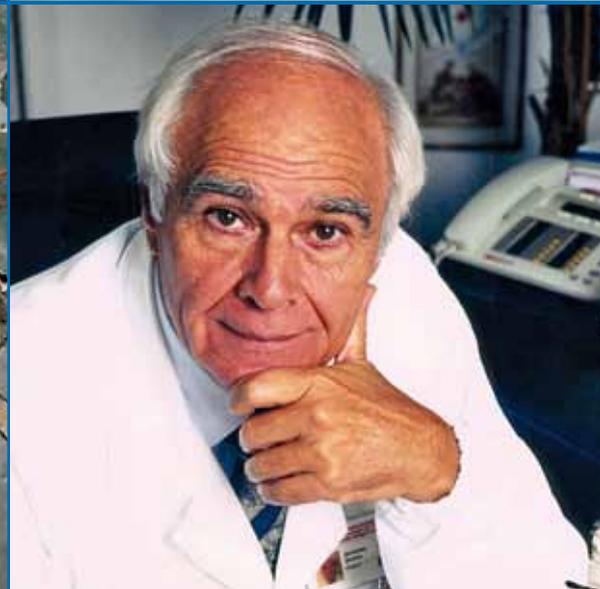
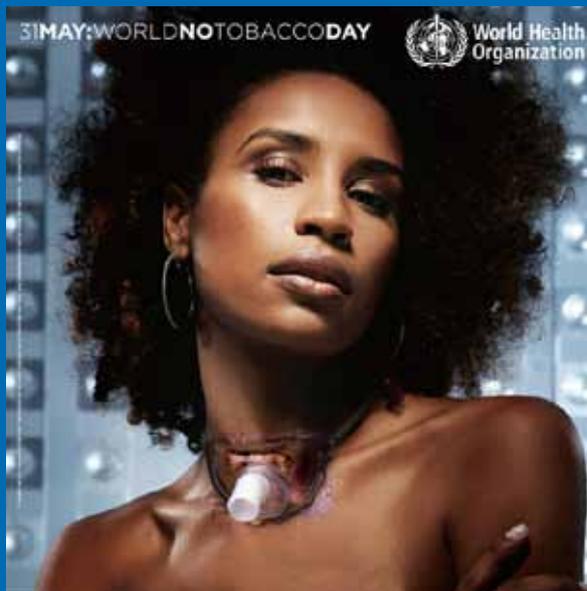


Tabaccologia

Tobaccology

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



La Sapienza intervista Jeffrey Wigand

A frank statement: il documento che tutti dovrebbero conoscere

Sirchia: così abbiamo protetto i non fumatori in Italia

Fumo passivo nel cane e nel gatto • Fumo e patologie ORL



Cosa bolle in redazione

Embase

Cari lettori di Tabaccologia,

È con grande piacere che voglio condividere con voi la soddisfazione dell'inserimento di Tabaccologia in EMBASE a partire dal numero 1/2010. Essere inseriti nell'indicizzazione di questo motore di ricerca scientifica, 2° solo a MEDLINE, per una rivista giovane come la nostra, è senza dubbio un piccolo/grande passo che ci impegna verso traguardi più ambiziosi. In questo numero riportiamo una intervista di alcuni studenti della Sapienza di Roma a Jeff Wigand che introduce l'argomento del Focus On sulla mendace dichiarazione delle multinazionali del tabacco, nota come "frank statement", pubblicata il 4 gennaio 1954 su tutti i giornali statunitensi, raggiungendo 43 milioni di persone. Le industrie produttrici di tabacco volevano in questo modo contrastare l'evidenza scientifica che si era prodotta fino a quel momento e che dimostrava che il fumo di sigaretta causava il cancro e altre patologie respiratorie. In esclusiva per Tabaccologia, ospitiamo un intervento del prof. Sirchia, che ci illustra quella che fu la strategia sua e del suo dicastero per far passare la legge antifumo per la tutela dei diritti dei non fumatori (Legge n° 3/2003). Come in un backstage, ci racconta le innumerevoli difficoltà messe in essere dalla lobby parlamentare pro-tabacco, con una forte opposizione istituzionale, e dalla Confcommercio/FIPE, che attuò contro il provvedimento un'acerrima campagna in tutto il Paese. Fra gli articoli originali segnaliamo quello di Cammarata su come la clinical governance può essere applicata con efficacia in un Centro per la Terapia del Tabagismo (CTT).

Dalla Veterinaria dell'Università di Camerino, Cerquetella et al. ci presentano uno studio epidemiologico retrospettivo la cui finalità è stata quella di individuare l'eventuale correlazione tra la presenza di patologie respiratorie in cani e gatti al momento della visita e/o in passato, e l'inquinamento ambientale da fumo di tabacco.

Infine segnaliamo un'occasione formativa unica nel suo genere che l'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma organizza su proposta e con la collaborazione della Società Italiana di Tabaccologia, insieme alla Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale e al Centro Studi "La Fenice", un corso per Conduttori di Gruppo per il Tabagismo. Il corso è rivolto a medici, psicologi, infermieri e altre figure professionali impegnate nella terapia del tabagismo (12-14 novembre p.v. a Bardineto-SV). Il Corso si propone di fornire competenze a chi vuole iniziare a condurre gruppi specificamente orientati al trattamento della dipendenza tabagica, attraverso un percorso esperienziale fatto di lezioni, role-playing, lavori di gruppo e confronto con conduttori esperti. Un'opportunità da non perdere.

Buona lettura.

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 Breamanum.
(Neander Johann, 1626).

EDITORIALI

- Pacchetto apotropico. (G. Mangiaracina) **3**
Trend del consumo di tabacco e della prevalenza di BPCO: l'esperienza spagnola. **5**
Trends in tobacco consumption and COPD prevalence: the spanish experience. (C. Esquinas, B. Lara, M. Miravittles)

QUELLI CHE IL FUMO...

- Intervista a Paola Cesari. (A.C. Dalfini) **8**

QUELLI CHE IL FUMO... INTERNATIONAL

- Gli studenti di medicina intervistano Jeffrey Wigand, protagonista della lotta al tabacco. **10**
Medical students interview Dr. Jeffrey Wigand star of the battle against tobacco.
(M.S. Cattaruzza, H. Mohamud Ali, F. De Angelis, A. Marani, G. Mangiaracina)

FOCUS ON

- The frank statement: il documento che tutti dovrebbero conoscere. **14**
The frank statement: the document that everyone should know.
(D. Renzi, H. Mohamud Ali, E. Giorgi, M.S. Cattaruzza)

TRIBUNA

- Lotta al fumo di tabacco. La legge italiana per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo. **18**
The battle against tobacco: the italian legislation on safeguarding non smokers from secondhand smoking. (G. Sirchia)

ABSTRACT & COMMENTARY

- Studio Basis: la broncoscopia come occasione per attuare un intervento antitabagico in ambiente pneumologico. **24**
(P. Martucci)
Effetto della fase mestruale sulle ricadute. (V. Zagà) **25**
Il fumo passivo si conferma essere un fattore di rischio per tutti i periodi della vita del bambino. (S. La Grutta, R. Calzolari) **26**

ORIGINAL ARTICLES

- L'esperienza del Centro per il Trattamento del Tabagismo di Novara (CTT): dalla clinical governance alle azioni di contrasto al tabagismo. **27**
From clinical governance to the actions against smoking addiction: the experience of the centre for the treatment of smoking addiction (CTSA) of Novara. (L.M. Cammarata, G. Pistone)
Patologie respiratorie nel cane e nel gatto ed esposizione al fumo passivo: studio epidemiologico retrospettivo. **31**
Correlation between respiratory diseases in dogs and cats and environmental tobacco smoke - epidemiological and retrospective study.
(M. Cerquetella, F. Laus, S. Casturani, E. Paggi, M. Cecaro, V. Zagà)

REVIEW

- Effetti del fumo di tabacco in Otorinolaringoiatria. **36**
Smoking effects in Otorhinolaryngology. (F. Beatrice, S. Bucolo)

- News & Views** **43**

- Tabac Mail** **47**

Istruzioni per gli Autori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.org ed inviato alla dott.ssa Nolita Pulerà:

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

Instructions for the Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm

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

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

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

How to receive the journal

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

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

How to become member of SITAB

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

Please also download the membership form from the website www.tabaccologia.org and send it to Dr. Nolita Pulerà

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



Pacchetto apotropaico

Giacomo Mangiaracina

I bovini sono da sempre la grande risorsa di sopravvivenza della specie umana. Lavorano e sfamano. Vennero resi sacri in ogni parte del mondo. La tauromachia cretese permetteva di giocare con loro nelle pubbliche feste, con capriole acrobatiche e danze rituali. Degenerò poi in quella cruenta della corrida. Gli spagnoli del tempo erano disposti ad ogni crudeltà pur di affermare il ruolo di conquistadores.

Nella tradizione ottocentesca del rodeo di Pendleton (Oregon) verrà invece rievocata, a giusto titolo, la maestà del toro che disarciona il vaccaro in pochi secondi.

Ogni tradizione, come per secoli è avvenuto in tutto il mondo pagano nel culto di Mitra (Apollo), ha celebrato infine l'uccisione rituale dei bovini che concludevano il proprio ciclo vitale offrendosi generosamente come alimento di pregio. Persino le ossa venivano utilizzate per utensili e monili, ma solo una cosa era destinata a sopravvivere a testimonianza di maestà, fertilità e forza: le corna.

Da cimelio a ornamento prestigioso le corna, a parte l'etichettatura dei tra-
dimenti passionali, hanno sempre in-

corporato valori simbolici eccelsi. Nelle profezie bibliche esse rappresentano regni potenti: "Le dieci corna sono dieci re che sorgeranno da questo regno; e dopo quelli ne sorgerà un altro diverso dai precedenti, e abatterà tre re"¹. Persino il Messia viene simboleggiato dal corno nelle Sacre Scritture: *In quel giorno io farò rispuntare il corno della casa di Israele*"².

Approdate nell'Era Moderna dopo l'aulico percorso storico, le corna non potevano dunque che portare fortuna, e a tale funzione sono state relegate, persino come gesto. A confermarlo basterebbe la straordinaria quantità di corni apotropaici venduti nell'ultimo secolo e quelli che ancora ciondolano dalle bancarelle in attesa dell'acquirente. A mettere insieme tutti questi proprietari di corni e corna si otterrebbe il grande popolo dei presunti candidati alla fortuna.

Una lettura più attenta del fenomeno ci porterebbe a considerare che nella società moderna, dove la fortuna è business di stato, con milioni di persone dedite al gioco e alle droghe, prevalga una massa silenziosa che se fosse un partito politico sarebbe il primo in assoluto. Si chiamerebbe forse "Fortuna e Libertà" e avrebbe come simbolo una cornucopia.



Creta, scavi di Cnosso, scena di tauromachia

Perché tra le angosce esistenziali e i drammi della vita, la fortuna rappresenterebbe la via maestra della speranza, in una commistione di significati tra magia, scaramanzia e superstizione.



Antichi simboli religiosi.

A questo punto, logica vuole che con questa gente votata al fato, che teme l'aspirina e il mais Ogm ma fuma tranquillamente, si debba comunicare con espressioni e concetti a loro accessibili, comprensibili, che entrino per così dire in sintonia con la loro "frequenza" e con la loro capacità di cogliere il significato pieno delle parole.

Per fare un esempio a noi caro, scritte sul pacchetto di sigarette del tipo "Il Fumo Uccide" o "Il Fumo danneggia pure chi ti sta intorno" esprimono significati razionali che non vengono più compresi dal popolo del

destino. Al tempo in cui apparvero le avvertenze, la gente copriva il pacchetto per non vedere e non sentire, segnale che in qualche modo quelle scritte venivano percepite nella loro drammatica verità.

Oggi le cose sono cambiate. In meno di un decennio quelle scritte vengono ostentate con disinvoltura, non fanno presa. Più che altro servono a proteggere il produttore e il venditore. Andrebbero perciò cambiate e tradotte nel linguaggio emozionale. Eccovi l'esempio. Un pacchetto che faccia presa sugli italiani dovrebbe riportare la scritta "Buona Fortuna!". E magari con il suggerimento, o meglio l'obbligo, alla Federazione Tabaccai, di offrire in omaggio un bel corno rosso fuoco per ogni cinquemila sigarette fumate per necessità, la media annua di un tabagista. ■

Bibliografia

1. Sacra Bibbia, versione riveduta in testo originale ebraico di G. Luzzi. Soc. Biblica Britannica. Libro di Daniele, cap. 7 v. 24.
2. Libro di Ezechiele, cap. 29 v. 21 (Luzzi traduce con "potenza", ma ha l'accortezza di mettere in nota che l'originale ebraico riporta "corno").

Giacomo Mangiaracina
(direttore@tabaccologia.it)



Apotropaico

L'aggettivo apotropaico (dal greco ἀποτρέπειν, *apotrépein* = "allontanare") viene solitamente attribuito ad un oggetto o persona atti a scongiurare, allontanare o annullare influssi maligni. Si parla ad esempio di monile apotropaico, rito o gesto apotropaico.

Nel mondo letterario ha assunto il carattere di rito che allontana il male, dunque esorcizzante. Si può intendere come suo sinonimo anche l'atto dello scongiurare, come ad esempio i riti apotropaici che venivano riservati ai generali dell'antica Roma in trionfo.

Per simbolo apotropaico in psichiatria si intende quel simbolo in grado di allontanare un'idea che il contesto (ed esempio del sogno) sembrerebbe al contrario suggerire. Questo tipo di simboli ed oggetti si incontrano di sovente nelle fiabe e nei racconti mitologici, ove assumono spesso la medesima funzione che assumono all'interno di un sogno od un ricordo soggetto ad analisi. Il significato psicologico di questo bisogno di prendere le distanze da qualcosa, in modo conscio o inconscio, si rifà a meccanismi di fuga dal pericolo supposto o di rimozione di eventi traumatici. Si incontrano oggetti apotropaici anche in ambito filosofico: Nietzsche sosteneva, ad esempio, che il senso del pudore esiste ovunque vi sia un mistero, e che in questo caso la "funzione apotropaica" del pudore sia appunto allontanare la paura dell'oggetto misterioso. L'aggettivo apotropaico deriva dal greco *apotrepein*, cioè "allontanare", e generalmente i simboli e gli oggetti di questo tipo condividono la comunanza nell'allontanamento da qualcosa, intesa spesso come "tenere a distanza". Apotropaica era anche la funzione del Lamassù, statua dal corpo di un toro alato e volto umano che veniva posta alle porte di Babilonia.

(Fonte: Wikipedia)



Trend del consumo di tabacco e della prevalenza di BPCO: l'esperienza spagnola

Trends in tobacco consumption and COPD prevalence: the spanish experience

Cristina Esquinas, Beatriz Lara, Marc Miravittles

Il fumo di sigarette è un problema globale per la salute pubblica a causa della mortalità associata, la morbilità, gli anni di vita potenzialmente persi ed i costi economici. Il consumo di tabacco è la causa principale di morte prevedibile, ed è stato calcolato che uccide più di 5 milioni di persone ogni anno nel mondo. Dati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) mostrano che nella regione Europea il tabacco provoca 1,6 milioni di morti all'anno e che tale cifra raggiungerà i 2 milioni nel 2020 (rappresentando il 20% della mortalità). In Spagna ci sono 50.000 morti correlati al consumo di tabacco all'anno¹.

La prevalenza dei fumatori nella popolazione generale di Spagna è diminuita negli ultimi 20 anni. Il più rilevante studio epidemiologico basato sulla popolazione è stato condotto nel 1997 in Spagna (IBERPOC Study) e ha evidenziato che la prevalenza dei fumatori tra 40 e 69 anni era circa del 27% mentre quella degli ex-fumatori era del 24%. Dieci anni dopo, i dati della Indagine Nazionale di Sanità del 2006² hanno mostrato che il 29,5% della popolazione spagnola da 16 anni in su fumava (26,4% erano fumatori quotidiani, 3,1% erano fumatori occasionali), il 20,5% erano ex-fumatori ed il 50% non aveva mai fumato. La percentuale dei maschi fumatori è più grande rispetto alle femmine (32,2% contro 22,1%)^{3,4}. Questi dati evidenziano una leggera diminuzione della prevalenza tra gli uomini, mentre oggi sono le femmine le responsabili per qualsiasi aumento rispetto ai dati precedenti.

I fattori che sono stati identificati come cause di questa diminuzione comprendono un aumento della consapevolezza della popolazione generale nei confronti dei rischi di salute provocati dal fumo di sigarette, un aumento della consapevolezza da parte dei professionisti della salute riguardo al problema, lo sviluppo della legislazione che regola il consumo di tabacco e la pubblicità della promozione della salute. Infatti, il declino percentuale di fumatori è stato più spiccato fino al 2005, mentre dopo quell'anno è stato osservato un plateau.

L'impatto delle nuove misure di controllo del fumo negli anni più recenti (come per esempio la legge spagnola 28/2005) è ancora sconosciuto. I dati più recentemente ottenuti nel

Smoking is a public health problem worldwide for its associated mortality, morbidity, potential years of life lost and economic costs. Tobacco consumption is the leading cause of preventable death, and is estimated to kill more than 5 million people each year worldwide. Data of the World Health Organization (WHO) shows that in the European Region tobacco causes 1.6 million deaths annually, and it was been estimated that they will reach 2 million by the year 2020 (20% of total deaths). In Spain there are 50,000 deaths per year related to tobacco consumption¹.

The prevalence of smokers in the general Spanish population has decreased over the past 20 years. The most relevant population-based epidemiological study conducted in 1997 in Spain (IBERPOC Study) showed that the prevalence of smokers aged 40 to 69 years was estimated around 27% and 24% for former smokers. Ten years later, according to data from the National Health Survey of 2006 (2), 29.5 % of the Spanish population aged 16 and over smoked (26.4% were daily smokers, 3.1% were occasional smokers) 20.5% said they were ex smokers, and 50% said that they never smoked. The percentage of male smokers is higher in women (32.2% versus 22.1%)³⁻⁴. This represents a slight decrease in the prevalence of smoking among men, but women now account for any increase in relation to previous data. Factors that are identified as causing this decline include an increase in awareness by the general population of the health risks attributable to cigarette smoking, as well as an increase in awareness of health professionals of the problem, the development of tobacco consumption legislature and advertising of health promotion. In fact, the decline in smoking rates has been more pronounced until 2005 and a plateau has been observed after this year. In more recent years the impact of the new measures to control smoking (such as the Spanish Law 28/2005) are still unknown. The most recently obtained data in 2007 (Spanish EPI-SCAN Study) shows that tobacco consumption in the population of 40-69 years remains constant around 30.6%⁵.

Tobacco consumption is a risk factor for six of the eight leading causes of death worldwide and it is expected that COPD will become the fourth leading cause of death in the near future in



Marc Miravittles



2007 (Spanish EPI-SCAN Study) hanno mostrato che il consumo del tabacco nella popolazione tra 40-69 anni è rimasto costante circa al 30,6%⁵.

Il fumo è un fattore di rischio per sei delle otto principali cause di morte a livello mondiale, mentre si prevede che la BPCO diventi la quarta causa principale nel prossimo futuro nei paesi sviluppati⁶. Lo studio EPI-SCAN ha mostrato che la prevalenza della BPCO nei maschi era più alta di 8 punti rispetto alle femmine (15,1% contro 5,7% rispettivamente) e che questa prevalenza aumentava con l'età⁵.

Questi dati suggeriscono che l'epidemia del fumo nelle femmine è di circa 20 anni ritardata rispetto agli uomini. La prevalenza della BPCO nel 2007, secondo lo studio di EPI-SCAN, era del 35,9% negli uomini tra 70 e 79 anni e del 10,8% nelle donne della stessa età. I risultati di questo studio hanno ancora messo in evidenza che il 4,4% degli uomini e il 3,2% delle femmine tra 40 e 49 anni erano affetti da questa malattia. Il rapporto stretto tra BPCO ed il fumo è stato riferito da molti autori e l'analisi di questi studi mostra che il fumo è responsabile del 75-85% dei casi di BPCO, mentre circa il 15-20% dei fumatori sviluppano BPCO. Una significativa

relazione inversa esiste tra il consumo cumulativo di sigarette misurato in pack-years e i valori di FEV1. La distribuzione quindi della BPCO dipende fondamentalmente da due fattori: gli effetti correlati all'esposizione al fumo accumulati col passare degli anni, e il graduale invecchiamento della popolazione. Sfortunatamente, la Spagna ha una posizione negativa nel mondo per ciò che riguarda il consumo di tabacco nelle donne e si trova in testa in Europa per quel che riguarda il fumo tra adolescenti. In Spagna e nel resto dell'Europa la prevalenza più alta del consumo di tabacco è stata osservata nel gruppo di età di 15-24 anni (48% di prevalenza)⁷.

Quindi, una vera epidemia di BPCO è attesa in questi paesi nei prossimi decenni.

Quando si fa il confronto tra diverse indagini epidemiologiche, è necessario comprendere i criteri usati per la definizione dei casi. Nei due grandi studi epidemiologici sulla BPCO in Spagna, condotti a distanza di 10 anni, sono stati utilizzati diversi criteri.

Nel primo studio, i casi di BPCO venivano definiti secondo i vecchi criteri ERS COPD⁸, mentre nel recente studio EPI-SCAN⁵ sono stati utilizzati i criteri GOLD⁹. Pertanto, per definire la tendenza della prevalenza di BPCO, dobbia-

developed countries⁶. The EPI-SCAN Study showed that the COPD prevalence in men is eighth points higher than in women (15.1% versus 5.7%, respectively) and this prevalence increases with age⁵. These data suggest that the smoking epidemic in women is about 20 years delayed with respect to men.

Prevalence of COPD in 2007, according to the EPI-SCAN Study, was 35.9% in men between 70 and 79 years and 10.8% in women of the same age. The results of this study also revealed that 4.4% of men between 40 and 49 years suffer from this disease as well as 3.2% for females. The close relationship between COPD and smoking has been reported by several authors and analysis of these studies shows that smoking causes from 75 to 85% of COPD cases and approximately 15 to 20% of smokers develop COPD. A significant inverse relationship exists

between the cumulative cigarette consumption measured in pack-years and FEV1 values. So the distribution of COPD depends crucially on two factors: the effects related to smoking exposure accumulated over time, and the gradual aging of the population. Unfortunately, Spain has one of the leading positions in the world in regard to the tobacco consumption in women and is ahead in Europe in adolescent smoking. In Spain and in the rest of Europe the

highest prevalence of tobacco consumption is observed in the age group of 15-24 years (48% prevalence)⁷. Therefore, a real COPD epidemic is expected in these countries for the next decades.

When comparing different epidemiological surveys it is necessary to understand the criteria used for defining the cases. In the two large epidemiological studies on COPD in Spain performed 10 years apart different criteria were used. The first study defined as COPD those individuals who fulfilled the old ERS COPD criteria⁸, whereas the recent EPI-SCAN study (5) used the GOLD criteria⁹. Therefore, in order to define the trend in COPD prevalence we have to recalculate the prevalence using the same criteria. This has been performed in a recent work that observed an unexpected 3-fold decrease in the prevalence of COPD over the last decade¹⁰. The investigators pretended to quantify the increase in prevalence over time, but were surprised by a significant reduction in COPD prevalence. Are these results reliable? Is the prevalence of COPD really decreasing despite the high prevalence of smoking? More research needs to be done, but there are some hypothesis that could explain, at least in part, these surprising results. There is a cohort effect, people surveyed in the first study were born just before, during or after the civil war (July 1936 - april 1939), with poor hygienic conditions, and, in fact, were shorter than



"Guernica" (particolare), Pablo Picasso (1881-1973) - Museo Reina Sofia, Madrid.



Barcelona, "Sagrada familia", Antoni Gaudì (1852-1926).

mo ricalcolare la prevalenza impiegando gli stessi criteri. Tutto ciò è stato eseguito in un lavoro recente in cui si è osservata una diminuzione inaspettata di tre volte della prevalenza della BPCO durante l'ultimo decennio¹⁰. I ricercatori avevano l'intenzione di quantificare l'incremento della prevalenza col passare del tempo, ma invece sono stati sorpresi dalla significativa riduzione

della prevalenza della BPCO. Sono affidabili questi risultati? La prevalenza della BPCO davvero sta diminuendo nonostante l'elevata prevalenza del fumo? È necessario svolgere ulteriori ricerche, ma esistono alcune ipotesi che potrebbero spiegare, anche se parzialmente, questi risultati inaspettati. Esiste un effetto di coorte; le persone che hanno partecipato nel primo studio erano nate prima, durante o dopo la guerra civile spagnola (luglio 1936 - aprile 1939), con scarse condizioni d'igiene, ed infatti erano più basse di statura rispetto al campione delle persone che è stato incluso nello studio più recente. Altri aspetti, come la diminuzione dell'incidenza della tubercolosi e le migliori condizioni igieniche in generale possono aver giocato qualche ruolo.

In ogni caso, questi risultati inaspettati ci mostrano come la prevalenza della BPCO, sebbene correlata al fumo, sia multifattoriale e come è difficile prevedere le tendenze future delle malattie croniche. Malgrado questi risultati, la prevalenza della BPCO rimane alta nei nostri paesi. L'elevato consumo di tabacco in pazienti con BPCO e le evidenze solide riguardo ai benefici clinici dei pazienti con BPCO che smettono di fumare, sottolineano la necessità dell'aumento degli interventi e dell'invio di questi pazienti in unità specializzate in terapia del tabagismo. ■

the individuals sampled in the more recent survey. Other aspects as the decreasing incidence of tuberculosis, and better sanitary conditions in general may have played a role.

In any case, these unexpected results show us that the prevalence of COPD, although related to smoking, is multifactorial and it is difficult to predict the future trends of the chronic diseases. Despite these results, prevalence of COPD will remain high in our countries. High tobacco consumption in patients with COPD and the strong evidence about the clinical benefits in COPD patients who stop smoking underscore the need for increased interventions and referral to these patients to specialized units.

Bibliografia

1. WHO Atlas of smoking worldwide. Geneva: WHO; 2003.
2. Spanish National Health Survey 2007. National Statistical Institute: <http://www.inebase.es>
3. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa F, Viejo JL, Fernández-Fau L. Geographic Variations in Prevalence and Underdiagnosis of COPD IBERPOC Multicentre Epidemiological Study. *Chest* 2000;118:981-989.
4. Jiménez CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, Sobradillo V. Smoking characteristics: attitudes and dependence. Differences between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001; 119: 1365-1370.
5. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Taulería E, Sánchez G, Sobradillo V, Ancochea J. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009; 64: 863-868.
6. Soriano JB, Miravittles M. Epidemiological COPD Data in Spain. *Arch Bronconeumol* 2007;43 Supl 1:2-9
7. Flash Eurobarometer. Survey on Tobacco: Analytical report. European Commission; March 2009, num 259.
8. Siafakas NM, Vermeire NB, Pride P, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J* 1995; 8: 1398-1420.
9. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 532-555.
10. Soriano JB, Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Duran E, Muñoz L, Jiménez-Ruiz CA, Masa F, Viejo JL, Villasante C, Fernández-Fau L, Sánchez G, Sobradillo-Peña V. Recent trends in COPD prevalence in Spain: a repeated cross-sectional survey 1997 - 2007. *Eur Respir J online* (Published December 8, 2009, 10.1183/09031936.00138409)

Cristina Esquinas

Servei de Pneumologia. Hospital Santa Maria. Institut de Recerca Biomèdica. Lleida (Spain).

Beatriz Lara

Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida (Spain).

Marc Miravittles

Fundació Clinic (IDIBAPS). Hospital Clinic. Barcelona. CIBERES Instituto Carlos III (Spain).

Yo creo en Paul.



Intervista a Paola Cesari

Impatto del fumo sulla performance sportiva

di Anna Carlotta Dalfini



La Dott.ssa Paola Cesari (paola.cesari.univr.it) è docente e ricercatore presso la facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Verona. Si è occupata per molti anni negli Stati Uniti dello studio del sistema motorio e continua tutt'ora ad occuparsene in Italia. Ha sviluppato un modello sperimentale che le ha permesso di studiare la performance psicomotoria dei giocatori di basket professionisti. I risultati di questo lavoro sono stati pubblicati su *Nature Neuroscience* nel 2008. Recentemente ha iniziato ad applicare questo paradigma sperimentale allo studio degli effetti del fumo sulla performance sportiva ed ha presentato un lavoro su questo argomento al Congresso Europeo della SRNT che si è tenuto a Roma a settembre 2008.

Tabaccologia: Innanzitutto la ringrazio di aver accettato l'intervista. So che si occupa dello studio del sistema motorio e che al Congresso Europeo della SRNT, tenutosi a Roma nel settembre 2008, ha presentato un lavoro riguardante gli effetti dell'astinenza da fumo sulla performance percettiva di giocatori di basket professionisti. Quando ha iniziato ad interessarsi degli effetti del fumo in ambito sportivo?

CESARI: Sì, ho presentato questo lavoro al Congresso Europeo della SRNT a Roma in collaborazione con Cristian Chiamulera, professore della Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Verona e membro della SRNT, e Fabio Pizzolato, che sta seguendo un dottorato di ricerca presso il nostro laboratorio alla Facoltà di Scienze Motorie a Verona. In realtà l'idea di affrontare gli effetti dati dalla dipendenza dalla nicotina in elevate prestazioni sportive è nata solo pochi mesi fa chiacchierando con Christian.

Tabaccologia: Come è nata sorta che ci potesse essere un effetto del fumo sulla performance di gioco degli atleti?

CESARI: Christian mi stava raccontando di una tesi compilativa che stava seguendo sull'uso del tabacco "sniffato" da parte dei giocatori di baseball. Sembra strano vero? Bene, pare che questa pratica sia molto diffusa fra questi atleti; la cosa ci ha incuriosito ed abbiamo cercato di capire se ci fosse un legame specifico in questo sport fra la richiesta di capacità cognitive (attenzione e focalizzazione) e di abilità motoria (movimenti balistici, veloci e precisi) che "giustificassero" l'assunzione di questa sostanza. All'epoca io ero in dirittura di

arrivo con un esperimento che testava appunto le capacità cognitivo-motorie di atleti di alto livello del gioco del basket. Con Christian a quel punto ci siamo domandati se poteva essere interessante studiare come cambiavano le capacità cognitivo-motorie di giocatori fumatori testandoli sia in condizione di sazietà da nicotina che in condizione di astinenza.

Tabaccologia: Può descriverci il suo paradigma sperimentale?

CESARI: Il nostro studio è diviso in due parti distinte, nella prima parte raccogliamo dati psicofisici mentre nella seconda parte raccogliamo dati neurofisiologici. Nella prima parte, chiamiamo "comportamentale", presentiamo ai nostri soggetti (giocatori di basket e persone che non hanno mai praticato questo sport), diversi video di tiri liberi a canestro (i tiri liberi sono quelli che il giocatore fa da fermo ad una certa distanza dal canestro). In alcuni tiri la palla entra a canestro mentre in altri no. Quello che i nostri soggetti devono fare è di interrompere il video, scegliendo di premere uno di due pulsanti in una tastiera, quando sono in grado di predire se la palla entrerà a canestro (pulsante blu) oppure no (pulsante rosso). Di queste risposte poi noi calcoliamo la correttezza e la velocità. Nella seconda parte invece il soggetto deve semplicemente osservare sia i video dei tiri liberi a canestro come descritti precedentemente, sia dei video di calci di rigore in porta nel gioco del calcio, mentre noi stimolando la corteccia motoria attraverso la

Stimolazione Magnetica Transcranica, misuriamo l'entità del coinvolgimento di quest'area durante l'osservazione delle due tipologie di video: basket contro calcio.

Tabaccologia: Quali sono i principali risultati che ha ottenuto fino ad oggi attraverso questi studi?

CESARI: Come prima cosa devo dire che in questo lavoro abbiamo replicato i dati del nostro lavoro precedente appena pubblicato su *Nature Neuroscience*, e cioè che solo i giocatori di basket presentano una elevata capacità di predire i tiri liberi osservati, correlando questa abilità ad una maggiore e più selettiva attivazione delle aree della corteccia motoria. In poche parole, solo i giocatori sono in grado di predire se il tiro è fuori o dentro canestro fin dai primi istanti dell'azione mostrando una elevata capacità di saper leggere la cinematica del gesto osservato, mentre chi non gioca a basket deve aspettare di vedere la traiettoria della palla prima di essere in grado di dare una eguale percentuale di risposte corrette. Inoltre, solo il cervello dei giocatori di basket si attiva in modo selettivo quando vede azioni di basket e questo non avviene quando guardano azioni di tiri in porta. Mentre chi non è atleta mostra una medesima attivazione neurale sia che si osservi il basket che il calcio: non vi è alcuna attivazione selettiva. Ora che cosa succede a questi giocatori quando sono in astinenza da fumo di tabacco? In questa condizione sembra che la loro performance diminuisca ma

la cosa interessante è che diminuisce solo quando i giocatori "rischiano" e cioè scelgono di interrompere i video molto, molto in anticipo. Insomma sembra che l'astinenza abbia effetti particolarmente negativi quando prendiamo delle decisioni in condizioni dove abbiamo poche informazioni a disposizione.

Tabaccologia: *Crede che risultati simili si potranno ottenere anche studiando gli effetti del fumo su atleti professionisti in altri sport oltre al basket?*

CESARI: Certamente. Questo effetto, se viene confermato, potrà essere allargato non solo ai diversi sport ma anche a tutte quelle situazioni, diciamo di tutti i giorni, dove dobbiamo scegliere di muoverci non avendo a disposizione tutte le informazioni che ci indicherebbero se questa azione andrà a buon fine oppure no. Pensi a quando in macchina si sta avvicinando ad un semaforo che improvvisamente diventa giallo. Bene in quelle condizioni deve decidere se schiacciare l'acceleratore o il freno. Non sempre ha la certezza matematica che quello che farà sarà la

cosa giusta... certo se lei è una persona spericolata poi la cosa si fa ancora più critica no?

Tabaccologia: *Il fatto che l'astinenza da nicotina riduca la performance psicomotoria degli atleti rende lecito classificare l'assunzione di nicotina come una forma di doping?*

CESARI: Direi di no, anche se non sono una esperta di questa materia, ed il motivo viene dal fatto che nei nostri dati non vi è alcun vantaggio nella performance fra i fumatori e i non fumatori. In altre parole, confrontando la performance fra atleti dello stesso livello fumatori e non, non vi è alcuna differenza. La differenza la troviamo all'interno degli stessi atleti confrontando la loro performance in condizioni di sazietà e di astinenza.

Tabaccologia: *A suo parere quali saranno gli sviluppi di questi studi? I prossimi traguardi da raggiungere?*

CESARI: Come le dicevo prima potrebbe essere interessante vedere come la nicotina, ed in particolare l'astinenza da nicotina, possa avere ripercussioni negative sulla capacità di selezionare le

azioni giuste da compiere quando abbiamo poco tempo per farlo. Potrebbe essere che l'astinenza da nicotina diminuisca le nostre capacità motorie in forma inconsapevole e quindi non ci permetta di ri-calibrare il nostro sistema interno di valutazione portandoci così a sbagliare più frequentemente. Oppure potrebbe essere alterata la nostra "lettura" della situazione dinamica esterna nella quale ci troviamo, così come gli atleti in astinenza diminuivano la loro capacità di previsione del tiro in quanto meno in grado di leggere la cinematica del gesto osservato.

Tabaccologia: *In futuro continuerà a lavorare sugli effetti del fumo in ambito sportivo o ritiene che questa sia stata solo una parentesi all'interno della sua attività di ricerca?*

CESARI: Non lo so, dipende molto da quello che troviamo in termini di risultati e perché dai finanziamenti. L'argomento è molto affascinante ed ho il sospetto che la performance degli atleti in questo esperimento stia scoperciando una pentola dove dentro potremo trovare qualcosa di più generale e fondamentale. Speriamo! ■

Bologna
Palazzo delle Culture e dei Congressi

30 Novembre 3 Dicembre 2011

XII UIP
CONGRESSO NAZIONALE
UNIONE ITALIANA
PER LA PNEUMOLOGIA

XII APO
CONGRESSO NAZIONALE
ASSOCIAZIONE ITALIANA
PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

**Il Sistema delle cure Respiratorie:
la rete pneumologica
ed i percorsi assistenziali**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
AIPORICERCHER

Via Antonio da Recanata, 2 - 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590350 - Fax +39 02 36590350

Per maggiori informazioni
www.aiporicerche.it
aiporicerche@univpm.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
AIPORICERCHER

Via Antonio da Recanata, 2 - 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590350 - Fax +39 02 36590350

Per maggiori informazioni
www.aiporicerche.it
aiporicerche@univpm.it

Università Sapienza - Roma

Gli studenti di medicina intervistano Jeffrey Wigand, protagonista della lotta al tabacco

Medical students interview Dr. Jeffrey Wigand star of the battle against tobacco



di **Maria Sofia Cattaruzza, Halima Mohamud Ali, Flora De Angelis, Alessandra Marani, Giacomo Mangiaracina**

In Italia, l'insegnamento della tabaccologia non è previsto nei corsi di laurea in medicina e chirurgia, mentre il suo inserimento sarebbe non solo utile, ma anche auspicabile per una serie di motivi tra i quali: 1) conoscere i meccanismi della dipendenza innescati dalla nicotina, i danni provocati dal fumo, i nessi di causalità dimostrati tra fumo di tabacco e tante patologie e le misconosciute interazioni fumo-farmaci; 2) acquisire maggiore sensibilità verso la prevenzione in quanto un medico non dovrebbe solo curare, ma anche indirizzare verso corretti stili di vita. Invece, gli studenti di medicina si confrontano con un paradosso: molti medici ed infermieri con cui vengono in contatto durante le attività pratiche ed il tirocinio, purtroppo fumano, costituendo un esempio negativo e forse questo contribuisce al fatto che la prevalenza di fumatori tra gli studenti di medicina è maggiore di quella della popolazione italiana. Così, dal 2004, nella II Facoltà di Medicina dell'Università Sapienza di Roma, abbiamo inserito questo insegnamento al 2° anno del corso. Sulla scia di questa iniziativa, quest'anno abbiamo organizzato anche un corso monografico dal titolo "Ciò che il fumo non dice" aperto agli studenti di qualsiasi anno durante il quale abbiamo proiettato e discusso il film "The Insider" con Al Pacino nei panni del giornalista che aiuta il protagonista, il Dr. Wigand (interpretato da Russel Crowe), a denunciare al mondo, per la prima volta, i misfatti dell'industria del tabacco. Dopo la visione e la discussione del film, su suggerimento dei docenti, alcuni studenti hanno scritto le seguenti domande, che sono state tradotte in inglese ed inviate al Dr. Wigand. Le sue risposte sono state tradotte in italiano realizzando questa interessante intervista che affronta temi importanti con l'entusiasmo e gli ideali tipici dei giovani.

Senza nome: Dr. Wigand, perché ha scelto di parlare? il personaggio che la rappresenta (nel film *The Insider*) lo fa semplicemente perché non poteva sopportare di essere costretto e comandato a tacere e per il fatto che il suo superiore dubitasse di lui. Vorrei sapere se lo ha fatto per la propria coscienza verso il prossimo o semplicemente perché voleva dimostrare qualcosa a se stesso, nonostante, quanto è accaduto, le abbia stravolto la vita. Crede davvero che il suo gesto abbia cambiato qualcosa? Il potere delle multinazionali è immenso e molte persone nonostante conoscano i pericoli del fumo continuano a farlo. Non pensa, a volte, che tutto ciò che ha perso e ha messo in gioco siano stati totalmente inutili?

WIGAND: Sono stato testimone di molti atti immorali, non etici ed illegali che necessitavano di essere condivisi con il mondo. La mia

In Italy, teaching medical students tobacco science is not scheduled in the undergraduated courses; its adoption would be recommendable for several reasons: 1) to understand how the dependence to nicotine develops, which damages smoke causes, which are the causal pathways from tobacco smoke to several diseases; under-recognized smoke drug interactions should be part of the medical education and of the cultural background of a physician; 2) become more sensible towards prevention, as physicians should not only treat diseases, but also promote healthy lifestyles. As a matter of fact, Italian medical students face this paradox: many physicians and nurses they meet during their training are smokers. This may contribute to the higher prevalence of smoking among medical students compared to the average Italian population. Thus, since 2004 the 2nd Faculty of Medicine of "Sapienza University" in Rome included lectures on Tobacco dependency and related problems in the 2nd year of course. In the ucurrent academic year we also organised a monographic course entitled "What smoke does not tell you", accessible to all medical students. During this course we projected and discussed the movie "The Insider", starring Al Pacino in the role of the journalist who helps Dr. Wigand (interpreted by Russel Crowe) to denounce to the world tobacco industry crimes for the first time. After the vision and discussion of the movie, students asked questions which were translated into English and sent to Dr. Wigand; his answers were translated into Italian, realizing this interesting interview which includes important topics, with the typical enthusiasm of the youth.

No name: Dr. Wigand, why did you choose to talk? The character who represents you in the film *insider*, decides to talk because he could not tolerate being forced and commanded to stay silent and because his superior doubted him. I would like to know if you did it because of your conscience towards the consequences of letting it continue or because you wanted to demonstrate something to yourself even though what happened has turned your life upside down. Do you really believe that your action changed anything? The power of multinational tobacco companies is huge and a lot of people continue to smoke even though they know the dangers. Do you sometimes think that all you lost and all you have staked was completely useless?

WIGAND: I had seen, observed and witnessed many acts that were immoral, unethical and illegal that needed to

vita è migliore oggi perché io sono sereno con me stesso. Io avevo perduto la mia "bussola morale" e quando uno è spettatore del male che viene compiuto verso un altro essere umano e può evitare che il male accada comunicandolo, è suo dovere intervenire nel sistema per porvi rimedio (ndt: a questo proposito Wigand suggerisce di leggere il libro "Bowling Alone" di Robert Putman e di approfondire l'argomento "effetto spettatore", aspetto della psicologia sociale per cui, in situazioni di emergenza, gli individui non offrono aiuto quando ci sono altre persone presenti. http://it.wikipedia.org/wiki/Kitty_Genovese, http://en.wikipedia.org/wiki/Bystander_effect; http://en.wikipedia.org/wiki/Diffusion_of_responsibility). Non ho rimpianti e lo rifarei senza pensarci. Ho riportato alle loro origini le mie caratteristiche morali ed etiche: nel processo sono state salvate molte vite umane e questo è stato il catalizzatore per il cambiamento come per esempio l'FCTC (ndt: l'FCTC, Convenzione Quadro Internazionale per il Controllo del Tabacco, nata sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è frutto proprio della presa di coscienza degli Stati che hanno aderito al cambiamento; l'Italia ha ratificato la convenzione nel 2007 <http://www.who.int/fctc/en/>)

Daniela e Sofia: *Il film ha romanizzato la sua storia privata? Quanto e in che termini?*

WIGAND: Il film è stato fatto senza nessun input da parte mia eccetto tre importanti richieste: 1) che i nomi delle mie figlie fossero cambiati, 2) che non ci fossero né scene di violenza né scene in cui si fumasse non necessarie 3) che non fosse rivelata la vera natura della malattia di mia figlia: nel film è malata di asma, nella realtà si tratta di spina bifida occulta. Il film, dal mio punto di vista è un documentario-dramma che ha rappresentato tutti gli elementi più importanti che mi sono accaduti in quei 5 anni sintetizzandoli in 2 ore e 38 minuti ovviamente cambiando la sequenza degli eventi per enfatizzare gli effetti drammatici. Non ho guadagnato nulla dal film se non il fatto che "la verità è venuta finalmente a galla". Il film è accurato e racconta una storia vera, cosa che non succede spesso a Hollywood. La mia ex-moglie divorziò da me (nel gennaio 1996) e si risposò pochi giorni dopo aver ottenuto il divorzio, si trasferì in Texas portando con sé le mie figlie. Io le vedo regolarmente soprattutto durante i periodi di vacanza o quando ho occasione di viaggiare in Texas (per esempio, l'anno scorso sono stato "professore visitatore" alla Scuola di Legge di Houston e loro sono state con me la maggior parte del tempo).

Antonio: *Con che forza d'animo ha accettato di continuare la propria battaglia nonostante stesse perdendo gli affetti sicuri, familiari in primis?*

WIGAND: Non si possono insegnare ai figli le virtù morali se non le si mettono in pratica. Le mie figlie oggi hanno capito chiaramente ciò che ho fatto e perché l'ho fatto e mi rispettano per questo.

Eleonora: *Che tipo di ricerche scientifiche conduceva quando lavorava nell'industria del tabacco?*

WIGAND: Sono stato assunto per produrre sigarette meno nocive. Il mio lavoro, come vice presidente del settore "Affari Medici e Scientifici" e capo del reparto "Ricerca e Sviluppo" era quello di fare prodotti del tabacco meno tossici. Ci riuscii in circa dieci mesi di lavoro, ma l'azienda ritenne poi di non poter commercializzare due linee di prodotto perché una delle due sarebbe stata im-

be shared with the world. My life is better as I am self-concordant.

I had lost my moral compass and when one is a bystander (read the book *Bowling Alone* by Robert Putman and study the *Kitty Genovese Syndrome*) to harm on another human being and can prevent it with the clarity of the truth is their duty to set the system straight. I have no regrets and would do it again in a "New York Minute", I sent my moral and ethical character back to what it was, in the process saved some lives and was the catalyst for change, E.g. FCTC (Framework Convention on Tobacco Control).

Daniela and Sofia: *A very personal question: the film insider has romanized your private life: how much is real and how much is fiction? Did you really divorce your wife? Could you see your daughters? Did you re-marry?*

WIGAND: The movie was made without any input from me with three notable demands; 1) names of my daughters would be changed, 2) no violence or gratuitous smoking, 3) the nature of my one daughter's illness was asthma in the movie but in real life is spina bifida occulta. The movie from my perspective was more a docu-drama as it followed all the factual elements of 5 years



into 2 hours and 38 minutes but changed sequence/chronology of events for dramatic effect. I gain nothing from the movie other the final vindication of

the truth. My ex-wife divorced me (1/96) and remarried days after the divorce was settled, moved to Texas and took my daughters with her. I see my daughters regularly mostly when college is in recess or I have the occasion to travel to Texas. Last year I was the Visiting Professor at the Houston Law School and they were with me for the majority of time.

The movies was accurate and tells a true story not often told in Hollywood.

Antonio: *How do you retain the courage and spirit to continue the battle when you risk losing those things that are most precious to you, especially your family?*

WIGAND: I cannot teach my children the elements of virtue when I am not practising what I am teaching. My daughters are not lost they have a full understanding, now, of what I did and why and fully respect me for it.

Eleonora: *What sort of research did you do while you were employed in the tobacco industry?*

WIGAND: I was hired for a very large medical company to make a safer cigarette. My job as the VP of Medical and Scientific affairs and head of R&D was to make a tobacco product less toxic. I succeeded in about 10 months but the lawyers who

diatamente percepita come nociva dai consumatori. Gli avvocati dell'azienda ritennero che la contemporanea produzione di una sigaretta più sicura e una normale avrebbe potuto essere considerata una truffa condannabile da qualsiasi tribunale. Questo sarebbe stato un grosso problema legale (Legge Illecita e Frode). E di questo erano convinti nella Corte di Giustizia americana... Criminali!

Federica: *Dal momento in cui e' andato a lavorare per le multinazionali del tabacco era a conoscenza che il suo lavoro era a supporto di un prodotto così dannoso? Come poteva accettare (giustificare a se stesso) che il suo operato sarebbe servito ad incrementare le vendite di un prodotto mortale che sarebbe stato poi a disposizione di milioni di persone?*

WIGAND: Sì, ne ero a conoscenza, ma la mia giustificazione era che se fossi riuscito a ridurre le conseguenze nocive del tabacco per coloro che dovevano fumare, avrei salvato delle vite, come avrei fatto se avessi sviluppato antibiotici o vaccini. Leggi i miei articoli nella rivista di Tabaccologia (4/2009 e 1/2010 in www.tabaccologia.org) e visita il mio sito web.

Teresa: *Lei metterebbe sullo stesso piano la dipendenza dalla nicotina con la dipendenza dalle cosiddette "droghe leggere" come la marijuana? E la nocività che inducono è paragonabile?*

Wigand: Sì!

Matteo: *Quali effetti hanno avuto le sue dichiarazioni nella popolazione, c'è stata una diminuzione del consumo di sigarette?*

WIGAND: Sì, c'è stata una riduzione nell'uso del tabacco da parte dei giovani grazie al fatto che sono state create aree non fumatori nei locali pubblici, è stato aumentato il prezzo dei prodotti del tabacco, sono stati inseriti messaggi dissuasivi più incisivi sulle confezioni di sigarette. Si sono ridotti gli incendi causati dalle sigarette (e conseguentemente la connessa mortalità) con l'introduzione delle sigarette "RIP" cioè a Ridotta Propensione all'Ignizione (ndt: RIP o FSC "Fire Save Cigarettes", si tratta di sigarette che si auto-estinguono se non aspirate; in quasi tutti gli stati americani e in Canada possono essere vendute solo sigarette RIP o FSC). È significativamente diminuito il numero dei fumatori grazie alla diffusione di efficaci pratiche per smettere di fumare. Per esempio in Canada, si sono quasi raggiunte percentuali di fumatori ad una sola cifra (cioè percentuali inferiori al 10%); gli stati della Florida, del Maine e del Mississippi hanno avuto riduzioni del 52% (www.cdc.gov/tobacco).

Tommaso: *Non crede che il voler imporre il non-fumo a tutti i cittadini implichi la formazione di uno stato etico, andando contro la libertà di un individuo di disporre del proprio corpo a propria totale discrezione? Non è abbastanza che un cittadino sappia a cosa va incontro, ma che sia lasciata a lui la facoltà di decidere?*

WIGAND: Ti suggerisco di leggere il libro 'On Liberty' (<http://www.constitution.org/jsm/liberty.htm>) di John Stuart Mill (http://it.wikipedia.org/wiki/John_Stuart_Mill) sul ruolo del governo nell'emanare leggi che proteggano gli indifesi. Per avere la piena responsabilità è necessario disporre delle stesse conoscenze del prodotto che ha il produttore. Lo Stato ha il dovere di conoscere il prodotto allo stesso modo di chi lo produce in modo da informare i cittadini. Fino ad alcuni anni fa negli Stati Uniti non c'era una buona informazione per il tabacco, come invece c'è stata per la i

ran much of the company could not have a safer product because the other entire product line would then be unsafe. This would be a major legal problem (Tort Law and fraud). That is what they are convicted of in the US highest court... mobsters!

Federica *How could you live with your conscience when you started to work in an industry, which produces such a dangerous product? How did you justify, to yourself, the thought that your work could lead to an increase in the sales of a lethal product which puts millions of people at risk?*

WIGAND: My justification was that if I could reduce the biological burden for those who had to smoke I would save lives as I did in developing antibiotics and vaccines. Read the article in *Tobaccologia* as well as visit my web site.

Teresa: *Would you put dependence on nicotine from commercial cigarettes on the same footing as the use of "light drugs" such as marijuana? Are they equally dangerous?*

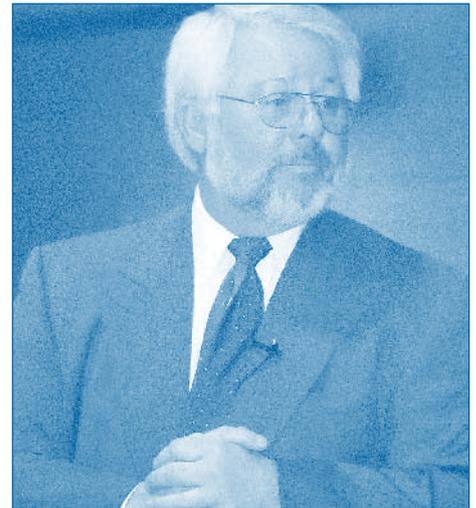
WIGAND: Yes!

Matteo: *What effects did your declarations have on people? Was there a reduction of cigarette consumption?*

WIGAND: Yes, there has been a reduction in youth tobacco use from creating smoke free environments, price increases, cigarette packaging label changes, fires caused by cigarettes with mandatory RIP (Reduced Ignition Propensity) cigarettes and effective cessation practices. For example in Canada, smoking rates are approaching single digit numbers; states of Florida, Maine, and Mississippi have had 52 % reductions (www.cdc.gov/tobacco).

Tommaso: *Do you think that to impose "no smoking" on all citizens implies the formation of an ethical state, going against the individual freedom to use our bodies as we wish? Don't you think that it is enough for a citizen to know the risks associated with smoking, but that he/she should have the freedom to decide?*

WIGAND: Suggest you read J.S. Mill, *On Liberty*, on the role of government in establishing laws that protect the innocent. There is a component of responsibility but in order to have full responsibility you must have equal knowledge as the producers of the product. Has there been full disclosure as per the Laws of Consumer Sovereignty or the Laws Contracts?? Most individuals start tobacco use in the



contratti e i consumatori (ndt: antitrust e leggi per la protezione dei consumatori). Nei Paesi sviluppati, molti ragazzi iniziano a fare uso del tabacco tra i 12 e i 14 anni, (anche se a volte si comincia a 7 anni), mentre nei Paesi in via di sviluppo si inizia molto prima! Può un bambino comprendere pienamente le conseguenze derivanti dall'uso del tabacco a quell'età? Se non viene rivelato chiaramente ciò che contiene un prodotto, è anche possibile fare una falsa pubblicità dei prodotti del tabacco come: "fuma e sarai magra, ragazzina!" o "fuma una sigaretta piuttosto che mangiare una barretta di cioccolata e non diventerai mai grassa!"

Rocco: *Qual'è la sua posizione nei confronti della restrizione delle aree-fumatori? Non pensa che sia un controsenso vendere sigarette ma proibire di fumarle? Probabilmente sarebbe meglio un piano titanico di riconversione dei territori piantati a tabacco con altre colture in modo da avviare una progressiva diminuzione della vendita del tabacco fino ad eliminarla? Qual è il ruolo che lo stato dovrebbe avere?*

WIGAND: Se potessi fare a modo mio, eradicerei tutta la produzione di tabacco, ma questo non solo non è possibile, ma sarebbe anche irrazionale. Il modo corretto per eliminare le conseguenze di 200 anni di commercializzazione dei prodotti del tabacco è attraverso l'informazione e la regolamentazione. Considerato che i governi di tutte le nazioni, prendendo le accise sulla vendita dei prodotti del tabacco, hanno una cospicua entrata nei loro bilanci, pensi veramente che vi rinuncerebbero? Ci sono molte dipendenze nella catena del tabacco. Sono convinto che se i prodotti del tabacco fossero inventati oggi, sarebbero illegali. Chi inventerebbe e commercializzerebbe oggi un prodotto di massa capace di uccidere l'utilizzatore e chi gli sta intorno sia esso nell'utero di una donna fumatrice o in un bar, in un'automobile o in un altro luogo chiuso? (ndr: vedi i lavori di Hirayama T. condotti negli anni 70, in particolare quello sul fumo di tabacco ambientale Br Med J (Clin Res Ed). 1981 Jan 17;282(6259):183-5). Sono stati ormai ben dimostrati epidemiologicamente i legami di causa-effetto che il tabacco ha con le malattie cardiovascolari e con i tumori di tutti i tipi ed è ben chiaro il legame del tabacco con il carcinoma polmonare Il recente studio CALEPA2006 ha dimostrato un legame diretto tra tabacco e carcinoma della mammella nelle donne che si trovano nel periodo pre-menopausale.

Paolo: *È veritiera l'informazione secondo cui la Philips Morris sia coinvolta con associazioni razziste come il KKK?*

WIGAND: Questa voce è circolata, ma non ne ho le prove e quindi non ritengo di poterne parlare. Le multinazionali del tabacco oggi negli Stati Uniti si indirizzano verso le persone di colore e di basso livello socio-economico e di istruzione, perché quello è il mercato che si può ancora espandere. Questi sono i fatti. La Philips Morris possiede il 52% del mercato mondiale del tabacco e nei Paesi sviluppati inizia a sentire le conseguenze della riduzione del consumo di tabacco e quindi cerca di espandere il mercato nei Paesi in via di Sviluppo. I profitti sono la cosa più importante. Leggi "The Frank Statement" ai seguenti link: <http://www.tobacco.org/Documents/dd/ddfrankstatement.html> - <http://tobaccodocuments.org/landman/4720.html#images>, e a seguire nella sezione Focus On di questo numero di Tabaccologia (ndr). ■

Ringraziamenti:

Dott. Jeffrey Wigand e tutti gli studenti che hanno partecipato.

developed world at an average age of 12-14 and as young as 7 years old. In developing countries the age of onset is a lot lower! Does the child fully understand the short and long term consequences of tobacco use at the formidable age? If you do not fully disclose the contents of a product, falsely advertise it, "smoke and you will get thin young girl", "smoke a cigarette rather than eat a chocolate and you will not get fat".

Rocco: *What is your opinion about the restriction of smoking areas? Don't you think that it is a nonsense to sell cigarettes, but to forbid the buyers to smoke them? Would it be better to set off a titanic plan to convert land planted with tobacco in order to start a progressive reduction of tobacco sales until it is eradicated? What role should the state play?*

WIGAND: If I could do it my way I would eradicate all tobacco but that is neither possible nor rational.

The way to unravel 200 years of tobacco dominance is through education, regulations, as the governments of every country gain taxes from selling tobacco products. Will they give up this revenue?? There are many addictions in the tobacco chain. If tobacco products were invented today they would be illegal.

They are the only product mass-produced as a consumer product that when used as intended kill not only the user but also the innocent whether in utero or in a bar, restaurant, car or a confined area. (read Hirayama T. works done in the 70s, especially on ETS).

The links (epidemiology/causality) are substantiated in CHD, cancer of all types, especially lung CA and are clear to both user and innocent bystander. The recent CALEPA 2006 study demonstrated a direct link to breast CA in pre-menopausal women.

Paolo: *Is the rumour that Philips Morris has links with racist organizations such as KKK likely to be true? If so, what do you think is the explanation for this?*

WIGAND: There has been that rumor but I cannot substantiate it and therefore will not propagate it. They directly target people of color, lower social-economic status and poorer education.

This is fact. PM owns 52% of the tobacco market world wide. They are now starting to feel the pain in developed countries but now seek out the under-developed countries and their people. Profits are first a foremost. (Read the Frank Statement). ■

We thank:

Dr. Jeffrey Wigand and all the students who participated.





FOCUS On

The frank statement: il documento che tutti dovrebbero conoscere

The frank statement: the document that everyone should know

Daide Renzi, Halima Mohamud Ali, Emanuela Giorgi, Maria Sofia Cattaruzza

LA DISINFORMAZIONE AL SERVIZIO DEGLI INTERESSI DELLE INDUSTRIE DEL TABACCO

Il "Frank Statement" cioè la "Franca Dichiarazione" è un documento piuttosto famoso e forse uno dei più citati quando si parla di tabacco e relazioni pubbliche. Si tratta di un comunicato stampa delle principali industrie produttrici di tabacco, apparso a pagina intera su oltre 400 quotidiani e riviste americane il 4 gennaio 1954 raggiungendo circa 43 milioni di persone. Con questo comunicato le industrie produttrici di tabacco vollero contrastare l'evidenza scientifica che si era prodotta fino a quel momento e che dimostrava che il fumo di sigaretta causava il cancro e altre patologie respiratorie.

Il medico ricercatore Norbert Hirschhorn ha trovato la bozza del Frank Statement nella collezione Ness-Motley presente tra i documenti online relativi al tabacco; l'originale è conservato negli archivi storici dello Stato del Wisconsin (USA.). Il testo venne redatto il 26 dicembre 1953 e corretto 2 giorni dopo a New York, all'Hotel Plaza, dai delegati di tutte le aziende produttrici del tabacco.

La bozza che pubblichiamo di seguito è molto interessante perché contiene le correzioni annotate sui margini del documento che lasciano intravedere il testo originale. E' un'eccellente esempio di disinformazione; si può infatti notare come le modifiche siano state attentamente studiate per proteggere le industrie del tabacco, per tranquillizzare l'opinione pubblica (facendo credere che le industrie del tabacco si stessero occupando del problema) e per "insabbiare" la verità.

Per esempio vennero cancellate le frasi in cui si diceva:

- a) che la scienza non aveva prove che il tabacco fosse pericoloso per la salute
- b) che non avrebbero mai fabbricato e venduto un prodotto pericoloso per la salute umana.

MISINFORMATION USED FOR TOBACCO INDUSTRY'S PROFIT:

The "Frank Statement" is a very famous document and one of the most cited in the field of tobacco dependence and public relations.

The document is a full-page advertisement run by major American tobacco industries on January 4th, 1954 in more than 400 American newspapers and magazines, aimed at an estimated 43 million Americans. This advertisement was the first tobacco industry's blanket response to initial public scientific disclosures that linked cigarette smoking to cancer and other respiratory diseases.

Researcher Norbert Hirschhorn M.D. has found an original draft of the Frank Statement among the Ness-Motley collection of documents on Tobacco Documents Online; the original is stored in the Archives Division of the State Historical Society of Wisconsin, U.S.A. The draft was written on December 26th, 1953 and corrected 2 days later at Hotel Plaza in New York by the tobacco industry's delegates.

This draft is very interesting because it contains changes made in the original text and handwritten marginalia. It is a very good example of misinformation, as the changes made in the original text were carefully designed to protect the tobacco industries, to lull the public into belief that the tobacco industry was doing something about the problem, and to keep the truth further at bay. For example, the following sentences were deleted:

- a) science has no proof to that tobacco is dangerous to health, and*
- b) we will never produce and market a product shown to be the cause of any serious human ailment*

Daide Renzi, Halima Mohamud Ali, Emanuela Giorgi, Maria Sofia Cattaruzza (mariasofia.cattaruzza@uniroma1.it)

Dip. di Scienze di Sanità Pubblica e Malattie Infettive - Il Facoltà di Medicina e Chirurgia - Sapienza Università di Roma



Queste cancellazioni le fecero ovviamente *oborto collo* perché:

- le prove scientifiche cominciavano ad essere sempre più numerose e non erano smentibili;
- non era possibile affermare che i prodotti del tabacco non fossero pericolosi.

Cancellando queste frasi le industrie del tabacco hanno così dimostrato che il loro interesse principale era solo il profitto, infatti da allora in poi hanno continuato a produrre e vendere un prodotto nocivo alla salute a dispetto delle evidenze scientifiche e della salvaguardia della salute umana. Inoltre, con queste cancellazioni, hanno anche dimostrato la loro falsità, infatti poche righe sopra dichiaravano di considerare la tutela della salute umana una responsabilità basilare del loro operare, superiore agli interessi economici. Si evince invece che non tenevano in nessun conto la salute delle persone e che quanto da loro dichiarato era solo allo scopo di tranquillizzare l'opinione pubblica e cautelarsi legalmente. Infine affermavano di aver sempre cooperato e di continuare a farlo, con chi ha il compito di proteggere la salute pubblica. La storia invece rivela che le azioni intraprese dalle industrie produttrici di tabacco hanno:

- 1) criticato gli studi scientifici condotti da ricercatori indipendenti dalle loro industrie con una regolare azione di contro-marketing scientifico/massmediatico e di disinformazione;
- 2) generato controversie circa gli effetti sulla salute dei loro prodotti;
- 3) creato l'impressione della mancanza di consenso scientifico sul fatto che le sigarette causino il tumore al polmone e siano associate all'insorgenza di molte altre malattie;
- 4) presentato falsamente i loro prodotti come sicuri e innocui attraverso la pubblicità;
- 5) pubblicizzato le sigarette ai bambini attraverso i personaggi dei cartoni animati;
- 6) sfruttato, attraverso la pubblicità su giovani fumatori, il fenomeno adolescenziale di seguire comportamenti uguali per appartenere al gruppo, allo scopo di "catturare" nuovi fumatori;
- 7) modificato chimicamente il contenuto delle sigarette per favorire la dipendenza dalla nicotina (aumentato "l'impatto e la soddisfazione" provocate dalla nicotina) e per mascherare le proprietà negative del fumo (aggiunta degli edulcoranti).

Questo comunicato stampa fu il primo di una lunga campagna di disinformazione mirata a screditare i risultati della ricerca scientifica che è andata via via accumulando evidenze e che ha dimostrato come il fumo di sigaretta non solo sia la causa del tumore al polmone, ma sia anche implicato in molte altre patologie. Di seguito si riporta il testo originale, tradotto in italiano, con le correzioni aggiunte e le parole o le frasi cancellate, evidenziate rispettivamente con i caratteri grassetto e grassetto barrato).



New York, 1901 - Hotel Plaza.

These deletions were made against their will because:

- scientific proof was available and was not confutable*
- it was not possible to declare that tobacco products were not dangerous.*

Thus, by crossing out these sentences, they implied that their main interest was profit, and, indeed, since then, they have been producing and selling a product dangerous to health in spite of scientific proof and safeguard of human health. Moreover, with these deletions, tobacco industries also demonstrated their falseness. A few lines above they stated: "We accept an interest in people's health as a basic responsibility paramount to every other consideration in our business". Instead, everyone can deduce that they did not take care of people health and that what they stated was written only to lull the public and to protect themselves legally. Moreover, they stated they "always have and always will cooperate closely with those whose task it is to safeguard the public health". As a matter of fact, history reveals that the tobacco industry's actions have been to:

- 1) criticize scientific studies by independent scientists, that reveal the hazards of their products, by doing misinformation and constant media actions of countermarketing;*
- 2) generate a sense of controversy about the health effects of their products;*
- 3) give the false appearance of a lack of scientific consensus that cigarettes cause lung cancer and are associated with many other diseases;*
- 4) misrepresent the safety of their products by continuing to advertise them as they were safe;*
- 5) market cigarettes to children by using cartoon characters;*
- 6) exploit the adolescent phenomenon of peer pressure, using advertising, to hook new young smokers;*
- 7) chemically change the content of cigarettes to enhance addiction (increase "impact" and "satisfaction" of nicotine) and mask the warning properties of smoke (adding "smootheners").*

This advertisement was the first of a long-term misinformation campaign aimed to counteract the results from the continuing published scientific reports on the health effects of tobacco which demonstrated that cigarette smoking is not only the

cause of lung cancer, but it is also involved in many other diseases.

Following is the original text where the marginalia and the words or sentences deleted are highlighted by using bold and bold strikethrough types respectively.

Riportiamo il testo corretto dal Comitato di Big Tabacco nella riunione del 28 dicembre 1953 nell'Hotel Plaza. A seguire le copie dell'originale, conservato negli archivi storici dello Stato del Wisconsin - USA.

26 dicembre 1953

Articoli recenti su esperimenti effettuati su animali hanno diffuso una teoria secondo la quale il fumo di sigaretta è collegato, in qualche modo, al cancro del polmone negli esseri umani.

Questi esperimenti, pur condotti da medici di ~~indubbia~~ reputazione professionale, non sono però da considerarsi conclusivi nel campo della ricerca sul cancro. Non vogliamo con questo dire che ogni ricerca medica seria, ma senza risultati certi, debba essere ignorata o respinta con leggerezza.

Vogliamo soltanto segnalare, nell'interesse pubblico, che **alcuni eminenti medici e ricercatori** hanno pubblicamente espresso dei dubbi sui risultati di questi esperimenti*.

Eminentissimi esperti ricordano:

1. Che la recente ricerca medica indica vari fattori come possibili cause di tumore del polmone.
2. Che non c'è accordo tra gli esperti su quale sia la causa.
3. Che non ci sono prove che il fumo di sigaretta sia una delle cause.
4. Che i dati statistici che portano a legare il fumo di sigaretta alla malattia, possono parimenti portare a legare alla malattia, uno qualsiasi ~~della mezza dozzina dei tanti~~ altri aspetti della vita moderna. In effetti, la validità di queste statistiche è messa in dubbio da **molti numerosi** scienziati.

Noi consideriamo la salvaguardia della salute delle persone come una responsabilità basilare, di importanza primaria rispetto a tutte le altre considerazioni relative ai nostri affari.

Noi crediamo che il prodotto che facciamo non sia pericoloso per la salute. ~~La scienza non ha prove del contrario.~~

~~Noi non produrremo mai e mai venderemo sul mercato un prodotto che si sia dimostrato essere la causa di qualsiasi seria malattia umana.~~ Noi abbiamo sempre cooperato strettamente, e sempre coopereremo con ~~le autorità di Governo che hanno chi~~ ha il compito di salvaguardare la salute pubblica.

Per più di 300 anni il tabacco ha dato conforto, relax e piacere all'umanità. In questi anni, improvvisamente, il tabacco è stato ritenuto responsabile praticamente di ogni malattia del corpo umano. Una per una queste accuse sono state abbandonate per mancanza di prove.

Nonostante ciò ed indipendentemente dal passato, il fatto che il fumo di sigaretta oggi possa addirittura essere sospettato come causa di una grave malattia è fonte per noi di profonda preoccupazione.

Molte persone ci hanno chiesto cosa stiamo facendo per rispondere alle preoccupazioni suscitate nell'opinione pubblica dalle recenti ricerche. Noi rispondiamo:

1. Forniamo aiuto ed assistenza alle attività di ricerca ~~finalizzate a individuare la causa del tumore al polmone, uno dei più sconcertanti problemi con cui si confronta la ricerca medica in tutte le fasi del consumo di tabacco e della salute.~~ Questo aiuto finanziario congiunto sarà ovviamente aggiuntivo rispetto a quanto già ciascuna azienda sta investendo singolarmente.

2. Per questo scopo stiamo costituendo un gruppo industriale congiunto formato inizialmente ~~dalle sottoscritte industrie~~ dai sottoscritti. Questo gruppo si chiamerà Comitato di Ricerca sul Tabacco (The Tobacco Research Committee)

3. Responsabile delle attività di ricerca del Comitato sarà uno scienziato di impeccabile integrità e di reputazione nazionale, ~~ancora da selezionare.~~ In aggiunta ci sarà un comitato di Consulenza formato da scienziati indipendenti dalle industrie delle sigarette. Un gruppo di uomini illustri della medicina, della scienza e dell'istruzione sarà chiamato a prendere parte a questo comitato. Questi scienziati consiglieranno il comitato circa i modi migliori in cui l'industria (del tabacco) possa aiutare ~~i ricercatori medici ad identificare le cause del tumore al polmone in maniera inequivocabile~~ la ricerca medica.

4. ~~Il Comitato si impegnerà a mantenere informato il pubblico sui fatti che si potrebbero sviluppare relativamente al fumo di sigarette e alla salute e ad altri questioni pertinenti.~~

La presente dichiarazione viene rilasciata perché noi crediamo che le persone abbiano il diritto di conoscere la nostra posizione e che cosa intendiamo fare al riguardo.

THE TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE
SPONSORS (Elenco delle industrie)

*Scrivete per (avere) il riassunto degli articoli medici e scientifici su questo argomento.

Questo comunicato stampa è stato sottoscritto dalle seguenti industrie:

THE AMERICAN TOBACCO COMPANY

Paul M. Hahn, President

BENSON & HEDGES

Joseph Cullman, Jr., President

BRIGHT BELT WAREHOUSE ASSOCIATION

F.S. Royster, President

BROWN & WILLIAMSON TOBACCO CORPORATION

Timothy V. Hartnett, President

BURLEY AUCTION WAREHOUSE ASSOCIATION

Albert Clay, President

BURLEY TOBACCO GROWERS CO-OPERATIVE

John W. Jones, President

LARUS & BROTHER COMPANY, INC.

W.T. Reed, Jr., President

P. LORILLARD COMPANY

Kerbert A. Kent, Chairman

MARYLAND TOBACCO GROWERS ASSOCIATION

Samuel C. Linton, General Manager

PHILIP MORRIS & CO. LTD., INC.

O. Parker McComas, President

R. J. REYNOLDS TOBACCO COMPANY

E. A. Darr, President

STEPHANO BROTHERS, INC.

C.S. Stephano, D.Sc., Director of Research

TOBACCO ASSOCIATES, INC.

(An organization of flue-cured tobacco growers)

J.B. Hudson, President

UNITED STATES TOBACCO COMPANY

J.W. Peterson, President

Tribuna



Lotta al fumo di tabacco La legge italiana per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo

The battle against tobacco: the italian legislation on safeguarding non smokers from secondhand smoking

Girolamo Sirchia

Riassunto

In questo articolo, in esclusiva per Tabaccologia, il prof. Girolamo Sirchia, Ministro della Salute del Governo Italiano nel periodo 2001-2005, ci illustra quella che fu la strategia sua e del suo dicastero per far passare la legge antifumo per la tutela dei diritti dei non fumatori (Legge n° 3/2003). Come in un backstage, ci racconta le innumerevoli difficoltà messe in atto dalla lobby parlamentare pro-tabacco con una forte opposizione istituzionale e dalla Confcommercio/FIPE che attuò contro il provvedimento un'acerrima campagna diretta e indiretta in tutto il Paese. Tutto ciò non era casuale visto che la Confcommercio/FIPE era diventata azionista di minoranza della British American Tobacco Italia (BAT) che aveva acquistato dal Ministero delle Finanze e del Tesoro gli ex Monopoli di Stato. A sostegno della legge c'era però ormai una plebiscitaria approvazione dell'opinione pubblica e del mondo scientifico con SITAB in prima fila. Tutto ciò a dispetto delle numerose campagne di stampa ad opera di editorialisti anche di fama che, nel nome del contrasto allo Stato etico e, più in particolare, delle libertà civili, invocavano che il provvedimento venisse rigettato. Ma così non fu ed il provvedimento, entrato con l'escamotage del suo inserimento sotto forma di un solo articolo, il 51, nel contesto del Collegato alla Finanziaria (che poi divenne Legge 16 gennaio 2003, n°3, art. 51), venne approvato il 16 gennaio 2004 ed entrò in vigore il 10 gennaio 2010. Questa legge fece molto scalpore spazzando molti osservatori internazionali per la precisione tecnica della normativa e per il sostanziale rispetto della legge da parte degli italiani per cui si cominciò a registrare un calo delle vendite di sigarette, un calo dei fumatori, nessun danno economico per gli esercizi pubblici e una diminuzione di eventi acuti cardiovascolari. A tutt'oggi, la legge è molto rispettata perché la popolazione l'ha fortemente voluta e la difende con impegno e consapevolezza. Alle Istituzioni spetta non abbassare la guardia.

Parole chiave: *Legge antifumo, Sirchia, Italia, BAT*

Summary

In this exclusive article, Professor Girolamo Sirchia, who was the former Minister of Health for the Italian government in 2001-2005, explains his strategy for the establishment of the law on smoking, which safeguards the rights of non smokers (law 3/2003). As a backstage, he narrates the innumerable difficulties he confronted, when pro-smoking parliament lobbyists provided institutional resistance and the Confcommercio/FIPE (Italian General Confederation of Enterprises, Professional Occupations and Self-employment / Italian Federation of Bars and Catering) rolled a fierce direct and indirect campaign against the law. All these facts were not accidental: Confcommercio/FIPE had become a minor shareholder of the British American Tobacco Italia (BAT), as it had bought the ex Department of State Monopolies from the Ministry of Economy and Finance. However, people and the scientific community, including SITAB, supported the law unanimously. Still, numerous press campaigns were acted out, even from famous journalists, who required the rejection of the law, contrasting the ethics of the State and particularly the civil freedom. In the end the measure was presented as an escamotage in the form of one article in the legislation associated to the state budget (which became a law on January 16, 2003), it was then approved on January 16, 2004 and became effective on January 10, 2010. This law caused international sensation for its technical precision and the tangible respect showed by the Italians. As a consequence, there has been a reduction in cigarette sales, a drop in smokers and a decrease of acute cardiovascular cases, while no economic damage was made in the catering sector. Until now the law has been much respected because was strongly demanded by people, and has been defended with effort and consciousness. The institutions on the other hand, should keep the same degree of safeguarding.

Keywords: *Law on smoking, Sirchia, Italy, BAT*

Girolamo Sirchia

Ministro della Salute del Governo italiano nel periodo 2001-2005.



Premessa

Un piano strategico per combattere il fumo di tabacco è sul tavolo dei Governi della maggior parte dei Paesi sviluppati. E' stato infatti ampiamente dimostrato che il fumo di tabacco, sia attivo che passivo, è una delle principali cause di morte e di morbilità prevenibili. In Italia si ritiene che il fumo sia responsabile di un numero di decessi pari a 80.000 ogni anno. Si stima inoltre che nei Paesi sviluppati i costi sanitari dovuti al fumo da tabacco incidano per il 15% sul totale della spesa sanitaria. Sapevamo per precedenti esperienze che una legge che in qualche modo limitasse la libertà dei fumatori e, indirettamente, le vendite di tabacco, avrebbe avuto un percorso assai difficile in Parlamento dove eravamo consapevoli della esistenza di non pochi deputati e senatori contrari alle limitazioni sul fumo. Il Precedente Ministro della Sanità aveva tentato inutilmente di far passare un testo di legge che venne affondato, proprio alla Camera, impietosamente.

La nostra strategia

Sia la Commissione Europea che l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno sollecitato gli Stati membri ad adottare misure di lotta contro il fumo. Un piano strategico al riguardo comprende almeno 3 azioni:

- ridurre il numero di fumatori promuovendo iniziative di disassuefazione;
- prevenire negli adolescenti l'iniziazione al fumo;
- proteggere i non-fumatori dal fumo passivo.

In Italia si è deciso di iniziare da quest'ultima azione. Le ragioni di tale scelta sono molteplici e qui di seguito indicate:

1. un'azione volta a prevenire l'iniziazione al fumo e a indurre la popolazione a smettere di fumare risulta scarsamente efficace;
2. alcuni sondaggi hanno rivelato che circa $\frac{3}{4}$ degli Italiani, ivi compreso un buon numero di fumatori, erano e sono a favore del divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro, così da evitare che i non fumatori siano esposti al fumo passivo;
3. si ritiene che il divieto di fumare nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro possa rafforzare le due azioni precedenti.

Per superare le difficoltà legislative pensammo di attuare una strategia basata sul diritto costituzionale di tutti i cittadini ad avere uguali diritti e uguali doveri (art. 3 della Costituzione). In altri termini, decidemmo di portare in Parlamento il concetto, tradotto in norma di legge, che se era valido il diritto dei fumatori a continuare a fumare, era altrettanto valido il diritto dei non fumatori a non essere intossicati dal fumo di tabacco quando frequentassero locali pubblici o luoghi di la-

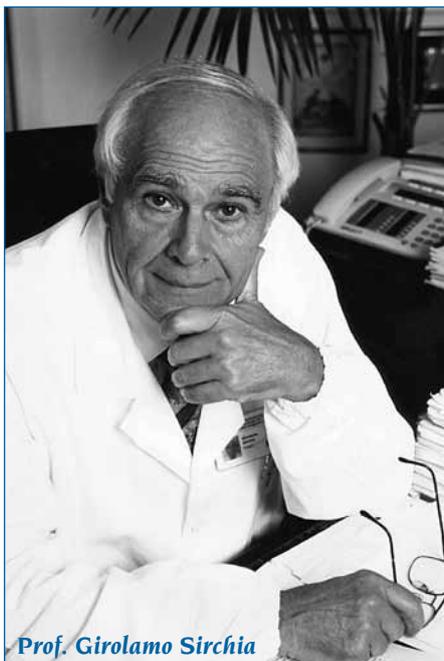
voro. In particolare, il principio si applicava ai lavoratori operanti nei locali pubblici che, a causa del fumo passivo, subivano un danno per molte ore al giorno (agganciando quindi il provvedimento anche alla 626). In tal modo il Parlamento non avrebbe potuto accusare di proibizionismo il disegno di legge (infatti la vendita di tabacco e il relativo uso continuavano ad essere consentiti), ma non poteva non tenere conto della parità di diritti e doveri dei cittadini di fronte alla Costituzione. Per tutto il 2002 elaborammo questo pensiero e contemporaneamente effettuammo dei sondaggi nell'opinione pubblica, riscontrando che l'80% e più dei cittadini concordavano sul fatto di vietare il fumo nei locali pubblici.

Al termine del 2002, nel contesto del *Collegato alla Finanziaria* (che poi divenne *Legge 16 gennaio 2003, N. 3, Articolo 51*), iscrivemmo l'Articolo riportato nell'Allegato 1, accompagnando la nostra azione politica e legislativa con un'intensa campagna di promozione e di informazione.

Le azioni contrarie

Non appena si ebbe notizia della nostra intenzione, si scatenò una campagna promossa principalmente dalla FIPE (affiliata alla Confcommercio), che adombrava catastrofiche conseguenze per i locali pubblici in seguito all'eventuale approvazione di questa legge (perdita di lavoro e di denaro, disoccupazione, ecc.). Peraltro ben sapevamo dalla prece-

dente esperienza irlandese e americana che la proibizione del fumo nei locali pubblici non solo non provocava una riduzione degli avventori, ma addirittura un aumento dovuto a coloro che per disturbi dell'apparato cardiovascolare e respiratorio si astenevano a frequentarli a causa del fumo di tabacco. Va a questo punto notato che la Confcommercio era diventata azionista di minoranza della *British American Tobacco Italia* che aveva acquistato dal Ministero delle Finanze e del Tesoro gli ex Monopoli di Stato; questo spiegava, almeno in parte, l'acerrima campagna diretta e indiretta che la Confcommercio ha attuato contro il provvedimento. In via subalterna, la Confcommercio chiedeva incentivi per la realizzazione di locali per fumatori nei locali pubblici ed in ogni caso insisteva sulla proroga dell'entrata in vigore della legge, nascondendo in tal modo il desiderio di prorogare all'infinito, così da vanificare il provvedimento. Per venire incontro ad almeno una di queste richieste, il testo di legge ha previsto che l'entrata in vigore della legge avvenisse un anno dopo la sua pubblicazione. Numerose furono le campagne di stampa ad opera di editorialisti anche di fama che, nel nome del contrasto allo Stato etico e, più in particolare, delle libertà civili, invocavano che il provvedimento venisse rigettato, ma così non fu ed esso venne approvato il 16 gennaio 2004. Subito a seguire venne redatto il Regolamento applicativo



Prof. Girolamo Sirchia



dell'Articolo 51, comma 2 della legge 16 gennaio 2003 (DPCM 23/12/2003 - Allegato 2), inteso a regolamentare le caratteristiche dei locali per non fumatori e la tipologia dei cartelli da esporre, in recepimento dell'Accordo stipulato il 24 luglio 2003 tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano.

I contenuti della legge 16 gennaio 2003 e dei successivi provvedimenti possono essere sintetizzati come segue.

1. Ad eccezione delle case private e dei "locali per fumatori" è proibito in Italia fumare in tutti i locali chiusi, comprese scuole, ospedali, uffici della Pubblica Amministrazione, sugli autoveicoli di proprietà dello Stato o di Enti pubblici o di concessionari di servizi per il trasporto pubblico collettivo, taxi, auto di servizio delle Forze dell'Ordine e assimilate, metropolitane, treni, sale d'attesa di aeroporti, porti, stazioni ferroviarie e in tutti i sistemi di trasporto urbani, nelle biblioteche, nelle sale di lettura, nei musei, pinacoteche, bar, ristoranti, circoli privati, discoteche, palestre, sale-corse, sale-gioco, sale-bingo, sale video-game, cinema e teatri. Un recente provvedimento consente di fumare nelle stazioni solo sulle banchine. Il divieto di fumo si applica anche ai luoghi di lavoro, agli uffici professionali e agli uffici destinati ad utenti interni, come ad esempio uffici di filiali di banche o uffici contabilità di una Società.
2. Non esiste alcun obbligo per dipendenti e titolari di realizzare "locali per fumatori". Riservare locali ai fumatori in negozi e luoghi di lavoro è opzionale. In tal caso comunque i locali devono conformarsi ai requisiti tecnici previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2003. È chiaro che se il locale non è pienamente conforme alle norme del decreto, potrà essere usato solamente come locale dove è vietato fumare.
3. La Legge 16 gennaio 2003, n. 3 non consente a negozi, servizi e luoghi di lavoro, sia pubblici che privati, di essere riservati unicamente a fumatori, anche se conformi alle norme previste dal decreto 23 dicembre 2003 (cioè dotati di appositi sistemi di ventilazione). Pertanto fumare è consentito unicamente in piccoli spazi di locali dove generalmente è vietato fumare, purchè tali spazi secondo quanto previsto dal paragrafo 1b dell'articolo 51 della Legge 3 del 2003 siano adeguatamente attrezzati ed identificati chiaramente come "riservati ai fumatori". Nei luoghi di lavoro gli spazi ad hoc riservati ai fumatori si devono intendere come spazi dove è consentito fumare durante gli intervalli di lavoro e dove non venga svolta alcuna attività lavorativa.
4. I "locali per fumatori" devono essere chiaramente contrassegnati come tali e completamente separati dai locali chiusi dove è proibito fumare. A tale scopo i "locali per fumatori" devono essere conformi ai requisiti seguenti (vedi DPCM 23 dicembre 2003):
 - essere ambienti interni chiusi;
 - essere dotati di porte automatiche, tenute generalmente chiuse;
 - essere chiaramente identificati come locali per fumatori;
 - non rappresentare locali obbligati di passaggio per i non-fumatori;

- essere provvisti di appositi dispositivi meccanici di ventilazione forzata. La portata d'aria minima di ricambio deve essere di 20 l/secondo per ogni persona, presupponendo un indice di affollamento pari allo 0.7 a persona per metro quadrato;
 - l'aria deve essere emessa all'esterno attraverso impianti idonei e funzionali aperture di sfogo dell'aria;
 - il numero massimo di persone ammesse in un locale secondo la portata dell'impianto deve essere chiaramente indicato sulla porta di ingresso del locale;
 - i "locali per fumatori" devono essere mantenuti in depressione non inferiore a 5 Pascal;
 - la superficie destinata ai fumatori deve essere inferiore al 50% della superficie totale;
 - progettazione, installazione, manutenzione e collaudo finale dei sistemi di ventilazione devono essere conformi alle disposizioni regolamentari in tema di sicurezza e di risparmio energetico e alla normativa dell'Ente Italiano Unificazione (UNI) e alla normativa del Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI).
5. Progettazione, impianto, manutenzione e collaudo finale dei sistemi di ventilazione devono essere effettuati da personale qualificato che dovrà rilasciare idonea certificazione sulla conformità degli impianti installati con la normativa vigente. Per effettuare controlli e certificazioni, compresi quelli sulla funzionalità dei sistemi di espulsione e i controlli annuali di manutenzione dei sistemi di ventilazione, le certificazioni dovranno essere conservate a disposizione delle autorità competenti.
 6. I gestori di locali privati (ad esempio dirigenti, proprietari e direttori) sono non solo tenuti a segnalare ai clienti, con l'apposizione di idonei avvisi, che "è vietato fumare", ma hanno anche l'obbligo di dissuadere i trasgressori nel caso di violazione del divieto. Infatti, secondo l'articolo 2 della legge 11 novembre 1975, n. 584, tuttora in vigore, i proprietari " ...sono tenuti a far osservare il divieto...".
Se i gestori di locali, sia pur in conformità con la regolamentazione sugli avvisi di divieto, non metteranno in atto interventi attivi di dissuasione nei confronti dei trasgressori, saranno soggetti ad un'ammenda che oscilla dai 200 ai 2000 euro in base all'articolo 52, paragrafo 20 della legge 218 dicembre 2001, n. 448. L'autorità competente ha la facoltà di sospendere temporaneamente (da 3 giorni a 3 mesi) o revocare la licenza d'esercizio del locale, ma un ricorso al TAR contro questa responsabilità dei gestori da parte della Confcommercio è stato accolto e quindi questa parte della norma è decaduta. Secondo l'articolo 4, lettera c) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, i gestori di locali privati o collaboratori da loro delegati sono tenuti a richiamare i trasgressori all'osservanza del divieto. Se i trasgressori non vi si adegueranno, i gestori o i collaboratori da loro delegati potranno chiamare un pubblico ufficiale. Ai trasgressori verrà comminata dal pubblico ufficiale un'ammenda variabile dai 25 ai 250 Euro.
 7. Sui luoghi di lavoro i Direttori responsabili preposti dovranno identificare formalmente il personale incaricato a far ri-



spettare il divieto di fumare e ad accertare e contestare le infrazioni. In assenza di un'identificazione formale, spetta agli stessi Direttori responsabili esercitare tale funzione. Sia nelle strutture pubbliche che in quelle private le sanzioni potranno essere comminate da agenti della polizia locale, guardie giurate o pubblici ufficiali, sia di propria iniziativa, sia se richiesto nell'ambito della loro attività lavorativa.

8. Secondo l'interpretazione della legge, il termine "utente" (vedi paragrafo 1, lettera a) non si applica solo ai clienti dei locali pubblici, ma anche al personale che in essi svolge la propria attività lavorativa.

L'effetto della legge

In tal modo il 10 gennaio 2005 la legge divenne pienamente operativa ed i dati raccolti nei mesi immediatamente successivi dimostrarono:

1. la piena accoglienza da parte della popolazione del provvedimento e il rispetto di esso
2. l'esiguo numero di infrazioni rilevate soprattutto dai Carabinieri per la Salute
3. l'adesione di molte grandi Aziende al provvedimento e, prima fra esse, Trenitalia, avendo questa ampiamente compreso che, evitando di fumare in Azienda, poteva migliorare lo stato di salute dei lavoratori, diminuivano le assenze e diminuivano anche i costi relativi alla manutenzione e quelli delle polizze assicurative che le Aziende dovevano sostenere prima che il provvedimento entrasse in vigore.

Redigemo a titolo di esempio un elenco delle Aziende non smoking ovvero di quelle che promuovevano azioni anche dimostrative a favore della assenza di fumo nei luoghi di lavoro.

A partire dall'1 gennaio 2005 è stato avviato un piano di monitoraggio per valutare l'efficacia della legge. Tale piano prevedeva:

- raccolta di dati da parte dei NAS incaricati di sistematici controlli a campione;
- raccolta di dati da parte delle autorità sanitarie locali sui posti di lavoro;
- indice di tendenza della vendita di sigarette;
- indice di tendenza della vendita di prodotti antifumo.

Il monitoraggio effettuato a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha evidenziato, secondo quanto emerso nei primi 4 mesi del 2005, quanto segue:

- A. le infrazioni contestate dai NAS a seguito di 5597 ispezioni sono state 276 ma solamente 89 di queste (1,60% del totale delle ispezioni effettuate) riguardavano trasgressioni commesse in zone di divieto, mentre 187 si riferivano a violazioni degli obblighi di controllo da parte dei proprietari di locali pubblici (principalmente inerenti all'esposizione degli avvisi di divieto di fumare secondo quanto previsto dalla legge);
- B. nel corso di questi 4 mesi si è riscontrato un calo nella vendita di sigarette pari a 138 milioni di sigarette in meno rispetto al corrispondente periodo del 2004 (circa l'8% in meno che su base annuale è pari a circa il 6%);

- C. si è contemporaneamente registrato un indice di incremento di circa il 90% nella vendita di prodotti antifumo contenenti nicotina.

Un'indagine condotta sull'indice di gradimento della legge da parte della popolazione, indica che circa $\frac{3}{4}$ dei gestori di locali pubblici condivide il vero significato della legge e considera il fumo passivo una minaccia alla propria salute e a quella dei propri dipendenti. Inoltre non si riscontra alcuna riduzione del numero di clienti, anzi un aumento del 2,2% secondo un'indagine pubblicata il 7 novembre 2005 su "Annals of Oncology".

Un'altra indagine condotta dal CENSIS (Centro Italiano Investimenti Sociali) nell'ottobre 2005 ha rivelato che il 4,4% degli Italiani aveva smesso di fumare, mentre il 6,8% aveva notevolmente ridotto il numero di sigarette. Un'ulteriore indagine effettuata dall'ISTAT all'inizio del 2006 ha messo in evidenza che 500.000 Italiani avevano smesso di fumare con un decremento di incidenti cardiovascolari nelle Regioni valutate intorno al 7%. Nel dicembre 2005 in Veneto è stato realizzato, in collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, uno studio pilota descrittivo ed osservazionale per monitorare l'osservanza del divieto di fumo negli Uffici Comunali, in particolare negli Uffici Anagrafe e nelle loro zone di attesa. Lo studio è stato condotto a livello locale dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie in collaborazione con l'ANCI Veneto. Sono state coinvolte 15 Aziende Sanitarie Locali (su 21) e monitorati 212 Uffici Anagrafe Comunali (dati disponibili al 10.10.2006 per 179). La rilevazione si è svolta mediante visita e intervista diretta effettuata dal personale del comparto dei Dipartimenti di Prevenzione. I principali risultati relativi al rispetto della normativa sono i seguenti:

- il 91% dei dipendenti intervistati dichiara che i colleghi rispettano la legge;
- il 95% dei dipendenti intervistati dichiara che gli utenti rispettano la legge;
- nell'82% delle sale di attesa visitate sono esposti cartelli regolamentari indicanti il divieto;
- nel 61% degli Uffici Anagrafe sono esposti cartelli regolamentari indicanti il divieto;
- nel 3% degli Uffici visitati si è osservata la presenza di almeno un fumatore.

Recentemente la Corte di Giustizia di Roma ha condannato il Ministro della Ricerca e dell'Istruzione a rimborsare un importo di circa € 400.000 a un impiegato del Ministero che, essendo stato per anni esposto al fumo passivo sul posto di lavoro, aveva sviluppato un cancro ai polmoni. Dopo questa sentenza è possibile prevedere un consistente aumento delle Società impegnate a far osservare il divieto di fumo, come ad esempio Trenitalia che è stata una delle prime Società in Italia ad applicare il divieto di fumare su tutti i treni in circolazione.

Più recentemente il dato positivo si è confermato: nei primi 8 mesi del 2007 i Carabinieri per la Sanità su 2.800 ispezioni a campione hanno rilevato solo 189 infrazioni, pari al 6% dei controlli effettuati.

Nel 2005 venne anche avviata una ricerca da parte di alcune Regioni italiane e, primariamente, della Regione Piemonte



che dimostrò come, rispetto al precedente periodo, nel 2005 si fosse rilevata una riduzione dell'incidenza di infarto miocardico acuto del 7% circa, a dimostrazione dell'efficacia del provvedimento sulla salute pubblica.

Nel 2008 un Gruppo di ricercatori italiani ha pubblicato su *Circulation*¹ i risultati di uno studio che ha paragonato l'incidenza di infarto miocardico acuto e di angina instabile nella città di Roma, prima e dopo il 2005, rilevando che tale incidenza si è ridotta nel periodo successivo all'entrata in vigore della Legge italiana a tutela della salute dei non fumatori dell'11,2% nelle persone di 35-64 anni e del 7% in quelle di età compresa fra i 65 e i 74 anni. Gli Autori ritengono che i favorevoli risultati riscontrati siano la conseguenza della riduzione dell'esposizione al fumo passivo determinata dalla legge. A seguito di queste considerazioni possiamo concludere che la *Legge italiana a tutela della salute dei non fumatori* ha avuto un ottimo grado di recepimento da parte della popolazione. I dati indicano che la popolazione ha non solo accolto la legge con favore, ma la fa anche rispettare. Inizialmente questi risultati non erano affatto scontati ed era arduo anche pensare che la legge potesse passare facilmente in Parlamento e nel Governo. Una ragione del successo è a mio avviso che la legge non è proibizionista; infatti è garantito il diritto dei fumatori a fumare. La novità è però costituita dal fatto che è garantito anche il diritto dei non fumatori a non subire i danni e i fastidi del fumo passivo. La parità dei diritti è alla base della Costituzione italiana e proprio il richiamo a questa uguaglianza dei cittadini ha fatto sì che la legge non potesse essere bloccata. A ciò si aggiunga che i benefici per il personale che lavora in locali pubblici, ma anche privati, sono apparsi subito evidenti e oggi è comune sentire cittadini che dichiarano di poter frequentare locali che un tempo erano loro sgraditi per la nube di fumo che vi regnava. Altri cittadini riferiscono di sentirsi a disagio quando, all'estero, si trovano in Paesi dove è consentito fumare nei ristoranti e nei bar.

Oltre ai provvedimenti maggiori, altri provvedimenti hanno contribuito, quale ad esempio la chiusura dei distributori automatici di sigarette durante le ore diurne per impedire l'accesso ai minori. Di converso, gran parte dei ricorsi attivati contro il provvedimento sono stati rigettati dalle Magistrature competenti con l'eccezione dell'obbligo per i gestori dei locali pubblici di chiamare le Forze dell'Ordine nel caso di resistenza degli avventori all'ammonimento di cessare di fumare laddove proibito. L'Italia è stata un laboratorio, un banco di prova per altri Paesi che, incoraggiati dai risultati positivi registrati, hanno replicato la legge di protezione dei non fumatori, a cominciare dalla Svezia, seguita dalla Spagna, dall'Inghilterra e dalla Francia. In Francia l'iniziativa è stata sottoposta all'Assemblea Nazionale dopo che il suo Presidente ha verificato personal-

mente in Italia il successo dell'iniziativa ed ha avuto con me un ampio scambio di vedute.

Sappiamo, tuttavia, che il calo di vendite di sigarette ha scatenato un'offensiva da parte dei produttori di sigarette che hanno un potere economico elevato e sono notevolmente abili nell'elaborare strategie atte a contrastare quelle promosse per il miglioramento della salute

pubblica. In effetti le multinazionali del tabacco non stanno perdendo tempo e continuano ad attuare iniziative promozionali più o meno palesi. In particolare, la loro azione è diretta ai giovanissimi per indurli ad iniziare il fumo e utilizzano allo scopo tutti i mezzi possibili di propaganda indiretta, tesi a creare modelli che i giovani recepiscano, in cui il fumatore è definito come persona forte e autorevole o, nel caso della donna, affermata ed emancipata. Purtroppo recentemente si è affievolita di molto l'azione che le Istituzioni dovrebbero intraprendere per promuovere una controinformazione al sottile veleno che viene continuamente immesso nei canali informativi e intensificando i controlli che, al contrario, si sono indeboliti fino quasi a mancare. Oltre ai controlli si è peraltro fermata l'azione strategica di Governo che prevedeva una forte azione nei confronti dei giovanissimi per prevenire l'iniziazione al fumo (in ciò contrastando l'azione dei produttori di sigarette che su questo segmento della popolazione puntano gran parte dei propri sforzi), l'attivazione di una rete di servizi gratuita per i fumatori che desiderano di cessare di fumare, una forte azione di contrasto della pubblicità occulta dei produttori che continua imperterrita a svilupparsi anche nel nostro Paese. Un recente lavoro indica che per la pubblicità del tabacco l'industria ha speso nel 2003 negli Stati Uniti 15,2 miliardi di \$ contro i 5,7 miliardi di \$ spesi nel '97. La presenza di fumatori nei film (che sappiamo correlata direttamente alla quantità di fumatori nei giovani) è cresciuta dal 1990 al 2002, anno in cui si sono raggiunti i livelli del 1950.

Mi auguro che il Ministero della Salute riprenda con vigore l'azione di contrasto a coloro che minano con i loro prodotti la salute pubblica e il futuro delle nuove generazioni. In particolare, sarebbe opportuno che i NAS venissero sollecitati ad accentuare i controlli e venisse negoziata con le Regioni, nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione, un'azione più decisa delle ASL per verificare che in tutti i luoghi di lavoro la legge per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo sia osservata. Oggi, allo stato attuale delle cose, la legge in realtà è molto rispettata perché la popolazione l'ha fortemente voluta e la difende con impegno e consapevolezza.

È però necessario che il Governo, le Regioni, le Associazioni Non Governative, le Società Medico-Scientifiche, le Associazioni di Consumatori e la popolazione tutta siano vigili perché la legge non sia vanificata e siano proattivi per iniziative tese





a prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani e a potenziare la disassuefazione dei fumatori che lo desiderino.

Il contrasto al fumo di tabacco. Che fare da oggi in Italia

Dopo aver implementato il 10/1/2005 la legge che bandisce il fumo da tutti i locali pubblici e i luoghi di lavoro, bisogna attivare una campagna nazionale di **marketing sociale** (la campagna di marketing sociale deve essere impostata e condotta con metodo scientifico, che includa un progetto ben fatto e la valutazione dei risultati; deve svilupparsi e durare almeno 3 anni ed è molto conveniente in termini economici solo a queste condizioni) impostata sui seguenti concetti e sostenuta da conseguenti azioni istituzionali:

a. chi fuma è vittima delle strategie di multinazionali senza scrupoli che lucrano pur sapendo di nuocere grandemente alla salute dei fumatori (sia attivi che passivi) e all'economia nazionale. Chi fuma è un debole plagiato e non percepisce di essere usato come strumento per arricchire alcuni soggetti spregiudicati.

Azioni conseguenti:

- intensificare i controlli sul divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro da parte delle Forze dell'Ordine e ispettori delle ASL
- eliminare i locali per fumatori nei suddetti luoghi, come richiesto espressamente dalla Convenzione contro il tabacco del WHO, sottoscritta da oltre 170 nazioni inclusa l'Italia
- vietare il fumo anche all'aperto nei luoghi assembrati quali stadi, ristoranti e bar, cinema all'aperto, ecc.

b. Il tabacco non è un bene di consumo ordinario, ma un prodotto pericoloso per la salute e per l'ambiente. Esso viene tollerato dalla Società in quanto non è per ora possibile proibirlo, ma la Società ritiene che il suo uso sia riprovevole.

Azioni conseguenti:

- abolire i distributori automatici di sigarette
- vigilare e punire coloro che vendono tabacco ai minori di 18 anni
- contrastare duramente la pubblicità diretta (film o altri momenti nei quali vengono mostrate persone che fumano, eventi sportivi sponsorizzati da aziende che producono sigarette) e indiretta (uso dei marchi per proporre linee di prodotti diversi dal tabacco, sponsorizzazioni di Istituzioni pubbliche e private anche per fini apparentemente nobili, ecc).

c. Il fumo danneggia l'ambiente (mozziconi poco degradabili gettati ovunque), crea disturbo a molti, danneggia tutti. Chi fuma inquina l'ambiente. Pertanto il fumatore nuoce alla società e la costringe a sostenere dei costi sia sanitari, sia per le giornate lavorative perse, sia per i danni ambientali (inquinamento, incendi, ecc).

Azioni conseguenti:

- non si devono disperdere i mozziconi nell'ambiente.

Chi fuma deve essere responsabile anche dello smaltimento dei mozziconi

- è necessario aumentare le accise sul tabacco in modo progressivo e in misura consistente, destinando gli introiti al finanziamento delle azioni di marketing sociale.

d. È un diritto dei feti, dei bambini e degli adolescenti non essere esposti al fumo passivo. Per gli ultimi due, inoltre, è stato dimostrato che l'esempio di chi fuma (specie i modelli più importanti come i genitori, gli insegnanti, i divi preferiti) comporta un maggiore rischio di iniziazione al fumo².

Azioni conseguenti:

- divieto di fumo in auto, almeno nei casi in cui siano presenti a bordo minori di 18 anni o donne gravide, meglio in ogni caso anche per l'aumentato rischio di incidenti quando l'autista fuma.
- richiamo continuo ai genitori perchè non fumino e non facciano fumare in casa e in altri ambienti chiusi, anche se privati, quando sono presenti minori di anni 18 o donne gravide.

e. Il fumatore va aiutato a smettere se lo desidera.

Azioni conseguenti:

- trattamento antifumo gratuito meglio se presso i centri anti-fumo
- associazione delle imprese senza fumo e sua rappresentanza nelle
- Commissioni anti-fumo del Governo e internazionali
- impegno volontario delle suddette imprese ad aiutare i propri dipendenti a smettere di fumare e a collaborare con le istituzioni sanitarie.

Considerazioni finali

L'evidenza scientifica sui danni e sui costi sanitari e sociali del fumo di tabacco è oggi conclamata, ma colpisce l'inerzia con cui sia le Istituzioni, sia i medici e le loro Società Scientifiche contrastano questa pratica nociva, peraltro sostenuta con larghi mezzi dai gruppi di interesse. Sarebbe auspicabile che le organizzazioni mediche, in unità con il Ministero della Salute, imponessero all'attenzione del Governo e del Parlamento un'azione più decisa di contrasto al fumo e non assecondassero l'inerzia o la "malpractice politica"³. Le stesse organizzazioni mediche inoltre dovrebbero assumersi il compito di impegnare tutti i medici ad esercitare un'azione di contrasto al fumo iniziando dall'identificare i fumatori, consigliare loro di smettere e sostenerli in tale decisione soprattutto se adulti con figli in età minore. ■

Bibliografia

1. G. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA - Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events *Circulation* 117, 1183-88, 2008
2. CDC - Cigarette use among high school students - United States, 1991-2005 *MMWR* 55, 724-26, 2006
3. Oakley GP - Delaying folic acid fortification of flour. *BMJ* 2002; 324: 1348.



Abstract & Commentary

Studio BASIS (*Bronchoscopy Antismoking Intervention Study*) La broncoscopia come occasione per attuare un intervento antitabagico in ambiente pneumologico

Paola Martucci

La broncoscopia rappresenta un esame comunemente eseguito in ambito pneumologico sia in regime ambulatoriale che durante ricovero ospedaliero e l'esecuzione di tale indagine ha una forte **valenza emozionale** per il paziente che di recente ha subito una modifica del suo stato di salute e potrebbe per tale ragione essere più sensibile a messaggi di promozione della salute e ad un intervento antitabagico, se fumatore.

Per testare questa ipotesi abbiamo condotto, con inizio nel 2005, uno studio, randomizzato controllato, su una popolazione di soggetti fumatori in attesa di praticare una broncoscopia, valutando l'efficacia di un intervento antitabagico condotto in occasione dell'indagine endoscopica, indipendentemente dalla loro intenzione di smettere di fumare. 233 soggetti (192 maschi, età media 57 anni, una media di 44.5 pack/y, score medio del FNDT = 8, presenza di comorbili-

tà nel 73% dei casi) che avessero fumato almeno 1 sigaretta/die nel mese precedente la broncoscopia, sono stati consecutivamente arruolati in 6 mesi presso 8 ospedali italiani e randomizzati a ricevere un intervento antitabagico intensivo o un minimal advice. L'intervento intensivo su base individuale, condotto per ciascun Centro sempre dallo stesso operatore con adeguato training nel trattamento del tabagismo, era strutturato in modo da operare un confronto del soggetto con i dati emergenti dalla broncoscopia al fine di rendere obietti-

vabile il danno provocato dal fumo, prospettando comunque i benefici derivanti da una sua sospensione. L'intervento conteneva inoltre elementi di supporto cognitivo-comportamentale per fronteggiare l'astinenza e prevenire le ricadute. Tali messaggi erano poi rinforzati dalla consegna al gruppo in trattamento di un opuscolo intitolato "Smettere di fumare: un aiuto per riuscirci" contenenti anche informazioni utili al reperimento di locali Centri Antifumo. La terapia farmacologica, veniva comunque consigliata, secondo le vigenti linee guida sul tratta-

mento del tabagismo, ma prescritta solo se richiesta dal soggetto fumatore. L'analisi statistica è stata condotta sulla base di un modello "intention to treat" che definisce i soggetti persi al follow-up come fumatori.

Al follow-up a 6 e 12 mesi, le percentuali di astinenza validate mediante misurazione del CO espirato sono state rispettivamente del 41% e 27% nel gruppo in trattamento e del 27% e 13% nel gruppo di controllo

La BRONCOSCOPIA come occasione per attuare un intervento antitabagico in ambiente pneumologico

- Studio randomizzato e controllato su 233 soggetti fumatori
- età media 57 anni,
- media di 44.5 pack/y,
- score medio del FNDT = 8,
- presenza di comorbilità nel 73% dei casi

Al follow-up a 6 e 12 mesi, le percentuali di astinenza validate mediante misurazione del CO espirato sono state rispettivamente del 41% e 27% nel gruppo in trattamento e del 27% e 13% nel gruppo di controllo con significatività statistica del dato a 6 mesi e un trend a favore del gruppo in trattamento a 12 mesi.



Martucci P, Sostini P, Canossa PA et al. Smoking cessation in patients requiring bronchoscopy: The Bronchoscopy AntiSmoking Study (BASIS). *Respiratory Medicine* (2010) 104, 61-66.



con significatività statistica del dato a 6 mesi e un trend a favore del gruppo in trattamento a 12 mesi.

Un primo dato interessante emerso dallo studio è che ben il 45% dei partecipanti allo studio aveva smesso di fumare già qualche giorno prima della broncoscopia, indipendentemente dalle intenzioni di voler smettere in un periodo precedente, confermando la nostra ipotesi che un recente cambiamento del proprio stato di salute che, nel nostro caso, induce a praticare una broncoscopia, rappresentasse una opportunità di intervento per rinforzare un atteggiamento di rifiuto, anche solo temporaneo, del fumo di sigaretta. Il dato osservato non appare necessariamente scontato. È noto infatti che i fumatori in genere tendono a sottovalutare i rischi per la salute legati al fumo e anche nel nostro studio appare chiaro che nonostante la presenza di un gran numero di comorbidità nei soggetti esaminati prime su tutte la BPCO (nel 36% dei casi) e l'ipertensione arteriosa (nel 26%) e la comparsa recedenti di una esacerbazione dei sintomi respiratori, molti di essi hanno



continuato a fumare prima della broncoscopia.

Il tasso di cessazione tabagica correlava con il grado di dipendenza nicotinic (punteggio del FNNDT) solo nel controllo a 1 anno, in accordo con quanto segnalato in letteratura, correlava positivamente con l'essere nello stato di "azione" del processo di cambiamento al momento della broncoscopia, mentre il rischio di ricaduta era strettamente correlato alla presenza di fumatori in casa.

Ciò sottolinea la necessità di supportare con un follow-up più intensivo l'iniziale intervento messo in atto in ambito ospedaliero, superando gli ostacoli che intervengono al ripristino di una comune routine quotidiana, che spesso pro-

ducono una ripresa delle abitudini di vita compresa quella al fumo e suggerisce l'estensione di interventi antitabagici anche ai fumatori conviventi. Come è noto la cessazione tabagica o il ridotto consumo di sigarette ha un effetto benefico sulla remissione di sintomi respiratori anche in pazienti con cancro del polmone.

Anche nel nostro studio smettere di fumare si correlava

con un migliore stato di salute, un minor ricorso a cure e visite di controllo e un minor numero di ricoveri ospedalieri. In conclusione il principale risultato di questo studio (Martucci P, Sestini P, Canessa PA et al. *Smoking cessation in patients requiring bronchoscopy: The Bronchoscopy AntiSmoking Study (BASIS)*. *Respiratory Medicine* (2010) 104, 61-66) è che i fumatori che si sottopongono alla broncoscopia e ricevono da un operatore competente un supporto a smettere di fumare sono altamente motivati a smettere e mostrano alti tassi di cessazione tabagica. ■

Paola Martucci (pmartucci2003@yahoo.it)
UOC Endoscopia Bronchiale e Urgenze Broncologiche,
AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy.
Responsabile Gruppo tabagismo-AIPO.

Effetto della fase mestruale sulle ricadute

Allen SS, Bade T, Center B, Finstad D, Hatsukami D. *Menstrual phase effects on smoking relapse*. *Addiction* 2008 103(5):809-21

Da recenti osservazioni cliniche emerge che le donne hanno una maggiore difficoltà a smettere di fumare rispetto agli uomini dovuta in parte agli ormoni sessuali.

Questo studio di Sharon S. Allen e collaboratori del Tobacco Use Research Center, University of Minnesota, Medical School ha preso in considerazione 202 donne randomizzate per iniziare il trattamento di smoking cessation in fase follicolare (F) o in fase luteinica (L) e seguite per 26 settimane. Scopo del lavoro era di vedere se la fase mestruale d'inizio influenza le ricadute e quindi la tenuta dell'astinenza nel tempo.

Con l'analisi di prevalenza puntuale al 14° giorno l'84% del gruppo F era ricaduto comparato con il 65% del gruppo L [$\chi^2(2)=10.024$, $P=0.002$; Odds Ratio (OR) = 2.871, 95% Confidence Interval (CI), 1.474-5.590]. Al 30° giorno l'86% del gruppo F era ricaduto rispetto al 66% del gruppo L [$\chi^2(2)=11.076$,

$P=0.001$; OR=3.178, 95% CI, 1.594-6.334]. In conclusione questo studio

mostra che le donne che smettono di fumare in fase F hanno avuto un risultato meno favorevole quanto a ricadute di quelle che hanno smesso in fase L. Ciò probabilmente è correlato all'influenza degli ormoni ovarici che potrebbero giocare quindi un ruolo importante nelle smoking cessation delle donne.

(Vincenzo Zagà)





Il fumo passivo si conferma essere un fattore di rischio per tutti i periodi della vita del bambino

Stefania La Grutta, Roberta Calzolari

Numerosi sono i dati che la letteratura scientifica internazionale ha dedicato recentemente al problema del fumo passivo in età prenatale e pediatrica.

Questi dati confermano che nel periodo prenatale l'esposizione della madre al fumo può incidere sfavorevolmente nel normale sviluppo fetale.

Un studio olandese riporta l'associazione tra l'esposizione del feto al fumo proveniente da entrambi i genitori nel periodo periconcezionale ed una specifica variante allelica del gene *MSX1* (gene omeotico coinvolto nella morfogenesi) nell'incrementare significativamente il rischio di malformazioni facciali (*non syndromic orofacial clefts*) nei loro nati (Van den Boogaard et al. - *Hum. Genet.* 2008- 124(5): 525-34). Non sono riportati risultati univoci sull'influenza del fumo sull'atresia esofagea (EA), un difetto moderatamente frequente che si manifesta alla nascita spesso in associazione con una fistola tracheo-esofagea (TEF). Infatti, Wong-Gibbons suggeriscono un'associazione tra atresia esofagea ed esposizione della madre a fumo ed alcool (Wong-Gibbons et al. - *Birth Defects Res Clin Mol Teratol.* 2008; 82(11):776-84), mentre altri confutano l'ipotesi di un incrementato rischio di atresia esofagea nei bambini di donne fumatrici, obese o con un basso livello socio economico, (Oddsberg et al. *J. Pediatr Surg.* - 2008 - 43(10): 1791-5). Vi sono molti dati a supporto dell'influenza del fumo nel determinare uno scarso peso del neonato alla nascita, soprattutto se di sesso maschile (Mirahmadzadeh and Nakhaee - *Med. Princ. Pract.*-2008; 17(6):435-9). Varvarigou e collaboratori confermano che l'effetto del fumo in gravidanza sul ritardo nella crescita nei nati di sesso maschile aumenta con la parità ma è indipendente dall'età materna. (Varvarigou et al.- *Neonatology* -2008; 95(1):61-67). Il fumo materno ha anche effetto sul periodo perinatale dal momento che osservazioni del comportamento neurologico dei nati tra i 10 e i 27 giorni, mostrano un'incrementata richiesta di intervento esterno e minore autoregolazione fisiologica del neonato. (Stroud et al. - *J. Pediatrics* 2008).

Riguardo le norme di prevenzione della patologia respiratoria nel bambino l'abolizione del fumo in gravidanza e la promozione dell'allattamento al seno per un periodo superiore a tre

mesi, riducono le infezioni ricorrenti delle basse vie respiratorie e l'incidenza dell'asma (Karmaus et al. *J. Asthma* - 2008; 45(8): 688-95).

Riguardo l'esposizione al fumo passivo materno post-natale si conferma nell'età infantile l'associazione con incrementato rischio di problemi respiratori (Tanaka et al. - *J. Asthma* - 2008; 45(9):833-8). Lo studio italiano DRIAS (Disturbi respiratori nell'infanzia e ambiente in Sardegna), rivolto a bambini delle scuole elementari aggiunge evidenze al ruolo causale dell'esposizione dei bambini al fumo passivo nello sviluppo di sintomi respiratori (tosse, sibilo, catarro) e asma (Pirastu et al. - *Environ. Res.* (2008). Vi è grande evidenza sul problema dell'esposizione al fumo passivo dei bambini in ambiente domestico e si sottolinea la necessità di adottare misure tese a decrementare tale esposizione (Cursoy et al. *Asian Pac J. Cancer Prev.* - 2008; 9(3):467-72; Hughes *Asian Pac J. Cancer Prev.* - 2008; 9(3):491-5).

Infine dati recenti del 2008 evidenziano altri effetti sulla salute del bambino dipendenti dall'esposizione al fumo passivo. In particolare la letteratura riporta l'associazione tra fumo dei genitori e la precoce insorgenza di carie

nei bambini (Hanioka et al. *Paediatr Perinat Epidemiol.* - 2008; 22(6):546-50) e la maggiore reattività vascolare, cardiaca e pressoria nei bambini nati pretermine (Cohen et al. *Circulation* - 2008; 118(18):1848-53).

Diversi articoli scientifici evidenziano la necessità di sviluppare o implementare i programmi tesi alla prevenzione del consumo di tabacco nell'età adolescenziale (Chen et al. - *Asma S. J. Sch Health.* - 2008; 78(12):649-54; Summerlin - Long and Golstein *J. Sch Health.* -2008; 78(12):625-32). In tal senso l'introduzione di etichette per la dissuasione al fumo nei pacchetti di sigarette è un utile strumento per la lotta al consumo di tabacco tra gli adolescenti (White et al. - *Addiction* - 2008; 103(9): 1562-71).

È inoltre riportata negli adolescenti l'associazione tra consumo di tabacco fumato e presenza di tasche peridontali (Salem et al. - *Odontostomatol Trop.* -2008; 31(122):5-10). ■



Stefania La Grutta* (lagruttastefania@libero.it), Roberta Calzolari
 Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente ARPA - Sicilia,
 Palermo / *Società Italiana di Malattie Respiratorie Infantili-SIMRI

L'esperienza del Centro per il Trattamento del Tabagismo di Novara (CTT): dalla *clinical governance* alle azioni di contrasto al tabagismo

From clinical governance to the actions against smoking addiction: the experience of the centre for the treatment of smoking addiction (CTSA) of Novara

Liborio Martino Cammarata, Giovanni Pistone

Riassunto

Introduzione: La clinical governance (nel senso di arte del governare nella doppia accezione di "istituzione" e "gestione" della Pubblica Amministrazione) svolge un ruolo determinante nel promuovere e tutelare la salute dei cittadini, permettendo di ottimizzare risorse, rispondere alle criticità, produrre miglioramento delle pratiche sanitarie. Anche nell'ambito del contrasto al tabagismo questo modello di riferimento può essere applicato con efficacia. Riportiamo una sintesi delle modalità operative praticate nel nostro Centro per la Terapia del Tabagismo (CTT) e degli aspetti positivi e negativi della nostra attività.

Materiali e metodi: Lo studio effettuato è di tipo retrospettivo ed ha preso in esame i pazienti afferiti presso il nostro CTT (510) dal 2003 all'Agosto 2010. Sono state prese in considerazione diverse variabili, tra cui la ritenzione in trattamento, il tasso di cessazione validato con misurazione del CO espirato, i tipi di trattamento erogati e le modalità di reclutamento/invio dei pazienti. È stata infine fatta un'analisi dei punti di forza e delle criticità del servizio.

Risultati: L'85% dei pazienti è stato sottoposto ad interventi integrati che prevedevano l'uso di farmaci per la smoking cessation e supporti psicologici (counselling, trattamenti individuali o di gruppo) oltre alla gestione di particolari problemi psichiatrici. La ritenzione in trattamento è stata del 90%, mentre al follow up finale (con visita e misurazione del CO) è giunto il 70% dei pazienti. Il 30% dei pazienti è risultato astinente ad un anno (dato controllato col CO in espirium), il 35% ha ridotto le sigg./die a <5, il 20% ha dimezzato il numero di sigarette quotidiane rispetto all'ingresso ed il 15% non ha concluso i trattamenti proposti, disperdendosi ai controlli previsti. Il trattamento più efficace si è rivelato fino ad ora l'associazione tra Varenicline e psicoterapia di gruppo, con il 68% di successi ad un anno tra i pazienti trattati con questo schema. Scarsi sono stati gli invii da parte dei medici di medicina generale (9%), mentre da strutture sanitarie ospedaliere o specialistiche è giunto un altro 12% di utenza. Punti di forza sono risultati: la flessibilità oraria utilizzata per i trattamenti, la disponibilità di locali dedicati, le facilitazioni nel contatto telefonico (segreteria telefonica sempre attiva, uso di cellulare aziendale dedicato).

Conclusioni: Una delle principali criticità rilevate nella nostra realtà territoriale, è rappresentata proprio dalla pervicace dicotomia tra le varie discipline e il CTT e dalla non condivisione del paziente tabagista nello spirito "di impresa" della Clinical Governance. È auspicabile che possano realizzarsi protocolli e politiche aziendali congrue in tal senso, intesi non come sporadici fenomeni locali legati al "buon senso" di singole unità operative ma come estese applicazioni su territorio nazionale di un concetto, la Clinical Governance, che appare istituzionalmente ormai imprescindibile.

Parole chiave: *Clinical Governance, smettere di fumare, medici basata sull'evidenza.*

Abstract

Introduction: Clinical governance (meaning the art of governing, with a twofold significance, that is "institution" and "management" of the public administration) plays an important role in safeguarding and improving citizen's health, facilitating resources optimization and problems management. There can also be a positive influence when the aforementioned model is applied on the field against smoking. We report a summary of the operational procedures of our Centre for the Treatment of Smoking Addiction (CTSA), as well as the benefits and drawbacks of our activity.

Materials and methods: This is a retrospective study, comprising 510 patients who were admitted to our CTSA from 2003 till August 2010. Several variables were taken into consideration, such as the treatment adherence, the smoking cessation rate validated by measuring the exhaled CO, the types of applied treatment and the ways of recruitment / referrals of patients. An analysis of the strengths and weaknesses of the service was also carried out.

Results: 85% of the patients underwent integrated interventions consisting of drug treatment for smoking cessation and psychological support (counselling, individual or group treatments), as well as management of particular psychiatric conditions. Treatment adherence was 90%, while in the final follow-up (with consultation and CO measurement) this rate reached 70%. In a year's time, 30% of the patients didn't smoke (as measured by exhaled CO), 35% decreased consumption to less than 5 cigarettes per day, 20% reduced the amount of cigarettes to half and 15% didn't conclude the proposed treatments, missing programmed controls. The most effective treatment was the association between Varenicline and group psychotherapy; 68% of the patients who followed this type of treatment succeeded. Referrals by General Practitioners were particularly inadequate (9%), while those from hospitals or specialized services reached 12%. The strengths were the time flexibility of treatments, the availability of dedicated places, the ease of getting in contact with the service (voicemail always activated, use of dedicated mobile phone).

Conclusions: One of the major problems of our territorial reality is the obstinate dichotomy between various disciplines and the CTSA and the smokers who do not share the "enterprising" spirit of the clinical governance. It is necessary to develop protocols and corporate policies, not just in terms of sporadic "good sense" efforts of single operational units, but also as an extended national implementation of a concrete concept, namely the clinical governance, which currently seems to be institutionally essential.

Keywords: *Clinical governance, smoking cessation, evidence-based medicine.*

Liborio Martino Cammarata (liborio.cammarata@asl.novara.it)
Direttore Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" (D.P.D.) – ASL "NO" – Novara

Giovanni Pistone
Dirigente Medico – Referente CTT/CAF – ASL "NO" – Novara

INTRODUZIONE

Il termine "Clinical Governance" (CG) deriva dal verbo greco *kùbernan* (guidare, dirigere). Fu utilizzato per la prima volta da Platone per designare il modo di governare gli uomini. Il termine inglese "governance" individua invece l'arte di governare nella doppia accezione di "istituzione" e "gestione" della Pubblica Amministrazione (PA), che prevede l'integrazione della società civile con le istituzioni. Rappresenta cioè una maniera di gestire la PA basata sulla multidisciplinarietà e, al contempo, è da considerarsi come una visione etica del lavoro nella quotidianità. Con il termine "clinical" si intende invece non la traduzione letterale (clinico, cioè applicato a percorsi diagnostico-terapeutici) ma l'intero ambiente sanitario. Il concetto di CG è dunque un nuovo modo di intendere la gestione di tale ambiente sanitario sulla base di 4 aspetti fondamentali: responsabilità, trasparenza, coinvolgimento, etica del lavoro¹.

La prima volta che fu affrontato con un certo impegno il tema del governo clinico nel sistema sanitario italiano risale al Dicembre 2003, quando l'allora ministro della Salute Sirchia nel suo disegno di legge prevedeva l'introduzione della figura di un "coordinatore clinico" che provvedesse all'ordinamento delle aziende sanitarie². La CG è stata definita per la prima volta nel 1998 dal Ministero della Sanità inglese come "l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso cui le istituzioni sanitarie assumono una diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati i livelli di servizio, attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'espressione dell'eccellenza professionale"³. O, per dirla con altri Autori: "la CG è un sistema attraverso cui le Aziende sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria"⁴. La qualità dell'assistenza non può infatti attribuirsi al comportamento del singolo, ma ad un'azione sistemica che richieda il coinvolgimento di tutte le componenti del servizio sanitario in

termini di risorse umane (medico, infermieristico, tecnico, amministrativo), funzioni (Ospedale e Territorio), tipo di attività (prevenzione, cura, riabilitazione), livelli di organizzazione (Azienda, Unità Operativa, singolo Operatore). La *governance* è dunque una modalità di governare sistemi complessi caratterizzati da forti autonomie che, proprio in quanto forti, si influenzano e si limitano a vicenda in un clima che a volte, quando non spesso, sfocia in una mancata definizione delle responsabilità, come si verifica laddove operano reti di individui o di strutture auto-organizzate o laddove ci sono da difendere non solo interessi economici ma valori (come, appunto, la salute). Il concetto di CG, se correttamente applicato, permette di superare i conflitti per così dire "endemic" di ogni sistema sanitario, attuando cambiamenti radicali di natura culturale, organizzativa e gestionale. La CG dovrebbe riuscire a rimuovere il conflitto fra le componenti professionale ed amministrativo-gestionale dell'Operatore aziendale, in quanto le decisioni assistenziali assunte dai clinici per il singolo paziente dovrebbero considerare la loro ricaduta nella gestione dell'Azienda. Inoltre, tale pratica potrebbe riaccendere lo "spirito di servizio" tipico delle aziende che producono azioni dirette alla persona e che si è progressivamente perduto nei servizi pubblici.

Clinical Governance e Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si propone, in virtù del DL 502/92, come una struttura aziendalizzata, i cui obiettivi sono: la massimizzazione del margine di recupero dell'efficienza, la riduzione dei costi di produzione dei servizi, il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie¹. È chiaro che se tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) ottimizzassero e facessero proprio questo concetto, l'intero SSN raggiungerebbe il livello di eccellenza⁵. Si tratta quindi di individuare ed attuare la migliore sequenza interconnessa di attività, per fornire ad ogni singolo cittadino la prestazione complessiva più appropriata ed efficiente (output), aumentando la possibilità di un esito favorevole dal

punto di vista prognostico *quoad vitam et valetudinem*. L'ASL è quindi una cellula del SSN costituita da una rete di sistemi interagenti tra loro che eroga servizi efficaci ed efficienti in un'ottica di qualità. La realizzazione di questa *mission possible* si articola sulla corretta gestione di un budget concordato ed accettato da tutti gli attori, sull'applicazione di procedure condivise, sulla responsabilità di programma con pianificazione degli interventi, sulla responsabilità di priorità basata sulla rilevanza delle scelte⁶⁻⁷.

Evidence based medicine

Già nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) del triennio 2006-2008 il riferimento alla CG come parte integrante e linea strategica "cardine" dell'evoluzione del SSN è divenuto più pressante ed urgente nell'ottica di una parola d'ordine quanto mai semplice da pronunciare (o immaginare) ma spesso difficile da realizzare: **integrazione**. Nel punto 3.3.2.2. di tale PSN, ci si rivolge alla CG come ad uno "strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle complessive capacità e dei capitali del SSN, con lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica"⁸. In un simile contesto, soprattutto in termini di trasparenza e accountability, le prove di efficacia (Evidence based medicine) sulle quali fondare le azioni sono da considerarsi un indispensabile strumento di governo clinico. Il corretto uso dei risultati della ricerca sull'efficacia degli interventi per la scelta di azioni sanitarie, che produce un coscienzioso e giudizioso uso della migliore evidenza attuale nel prendere decisioni nei confronti dell'individuo, è la medicina basata sull'evidenza⁹. L'efficacia e la sicurezza dei provvedimenti in termini di terapia, riabilitazione e prevenzione sono fondamentali per un corretto governo clinico. Tutti i parametri che afferiscono a tale modello di riferimento appaiono utili per una maturazione del sistema. Si impone quindi una presenza medica sempre più costante nel fornire evidenza del proprio lavoro, attraverso una revisione formale dei processi e dei risultati clinici¹⁰. Anche nell'ambito del contrasto al taba-

gismo il modello di riferimento con le modalità interattive e le finalità sopra illustrate risente dei benefici laddove è applicato e delle criticità laddove non è osservato. Ciò si evince chiaramente se si considera che il dipendente da nicotina (così come dalle più comuni sostanze psicotrope d'abuso) è più che mai un paziente "complesso" per il quale sono richieste sia la programmazione/esecuzione di un piano clinico-psico-socio-educativo all'interno del Dipartimento che una stretta condivisione inter-dipartimentale aziendale.

MATERIALI E METODI

Il Centro di Trattamento del Tabagismo, afferente al Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" dell'ASL "NO" di Novara, ha svolto sul Territorio, in questi ultimi sette anni, attività di prevenzione, cura ed informazione sul tabagismo. Sono afferiti presso tale Struttura 510 pazienti dal 2003 all'Agosto 2010, l'85% dei quali è stato sottoposto ad interventi completi di counselling, trattamenti psicologici individuali o di gruppo, trattamenti farmacologici singoli od integrati con quelli psicologici, trattamenti farmacologici di supporto per le problematiche psichiche ed organiche correlate alle varie fasi di disassuefazione dalla nicotina. La ritenzione in trattamento è stata del 90%, mentre al follow up finale (con visita e misurazione del CO) è giunto il 70% circa. Il paziente "tipo" giunto alla nostra osservazione è maschio, di età compresa tra i 35 ed i 40 anni, fuma da più di 20 anni, ha una buona motivazione a smettere, un buon grado di autoefficacia e di frattura interiore, è motivato a smettere essenzialmente per problemi attuali di salute fumo-correlati (in particolare cardio-respiratori) ma anche per paura di sviluppare patologie future; proviene da almeno due tentativi "seri" di smettere di fumare (di cui uno, male autogestito, con NRT) che però non hanno mai sortito un'astinenza massima superiore ai due mesi consecutivi. Egli presenta in circa il 25% dei casi una patologia pregressa (in maggioranza) od attuale di pertinenza psichiatrica non sempre diagnosticata e curata da specialisti di riferimento, rappresentata da sindromi ansioso-depressive, attacchi

di panico, disturbi bipolari con prevalenza depressiva. In due casi abbiamo trattato pazienti affetti da demenza su base vascolare e degenerativa (allo scopo di ridurre le sigg/die ed i comportamenti a rischio, soprattutto notturni) ed in altri due (un percorso chiuso e l'altro in corso) pazienti con sindrome di Asperger. Nel 10% dei casi i pazienti erano anche pregressi od attuali abusatori di alcolici. Il nostro paziente "tipo" presenta anche una forte dipendenza fisica, supportata da una discreta componente psicologica e gestuale. Per gestire i pazienti utilizziamo una cartella clinica "tabaccologica" che contiene informazioni anagrafiche, anamnestiche generali e specifiche sulle abitudini voluttuarie (fumo in particolare) nonché gli spazi per annotare gli esiti dei colloqui, i trattamenti effettuati ed il loro esito nel corso dei follow up programmati (fino a 12 mesi dalla fine del trattamento). Nel corso del tempo, i principali punti di forza del nostro Centro per la Terapia del Tabagismo (CTT) si sono rivelati: la disponibilità di una segreteria telefonica 24 ore su 24 con appuntamento entro 7 giorni dalla chiamata; la notevole flessibilità oraria quotidiana nell'ambito degli orari di apertura del Dipartimento per incontrare realmente le esigenze di tutti i pazienti; la disponibilità di stanze dedicate per gli incontri medici, psicodiagnostici e psicoterapeutici individuali e di gruppo; la dotazione degli strumenti per eseguire prove specifiche quali la misurazione del Monossido di Carbonio (CO) espirato, la spirometria e l'ECG; la fornitura di un numero di cellulare aziendale dedicato da utilizzare nelle ore di servizio diurne; la gratuità del trattamento. Inoltre, il personale operante presso il CTT ha lavorato nella realizzazione di progetti, pubblicazioni a mezzo stampa, interventi radiotelevisivi locali, incontri con le equipe territoriali di medicina di base e serate di sensibilizzazione ed informazione dirette ai Medici di Medicina Generale per rendere visibile la Struttura nell'ambito provinciale, anche grazie ai displays elettronici della Provincia posti nelle principali città agli incroci e nei rondò. Solo il 9% dei nostri pazienti è giunto in seguito ad invii dei medici di base e circa il 12% del

totale è giunto a noi su segnalazione di Operatori sanitari attivi presso Ospedali o Territorio. Non abbiamo invece incontrato difficoltà quando siamo stati noi ad inviare, per opportuni approfondimenti diagnostico-terapeutici, pazienti che alla prima valutazione clinica avevano presentato segni o sintomi (soprattutto di pertinenza cardiologica e respiratoria) da essi sottovalutati e, quindi, non riferiti al proprio MMG.

RISULTATI

I trattamenti erogati in questi sette anni di terapia del tabagismo hanno fornito risultati incoraggianti: il 30% dei pazienti è risultato astinente ad un anno, il 35% ha ridotto le sigg/die a <5, il 20% ha dimezzato il numero di sigarette quotidiane rispetto all'ingresso ed il 15% non ha concluso i trattamenti proposti, disperdendosi ai controlli previsti. Il trattamento più efficace si è rivelato fino ad ora l'associazione tra Vareniclina e psicoterapia di gruppo, con il 68% di successi ad un anno tra i pazienti trattati con questo schema. Tutti i pazienti sono stati controllati con la rilevazione del CO in espirium.

DISCUSSIONE

L'auspicabile ottimizzazione del lavoro di rete potrebbe incrementare le percentuali di successo se fosse possibile instaurare una vera e propria "governance" con gli specialisti che gestiscono i pazienti con patologie organiche e psichiche fumo-correlate (ma non solo...), come esito sia di una migliore co-gestione terapeutica che di un aumentato flusso in entrata verso i CTT. Una delle principali criticità rilevate nella nostra realtà territoriale, probabilmente (con le debite proporzioni) estensibile a livello nazionale, è rappresentata proprio dalla pervicace "dicotomia" tra le varie discipline e i CTT e dalla non condivisione del paziente tabagista nello spirito "di impresa" della CG. Basti pensare:

- al numero di Specialisti che le patologie internistiche e chirurgiche fumo-correlate possono coinvolgere (Pneumologi, Otorinolaringoiatri, Chirurghi, Ginecologi ed Ostetrici, personale dei Consultori, Oncologi, Angiologi, Cardiologi, Allergologi, ecc.);

- al frequente riscontro, nei tabagisti, di patologie di tipo psichiatrico più o meno gravi che richiedono la co-gestione con Psichiatri e/o Psicologi/ Psicoterapeuti;
- al grande numero di fumatori attivi o passivi o di potenziali futuri fumatori che passano quotidianamente tra le maglie della Medicina Generale, ovvero il primo vero contatto che qualunque cittadino ha con il SSN a partire dai suoi bisogni elementari.

A tale scopo, uno degli obiettivi aziendali dell'A.S.L. "NO" per l'anno in corso prevede, tra le attività di Clinical Governance, lo sviluppo di n. 4 azioni di contrasto al fumo di tabacco che coinvolgono il nostro Centro, la Struttura Complessa Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (s.c. SSEPI), la s.c. Qualità e Organizzazione, Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (s.c. SIAN), la Struttura Complessa Servizio Tossicodipendenze (s.c. SerT), la Struttura Complessa Servizio Igiene Sanità Pubblica (s.c. SISP) (nell'ambito del progetto PASSI) e il Gruppo Aziendale di Lavoro del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) sulla Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

Le 4 azioni sviluppate dal Gruppo aziendale Clinical Governance "Azioni di contrasto al fumo di tabacco":

1. "Promuovere la disassuefazione dal fumo di tabacco attraverso la sensibilizzazione dei soggetti, disponibili al cambiamento, che accedono agli ambulatori SIAN di consulenza nutrizionale nell'ambito della promozione a stili di vita sani" - Obiettivi Generali:

individuare e mettere in atto corretti percorsi di sostegno alla disassuefazione per gli utenti fumatori che afferiscono agli ambulatori nutrizionali della s.c. SIAN.

2. "Coinvolgere i Medici di Medicina Generale (MMG) nelle azioni di contrasto al fumo di tabacco – attraverso l'applicazione del PDTA sulla BPCO, tramite il counselling breve proposto dal PRAT Piemonte e basato sulle 3A (Ask, Advise, Assess) al fine di un utilizzo appropriato del CTT" - Obiettivi Generali: diffondere negli ambulatori medici la pratica del minimal advise; promuovere nei MMG la selezione ed il sostegno del paziente ai fini dell'invio al CTT; attuare la co-gestione del paziente in trattamento e in follow-up; potenziare le offerte di cura e sostegno nei fumatori con BPCO;
3. "Lasciateci puliti": progetto di prevenzione rivolto agli Alunni di II media inferiore, genitori ed insegnanti delle scuole secondarie di primo grado ("Laboratorio Salute") - Obiettivi Generali: modificare l'atteggiamento dei pre-adolescenti verso il fumo di sigarette; far acquisire agli insegnanti comportamenti basati sulle conoscenze dei temi trattati;
4. "Predisposizione e diffusione di materiale informativo" - Obiettivi Generali: predisposizione di materiale comunicativo informativo rivolto a popolazione, MMG/PLS, etc., in cui includere informazioni integrate sulla problematica fumo di tabacco (dati di prevalenza, descrizione rischi, impatto sanitario, descrizione accesso al CTT, etc.).

CONCLUSIONI

La nostra settennale esperienza nella terapia del tabagismo in pazienti spesso complessi ci fa ipotizzare che una maggiore interattività tra CTT e Strutture Territoriali e/o Ospedaliere, nel rispetto dei concetti di CG e EBM, possa contribuire a migliorare notevolmente la qualità di assistenza da parte del SSN nei confronti dei pazienti tabagisti in termini di *output* ed *outcome*. È auspicabile quindi che possano realizzarsi in tempi brevi protocolli e politiche aziendali congrue in tal senso, intesi non come sporadici fenomeni locali legati al "buon senso" di singole Strutture operative ma come estese applicazioni sul territorio nazionale di un concetto che appare istituzionalmente ormai imprescindibile. ■

LEGENDA

ASL: Azienda Sanitaria Locale

B.P.C.O.: Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva

CG: clinical governance

CTT/CAF: centro di trattamento del tabagismo/ centro anti-fumo

EBM: evidence based medicine (medicina basata sull'evidenza)

MMG: medico di medicina generale

PA: Pubblica Amministrazione

P.A.S.S.I.: Progressi Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

P.D.T.A.: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

P.L.S.: Pediatri Libera Scelta

PRAT: Piano Regionale Anti-Tabacco

PSN: Piano Sanitario Nazionale

s.c. Ser.T.: Struttura Complessa Servizio Tossicodipendenze

s.c. S.I.A.N.: Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

s.c. S.I.S.P.: Struttura Complessa Servizio Igiene Sanità Pubblica

s.c. SSEPI: Struttura Complessa Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

Bibliografia

1. Vettori A. "Clinical Governance, significato originale e stato attuale nel sistema sanitario" Rivista S.I.M.M.G. 2005; 1: 19-21
2. Panà A., Muzzi A. "Governo clinico e sanità pubblica" Igiene e Sanità Pubblica 2004; 60 (3): 115-120.
3. "Department of Health. A first class service. Quality NHS. London: 1998" on Igiene e Sanità pubblica 1999; 55: 189-267.
4. Scally G., Donaldson L.J. "The NHS's 50 anniversary: clinical governance and the drive

for quality improvement in the new NHS in England." BMJ 1998; 317 (7150): 61-65.

5. Wewers M.E., Bailey W.C., Carlsen K.H. Eisner M.D., Folan P., Heath J. et al. "An official American Thoracic Society workshop report: tobacco control initiatives within the American Thoracic Society." Proc. Am. Thorac. Soc. 2010; 7 (1):1-7.
6. Schultz A.S. "Nursing and tobacco reduction: a review of the literature." Int. J. Nurs. Stud. 2003; 40 (6): 571-586.
7. Roberts J., McKeown K. "Clinical governance for nurses: smoking cessation in-

terventions." Nurs. Stand. 2001; 15 (40): 33-36.

8. Ministero della Salute della Repubblica Italiana "Linee generali del PSN 2006-2008" Roma 12/9/2005.
9. McColl A., Roderick P., Smith H., Wilkinson E., Moore M., Exworthy M. "Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators." Qual. Health Care 2000; 9(2): 90-97.
10. Coleman T., Lakhani M., Wilson A. "Managing smoking cessation." Br. Med. J. 1999; 318: 138-139.

Patologie respiratorie nel cane e nel gatto ed esposizione al fumo passivo: studio epidemiologico retrospettivo

Correlation between respiratory diseases in dogs and cats and environmental tobacco smoke – epidemiological and retrospective study

Matteo Cerquetella, Fulvio Laus, Sara Casturani, Emanuele Paggi, Massimo Cecaro, Vincenzo Zagà

Riassunto

Introduzione. Il fumo passivo (ETS) rappresenta un problema per la salute dell'uomo e, recentemente, l'interesse nei confronti dell'ETS è aumentato anche per quanto riguarda gli animali da compagnia; sono infatti presenti diversi studi finalizzati a definire con maggiore precisione il rapporto fumo di tabacco ambientale/pets. Nel presente lavoro è stato effettuato uno studio epidemiologico retrospettivo la cui finalità è stata quella di individuare l'eventuale correlazione tra la presenza di patologie respiratorie al momento della visita e/o in passato, in cani e gatti, e l'ETS.

Metodi. L'indagine è stata effettuata ponendo dei questionari ai proprietari degli animali condotti in visita presso l'"Ospedale Veterinario Didattico", Scuola di Scienze Mediche Veterinarie, Università di Camerino; il totale dei soggetti inclusi è stato di 440: 320 cani e 120 gatti.

Risultati. Il presente lavoro mette in evidenza una maggiore percentuale di soggetti malati tra cani esposti al fumo di tabacco rispetto ai non esposti. Pur in assenza di una correlazione statistica, l'elaborazione dei dati evidenzia una tendenza verso il valore soglia di significatività in questi pazienti relativamente a tale rapporto (stato di salute/esposizione al fumo di tabacco).

Conclusioni. Il presente studio, basato su un questionario e quindi presentante il limite oggettivo dell'attendibilità della restituzione del dato, rappresenta lo spunto per successivi lavori basati su campioni ancora più ampi ed omogenei, nonché su cartelle cliniche e non su questionari, con finalità correlate non soltanto a migliorare lo stato di salute degli animali ma anche dell'uomo, come stimolo aggiuntivo per il fumatore verso una riduzione di tale abitudine.

Parole chiave: fumo passivo, patologie respiratorie, cane, gatto.

Abstract

Introduction. Passive smoking (ETS) represent a well-known problem for men's health and recently there has also been a growing interest on that matter in veterinary medicine, as shown by several studies aiming to better define the relation between environmental tobacco smoke and pets.

In the present work, a retrospective epidemiological study has been performed aiming at evaluating the eventual correlation between respiratory diseases in dogs and cats and ETS.

Methods. The study was carried out by distributing a questionnaire to the owners of pets brought in visit at the "Veterinary Teaching Hospital", School of Veterinary Medical Science, University of Camerino; 440 subjects were included, 320 out of which were dogs and 120 cats.

Results. The present study reports a higher percentage of ill patients among dogs exposed to ETS compared to the ones not exposed.

Even in the absence of a statistical correlation, data processing shows a tendency towards the threshold of significance for this association in these patients (health status / exposition to ETS).

Conclusioni. Even though the study is based on a questionnaire presenting data reliability limits, it could provide a cue for future ones with larger samples and clinical data, rather than questionnaires.

Future studies may aim at ameliorating not only pets but also men's health, as they could become a possible further stimulus for smokers to quit their habit.

Keywords: second hand smoke, respiratory diseases, dog, cat.

INTRODUZIONE

Le conseguenze dell'esposizione al fumo passivo (fumo di tabacco ambientale o environmental tobacco smoke – ETS) vengono studiate da tempo in medicina umana, e diverse pubblica-

zioni ne riportano gli effetti nocivi sulla salute¹⁻⁵. Negli ultimi tempi, l'interesse nei confronti del rapporto ETS/salute è tuttavia in crescita anche per quanto riguarda gli animali da compagnia (pets) tanto che anche in questo campo gli studi, pur se presenti in numero

non particolarmente cospicuo⁶, sono in grado di fornire dati interessanti. Infatti, anche in medicina veterinaria, negli ultimi tempi, sono stati prodotti alcuni studi originali e rassegne di letteratura che riportano di una possibile associazione tra alcune condizioni patologiche,

Matteo Cerquetella,

(matteo.cerquetella@unicam.it)

Fulvio Laus

Medico Veterinario, Ricercatore Universitario,
Scuola di Scienze Mediche Veterinarie,
Università degli Studi di Camerino

Sara Casturani

Medico Veterinario,
Fermo

Emanuele Paggi

Medico Veterinario, PhD,
Libero Professionista,
Perugia

Massimo Cecaro

Medico Veterinario,
Libero Professionista
Macerata, Giornalista
dell'Associazione Stampa
Medica Italiana

Vincenzo Zagà

U.O di Pneumotisiologia
Territoriale Azienda USL
di Bologna,
Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

soprattutto respiratorie, e l'esposizione al fumo di tabacco, attivo e passivo⁷⁻¹⁴. Tale crescente interesse deriva anche dal fatto che gli animali, cani e gatti in particolare, vivendo spesso in stretto contatto con i rispettivi proprietari si ritrovano a dividerne in molti casi l'ambiente di vita e, nel caso il proprietario sia un fumatore, anche l'esposizione al fumo passivo. Peraltro, questa del fumo passivo a danno degli animali domestici può diventare un'arma motivazionale in più a smettere di fumare per tutti quei fumatori amanti degli animali da compagnia^{15,16}. Nell'uomo l'esposizione al fumo passivo è stata correlata a differenti patologie, acute e croniche, in particolare a carico degli apparati cardiovascolare e respiratorio così come allo sviluppo di neoplasie¹. Tale correlazione tra ETS ed effetti negativi sulla salute viene riportata anche per i soggetti in età pediatrica, dove quello respiratorio risulta essere uno degli apparati tra i più colpiti^{2,5}. L'apparato respiratorio è stato indagato in tal senso anche in medicina veterinaria. In letteratura sono riportati studi che riferiscono di un'associazione tra lo sviluppo di forme neoplastiche sia a livello nasale che polmonare nel cane, in funzione della conformazione anatomica, e l'esposizione all'ETS^{8,9}. Altri studi più recenti hanno indagato il rapporto tra ETS e tosse cronica nel cane, senza tuttavia individuare delle correlazioni statistiche¹⁷ o sempre tra l'esposizione al fumo passivo e le tipologie cellulari presenti nei liquidi di lavaggio bronco-alveolare (BALFs) mettendo in evidenza un aumento della numerosità di due tipi cellulari, linfociti e macrofagi, nei BALFs di un gruppo di cani esposti al fumo passivo rispetto a quelli del gruppo dei non esposti⁶. Si ricorda infine che studi effettuati nel gatto hanno evidenziato una possibile associazione tra ETS e due tipi di neoplasie, il linfoma maligno e il carcinoma squamo-cellulare orale, e che negli animali, anche vie di assunzione differenti da quella inalatoria, ad esempio quella orale come nel caso del leccamento del mantello (*grooming*) e dell'ingestione di sigarette e cicche¹⁸, potrebbero giocare un ruolo importante¹⁰⁻¹².

I dati riportati nel presente articolo, la cui finalità è stata quella di cercare una eventuale correlazione tra ETS e patologie respiratorie nel cane e nel gatto, sono stati estrapolati da una Tesi di Laurea in Medicina Veterinaria discussa presso la Scuola di Scienze Mediche Veterinarie, Università degli Studi di Camerino, che consisteva in un'indagine epidemiologica retrospettiva allo scopo di valutare eventuali correlazioni tra patologie respiratorie ed abitudini di vita di cani e gatti, compresa l'eventuale esposizione al fumo di tabacco ambientale.

METODI

Nel presente studio, iniziato a gennaio 2009 e completato a febbraio 2010, sono stati considerati 440 animali, di cui 320 cani e 120 gatti. Lo studio è stato condotto attraverso la compilazione di un questionario, facoltativo e anonimo, che veniva proposto ai proprietari degli animali condotti in visita presso l'"Ospedale Veterinario Didattico" della Scuola di Scienze Mediche Veterinarie, Università degli Studi di Camerino, al momento dell'accettazione e da compilarsi durante l'eventuale periodo di attesa, garantendo peraltro la disponibilità a fornire, laddove richiesto, una guida nella compilazione. All'atto della compilazione del questionario i proprietari degli animali venivano informati del fatto che i dati forniti sarebbero stati utilizzati a fini scientifici, come peraltro espressamente indicato nel questionario stesso. Le domande riportate

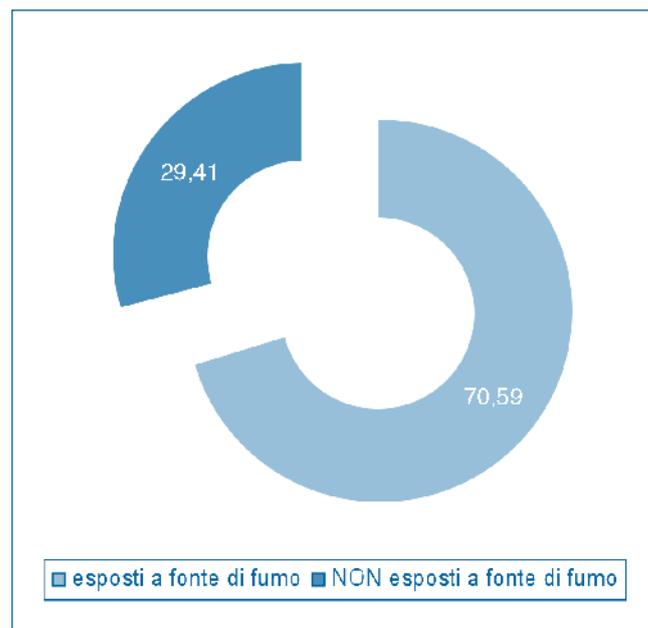


Grafico 1. Specie canina: suddivisione della popolazione dei malati in base all'esposizione a una/entrambe le fonti di fumo (n°24 – 70,59%) o a nessuna delle due (n°10 – 29,41%).

nel modulo erano mirate a conoscere eventuali fattori di rischio correlabili all'ambiente di vita degli animali, prendendo in considerazione anche l'esposizione al fumo di tabacco e l'eventuale presenza di un camino nell'ambiente di vita. Più precisamente, similmente ad altri precedenti studi^{8-11,17,19}, venivano richieste, tra le altre, informazioni relative alle ore trascorse in casa e fuori, alla popolosità della città di provenienza, alla fascia climatica di residenza oltre a quelle specifiche mirate a conoscere se il paziente visse con fumatori e, nel caso, al fumo di quante sigarette fosse esposto quotidianamente. Infine, veniva chiesto se l'animale avesse sofferto in passato o fosse tuttora sofferente di problematiche respiratorie e quale diagnosi fosse stata emessa al riguardo. Relativamente alla variabile esposizione al fumo di tabacco gli animali sono stati valutati sia previa suddivisione per specie (cane e gatto) che complessivamente, considerando anche l'eventuale concomitante presen-



za, nell'ambiente di vita, di un camino. I dati relativi alla variabile esposizione al fumo di tabacco (esposti – non esposti e numero di sigarette/die <15 – >15) sono infine stati sottoposti a valutazione statistica (test χ^2), sia singolarmente per le due specie che complessivamente, utilizzando come livello di significatività valori di $P < 0,05$; tale indagine è stata effettuata escludendo dal campione dei malati i pazienti per i quali fosse presente nell'ambiente di vita un camino o per i quali non si conoscesse lo stato di esposizione a quest'ultimo. Un'elaborazione statistica è stata effettuata anche prendendo in considerazione come variabile l'esposizione a una/entrambe le fonti di fumo – nessuna delle due, rispetto allo stato di salute/malattia. I risultati emersi dall'analisi dei questionari hanno consentito di arrivare ad interessanti considerazioni pur se in assenza di significatività statistica.

RISULTATI

Nelle **tabelle 1 e 2** è riportato il numero di animali affetti da forme respiratorie, previa suddivisione per specie (cane e gatto), considerando come variabile l'eventuale esposizione al fumo di tabacco e contestualmente indicando anche, quando noto, l'eventuale presenza di un camino. Nella **tabella 3** sono invece riportati solo gli animali malati al fine di meglio inquadrare il rapporto tra l'eventuale esposizione al fumo di tabacco e l'eventuale presenza nell'ambiente di vita di un camino. Da notare che relativamente alla specie canina il numero totale degli animali malati è 34 e non 36, perché i pazienti per i quali non si conosceva lo stato di esposizione al camino ($n^{\circ}1$) o a entrambi ($n^{\circ}1$) non sono stati inclusi (vedasi **tabella 1**) e che per la specie felina, invece, il numero totale degli animali malati è 11 e non 13 perché i pazienti per i quali non si conosceva lo stato di esposizione al camino non sono stati inclusi. I **grafici 1 e 2** derivati dalla **tabella 3** mostrano invece i pazienti malati suddivisi sulla base del fatto che fossero esposti a una/entrambe le fonti di fumo ovvero a nessuna delle due. Nella **tabella 4** vengono riportate nella specie canina, felina ed in entrambe il rapporto tra animali sa-

ni e malati sul totale degli indagati in funzione dello stato di esposizione al fumo di tabacco. Va sottolineato come nel cane il totale degli esposti è risultato essere 109 e non 115 come riportato nella **tabella 1** poiché tra i malati, 6 sono stati esclusi in quanto contemporaneamente esposti anche al camino (malati esposti 11 invece di 17), mentre il totale dei non esposti è risultato essere 189 e non 197 poiché tra i malati 8 non sono stati inclusi nella tabella in quanto 7

contemporaneamente esposti anche al camino, mentre di 1 non si conosceva lo stato di esposizione a quest'ultimo (malati non esposti 10 invece di 18). Per quanto riguarda la specie felina i dati risultano essere scarsamente valutabili a motivo del fatto che tutti e tre i soggetti malati esposti al fumo lo erano contemporaneamente anche al camino, e quindi eliminando dal computo, come nel caso precedente gli esposti ad entrambe le variabili il dato dei malati esposti al solo fumo è risultato essere pari a zero. Si noti che anche in questo caso il numero dei soggetti totali indagati e non esposti al fumo di tabacco è diverso da quello precedentemente riportato (vedasi **tabella 2**), 74 invece di 80, poiché sono stati esclusi 6 pazienti malati in quanto 4 contemporaneamente esposti anche al camino, mentre di 2 non si conosceva lo stato di esposizione a quest'ultimo. Infine, anche la somma dei valori riportati nella due specie separatamente va letta alla luce delle considerazioni appena riportate. Relativamente ai risultati delle indagini statistiche effettuate circa le variabili esposizione al fumo di tabacco e/o al camino e stato di salute, in nessun caso si sono ottenuti valori significativi, anche se, nella specie canina prendendo in considerazione animali malati esposti solo

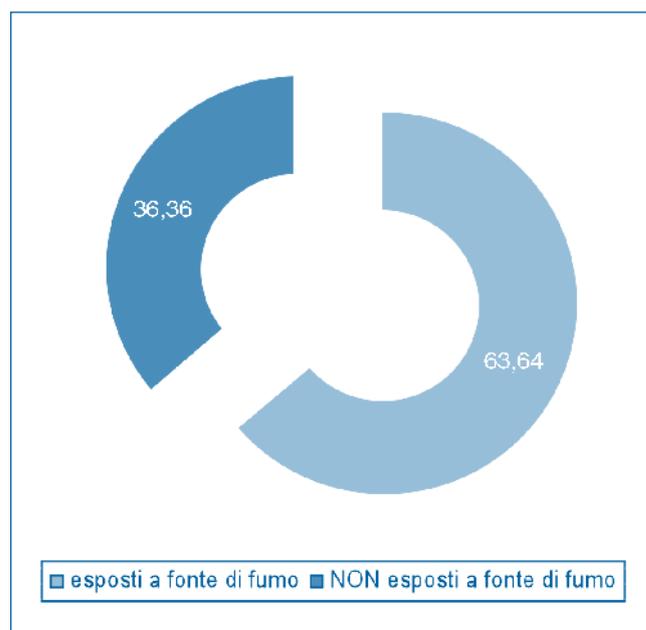


Grafico 2. Specie felina: suddivisione della popolazione dei malati in base all'esposizione a una/entrambe le fonti di fumo ($n^{\circ}7 - 63,64\%$) o a nessuna delle due ($n^{\circ}4 - 36,36\%$).

al fumo di sigaretta (**tabella 4**), il valore di P è risultato essere pari a 0,12. Anche effettuando la valutazione della correlazione tra numero di sigarette a cui gli animali sarebbero stati potenzialmente esposti e la presenza di patologie respiratorie non si sono ottenuti risultati statisticamente significativi.

DISCUSSIONE

Il dato di maggior interesse scaturito dal presente studio relativamente alla variabile esposizione al fumo di tabacco è rappresentato dal risultato dell'indagine statistica effettuata nella specie canina (considerando tra i malati soggetti esposti solo al fumo di tabacco) il quale, pur non essendo associato ad una significatività, mostrava come questo fosse vicino a detta soglia. Tale tendenza, valutata alla luce della maggior percentuale di cani affetti riscontrata nel gruppo degli esposti al fumo di tabacco rispetto ai non esposti, assume un valore ancora maggiore nonché più vicino a quanto riportato in letteratura circa le possibili responsabilità attribuibili al fumo passivo nello sviluppo/progressione di patologie respiratorie sia nell'uomo che negli animali^{1-5,9,12}. Relativamente a questo aspetto è importante considerare che il risultato dello studio avrebbe potuto essere verosimilmente differente se il

Tabella 1. Specie canina: raffronto tra esposizione al fumo di tabacco, numero di soggetti affetti da forme respiratorie ed eventuale concomitante presenza di un camino nell'ambiente di vita del paziente.

ESPOSIZIONE AL FUMO DI TABACCO	SOGGETTI INDAGATI	NUMERO MALATI	Animali MALATI esposti al CAMINO
SI	115	17 (14,78%)	6 (pertanto esposti a entrambi)
NO	197	18 (9,14%)	7 (esposti al solo camino più 1 per il quale non è stato specificato se esposto o non esposto al camino)
NON SPECIFICATO	8	1 (12,50%)	Per l'unico paziente malato non è stato specificato se esposto o non esposto al camino
	Totale 320	Totale 36	

Tabella 2. Specie felina: raffronto tra esposizione al fumo di tabacco, numero di soggetti affetti da forme respiratorie ed eventuale concomitante presenza di un camino nell'ambiente di vita del paziente.

ESPOSIZIONE AL FUMO DI TABACCO	SOGGETTI INDAGATI	NUMERO MALATI	Animali MALATI esposti al CAMINO
SI	39	3 (7,69%)	3 (pertanto esposti ad entrambi)
NO	80	10 (12,50%)	4 (esposti al solo camino più 2 per i quali non è stato specificato se esposto o non esposto al camino)
NON SPECIFICATO	1	0 (00,00%)	
	Totale 120	Totale 13	

Tabella 3. Suddivisione degli animali malati in relazione all'eventuale esposizione al fumo di tabacco e all'eventuale presenza nell'ambiente di vita di un camino.

		Solo FUMO DI TABACCO	Solo CAMINO	ENTRAMBI	NESSUNO DEI DUE
CANI	Numero malati (sul totale di 34)	11 (32,35%)	7 (20,59%)	6 (17,65%)	10 (29,41%)
GATTI	Numero malati (sul totale di 11)	0 (0,00%)	4 (36,36%)	3 (27,27%)	4 (36,36%)

Tabella 4. Raffronto tra animali esposti al fumo di tabacco e non esposti, relativamente allo stato di salute o di malattia.

		MALATI	SANI	Totale
CANI	ESPOSTI	11 (10,09%) SOLO FUMO	98 (89,91%) FUMO O ENTRAMBI	109
	NON ESPOSTI	10 (5,29%) NULLA	179 (94,71%) NO FUMO	189
	Totale	21	277	298
GATTI	ESPOSTI	0 (0,00%)	36 (100,00%)	36
	NON ESPOSTI	4 (5,41%)	70 (94,59%)	74
	Totale	4	106	110
CANI e GATTI	ESPOSTI	11 (7,59%)	134 (92,41%)	145
	NON ESPOSTI	14 (5,32%)	249 (94,68%)	263
	Totale	25	383	408

livello di esposizione fosse stato quantificato magari grazie a dei markers quali ad esempio la cotinina urinaria^{6,19}. I dati ottenibili da un questionario non possono infatti fornire indicazioni precise sulla quantità di fumo assunto in quanto non consentono ad esempio di determinare la concentrazione dello stesso nell'ambiente o magari il grado

di areazione, anche se, nel nostro caso, trattandosi di uno studio su di un cospicuo numero di soggetti ha comunque consentito di acquisire degli interessanti spunti di riflessione. La **tabella 1** mette ad esempio in evidenza uno degli aspetti degni di nota, pur se riportabile al solo valore percentuale e non eliminando gli animali contestualmente esposti al ca-

mino, in quanto mostra come il numero dei malati sul totale degli indagati passi dal 9,14% al 14,78% rispettivamente nei cani non esposti ed esposti al fumo di tabacco. Anche relativamente ai dati riportati nella **tabella 4**, nella quale sono stati invece esclusi dal computo dei malati i soggetti nel cui ambiente di vita era presente un camino o per i quali non si

conosceva lo stato di esposizione a quest'ultimo, si può notare come tra i 109 pazienti esposti il 10,09% (11 soggetti) risultava essere includibili nel gruppo dei malati, mentre tra



i 189 non esposti solo il 5,29% (10 pazienti) è risultato essere sofferente al momento della visita, o in passato, di patologie respiratorie, riportando quindi un differenza percentuale simile alla precedente.

La **tabella 3** mostra come dopo aver eliminato dal campione gli animali per i quali non si conosceva lo stato di esposizione al camino (n°2), quasi un cane su tre (32,35% - 11 su 34) di quelli affetti da forme respiratorie risultava esposto al solo fumo di tabacco. Tali valutazioni effettuate anche nella specie felina non hanno condotto ad altrettanto interessanti considerazioni anche a motivo del fatto che tutti e tre gli animali malati del nostro campione esposti al fumo

di tabacco risultavano essere contemporaneamente esposti al camino. Infine, i grafici 1 e 2 mostrano come in entrambe le specie, tra i malati, la maggior parte di questi

risultasse esposta ad una o a entrambe le fonti di fumo, con delle percentuali pari al 70,59% (24 su 34) nel cane e pari al 63,64% (7 su 11) nel gatto.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dal presente studio, con il quale si è cercato di indagare la possibile correlazione tra esposizione al fumo di tabacco ambientale (fumo di sigaretta) e patologie respiratorie nel cane e nel gatto, non ha permesso di stabilire nel nostro campione una correlazione statistica tra tale variabile e lo stato di malattia.

Tuttavia, visti i valori di P relativi all'esposizione al fumo di tabacco nei cani (P = 0,12) gli Autori ipotizzano che variando

il campione, incrementando il numero di pazienti e considerando il reale grado di esposizione al fumo, tale correlazione potrebbe cambiare. Questo aspetto considerato in associazione al fatto che i dati da noi esaminati sono stati forniti dai proprietari degli animali e, quindi, persone in molti casi non esperte dell'ambito medico e soprattutto basati su ricordi anche talvolta riconducibili a diversi anni prima, lasciano considerare che, in aggiunta a quanto detto in precedenza, basando le valutazioni su dati clinici inconfutabili (cartelle cliniche in grado di fornire delle diagnosi esatte e certe) e partendo da un campione più uniforme (stessa razza o magari morfologie simili) i risultati ottenibili potrebbero essere differenti e trovarsi in accordo con quanto riportato in letteratura, sia in medicina umana che veterinaria, relativamente al rapporto fumo di tabacco ambientale/patologie respiratorie^{1-5,9,12}. ■

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

Si ringraziano tutti coloro i quali hanno consentito a partecipare al presente studio.

Bibliografia

- California Environmental Protection Agency (1997). Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Tob Control*, 6: 346-353.
- Jaakkola JJ, Jaakkola MS (2002a). Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of children. *Scand J Work Environ Health*, 28(2): 71-83.
- Jaakkola MS, Jaakkola JJ (2002b). Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. *Scand J Work Environ Health*, 28(2): 52-70.
- Jindal SK, Gupta D (2004). The relationship between tobacco smoke & bronchial asthma. *Indian J Med Res*, 120: 443-453.
- La Grutta S (2008). L'impatto dell'esposizione al fumo di tabacco sulla salute respiratoria in età pediatrica/Impact of exposure to tobacco smoke on respiratory health in children. *Tabaccologia*, 4: 36-42.
- Rodrigues Roza M, Assis Viegas CA (2007). The dog as a passive smoker: Effects of exposure to environmental cigarette smoke on domestic dogs. *Nicotine Tob res*, 9(11): 1171-1176.
- Auerbach O, Hammond EC, Kirman D, Garfinkel L (1970). Effects of cigarette smoking on dogs. II. Pulmonary neoplasms. *Arch Environ Health*, 21: 754-768.
- Reif JS, Dunn K, Ogilvie GK, Harris CK (1992). Passive Smoking and Canine Lung Cancer Risk. *Am J Epidemiol*, 135(3): 234-239.
- Reif JS, Bruns C, Lower KS (1998). Cancer of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses and Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Pet Dogs. *Am J Epidemiol*, 147(5): 488-492.
- Bertone ER, Snyder LA, Moore AS (2002). Environmental Tobacco Smoke and Risk of Malignant Lymphoma in Pets Cats. *Am J Epidemiol*, 156(3): 268-273.
- Snyder LA, Bertone ER, Jakowski RM, Dooner MS, Jennings-Ritchie J, Moore AS (2004). p53 Expression and Environmental Tobacco Smoke Exposure in Feline Oral Squamous Cell Carcinoma. *Vet Pathol*, 41: 209-214.
- Moore AS (2007). Environmental causes of cancer in pets. *Proceedings of the WSAVA Congress*, Sydney, Australia.
- Chapman RW (2008). Canine models of asthma and COPD. *Pulm Pharmacol Ther*, 21: 731-742.
- Cerquetella M, Fruganti A, Cecaro M, Zagà V (2009). Esposizione degli animali domestici al fumo di tabacco: importanza del modello animale/Exposure of domestic animals to tobacco smoke: the importance of the animal model. *Tabaccologia*, 2-3: 32-35.
- Cummins D (1994). Pets and passive smoking. *BMJ*, 309: 960.
- Milberger SM, Davis RM, Holm AL (2009). Pet owners' attitudes and behaviours related to smoking and second-hand smoke: a pilot study. *Tob Control*, 18: 156-158.
- Hawkins EC, Clay LD, Bradley JM, Davidian M (2010). Demographic and Historical Findings, Including Exposure to Environmental Tobacco Smoke, in Dogs with Chronic Cough. *J Vet Intern Med*, 24: 825-831.
- Lombardi CC, Di Cicco G, Zagà V (2009). Le cicche di sigaretta: un rifiuto tossico dimenticato/The cigarette butts: a forgotten toxic waste. *Tabaccologia*, 4: 27-36.
- Bertone-Johnson ER, Procter-Gray E, Gollenberg AL, Bundga ME, Barber LG (2008). Environmental tobacco smoke and canine urinary cotinine level. *Environ Res*, 106(3): 361-364.

Effetti del fumo di tabacco in Otorinolaringoiatria

Smoking effects in Otorhinolaryngology

Fabio Beatrice, Sebastiano Bucolo

Riassunto

Le vie aerodigestive superiori (VADS) sono le prime a venire a contatto con i componenti nocivi del tabacco. Sono note da anni le correlazioni del fumo con i carcinomi delle VADS e gli effetti del consumo combinato fumo-alcol, ma le oltre 4000 sostanze nocive contenute nella sigaretta producono svariate alterazioni a livello di naso, gola, orecchie. Nel naso si va dalla alterazione della clearance muco-ciliare, all'aggravamento di rinosinusiti acute e croniche, all'aggravamento dello snoring, ad alterazioni dell'olfatto etc. Per quanto attiene alla gola è stato dimostrato un ruolo certo per il fumo di tabacco nella eziologia di lesioni precancerose (leucoplachia, eritroplasia) ed il ruolo del consumo fumo-alcol, combinato e non, nella insorgenza di carcinomi orofaringolaringei. Gli effetti del tabagismo sulla laringe sono contraddistinti da vari stadi di laringite cronica fino al carcinoma. Il fumo intacca la qualità della voce ed anche il senso del gusto. Determina poi trasformazioni irreversibili della mucosa orofaringea documentate da alterazioni istopatologiche con effetti sulla funzione tonsillare. Relativamente alle orecchie, tra le altre, sono favorite varie forme di otite con predilezione per l'età pediatrica ed è documentato un effetto potenziante del fumo di tabacco sull'azione nociva della esposizione cronica al rumore professionale. In sintesi le evidenze scientifiche dimostrano che non esiste "il fumatore sano" per quanto attiene al distretto del capo/collo. In ultimo gli Autori evidenziano come lo Specialista Otorinolaringoiatra possa giocare un ruolo significativo nella lotta al tabagismo.

Parole chiave: *Tabagismo, Cancro, Testa, Collo, Orecchie.*

Summary

The upper aero-digestive tract is the first coming into contact with the harmful components of tobacco. Even than the correlation of smoking with cancer of the aero-digestive tract and the effects of combined use of smoke and alcohol have been known for many years, more than 4,000 harmful substances in cigarettes produce various alterations in nose, throat, and ears. As to the nose, there are the impaired muco-ciliary clearance, the aggravation of acute and chronic rhino-sinusitis, the aggravation of snoring, with impaired smell etc. As to the throat it has been clearly demonstrated the role of tobacco smoking and the etiology of premalignant lesions (leukoplakia, erythroplasia) and the role of smoking-alcohol consumption, combined or not, on the occurrence of cancers of the mouth, pharynx and larynx. The effects of smoking on the larynx are characterized by different stages of chronic laryngitis up to carcinoma. Smoking affects the voice quality as well as the sense of taste. Then it determines irreversible transformations of the oropharyngeal mucosa which are documented by histopathological changes that influence the function of the tonsils. Regarding the ears, among others, there are various forms of otitis with predilection for the pediatric age and (it has been documented) a harmful effect of tobacco smoke potentiating the action of chronic exposure to occupational noise has been also documented. To summarize, the scientific evidence shows that there is "not any healthy smoker" with regard to head and neck area. Finally, the authors show how the Specialist Otorhinolaryngologist can play a significant role in the fight against tobacco smoking.

Keywords: *Tabagism, Cancer, Head, Neck, Ear.*

INTRODUZIONE

Durante il XX secolo il tabagismo ha ucciso 100 milioni di persone nel mondo ed ogni giorno questa epidemia provoca 5.4 milioni di decessi nel pianeta, cioè una morte ogni dieci adulti¹⁻³.

Questa tendenza, se continuerà a persistere, porterà ad una ecatombe da fumo di 10 milioni di morti nel 2030⁴⁻⁶.

Le vie aerodigestive superiori (VADS) sono le prime a venire a contatto con i componenti nocivi del tabacco e non a

caso gli effetti del tabagismo sul questo distretto sono stati oggetto di numerosi studi scientifici negli ultimi anni^{7,8}. Le VADS costituiscono infatti un osservatorio privilegiato per gli studiosi in quanto sono facilmente esplorabili ed assumono una particolare significatività per la presenza di sensi e funzioni di fondamentale importanza tra i quali: l'udito, l'olfatto, il gusto, la respirazione, la fonazione e la deglutizione⁷. Il distretto può essere didatticamente di-

stinto in naso (con il sistema sinusale annesso), gola (faringe nel suo insieme e laringe) ed orecchie: le suddette regioni comunicano tra loro e spesso gli effetti nocivi del fumo si "spalmano" nello stesso individuo a più livelli. Sono note da anni le fortissime correlazioni tra il tabagismo e l'insorgenza di carcinomi delle VADS, nonché gli effetti del consumo combinato fumo-alcol, ma non sono solo i tumori a preoccupare poiché, come vedremo, le possibilità nocive del

Fabio Beatrice (*fabio.beatrice@tin.it*)

Direttore S.C. Otorinolaringoiatria- Ospedale S. Giovanni Bosco-Torino, Direttore del Centro Per la Cura e la Prevenzione del Tabagismo ASLTO2

Sebastiano Bucolo

Dirigente medico S.C. Otorinolaringoiatria - Ospedale S. Giovanni Bosco Torino

tabacco spaziano in tutto l'ambito della patologia otorinolaringoiatrica.

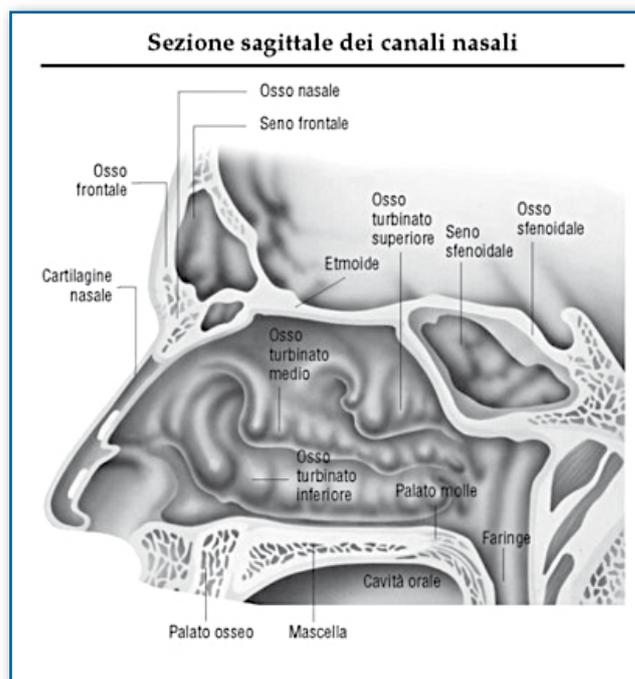
NASO E SENI PARANASALI

La mucosa respiratoria che riveste le cavità naso-sinusal è ricoperta da uno spesso strato di muco ed è costituita da un epitelio di rivestimento cilindrico, pluriseriato con ciglia vibratili; tra le cellule cigliate sono distribuite cellule caliciformi. Nel tessuto connettivo sottostante l'epitelio si trovano numerose cellule tubuloacinose produttrici di un secreto in parte sieroso ed in parte mucoso che trattiene le parti corpuscolate presenti nell'aria inspirata ed esercita una azione antibatterica mediante lisozima ed immunoglobuline soprattutto della classe IgA (S IgA). La mucosa olfattiva tappezza la volta della cavità nasale, la parte superiore del setto e la faccia superiore del cornetto superiore; è costituita da un epitelio di rivestimento in cui si trovano opportunamente alloggiati i recettori olfattivi.

Il fumo di sigaretta contiene oltre 4000 componenti chimici, molti dei quali dimostratamente implicati a diverso titolo nei processi di cancerogenesi⁹. Queste sostanze (3-4 benzopirene, antracene, etc...) costituiscono un vero e proprio veleno per le ciglia dell'epitelio delle alte vie respiratorie, prima linea di difesa contro agenti patogeni; senza il loro potere difensivo batteri e virus hanno maggior opportunità di invadere ed infettare i tessuti. Inoltre, la vasocostrizione indotta dal fumo di tabacco sulla microcircolazione rende, a livello del tessuto mucoso, meno veloce ed efficace la risposta immunitaria con conseguente maggior suscettibilità da parte del soggetto fumatore a sviluppare patologie infiammatorie acute delle prime vie respiratorie. Il fumo inalato, danneggiando le cellule cigliate, rallenta notevolmente la "clearance mucociliare" provocando ristagno di secrezioni ed edema localizzato, in questo modo i fumatori sviluppano sovente difficoltà respiratoria, sintomi di rinosinusite e, nel caso di soggetti allergici, maggior suscettibilità agli allergeni¹⁰⁻¹³. È noto che il trattamento dell'atopia (allergia) in soggetti fumatori ha minor probabilità di riuscita. Le rinosinusiti dei

fumatori sono stati infiammatori cronici caratterizzati da sintomi quali congestione, crisi di starnutazione, prurito ad occhi, naso ed orecchie; possono manifestarsi rapidamente, anche nei fumatori iniziali ed, a lungo termine, producono disturbi del sonno e limitazioni nell'attività anche sportiva. L'alterazione della clearance mucociliare è la causa della cronicizzazione delle forme acute. La sintomatologia delle flogosi croniche naso-sinusal è del tutto assimilabile a quella di sinusopatie di altra genesi: mal di testa frequenti, dolorabilità al volto, aumento della sensibilità cutanea, talvolta febbre ricorrente, xerostomia, alitosi e diversi gradi di iposmia. Da numerosi studi biotici sulla mucosa nasale di soggetti fumatori si è evidenziato che la specifica patologia infiammatoria naso-sinusal da tabagismo è caratterizzata dalla presenza di neutrofili, macrofagi ed infiltrazione eosinofila¹⁴. Inoltre è stata riscontrata nei soggetti fumatori metaplasia delle cellule squamose anche in presenza di quadri endoscopici negativi: cioè la mucosa nasale apparentemente sana dei fumatori, "sana" non è. In questo tipo di rinite da fumo la terapia con anticongestionanti, steroidi, antistaminici risulta sempre meno efficace e nella rinosinopatia del fumatore difficilmente i soggetti tornano ad una condizione fisiologica. Vari studi riportano un' aumentata percentuale di "snoring" (russa mento) proprio nei soggetti fumatori rispetto ai non fumatori con una diretta proporzionalità tra la quantità di sigarette fumate e l'intensità del sintomo stesso¹⁵⁻¹⁷.

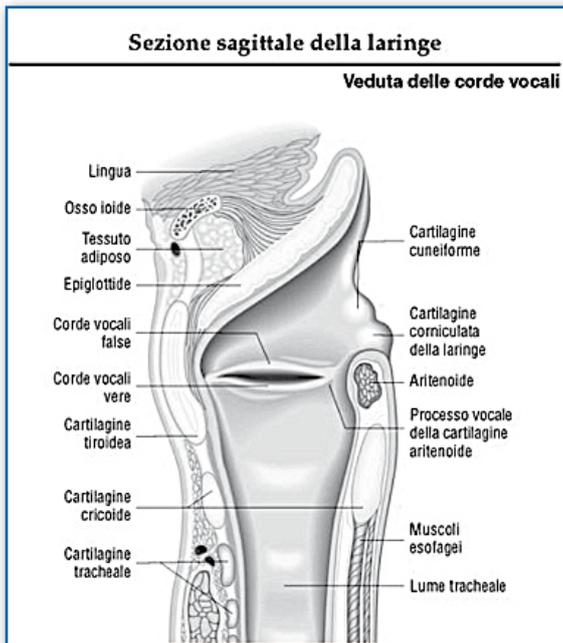
Questo dato risulta legato sia alle conseguenze dirette del fumo sulla mucosa delle VADS in generale, sia allo stile di vita dei fumatori, tendenzialmente ispirato ad una minor propensione all'attività fisica e ad una facile affaticabilità. La conoscenza dei danni del



fumo di tabacco sulla mucosa olfattiva risale agli anni 60 e si deve alla Scuola di Miani: è stata descritta come un'azione diretta ed indiretta che coinvolge sia il l'olfatto che il gusto: infatti i vari sapori dipendono dagli aromi che stimolano i chemocettori olfattivi, il gusto e l'olfatto sono quindi fisiologicamente interdipendenti e la disfunzione di uno spesso influenza anche l'altro¹⁸⁻¹⁹. La secchezza della mucosa orale, l'edema della mucosa nasale, il danno diretto ai recettori olfattivi nei forti fumatori portano spesso allo sviluppo di ipoguesie e/o iposmie e possono sconfinare nella anosmia per tossicità diretta sulla mucosa olfattiva stessa²⁰. Infine anche se vi sono evidenze che i tumori maligni delle cavità naso-sinusal sono prevalentemente influenzati da agenti professionali non è affatto escluso che il tabagismo abbia un ruolo (causale e/o concausale) nella loro eziopatogenesi^{21,22}.

GOLA

È dimostrato per laringe e faringe che esiste un rapporto lineare tra il rischio neoplastico da fumo e la quantità di tabacco consumato. Sono importanti sia il tipo di fumo che le modalità di consumo dello stesso: sigarette vs pipa vs sigaro, frequenza delle "tirate", l'aspirazione dei fumi. Il fumo di tabacco è certamente coinvolto, nella patogenesi di stomatiti, faringiti ipertrofiche o atro-

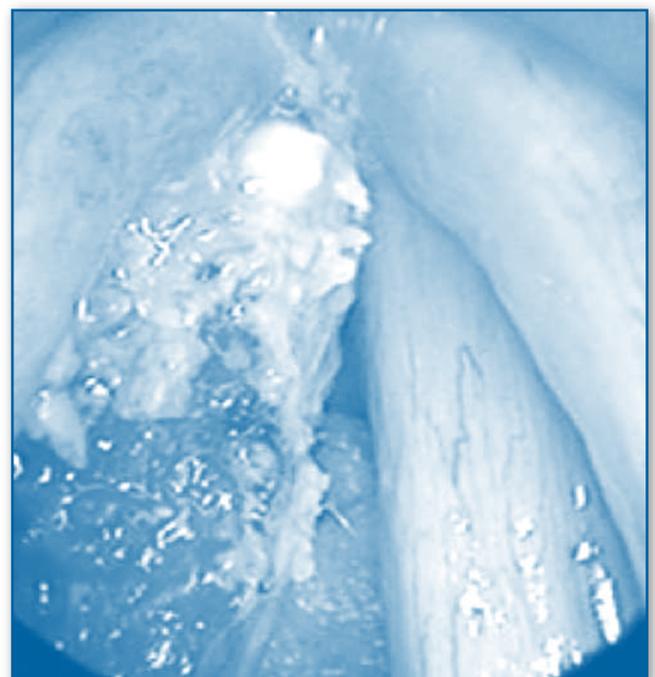


fiche, delle laringiti, ma anche nelle lesioni precancerose del cavo orale e del distretto faringo-laringeo^{7.23}. I sintomi di esordio delle patologie flogistiche orofaringee nei fumatori, sono identificabili con la necessità di deglutire frequentemente, con la cosiddetta sensazione di “vellichio” in gola (che porta il paziente a “raschiare” frequentemente per migliorare transitoriamente la sintomatologia), con un aumento della densità delle secrezioni salivari, specie al mattino, cui spesso si associa una tosse non produttiva, accessionale, talora accompagnata a conati di vomito. Il fumo determina congestione ed ipertrofia mucosa, in particolare a livello delle plicature del pavimento orale, del dorso della lingua, della regione del trigono retromolare, dei pilastri tonsillari, con una associata iperemia diffusa dei follicoli linfatici. A livello faringeo, invece, l'aumento dell'attività secretoria delle ghiandole mucipare, indotto dalla cronica stimolazione flogistica, porta all'istaurarsi del tipico quadro della cosiddetta faringite catarrale semplice, la quale può poi evolvere, per ipertrofia della mucosa, verso le forme croniche ipertrofiche o addirittura “granulomato-se”. L'evoluzione è verso una progressiva atrofia della mucosa oro-faringea, che risulta assottigliata, di colorito pallido, spesso ricoperta da un essudato denso e viscoso. Può essere evidente una rarefazione degli adenomeri ghiandolari ed

una trasformazione fibrosa della lamina sottomucosa con ricco infiltrato flogistico macrofagico. L'evoluzione della flogosi mucosa cronica può condurre all'evidenziazione di aree circoscritte di ispessimento mucoso e passare dallo stato congestizio cronico ad una vera e propria metaplasia epiteliale. In questa fase, la sintomatologia a patogenesi essudativo-infiammatoria si fa meno intensa e prevalgono i sintomi irritativi (secchezza orale, ipogeusia, tosse stizzosa, ecc). Nostre ricerche di recente pubblicazione confermano che il tessuto

tonsillare di fumatori apparentemente sani in realtà presenta alterazioni rilevabili alle comuni tecniche di microscopia ottica ed elettronica con riflessi sulla funzione tonsillare^{7.24}. Per quanto attiene alla laringe la patologia fumo-correlata più frequentemente descritta è la laringite catarrale cronica, il cui elemento obiettivo caratterizzante è rappresentato da una iperemia diffusa dell'organo laringeo, più evidente a livello del vestibolo e delle corde vocali. Il riscontro sintomatologico è quello di una disfonia ricorrente, ingravescente, spesso accompagnata da una tosse stizzosa con difficoltà all'emissione delle secrezioni, che si presentano dense, talvolta crostose. Microscopicamente, l'epitelio pavimentoso stratificato risulta inizialmente ispessito e i vasi sanguigni si presentano congesti ed ectasici. Con il perdurare dell'insulto flogistico, la mucosa può subire un processo metaplastico con displasia del corion di vario grado, andando così a prodursi quadri nosologici quali la

pachidermia laringea e la leucoplachia. Quando le alterazioni displastiche hanno luogo prevalentemente a livello del tessuto connettivale laringeo, l'obiettività sarà dominata da processi a carattere edematoso-essudativo, con conseguente organizzazione dell'essudato in senso iperplastico, andando a produrre i quadri clinici del nodulo e/o polipo vocale, dell'edema di Reinke, della pseudo-eversione del ventricolo di Morgagni, o della cordite ipertrofica. Vi sono evidenze scientifiche le quali supportano la tesi che fumatori i quali utilizzino professionalmente la voce (insegnanti, cantanti, attori, avvocati) vadano maggiormente incontro a patologie funzionali del piano glottico con riflessi sia sulla qualità che sulla potenza vocale. Il fumo di sigaretta, in particolar modo se associato all'abuso di alcool (per le ben note sinergie patogenetiche), rappresenta una stimolazione cronica “ideale” per la promozione e la progressione di lesioni precancerose. La leucoplachia oro-faringo-laringea ha un prevalenza nella popolazione mondiale compresa tra lo 0.1% ed il 5% in base ai contesti geografici analizzati (Europa occidentale: circa 3 %); la sua prevalenza è, tuttavia, significativamente superiore in specifici sottogruppi di popolazione quali i fumatori, in cui si attesta intorno al 12



Cancro della laringe (corda vocale sinistra).

% ed al 18 %, in caso di contemporaneo abuso di alcool²³. La leucoplachia presenta un rapporto uomo/donna di 2/1, ma la differenza tende a diminuire con l'aumentare dell'abitudine al fumo nel sesso femminile. Clinicamente si presenta come una chiazza biancastra, uniforme, a bordi netti, non rilevata, di consistenza simile alla mucosa circostante che spesso appare del tutto normale; il quadro è clinicamente silente. Le forme di leucoplachia non omogenea (nodulare, verrucosa, erosiva) sono invece caratterizzate dall'aumento dello spessore e della rigidità della lesione, possono essere presenti aree rossastre o di colore variegato, zone di disepitelizzazione o franca erosione, margini frastagliati. In questo caso è presente dolore locale spontaneo o da contatto, disfagia, facile sanguinamento spontaneo od alla palpazione. La percentuale di trasformazione maligna di una lesione leucoplachica varia dallo 0.13% al 6%, potendo raggiungere il 20 % in caso di leucoplachia erosiva. Il rischio di trasformazione maligna si riduce progressivamente in caso di sospensione del fumo; mostra viceversa una chiara tendenza peggiorativa nei pazienti che non sospendono di fumare e bevono alcolici raggiungendo anche il 45%. La eritroplasia (altra lesione precancerosa) si presenta invece macroscopicamente come una lesione di colore rosso più o meno vivo, i cui margini sono sfumati, solitamente piana, di consistenza soffice spesso con piccole spruzzature biancastre dovute ad ipercheratosi, facilmente sanguinante. Caratteristica è la frequente modificazione anche giornaliera del suo aspetto a causa della variazione della componente flogistica sottomucosa: è la più importante precancerosa con potenzialità di passaggio al carcinoma valutabile tra il 30 e l' 80%²⁵.

Infine, è ormai ben definito il ruolo svolto dal consumo di tabacco e di alcool nella genesi dei carcinomi orofaringo-laringei; in tal senso la combinazione di questi due fattori sembra generare un potenziamento assai significativo del rischio relativo a ciascuno di essi²⁶⁻²⁹. Da un punto di vista clinico, le localizzazioni e le manifestazioni sintomatologiche dei tumori oro-farin-

go-laringei possono essere così variabili e multiformi in base alla localizzazione, alla modalità di accrescimento ed alla aggressività biologica: disfonia, disfagia, dispnea (le 3 D), talora otalgia, possono essere sintomi di esordio a seconda del distretto coinvolto. In base ai dati della letteratura, circa il 76% dei tumori del cavo orale, circa l'86% di quelli dell'orofaringe e circa l'82 % dei tumori laringei sarebbero da imputarsi all'azione congiunta di fumo ed alcool, che avrebbero anche una particolare importanza nel promuovere l'insorgenza di secondi tumori nello stesso distretto ovvero in distretti limitrofi^{30,31}. Inoltre, dati epidemiologici internazionali ci confermano che in specifiche popolazioni in cui il fumo è proibito per motivazioni religioso/sociali (Mormoni, Chiesa avventista del settimo giorno, ecc) il tumore delle vie aereo-digestive risulta essere una patologia praticamente sconosciuta. Per i fumatori di pipa e di sigaro si ha una maggiore incidenza di neoplasie del labbro, della guancia e del cavo orale anteriore a causa del prolungato contatto con il calore e con i prodotti della combustione³². Al contrario, i fumatori di sigaretta sono più esposti ai tumori della porzione posteriore del cavo orale, dell'orofaringe e delle vie aeree in generale (laringe, trachea, bronchi e polmone). È interessante sottolineare, in tale contesto, che oltre il 75% dei tumori del cavo orale insorgono nelle aree più declivi della bocca, in quanto tali aree fungono da siti di drenaggio e concentrazione dei carcinogeni disciolti nella saliva. Inoltre, mancando a questo livello la protezione offerta dallo strato cheratinico, le cellule stesse sono più a rischio di un danno neoplastico. Il rischio relativo di sviluppare un tumore del cavo orale o della faringe nei fumatori (oltre le 25 sigarette al giorno) rispetto ai non fumatori è stato stimato come maggiore di 14; tale rischio cresce fortemente con la preco-

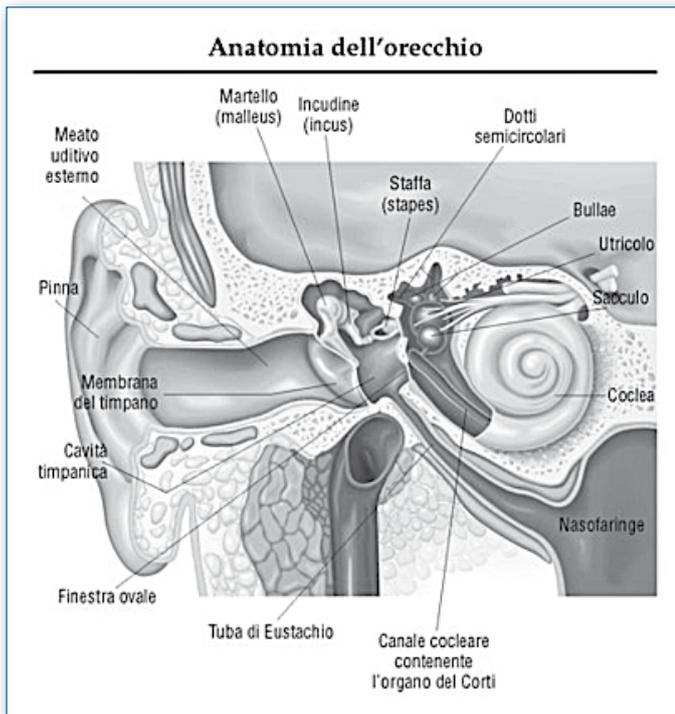


rità dell'abitudine al fumo, divenendo proporzionale a circa la quarta potenza della durata dell'utilizzo di tabacco. Per quanto concerne i tumori sovraglottici, invece, il rischio relativo di sviluppare una neoplasia in tale sede può divenire, nei forti fumatori (> 26 sigarette/die) e forti bevitori (> 120 g/die) pari a 135.

In coloro che smettono di fumare prima di 20 anni dall'inizio della loro abitudine al fumo, il rischio oncogenetico decresce linearmente fino a raggiungere quello della popolazione generale in circa 15 anni. Al contrario, nei pazienti con una storia di tabagismo da oltre 20 anni, la sospensione l'uso volontario del fumo, non riesce ad equilibrare completamente, per la severità dei danni cellulari e molecolari prodottisi negli anni, il loro rischio oncologico ai livelli propri della popolazione non fumatrice.

ORECCHIE

Gli effetti negativi del fumo si manifestano sull'orecchio medio che risente indirettamente delle alterazioni fumo-indotte a carico dei distretti nasale e rinofaringeo e sull'orecchio interno, le cui strutture neurorecettoriali (cellule acustiche interne ed esterne) risentono delle ripercussioni sistemiche dell'intossicazione tabagica³³⁻⁴⁰. In Italia



64.000 casi di otite media catarrale tra bambini ed adolescenti sarebbero dovuti all'esposizione al fumo dei genitori^{41,42}. La prevalenza di otite media è incrementata nei bambini provenienti da famiglie che fumano e nei bambini nati da donne che fumano in gravidanza⁴³⁻⁴⁵. Le otiti medie ricorrenti determinando ipoacusia possono associarsi ad una aumentata prevalenza di difficoltà di linguaggio e disturbi dell'attenzione e dell'apprendimento^{46,47}. Numerosi studi epidemiologici hanno rinvenuto una correlazione tra fumo di tabacco e patologia dell'orecchio medio (otite media purulenta cronica ed otite media catarrale) in bambini di età scolare e prescolare; in questi ultimi l'otite media rappresenta una delle più comuni affezioni e l'esposizione a fumo passivo appare essere un fattore di rischio elevato^{48,49}. Si è visto che bambini che vivono in case ove siano fumati oltre tre pacchetti di sigarette al giorno presentano probabilità quattro volte maggiore di essere ricoverati per posizionamento di drenaggio transtimpanico rispetto ai bambini di famiglie ove non si fuma^{34,50-52}. Da studi effettuati in Danimarca si è osservato che bambini di età superiore a 7 anni, figli di fumatori, presentano probabilità di contrarre una otite media catarrale misu-

panica permanente⁵⁴. Studi su modelli animali (ratti sottoposti a fumo passivo) hanno dimostrato la presenza di alterazioni istologiche della mucosa tubarica evidenziabili al microscopio ottico ed in microscopia elettronica. Le alterazioni principalmente riscontrate sono state: deplezione di ciglia e di globet cells e metaplasia squamosa della mucosa. La deplezione delle globet cells è stata osservata soprattutto nelle prime settimane di esposizione e si è andata riducendo nelle settimane successive (è stata eseguita una osservazione per otto settimane), il che indica una regressione di questa condizione dopo prolungate esposizioni, mentre la metaplasia squamosa dell'epitelio si è sempre più aggravata con il tempo, risultando maggiore nei casi di prolungata esposizione. In conclusione il fumo di tabacco danneggia direttamente la mucosa tubarica, con alterazioni che sono solo in parte reversibili nella esposizione prolungata.

Per quanto concerne gli effetti del fumo sul deterioramento della funzione uditiva, questo è stato ormai dimostrato da nume-

rata con la timpanometria di circa il 60% più elevata rispetto ai figli di non fumatori⁵³. È anche dimostrato che l'esposizione a fumo passivo peggiora la prognosi nei bambini sottoposti alla inserzione di drenaggio transtimpanico per otite media catarrale ricorrente in termini di percentuale di infezione postoperatoria, retrazione atticale, miringosclerosi postestrusiva, perforazione tim-

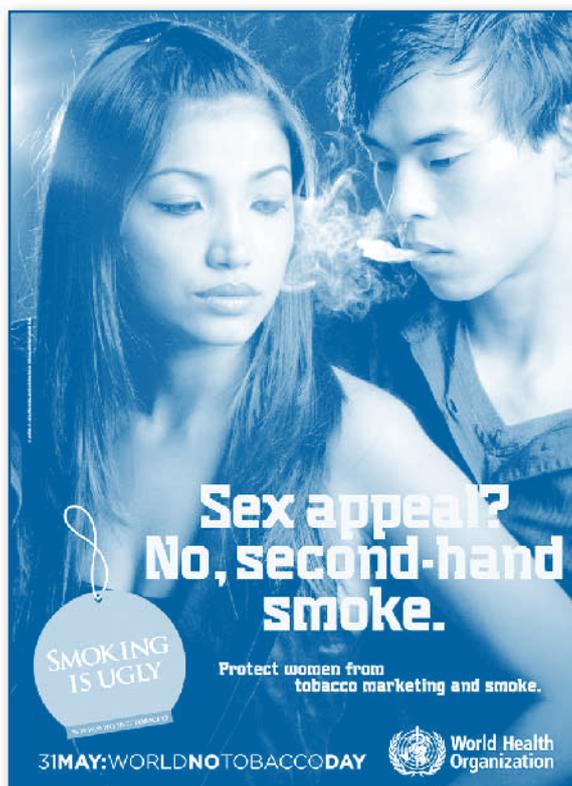
panica permanente⁵⁴. Studi su modelli animali (ratti sottoposti a fumo passivo) hanno dimostrato la presenza di alterazioni istologiche della mucosa tubarica evidenziabili al microscopio ottico ed in microscopia elettronica. Le alterazioni principalmente riscontrate sono state: deplezione di ciglia e di globet cells e metaplasia squamosa della mucosa. La deplezione delle globet cells è stata osservata soprattutto nelle prime settimane di esposizione e si è andata riducendo nelle settimane successive (è stata eseguita una osservazione per otto settimane), il che indica una regressione di questa condizione dopo prolungate esposizioni, mentre la metaplasia squamosa dell'epitelio si è sempre più aggravata con il tempo, risultando maggiore nei casi di prolungata esposizione. In conclusione il fumo di tabacco danneggia direttamente la mucosa tubarica, con alterazioni che sono solo in parte reversibili nella esposizione prolungata.

CONCLUSIONI

Appare evidente da quanto esposto che gli effetti nocivi del fumo di tabacco in otorinolaringoiatria non riguardano solo l'insorgenza di tumori maligni del distretto ma anche alterazioni a vario livello di tessuti e compartimenti sedi di funzioni nobili. Per quanto attiene alla patologia tumorale del capo collo sono stati effettuati grandi progressi negli ultimi anni: la chirurgia si è avvalsa di tecniche diagnostiche sempre più raffinate e sensibili ed ha potuto svilupparsi grazie anche alle metodiche microchirurgiche secondo principi ispirati al massimo rispetto dell'organo e della sua funzione; in molti casi l'apporto delle ricostruzioni sul miglioramento della qualità della vita è stato davvero significativo. Anche la radioterapia ha colto importanti traguardi ponendosi sovente non solo come integrazione terapeutica ma anche come valida alternativa alle procedure chirurgiche per alcune sedi. Infine pure la chemioterapia ha offerto



sempre più importanti chance di trattamento nelle sue diverse forme di applicazione. Ma nonostante tutto la mortalità generale dei tumori del capo collo è rimasta elevata soprattutto per le malattie in stadio localmente avanzato ed appare evidente che un ulteriore concreto progresso possa essere attuato solo mediante l'applicazione di misure di prevenzione e metodologie che favoriscano una diagnosi precoce. Considerato il ruolo cruciale del fumo di tabacco nella eziologia dei carcinomi di capo collo solo un'azione incisiva contro di esso potrà consentire a meno persone di ammalarsi. Andrebbero inoltre favoriti studi che misurino l'efficacia di modelli di prevenzione in ambito otorinolaringoiatrico avvalendosi di screening su pazienti sintomatici e fumatori, sulla scorta di esperienze quali ad esempio quelle già maturate presso l'Università di Torino negli anni '90. Ovviamente più la diagnosi è precoce, maggiori sono le possibilità di sopravvivenza, minori gli effetti dei trattamenti sia sul profilo estetico che su quello funzionale, minore è la spesa sanitaria. Per quanto siano stati rilevanti i progressi nell'ambito delle cure rimango-



no sostanzialmente insolite varie questioni cruciali tipiche della Specialità Otorinolaringoiatrica, quali ad esempio come ovviare alla laringectomia totale o alla lesione di strutture nervose funzionalmente significative, come sostituire parti anatomiche (lingua, naso, etc...) per le quali la soluzione definitiva non sembra ancora raggiunta. Queste os-

servazioni dovrebbero indurre gli Specialisti Otorinolaringoiatri impegnati nell'ambito della diagnosi e cura a "imprestare" del tempo istituzionale alla prevenzione, per esempio intervenendo concretamente nella lotta al tabagismo viste le sue implicazioni ragionevolmente certe con la patologia di pertinenza.

A tale proposito appare anche significativo il ruolo giocato al fianco di altri specialisti con i quali l'ORL è portato funzionalmente a collaborare; si pensi ad esempio al pediatra, all'allergologo, allo pneumologo, etc. Ai principi della collegialità e del confronto dovrebbe affiancarsi anche il concetto dell'alleanza contro il fumo di tabacco.

In ogni caso quando lo Specialista Otorinolaringoiatra visita un fumatore dovrebbe sapere che "il fumatore sano" non esiste

come dimostra la letteratura esposta in precedenza e quindi il suo intervento sanitario dovrebbe prendere in considerazione anche la possibilità di articolare un percorso educativo e terapeutico del tabagismo. ■

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

Bibliografia

- Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults-United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46,1217-1220.
- Hafey, O., Dolwick, S. & Guindon, G.E. (2003). *Tobacco Control Country Profiles*. Atlanta, Georgia, US: American Cancer Society.
- World Health Organization. *The European Tobacco Control Report 2007*, Copenhagen 2007.
- AICR. *World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition and Prevention of Cancer: a Global Perspective*. American Institute of Cancer Research, Washington. 1997.
- Jha P, RansonMK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Am J Public Health* 2002;92:1002-1006.
- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
- Beatrice F. Otorinolaringoiatra ed il fumo di tabacco: dal consiglio di smettere a come smettere. *Quaderni Monografici di Aggiornamento AODI*, 2006, Torgraf Editore, Galatina (LE) Italy.
- Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Health impact of exposure to environmental tobacco smoke in Italy. *Epidemiol Prev* 2002;26:18-29.
- Zuo-Feng Zhang et Al: Environmental tobacco smoking, mutagen sensitivity, and head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* Vol. 9, 1043-1049, October 2000.
- Benninger MS: The impact of cigarette smoking and environmental tobacco smoke on nasal and sinus disease: a review of literature. *Am J Rhinol*. 1999 Nov- Dec; 13(6):435-8.
- Mahakit P et Al: Preliminary study of nasal mucociliary clearance in smokers, sinusitis and allergic rhinitis patients. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 1995 Dec; 13(2):119-21.
- Stanley PJ et Al: Effects of cigarette smoking on nasal mucociliary clearance and ciliary beat frequency. *Thorax*. 1986 Jul; 41(7): 519-23.
- Teter CJ et Al: Comparative effects of tobacco smoking and nasal nicotine. *Eur J Clin Pharmacol*. 2002 Aug; 58(5):309-14.
- Vachier I et Al: Inflammatory features of nasal mucosa in smokers with and without COPD. *Thorax* 2004; 59: 303-307.
- Davey MSc MJ: Lifestyle is your risk factor for snoring? *Sound Asleep No 24*. April 1997.
- Kauffmann F et Al: The relation between snoring and smoking, body mass index, age, alcohol consumption and respiratory symptoms. *Eur Respir J* 1989; 2:599-603.

17. Wetter DW et Al: Smoking as a risk factor for sleep disordered breathing. *Arch Internal Med* 1994; 154: 2219-224.
18. Miani P et Al: Effect of tobacco smoke on the tracts and organs of respiration. Experimental investigation. *Arch Ital Otol Rinol Laringol*, 1960 May-Jun; 71:376-408.
19. Miani P et Al: Intossicazione tabagica sperimentale: nozioni generali e criteri di metodica nello studio di organi di pertinenza otorinolaringoiatrica. *L'Ateneo Parmense XXX (Suppl. 1)*, 1-19, 1959.
20. Kittel G: Possibilities of olfactometry. Fatigue measurements in smokers. *Z Laryngol Rhinol Otol*. 1970 Jun; 49 (6):376-86.
21. Jakobsen MH et Al: Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Acta Oncologica*, 36: 27-31, 1997
22. Zheng W et Al: risk factors for cancers of the nasal cavity and paranasal sinuses among white men in the United States. *Am J Epidemiol*. 1993 Dec 1; 138(11):965-72.
23. Camaioni A. La diagnostica stomatologia in ORL. Quaderni monografici di aggiornamento AOOI. 2002
24. Torre V., Bucolo S., Giordano C., Ciccariello R., Cavallari V., Garofalo L., Beatrice F.: Palatine tonsils in smoker and no-smoker patients: a pilot clinicopathological and ultrastructural study. *J.Oral Pathol Med*. 2005;34:390-396.
25. Reichart PA., Philipsen HP. Oral erythroplakia – a review. *Oral Oncol* 2005; 41(6): 551-61
26. De Campora E. I tumori epiteliali maligni del cavo orale *Relazione Ufficiale LXXXVII SIO*, 2000
27. De Campora E. I tumori epiteliali maligni dell'orofaringe. *Relazione Ufficiale LXXVII SIO*, 1990.
28. Thun MJ., Apicella LF., Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking attributable deaths. *JAMA* 2000; 284: 706-12.
29. Wynder EL., Muscat JE., Richie JP., Thompson S. Gender differences in smoking and risk for oral cancer. *Cancer Research* 1996; 56: 5192-7.
30. Pastore A., Boiocchi M. Patologia molecolare nei carcinomi delle VADS: stato dell'arte. *Acta Otorhinol Ital suppl* 1996; 54:1-39
31. Warnakulasuriya S., Sutherland G., Scully G. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncol* 2005; 41(3): 244-60.
32. Gabriel HE., Crott JW., Ghandout H., et al. Chronic cigarettes smoking is associated with diminished folate status, altered folate form distribution and increased genetic damage in buccal mucosa of healthy adults. *Am J Clin Nutr* 2006; 83(4): 835-41.
33. Dubin MG, Pollock HW, Ebert CS, Berg E, Buenting JE, Prazma JP. Eustachian tube dysfunction after tobacco smoke exposure. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126:14-19.
34. Froom J, Culpepper L, Green LA, de Melker RA, Grob P, Heeren T, van Balen F. A cross-national study of acute otitis media: risk factors, severity, and treatment at initial visit. Report from the International Primary Care Network (IPCN) and the Ambulatory Sentinel Practice Network (ASPEN). *J Am Board Fam Pract* 2001;14:406-417.
35. Hammaren-Malmi S, Tarkkanen J, Mattila PS. Analysis of risk factors for childhood persistent middle ear effusion. *Acta Otolaryngol* 2005;125:1051-1054.
36. Illici OC, Keles N, Deger K, Savas I. Relationship of passive cigarette smoking to otitis media. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:758-762.
37. Iversen M, Birch L, Lundqvist GR, Elbrond O. Middle ear effusion in children and the indoor environment: an epidemiological study. *Arch Environ Health* 1985;40:74-79.
38. Kraemer MJ, Richardson MA, Weiss NS. Risk factors for persistent middle-ear effusions: otitis media, catarrh, cigarette smoke exposure, and atopy. *JAMA* 1983;249:1022-1025.
39. Kurpas D, Rudkowski Z, Steciwko A. The tobacco smoke as the main factor of in-door pollution in the aspect of the children health. *Przegl Lek* 2005;62:1173-1175.
40. Lee DJ, Gaynor JJ, Trapido E. Secondhand smoke and earaches in adolescents: the Florida Youth Cohort Study. *Nicotine Tob Res* 2003;5:943-946.
41. Heinrich J, Raghuyamshi VS. Air pollution and otitis media: a review of evidence from epidemiologic studies. *Curr Allergy Asthma Rep* 2004;4:302-309.
42. Hinton AE. Surgery for otitis media with effusion in children and its relationship to parental smoking. *J Laryngol Otol* 1989;103:559-561.
43. Etzel RA, Pattishall EN, Haley NJ, Fletcher RH, Henderson FW. Passive smoking and middle ear effusion among children in day care. *Pediatrics* 1992;90:228-232.
44. Stathis SL, O'Callaghan M, Williams GM, Najman JM, Andersen MJ, Bor W. Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy Is an Independent Predictor for Symptoms of Middle Ear Disease at Five Years' Postdelivery. *Pediatrics* Vol. 104, No. 2, 1999, p. 16.
45. Strachan DP, Jarvis MJ, Feyerabend C. Passive smoking, salivary cotinine concentrations, and middle ear effusion in 7 year old children. *Br Med J* 1989;298:1549-1552.
46. Adair-Bischoff CE, Sauve RS. Environmental tobacco smoke and middle ear disease in preschool-age children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:127-133.
47. Teele DW, Klein JU, Rosner BA. Otitis media with effusion during the first three years of life and development with speech and language. *Pediatrics* 1984;74:282-287.
48. Ey JL, Holberg CJ, Aldous MB. Passive smoke exposure and otitis media in the first year of life: group health medical associates. *Pediatrics* 1995; 95:670-677.
49. Owen MJ, Baldwin CD, Swank PR, Pannu AK, Johnson DL, Howie VM. Relation of infant feeding practices, cigarette smoke exposure, and group child care to the onset and duration of otitis media with effusion in the first two years of life. *J Pediatr* 1993;123:702-711.
50. Black N. The aetiology of glue ear: a case-control study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1985;9:121-133.
51. Praveen CV, Terry RM. Does passive smoking affect the outcome of grommet insertion in children? *J Laryngol Otol* 2005;119:448-454.
52. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax*. 1998;53:50-56.
53. Adesman AR, Altshuler LA, Lipkin PH, Walco GA. Otitis media in children with learning disabilities and in children with attention deficit disorder and hyperactivity. *Pediatrics* 1990;85:442-446.
54. Bandyopadhyay R, Sengupta A, Dasgupta A, Biswas R, Mukherjee S, Biswas AB. A comparative study of common ear morbidity pattern among the primary school children of an urban slum of Kolkata and rural area of Hooghly. *J Indian Med Assoc* 2005;103: 430-432.
55. Barnett S, Franks P. Smoking and deaf adults: associations with age at onset of deafness. *Am Ann Deaf* 1999;144:44-50.
56. Bartal M. Health effects of tobacco use and exposure. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001; 56(6): 545-54
57. Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BE, Wiley TL, Nondahl DM, Tweed TS. Cigarette smoking and hearing loss: the epidemiology of hearing loss study. *JAMA* 1998;279:1715-1719.
58. Ferrite S, Santana V. Joint effects of smoking, noise exposure and age on hearing loss. *Occup Med (Lond)* 2005;55:48-53.
59. Linke R, Matschke RG. Is there a correlation between sudden deafness and smoking? *Laryngorhinootologie* 1998;77:48-51.
60. Mizoue T, Miyamoto T, Shimizu T. Combined effect of smoking and occupational exposure to noise on hearing loss in steel factory workers. *Occup Environ Med* 2003;60:56-59.
61. Nomura K, Nakao M, Yano E. Hearing loss associated with smoking and occupational noise exposure in a Japanese metal working company. *Int Arch Occup Environ Health* 2005;78:178-184.

News & Views



Cicche in spiaggia... un tesoro per la Japan Tobacco

A volte ritornano. Almeno Marevivo è tornato a fare da spalla alla Japan Tobacco avallando il "friendly marketing" tramite i posacenere in plastica e alluminio, tascabili, lavabili e riutilizzabili (devono durare), elegantemente marchiati e sponsorizzati nella confezione con opuscolo che informa senza equivocare: "La Japan Tobacco International, leader nella produzione e nel marketing delle sigarette, lavora sempre in modo responsabile, nel rispetto dell'ambiente, promuovendo lo sviluppo del contesto sociale".



Questi messaggi, agganciati al posacenere tascabile, sono stati diffusi a piene mani dai "volontari" di Marevivo in varie spiagge italiane, la scorsa estate. Il programma della campagna "Il mare non vale una cicca?", ha usufruito della benedizione (leggi patrocinio) del Ministero dell'Ambiente, delle Capitanerie di Porto e del supporto del sindacato italiano balneari. Testimonial la giunonica Manuela Arcuri e

ampia distribuzione, in 120 mila in 250 spiagge, dalla Liguria alla Sicilia a sostegno, dicono, di comportamenti eco-sostenibili. I conti se li son fatti, ma come al solito senza l'oste. Il fatto che il Ministero dell'Ambiente non sappia discernere la correlazione salute ambientale, salute individuale e collettiva non ci meraviglia. Che sul pacchetto non vi sia un numero di Quit-Line per aiutare i fumatori a smettere, ma che troneggi l'incoraggiamento JT a fumare ecologico, è cosa che sfugge a chi ha difficoltà a distinguere un occhio da un ginocchio.

Poiché in Italia si consumano 72 miliardi di sigarette all'anno con le cicche immettiamo in ambiente circa:

- 324 tonnellate di nicotina.
- 1.872 milioni di Bq di Polonio 210.
- 1.800 tonnellate di composti organici volatili (benzene, acetone, formaldeide, toluene, ecc.).
- 21,6 tonnellate di questi gas tossici (ammoniaca e acido cianidrico).
- 1.440 tonnellate di materiale particellare contenente centinaia di composti tossici, nocivi e cancerogeni (catrame e condensato).
- 12.240 tonnellate Acetato di cellulosa.

(Lombardi CC, Di Cicco G, Zagà V. Le cicche di sigaretta: un rifiuto tossico dimenticato/The cigarette butts: a forgotten toxic waste. *Tabaccologia* 2009; 4: 27-36)



Tipologia del rifiuto	Rifiuto riscontrato %
Cicche	40
Bottiglie di plastica	9,5
Sacchetti di plastica	8,5
Lattine di alluminio	7,6
Coperchi bottiglie di plastica	7,3
Bicchieri, piatti e posate usa e getta	5,8
Imballaggi di prodotti alimentari	2,5
Cannucce di plastica per bibite	2,1
Tira anelli di lattine	1,9

Principali rifiuti riscontrati nel mar Mediterraneo.

Con l'ENEA, la SITAB ha sollevato il polverone sul problema dell'inquinamento da cicche, ad inizio d'anno, con un convegno e la recente pubblicazione di tre articoli apparsi sulla rivista ENEA¹. Successivamente, con alcuni colleghi dell'Università di Atene abbiamo pubblicato sull'argomento un articolo su un'autorevole rivista scientifica internazionale², ed ho pure denunciato la questione nel network mondiale degli specialisti del *tobacco control*³. Ma il problema delle cicche rimane un grande affare proprio per i produttori di sigarette. Noi denunciavamo. Loro guadagnano. Altri ci fumano sopra annoiati.

(Giacomo Mangiaracina)

1. www.gea2000.org/documenti/zip/rivista_enea.zip
2. Vardavas c, Mangiaracina G, Berhakis P. Environmentally friendly' brand promotion activities: cigarette butt clean-up campaigns *Tob Control* 2010; 19:259 doi:10.1136/tc.2009.034249 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/3/259.extract>)
3. www.gea2000.org/documenti/pdf/JTI_ashtray.pdf

Ricerca dell'Università Cattolica di Roma e Università di Bergamo Vietare il fumo in ufficio migliora la produttività aziendale

Vietare il fumo in ufficio, oltre a migliorare la salute dei lavoratori, riduce l'assenteismo per malattia, con effetti positivi sulla produttività. Sono alcuni dei risultati dello studio "The effect of comprehensive smoking bans in european workplaces", condotto dagli economisti Claudio Lucifora, dell'Università Cattolica di Roma e research fellow dell'Institute for the Study of Labor di Bonn (Iza), e Federica Origo dell'Università di Bergamo, che hanno analizzato gli effetti sulla salute nei luoghi di lavoro delle leggi che vietano il fumo in tutti i luoghi pubblici. I due studiosi hanno messo a confronto i Paesi europei che tra il 2000 e il 2005 hanno introdotto il divieto assoluto di fumare, vale a dire Irlanda, Italia e Svezia, con tutti quelli dell'Unione Europea che non si erano ancora mobilitati su questo fronte. Ne è emerso un quadro che mette in luce come il divieto di fumo nei luoghi di lavoro stia dando risultati positivi, non solo dal punto di vista della salute dei lavoratori, ma anche della produttività delle imprese. I dati mostrano inoltre che il divieto assoluto di accendere sigarette sul posto di lavoro contribuisce, com'è ovvio, a ridurre il numero di fumatori passivi (sono oltre 7 mila le persone che ogni anno muoiono di fumo passivo nei luoghi di lavoro nell'Europa a 25 Paesi) con una diminuzione dell'1,5% dei problemi respiratori dovuti all'esposizione al fumo. Oltre alla riduzione del tempo "rubato" alla produttività da parte dei fumatori, anche l'assenteismo per malattia, in particolare quello causato dai tradizionali malanni invernali, si è ridotto del 2-3%, e fino al 4% nel nostro Paese. Un effetto inatteso della legge tuttavia, secondo gli studiosi, è che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro fa salire la probabilità (+5%) che i fumatori siano maggiormente irritabili o possano soffrire di stress sul luogo di lavoro. Un rischio che forse vale la pena correre ma che potrebbe essere egregiamente tamponato con interventi specialistici di smoking cessation.

Fonte: Adnkronos Salute

[Vincenzo Zagà]

**OSTRA MULTISENSORIALE
NO SMOKING BE HAPPY**
DAL 12 AL 23 MAGGIO 2010
DOVE CE L'HAI LA TOSTATA?
QUANDO TI ACCENDI UNA SIGARETTA
DIMENTICHITI TUTTO
ENTRA NELLA MOSTRA
E SCOPRI QUANTO È DIFERENTE
PER TE E PER GLI ALTRI

Prof. Paolo Veronesi

NO SMOKING BE HAPPY

È partito da Milano, lo scorso autunno, il progetto a cura della Fondazione Umberto Veronesi il viaggio multisensoriale fra i danni del fumo, **Le Vie del Fumo**. Una mostra interattiva, dentro una grande sigaretta, fa vedere, sentire, annusare, toccare dall'interno del corpo le conseguenze del tabacco; un viaggio che parte dall'aspirazione della sigaretta fino ad arrivare ai polmoni e al cuore. Nasce da questi semplici presupposti questa iniziativa originale per informare soprattutto i più giovani e lanciare in modo nuovo un messaggio mai abbastanza chiaro e radicato: il fumo è nocivo per la salute. Si attraversa una barriera di denti ingialliti, si sente l'odore nauseante dell'alito cattivo e urtando l'ugola arrossata si può ascoltare il suono

rauco della tosse. Dalla trachea si passa nel polmone di un fumatore, con gli alveoli distrutti, come quelli dei malati di enfisema e cancro, mentre si ascolta il rumore di un respiro affannato. Più avanti c'è il cuore del fumatore, col battito che aumenta di frequenza fino al blocco totale, seguito dal fischio acuto e prolungato dell'elettrocardiogramma piatto, causa infarto. L'idea è della Fondazione Umberto Veronesi, che l'ha realizzata con il patrocinio dell'Assessorato alla Salute del Comune di Milano e il sostegno di Fondazione Pfizer. Target privilegiato di questa iniziativa sono i ragazzi, studenti delle classi elementari e medie. Prevenire, dunque, è ancora una volta la parola d'ordine, con un occhio alla salute dei cittadini e l'altro puntato sulla necessità di limitare le uscite legate ai costi sanitari. La migliore strategia a disposizione rimane sempre quella di non iniziare. «Proprio in quest'ambito la Fondazione Umberto Veronesi – spiega il suo presidente, Paolo Veronesi – si è impegnata in prima linea con il progetto educativo No smoking be happy, che ha già coinvolto migliaia di studenti delle classi elementari e medie in diverse città italiane che hanno potuto seguire speciali "lezioni di salute" interattive incentrate sui danni causati dal tabacco. Lo stesso progetto, poi, coinvolgeva i genitori, sensibilizzandoli sui pericoli dell'esposizione passiva e sul fatto che sono poco credibili come educatori alla salute dei propri figli se s'accendono una sigaretta dopo il caffè, facendo percepire il fumo come qualcosa di normale e non di nocivo». Il Progetto NO SMOKING BE HAPPY con la Vie del Fumo, dopo Milano, è approdato in varie città italiane, fra cui Bologna, nel maggio u.s., nell'immediata vigilia del VI Congresso della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) tenutosi nella città felsinea dal 25 al 26 maggio. Affluenze da tutto esaurito hanno caratterizzato la tappa di Bologna.

www.scuola.net/nosmokingbehappy.html



Interno della mostra, l'ugola. Tocandola si sente la tosse, tipico disturbo dei fumatori

12-14 novembre 2010/Bardineto (SV)

Corso per Conduttori di Gruppo per il Tabagismo

L'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma organizza su proposta e con la collaborazione della Società Italiana di Tabaccologia, insieme alla Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale, il Centro Studi "La Fenice" un corso per Conduttori di Gruppo per il Tabagismo. Il corso è rivolto a medici, psicologi, infermieri e altre figure professionali impegnate nella terapia del tabagismo. Si tratta di una occasione formativa unica nel suo genere, che dà la possibilità ai partecipanti di confrontarsi con i maggiori esperti italiani nel campo, conduttori di gruppi con approcci diversi, che hanno alle spalle una lunga attività clinica e didattica. Il corso prevede, fra l'altro, una quota rilevante del programma impegnata in lavori con metodi attivi ed esercitazioni. All'evento, che si svolgerà dal 12 al 14 novembre presso il Centro Studi "La Fenice" con sede in Loc. Calcinazzo, Via Provinciale, 10 a Bardineto (Savona), sono stati attribuiti circa 27 punti ECM.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Formazione Permanente - Università Cattolica del Sacro Cuore: empler@rm.unicatt.it / tel 06/30154297 - 06/30154074 / fax 06/3051732

REPORT DA BOLOGNA

Bologna 25 e il 26 maggio 2010 VI Congresso Nazionale SITAB

Il 25 e il 26 maggio 2010 si è svolto a Bologna il Convegno organizzato dalla Società Italiana di Tabaccologia dal titolo "Rimuovere gli ostacoli, promuovere la smoking cessation".

Illustri esperti, ricercatori e clinici provenienti da tutta Italia, si sono incontrati e hanno portato il loro contributo ad una serie di temi di grande interesse. Il Presidente Biagio Tinghino ha aperto i lavori con un'interessante esposizione su Big Tobacco, l'industria del tabacco, illustrando le strategie e le ipocrisie che hanno portato alla diffusione dell'epidemia del fumo.

Hanno fatto seguito una serie di interessanti relazioni, che spaziavano dall'importanza di motivare, in ambito politico e amministrativo, i cosiddetti "decisori" al fine di individuare e sviluppare strategie di contrasto al tabagismo, fino all'esposizione di esperienze cliniche in vari ambiti specialistici, quali la pneumologia e l'otorinolaringoiatria, ma anche l'esperienza diretta del medico di famiglia.

Particolare spazio è stato dato anche ai settori della psichiatria e della tossicologia, con riferimento ai pazienti con comorbidità psichiatriche e ai fumatori con polidipendenza da sostanze d'abuso. Sono stati illustrati i nuovi approcci farmacologici al trattamento del tabagismo ma non è stato trascurato anche l'aspetto socio-economico delle patologie indotte da fumo, considerando l'enorme costo sostenuto per tali condizioni ma anche l'ottimo rapporto costo-beneficio dei trattamenti per la cessazione della dipendenza da tabacco.

Hanno dato il loro contributo anche il Dott Zuccaro e la dottoressa Galeone, rispettivamente dell'OSSFAD/Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute, sui temi dei servizi per il trattamento del tabagismo e della progettualità, in atto e futura, da parte delle Istituzioni, per ridurre l'impatto del fumo soprattutto sui giovani.

Di particolare interesse la sezione dedicata alle strategie psicologiche efficaci nel trattamento del tabagismo, dove non è stato trascurato nemmeno l'aspetto pratico dedicando spazio ad esercitazioni con la metodica del role playing. Il Presidente Tinghino ha infine illustrato le più recenti iniziative sviluppate da SITAB, dalla Rete dei centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) al nuovo servizio di sostegno per la progettualità, oltre alle iniziative di formazione e informazione sul tabagismo rinnovate di recente nei contenuti e nella forma.

Il Convegno si è concluso con la generale soddisfazione dei convenuti e degli organizzatori e con la reciproca promessa di impegno sui temi trattati nelle due giornate.



(Nolita Pulerà)

REPORT DA VERONA

Lotta al tabagismo: l'unione fa la forza



Biagio Tinghino, Presidente SITAB

L'Azienda ospedaliera universitaria integrata, l'Università degli studi di Verona e la Società Italiana di Tabaccologia hanno organizzato lo scorso 20 aprile l'evento "Dipendenza da tabacco e tabagismo: scenari dal mondo e dall'Italia".

L'evento è stato organizzato per sensibilizzare sulla problematica del tabagismo: una dipendenza ed una malattia cronica recidivante, oltre che un fattore di rischio per numerose patologie. È stato inoltre un'occasione per far conoscere le ultime evidenze scientifiche emerse e l'importanza delle alleanze nella lotta contro il fumo.

Durante la giornata sono state affrontate dagli esperti a livello nazionale, regionale e locale numerose tematiche legate al problema del tabagismo. Cristiano Chiamulera, presidente dell' European Board della Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), ha preso la parola per primo con un intervento focalizzato sul tema scelto quest'anno dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la Giornata Mondiale

senza Tabacco: "Le strategie di marketing del tabacco rivolte alle donne". Quello delle donne è un mercato interessante visto che, secondo gli ultimi dati dell'OMS, le donne costituiscono oggi circa il 20% di oltre un miliardo di fumatori nel mondo e questa cifra è in crescita. "Pubblicità nelle quali la sigaretta è associata ad un bicchiere di vino oppure ad un bagno rilassante - ha affermato Cristiano Chiamulera - colpiscono molto il sesso femminile, perché giocano su aspetti ambientali e su stimoli sensoriali ai quali la donna è più vulnerabile. Le grandi compagnie del tabacco sfruttano questa vulnerabilità per fare presa sulle donne. Il messaggio lanciato dall'OMS ci impone il dovere di analizzare questa problematica da un punto di vista clinico e di valutare se gli stimoli ambientali, ai quali la donna è più vulnerabile, possono essere sfruttati per favorire la disassuefazione". La discussione si è poi focalizzata su uno dei tanti problemi fumo-correlati: le patologie cardiovascolari. Un argomento di grande interesse visto che, come sottolineato da Corrado Vassanelli, direttore della Divisione clinicizzata di Cardiologia dell'Università di Verona, il fumo è al terzo posto tra i fattori di rischio cardiovascolari e la messa al bando del fumo ha portato ad una riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari.

Una volta compreso che fumare fa male, qual è la strategia da adottare? È meglio prevenire o curare la dipendenza tabagica? "La disassuefazione - ha spiegato Stefano Nardini, segretario dell'Associazione scientifica interdisciplinare per lo studio delle malattie respiratorie (AIMAR) - è importante tanto quanto la prevenzione: attuando una giusta prevenzione si potrebbe arrivare, nel 2050, ad una diminuzione della mortalità connessa al tabacco ma, per ottenere un drastico effetto, si dovrebbe puntare fin da oggi a far smettere di fumare i fumatori. Smettere, anche dopo essere stati fumatori per molti anni, ha sempre effetti benefici sulla mortalità e sulla tendenza a sviluppare malattie fumo correlate."

Ma siamo in grado di curare il tabagismo? "Il 50-60% dei fumatori vorrebbe smettere, - ha spiegato Fabio Lungoboni, responsabile del reparto di Medicina delle dipendenze del Policlinico Borgo Roma di Verona - il 76% vorrebbe smettere nei prossimi mesi, ma meno del 3% ci riuscirà. Quindi avere i giusti strumenti per ottenere la disassuefazione dei fumatori sarebbe davvero importante, ma gli strumenti che abbiamo ad oggi sono inadeguati. Dobbiamo ancora capire che cosa fa presa sui fumatori e come possiamo davvero aiutarli. Inoltre i medici conoscono poco le problematiche connesse al tabagismo perché non sono argomento di studio universitario: una corretta formazione della classe medica è un punto di partenza fondamentale per la lotta contro il fumo."

Biagio Tinghino, presidente della Società Italiana di Tabaccologia, dopo aver esposto il quadro della situazione italiana in merito al trattamento del tabagismo ha a sua volta messo in luce l'importanza di lavorare sulla formazione, oltre che sulle alleanze per ottenere una riduzione dei danni fumo correlati. Su entrambi questi aspetti, infatti, l'Italia è ancora molto carente. L'importanza delle alleanze, del lavoro integrato e dello sforzo congiunto di ricerca, pratica e formazione nella lotta al tabagismo sono stati anche gli argomenti di discussione affrontati nella tavola rotonda che ha chiuso l'evento, alla quale hanno partecipato Biagio Tinghino, Fabio Lungoboni, Caterina Grassi, Fabio Beatrice e Massimo Baraldo. Durante la discussione Biagio Tinghino ha spronato a uscire dall'italica inclinazione a coltivare ciascuno il proprio orticello ed a procedere uniti nella lotta al tabagismo.

(Anna Carlotta Dalfini)



Tabac Mail

lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

@ Sigaretta in maglia rosa

Gentili Signori,

Mi spiace ma non concordo con questo tipo di posizioni estremistiche (Ndr: a proposito della critica fatta dalla newsletter di GEA Salute, e da noi condivisa, a proposito dell'emissione da parte di Poste Italiane di un francobollo commemorativo i 100 anni del Giro d'Italia in cui è presente in primo piano un fumatore), che alla lunga possono fare più danni dei benefici attesi. Già in Francia (e nel resto di Europa) hanno riso tutti sulla patetica censura alla pipa di Jacques Tati. A mio parere in questa maniera si rischia di apparire ridicoli (quanti "occhi di falco" avranno fatto caso all'incriminata sigaretta?) senza contare che si rischia l'effetto boomerang, pubblicizzando un evento marginale e dando risonanza a un evento che forse pochissimi avevano notato. Allora perché non censurare, tanto per fare un esempio, anche le ristampe di Tex a colori, lette in gran parte da giovani, che sono piene di intermezzi infarciti di sigarette e sigari (per non parlare dell'alcol consumato a fiumi)? A quando il bando dei vecchi film dove si fuma a tutto spiano? O dei classici della letteratura? Bandiremo Sherlock Holmes per la sua pipa? Ma non pensate che di questo passo si rischia di innescare una reazione opposta, quando la gente inizierà a chiedersi se tutto questo zelo salutista non possa portare a ben altre limitazioni delle libertà individuali? A quando il bando dei ciccioni? E dai fumatori ai ciccioni per arrivare ai DIVERSI in genere, il passo è meno lungo di quanto sembri.

Cordiali saluti

Maurizio Prota

RISPOSTA

Gentile Sig. Prota, noi ci guardiamo bene dal "censurare". E da tutto quello a cui lei si riferisce. Poste italiane ci ha offerto l'occasione di precisare che in 100 anni 8 milioni di persone sono morte in Italia a causa del tabacco. Per il resto, meno male che ci sono i tabaccai, così non potremo parlare di proibizionismo. Quanto ai "fumetti"... già semplicemente il nome avrebbe dovuto fare insospettire i più radicali. E comunque il Tex che fuma ha già "educato" le generazioni degli attuali sessantenni. Diversa cosa è omologare il tabagismo al rango di "zelo salutista". Rispettiamo la sua opinione ma siamo noi a non essere d'accordo perché ci siamo documentati bene riguardo alla differenza che esiste tra dipendenza patogena e comportamento sociale.

Cordiali saluti.

Giacomo Mangiaracina

@ Legge Sirchia: guerre di lobbies

Gentile Redazione di Tabaccologia

mi chiamo Alberto Farroni e sono uno studente di economia, in questo momento a Singapore per un semestre. Nell'ambito di uno dei corsi che sto seguendo, sto facendo una ricerca riguardo le leggi antifumo e l'influenza di diversi gruppi sociali sull'applicazione di esse. Nello specifico, sto cercando di capire se le lobby antifumo hanno avuto un ruolo di rilievo nel lavoro del ministro Sirchia e più in generale, quanto sia forte la loro influenza sulle politiche antifumo. Inoltre, immagino voi abbiate a che fare anche con lobby i cui interessi sono per il fumo e pertanto mi piacerebbe saper quale sia la loro influenza e quali sono i rapporti con le lobby antifumo. Capisco di essere molto pretenzioso nel chiedere queste informazioni, però sarebbe per me molto interessante ed importante. Certo di un vostro aiuto, cordialmente ringrazio.

Cordiali Saluti

Alberto Farroni (Singapore)

RISPOSTA

Gentile Alberto,

Per capire le difficoltà che l'ex Ministro Sirchia ha dovuto affrontare nel varare la legge antifumo attualmente in vigore in Italia basta avere percezione dell'entità e del lavoro svolto dalla "tela del ragno" tessuta dalle Multinazionali del tabacco da almeno 40 anni, coinvolgendo la società a tutti i livelli (politico, massmediatico, medico) per non far passare a livello nazionale leggi contro la pubblicità e il fumo passivo. Pertanto la fragile lobby antifumo, con la Società Italiana di Tabaccologia in prima fila, che ha cominciato a prendere corpo dalla fine degli anni '90, ha fatto pressing sui politici e i mass-media, portando il livello di consapevolezza dell'opinione pubblica a livelli mai raggiunti in Italia. La battaglia è stata titanica per non fare affossare, come regolarmente avveniva da 40 anni, la legge in discussione. Ci si sentiva come Davide contro Golia, a mani nude contro i carri armati. Ma l'occasione era da non perdere per noi, "brancaleonica" lobby antifumo, consapevoli come eravamo che o passava o veniva tutto riaffossato come sempre e sine die. Abbiamo chiesto l'appoggio di tutti quelli che potevano farlo: medici, il circuito internazionale della tabaccologia (Globalink), giornalisti e opinione pubblica. Quanto alla lobby del tabacco, cercano ed esplorano costantemente ogni possibilità di rapporto "collaborativo" con varie organizzazioni, compresa la nostra società scientifica, che per owi motivi, etici e di principio, lo rifiuta. Ricercatori della BAT Italia presentano anche qualche studio ai congressi, tra cui il 10° SRNT European Conference che si è svolto a Roma il 23-26 settembre 2008 (www.srnt2008rome.com). Forse troverà alcune delle informazioni che cerca nell'articolo esclusivo del Prof. Sirchia che pubblichiamo in questo numero e in altri articoli della nostra rivista e in uno da Pneumorama, in particolare:



http://www.tabaccologia.org/PDF/Tabaccologia_4_2005.pdf
http://www.tabaccologia.org/PDF/Tabaccologia_1_2006.pdf
http://www.tabaccologia.org/PDF/Tabaccologia_1_2005.pdf
http://www.midiaonline.it/pdf/pneumorama_01_06/pneumorama_01_06_f.pdf

La Philip Morris si spinge, con gran faccia tosta, anche a sponsorizzare compagne per la prevenzione del tabagismo del Moige nelle scuole (pecunia non olet?). Se poi vuole approfondire andando alle fonti originali c'è il sito della Philip Morris (PM) www.pmdocs.com che è un vero e proprio "pozzo di San Patrizio" di informazioni confidenziali e riservate desecretate per legge. Una vera miniera di informazioni da cui ormai i tabaccologi non possono più prescindere. Si tratta di un sito dalla interfaccia semplice ma con un motore di ricerca che le darà accesso ad un archivio immenso con più di 32 milioni di pagine di documenti desecretati. Questo sito è stato istituito nel 1998 per decreto di un Tribunale del Minnesota in seguito al processo che ha visto dietro il banco degli imputati la Philip Morris contro le compagnie assicurative Blue Cross/Blue Shield che chiedevano il risarcimento del denaro speso in cure mediche dai fumatori. Insomma, fosse stato per le multinazionali quei documenti sarebbero rimasti riservati con tutti i loro segreti su ricerche, investimenti, contratti, rapporti con la politica, con i politici, il mondo scientifico e dei mass media del pianeta. E invece il giudice è andato giù pesante: l'obbligo di pubblicazione riguarda tutti i documenti passati e futuri, pubblici e privati. **(Vincenzo Zagà)**

@ Fumo di terza mano

Buonasera, voglio porre una domanda, magari banale, ma che ha acceso una certa curiosità in me e soprattutto è stata motivo di discussione. Mettiamo che il mio ragazzo fumi mentre io no e dopo aver fumato mi bacia, in questo caso il fumo mi viene trasmesso in qualche modo? Ad esempio tramite saliva o con il respiro. Oppure no? E se si, posso parlare di lieve fumo passivo in questo caso? Il mio ragazzo sostiene di no, che io (non fumatrice) non inalo nulla e non mi può far male, praticamente che con la saliva non si prende niente perchè non entra in contatto con il sangue, nemmeno con il semplice respiro di un bacio. Un pò come l'AIDS mi ha spiegato ma io sono della tesi opposta. Vorrei avere maggiori informazioni se possibile. Grazie per la gentile disponibilità.

Serena

RISPOSTA

Gentile Serena, il bacio di un fumatore trasmette sicuramente cattivo odore quindi una sensazione sgradevole. È noto il detto degli americani che baciare un fumatore è come baciare un posacenere. L'odore ha comunque la sua importanza sul piano estetico e relazionale, specie in un rapporto di intimità. Ciò che fa più male è l'inalazione del fumo passivamente, stando accanto ad una persona che fuma. Tracce di condensato è presente comunque nella saliva e nell'escreato bronchiale del fumatore oltre che sui capelli e indumenti. È quello che con una nuova terminologia viene chiamato fumo di "terza mano" che associato al fumo inalato passivamente può creare problemi respiratori e non. Infatti il "fumo passivo" è riconosciuto come carcinogeno appartenente al 1° Gruppo della Classificazione IARC in quanto contenente 88 sostanze al momento individuate come sicuramente cancerogene ed è responsabile di 2.200 decessi/anno in Italia per patologie fumo correlate, fra cui i tumori polmonari. L'esposizione a fumo passivo negli ambienti di lavoro provoca in un anno 300 decessi per tumore polmonare e 200 per malattie cardiache. Per amore, dica al suo ragazzo di smettere ora, per evitare di essere domani un padre fumatore. **(G. Mangiaracina)**

Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE SITAB
 SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera, (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Charilaos Lygidakis (Bologna), Marco Mura (Toronto), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

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

Comitato scientifico d'onore:

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

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

Con il Patrocinio:

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

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

Realizzazione editoriale: Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it

Ricerca iconografica: Zagor & Kano

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

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 ottobre 2010.



UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA "A. GEMELLI"

ISTITUTO DI PSICHIATRIA
DIRETTORE: PROF. PIETRO BRIA

CORSO DI FORMAZIONE per Group Trainer per il Trattamento del Tabagismo

Anno Accademico **2010**
2011

Direttore del Corso:
Prof. Luigi Janiri

Direttore Scientifico:
Prof. Biagio Tinghino,
Prof. Giuseppe Spinetti

Coordinatori Didattici:
Dott. Giovanni Martinotti,
Dott. Federico Tonioni,
Dott.ssa Carlotta Prinzo

Coordinatore Scientifico:
Dott. Rocco De Filippis

DESTINATARI

Il Corso è rivolto a laureati in Medicina e Chirurgia ed in Psicologia, nonché a tutti gli operatori impegnati nel trattamento del tabagismo (infermieri, assistenti sociali, educatori) in possesso di un titolo universitario, rispondendo in modo specifico alle loro esigenze formative. Sono richieste conoscenze e competenze di base nel trattamento del tabagismo.

DURATA

Venerdì 12 – domenica 14 novembre 2010; 22 ore residenziali + 10 ore comprensive di training e supervisione presso centri di eccellenza e supervisione.

METODI DI INSEGNAMENTO

Frontali, attivi, discussione casi clinici, roleplaying

SEDE

Il Corso si terrà presso il Centro Studi "La Fenice" con sede in Loc. Calcinazzo, Via Provinciale, 10 Bardineto.
Le 10 ore di training si terranno presso centri di eccellenza individuati dal Centro Studi "La Fenice".

PROGRAMMA

VENERDI 12 NOVEMBRE

Overview su nuovi scenari nel campo della dipendenza da tabacco

- 10.00-11.00 Aggiornamenti sugli aspetti neurochimici e psicologici della dipendenza - *L. Janiri*
- 11.00-12.00 Recenti acquisizioni nel campo del trattamento farmacologico del tabagismo - *B. Tinghino*
- 12.00-13.00 Aspetti psichiatrici nella dipendenza da tabacco - *G. Spinetti*

La relazione terapeutica: dall'approccio individuale al gruppo

- 14.00-15.45 La dimensione di auto-aiuto nella dinamica di gruppo: ruolo, potere e limiti del conduttore - *G. Martinotti*

Il conduttore, il percorso personale, la consapevolezza

- 16.00-18.00 Lavori di gruppo con metodi attivi - *B. Tinghino*

SABATO 13 NOVEMBRE

Modelli e dinamiche di gruppo

- 9.00-10.00 Dinamiche e processi dei gruppi - *R. Caneparo*

- 10.00-11.00 L'approccio dell'Analisi Transazionale nei contesti gruppi per il tabagismo - *F. Zucchetto*

- 11.00-11.45 Modelli e strumenti di conduzione nel trattamento del tabagismo - *G. Mangiaracina / B. Tinghino*

Esperienze a confronto

- 12.00-13.00 Esperienze e stili di conduzione a confronto - *G. Mangiaracina / R. Caneparo / F. Zucchetto*

- 14.00-15.45 Esperienze e stili di conduzione a confronto. Lavoro di gruppo - *G. Mangiaracina / R. Caneparo / F. Zucchetto*

Il conduttore, il percorso personale, la consapevolezza

- 16.00-18.00 Lavori di gruppo con metodi attivi - *B. Tinghino*

DOMENICA 14 NOVEMBRE

Strumenti e tecniche

- 9.00-11.00 Strumenti e tecniche di conduzione (la sintomatologia astinenziale del tabagista, cause mediche di drop-out, aspetti dietologici, l'attività fisica - *L. Guerriero*

- 11.00-12.00 Strumenti e tecniche di conduzione (l'assertività, il problem solving, l'elaborazione del lutto, la gestione del craving) - *B. Tinghino*

- 12.00-13.00 I casi complessi - *G. Spinetti*

Casi clinici

- 14.00-15.00 Discussione di casi clinici - *G. Spinetti*

Il conduttore, il percorso personale, la consapevolezza

- 15.15-17.00 Lavori di gruppo con metodi attivi - *B. Tinghino*

- 17.00-17.15 Compilazione questionario ECM - *R. De Filippis*

- 17.00-17.15 Compilazione questionario ECM - *R. De Filippis*

GIORNATA DI SUPERVISIONE

- 14.00-19.00 Lavori a piccoli gruppi sulle esperienze professionali - *G. Mangiaracina / R. De Filippis*

GIORNATA DI SUPERVISIONE

- 13.00-18.00 Lavori a piccoli gruppi sulle esperienze professionali - *B. Tinghino / F. Zucchetto*

DOCENTI

Il Corpo docente è composto da Professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'U.C.S.C. e da docenti esperti delle materie di insegnamento della Società Italiana di Tabaccologia, della Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale e del Centro Studi "La Fenice".

Raffaella Caneparo - Medico, Psicoterapeuta, conduttrice di gruppi di trattamento del tabagismo, Responsabile Centro per il Trattamento del Tabagismo di Aquil Terme; **Rocco De Filippis** - Psichiatra, dottorando di ricerca Università Cattolica del S. Cuore; **Luigi Guerriero** - Medico, conduttore di gruppi di trattamento del tabagismo, Università Cattolica del S. Cuore; **Luigi Janiri** - Professore Associato di Psichiatria, Univ. Cattolica del S. Cuore; **Giacomo Mangiaracina** - Dipartimento di Sanità Pubblica, Università "Sapienza" di Roma, conduttore di gruppi di trattamento del tabagismo; **Giovanni Martinotti** - Psichiatra, Dottore di Ricerca, Univ. Cattolica del S. Cuore; **Giuseppe Spinetti** - Direttore S.C. SPDC di Imperia, Psichiatra, Presidente Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale, Responsabile scientifico Centro Studi sulle Addiction "La Fenice"; **Biagio Tinghino** - Presidente Società Italiana di Tabaccologia, Responsabile Centro per il Trattamento del Tabagismo ASL di Monza e Brianza, e UO Dipartimento Dipendenza di Monza, conduttore di gruppi di trattamento del tabagismo; **Francesca Zucchetto** - Psicologa Psicoterapeuta, conduttrice di gruppi di trattamento del tabagismo.



SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Formazione Permanente
Università Cattolica del Sacro Cuore
empler@rm.unicatt.it

tel. 06/30154297
tel. 06/30154074
fax 06/3051732