimo campione di eroinomani attivi italiani, quindi non in terapia sostitutiva [21]. Questo ultimo dato non fa che confermare quello che viene normalmente percepito come operatori del settore: la sostanziale mancanza di programmi di sostegno per smettere di fumare nei SerD italiani. È difficile da accettare il dato che segnala la stessa prevalenza di fumo tra i tossicomani dediti all'eroina ed i pazienti in cura, spesso da anni, presso strutture specialistiche che dispongono, caso quasi unico al mondo, di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori. Il paradosso è che, in Italia, sono proprio i SerD le strutture territoriali che maggiormente offrono supporto ai fumatori della popolazione generale. Un altro dato che conferma quanto appena affermato è la totale mancanza di ex-fumatori: i 7 non fumatori non avevano mai fumato.

Results

Characteristics and Smoking Prevalence for Participants under Opioid Substitution Therapy

As expected in the heroin addicted population, most of the participants were current smokers (97.2 %), with 64.3% of them living with smokers. All non-smoker participants self-reported to be never-smokers. All the participants were under opioid-maintained therapy, with about 68% with methadone and 31.8% with buprenorphine. Median dose was 40 mg/day for methadone (CI 95% 10.00 - 147.75 mg/day) and 6 mg/day for buprenorphine (CI 95% 1.0 - 45.5 mg/day). About half of the sample (54.1%) showed depressive symptoms according to the criteria of SDS.

Comparison between HAS under Opioid Substitution Therapy and n-HAS from a General Population Sample

The comparison between HAS under opioid-substitution therapy and n-HAS from the general population accessing the Regional Smoking Cessation Centre showed statistically significant differences on several items (Table 2). The prevalence of married n-HAS is greater than HAS (41,6% vs. 21,1%; $P < 0.001$) but a greater number of HAS live with smokers compared to n-HAS. On the other hand, depressive symptoms were more common among the latter group compared to n-HAS. Although there was not significant difference on degree of nicotine dependence (FTND score), n-HAS smoked more cigarettes (22.7 ± 10.3 vs. 20.5 ± 9.5 ; mean \pm SD, $P = 0.006$) but a greater prevalence of them tried to quit smoking at least once (77.9% vs. 41.9%; $P < 0.001$). Interestingly, HAS reporting at least one attempt to quit smoking for a period longer than 6 months (89/125; 71.2%) were more than n-HAS (89/232; 38.4%; $P < 0.001$).

Logistic regression analysis showed an independent association between being HAS compared to n-HAS (Table 3):

1. *higher prevalence of depressive symptoms (OR 2.69, IC 95% 1.82-3.99; $P < 0.001$);*
2. *lower prevalence of married (OR 0.34, IC 95% 0.21-0.53; $P < 0.001$);*
3. *lower number of quit attempts (OR 0.23, IC 95% 0.15-0.33; $P < 0.001$);*
4. *longer smoking history (OR 1.05, IC 95% 1.02-1.08; $P = 0.001$);*
5. *higher prevalence living with smokers (OR 2.05, IC 95% 1.41-3.00; $P < 0.001$);*
6. *lower number of cigarettes smoked/day (OR 0.96, IC 95% 0.95-0.98; $P < 0.001$) (Table 5).*

Discussion

This multicentre cross-sectional study confirmed the extremely high prevalence of tobacco addiction in heroin addicts under opioid-substitution therapy. Prevalence data were greater than those reported in similar samples [3-16], and more than three-fold compared to the prevalence in the matching Italian general population (OSSFAD, 2011) [20]. Furthermore, prevalence data came out the same than those described among

Variabili Variables	OR	CI 95%	P
Sintomi depressivi (SDS score) <i>Depressive symptoms (SDS score)</i> Sì <i>Yes</i> (≥ 50 pt.)	2.69	1.82-3.99	<0.001
Stato civile <i>Marital status</i> Coniugati <i>Married</i>	0.34	0.21-0.53	<0.001
Tentativi di smettere riferiti <i>Self-reported quit attempts</i> Sì <i>Yes</i>	0.23	0.15-0.33	<0.001
Media di sigarette/die <i>Average N cigarettes/day</i>	0.96	0.95-0.98	<0.001
Media di anni di fumo <i>Average smoking years</i>	1.05	1.02-1.08	0.001
Convivenza con fumatori <i>Lives with smokers</i> Sì <i>Yes</i>	2.05	1.41-3.00	<0.001
Sintomi depressivi (SDS score) <i>Depressive symptoms (SDS score)</i> No <i>No</i> (< 50 pts) Sì <i>Yes</i> (< 50 pts)	5 (71.4) 2 (28.6)	135 (45.3) 163 (54.7)	140 (45.9) 165 (54.1)
Abbreviazioni: FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence; pt. = punti; SDS= Zung Self-Rating Depression Scale. CI = intervallo di confidenza; OR = Odd Ratio. <i>Abbreviations: CI = confidence intervals; OR = Odd Ratio; SDS = Zung Self-Rating Depression Scale; pts = points.</i>			

Tab. 3. Regressione logistica tra FDE e FPG, rispetto allo smoking status.

Table 2. Bivariate analysis between HAS under opioid-substitution therapy and n-HAS from the general population sample.

Un dato che merita un commento è la mancanza di differenze tra il grado di dipendenza, misurato con il FTND, tra FDE e FPG. Questo dato, unito al minor numero di sigarette fumate dai FDE, farebbe pensare a fumatori abbandonati a se stessi, non stimolati né aiutati ma, in senso strettamente tossicologico, non così diversi dai fumatori che affollano i normali ambulatori per il fumo. Il minor numero di tentativi di smettere sembrerebbe confermare tale impressione. La maggior percentuale di episodi smoke-free si apre a più interpretazioni; potrebbe essere letta come una maggior probabilità di aver trascorso periodi in carcere, in comunità terapeutica o in ospedale, tutti luoghi dove è, peraltro, difficile far rispettare la legge antifumo. Potrebbe essere un segnale di una capacità, seppur fragile, di smettere, come segnalato, almeno nelle intenzioni, da alcuni studi [22-24].

L'analisi dei dati segnala una significativa associazione tra lo stato di FDE e sintomi depressivi. La comorbilità depressiva può rappresentare un fattore di ostacolo al processo di cessazione del fumo, sia in termini di auto-efficacia che di gravità dei sintomi astinenziali e quindi di successo terapeutico [19,25-27]. Il tono dell'umore andrebbe sempre misurato e monitorato in questi pazienti, nel momento in cui decidano di smettere di fumare.

È doveroso riportare alcune precise limitazioni del nostro studio. Nella scheda dei dati raccolti tra i PDE mancavano voci importanti riguardo alla durata della tossicodipendenza, al poli-abuso, alla durata della terapia sostitutiva. I PDE sono stati assegnati alle rispettive terapie sostitutive in modo clinico, quindi non con criterio casua-

Italian heroin users [21]. These data raise a concern previously reported in the literature: the lack of promotion that smoking cessation finds among the substance abuse treatment programs. It's disappointing that the prevalence of current smokers in the 5 centres evaluated is the same as that observed in Italian heroin users. Furthermore, it should be noted that none of the non-smokers heroin addicted patients had stopped smoking. All 7 cases were never smokers.

Furthermore, our study showed that there was no significant difference in degree of nicotine dependence between HAS and n-HAS. Although HAS had a lower number of self-reported quit attempts, they however reported better rates of smoking abstinence for periods longer than 6 months. These data are in contrast with a low success rate in smokers under methadone substitution therapy, but this could suggest that these subjects may be motivated to quit. In fact, several studies reported that heroin addicts under methadone-substitution therapy are willing to quit smoking [2,24-26]. On the other hand, the longer smoke-free periods showed by HAS could be also due to periods of stay in rehab facility, hospital or jail.

SDS data showed a significant higher incidence of depressive symptoms in the HAS smokers (54,7%) vs. general population smokers (27,2%). The depressive co-morbidity is a factor worsening patient clinical profile and success rate for smoking cessation in heroin addicts under methadone substitution therapy [27-29]. Mood disorders should carefully investigated all along smoking cessation treatment when HAS seek treatment to quit smoking.

However our study presents some limitations. Data about

le. Ultima, ma non meno importante, limitazione è di tipo metodologico. Confrontare una popolazione di fumatori (FDE) con un'altra (FPG) di fumatori intenzionati a smettere è una forzatura di cui siamo consci. D'altra parte è pura fantascienza pensare di allestire, in Italia, un gruppo numeroso di PDE intenzionati a smettere. Quando questo avverrà (e ce lo auguriamo fortemente) i presenti dati potranno trovare più autorevole conferma o smentita.

Conclusioni

Al momento attuale ed in carenza di dati che raffrontino i FDE con i FGP per il rispettivo *smoking-status*, rimane la sensazione che i soggetti in terapia sostitutiva oppioide fumino praticamente tutti ma senza quelle caratteristiche di straordinarietà che sono state segnalate, ad esempio, nei pazienti con malattie mentali maggiori [1]. Nessun paziente dovrebbe sentirsi dire da un operatore sanitario che il fumo rappresenta per lui un male minore, ancor meno i FDE che frequentano strutture specialistiche per le dipendenze e che non sembrano poi così diversi dai fumatori che chiedono aiuto, magari alle stesse strutture (i SerD) per smettere [1,27-29]. ■

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

the presence of polydrug abuse and of other co-morbidities weren't registered. These information, together with a more detailed description of opioid substitution therapy duration, had been informative in order to identify novel factors that may play a relevant role in the management of heroin addicted smokers under opioid substitution therapy. Furthermore, the assignment to methadone and buprenorphine substitution therapy was not performed with random criteria. Another limitation of this study is methodological. Compare current smokers (HAS) with current smokers (n-HAS) seeking treatment to quit smoking is not quite correct. This comparison was made for the great difficulty of recruiting HAS while entering in a smoking cessation program, more due to lack of offer by SerD than for lack of interest by HAS.

In conclusion, we recommend that smoking status should be accurately monitored in heroin addicts accessing therapeutic intervention, and that smoking cessation should be always proposed to these patients. Considering that they are willing to quit smoking, even if it is more difficult than for the smoking general population, smoking cessation intervention should be taken in high priority consideration. ■

Disclosure: the authors declare no conflict of interest.

BIBLIOGRAFIA

1. US Public Health Service. A Clinical Practice Guideline for treating Tobacco Use and Dependence. JAMA. 2000; 283: 3244-3254.
2. Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnini P, Gamba F. Figli di un dio minore. Il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali. Tabaccologia 2011; 2: 37-43.
3. Clemmey P, Brooner R, Chutuaape AM, Kidorf M, Stitzer M. Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance population. Drug Alcohol Dependence. 1997; 44: 123-132.
4. Du WJ, Xiang YT, Wang ZM, Chu Y, Zheng Y, Luo XN, Cai ZJ, Ungvari GS, Gerevich J. Socio-demographic and clinical characteristics of 3129 heroin users in the first methadone maintenance treatment clinic in China. Drug Alcohol Depend. 2008; 94: 158-164.
5. Elkader AK, Brands B, Selby P, Sproule BA. Methadone-nicotine interactions in methadone maintenance treatment patients. J Clin Psychopharmacol. 2009; 29: 231-238.
6. Shoptaw S, Rotheram-Fuller E, Yang X, Frosch D, Nahom D, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Smoking cessation in methadone maintenance. Addiction. 2002; 97: 1317-1328.
7. Stein MD, Weinstock MC, Herman DS, Anderson BJ, Anthony JL, Niaura R. A smoking cessation intervention for the methadone-maintained. Addiction. 2006; 101: 599-607.
8. Story J, Stark MJ. Treating cigarette smoking in methadone maintenance clients. J Psychoactive Drugs. 1991; 23: 205-215.
9. Spiga R, Martinetti MP, Meisch RA, Cowan K, Hursh S. Methadone and nicotine self-administration in humans: a behavioral economic analysis. Psychopharmacology. 2005; 178: 223-231.
10. Richter KP, Hamilton AK, Hall S, Catley D, Cox LS, Grobe J. Patterns of smoking and methadone dose in drug treatment patients. Exp Clin Psychopharmacol. 2007; 15: 144-153.
11. Chait LD, Griffiths RR. Effects of methadone on human cigarette smoking and subjective ratings. J Pharmacol Exp Ther. 1984; 229: 636-640.
12. Shadel WG, Stein MD, Anderson BJ, Herman DS, Bishop S, Lessor JA, Weinstock M, Anthony JL, Niaura R. Correlates of motivation to quit smoking in methadone-maintained smokers enrolled in a smoking cessation trial. Addict Behav. 2005; 30: 295-300.
13. Mello NK, Lukas SW, Mendelson JH. Buprenorphine effects on cigarette smoking. Psychopharmacology. 1985; 86: 417-425.
14. Mutschler NH, Stephen BJ, Teoh SK, Mendelson JH, Mello NK. An inpatient study of the effects of buprenorphine on cigarette smoking in men concurrently dependent on cocaine and opioids. Nicotine Tob Res. 2002; 4: 223-228.
15. Spiga R, Schmitz J, Day J. Effects of nicotine on methadone self-administration in humans. Drug Alcohol Depend. 1998; 50: 157-165.
16. Clarke JG, Stein MD, McGarry KA, Gogineni A. Interest in smoking cessation among injection drug users. Am J Addict. 2001; 10: 159-166.
17. Fagerstrom KO. The epidemiology of smoking. Drugs. 2002; 62: 1-9.
18. Zung, W.W.K. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965; 12: 63-70.
19. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A. Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. Int Emerg Med. 2007; 2: 196-201.
20. OSSFAD; Indagine Doxa 2011, http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2011
21. Pajusco B, Boschini A, Chiamulera C, Benigni M, Smacchia C, Lugoboni F. Tobacco smoking prevalence in a large sample of heroin users accessing rehabilitation. Heroin Addict Relat Clin Probl. 2011; 3: 5-10.
22. Richter KP, Gibson CA, Ahluwalia JS, Schmelzle KH. Tobacco use and quit attempts among methadone maintenance clients. Am J Public Health. 2001; 91: 296-299.
23. Kozlowski LT, Skinner W, Kent C, Pope MA. Prospects for smoking treatment in individuals seeking treatment for alcohol and other drug problems. Addict Behav. 1989; 14: 273-278.
24. Frosch DL, Shoptaw S, Jarvik ME, Rawson RA, Ling W. Interest in smoking cessation among methadone maintained outpatients. J Addict Dis. 1998; 1: 9-19.
25. Richter KP, Hamilton AK, Hall S, Catley D, Cox LS, Grobe J. Patterns of smoking and methadone dose in drug treatment patients. Exp Clin Psychopharmacol. 2007; 15: 144-153.
26. Stein MD, Anderson BJ, Niaura R. Smoking cessation patterns in methadone-maintained smokers. Nicotine Tob Res. 2007; 9: 421-428.
27. Killen JD, Fortman SP, Kramer HC, Varady AN, Davids L, Newman B. Interactive effects of depression symptoms nicotine dependence and weight change on late smoking relapse. J Can Clin Psychol. 1996; 64: 1060-1067.
28. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. J Subst Abuse Treat. 2009; 36: 205-19.
29. Friedmann PD, Jiang L, Richter KP. Cigarette smoking cessation services in outpatients substance abuse treatment programs in the United States. J Subst Abuse Treat. 2008; 34: 165-72.

Trattamento antifumo per pazienti Hiv+ Un modello di presa in carico globale

Anti-smoking treatment for Hiv+ patients A model of comprehensive care

Alberto Vito, Ilaria d'Alessandro, Roberto Parrella

Riassunto

Partendo dalla consapevolezza che la promozione di programmi di cessazione del fumo ha un peso sostanziale sulla salute pubblica, si è ricercata una strategia di intervento per promuovere tali programmi in situazioni nelle quali i fumatori possano essere più recettivi e motivati, quale può essere l'accesso ad una struttura ospedaliera. In particolare, dato che la mission principale dell'Ospedale "Cotugno" è la cura dei pazienti affetti da patologie infettive, si è strutturato un modello di presa in carico globale per pazienti Hiv+ in cui è previsto un trattamento antifumo, provvisto di specifici adattamenti in considerazione della popolazione alla quale è riservato. Emerge che, oltre al miglioramento dello stato di salute dei pazienti, l'adozione di adeguati stili di vita rappresenta un incentivo a "prendersi cura di sé" ed aiuta ad affrontare la malattia con un miglior atteggiamento. Caratteristica fondante del progetto è la sua interdisciplinarietà, in quanto richiede la collaborazione di tre specialisti diversi: infettivologo, psicologo, pneumologo. Esso prevede una pluralità di interventi: dall'arruolamento di tutti i fumatori tra i pazienti afferenti alla struttura, con accesso facilitato all'U.O. di Psicologia, alla diagnosi di tabagismo con valutazione specialistica pneumologica, ad interventi individualizzati che prevedono, tra l'altro, un ciclo di 8 sedute psicologiche per un programma di rafforzamento motivazionale. L'offerta di un percorso antifumo combinato, psicologico e pneumologico, rivolta a pazienti Hiv+ rappresenta un approccio globale tendente alla presa in carico della persona, e non solo della sua patologia, in cui l'adeguata qualità della vita diventa un obiettivo centrale dell'intervento. Altro aspetto importante è la replicabilità dell'iniziativa che, nonostante alcune specificità, con opportune modifiche può essere riproposta per pazienti portatori di altre patologie.

Parole chiave: Ambulatorio Antifumo, Hiv+, Interdisciplinarietà, Psicologia Ospedaliera

Introduzione

Il tabagismo è uno dei principali "fattori di rischio" oncologico, cardiovascolare e respiratorio e, pertanto, la promozione di programmi di cessazione del fumo potrebbe avere un impatto sostanziale sulla salute pubblica.

Summary

Based on the belief that the promotion of smoking cessation programs has a substantial burden on public health, we searched for an intervention strategy to promote these programs in situations where smokers may be more receptive and motivated, namely the access to a hospital. In particular, since the main mission of the Hospital "Cotugno" is the care of patients with infectious diseases, we have structured a model of comprehensive care for HIV+ patients that includes a smoke-free treatment with specific adaptations in view of the population to which is reserved. In addition to improving the health status of the patients, the adoption of appropriate lifestyle is an incentive to "take care of themselves" and helps to address the disease with a better attitude.

A fundamental characteristic of the project is its interdisciplinary nature, requiring the cooperation of three different specialists: an infectious disease specialist, a psychologist and a pulmonologist. It provides a variety of interventions, such as the enrollment of all smokers among the patients referred to the facility and their easy access to the operative unit of Psychology, the diagnosis of smoking dependence with a pulmonary specialist assessment and the individualized interventions that provide a series of eight sessions with the objective to strengthen psychological motivation.

A smoking cessation program combined with psychological and pulmonary interventions for HIV+ patients has become a global approach of taking charge of the individual and not only of his/her disease; in such a program an adequate quality of life becomes the central goal of the intervention. Another important aspect is the repeatability of the initiative, which can be proposed for patients with other diseases again with the appropriate amendments.

Keywords: Out patient centre for smoking cessation, HIV+, Interdisciplinarity, Hospital Psychology

Da questa osservazione nasce l'esigenza di costruire una rete in cui tutte le professioni sanitarie agiscano nella loro attività quotidiana attuando interventi coordinati fra loro, per motivare ed aiutare i fumatori, soprattutto se già affetti da patologie fumo correlate, a smettere di fumare.

Alberto Vito (alberto.vito@ospedalecotugno.it)
Psicologo, Responsabile U.O.S.D. Psicologia Clinica
A.O. Ospedali dei Colli (Napoli).

Ilaria d'Alessandro
Psicologa, Volontaria U.O.S.D. Psicologia Clinica
A.O. Ospedali dei Colli

Roberto Parrella
Pneumologo, Responsabile U.O.S.Pneumologia
Terza Divisione A.O. Ospedali dei Colli

Un'efficace strategia di intervento per promuovere la cessazione tabagica prevede l'identificazione di situazioni nelle quali i fumatori possono essere più motivati e recettivi agli avvisi antismoking e la strutturazione, in tali occasioni, di interventi personalizzati, orientati alle specifiche esigenze del fumatore, sfruttando al meglio l'opportunità offerta da questi momenti. In tal senso, l'accesso ad una struttura ospedaliera, sia durante un ricovero ordinario sia per quanto riguarda prestazioni di tipo ambulatoriale, può rappresentare un'opportunità per motivare il fumatore ad iniziare un percorso di disassuefazione da condurre in collaborazione con diverse Unità Operative, interne o esterne alle strutture ospedaliere. Ciò a patto che nell'equipe curante vi siano la consapevolezza del potenziale rischio depressivo connesso sia alla condizione di malattia che all'ospedalizzazione e risorse adeguate per fronteggiare tale evenienza.

L'ipotesi è che un'adeguata presa in carico del vissuto emotivo associato al ricovero ospedaliero o alla comunicazione di una patologia organica possa costituire un presupposto favorevole per l'implementazione di un intervento di disassuefazione dal fumo di tabacco che coinvolga un gran numero di pazienti fumatori, stimolando in essi atteggiamenti favorevoli per vincere la dipendenza da fumo. Ovviamente, un programma efficace per la cessazione di una dipendenza particolarmente tenace quale quella dal tabacco non può contare solo sulle paure del fumatore riguardo al proprio stato di salute, ma dovrà contenere anche un'analisi attenta delle motivazioni personali e prevedere strategie di rafforzamento mediante stimoli positivi.

Condividendo tali premesse di carattere generale, abbiamo realizzato un percorso per la disassuefazione dal fumo che fosse adeguato alla nostra tipologia di pazienti ed al nostro contesto specifico: l'Ospedale Cotugno¹. In particolar modo, tenuto conto che la mission principale della nostra struttura è la cura dei pazienti affetti da patologie infettive, si è delineata la necessità di promuovere la cessazione del fumo in pazienti Hiv+, alla luce soprattutto dell'evidenza relativa al ruolo che il fumo ricopre, oltre che nell'insorgenza di neoplasie non correlate all'AIDS (come ad esempio il cancro del polmone o il cancro della cervice nella donna [1]) e di infezioni batteriche, anche ed in primo luogo nell'insorgenza di complicazioni cardiovascolari [2,3]: il problema degli eventi cardiovascolari in pazienti HIV+ infatti è di importante entità alla luce degli studi epidemiologici che indicano come i pazienti infetti da HIV abbiano una migliorata sopravvivenza grazie all'efficacia della terapia antiretrovirale, sempre più potente e maggiormente tollerata [4]. Per questo motivo i pazienti con HIV raggiungono età considerevoli, inimmaginabili anche in un passato recente [5].

Il tabagismo rappresenta il principale fattore di rischio modificabile per l'insorgenza di patologie responsabili di quasi 1/3 degli eventi morbosi e dei decessi nei pazienti HIV in trattamento con antiretrovirali [6]. In queste coorti di pazienti, da quanto emerge dalla letteratura scientifica, l'abitudine al fumo e l'utilizzo di sostanze tossiche risulta molto radicata in confronto con altre coorti [7]. Infatti, la prevalenza dell'abitudine tabagica nei soggetti adulti HIV+ è circa tre volte più alta rispetto alla popolazione generale [8]. In ogni caso, molti studi riportano una prevalenza di fumatori del 60 % o più nelle coorti di pazienti HIV+ [9].

Non è ancora chiaro se la prevalenza di tabagismo estremamente elevata riscontrata nei pazienti HIV+ possa avere una ripercussione ulteriormente negativa sulla funzione polmonare rispetto ai soggetti HIV-. Invece, nei pazienti con HIV, dove la disfunzione endoteliale (primum movens della malattia aterosclerotica) rappresenta già un effetto diretto del virus stesso [10], il fumo di sigaretta emerge come uno dei principali fattori in grado di agire a livello endoteliale costituendo un elemento di rischio modificabile nell'ambito delle malattie cardiovascolari.

Oggi è ormai definito il ruolo del fumo nell'epidemiologia delle malattie cardio e cerebro-vascolari; non stupisce dunque che anche questo ulteriore fattore influisca sulla maggiore incidenza di eventi cardio-vascolari in questa specifica popolazione [11], nonostante, secondo un importante studio americano del 2008 [12], i pazienti HIV che assumono farmaci antivirali da lungo tempo hanno minori possibilità di sviluppare calcificazioni delle arterie coronarie con una conseguente diminuzione del rischio cardiovascolare. Purtroppo questo studio non fa alcuna distinzione tra pazienti fumatori e non fumatori, eppure studi precedenti hanno già dimostrato che il fumo sembra diminuire l'efficacia della terapia antiretrovirale [13-15].

Bisogna poi tener presente che le strategie utilizzate con successo nella popolazione generale necessitano di ulteriori rinforzi e adattamenti nei soggetti affetti da infezione HIV da parte di personale esperto in tale campo, allo scopo di intercettare le necessità specifiche di tale gruppo di pazienti. Di fronte alla presa di coscienza di essere affetti da una malattia cronica, dai molteplici risvolti psicologici come l'infezione da HIV, che rischia di influenzare pesantemente la qualità della vita a causa delle notevoli ripercussioni nella vita familiare e relazionale, è inevitabile un processo di risignificazione della propria vita. Esso comporta una ridefinizione delle priorità esistenziali e fa anche emergere preoccupazioni ed atteggiamenti nuovi rispetto alle dimensioni del rischio e della salute. Risultano dunque comprensibile come, per un certo numero di

¹ Nel dicembre 2010 l'A.O. "D. Cotugno" è stata sciolta ed è confluita nella A.O. Ospedali dei Colli Monaldi-Cotugno-C.T.O. L'A.O. Cotugno è stato l'ospedale ad alta specializzazione nella cura delle malattie infettive più grande dell'Italia meridionale, con diversi dipartimenti che si sono occupati della diagnosi e cura del paziente affetto da HIV. L'U.O. di Psicologia Ospedaliera, istituita nel 2003, ha adottato una modalità operativa che coniuga una duplice attenzione sia alla componente strettamente organica delle patologie, sia alla componente psicologica che talvolta rappresenta una risposta reattiva alla scoperta della malattia, evocando risposte non sempre funzionali al trattamento farmacologico e terapeutico. Le aree di intervento clinico di pertinenza del Servizio sono diverse, tra cui una parte cospicua, sebbene non esclusiva, è dedicata proprio ai pazienti affetti da Hiv.

pazienti, la scoperta della condizione di sieropositività si accompagna ad atteggiamenti depressivi per cui non solo le preoccupazioni relative alle conseguenze del fumo di sigaretta passano in secondo piano, ma anche la faticosa rinuncia ad un'abitudine può risultare più pesante per una persona già provata dalla necessità di trovare un adattamento ad una nuova e critica situazione. Proprio alla luce di tali osservazioni, ci pare particolarmente importante porre l'attenzione sulla necessità di adeguati stili di vita (e quindi smettere di fumare) anche per questa tipologia di pazienti. Infatti, la proposta di cessare il fumo può essere inserita all'interno di un progetto esistenziale nuovo, in cui il "prenderci cura di sé" ha un ruolo rilevante dal duplice significato: se per un verso infatti dimostra, in questo come in altri aspetti, quanto per questo tipo di pazienti valgono esattamente le stesse prescrizioni che per gli altri, evitando il rischio di stigmatizzazione sociale, del tutto inappropriato; per un altro verso la proposta di smettere di fumare, che potrebbe inizialmente apparire a questi pazienti un'iniziativa priva di urgenza e di utilità dato il loro stato di malattia, restituisce invece loro la possibilità di accedere ad una progettualità futura della vita, veicolando il messaggio che è possibile un percorso di convivenza con la malattia in cui poter "normalmente" pensare al proprio stato di salute. Nella nostra esperienza, infatti, abbiamo osservato come la proposta antifumo contenente implicitamente il suggerimento a distanziarsi da atteggiamenti rinunciatari, causati da vissuti depressivi connessi alla scoperta della patologia organica, sia perfettamente coerente con il percorso psicologico di tali pazienti finalizzato al miglioramento della qualità della vita. [16]

Un'altra caratteristica fondante del nostro progetto è la sua interdisciplinarietà, in quanto, sin dall'inizio, il suo successo è legato alla capacità di collaborazione di tre specialisti diversi: infettivologo, psicologo, pneumologo. La presenza nel nostro contesto di UU.OO. autonome in tali diverse discipline ha reso possibile una fattiva collaborazione, nel rispetto delle specifiche aree di competenza.

Modalità di intervento

A partire da tali considerazioni, abbiamo approntato uno specifico percorso clinico a carattere interdisciplinare. Ci siamo posti i seguenti obiettivi primari, analoghi ad iniziative simili condotte in contesti ospedalieri:

Mettere a punto ed implementare un percorso assistenziale al paziente fumatore che integri le varie azioni e figure interessate presenti nella Azienda Ospedaliera individuando all'interno di essa le strutture partecipanti al progetto.

Promuovere la cessazione tabagica nei pazienti fumatori ricoverati nelle Unità Operative di degenza o seguiti in regime di D.H., con particolare riferimento a quelli affetti da Hiv+.

Valutare l'impatto del tabagismo sulla funzionalità respiratoria dei pazienti fumatori afferenti alle UU.OO. di degenza.

Valutare l'efficacia dell'intervento di counselling anti-fumo a distanza di un anno (mediante follow up di controllo).

Gli obiettivi secondari riguardano, invece, la valutazione del grado di soddisfazione dei pazienti dell'intervento antitabagico ed il miglioramento complessivo della loro presa in carico.

Il nostro percorso prevede una pluralità di interventi, svolta da professionisti con competenze disciplinari diverse. I più importanti, nella prima fase, sono:

- Arruolamento, con acquisizione del consenso informato, di tutti i fumatori tra i pazienti afferenti alla struttura, indipendentemente dalla patologia di base.
- Diagnosi di tabagismo (anamnesi).
- Counselling breve da parte del personale medico.
- Indicazione della diagnosi di tabagismo nella cartella e nella relazione di dimissione per i pazienti ricoverati (cod. ICD IX tabagismo 305.1).
- Invio all'U.O.S.D. di Psicologia Clinica, per la partecipazione ad un primo incontro di gruppo, mediante prenotazione diretta con accesso facilitato, dei pazienti fumatori motivati e che non riescono a smettere con gli interventi di primo livello.

Successivamente, il secondo livello prevede interventi individualizzati, secondo il programma adottato dal Centro Antifumo (trattamento combinato motivazionale individuale e/o di gruppo presso U.O. Psicologia associato a trattamento farmacologico previa consulenza pneumologica), quali:

- Compilazione cartella clinica antifumo, inclusa valutazione del grado di dipendenza dalla nicotina mediante somministrazione del Test di Fagerstrom (U.O. Psicologia).
- Ciclo di 8 incontri di sedute psicologiche per un programma di rafforzamento motivazionale.
- Valutazione specialistica Pneumologica con completamento cartella clinica, finalizzata con PFR, valutazione CO, SpO₂.

Follow-up telefonico (e quando possibile misurazione del monossido di carbonio espirato) a sei mesi ed ad un anno dei pazienti pervenuti al Centro Antifumo.

Commento

Circa 450 pazienti HIV+ afferiscono al DH/ambulatorio della U.O.C. Terza Divisione del PO "D. Cotugno". Altri 400 pazienti HIV+ afferiscono ai servizi delle altre due divisioni del PO "D. Cotugno" dedicate a tale patologia.

Data l'elevata prevalenza di fumatori nelle coorti di pazienti HIV, questo bacino di utenza di pazienti immunodepressi rappresenta una opportunità unica per mettere in atto strategie utili per la cessazione del fumo in questo gruppo di pazienti con comorbidità spesso severa.

Il nostro programma è nella prima fase di attuazione. Particolare attenzione è stata posta alla fase del reclutamento, in quanto siamo consapevoli che l'effettiva efficacia del progetto è intimamente correlata alla nostra capacità di coinvolgere gli infettivologi in tale iniziativa. Sono, infatti, tali specialisti che, avendo in carico i pazienti Hiv+, hanno sviluppato con essi una relazione significativa nel tempo e rappresentano pertanto un punto di riferimento e

di credibilità per ogni tipo di intervento sanitario. Sono gli infettivologi a dover comunicare la diagnosi, a rassicurare i pazienti sul decorso della patologia, a proporre la terapia farmacologica, a verificare l'aderenza al trattamento proposto. Ci pare decisiva, quindi, la loro capacità di promuovere il nostro programma per ottenere una risposta adeguata. Per tale motivo, abbiamo dedicato particolare attenzione alla fase iniziale, prevedendo diversi incontri nei vari reparti dell'Ospedale, per presentare il progetto, concordando modalità di collaborazione e percorsi operativi diversi con alcuni di essi. In conseguenza di tale attivazione auspichiamo che nei prossimi mesi ci vengano inviati una discreta percentuale dei pazienti fumatori, motivati ad aderire al nostro programma in modo congruo dagli specialisti da cui sono seguiti. Le prime risposte ottenute dai medici specialisti in termini d'interesse e di disponibilità a partecipare al progetto sono state incoraggianti. Inoltre, è stato approntato un questionario autosomministrato rivolto ai pazienti finalizzato a conoscere il livello d'interesse nei confronti di un percorso di disassuefazione dal fumo.

Conclusioni

Si tratta, come è evidente, di un progetto ambizioso la cui piena riuscita è legata alla volontà dell'intera Azienda di assumere con forza un programma antifumo e di condividerne le finalità. La presenza dei Servizi di Psicologia e Psichiatria in ambito ospedaliero può essere utilizzata non solo per ridurre l'insorgenza di problematiche psichiche in pazienti affetti da gravi patologie organiche. Essa consente di realizzare percorsi di sostegno psicologico per gli ammalati ed i loro familiari, al fine di ridurre lo stress e la sofferenza emotiva connessi alla condizione di malattia, al dolore fisico, al ricovero ospedaliero. Tuttavia, il nostro approccio è sempre stato anche di natura preventiva e rivolta al miglioramento della qualità della vita, sia dei pazienti che dei loro familiari, so-

stenendo le risorse presenti per meglio affrontare un evento critico complesso quale una grave malattia. Inoltre, in modo simmetrico, ciò ha una ricaduta sul sistema curante. Infatti, la presa in carico dei bisogni soggettivi e dei vissuti emotivi del paziente impone la riorganizzazione delle strutture sanitarie, mettendo al centro delle attenzioni la persona e non la malattia. Ciò comporta l'assunzione di un'ottica interdisciplinare in cui l'umanizzazione delle cure diventa un aspetto indispensabile e non un orpello secondario. La nascita del progetto per la cessazione del fumo nei pazienti Hiv+ esprime l'estensione di tale approccio metodologico alla specifica questione del tabagismo. Per i pazienti Hiv+, l'offerta di un percorso combinato psicologico e pneumologico al fine di smettere di fumare, oltre a migliorare il livello qualitativo della prestazione assistenziale fornita, è quindi un ulteriore testimonianza di un approccio globale tendente alla presa in carico della persona, e non solo della sua patologia, in cui la adeguata qualità della vita diventa un obiettivo centrale dell'intervento. In tutti gli Ospedali di media-grande entità sarebbe, quindi, opportuna la presenza di Servizi di Psicologia, non solo per migliorare la gestione degli aspetti emotivi connessi alla malattia, ma anche per promuovere stili di vita adeguati e comportamenti di buona salute, in linea con gli obiettivi di una corretta gestione della pubblica Sanità. Un altro aspetto importante è la replicabilità della nostra iniziativa. Essa è proposta ai pazienti sieropositivi e la collaborazione è richiesta agli infettivologi in quanto questo è il nostro contesto di lavoro. Per tale motivo ci sono delle specificità del nostro progetto, ma è innegabile che, con opportune modifiche, esso può essere riproposto a pazienti portatori di altre patologie ed il modello di collaborazione con gli infettivologi può essere positivamente replicato con altri specialisti (cardiologi, oncologi, diabetologi, ecc.). ■

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

BIBLIOGRAFIA

- Minkoff H, Feldman JG, et al., Relationship between smoking and human papillomavirus infection in Hiv-infected and -uninfected woman. *J Infect Dis.* 2004 May 15; 189 (10): 1821-1828.
- Petoumenos K, S Worm, P Reiss, S De Wit, A d'Arminio Monforte, N Friss-Moller, et al. and the D:A:D Study Group, Rates of Cardiovascular Disease following Smoking Cessation in Patients with HIV Infection: Results from the D:A:D Study, Program of the Conference of Retrovirus and Opportunistic Infections. San Francisco February 16-19, 2010; Oral 124.
- Friis-Moller N, Weber R, Reiss P, Thiebaut R, Kirk O, d'Arminio Monforte A, et al., Cardiovascular disease risk factors in HIV patients-association with antiretroviral therapy. Results from the DAD study. *AIDS* 2003;17: 1179-1193.
- Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. HIV Outpatient Study Investigators. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853-860.
- Selik RM, Byers RH Jr, Dworkin MS, Trends in diseases reported on US death certificates that mentioned HIV infection, 1987-1999. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29: 378-387.
- Encrenaz G. et al, *Curr. HIV Res.*, Apr. 2010; 7-11.
- Nahvi S, Cooperman NA, The need for smoking cessation among HIV-positive smokers, *AIDS Educ Prev.* 2009; 21: 14-27.
- Cui Q, Carruthers S., Mclvor A, Smail F, Thabane L, Smieja M. Effect of smoking on lung function, respiratory symptoms and respiratory diseases amongst HIV-positive subjects: a cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy* 2010; 7: 6.
- Poirier CD, Inhaber N, Lalonde RG, Ernst P. Prevalence of bronchial hyperresponsiveness among HIV-infected men. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 542-545.
- Grinspoon SK, Grunfeld C, Kotler DP, Currier JS, Lundgren JD, Dube MP, et al. State of the science conference: Initiative to decrease cardiovascular risk and increase quality of care for patients living with HIV/AIDS: executive summary. *Circulation* 2008;118: 198-210.
- Rossi R., Aging e HIV: il rischio cardiovascolare, *ReAd files*, Giugno 2010; 4-9.
- Kingsley LA et al., Subclinical coronary atherosclerosis, HIV infection and antiretroviral therapy: Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS* 2008; 22: 1589-1599.
- Feldman GJ et al., Association of cigarette smoking with HIV prognosis among women in the HAART era. *Am J Public Health* 2006; 96(6): 1060-1065.
- Crothers K et al., The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. *Journal of General Internal Medicine*;
- Galai N et al., Effect of smoking on the clinical progression of HIV-1 infection. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997; 14: 451-458.
- Vito A., Lupoli M., Tizzano L.. Esperienze di psicologia ospedaliera in un ospedale di malattie infettive: dal modello teorico alla sperimentazione pratica. in "Psichiatria di Comunità", Centro Scientifico Editore, Torino, vol. V, n.2, Giugno 2006; 134-139.

Progetto sperimentale dell'A.O. di Cosenza sull'attività in rete per la prevenzione e la cura del tabagismo nei luoghi di lavoro

Pilot project in Cosenza Regional Hospital on webnet actions aiming to prevent and treat tobacco-related illnesses in workplaces

Francesco Romano, Felice Fazzari, Lucio Marrocco, Rossella Pucci, Marisa Ines Scarlato, Francesca Fratto, Valeria Surace

Riassunto

Gli Autori descrivono un progetto pilota della Regione Calabria per il controllo del fumo di tabacco nei luoghi di lavoro. L'ideazione e l'attuazione del progetto sono state affidate all'Azienda Ospedaliera di Cosenza con lo scopo di sperimentare un programma per promuovere all'interno di aziende pubbliche e private regionali interventi di informazione e assistenza volti ad incrementare la consapevolezza sui rischi, ridurre l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dall'abitudine al fumo attraverso l'adozione di adeguate no-smoking policy aziendali comprendenti misure di prevenzione, controllo e trattamento nei luoghi di lavoro.

Parole chiave: fumo di tabacco, fumo passivo, smettere di fumare, luoghi di lavoro.

Introduzione

Nell'ambito del sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo, e facendo seguito a progetti di formazione professionale e di pianificazione degli interventi dapprima a livello regionale e poi all'interno delle singole aziende sanitarie, attuati dalle Regioni aderenti al Progetto Nazionale Tabagismo, nel 2008 è stato proposto il progetto ministeriale del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, denominato CCM4, che è stato coordinato e reso attuativo, come i progetti precedenti, dalla Regione Emilia-Romagna con la partnership dell'Azienda USL di Reggio Emilia e della sezione di Reggio Emilia della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori [1]. Sono stati individuati in ciascuna Regione nuclei di operatori per la pianificazione di progetti pilota aziendali da realizzarsi nell'ambito di cinque aree tematiche [programmi di prevenzione giovani, monitoraggio centri antifumo (CAF), efficacia/efficienza della rete degli operatori sanitari, luoghi di lavoro liberi dal fumo, interventi di comunità], al fine di creare, valorizzare e sostenere la rete degli operatori sanitari interessati a percorsi di prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo. La Regione Calabria, avendo aderito all'iniziativa,

Summary

The Authors describe a pilot project of the Calabria Region for the control of tobacco smoke in the workplace. The design and implementation of the project have been entrusted to the Cosenza Regional Hospital targeted to test a program to promote public and private companies within the regional information and support interventions aimed at increasing the awareness of the risks, reducing exposure to secondhand smoke and promote smoking cessation through the adoption of adequate no-smoking policy corporate prevention measures, control and treatment in the workplace.

Keywords: tobacco smoking, secondhand smoke, smoking cessation, workplace.

ha costituito un gruppo tecnico di lavoro che ha deciso di adottare l'area dei luoghi di lavoro come contesto all'interno del quale sperimentare un progetto pilota sulla interdisciplinarietà e trasversalità dei programmi di contrasto del fumo di tabacco da trasformare successivamente in processo capace di consolidare e mantenere le scelte operative attuate, nelle diverse aziende, pubbliche e private, della Regione. La scelta dell'Area dei Luoghi di Lavoro all'interno della quale sperimentare l'attività di rete per la prevenzione e il controllo del tabagismo è derivata da una serie di considerazioni relative a questo contesto [2-6].

Punti di forza:

- La normativa 626 (e successivi indirizzi normativi di settore) e la legge Sirchia rendono i luoghi di lavoro particolarmente idonei a recepire provvedimenti per la difesa dell'esposizione al fumo passivo;
- Non c'è alcun interesse specifico del personale sanitario di riferimento (Medici del lavoro, Medici competenti, Tecnici della Prevenzione), a gestire in modo isolato i problemi correlati al Tabagismo e i percorsi per facilitare la modificazione dei comportamenti a rischio;
- Si può contare su professionalità in grado sia di gesti-

Francesco Romano (francoromanocs@libero.it)
U.O. di Pneumologia Ospedale "Mariano Santo"
Azienda Ospedaliera di Cosenza
Felice Fazzari, Rossella Pucci
Distretto Sanitario di Cosenza
Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

Lucio Marrocco
Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera
di Cosenza

Marisa Ines Scarlato
Lega Italiana per la Lotta
contro i Tumori
Sezione di Cosenza

Francesca Fratto, Valeria Surace
Dipartimento di Tutela della Salute e delle
Politiche Sanitarie - Regione Calabria -
Catanzaro

re in modo corretto l'invio a servizi di secondo livello sia di sostenere la diffusione di test diagnostici di facile somministrazione (nel caso del tabagismo: test di Fagerström, test motivazionale, misurazione del CO esalato).

Criticità:

- Esistono poche reti attive operanti fra medici del lavoro, medici competenti, MMG e servizi di disassuefazione dal fumo e, fra le esistenti, sono poche quelle che hanno modalità di comunicazione automatiche e formalizzate;
- L'esposizione al fumo passivo non costituisce una priorità della sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro;
- L'orientamento generale della medicina del lavoro è ancora più declinato in favore delle azioni di sorveglianza e sanzione che di educazione e promozione della salute (anche quando non lo è, viene spesso percepito tale da parte dell'utenza).

Il tutto tenendo debitamente in conto che:

- La realizzazione di un intervento di prevenzione del fumo nei luoghi di lavoro dovrebbe avvenire solo in un contesto preventivamente attivato rispetto al tema (in termini di: sensibilità di tutte le figure di riferimento aziendale; azioni preparatorie formali e informali che facilitino e sostengano i processi di cambiamento) in collaborazione con i servizi territoriali: MMG, medici competenti, medici del lavoro e servizi per la disassuefazione dal fumo;
- Il tema specifico del tabagismo dovrebbe poter essere inserito in una azione generale del luogo di lavoro sulla prevenzione/protezione da stili di vita a rischio;
- Il medico del lavoro deve poter operare in un contesto di rete attiva che preveda collaborazioni pluridisciplinari e intersettoriali fra prevenzione, cura e controllo del tabagismo.

Il progetto "Il controllo del fumo di tabacco nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza" si è inserito, dunque, all'interno delle politiche di promozione della salute negli ambienti di lavoro che la Regione Calabria ha inteso condurre in merito alla prevenzione, cura e controllo del tabagismo e si è delineato come esperienza pilota realizzata congiuntamente da quattro Soggetti: la Regione Calabria, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza e la sezione di Cosenza della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Questi quattro Enti, previa approvazione di atti deliberativi, hanno collaborato attivamente, investendo proprie risorse e competenze nel rispetto delle fasi e dei tempi progettuali, allo scopo di realizzare una iniziativa di tutela, sostegno e promozione della cultura del non fumo nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. In tal modo si è inteso dar luogo ad un vero e proprio "patto per la salute" che ha messo in campo metodologie di condivisione sociale nell'ambito di un più generale processo di avvio dei Piani per la Salute regionali. Il progetto è stato pensato nell'ottica di uno sviluppo triennale (2011-2013) e si è inserito in un percorso di tutela che l'Azienda Ospedaliera di Cosenza aveva già intrapreso con la partecipazione al Progetto Obiettivo Nazionale AIPO "Ospedali senza fumo" condotto tra il 2000 e il 2003 [7] e alla successiva implementazione delle normative contenute nella Legge 3 del 16 Gennaio 2003 e nel D. Lgs 81/2008.

Progetto

Beneficiari

Lavoratori, medici competenti, medici operanti nelle UUOO di diagnosi e cura delle patologie fumo-correlate, operatori sanitari e personale amministrativo dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, datori di lavoro, dirigenti aziendali operanti nella Regione Calabria.

Obiettivi generali

Il progetto ha lo scopo di promuovere all'interno di aziende pubbliche e private regionali interventi di informazione e assistenza volti ad incrementare la consapevolezza sui rischi, ridurre l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dall'abitudine al fumo attraverso l'adozione di adeguate no-smoking policy aziendali comprendenti misure di prevenzione, controllo e trattamento nei luoghi di lavoro.

Il progetto è stato, dunque, finalizzato al raggiungimento di tre obiettivi generali:

1. tutela dei lavoratori dal fumo passivo;
2. sostegno alla disassuefazione dal fumo;
3. promozione della cultura del non fumo.

Obiettivi specifici

- a. attivare un circolo virtuoso aziendale per favorire la cultura del non fumo facendo dialogare tra loro i soggetti previsti dal D.Lgs. 626/94, attraverso l'analisi del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro;
- b. rendere l'intervento aziendale più completo, superando il solo divieto di fumo ed introducendo l'informazione e la sensibilizzazione di tutto il personale sul tema specifico;
- c. avviare alla disassuefazione dal fumo i fumatori richiedenti;
- d. produrre materiale informativo sul tema per il mondo del lavoro;
- e. adottare un modello di no-smoking policy aziendale.

Le parti coinvolte ed i loro impegni

Gli impegni della Regione Calabria:

- Dettare le linee di indirizzo contenute nel Piano di Prevenzione Regionale del Tabagismo;
- Trasformare in processo da implementare nei luoghi di lavoro su tutto il territorio regionale la metodologia di intervento sperimentata nel Progetto.

Gli impegni dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza:

- adottare tutte le misure aziendali per il raggiungimento degli obiettivi di tutela, sostegno e promozione del non fumo;
- favorire la partecipazione ai corsi per smettere di fumare dei lavoratori motivati a farlo consentendo la loro realizzazione in azienda anche all'interno dell'orario di lavoro;
- dare la possibilità di smettere di fumare ai fumatori interessati;
- collaborare alla campagna promozionale antifumo nei confronti del mondo del lavoro e della collettività locale, con le modalità indicate o con altre preventivamente concordate con l'Azienda Sanitaria Provinciale.

Gli impegni dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza e della Sezione di Cosenza della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori:

- assistere tecnicamente l'Azienda Ospedaliera di Cosenza lungo tutto il progetto con funzioni di coordinamento progettuale e supporto tecnico sanitario;
- mettere a disposizione operatori del Centro Antifumo territoriale per la realizzazione dei corsi per smettere di fumare anche sul territorio;
- mettere a disposizione materiale promozionale finalizzato a fare crescere la cultura del non fumo.

Le figure professionali coinvolte

Per attuare il Progetto, previa costituzione di un tavolo tecnico interaziendale, con la partecipazione delle OOSS, è stata prevista l'attivazione di una Rete di operatori a 3 nodi:

- Educativo (Medico competente e CAF)
 - Sociale (Assistenza sociale)
 - Sanitario (MMG, Medico competente, Psicologi e Medici CAF)
- operanti nell'ambito di
- Prevenzione (Medico competente, Medici CAF e MMG)
 - Cura (Psicologi e Medici CAF, MMG)
 - Sorveglianza (Direzione Sanitaria Aziendale).

Per l'Azienda Ospedaliera di Cosenza:

Nodo educativo - 2 Servizi (Direzione sanitaria e CAF) e 4 operatori (2 + 2);

Nodo sociale - 2 Servizi (Assistenza sociale) e 8 operatori

Nodo sanitario - 3 Servizi (Direzione sanitaria, CAF) e 4 operatori.

Per il Distretto Sanitario di Cosenza dell'Azienda Sanitaria Provinciale:

Nodo educativo e Nodo sanitario - 2 servizi (Distretto sanitario di Cosenza e CAF) e X operatori (MMG + Psicologi e Medici CAF).

Per la Sezione di Cosenza della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori:

Nodo educativo e Nodo sanitario (CAF - 3 operatori)

Risultati attesi

- Conoscenza del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro aziendali
- Incremento della consapevolezza e maggiore rispetto del divieto di fumo
- Adozione del modello di no-smoking policy aziendale da parte dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza
- Maggiore rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro aziendali
- Riduzione dei livelli di consumo di tabacco nei luoghi di lavoro aziendali
- Miglioramento della capacità dei Servizi coinvolti di promuovere salute tra i lavoratori
- Favorire l'incontro tra domanda e offerta territoriale per il trattamento dei lavoratori tabagisti.

Struttura progettuale e metodologia dell'intervento

Il progetto è stato incentrato sul lavoro in rete di medico

competente, medico e psicologo del servizio di prevenzione e cura del tabagismo (CAF) e MMG, in collaborazione con Direzione sanitaria e assistenza sociale aziendale e Distretto Sanitario Territoriale.

Protocollo operativo

Fase A

1. Costituzione tavolo tecnico (referenti aziendali, referenti scientifici e parti sociali)
2. Condivisione protocollo operativo
3. Stampa dei questionari / check list / materiali informativi
4. Piano di comunicazione

Fase B

5. Attivazione degli interventi aziendali
6. Incontri con le figure aziendali della prevenzione, creazione gruppi di lavoro
7. Valutazione delle policy aziendali sul fumo attraverso analisi della documentazione, sopralluoghi ed utilizzo di check-list (pre-intervento)
8. Somministrazione questionari (in presenza degli operatori)
9. Inserimento dati questionari nel database

Fase C

10. Attività di formazione/ informazione
11. Adozione di policy aziendale, regolamento, procedure di autocontrollo
12. Attivazione counselling e terapia antitabagica
13. Valutazione policy aziendale con Check-list (post intervento)

Fase D

14. Analisi dei dati
15. Rapporto conclusivo
16. Diffusione dei dati.

Dopo la costituzione del tavolo tecnico e la condivisione del protocollo operativo sono stati stampati e distribuiti questionari e materiale informativo, la cui raccolta è in corso, così come in corso sono i sopralluoghi sulla policy aziendale in termini di controllo del fumo in ottemperanza alle normative vigenti.

La formazione delle figure interessate al progetto è stata iniziata con l'organizzazione di un corso il cui razionale è stato incentrato sul fatto che le figure preposte alla prevenzione in azienda nell'ambito della propria attività hanno l'opportunità di attuare iniziative di educazione alla salute per il benessere psicofisico dei lavoratori. Tra queste l'informazione e l'offerta anche in azienda di percorsi per la disassuefazione dal tabagismo.

Il corso, che sarà riproposto in seguito, è stato disegnato per fornire supporto alle figure della prevenzione, per la formazione e per valutare l'impatto dei rischi relativi al fumo passivo e alla sua possibile interazione con i rischi lavorativi. Il Medico Competente nell'ambito della propria attività di sorveglianza sanitaria ha l'opportunità di formulare brevi raccomandazioni rivolte ai lavoratori (advise) sull'importanza di smettere di fumare. A fine cor-

so i partecipanti potranno effettuare una valutazione del rischio mirata al benessere di tutti i lavoratori e proporre attività di promozione della salute in azienda attraverso la lotta al tabagismo anche nei luoghi di lavoro. In particolare le figure sanitarie sapranno praticare il counseling ai lavoratori, aiutando i fumatori a prendere in considerazione l'opportunità di smettere di fumare, facilitando la ricerca delle proprie motivazioni, sostenendo la decisione di smettere o affrontando insieme la ricaduta; potranno utilizzare le linee guida nazionali per promuovere la lotta al tabagismo anche nei luoghi di lavoro; sapranno praticare il counseling del fumatore; potranno seguire i lavoratori che hanno smesso di fumare, verificando a distanza, nel corso del controllo sanitario periodico, l'efficacia del breve "advise". In particolare gli argomenti trattati hanno riguardato:

- La legislazione nazionale e internazionale per il controllo del fumo di tabacco nelle strutture pubbliche e private
- Gli effetti del fumo attivo e passivo sulla salute
- Il ruolo delle figure preposte alla prevenzione nella gestione del problema
- Il fumo di tabacco in azienda
- Il counseling al lavoratore per la disassuefazione dal tabagismo
- Il ruolo del medico competente nella gestione del problema fumo di tabacco
- Alcune esperienze di luoghi di lavoro senza fumo
- L'organo di vigilanza nella gestione della problematica del fumo di tabacco nei luoghi di lavoro
- Interazione tra medico competente e MMG nelle dinamiche del cambiamento in un lavoratore fumatore

La banca dati dei soggetti fumatori è in possesso del medico competente aziendale. I dati verranno completati con l'inserimento dei questionari somministrati. Coloro i quali desiderano iniziare un percorso terapeutico di disassuefazione saranno avviati al Centro Antifumo aziendale o territoriale. I questionari necessari all'analisi del problema, rivolti a tutte le figure lavorative aziendali, sono stati sviluppati e validati dal gruppo di lavoro interregionale dei referenti del Progetto CCM4 [8].

Il modello di no-smoking policy di riferimento è quello del Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro "Verso una azienda senza fumo" [9] prodotto dal gruppo interregionale CCM "Area prevenzione del tabagismo nei luoghi di lavoro". Il progetto è

stato sviluppato in modo coordinato, a cura del Referente Aziendale di progetto previa condivisione dello stesso da parte dei componenti del Tavolo tecnico interaziendale costituito allo scopo. Per quanto attiene agli interventi informativi/formativi sul counselling breve e la promozione della cessazione dell'abitudine al fumo si è fatto riferimento alle linee Guida dell'OSSFAD-ISS [10].

Conclusioni

Il presente progetto è stato parte integrante dell'attività lavorativa della Regione Calabria nell'ambito del Progetto Nazionale del CCM "Guadagnare Salute".

Il Gruppo di Coordinamento del Progetto inter-istituzionale ha operato in maniera sperimentale per l'implementazione nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza dell'attività in rete mirata alla prevenzione e al controllo del tabagismo nei luoghi di lavoro, sebbene la sensibilità dei lavoratori rispetto al problema fumo sia notevolmente cresciuta nel corso degli ultimi anni poiché la Legge n. 3/2003, art. 51, che vieta il fumo in tutti i luoghi di lavoro, è entrata in vigore già dal 10 Gennaio 2005. Dall'analisi complessiva del progetto, emergono aspetti positivi e punti di forza:

1. Aver impostato un percorso che vede dialogare attivamente i soggetti aziendali che si occupano di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con le istituzioni coinvolte nella tutela e promozione della salute, nell'ottica delle alleanze e delle strategie finalizzate ad ottenere risultati di salute;
2. Aver sensibilizzato tutto il personale dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, ottenendo, oltre ad un miglioramento della tutela dal fumo passivo, anche un sostegno per chi ha voluto smettere di fumare;
3. Aver prodotto materiali di promozione della salute da rivolgere al mondo del lavoro;
4. Aver sperimentato il percorso come progetto pilota regionale al fine di contribuire con l'esperienza fatta alla costruzione delle linee guida regionali per la riduzione dei rischi da fumo di tabacco nei luoghi di lavoro;
5. L'analisi dei risultati della verifica potrà consentire il passaggio da progetto a processo attraverso l'individuazione delle modalità per trasformare le componenti dell'intervento in un cambiamento organizzativo ordinario del comportamento della collettività rispetto al fumo. ■

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

Azioni del progetto e indicatori di verifica

1° ANNO: Accordi preliminari tra le parti	
Azioni	Indicatori di verifica
Nomina del gruppo di lavoro	Evidenza
Costituzione tavolo tecnico	Evidenza
Protocollo operativo	Documento
Questionari/Check list/opuscoli	Documenti
Piano di comunicazione	Documento

1° ANNO: Tutela dal fumo passivo	
Azioni	Indicatori
Inserimento del fumo di sigaretta nella valutazione dei rischi (D.Lgs. 626/94)	Evidenza nel documento di valutazione dei rischi
Stesura/verifica del regolamento interno antifumo	Approvazione del regolamento presente anche in formato cartaceo
Analisi/verifica delle zone riservate ai fumatori	Mappatura delle zone e descrizione delle caratteristiche tecniche
Personalizzazione degli strumenti di lavoro: questionario di rilevazione dell'abitudine al fumo, cartellonistica di divieto, manifesti pubblicitari	Evidenza degli strumenti
Incontri informativi per i dipendenti	Verbali di incontro a firma Medici Competenti, Medici CAF, registro presenze
Affissione /manutenzione cartellonistica di divieto	Evidenza
Prima rilevazione dell'abitudine al fumo dei dipendenti	Database aggiornato con questionari pre-intervento compilati, grafici, relazione
Corsi di formazione	Resoconto interventi di formazione

2° ANNO: Sostegno alla disassuefazione	
Azioni	Indicatori
Individuazione nel Piano di Offerta Formativa (POF) dell'impegno aziendale per il non fumo	Documento
Sensibilizzazione/counselling individuale e a piccoli gruppi ai lavoratori	Scheda di registrazione degli interventi eseguiti sui lavoratori dai Medici CAF e dal Medico Competente
Organizzazione interna per l'avvio dei corsi di disassuefazione al fumo	Calendario corsi
Presentazione del progetto a parenti ed amici dei dipendenti per stimolare il sostegno familiare	Incontro informativo presso sede da stabilire o eventuale informativa scritta
Corsi intensivi per smettere di fumare ai lavoratori	Archivio corsi

3° ANNO: Promozione della cultura del non fumo	
Adozione di policy aziendale	Regolamento, procedure di autocontrollo
Seconda rilevazione della abitudine al fumo dei dipendenti	Database aggiornato con questionari post-intervento compilati. grafici, relazione
Analisi dei dati e stesura del report finale	Documento conclusivo
Socializzazione risultati ai lavoratori	Verbale di incontro informativo
Socializzazione risultati alla collettività	Incontri informativi, articoli su giornali locali, media
Iniziative promozionali al mondo del lavoro ed alla collettività	Promozione e diffusione della metodologia e dei risultati del progetto; Inserimento del progetto pilota nel sito Internet aziendale e regionale; Organizzazione di seminari per operatori competenti (Azienda Sanitaria Provinciale e mondo del lavoro)

BIBLIOGRAFIA

1. Ferri M., Serafini F., Laezza M., Bosi S., Storani S., Ferrari A., Montanari G. Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: Consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale. Ministero della Salute – Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – Regione Emilia-Romagna. 2008.
2. Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. 2004.
3. WHO. European strategy for smoking cessation policy, revision. 2004.
4. Fiore M.C., Jaen C.R., Baker T.B., Bailey W.C., Benowitz N.L., Curry S.J., Dorfman S.F., et Al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Washington. 2008.
5. Regione Emilia-Romagna. Luoghi di lavoro liberi dal fumo. Progetto pilota regionale. 2006.
6. Regione Piemonte. Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo. 2006.
7. E. Sabato, L. Carrozzi, S. Nardini, A.M. Moretti, A. Angino, G. Matteelli, R. Bertoletti, e il Gruppo di Studio "Prevenzione e controllo del fumo di tabacco". Progetto Obiettivo AIPO "Ospedali senza fumo": risultati della III fase. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio, 2004; 19(5): 247-261.
8. Bosi S., Ameglio M., Benedetti E., Berti S., Bondi L., Beltrami P., Dodi A., et Al. Dal Piano al Processo. La pianificazione di interventi di prevenzione, cura e sorveglianza del tabagismo in un contesto di reti educative, sociali e sanitarie. Quaderni: Strumenti per il lavoro sul campo. 2012.
9. Marcolina D, Bernardini M, Bizzotto R, Coppo A, Cupiraggi AR, Da Rold L, dell'Omo M, et al. Verso una azienda libera del fumo. Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. Ministero della Salute – CCM – Regione del Veneto, 2007.
10. Zuccaro P.G. et Al. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Edizione 2008; Istituto Superiore di Sanità, Roma.

I disturbi affettivi nei fumatori

Affective disorders in smokers

Giuly Bertoli, Fiammetta Cosci

Riassunto

Introduzione. La prevalenza dei disturbi psichiatrici nei fumatori appare molto elevata, tanto che un corpo crescente della letteratura si è rivolto allo studio dell'associazione tra i principali disturbi affettivi e la dipendenza da nicotina. Disturbi dell'umore (in particolare il disturbo depressivo maggiore) e disturbi d'ansia (in modo specifico il disturbo di panico con o senza agorafobia) sono unanimemente riconosciuti come associati al fumo. La direzione di questa relazione rimane, tuttavia, non completamente spiegata portando i ricercatori a formulare più ipotesi eziopatogenetiche. Scopo della rassegna è analizzare la letteratura scientifica recente per conoscere in modo approfondito la relazione e direzione dell'associazione tra disturbi affettivi e dipendenza da nicotina.

Materiali e metodi. Gli studi sono stati identificati cercando articoli in lingua inglese, pubblicati dal 1960 al maggio 2012, su MEDLINE, utilizzando le parole chiave: "smoking and anxiety", "smoking and depression", "smoking and panic", "smoking and post-traumatic stress disorder", "smoking and bipolar disorder", "smoking and obsessive compulsive disorder".

Risultati. Dalla letteratura analizzata emerge una relazione significativa tra la dipendenza da nicotina e la presenza di disturbi affettivi (in particolare il disturbo di panico con o senza agorafobia e il disturbo depressivo maggiore). Minore chiarezza ed omogeneità nei risultati si ottiene quando viene indagata la direzione di tale relazione.

Conclusioni. Ricerche di laboratorio e studi longitudinali sono fortemente raccomandati al fine di studiare, con più precisione, la direzione della relazione tra disturbi affettivi e dipendenza da nicotina.

Parole chiave: fumo di sigaretta, dipendenza da nicotina, disturbi affettivi, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore

Introduzione

In letteratura esistono molti studi clinici ed epidemiologici che hanno evidenziato l'alta prevalenza dei disturbi psichiatrici nei fumatori. In un'indagine condotta sulla popolazione australiana e statunitense [1] è emerso che gli adulti che soddisfano i criteri dell'International Classification of Disease - 10 (ICD-10) per i disturbi mentali e che fumano sono approssimativamente il doppio degli adulti non fumatori. Circa il 20% della popolazione intervistata ha riferito di soffrire o di aver sofferto di un disturbo psichiatrico nei 12 mesi precedenti la valutazione. Tra questi, i fumatori

Summary

Introduction. The prevalence of psychiatric disorders in smokers is very high, so that a growing body of literature has been addressed to the study of the association between affective disorders and nicotine dependence. Mood disorders (particularly major depressive disorder) and anxiety disorders (specifically, panic disorder with or without agoraphobia) are widely recognized as being associated with smoking. However the direction of this relationship is not fully explained. This relationship leading researchers to make more etiopathogenetic hypotheses. The purpose of this review is to analyze the recent scientific literature to know in details the relationship and direction of the association between affective disorders and nicotine dependence.

Materials and methods. Studies were identified by searching English language articles published from 1960 to May 2012, in MEDLINE using the keywords: "smoking and anxiety", "smoking and depression", "smoking and panic", "smoking and post-traumatic stress disorder", "smoking and bipolar disorder", "smoking and obsessive compulsive disorder".

Results. In the analyzed literature a significant relationship between nicotine dependence and affective disorders (particularly panic disorder with or without agoraphobia and major depressive disorder) emerges. Results less clear and uniform are obtained when the direction of this relationship is investigated.

Conclusions. Laboratory research and longitudinal studies are strongly recommended to study, more precisely, the direction of the relationship between affective disorders and nicotine dependence.

Keywords: cigarette smoking, nicotine dependence, affective disorders, mood disorders, anxiety disorders.

rappresentano un terzo del campione in esame (il 31,7% negli USA e il 32,4% in Australia), confermando così l'alto tasso di fumatori tra i soggetti con psicopatologia.

In questo contesto, Breslau e collaboratori [2] hanno trovato che fumare quotidianamente predice la comparsa di specifici disturbi psichiatrici: i disturbi dell'umore, il disturbo di panico, l'agorafobia e la dipendenza da uso di sostanze. Analogamente, Lasser e colleghi [3], studiando un campione di 4411 soggetti statunitensi di età compresa tra 15 e 54 anni, hanno trovato che i fumatori con disturbi psichiatrici sono il 44,3% e di questi il 67,9% sod-

disfa i criteri diagnostici per il disturbo da uso di sostanze, il 60,6% per il disturbo bipolare, il 54,6% per il disturbo d'ansia generalizzata, il 48,1% per l'agorafobia, il 45,3% per le psicosi non-affettive, il 42,6% per il disturbo di panico, il 44,7% per il disturbo depressivo maggiore ed il 44,6% per il disturbo post-traumatico da stress.

Tra queste patologie grande attenzione hanno ricevuto i disturbi affettivi, in particolare il disturbo di panico e la depressione maggiore, i quali si rivelano in stretta associazione con il fumo di sigaretta. La prevalenza dei disturbi dell'umore nei fumatori si attesta tra il 38,2% e il 44,7%, mentre per i disturbi d'ansia è compresa tra il 31,5% e il 54,6% [4]. Malgrado ciò, la natura e la direzione di tale relazione rimane non completamente spiegata, portando i ricercatori a formulare alcune ipotesi eziopatogenetiche.

Lo scopo di questo articolo, pertanto, è pertanto rivedere gli studi empirici che hanno esaminato l'associazione tra fumo di sigaretta e disturbi affettivi, cercando di comprendere la direzione della relazione di questi disturbi.

Metodo

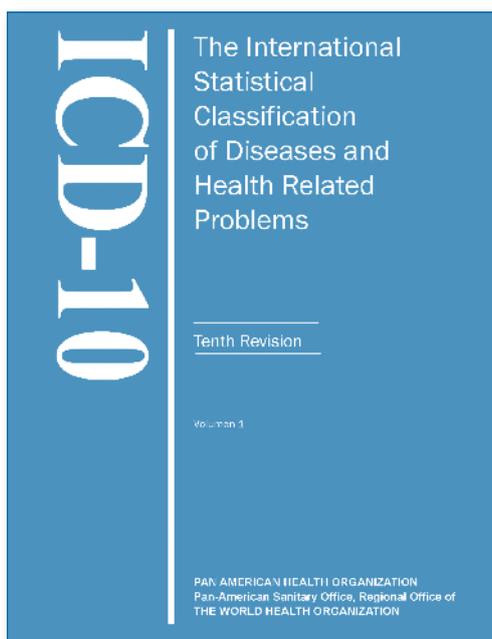
È stata passata in rassegna la letteratura disponibile in merito alla relazione tra la dipendenza dalla nicotina ed i disturbi affettivi con particolare attenzione verso il disturbo di panico e il disturbo depressivo maggiore. Utilizzando come motori di ricerca PubMed, Science Direct e PsycInfo sono stati presi in considerazione gli studi e le review pubblicati tra il 1960 e il maggio 2012. Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono state: "smoking and panic"; "smoking and anxiety"; "smoking and post-traumatic stress disorder"; "smoking and obsessive compulsive disorder"; "smoking and depression"; "smoking and bipolar disorder".

Risultati

Fumo e disturbi d'ansia

Disturbo di panico

In una recente review, Cosci e colleghi [5] hanno esaminato la letteratura scientifica in merito alla relazione tra il fumo di sigaretta e il disturbo di panico con o senza agorafobia. Dall'analisi è emerso che il panico e il fumo sembrano avere la capacità di funzionare come fattori causali/facilitanti lo sviluppo l'uno dell'altro. Tra i numerosi studi considerati solo alcuni non rilevano tale relazione; ad esempio la ricerca di Black e collaboratori [6] non ha trovato differenze nella presenza del panico tra fumatori e non fumatori, tuttavia quando il campione è stato stratifi-



cato sulla base del genere sono state osservate alcune differenze nelle donne. Il ruolo del genere, nella contemporanea manifestazione di panico-fumo sembra ormai chiaro: le fumatrici presentano un rischio più alto per lo sviluppo di disturbi affettivi (in particolare il disturbo di panico) rispetto alle non fumatrici e ai maschi fumatori [7].

Cosci et al. [5] hanno anche osservato come la maggior parte della letteratura riporti una relazione specifica tra fumo e DP rispetto agli altri disturbi d'ansia [8], mentre pochi studi hanno trovato un'associazione valida tra consumo di nicotina e disturbi d'ansia [1]. La direzione di questa relazione sembra essere, per la maggior parte de-

gli studi analizzati [5], dal fumo al panico per cui è stata avvalorata l'ipotesi che la dipendenza da nicotina sia un antecedente del disturbo di panico o degli attacchi di panico. Medesime conclusioni sono state tratte da Mathew e collaboratori [9] i quali hanno rilevato, nei soggetti con una storia di attacchi di panico, una prevalenza tre volte maggiore di fumo attuale o lifetime. Sebbene i soggetti abbiano fornito vari resoconti circa i sintomi di panico predominanti, né le variabili relative alla gravità del disturbo di panico né alcun sintomo specifico sono risultati significativamente associati con il fumo. Nonostante ciò, gli autori hanno suggerito che sia l'esperienza dell'attacco di panico, nella sua globalità e nel modo in cui è vissuta soggettivamente dalla persona, e non i sintomi specifici ad essere associati al fumo di sigaretta.

In uno studio di laboratorio [10], in cui sono state confrontate le risposte ad un induttore del panico (anidride carbonica-CO₂ al 35%) in fumatori e non fumatori con DP, si è osservato che i fumatori con DP presentano una risposta tipo panico più marcata rispetto ai soggetti non fumatori con disturbo di panico.

I fumatori con DP reagiscono cioè con un numero maggiore di sintomi panico-simili al test di provocazione del panico. Similmente, la ricerca condotta da Abrams e collaboratori [11] ha esposto 27 forti fumatori che fumavano almeno 15 sigarette al giorno e si erano astenuti dal fumo per 12 ore e 27 forti fumatori che avevano fumato come di consueto ad un induttore del panico (CO₂ al 5% respirata in continuo per 5 minuti).

L'ipotesi dei ricercatori era che l'astinenza dal fumo ed i sintomi d'astinenza da nicotina fossero associati ad una maggiore reattività al test di provocazione del panico con CO₂. In linea con le aspettative, i ricercatori hanno osservato che sintomi d'astinenza dal fumo predicevano un'aumentata reattività all'ansia. Questi risultati suggeriscono, quindi, che i fumatori che abitualmente provano astinen-

za intensa, indipendentemente dalla sua durata, possono avere un rischio più alto di sviluppare attacchi di panico.

In disaccordo con i risultati precedenti è lo studio di Vujanovic e Zvolensky [12] in cui 90 fumatori abituali sono stati assegnati casualmente alla condizione di 12 ore d'astinenza dalla nicotina o fumo secondo le loro abitudini. In questo caso, l'induttore del panico era la CO₂ al 10%. Sebbene alti livelli di sensibilità all'ansia (ad esempio, la presenza di ansia anticipatoria) siano stati associati ad una maggiore reattività all'induttore del panico, essersi astenuti dalla nicotina è sembrato attenuare tale reattività. Tuttavia gli autori hanno rilevato che i loro partecipanti hanno avuto in media un livello basso di dipendenza da nicotina e che i fumatori con alti livelli di dipendenza potrebbero presentare un rischio più alto di panico durante il periodo di astinenza.

Pochi sono gli studi in cui il panico è stato presentato come antecedente al fumo [5, 13]. Come riportato da Cosci e colleghi [5], soltanto Isensee e collaboratori, in una ricerca che ha valutato prospettivamente adolescenti e giovani adulti, hanno mostrato che i soggetti con disturbo di panico o attacchi di panico al basale presentano un rischio più alto per lo sviluppo di dipendenza da nicotina.

Infine, troviamo studi in cui si rileva una vulnerabilità soggettiva sia per la dipendenza da nicotina sia per il disturbo di panico. Tale comorbilità può essere imputata a fattori comuni genetici o ambientali. Ad esempio, nella rassegna di Cosci e collaboratori [5], viene segnalato il lavoro di Reichborn-Kjennerud et al. che ha suggerito che i fattori genetici che influenzano il DP e il fumo sono distinti o debolmente correlati, mentre i fattori ambientali sono molto correlati.

Disturbo d'ansia sociale

Il disturbo d'ansia sociale (DAS) nei fumatori risulta piuttosto comune con una prevalenza che varia dal 14% al 32% [14]. L'ipotesi alla base di tale relazione non appare chiara sebbene sia accettato che il fumo possa essere un mezzo per compensare i sentimenti di inadeguatezza sociale facilitando i contatti interpersonali con altri fumatori. Inoltre, fumare potrebbe costituire una strategia di coping disadattiva per gestire l'ansia [15].

Sebbene alcuni studi abbiano esaminato l'associazione tra fumo e stressor sociali, pochi autori hanno indagato la relazione tra fumo e DAS. Tra questi, lo studio prospettico di Sonntag e collaboratori [16] ha trovato che l'ansia sociale (AS) può contribuire all'aumento del rischio di sviluppare dipendenza da nicotina: non fumatori o fumatori non dipendenti con AS hanno un rischio più alto di sviluppare la dipendenza durante i 4 anni di follow-up. Johnson e collaboratori [17], in un altro studio prospettico, hanno invece rilevato che non vi è una relazione predittiva tra fumo e successivo sviluppo di DAS. Analogamente, in uno studio più recente [18], non sono emerse relazioni statisticamente significative tra dipendenza da nicotina e disturbo d'ansia sociale.

Disturbo d'ansia generalizzata

Il tasso di prevalenza del disturbo d'ansia generalizzata (DAG) nei fumatori risulta molto elevato, anche rispetto agli altri disturbi d'ansia, variando tra il 17% e il 55% [14]. Nonostante ciò, ad oggi, non sono stati condotti studi empirici che abbiamo esaminato specificatamente la relazione tra fumo e DAG. Uno studio che ha preso in considerazione differenti disturbi d'ansia, tra cui anche il DAG, ha evidenziato che un forte consumo di nicotina durante l'adolescenza è significativamente associato con un rischio più alto di sviluppare il disturbo d'ansia generalizzata [17]. Allo stesso modo Cogle e collaboratori [19] hanno trovato che i soggetti con DAG presentavano un rischio aumentato per fumo giornaliero, dipendenza da nicotina e tentativi falliti di smettere di fumare nel corso della vita, nonché fumo eccessivo e dipendenza da nicotina nei 12 mesi precedenti.

Fobia specifica

Esistono in letteratura pochi studi che si sono occupati della relazione tra fobia specifica e dipendenza da nicotina, nonostante ciò la prevalenza dei fumatori tra i soggetti con tale patologia appare non trascurabile (dal 5% al 47%) [14]. Per nostra conoscenza, gli unici due studi che hanno esaminato quest'associazione sono quelli di Fleming e Lombardo [20] e di Dierker e Donny [18]. I primi autori, in uno studio controllato che ha coinvolto 20 donne con fobia specifica per i ratti, hanno trovato che il fumo di sigaretta non sembra alleviare in maniera significativa l'ansia esperita durante la prova di evitamento comportamentale. Nello studio di Dierker e Donny, invece, la fobia specifica era associata con la dipendenza da nicotina dopo aver controllato per la comorbilità psichiatrica e l'esposizione al fumo; in particolare, è stato riscontrato un rischio 1.8 volte maggiore di essere dipendenti da nicotina nei soggetti con fobia specifica, rispetto a quelli che non soddisfacevano tale diagnosi.

Disturbo ossessivo-compulsivo

La prevalenza di fumatori con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è mediamente compresa tra l'8% e il 22% e risulta essere una tra le più basse tra i vari disturbi d'ansia [14, 21]. Le spiegazioni avanzate per giustificare la bassa prevalenza fanno riferimento ad alcune caratteristiche tipiche di questa patologia, caratterizzata ad esempio dalla paura di essere contaminati, dalla paura delle malattie. L'ipotesi è che tali soggetti, in virtù delle proprie preoccupazioni patologiche, evitino di fumare poiché può essere dannoso per la salute [14].

Gli studi condotti per conoscere la relazione tra dipendenza da nicotina e DOC sono pochi e in contraddizione. Breslau e collaboratori [22] hanno osservato che maschi e femmine dipendenti da nicotina hanno un rischio maggiore, rispetto a fumatori non dipendenti e non-fumatori, di sviluppare il DOC. Tuttavia questo studio non ha utilizzato un disegno longitudinale ed è in contrapposizione

con quanto osservato da Johnson e colleghi [17] i quali, conducendo uno studio prospettico su adolescenti, hanno rilevato che il fumo non incrementa il rischio per il DOC.

Disturbo post-traumatico da stress

In una recente review, Feldner e collaboratori [23] hanno concluso che in soggetti esposti ad eventi traumatici e/o con disturbo post-traumatico da stress (DPTS) quali ad esempio soldati o individui sopravvissuti ad eventi catastrofici, si ha un tasso molto alto di consumo di nicotina. La prevalenza del fumo si attesta, infatti, attorno al 44% - 66% [14] e si tratta, spesso, di forti fumatori. I fumatori con DPTS presentano inoltre sintomi d'astinenza da nicotina significativamente più gravi, quando si trovano ad affrontare stimoli legati all'evento traumatico, rispetto ai soggetti senza DPTS. La presentazione di stimoli ansiogeni produce un forte desiderio di fumare tra i soggetti con DPTS rispetto ai controlli [24, 25]. I ricercatori hanno, quindi, avanzato l'ipotesi che i veterani con DPTS fumino per ridurre l'ansia e i sintomi derivanti dall'evento traumatico [26]. La maggioranza degli studi che ha valutato la relazione tra il DPTS e dipendenza

da nicotina ha pertanto considerato quest'ultima come una conseguenza dell'esposizione all'evento traumatico, un rimedio adottato dal soggetto per ridurre i sentimenti negativi. Al contrario, un solo studio longitudinale [27] si è occupato di indagare la relazione inversa, ossia il fumo come fattore antecedente il DPTS. La ricerca, che ha utilizzato dati provenienti dall'*Enschede Fireworks Disaster Study*, ha avuto lo scopo di esaminare se il fumo predice, in modo indipendente, i sintomi post-traumatici da stress in operatori di soccorso (in questo caso personale d'ambulanza). Lo studio è cominciato 2-3 settimane dopo un evento disastroso. I risultati hanno evidenziato come il fumo di sigaretta predica, dopo 18 mesi di follow-up, la maggior parte dei sintomi tipici del DPTS: intrusione, evitamento, ostilità ed umore depresso. Questo suggerisce che il consumo di nicotina, dopo un evento traumatico, possa aumentare il rischio per lo sviluppo di sintomi post-traumatici da stress a medio termine.

Fumo e disturbi dell'umore

Disturbo depressivo maggiore

È stato ampiamente dimostrato che gli individui che sof-

frono di depressione maggiore (DDM) presentano tassi più alti di fumo di sigaretta e dipendenza da nicotina quando confrontati con soggetti senza DDM [28, 29]. La prevalenza del fumo, in soggetti con DDM, è infatti estremamente elevata: interessa il 36.6% dei fumatori attuali ed il 59% dei fumatori lifetime [30].

Nella review di Park e Romer [31], sebbene faccia riferimento a ricerche su campioni di adolescenti, si osserva che 47 dei 57 studi analizzati trovano una relazione significativa tra DDM e fumo di sigaretta. Gli autori sono tuttavia molto cauti nell'interpretare tale risultato poiché la relazione potrebbe essere spuria o non correlata alla depressione visto che molti studi non hanno corretto i loro risultati per i fattori confondenti o non hanno utilizzato strumenti validati per diagnosticare la depressione. Gli autori suggeriscono, quindi, la necessità di nuove indagini, in particolare longitudinali, in grado di analizzare la direzione di quest'associazione.

Flensburg-Madsen e collaboratori [32], in uno studio longitudinale recente, hanno trovato che il fumo è associato con un rischio molto alto di sviluppare la depressione. Le donne che fumano

più di 10 grammi di tabacco al giorno presentano una maggior probabilità, rispetto alle non fumatrici, di sviluppare un disturbo depressivo. Lo stesso si ha negli uomini che consumano 20 grammi o più di tabacco al giorno.

Nel tentativo di comprendere meglio i meccanismi dell'associazione tra fumo e depressione, Korhonen e collaboratori [29] hanno indagato quali dimensioni della depressione presentano una relazione significativa con il consumo di nicotina. Utilizzando per la diagnosi di DDM la Beck Depression Inventory (BDI) hanno osservato che il fumo predice tutte le dimensioni del BDI.

In uno studio, che ha utilizzando un modello di equazione strutturale [33], si è potuto nuovamente osservare che il modello causale con il migliore adattamento è quello in cui la dipendenza da nicotina porta ad un incremento del rischio di depressione e non viceversa. I dati suggeriscono che la comorbilità tra fumo e depressione possa nascere da due percorsi: il primo richiama fattori di rischio comuni o correlati; il secondo fa riferimento al fumo che direttamente aumenterebbe il rischio di DDM.

Su un campione di donne rappresentative della popolazione australiana è stato condotto uno studio di coorte retrospettivo, caso-controllo, per studiare se il fumo costi-



tuisca un fattore di rischio per l'insorgenza di DDM [34]. I ricercatori hanno osservato che il fumo era associato ad un rischio maggiore per DDM. Confrontati con i non-fumatori, la probabilità di essere affetti da depressione maggiore era più che raddoppiata nei forti fumatori (>20 sigarette al giorno).

Tra le 671 donne che non avevano diagnosi di DDM al basale, 13 delle 87 fumatrici e 38 delle 584 non fumatrici avevano sviluppato per la prima volta la depressione durante i dieci anni di follow-up. I ricercatori hanno quindi concluso, dai dati cross-sectional e longitudinali, che il fumo aumenta il rischio di DDM nelle donne.

In letteratura esistono, inoltre, una serie di ricerche che hanno messo in evidenza la relazione inversa, ossia la depressione come fattore di rischio per iniziare a fumare. L'ipotesi è che nei soggetti con un disturbo psichiatrico preesistente vi sia un rischio più alto di sviluppare la dipendenza da nicotina e che tali soggetti possano usare il fumo come auto-terapia dei sintomi tipo affettività negativa [35]. In quest'ottica si inserisce lo studio longitudinale di Repetto e colleghi [36] che hanno indagato la relazione tra fumo e DDM in un campione di 623 giovani adulti afro-americani. Dai risultati è emerso che i sintomi depressivi predicono il successivo uso della nicotina. Inoltre, gli adolescenti maschi che avevano più sintomi depressivi, rispetto alle coetanee femmine, presentavano una maggiore probabilità di usare la sigaretta per abbattere l'umore negativo.

Considerando, inoltre, il ruolo dell'astinenza da nicotina, è stato osservato che i fumatori con una storia di DDM che si astengono dal fumo presentano un rischio aumentato di avere un nuovo episodio depressivo e che tale rischio permane per almeno 6 mesi [37].

Infine, troviamo le ricerche che danno supporto all'ipotesi di una comorbidità tra depressione e fumo dovuta alla presenza di fattori comuni genetici o ambientali.

Ad esempio, nello studio di McCaffery e colleghi [38], condotto su coppie di gemelli omozigoti e dizigoti, la correlazione tra DDM e fumo nelle femmine è risultata legata in parte a fattori genetici comuni ed in parte a fattori ambientali non condivisi. Nei maschi la correlazione tra i sintomi depressivi e il consumo di nicotina è risultata, invece, esclusivamente legata all'ambiente non condiviso.

Disturbo bipolare

Sono pochi gli studi che si sono occupati della relazione tra fumo e disturbo bipolare (DB). Fra questi inoltre non vi

sono indagini che abbiano distinto il disturbo bipolare I, il disturbo bipolare II, il disturbo ciclotimico o il disturbo bipolare Non Altrimenti Specificato.

In merito alla prevalenza, i dati forniti da Ziedonis e colleghi [30] evidenziano che un altissimo numero di persone con tale patologia è fumatore (68,8% fumatori attuali; 82,5% fumatori lifetime).

La ricerca di Kreinin e colleghi [39], condotta su 102 pazienti con DB, ha effettivamente ritrovato un tasso molto più alto di consumo di nicotina in questi pazienti rispetto alla popolazione generale.

Gli autori hanno rilevato tra i forti fumatori, rispetto ai non fumatori, una probabilità più alta di sviluppare il DB prima dei 30 anni. Tuttavia, l'associazione tra fumo e la manifestazione clinica del DB non viene ritrovata quando si considerano il numero degli episodi, la storia o l'intensità dei sintomi psicotici.

Altre ricerche hanno cercato di studiare la prevalenza della dipendenza da nicotina e/o la capacità d'iniziare/mantenere l'astensione dal fumo in pazienti con DB [40,41]; tuttavia, per la nostra conoscenza, non esistono ad oggi studi che abbiano specificatamente indagato la direzione della relazione tra fumo e DB.

Conclusioni

Sulla base degli articoli analizzati possiamo affermare che sia per i disturbi dell'umore che per i disturbi d'ansia si osserva una forte associazione con la dipendenza da nicotina.

Per i disturbi d'ansia, in particolare per il disturbo di panico, è ormai accettato ampiamente un ruolo causale del fumo nell'induzione del disturbo psichiatrico. Da chiarire resta invece la direzione di questa relazione nel caso dei disturbi dell'umore.

Rimane così aperta l'ipotesi che tra i due fenomeni vi sia una vulnerabilità soggettiva condivisa legata, soprattutto, ad aspetti genetici ed ambientali.

Sono da raccomandare, quindi, studi futuri sia epidemiologici, che clinici, che di laboratorio che permettano di comprendere i meccanismi sottostanti le differenze di genere e le possibili variabili intervenienti in grado di spiegare la contemporanea manifestazione dei disturbi affettivi e della dipendenza da nicotina. Sarebbe, infine, auspicabile l'implementazione di studi longitudinali in grado di analizzare con più efficacia la direzione di tale associazione. ■

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

BIBLIOGRAFIA

1. Lawrence D, Considine J, Mitrou F, Zubrick SR. Anxiety disorders and cigarette smoking: Results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010; 44(6): 520-7. Doi:10.3109/00048670903571580

2. Breslau N, Novak SP, & Kessler RC. Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 2004; 34: 323-333.

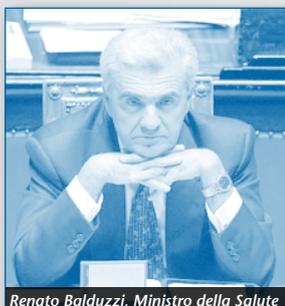
3. Lasser K, Boyd JW, Woolhander S, Himmel-

stein DU, McCormick D, & Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2606-2610.

4. Weinberger AH, Desai RA, McKee SA. Nico-

- tine withdrawal in U.S. smokers with current mood, anxiety, alcohol use, and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2010; 108 (1-2): 7-12. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.004
5. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, Griez EJ, Schruers KR. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71(5): 606-15.
6. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry.* 1999; 11(3): 129-136.
7. Richardson A, He JP, Curry L, Merikangas K. Cigarette smoking and mood disorders in U.S. adolescents: sex-specific associations with symptoms, diagnoses, impairment and health services use. *J Psychosom Res.* 2012; 72(4): 269-75. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.01.013
8. Zvolensky MJ, Feldner MT, Leen-Feldner EW, McLeish AC. Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25(6): 761-89. doi:10.1016/j.cpr.2005.05.001
9. Mathew AR, Norton PJ, Zvolensky MJ, Buckner JD, Smits JA. Smoking Behavior and Alcohol Consumption in Individuals With Panic Attacks. *J Cogn Psychother.* 2011; 25(1): 61-70. doi: 10.1891/0889-8391.25.1.61
10. Knuts IJ, Cosci F, Esquivel G, Goossens L, van Duinen M, Bareman M, Overbeek T, Griez EJ, Schruers KR. Cigarette smoking and 35% CO₂ induced panic in panic disorder patients. *J Affect Disord.* 2010; 124(1-2): 215-8. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.012.
11. Abrams K, Leger K, Schlosser L, Merrill A, Bresslour M, Jalan A. Nicotine withdrawal exacerbates fear reactivity to CO₂-induced bodily sensations among smokers. *Nicotine Tob Res.* 2011; 13: 1052-8. doi: 10.1093/ntr/ntr113
12. Vujanovic A, & Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity, acute nicotine withdrawal symptoms, and anxious and fearful responding to bodily sensations: A laboratory test. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2009; 17: 180-190. doi:10.1037/a0016266
13. Jamal M, Does AJ, Penninx BW, Cuijpers P. Age at smoking onset and the onset of depression and anxiety disorders. *Nicotine Tob Res.* 2011; 13(9): 809-19. doi: 10.1093/ntr/ntr077
14. Baker-Morrisette S, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull.* 2007; 133: 245-72. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.245
15. McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, Young L, Swinson RP & Zvolensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 2004; 18: 7-18.
16. Sonntag H, Wittchen HU, Hofler M, Kessler RC, & Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, 2000; 15: 67-74. Doi: 10.1016/S0924-9338(00)00209-1
17. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, & Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2348-2351. doi:10.1001/jama.284.18.2348
18. Dierker L, Donny E. The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults. *Nicotine Tob Res.* 2008; 10(3): 439-64. doi:10.1080/14622200801901898.
19. Cogle JR, Zvolensky MJ, Fitch KE, Sachs-Ericsson N. The role of comorbidity in explaining the associations between anxiety disorders and smoking. *Nicotine Tob Res.* 2010; 12(4): 355-64. doi: 10.1093/ntr/ntq006
20. Fleming SE, Lombardo TW. Effects of cigarette smoking on phobic anxiety. *Addict Behav.* 1987; 12(2): 195-8. doi: 10.1016/0306-4603(87)90027-X
21. Bejerot S & Humble M. Low prevalence of smoking among patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 1999; 40: 268-72. Doi:10.1016/S0010-440X(99)90126-8
22. Breslau N, Kilbey MM, & Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates, and associated psychiatric disorders. *Addiction*, 1994; 89: 743-754. doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00960.x
23. Feldner MT, Babson KA, Zvolensky MJ. Smoking, traumatic event exposure, and post-traumatic stress: a critical review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(1): 14-45. 10.1016/j.cpr.2006.08.004
24. Beckham JC, Roodman AA, Shipley RH, Hertzberg MA, Cunha GH, Kudler HS, et al. Smoking in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1995; 8: 461-472. Doi: 10.1002/jts.2490080308
25. Beckham JC, Lytle BL, Vrana SR, Hertzberg MA, Feldman ME, Shipley RH. Smoking withdrawal symptoms in response to a trauma-related stressor among Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 1996; 21: 93-101. doi: 10.1016/0306-4603(95)00038-0
26. Marshall EC, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Gibson LE, Gregor K, & Bernstein A. Evaluation of smoking characteristics among community-recruited daily smokers with and without posttraumatic stress disorder and panic psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 2008; 22: 1214-1226. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.003
27. Van Der Velden PG, Kleber RJ, & Koenen KC. Smoking predicts posttraumatic stress symptoms among rescue workers: a prospective study of ambulance personnel involved in the Enschede Fireworks Disaster. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008; 94(1-3): 267-271. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.11.001
28. Fergusson DM, Goodwin RD, & Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 2003; 33: 1357-1367. doi:10.1017/s0033291703008596
29. Korhonen T, Koivumaa-Honkanen H, Varjonen J, Broms U, Koskenvuo M, & Kaprio, J. Cigarette smoking and dimensions of depressive symptoms: longitudinal analysis among Finnish male and female twins. (H Koivumaa-Honkanen, J Varjonen, U Broms, M Koskenvuo, & J Kaprio, Eds.) *Nicotine tobacco research official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 2011; 13(4): 261-272. doi: 10.1093/ntr/ntq251
30. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res.* 2008; 10(12): 1691-715. doi: 10.1080/14622200802443569
31. Park S, & Romer D. Associations between smoking and depression in adolescence: an integrative review. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2007; 37(2): 227-41.
32. Flensburg-Madsen T, Von Scholten MB, Flachs EM, Mortensen EL, Prescott E, & Tolstrup JS. Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 2011; 45(2): 143-149. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.006
33. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry.* 2010; 196(6): 440-6. doi:10.1192/bjp.bp.109.065912
34. Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Ng F, Henry MJ, Nicholson GC, Kotowicz MA et al. Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *Br J Psychiatry.* 2008; 193(4): 322-6. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.046706
35. Patton GC, Carlin BJ, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health.* 1998; 88(10): 1518-1522.
36. Repetto PB, Caldwell CH, & Zimmerman MA. A longitudinal study of the relationship between depressive symptoms and cigarette use among African American adolescents. *Health psychology official journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association*, 2005; 24(2): 209-219. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.209
37. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet.* 2001; 16; 357(9272): 1929-32. doi:10.1016/S0140-6736(00)05064-9
38. McCaffery JM, Stanton C, Papandonatos GD, Lloyd-Richardson EE, & Niaura R. Depressive symptoms and cigarette smoking in twins from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Health Psychology*, 2008; 27: 207-S215. doi:10.1037/0278-6133.27.3
39. Kreinin A, Novitski D, Rabinowitz D, Weizman A, Grinshpoon A. Association between tobacco smoking and bipolar affective disorder: clinical, epidemiological, cross-sectional, retrospective study in outpatients. *Compr Psychiatry.* 2012; 53(3):269-74.
40. Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord.* 2011; 13(5-6): 439-53. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00943.x.
41. Balhara YP, Jain R, Sundar SA, Sagar R. A comparative study of reliability of self report of tobacco use among patients with bipolar and somatoform disorders. *J Pharmacol Pharmacother.* 2011; 2: 174-8. doi: 10.4103/0976-500X.83282

News & Views

Renato Balduzzi, Ministro della Salute

Petizione SITAB per promozione delle cure per il tabagismo e inserimento nei LEA

Monza 30/8/2012

Spett. Sig. Ministro, Onorevole Renato Balduzzi
 p.c. Onorevole Gianfranco Fini (Presidente della Camera dei Deputati)
 p.c. Onorevole Renato Schifani (Presidente del Senato della Repubblica)
 p.c. Dott.ssa Monica Bettoni (Direttore Generale Istituto Superiore di Sanità)
 p.c. Dott.ssa Roberta Pacifici (Dir. Oss. Fumo Alcol e Droga Istituto Superiore di Sanità)

Oggetto: proposta inserimento cure per il tabagismo nei LEA e altri provvedimenti

Signor Ministro,

In questo momento così particolare, in cui sta per vedere la luce un provvedimento legato ad una ottimizzazione del funzionamento del SSN, la Società Italiana di Tabaccologia si fa portavoce di una richiesta, condivisa con altre società scientifiche, operatori sanitari, ricercatori, associazioni di pazienti, cittadini, riguardante la necessità di da parte dei giovani. Tale proposta si fonda su delle considerazioni economiche di estrema attualità, dal momento che i provvedimenti suggeriti permetterebbero un abbattimento della spesa sanitaria correlata al fumo di almeno 2,3 miliardi di euro l'anno, ricordando che il tabagismo è (secondo l'OMS) "La prima causa di morte evitabile in Occidente".

La proposta si articola in cinque punti:

1. Inserimento delle prestazioni di trattamento del tabagismo nei LEA. Le cure per la dipendenza da tabacco permettono di aumentare l'efficacia della cessazione definitiva da un tasso spontaneo del 2-4% annuo (vedi revisioni Cochrane 2008) a un tasso del 25-30%. Sebbene la maggior parte dei fumatori possano smettere con un aiuto non specialistico, attualmente circa 20-25.000 persone ogni anno si rivolgono ai Centri per il Trattamento del tabagismo (circa 380 in Italia). Troppo pochi rispetto al bisogno di salute esistente. Alla luce di questi dati, le cure per il tabagismo andrebbero offerte a chiunque sia motivato a smettere. Ma, pure ipotizzando una offerta più ristretta, che includa le dipendenze più gravi e i portatori di gravi patologie fumo-correlate, si giungerebbe ad una fascia di popolazione interessata non superiore a 150.000 - 200.000 soggetti. Si ritiene che il facilitare l'accesso alle cure da parte di cittadini con dipendenza tabagica e prevenire l'uso del tabacco inserimento delle prestazioni di trattamento del tabagismo nei LEA diritto alla cura di tali persone equivalga al diritto di chi è portatore di altre malattie, e quindi il Sistema Sanitario Nazionale debba farsene carico, così come peraltro è stato già disposto dalla regione Emilia Romagna. Una grande mole di dati scientifici, che si mettono a disposizione, indica un favorevole rapporto costo/beneficio di questo intervento, pur considerando l'impatto economico derivante da una minore vendita di prodotti del tabacco.

2. Un incremento del costo delle sigarette di circa 1 euro a pacchetto, con assegnazione dei fondi derivati al trattamento e alla prevenzione della dipendenza da tabacco.

Questa richiesta è stata recentemente condivisa dagli esperti convenuti al convegno del 31 maggio 2012 sul tabagismo (Istituto Superiore di Sanità), a cui Ella ha partecipato, attraverso una conferenza stampa. Le proiezioni effettuate evidenziano come questa misura produrrebbe una certa riduzione della percentuale di fumatori nel nostro paese. Inoltre i fumatori stessi non percepirebbero in termini negativi il provvedimento, purché resti ferma la destinazione delle risorse come sopra.

3. Un riconoscimento dei Centri per il Trattamento del Tabagismo dotati dei requisiti suggeriti dalla Società Italiana di Tabaccologia e dagli organismi tecnici, ossia di quelli in grado di garantire cure basate su approcci validati scientificamente, un approccio multidisciplinare e una formazione adeguata degli operatori.

4. La rimborsabilità dei farmaci oggi registrati per la cessazione dal fumo, tenendo conto che il loro uso arriva fino a triplicare i risultati dei trattamenti. In subordine si chiede che tale rimborsabilità sia riconosciuta per le gravi dipendenze da tabacco e per le maggiori patologie fumo-correlate.

5. Un raccordo col Ministero dell'Istruzione e dell'Università perché una maggiore attenzione sia prestata alle esigenze formative sugli stili di vita e sulla dipendenza da tabacco nei percorsi universitari per medici e operatori sanitari.

Poiché la presente non esaurisce la materia e non permette, nella sua sinteticità, una presentazione dei dati che possono guidare le scelte di cui sopra, restiamo disponibili per un approfondimento con la modalità che Ella vorrà indicarci.

Sicuri dell'attenzione che concederà a questo problema, cogliamo l'occasione per porgere i nostri più distinti saluti.

Il Presidente della Società Italiana di Tabaccologia
 Dr. Biagio Tinghino

CHI LA SMETTE LA VINCE!

Un'App per smartphone sui Centri Antifumo

Chi la dura la vince? No, chi la smette la vince! Tutto è cominciato così, con questo slogan, nato durante la preparazione di un esame di marketing sociale e pian piano trasformatosi in qualcosa di più importante per noi, cinque studenti universitari del COM.PASS di Bologna.

Come avrete capito, l'importante tematica con la quale ci siamo dovuti confrontare è stata quella della lotta al tabagismo, uno dei "vizi" o, per meglio dire, delle dipendenze più difficili da estirpare. L'obiettivo che ci siamo prefissati con questo progetto è quello di ridurre il numero di fumatori tra gli iscritti all'Università di Bologna di età compresa fra i 20 e i 30 anni, in un periodo di tempo di sei mesi. Siamo giunti alla scelta di questo target dopo aver esaminato numerosi studi di incidenza del tabagismo fra cui lo studio PASSI, dalle quali è emerso che in Emilia-Romagna sono tabagisti il 34% dei ragazzi e il 25% delle ragazze nella fascia di età 18-24 anni¹. Quasi tutti conoscono rimedi come il cerotto alla nicotina o altri sostituti nicotini, la sigaretta elettronica o altri metodi più o meno empirici propri del fai-da-te, ma allo stesso tempo quasi tutti ignorano quella che forse è la principale arma di supporto per debellare questo dannosa dipendenza: il Centro Antifumo. Sembra incredibile ma ancora oggi, nel 2012, molte persone non sanno cosa esso sia e in cosa consista esattamente la sua attività. Ecco perché, cogliendo l'occasione fornitaci da questo lavoro di gruppo, abbiamo deciso di concentrare la nostra attenzione proprio sui Centri Antifumo per dare maggiore risalto a queste realtà tanto importanti quanto sottovalutate. Abbiamo quindi preferito andare oltre a un semplice voto e segnalare il nostro progetto al Dott. Vincenzo Zagà, pneumologo dell'U.O. di Pneumotisiologia Territoriale dell'AUSL di Bologna, che già ci aveva fornito importanti suggerimenti e spunti di riflessione. Anche grazie alla sua consulenza ci siamo subito resi conto che tale progetto, nato sotto forma di simulazione virtuale, possedeva elementi facilmente trasferibili anche nella realtà. Elementi che in seguito andremo ad elencare. Prima di partire è meglio però soffermarsi un attimo sullo scenario legislativo e organizzativo all'interno del quale ci siamo dovuti orientare. Come noto le principali leggi contro il consumo di tabacco sono, a livello nazionale, la Legge Sirchia (Legge 3/2003, art. 51) entrata in vigore il 10 gennaio 2005 (stop al fumo nei locali chiusi pubblici e privati aperti al pubblico) e, per l'Emilia-Romagna, la Legge Regionale n.17 del luglio 2007 (Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo).

Per quanto riguarda invece le iniziative precedenti che in qualche modo potevano ricollegarsi alla nostra, quelle che abbiamo maggiormente considerato e analizzato sono il progetto itinerante No Smoking Be Happy della Fondazione Veronesi, i vari incontri sul tema organizzati dallo stesso Dott. Zagà (nello specifico quello del settembre 2011 intitolato Grazie non fumo!) e, ultima ma non ultima, un'App per iPhone creata sempre lo scorso anno da Vito Bellini e denominata Smetti di fumare, con la quale è possibile sfogliare un calendario per vedere quotidianamente quante sigarette abbiamo fumato e quanto abbiamo speso.

Al giorno d'oggi in effetti ci sono poche cose capaci di catturare l'attenzione dei giovani come un'applicazione per smartphone. Ma essendo noi stessi giovani sappiamo perfettamente che sensibilizzare i nostri coetanei su un argomento così delicato come il tabagismo non è certo impresa facile. Abbiamo così pensato a qualcosa che possedesse l'appeal di un software tecnologico e che allo stesso tempo non si presentasse come uno strumento troppo serio e invasivo, ma semplicemente come un supporto in grado di assistere e non abbandonare mai il fumatore durante il suo difficile cammino di allontanamento dalla sigaretta. Queste sono state le motivazioni che ci hanno spinto a ideare l'applicazione Chi la smette la vince!, una vera e propria novità in questo campo.

La peculiarità che la rende unica e davvero efficace è la presenza di una mappa di localizzazione dei centri antifumo di Bologna, ma in futuro espandibile a tutto il territorio nazionale, con annesse informazioni sia logistiche che sugli interventi educazionali e sulle sedute organizzate dalle varie strutture antifumo.

Tutto questo per far conoscere al nostro target di riferimento (che in futuro potrà anche essere ampliato) cosa offre ogni Centro Antifumo: non solo informazioni e consulenza ma anche trattamenti specifici per la cessazione del fumo di tabacco. Nello specifico i Centri Antifumo organizzano corsi intensivi, singoli e di gruppo, condotti gratuitamente da personale formato, e grande attenzione viene posta alla prevenzione delle ricadute per consolidare nel tempo i risultati raggiunti. Tutto ciò non avviene per caso: infatti da un'indagine DOXA emerge che gli ex fumatori senza supporto a rischio ricadute nel 2008 erano il 94,3% e nel 2009 addirittura il 97,8%.



¹ PASSI 2008 - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/FumoAttivo.asp>

Questo testimonia come i principali ostacoli da superare per il nostro target di riferimento siano lo smarrimento e la mancanza di punti di riferimento, dirette conseguenze della scarsa o nulla conoscenza dei centri antifumo e della loro importanza anche nell'arginare l'inevitabile sindrome d'astinenza iniziale. Molti ragazzi che vorrebbero ma non riescono a sbarazzarsi della sigaretta non sanno nemmeno che a pochi isolati da casa loro potrebbero trovare una struttura in grado di aiutarli per davvero, una nuova realtà tutta da scoprire.

Dal punto di vista tecnico, accedere a questo pratico software poi è semplicissimo, basta eseguire il login inserendo le proprie credenziali di ateneo. A seguire ogni utente si troverà di fronte un breve questionario per saggiare il grado di nicotinodipendenza (il celebre test di di Fagerström), informazioni relative ai dati epidemiologici del tabagismo, ai danni da fumo e ai benefici dello smettere. Infine, con la mappa dettagliata dei Centri Antifumo di Bologna e Provincia indicheremo dove rivolgersi per farsi dare una mano a smettere. Questo progetto (consultabile anche online alle pagine http://www.marketingsociale.net/download/mkunibo12/smette_vince.pdf e http://www.marketingsociale.net/download/mkunibo12/smette_vince_2.pdf) avrebbe però bisogno di un adeguato supporto promozionale. La nostra idea sarebbe quella di associare alla nascita dell'applicazione un evento in grado di attirare l'attenzione dei giovani: potrebbe essere presentata nell'ambito di una Convention smokefree per le scuole superiori e i fumatori dei Centri Antifumo con invito per gli studenti universitari o una serata in Piazza Maggiore con la collaborazione della Cineteca di Bologna durante la quale proiettare il film *The Insider* (1999) sulla vera storia di Jeffrey Wigand, coraggioso ricercatore impegnato in una lotta per smascherare gli inganni delle multinazionali del tabacco. A margine della proiezione sarebbe consigliabile l'intervento di uno specialista in grado di approfondire le problematiche legate al tabagismo. Alle persone presenti potrebbero poi essere consegnati una borsa in tela con impresso il logo dell'iniziativa (il nostro gadget) e una



I componenti del gruppo il giorno della presentazione del progetto.

brochure informativa (che andrà parallelamente distribuita anche presso le facoltà universitarie e nelle zone limitrofe).

Ci stiamo forse dimenticando di Internet? Certo che no. Un link diretto per scaricare l'applicazione dovrà senza dubbio essere presente sia su Facebook (il social network più frequentato in Italia e nel mondo) che sul portale dell'Università di

Bologna. Inoltre tramite una mailing list di ateneo tutti gli studenti potranno essere informati sulla possibilità di scaricare gratuitamente l'App Chi la smette la vince! Fin qui il prototipo di simulazione che ci auguriamo che con l'apporto di qualche sponsor (Regione, AUSL e/o altri) si possa concretizzare in un'applicazione vera e propria che potrebbe avere un bel successo soprattutto fra i giovani. In base alla simulazione ci aspettiamo dunque che le iscrizioni ai Centri Antifumo di Bologna aumentino almeno del 10% e che circa 60 studenti universitari riescano ad abbandonare il tabagismo con benefici per la salute, estetici ed economici a fronte di zero costi. Siete ancora convinti che valga la pena accendersi una sigaretta? Meglio accendere l'applicazione Chi la smette la vince! e farsi guidare nel Centro Antifumo più vicino.

Bucci Serena, Deiuri Giorgia, Ipcovana Marcella, Maiano Marcello, Minghinelli Simone
(Corso di Laurea Magistrale in Scienze della Comunicazione Pubblica e Sociale (COM.PASS) dell'Università di Bologna)

Webgrafia

<http://www.apple.com/it/itunes/>
<http://www.epicentro.iss.it/passi/>
<http://www.fondazioneveronesi.it/ricerca-e-prevenzione/no-smoking-be-happy/>
<http://www.hindawi.com/journals/jo/2011/860103/>
<http://www.marketingsociale.net/aree/09.htm>
<http://www.smettere-di-fumare.net/centri-antifumo-Emilia-Romagna.php>
<http://www.vitobellini.com/quit-smoking-manager/it/#>
www.lilt.it
www.tabaccologia.it
www.tabaccologia.org
www.senzafumo.it

Free Un nuovo motore di ricerca solo per pdf

Un nuovo motore di ricerca si è affacciato nel panorama scientifico. Si chiama **FreeFullPDF.com** e consente di cercare tra più di 80 milioni di pubblicazioni scientifiche ad accesso libero presenti sul web e scaricabili gratuitamente in formato pdf. Il sito è stato sviluppato da una azienda tecnologica francese (knowmade.com) specializzata nella ricerca e nell'analisi di fonti informative in ambito scientifico. La ricerca in FreeFullPDF.com può essere svolta semplicemente scrivendo le parole chiave nella finestra di dialogo. L'uso della lingua inglese consente, come ovvio, un feedback maggiore e migliore di risultati. Per rendere più specifica la ricerca si può ricorrere al link <http://www.freefullpdf.com/operators.html>, in cui vengono descritti alcuni accorgimenti specifici. Per esempio nella stringa di ricerca si può utilizzare l'operatore OR, si possono escludere dei termini semplicemente facendoli precedere dal segno meno (-) e si può ricercare una frase esatta e altro ancora. Al momento il motore di ricerca attinge a circa 10 mila fonti di articoli gratuiti fra riviste, giornali, archivi a libero accesso, etc.) che sono così indicizzati sul database FreeFullPDF. (V.Z.)

Regione Emilia-Romagna

Operativa l'esenzione ticket/dipendenze per il trattamento del tabagismo

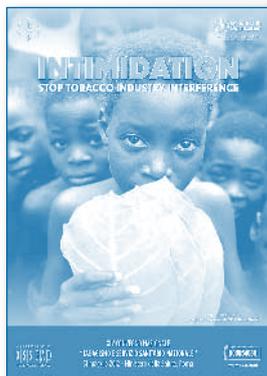
Con la Delibera della Regione Emilia-Romagna n° 844 dell'11 giugno 2008 è stata sancita la gratuità delle prestazioni per la cura del tabagismo ("A norma di quanto disposto dalla Legge Regionale 27 luglio 2007, n° 17, art. 2, comma 3, lettera b, L'ACCESSO AI CENTRI ANTIFUMO, I COLLOQUI, LE VISITE FINALIZZATE ALLA DISASSUEFAZIONE E I PROGRAMMI PER CESSARE L'ABITUDINE AL FUMO SONO ESENTI DA TICKET, con l'esclusione delle prestazioni sanitarie per la diagnosi e cura delle patologie fumo-correlate") equiparando, giustamente, il tabagismo a tutte le altre dipendenze.

Purtroppo a questa disposizione, fino a tutto il 2011, non aveva però fatto seguito un codice applicativo della esenzione deliberata, con serie difficoltà operative e grave imbarazzo da parte dei Centri Antifumo e relative Aziende Sanitarie.

Dopo serrato pressing da parte del Cordinamento Regionale dei Centri Antifumo è stata recepita, da parte della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato alla Sanità

della Regione Emilia-Romagna, la proposta di utilizzare il codice previsto per tutte le dipendenze e in particolare il codice 014.304, specifico per "DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE" (DL 28 maggio 1999 e successivo aggiornamento DM 18 maggio 2001, n° 279) visto che tutte le Linee Guida Nazionali (ISS-OSSFAD, SITAB, Regione Emilia-Romagna) e internazionali (OMS, FDA, CDC, DSM IV, Ministero Salute USA e UK) identificano il TABAGISMO come una vera e propria patologia da dipendenza. Fino ad ora infatti, se tale esenzione era scontata in automatico per i Centri Antifumo dei SERT che già utilizzavano il codice 014.304, non lo era per i Centri Antifumo situati in U.O. di specialità d'organo come Pneumologie, Angiologie, Cardiologie, etc. Pertanto dal 1° gennaio 2012 tutto il pacchetto per il trattamento del tabagismo è esentato col codice delle dipendenze 014.304, ad esclusione delle terapie farmacologiche (NRT, Bupropione e Vareniclina) eventualmente utilizzate. ■

(Vincenzo Zagà)



Report da Roma, 31 Maggio 2012 • World No Tobacco Day

Giornata Mondiale senza Tabacco 2012 e molto altro!

Il 31 maggio di ogni anno si celebra la Giornata Mondiale senza tabacco, indetta per la prima volta nel 1988 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per sensibilizzare il pubblico sui danni alla salute provocati dal tabacco e per promuovere strategie e politiche per ridurre il consumo. Le iniziative sono sempre tante e quest'anno ci sono state interessanti novità. Un focus speciale è stato dedicato alle interferenze dell'industria del tabacco, in accordo con l'obiettivo OMS di denunciare e contrastare i tentativi sempre più aggressivi delle multinazionali per indebolire la convenzione quadro. E neanche a farlo a posta sulla prima pagina del quotidiano "Libero" proprio del 31 maggio è stato pubblicato un articolo dal seguente titolo "Campagne antitabacche dannose. La guerra al fumo fa aumentare i fumatori". L'articolo, nel quale si parla addirittura di un presunto "fallimento della legge Sirchia", è un chiaro esempio di quelle interferenze. La "contro-informazione" delle corporations del tabacco è ancora attuale nonostante gli esiti dei processi le abbiano viste condannate per occultamento della verità. Interessante la risposta al riguardo del dottor Zagà pubblicata a pagina 47. Nel tradizionale convegno organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, sono state aggiornate alcune delle informazioni di base. Quanto al dato sulla prevalenza, fuma il 20,8% della popolazione italiana. Sulle caratteristiche comportamentali dei fumatori è importante sottolineare come la sigaretta, insieme alla ricarica del cellulare, sia ai primi posti della graduatoria di beni irrinunciabili nonostante la crisi economica. Ma si è parlato anche del fumo in auto: l'80 della popolazione italiana ritiene che fumare alla guida aumenti il rischio di incidenti, ma più del 50% lo fa abitualmente (e il 14% anche in presenza di minori). Il consumo di tabacco in auto rappresenta un'importante fonte di fumo passivo per i passeggeri e alla conclusione del Convegno, è stato condotto un

esperimento volto a misurare il Particolato Sottile (Particulate Matter o PM in inglese), cioè le polveri sospese, presenti nell'aria dell'abitacolo di un'auto, prima e dopo aver fumato una sigaretta. Risultato? I valori di PM sono stati fino a 50 volte superiori a quelli registrati prima e anche superiori a quelli prodotti dal fumo di scarico delle auto! Il Codacons, ha così notificato a più di 40 comuni italiani una diffida affinché i sindaci, quando vengano superati i limiti soglia di PM10 previsti dalla legge (50 µg/m³ - direttiva 2008/50/CE - dlgs 155/2010) oltre a vietare la circolazione delle auto, vietino anche di fumare nel territorio del comune coinvolto! L'impatto ambientale del tabacco, in particolare delle cicche, è stato il tema del convegno organizzato dall'ENEA, che ha visto anche la partecipazione dell'ex ministro della Salute Girolamo Sirchia. Le cicche sono un rifiuto con elevata tossicità perché contengono, concentrate nel filtro, gran parte delle sostanze dannose presenti nelle sigarette (cancerogeni, polonio radioattivo, benzene ecc.). È vero che ogni cicca ne contiene un piccolo quantitativo, ma il numero totale delle cicche solo in Italia è stratosferico: 143 milioni al giorno, 52 miliardi all'anno! (11.000.000 di fumatori per un consumo medio di 13 sigarette al giorno). Conseguentemente il carico inquinante annuale è dell'ordine delle tonnellate per ciascuna sostanza tossica e riguarda l'aria, il suolo e l'acqua (le cicche sono il 40% dei rifiuti che si ritrovano nel Mediterraneo, al primo posto della classifica, seguite dal 9,5% delle bottiglie di plastica). Secondo l'ENEA le cicche dovrebbero essere oggetto di raccolta differenziata e essere smaltite come un rifiuto tossico. Con il Presidente dell'AMA di Roma, Piergiorgio Benvenuti, è stata affrontata la questione dei notevoli costi per la difficile rimozione delle cicche dal suolo pubblico e sono state presentate le esperienze di due comuni virtuosi, Cremona e Lecce, che hanno adottato iniziative a tutela dell'ambiente e del decoro urbano. Sono state anche illustrate a cura di ENEA-Eko-technology alcune esperienze di smaltimento e di recupero energetico dalle cicche mediante tecniche a basso impatto

esperimento volto a misurare il Particolato Sottile (Particulate Matter o PM in inglese), cioè le polveri sospese, presenti nell'aria dell'abitacolo di un'auto, prima e dopo aver fumato una sigaretta. Risultato? I valori di PM sono stati fino a 50 volte superiori a quelli registrati prima e anche superiori a quelli prodotti dal fumo di scarico delle auto! Il Codacons, ha così notificato a più di 40 comuni italiani una diffida affinché i sindaci, quando vengano superati i limiti soglia di PM10 previsti dalla legge (50 µg/m³ - direttiva 2008/50/CE - dlgs 155/2010) oltre a vietare la circolazione delle auto, vietino anche di fumare nel territorio del comune coinvolto! L'impatto ambientale del tabacco, in particolare delle cicche, è stato il tema del convegno organizzato dall'ENEA, che ha visto anche la partecipazione dell'ex ministro della Salute Girolamo Sirchia. Le cicche sono un rifiuto con elevata tossicità perché contengono, concentrate nel filtro, gran parte delle sostanze dannose presenti nelle sigarette (cancerogeni, polonio radioattivo, benzene ecc.). È vero che ogni cicca ne contiene un piccolo quantitativo, ma il numero totale delle cicche solo in Italia è stratosferico: 143 milioni al giorno, 52 miliardi all'anno! (11.000.000 di fumatori per un consumo medio di 13 sigarette al giorno). Conseguentemente il carico inquinante annuale è dell'ordine delle tonnellate per ciascuna sostanza tossica e riguarda l'aria, il suolo e l'acqua (le cicche sono il 40% dei rifiuti che si ritrovano nel Mediterraneo, al primo posto della classifica, seguite dal 9,5% delle bottiglie di plastica). Secondo l'ENEA le cicche dovrebbero essere oggetto di raccolta differenziata e essere smaltite come un rifiuto tossico. Con il Presidente dell'AMA di Roma, Piergiorgio Benvenuti, è stata affrontata la questione dei notevoli costi per la difficile rimozione delle cicche dal suolo pubblico e sono state presentate le esperienze di due comuni virtuosi, Cremona e Lecce, che hanno adottato iniziative a tutela dell'ambiente e del decoro urbano. Sono state anche illustrate a cura di ENEA-Eko-technology alcune esperienze di smaltimento e di recupero energetico dalle cicche mediante tecniche a basso impatto

ambientale come la pirogassificazione. L'Unità di tabaccologia UNITAB dell'Università di Roma, in collaborazione con la SITAB ha poi attivato un punto informativo presso il CIAO (Centro Informazioni, Accoglienza, Orientamento) della città universitaria per sensibilizzare gli studenti sui rischi derivanti dal fumo. L'iniziativa ha riscosso un importante successo presso il pubblico di studenti e professori interessati al materiale informativo e al test di misurazione del grado di intossicazione da fumo cui in tanti si sono sottoposti (<http://www.uniroma.tv/video.asp?id=21282>). Veramente originale è stata la serata-spettacolo "no smokin' jazz" con il complesso "Bosco-Donatone Quartet"; una riflessione in musica ideata per sensibilizzare i fumatori e per sfatare il vecchio stereotipo dell'associazione al fumo della musica jazz! Allo spettacolo è stata associata l'iniziativa di solidarietà "Spegni il fumo ... accendi la vita" che devolve i soldi non spesi per le sigarette ai bambini disabili in Tanzania (<http://www.uniroma.tv/video.asp?id=21310>). Importanti novità editoriali hanno visto la luce in questo periodo: 3 libri con 3 target e 3 motivazioni: "101 motivi per smettere di fumare" di Fabio Beatrice per

il grande pubblico, libro accattivante e coinvolgente con la simpaticissima prefazione di Luciana Littizzetto che ha capito l'obiettivo dell'autore: arrivare a più gente possibile perchè più gente possibile smetta! (a pag 44 i dettagli). "Stili di vita e tabagismo" di Tinghino per gli operatori del tabagismo con lo scopo di fornire le tecniche per aiutare a motivare al cambiamento i fumatori e chiunque voglia adottare stili di vita più salutari (a pagina 45 i dettagli). "Aiutare a smettere di fumare? E' più facile di quanto pensi" di Lugoboni per tutti i medici ma non solo, visto lo stile discorsivo, scritto con lo scopo di fornire le competenze essenziali per capire ed incentivare chi vuole smettere, ma anche dare supporto una volta iniziato il percorso (a pag 46 i dettagli). Infine un progetto editoriale ambizioso che forse presto diventerà realtà: la prima ristampa di un antico e raro testo del 1626 di Johannes Neander, una testimonianza che ci aiuta a capire perchè l'uso del tabacco si sia così diffuso e il primo al mondo ad utilizzare la parola "Tabaccologia", scritto in latino vedrebbe affiancata una traduzione in italiano. ■

(Maria Sofia Cattaruzza - Roma)

Report da Terni, 16-17 Settembre 2011

WORKSHOP: fumo, malattie respiratorie, e attività fisico-sportiva

Si è svolto a Terni il 16 e 17 settembre 2011 un workshop organizzato dalla Società Italiana di Pneumologia dello Sport (SIP Sport), con il patrocinio dell'Azienda Ospedaliera S.Maria di Terni, dell'Università di Perugia, dell'Ordine dei Medici di Terni, dell'AIPO, della FMSI, dell'ANASMES, del CONI provinciale e della SITAB. La prima sessione del Convegno è stata dedicata a "Fumo, apparato respiratorio e sport" moderata da A. Rossi (Pavia) e G. Pinchi (Terni).

La prima relazione, di Nolita Pulerà (Livorno), "Epidemia di tabagismo in Italia: stato dell'arte", ha illustrato i dati più recenti relativi alla diffusione dell'abitudine tabagica nel nostro paese, sottolineando gli enormi costi economici e sociali di tale patologia e l'importanza dell'adozione di strategie efficaci per combatterla. Antonio Todaro (Roma) ha parlato di "Fumo e malattie respiratorie in ambito sportivo", evidenziando le limitazioni che comporta il tabagismo nella pratica dell'attività sportiva. Lucio Casali (Perugia) ha illustrato "La disassuefazione farmacologica

dal tabagismo", soffermandosi sui meccanismi della dipendenza e sui più recenti progressi dei farmaci impiegati per combattere tale dipendenza. A concludere la sessione iniziale Giovanni Boni (Foligno) si è soffermato sul ruolo del medico dello sport nella lotta al tabagismo tra gli atleti. Al termine della prima giornata si è svolta l'assemblea dei soci della SIP Sport, con un resoconto delle numerose attività congressuali e di divulgazione svolte nel triennio precedente, seguito dalla votazione per il rinnovo del consiglio direttivo della società, che ha visto la riconferma del direttivo uscente e della Presidente Annalisa Cogo. Il Convegno è proseguito nella giornata del 17 settembre con la sessione "Esercizio fisico-sportivo come prevenzione e terapia della malattie respiratorie", ed è stata moderata da Maurizio Schiavon (Padova) e Attilio Turchetta (Roma), con Claudio Tantucci (Brescia) nel ruolo di discussant, per stimolare il dibattito al termine di ciascuna relazione. ■

(G. Fiorenzano, G. Pinchi)

Report da Rimini, 22-26 Agosto 2011

Azione antifumo SITAB al Meeting Nazionale dell'Amicizia

Grazie alla collaborazione di Brianza per il Cuore, di Monza e Comocore, onlus attive nella prevenzione, nella sensibilizzazione dei fattori di rischio cardiovascolare nonché nella promozione di iniziative di informazione/prevenzione atte a ridurre la mortalità per malattia coronarica, sono state proposte lezioni di rianimazione cardiopolmonare con l'obiettivo di far conoscere il complesso sistema dell'emergenza. Con l'ausilio di MiniAnne, piccolo manichino realizzato per un veloce apprendimento, sono state eseguite delle dimostrazioni pratiche alle prime manovre di sopravvivenza. Al termine di ciascun corso è stato possibile verificare subito il proprio livello di apprendimento grazie all'innovativo kit multimediale posto all'interno dello stand. Personale medico è stato messo a disposizione di chi richiedeva di effettuare gratuitamente la misurazione della pressione arteriosa e ricevere utili consigli per un sano e corretto stile di vita. In un corner dedicato è stato possibile, attraverso l'applicazione "Take-App", calcolare facilmente il proprio indice di massa corporea e visualizzare su monitor il proprio stato di "forma" BMI (Body Mass Index). In un altro corner è stato messo a disposizione personale e materiale per un brief counseling per il trattamento del tabagismo che rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio di infarto cardiaco. Grazie a Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), società scientifica impegnata nella prevenzione e nel trattamento della dipendenza tabagica ed dei problemi fumo-correlati, è stato possibile informare ed effettuare una prima valu-

tazione del livello di dipendenza. Lo stand è stato dotato di un'apposita saletta, dedicata all'anamnesi tabaccologica, con l'obiettivo di stimolare i fumatori a modificare un dannoso stile di vita, aiutandoli a esplorare e a prendere consapevolezza della propria dipendenza fisica e psicologica, facendo emergere nel tabagista le ragioni a sostegno del cambiamento. L'attività ha avuto tra gli obiettivi quello di offrire sostegno, informazioni, definire, ove possibile, un piano operativo di interruzione del fumo oltre a valutare le motivazioni che possono aiutare a cambiare comportamento, con i dubbi e le paure di chi vuole smettere o di chi conosce i rischi del fumo e i vantaggi che si ottengono non fumando ma non sa come fare per prepararsi a smettere. Abbiamo incontrato 84 fumatori (M = 50; F= 34) con un'età media di 26 anni (M= 27; F=25) di cui 80 fumatori di sigarette, 1 di sigaro e 3 di tabacco in busta. La maggior parte dei giovani si trovava in fase di pre-contemplazione. L'iniziale interesse e motivo di forte richiamo, in particolare nella fascia d'età 17-20, è stata la misurazione del monossido di carbonio, la curiosità di avere indicazioni sul grado di dipendenza, attraverso un risultato immediato, ha permesso un primo "aggancio" soprattutto con gli adolescenti. Strumenti utilizzati sono stati: A) Questionario di Fagerstrom (FTQ). B) Misurazione del CO espirato. C) Saturazione periferica dell'ossigeno e frequenza cardiaca. D) Counselling motivazionale breve. ■

(Chiara Raimondi)

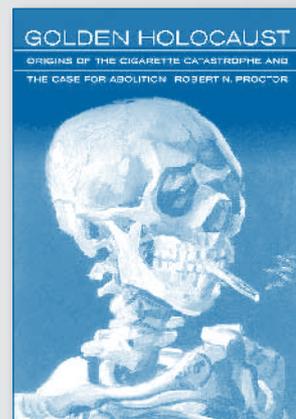


Tabacco: the Golden Holocaust ovvero l'ecatombe evitabile

La prima cosa che viene in mente, tenendo in mano il libro di Robert Proctor *Golden Holocaust*, è la certezza che una pietra miliare è stata posta per smascherare per sempre la marcia trionfale dell'industria del tabacco. Il libro che "non s'aveva da fare" è dal mese di febbraio 2012 una stupenda realtà. Ci si emoziona a leggere che oltre dieci anni di lavoro ci son voluti per dare alla stampa un'opera degna dell'eterna leggenda di Davide contro Golia o, per rimanere ai giorni nostri, il riproporsi sempre attuale del mito americano. La storia inizia con una sentenza rivoluzionaria, promossa da un'azione collettiva di 46 Stati dell'Unione, che il 1998 aveva obbligato le industrie del tabacco a rendere pubblici i loro archivi. La folle impresa di esaminare 13 milioni di documenti, i "tobacco documents", per complessive 80 milioni di pagine, poteva solo essere compiuta da uno storico e Robert Proctor, giovane professore di Storia delle scienze dell'università californiana di Stanford, con il suo gruppo di lavoro è riuscito a portarla a termine. Consegnandoci 750 pagine, di cui 250 di note per non spaventarci, che qualche recensore ha definito simpativamente "un bignamino". Chi teme di ritrovarsi con il solito noioso mattone di rapporti-numeri-disposizioni si ricrederà subito dal primo capitolo: i paragrafi sono brevi, agili, ben presentati da titoli brillanti ed esplicativi. Le scoperte si susseguono fino alla fine. Non credo ci fosse qualcuno in Italia ed in Europa che, fin dal 1947 con il Piano Marshall, sapesse che per ogni 2 dollari di aiuti alimentari dovevamo beccarci 1 dollaro di tabacco della Virginia. Piani e strategie ci verranno svelati, molte frasi di Big Tobacco ci resteranno impresse:

ad esempio, *"Il dubbio è ciò che noi produciamo"* esplica la strategia per smontare quanto di sicuro si conosce nel rapporto fumo-cancro. Invece, le conoscenze delle ricerche sul Polonio 210 vengono sedate negli anni '80 dalla Philip Morris, addirittura, con la chiusura di un proprio laboratorio specifico, con lo scopo dichiarato di non svegliare il *"gigante che dorme"*. Proctor non si è però lasciato intimidire neanche quando ha scoperto che il suo stesso Direttore era nella lobby del tabacco: *"Il fumo è l'invenzione più mortale della storia dell'umanità"*. Una shoah che si ripete ogni anno che però trova chi non è disponibile a tollerare il negazionismo sui danni da fumo. Un particolare di non poco conto: questo libro è stato editato dall'Università della California. In Italia troverà un editore? Una nuova sfida attende il piccolo mondo della tabaccologia italiana.

[Antonio Costantino, CAF - A.O. Catanzaro]



Robert N. Proctor, Professor of the History of Science at Stanford University and author of *Cancer Wars*, *Racial Hygiene*, and *The Nazi War on Cancer*. He is also a Fellow of the American Academy of Arts and Sciences. *Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. University of California Press - California USA 2012. Pagine 752. € 37,99. Ebook € 28,25

101 motivi per non fumare

Competenza scientifica (Fabio Beatrice, Medico ORL a Torino e vicepresidente Società Italiana di Tabaccologia) & capacità professionali divulgative (Johann Rossi Mason, giornalista medico-scientifico e conduttrice TV in Rai) è il cocktail perfetto per un libro che vedremo in librerie e punti vendita in aeroporti, stazioni ferroviarie ed autogrill a partire dal 6 settembre 2012. Si tratta di un libro che non pro-

mette di far smettere di fumare e che non punta il dito contro i fumatori, ma a mio parere può fare molto di più: informare correttamente sul problema fumo di tabacco e forse cominciare a motivare e a far pensare i fumatori che prima o poi sarà il caso di smettere, secondo il modello della *gutta cavat lapidem* (la goccia scava la pietra). 101 domande che prima o poi il fumatore si farà e che, perché no, porteran-

no a conseguire risultati in partenza inimmaginabili, come impensabile sarebbe che una misera goccia d'acqua possa intaccare la pietra. Invece, come una sequenza ininterrotta di gocce, le risposte a queste domande possono scavare il più duro granito, così come la volontà, se accompagnata dalla tenacia e dalla giusta conoscenza, può infrangere le più solide barriere. Uno strumento utile anche per chi vuole trovare gli argomenti giusti per convincere un adolescente a non iniziare o a smettere. Un libro, come spiega il dott. Beatrice, che *"ho scritto perché vorrei operarne sempre meno"*. Parole forti che hanno colpito Luciana Littizzetto che, da par suo, ha curato una sapida e frizzante prefazione.

(Vincenzo Zagà)

Fabio Beatrice, Johann Rossi Mason
101 motivi per non fumare - Guerini e Associati (collana S3.Studium) 2012. Pagine 176. € 12,90





Motivare al cambiamento

Un libro sulle tecniche di motivazione dei pazienti fumatori e di quanti devono migliorare gli stili di vita

intervista di Francesca Zucchetto all'autore Biagio Tinghino

Cosa ti ha dato la spinta per scrivere un libro sugli strumenti di counseling?

La spinta più forte a scrivere questo libro è venuta dall'esperienza di formatore. Mi sono reso conto che nel promuovere i sani stili di vita e la cessazione dal fumo di tabacco il più grosso problema non è costituito dalla mancanza di informazioni da parte degli operatori sanitari, ma la carenza di modalità di relazione efficaci. Disponiamo di un elevatissimo numero di pubblicazioni sui fattori di rischio legati ad errati stili di vita, ma il trasferimento nella pratica quotidiana non è proporzionale alla qualità scientifica dei dati attuali. Sappiamo molto, pratichiamo poco. Siamo poco efficaci nell'aiutare i nostri pazienti a trasferire nella loro vita queste conoscenze.

Medici e professionisti della salute pensano spesso che sia sempre e tutta "colpa" dei loro interlocutori che sono resistenti al cambiamento. Ma in realtà una gran mole di *trials* ci indicano che con un corretto approccio motivazionale è possibile incrementare notevolmente l'efficacia dei nostri interventi.

Quindi stai dicendo che una corretta informazione non basta a cambiare il comportamento delle persone?

Le conoscenze sono importanti, ma quando ci troviamo davanti a comportamenti che fanno parte del nostro modo di vivere, ancora peggio se si tratta di vere e proprie dipendenze, è ingenuo immaginare che informare, spaventare, mostrare gli effetti dannosi di uno stili di vita errato siano modalità adeguate a produrre gli effetti voluti. Come è stato esplorato dalle diverse teorie *del fear appeal*, il timore delle malattie è solo una componente del processo decisionale, non l'unico e soprattutto non necessariamente quello che prevale.

Quali strumenti di counseling tratti nel tuo libro e a chi sono diretti?

Intanto è doveroso precisare che in questo lavoro si forniscono degli "strumenti" per un counseling breve, non ricette facili per diventare "counselor", ambito professionale che in Italia è attribuito esclusivamente agli psicologi. Diamo le basi di un approccio motivazionale efficace, focalizzato ai contesti clinici, praticabile dagli operatori sanitari, studiato specificamente per aiutare le persone a cambiare i loro stili di vita rispetto all'alimentazione, l'attività fisica, il fumo di tabacco.

Stiamo parlando di una risorsa che può essere comune a tanti *setting*, ma è comunque una tecnica ben pre-

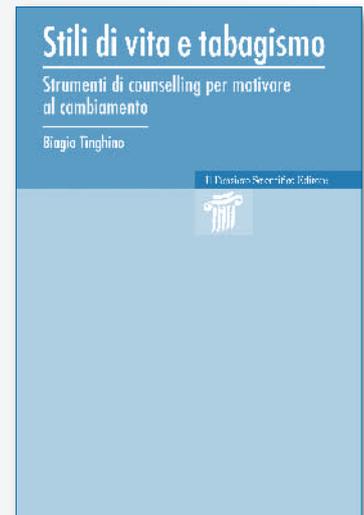
cisa, che va appresa e che non è equivalente al "dare buoni consigli". Nell'esperienza formativa ho visto che diversi colleghi sono convinti di usare strumenti di counseling, mentre invece il modo con cui lo fanno è autoreferenziale e in pieno disaccordo coi pilastri di questo approccio.

Per quel che riguarda il trattamento del tabagismo, che tipo di approccio viene trattato nel libro?

Rispetto al tabagismo auspico un approccio a più livelli. Gli interventi brevi possono essere diffusi, ripetuti, condotti con modalità corrette, effettuati da tutti gli operatori sanitari: medici di medicina generale, farmacisti, infermieri, specialisti ecc. Nella rete, poi, devono essere disponibili anche i trattamenti ambulatoriali e i riferimenti specialistici (Centri per il Trattamento del Tabagismo). In un capitolo del lavoro viene descritta la modalità migliore di effettuare un Minimal Advice, secondo un approccio che ho sperimentato e validato in diversi contesti formativi. Usciranno a breve i dati di un trial randomizzato e controllato che ha arruolato circa 2300 donne in contesti opportunistici (screening oncologici). Durante questa occasione i soggetti che rientravano nel braccio delle pazienti trattate hanno ricevuto un Minimal Advice con le modalità che vengono descritte, e i risultati hanno mostrato un incremento di cessazioni dal fumo a 6 mesi e 1 anno che arriva al triplo o al quadruplo di quanto riportato in letteratura rispetto alle cessazioni spontanee. È l'ennesima conferma statistica che l'approccio motivazionale funziona. Ma non è improvvisabile.

È possibile applicare le stesse tecniche di counseling in altri ambiti della salute, altrettanto importanti? Mi riferisco agli stili di vita.

Acquisire strumenti per un counseling breve significa migliorare la propria professionalità con competenze che servono in tanti altri contesti. Per questo ci sono numerosi esempi di casi clinici che riguardano la promozione dell'attività fisica, di una sana alimentazione, la motivazione a perdere peso. Non si può, ormai, pensare ad un approccio che riguardi le sigarette tralasciando gli altri fattori di salute. Ci deve essere una trasversalità di competenze sugli stili di vita, tutti dobbiamo ritenerci respon-



sabili della loro promozione. Possiamo dire senza dubbio che l'allungamento della vita media, da qui in avanti, sarà soprattutto determinato dalla prevalenza delle malattie cronico-degenerative, che sono molto correlate a quanta attività fisica facciamo, al come mangiamo, al fatto che fumiamo o meno. Per questo motivo ho dedicato un capitolo al sovrappeso, ai parametri di una corretta alimentazione (con particolare riferimento alle correlazioni con ipertensione, malattie cardiovascolari e tumori), al fumo di tabacco. È riportata una revisione recente dei dati di letteratura su questi temi, utile a chi vuol rifare il punto della situazione sulle conoscenze. Devo dire che nel preparare questi capitoli sono rimasto meravigliato dalla mole di evidenze esistenti sui benefici dell'attività fisica e di alcune scelte alimentari.

Questo approccio dici che è praticabile dagli operatori sanitari, a chi ti riferisci in particolare e quale taglio hai voluto dare al tuo libro?

Il libro è rivolto a tutti gli operatori sanitari, quanti lavorano in ambulatorio, nei reparti, negli studi professionali e quotidianamente devono motivare delle persone ad aderire a prescrizioni farmacologiche, perdere peso, cambiare abitudini che sono radicate nel loro modo di vivere e nella loro cultura. Era necessario fornire esempi

concreti. Per questo motivo si trovano trascrizioni di dialoghi, colloqui motivazionali, pagine di diario, esercizi di autoapprendimento, schede tecniche. Ma non sono solo "spiegazioni sul come fare".

Mi piacerebbe che il libro insinuasse dubbi, aprisse spiragli autocritici, attraverso cui mettere un po' in discussione le proprie modalità di relazione coi pazienti, facendoci sì che il cambiamento parta dall'operatore stesso. C'è un capitolo sul "perché le persone non cambiano", ma si affronta anche il problema del cambiamento degli operatori, delle implicazioni personali nell'adottare uno stile di comunicazione anziché un altro. La medicina, prima ancora che una tecnica di cura, è connotata da una relazione di aiuto.

Senza strafare, penso ci basterebbe recuperare l'idea che anche la relazione è un elemento di cura, andando nella direzione di una medicina che sa recuperare anche la sua dimensione più "umana".

Biagio Tinghino, Presidente della Società Italiana Tabaccologia (SITAB). Direttore SERT - ASL Monza.
Stili di vita e tabagismo. Strumenti di counseling per motivare al cambiamento. Il Pensiero Scientifico Editore - Roma 2012. Pagine 158. € 19,50



Aiutare a smettere di fumare? È più facile di quanto pensi

Questo libro di Fabio Lugoboni su come aiutare a smettere di fumare nasce dalla pratica quotidiana. Incentivare e supportare i pazienti a smettere di fumare rientra tra i compiti primari del personale sanitario. Per chi è carente di formazione specifica in merito

ciò può sembrare un'opera difficile se non titanica, trattandosi di una dipendenza.

A ben guardare però, e questo libro ce lo mostra chiaramente, il trattamento del tabagismo non è poi così complesso come sembra, purché si abbiano delle competenze di base che riguardano i farmaci di provata efficacia, le corrette modalità di comunicazione con il paziente e alcune abilità relative all'approccio motivazionale. Il pregio di questo lavoro è di rendere fruibile tutto ciò in modo semplice e chiaro.

Evitando lo stile arido e meccanico che talvolta caratterizza i documenti scientifici sull'argomento, l'autore spiega in modo diretto e colloquiale l'arte del "tabaccologo", con esempi simulati e trucchi del mestiere. Lo stile

operativo è completato da dati aggiornati e rilevanti su epidemiologia, neurobiologia della dipendenza, danni da fumo, comorbilità e terapie.

Si tratta quindi di un vademecum scritto per tutti gli operatori della salute come medici, di medicina generale e specialisti di ogni area terapeutica, studenti, professionisti della salute, care giver, ma anche per i familiari che vogliono cercare di aiutare, o capire meglio, i propri congiunti fumatori. Questa guida al "fare" nasce dalla competenza clinica di uno dei principali esperti italiani di dipendenze.

[Vincenzo Zagà]

Fabio Lugoboni, Direttore dell'Unità Operativa di Medicina delle Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona e membro della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Aiutare a smettere di fumare? È più facile di quanto pensi. Edizioni Seed - Torino 2012. Pagine 158. Libro € 20,00. Ebook € 14,99

Tabac Mail

Lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

18 **Giovedì 31 maggio 2012**
 @ commenta su www.liberoquotidiano.it

ATTUALITÀ **Libero**

Giornata mondiale senza tabacco

La guerra contro il fumo fa aumentare i fumatori

segue dalla prima
FILIPPO FACCI

(...) di scherzare sull'argomento. Il primo ~~filamento~~ riguarda la famosa Legge Sirchia varata nel 2005, in teoria la più severa d'Europa. Al tempo i fumatori erano il 25,6 della popolazione, oggi sono al 22,7 (12 milioni di italiani, dati Istat) e il calo, trascurabile, è infe-

*I divieti in vigore in Europa e in Italia fanno solo crescere l'appeal delle bionde
 Donne e ragazzini cedono al vizio più di prima ed è tornato il contrabbando*

anche sulle automobili, che ammazzano anche di più, o ripristinare le terrificanti scritte che troneggiavano su certe chiese rinascimentali: «Ricordati che devi morire». Il secondo divieto previsto dalla prossima direttiva europea è quello di esposizione: i pacchetti, cioè, andrebbero stoccati sotto il banco. Ci sono 56.000 tabaccai italiani che do-

@ Tabagismo: notizie false e tendenziose. Perché?

Riportiamo la lettera di risposta al fazioso articolo firmato da Filippo Facci e pubblicato su Libero il 31 maggio 2012, sulla presunta "pericolosità" della Legge Antifumo.

Gent.le dr. Facci

Su Libero del 31 maggio (Giornata Mondiale senza Tabacco), leggo, con disappunto, in prima pagina, un titolo che francamente cozza con la logica non opinabile dei numeri: "Campagne antitabacco dannose. La guerra al fumo fa aumentare i fumatori".

Ed è con la logica stringente dei numeri che le voglio rispondere.

Nel 2004, che è l'anno precedente alla legge antifumo (detta Legge Sirchia), secondo i dati dell'indagine DOXA commissionata, come ogni anno, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS)/Osservatorio fumo, alcol, droga (OSSFAD), i fumatori in Italia, dai 15 anni in su, erano 14 milioni (26,2%).

Con l'entrata in vigore della legge antifumo (10 gennaio 2005) iniziò un lento ma progressivo calo, salvo un modesto rialzo nel 2009, del trend dei fumatori in Italia. Dopo il primo anno già 500 mila fumatori in meno per arrivare, sempre secondo l'indagine DOXA 2012 i cui dati sono stati comunicati il 31 maggio a Roma nell'ambito della celebrazione del World No Tabacco Day dell'OMS, al minimo storico per l'Italia dopo 40 anni: 10.8 milioni (20,8%). Il che significa che rispetto al 2004 i fumatori sono diminuiti di 3 milioni e 200 mila unità! E questi sono numeri non fumo.

Pertanto davanti a questi dati, a mio avviso, anche il più incallito avversario di questa legge antifumo (Legge 3 2003, art. 51) farebbe *chapeau* perché si tratta di una legge pensata per la protezione dei non fumatori che prima della legge era una maggioranza silenziosa in balia di una minoranza di fumatori e che si è dimostrata efficace. Una Legge che molti paesi ci hanno copiato e che, sia in Italia che all'estero, ha dato notevoli risultati in termini di salute pubblica.

Ciò risulta da vari studi italiani e internazionali, ma soprattutto da una recente ricerca condotta in 13 Paesi e pubblicata su *Circulation*

(gennaio 2010) da Lightwood e Glantz della University of California di San Francisco e cioè che l'abolizione del fumo in uffici e locali pubblici o privati aperti al pubblico fa bene al cuore. Lo studio dimostra che già dopo un anno dall'introduzione del divieto in un Paese, i casi di infarto miocardico acuto (IMA) diminuiscono mediamente del 17% mentre dopo 3 anni il calo è addirittura del 36%.

Purtroppo dobbiamo registrare che solo il 5,4% della popolazione mondiale è a tutt'oggi coperta da una legislazione antifumo (*Neurosciences*. April 2010, 15(2): 145-146).

E allora il lettore attento e non sprovveduto si chiede perché questa disinformazione dell'opinione pubblica? E ancora: cui prodest?

"Una" possibile chiave o "la" chiave di lettura la raccogliamo dagli archivi delle multinazionali del tabacco le quali fin dal 1953 decidono di lanciarsi in maniera sistematica in una battaglia di propaganda e strumentalizzazione del dubbio scientifico che sposterà in là nel tempo la consapevolezza dei danni del fumo: "Occorre mantenere viva la controversia scientifico-mediatrice". E un dirigente della Brown & Williamson lo scrive in una celebre memoria, rinvenuta nei "tobacco documents": "Il dubbio è ciò che noi produciamo".

A quanto pare con successo.

Vincenzo Zagà

Coordinatore Centri Antifumo e Pneumologo – AUSL di Bologna
 Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)
 Giornalista medico-scientifico

@ Fumo passivo condominiale

Gentile Caporedattore di Tabaccologia, le scrivo perchè vorrei un suo parere su di una questione che non riesco e non posso risolvere.

Io vivo a Pisa in un piccolo condominio e da diversi anni una vicina è solita fumare sul suo terrazzo diverse sigarette al giorno. Se tengo aperte le finestre di casa il fumo delle sigarette della suddetta

vicina entra sempre in casa mia. Non mi sono mai posto il problema essendo un ex fumatore e sapendo che alcune volte bisogna anche sopportare piccoli fastidi per evitare guerre nei condomini. La situazione ora è molto diversa in quanto mia moglie è incinta e tra poche settimane nascerà il mio primogenito. Non voglio che il fumo delle sigarette della vicina entri in casa mia con un bambino piccolo ma sembra, dopo avere contattato i vigili, che non ci sia nulla da fare dal punto di vista legale. La cosa mi sembra assurda perchè si parla di politiche anti fumo passivo ma poi la legge non tutela questa situazione. Le scrivo perchè magari lei conosce qualcuno o qualche associazione a cui sottoporre il problema e cercare di cambiare qualcosa perchè credo sia giusto.

Cosa ne pensa del mio caso?

La ringrazio e porgo cordiali saluti
Luca C. (Pisa)

RISPOSTA

Gent.mo Luca

il problema mi rendo conto è reale. Molti miei paz. hanno questo stesso problema, soprattutto bronchitici o asmatici, su cui, al momento, la legge non riesce a darci una mano. La legge 3/2003, art. 51, (detta legge Sirchia) vieta il fumo nei locali pubblici e nei privati aperti al pubblico (scale e androni di condominio compresi).

Nulla al momento può per i balconi e finestre private.

Al momento l'unica strada percorribile è quella del buon senso e dell'assemblea di condominio per condurre a più miti consigli i fumatori. Comunque non demorda dal pretendere rispetto e diritto alla salute.

*Auguri per il suo primogenito.
Cordiali saluti,
V. Zagà*

@ Il lemma «tabaccologia» sul vocabolario Treccani on-line

Gentile Dott. Zagà,
il lemma «tabaccologia» è stato inserito nel vocabolario Treccani on-line (<http://www.treccani.it/vocabolario/tabaccologia/>)

Cordiali saluti,
Luigi Romani
Treccani on-line, responsabile
Istituto della Enciclopedia Italiana
Piazza della Enciclopedia Italiana 4
00186 ROMA

RISPOSTA

Finalmente, e con una certa soddisfazione comunichiamo ai ns lettori che, dopo quasi 10 anni di pressing, mentre di tutto e di più, quanto a neologismi, nati dalla sera alla mattina, ci scavalcavano nell'inserimento, il lemma "tabaccologia" ha trovato la sua degna sistemazione nel Vocabolario Treccani online. Speriamo di metterci molto meno per inserimento della voce "tabaccologia" nella omonima prestigiosa Enciclopedia.

V. Zagà



**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: M. Sofia Cattaruzza (Roma), Christian Chiamulera (Verona), Fiammetta Cosci (Firenze), Charilaos Lygidakis (Bologna), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico italiano: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Lucio Casali (Pneumologia-Università di Perugia), Mario Del Donno (Benevento), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Girolamo Sirchia (Università di Milano), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Giovanni Viegi (Direttore CNR, Palermo), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma).

Comitato scientifico internazionale: Micheal Fiore (University of Wisconsin, Madison-USA), Mariella Debiase (Ricerca, Houston, Texas-USA), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic-Rochester USA), Richard Hurt (Mayo Clinic-Rochester USA), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Oxygene, Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), 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), Brianna Rego (Antropologia Stanford University, USA) - Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tubercolosi
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori
- FederAsma
- Associazione Pazienti BPCO
- Fondazione ANT Italia
- ALIBERF (Associazione Liberi dal Fumo)

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

Realizzazione editoriale: Graph-x Studio
www.graph-x.it

Ricerca iconografica: Zagor & Kano

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

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

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

Finito di stampare nel mese di settembre 2012.

VIII Congresso Nazionale Società Italiana di Tabaccologia

Tabagismo e politiche sanitarie Gli approcci di comunità, le azioni territoriali

Verona, 2 novembre 2012

Policlinico G.B. Rossi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona

9.00 – 9.30 Registrazione partecipanti

9.30 – 10.00 Apertura dei lavori e saluti delle autorità

I sessione

10.00 – 10.30 Le donne e il tabagismo: progetti, criticità, opportunità

10.30 – 11.00 Motivare al cambiamento: politiche sanitarie e cultura degli operatori in Italia

11.00 – 11.30 Direzione e prospettive delle strategie europee sul tabagismo

12.00 – 12.30 Le evidenze di efficacia nei trattamenti della dipendenza tabagica

II sessione

13.00-14.30 Comunicazioni scientifiche

III Sessione

14.30 – 16.00 Simposi paralleli

A Approcci psicologici nel trattamento del tabagismo

B Marketing sociale: strategie, esperienze

IV sessione

16.00 – 17.00

Contesti di comunità e progetti territoriali

17.00 – 17.30

Chiusura dei lavori

Per informazioni:
presidenza@tabaccologia.it