

Tabaccologia

Tobaccology

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



Abstract del VII Congresso Nazionale SITAB
Indagine SITAB sui Centri Antifumo
Il fumo nell'arte pittorica (XVI-XIX sec.)
Tabagismo e cardiopatie
Terapia del tabagismo nei pazienti psichiatrici



Cosà bolle in redazione

Mosby's Index

Come molti di voi sanno, anche per avervi partecipato, il 17 e 18 ottobre 2011 si è tenuto a Milano il VII Congresso Nazionale di Tabaccologia della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) con una partecipazione di più di 150 partecipanti. È stato un Congresso interessante sia per la qualità dei relatori che per la partecipazione attiva dei convenuti. In questo numero pubblichiamo gli abstract delle comunicazioni orali. Nel prossimo numero invece ci sarà un interventodi Robert West, che ha aperto il Congresso con la sua *lectio magistralis* sulle linee guida e ultime novità in *smoking cessation* che ha destato grande interesse nell'uditorio. In questa occasione congressuale si è anche tenuta l'Assemblea dei soci SITAB per l'elezione del nuovo Consiglio Direttivo Nazionale 2012-14. Il nuovo CD eletto, i cui componenti sono riportati in un servizio di News & Views, ha confermato per il secondo mandato il presidente uscente Biagio Tinghino. Con i primi dell'anno il CD deciderà il nuovo organigramma con funzioni ed incarichi nazionali e regionali, indicando le strategie operative per il prossimo triennio.

Come si può arguire dalla copertina attuale di Tabaccologia, a mio parere una delle più affascinanti, uno degli articoli più originali pubblicati in questo numero è quello relativo all'impatto che il fumo di tabacco ha avuto nell'arte pittorica del periodo moderno (XVI-XIX sec.), che abbiamo scritto con lo storico d'arte Massimo Martelli.

Non meno importante è l'articolo del presidente Tinghino sull'indagine effettuata da SITAB sugli approcci metodologici, punti di forza e criticità organizzative di 255 Centri Antifumo italiani. Uno dei punti di forza di questo articolo è la numerosità dei Centri Antifumo che vi hanno partecipato 255 su 396 esistenti formalmente e censiti dall'Istituto Superiore di Sanità attraverso la sua rilevazione annuale.

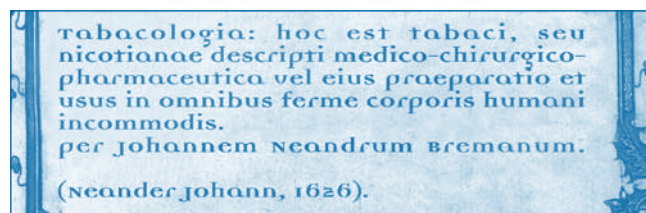
Raffaella Caneparo ci conduce invece nella fisiopatologia della cardiopatia fumo-correlata e nel delicato approccio terapeutico di *smoking cessation*. Fabio Lugoboni, invece, new entry nel Direttivo nazionale SITAB, ci guida nel trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali, croce (molta) e delizia (poca) dei Centri Antifumo.

Infine, nel 150° anniversario dell'Unità d'Italia, una chicca patriottico-risorgimentale, in News & Views. Riportiamo infatti la testimonianza di un patriota e giornalista su come fu difficile rispettare la consegna del non fumo durante lo sciopero del fumo del 1847-48. Un'ulteriore conferma, se ce ne fosse bisogno, che quando si parla di fumo si parla di dipendenza, che può mettere in crisi anche i più alti e nobili ideali come il patriottismo.

Terminiamo con la soddisfazione che dopo l'indicizzazione di Tabaccologia su Google Scholar e su EMCare, ci viene comunicata da Elsevier l'indicizzazione su un altro loro motore di ricerca, MOSBY'S INDEX (<http://www.mosbysindex.com/browse>). Ma nei prossimi mesi contiamo di darvi altre sorprese nel delicato e difficile iter per indicizzare Tabaccologia su sempre più autorevoli motori di ricerca.

Vincenzo Zagà
(caporedattore@tabaccologia.it)

Sommario



EDITORIALI

- Apologia della contesa. (G. Mangiaracina) **3**

ABSTRACT & COMMENTARY

- Esiti di un progetto per facilitare la cessazione del fumo assistita negli operatori della sanità. (R. Ciarfeo Purich et al) **5**
- Astinenza dal fumo di sigaretta 3-5 anni dopo la partecipazione alla Smoke Free Class Competition. (V. Zagà et al) **5**
- Il distress psicologico: possibile predittore della cessazione del fumo. (F. Cosci) **6**
- Importanza del rapporto medico-paziente nella smoking cessation. (F. Perozziello) **6**
- Dosaggio del Polonio 210 nelle sigarette più vendute in Italia e proposte sulla importanza di comunicarne la presenza. (V. Zagà et al) **7**
- "Bambini che fumano". Risultati di una ricerca italiana sull'abitudine al fumo dei giovanissimi. (B. Tinghino et al) **8**
- RCT sull'efficacia del counselling breve per la disassuefazione da fumo e la promozione di sani stili di vita offerto alle donne che partecipano agli screening oncologici nelle ASL di Lecco, Mantova e Milano 1. Risultati preliminari. (R. Moretti et al) **8**
- Tabagismo e Terza Età. Dati preliminari di un progetto della Regione Lazio sulla prevenzione delle dipendenze patogene. (F. Bernacchia et al) **9**
- Caratteristiche dei fumatori e successo a breve termine nell'interruzione del tabagismo. (B. Valenti et al) **10**
- Efficacia della Vareniclina nella smoking cessation. Studio di efficacia nel follow up ad 1 anno. (D. Enea) **10**

ORIGINAL ARTICLE

- I Centri per la smoking cessation in Italia: approcci metodologici, punti di forza, criticità organizzative. **11**
Smoking Cessation Centres in Italy: methodological approach, point of strength, organisational issues. (B. Tinghino)

ORIGINAL REVIEW ARTICLE

- Il fumo di tabacco nell'arte pittorica. **19**
Tobacco smoking in pictorial art. (M. Martelli, V. Zagà)

REVIEW ARTICLES

- Tabagismo e cardiopatia: fisiopatologia e strategie terapeutiche di prevenzione secondaria. **28**
Smoking and coronary heart disease: the pathophysiology and therapeutic strategies for secondary prevention. (R. Caneparo)

- Figli di un dio minore: il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali. **37**
Sons of a lesser god: smoking cessation treatment in patients with mental illness. (F. Lugoboni et al)

- News & Views **44**

- Tabac Mail **47**

Istruzioni per gli Autori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le **Tabelle** e le **legende delle Figure** devono seguire il corpo del manoscritto e devono essere numerate consecutivamente. Le Figure devono essere inviate in file separati e devono essere in formato Powerpoint, TIF o JPG. Tabaccologia si riserva il diritto di apportare cambiamenti nel testo. Gli articoli non redatti secondo queste istruzioni non verranno considerati per la pubblicazione.

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

Come ricevere la rivista

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

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

Come diventare membro della SITAB

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

Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.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 to Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Book chapters should indicate the surname and authors' initials, the chapter title, surname and initials' book authors, editor, place and year of publication. For example: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

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

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

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

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

How to receive the journal

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

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

How to become SITAB member

The SITAB membership fee for 2012 is € 50,00 (€ 25,00 for nurses, undergraduate and post-graduate students and residents) to be sent by bank draft to: Banca CREDEM Bologna, Agency 2, Account n. 010000001062; CAB 02401; ABI 03032; IBAN IT02U0303202401010000001062

Please also download the membership form from website www.tabaccologia.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



Apologia della contesa

Giacomo Mangiaracina

La metafora dell'albero buono è un cardine della cultura cristiana. Il dettato evangelico vuole che la qualità dei frutti serva a distinguere i falsi profeti da quelli veri [1]. Escludendo l'ambito religioso, la questione dei buoni frutti sembra valere per ogni settore della vita sociale e di relazione. Ma non sempre è così. Il concetto di "bontà" del frutto assume connotazioni diverse nella mente di chi riveste ruoli sociali e professionali diversi, ma anche sulla base di interessi personali.

L'identificazione del "buono" ha visto da sempre bagarre e lotte spietate per mettere alla gogna i mistificatori designati, con atteggiamenti giudicanti e condanne senza appello. I dibattiti accesi della televisione degli ultimi vent'anni rappresentano la sublimazione di ciò che è accaduto in ogni tempo, le guerre. La *damnatio memoriae* dei faraoni egizi era la regola. Ci sono voluti decenni di ricerche per capire che colui che conosciamo come *Tut-ank-amon*, aveva un nome diverso. Era *Tut-ank-aton*. Per i successori del faraone bambino dedicato all'eterno e immutabile *Aton*, a quanto pare il dio "buono" era invece *Amon*.

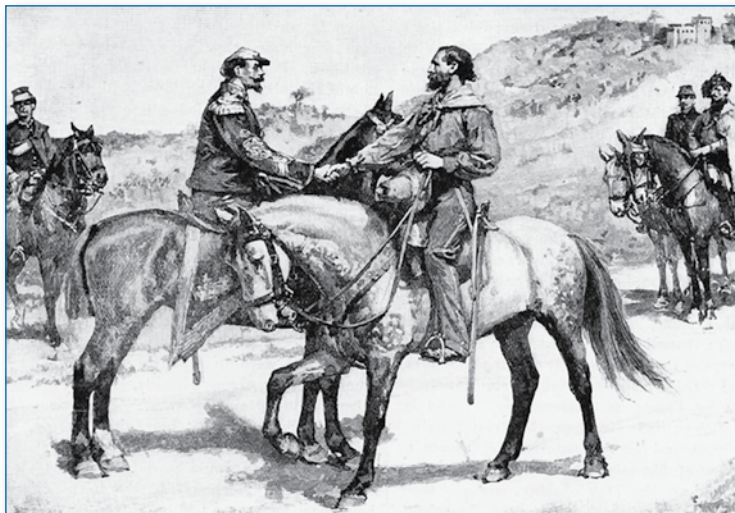
Fu per la diversità del "buono" che Nerone occultò la memoria del padre adottivo Claudio sopprimendogli il figlio naturale; che Cesare marciò contro il senato di Roma; che i congiurati lo pugnarono; che Costantino fece segare la testa della statua di Massenzio per collocarvi la propria.

Una forma di sublimazione delle contese belliche si rinviene naturalmente in campo scientifico. Direi che ne è fortemente contraddistinto. Nel Cinquecento, *Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim* (nome che per facilità riporto col copia e incolla) si fece chiamare Paracelso, letteralmente "più grande di

Celso", a sottolineare il contrasto tra valore e disvalore. Molto più vicino a noi, il povero Semmelweis moriva in manicomio deriso dai colleghi per avere scoperto che lavarsi le mani impediva spaventosi contagi. Pasteur arrivò qualche anno dopo a dargli ragione piena, ma era ormai troppo tardi.



Gli uomini di scienza si sono da sempre fatti la guerra, al pari di lavoratori o aziende in competizione. Le aule congressuali, senza mai ragguagliare il livello dei rabbiosi latrati di quelle parlamentari, sono stati da sempre scenari di contesa, il più delle volte elegante, altre volte meno. Ma una categoria speciale di scienziati competitori è quella degli ispettori Javert [2] che inseguono sospetti Jean Valjean [2], presunti colpevoli, rei di aver sottratto impropriamente qualcosa al bene comune. A volte vivono



nell'ombra, creando alleanze e convinzioni sulla base del passaparola, altre volte escono allo scoperto.

Scrivendo lo confesso. Ho anch'io un *ispettore Javert*, coraggioso in verità, che aspetta l'occasione buona per mandarmi per posta elettronica una critica secca, con retrogusto di velata stizza, mai forbita ed elegante come si conviene tra gentiluomini, per una cosa che avrei detto, o scritto o pubblicato, isolando una frase, perdendo volentieri di vista tutto il contesto. La cosa importante è evidenziare la *defaillance* o la presunta millanteria. Insomma, il frutto veramente buono andrebbe cercato altrove.

Quando cerco di comprendere i motivi di tali comportamenti affiorano alla mia mente due tipi di personalità: il paladino di verità e il giustiziere. In entrambi i casi il giudicante tende a posizionarsi ad un livello superiore rispetto al giudicato. Un orrore per *counselor* e formatori navigati.

Tuttavia, messa da parte ogni acrimonia, a pensarci bene molti di noi sono veri professionisti della critica, a volte dura e spietata, nella pubblica informazione, nei contatti coi Media, in questa rivista e nella saltuaria rubrica di "Torquemada". Attacchiamo le compagnie del tabacco, politici,

governanti, istituzioni, scienziati venduti, formatori incapaci, insegnanti e professionisti della salute. Con motivazioni diverse, il nostro lavoro ha una impronta bellica contro il maggiore nemico della salute pubblica. Le nostre centurie (o più appropriatamente decurie) sviluppano attività regionali e territoriali, aggiornano, informano, esortano, spiegano.

Mi viene da pensare a volte che la guerra contro il tabacco sia già persa, ma certe battaglie i tabaccologi le vincono, da guerriglieri o da buoni opportunisti, emergendo nello scenario sociale con una ricerca pubblicata o quando l'occasione si presenta (vedi caso Livtinienko e Polonio 210). Quello che in parte mi turba è che, considerato il numero esiguo di specialisti nel nostro campo, vi siano ancora atteggiamenti aggressivi o competitivi nei confronti di chi produce una quantità dimostrabile di buoni

frutti superiore alle forze e alle speranze.

La guerra tra poveri è esclusa dalla nostra considerazione. Siamo da sempre votati alle alleanze produttive e l'intesa siglata recentemente dal presidente Tinguino con la FederSerD dimostra come

il lavoro costante produca credibilità e sostegno reciproco. Però ho un'altra modalità di lettura delle provocazioni, degli atteggiamenti giudicanti, delle svalutazioni di chi non riesce a vedere altro che piante cattive al di fuori del proprio orto. Meno male che ci sono. Rappresentano uno stimolo alla produzione di salute. Non è certamente un onore avere "troppi nemici", come si credeva nella dittatura fascista, ma averne qualcuno non guasta. ■



Giacomo Mangiaracina
(direttore@tabaccologia.it)

1. Vangelo di Matteo, cap. 6, vv. 15-20.
2. Victor Hugo, *I Miserabili*.



Abstract & Commentary



Atti del VII Congresso Nazionale Società Italiana di Tabaccologia

Milano, 17-18 ottobre 2011

Esiti di un progetto per facilitare la cessazione del fumo assistita negli operatori della sanità

**Ciarfeo Purich R., Vegliach A., Tominz R., Cricenti O.,
Generoso G., Bovenzi M., Tach S., Ticali S.**

Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT) della Azienda
per i Servizi Sanitari n.1 Triestina

Introduzione

Il Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT) della ASS di Trieste ha svolto, nel 2007, una ricerca tra i dipendenti delle tre aziende sanitarie della provincia rilevando che il 30% dei colleghi era fumatore. Tra questi, il 33% voleva smettere e il 40% voleva ridurre il fumo.

Obiettivi

Avvio di percorsi di cessazione per il personale sanitario con sviluppo di una cultura antitabagica.

Metodi

1. Formazione accreditata sul minimal advice antitabagico dei medici competenti aziendali.
2. Campagna informativa con: locandine, foiler allegato in busta paga, banner su siti aziendali.
3. Linea telefonica dedicata per accesso diretto senza necessità di impegnativa del MMG.

4. Possibilità di accedere all'ambulatorio in orario di servizio (solo per l'ASS territoriale).

Tutti i trattamenti sono stati personalizzati e basati su pratiche evidenced based (combinazione di supporto farmacologico e gruppi di sostegno all'astinenza).

Risultati

Da gennaio 2007 a ottobre 2011, 237 colleghi sono venuti a curarsi. Gli accessi annui al CIPCT sono passati dai 110 pazienti del 2007 ai 624 del 2010.

Conclusioni

La risposta data dai colleghi fumatori è stata buona, promuovendo così la cultura della cessazione assistita. La risposta è stata eccellente da parte degli operatori territoriali, ciò può essere dovuto a più fattori:

1. Possibilità di partecipare alle cure in orario di servizio.
2. Contatti soventi e diretti tra i medici competenti aziendali e CIPCT (stessa Azienda).
3. Nessuna dispersione di dati in fase di segnalazione degli intenzionati a smettere.

Nel 2010 si è allargato il progetto ai dipendenti delle RSA, case di cura e cliniche convenzionate del territorio provinciale.

Astinenza dal fumo di sigaretta 3-5 anni dopo la partecipazione alla Smoke Free Class Competition

Vincenzo Zagà¹, Adriano De Blasi², Paola Gremigni³

¹ U.O. di Pneumotisiologia Territoriale - Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

² Sociologo SERT - Azienda Sanitaria Locale di Bologna.

³ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Bologna.

Obiettivo

Indagare gli esiti della Smoke Free Class Competition, un programma di prevenzione del fumo di sigaretta rivolto agli studenti delle scuole superiori.

Disegno

Studio osservazionale di follow-up degli esiti di un intervento non farmacologico, con un gruppo di controllo parallelo non randomizzato.

Setting e partecipanti

382 studenti di 2 istituti statali d'istruzione di II grado della provincia di Bologna frequentanti le classi terze, quarte e quinte.





Principali misure di outcome

Astinenza dal fumo di sigaretta a un follow-up a 3-5 anni dopo un intervento di prevenzione specifico.

Risultati

3-5 anni dopo aver partecipato alla SFCC i fumatori sono 17,8% fra chi aveva partecipato alla SFCC e 28,4% fra i non partecipanti ($\chi^2 = 5,86$; $p = 0,01$).

L'incremento medio del numero di fumatori è del 7,4% fra i partecipanti alla SFCC e del 18,7% nelle classi di controllo.

Non avere familiari fumatori e aver partecipato alla SFCC favoriscono la possibilità di rimanere astinenti dal fumo di sigaretta in misura diversa in relazione all'età e al tempo trascorso dal programma di prevenzione.

Conclusione

Lo studio incoraggia l'uso di programmi quali la Smoke Free Class Competition nelle prime classi delle scuole superiori per ritardare e scoraggiare l'iniziazione al fumo di sigaretta fra gli adolescenti.

Il distress psicologico: possibile predittore della cessazione del fumo

Fiammetta Cosci

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Firenze

Il distress psicologico è una dimensione psicologica che consta di sintomi e risposte emotive quali ad esempio la tristezza, la frustrazione, l'ansia, la mancanza di speranze, il nervosismo e l'umore depresso. Esso può essere esperito da soggetti sani che si trovino ad affrontare cambiamenti nella vita, da pazienti affetti da disturbi somatici o psichici, da fumatori nelle diverse fasi della loro storia di fumo (inizio, mantenimento, cessazione, ricaduta).

Una letteratura crescente evidenzia che il distress psicologico sia particolarmente frequente durante il periodo della cessazione del fumo e possa influenzare negativamente la possibilità di smettere. Rabbia, ostilità, tensione e umore depresso sono stati infatti associati ad un maggior rischio di non riuscire a smettere di fumare.

Molte ricerche hanno inoltre posto l'attenzione su una dimensione specifica del distress psicologico, la cosiddetta affettività negativa e cioè sintomi ansiosi e/o depressivi in assenza di una diagnosi di disturbo psichiatrico. È stato osservato che i fumatori che si rivolgono ai Centri Antifumo hanno un'affettività negativa più grave dei fumatori della popolazione generale. Quindi, si è ipotizzato che tali sintomi possano agire

come motivatori per smettere di fumare. Tuttavia, mentre chi ha sintomi depressivi presenta una minore probabilità di smettere di fumare, chi ha una sintomatologia ansiosa sembra riuscire più facilmente in questo proposito.

Infine, un fenomeno di interesse crescente è la tolleranza al distress. I fumatori che ricadono precocemente (cioè, ore o giorni dopo la cessazione) sembrano non soltanto risentire dei sintomi astinenziali ma soprattutto avere una bassa tolleranza verso il disagio emotivo, il distress fisico e psicologico che la cessazione comporta. È

da notare che l'85% di chi ha una ricaduta precoce fallirà nel tentativo di smettere di fumare alla fine del percorso terapeutico e che una bassa tolleranza al distress è stata associata a come il soggetto è in grado di gestire la propria affettività negativa.

A conclusione dell'intervento sarà discusso un caso clinico allo scopo di descrivere il distress psicologico, proporre strumenti per misurarlo (ad

esempio, il *Symptom Rating Test*) e fare la diagnosi differenziale rispetto alla sindrome d'astinenza da nicotina. Esiste infatti una sovrapposizione fra le manifestazioni cliniche del distress psicologico e quelle dell'astinenza da nicotina. I due fenomeni possono però essere distinti attraverso un'attenta raccolta delle informazioni cliniche e un approfondito esame obiettivo.

Tolleranza al distress

L'affettività negativa è il "core motivazionale" della sindrome astenziale. Quando gli stressor o l'astinenza aumentano l'affettività negativa e la rendono percepita, tale affettività distorce il processamento delle informazioni in modo tale da promuovere la nuova assunzione della sostanza (Baile et al. 2004).

Esistono differenze individuali su come i fumatori rispondono all'affettività negativa e sono le risposte che hanno nei confronti di tale affettività che determinano la ricaduta in pochi giorni/ore o il mantenimento dell'astinenza (Brown et al. 2005).

Importanza del rapporto medico-paziente nella smoking cessation

Federico E. Perozziello

Responsabile del Centro Antifumo ASL di Milano - Prof. a contratto di Antropologia p/o Università degli Studi dell'Insubria (Varese - Como)

Smettere di fumare è possibile con trattamenti farmacologici idonei, oggi disponibili e utilizzati assieme all'intervento di personale sanitario esperto. Tuttavia il processo della disassuefazione richiede tempo. Questo è un fattore

di cui occorre assolutamente tenere conto nella terapia del Tabagismo. Una terapia efficace richiede la disponibilità di tempo per poter parlare con il fumatore e approfondire le sue motivazioni a smettere. Non esiste un fumatore uguale a un altro e per comprendere bene la personalità di chi si ha davanti occorre impiegare un tempo maggiore che in un approccio clinico tradizionale.



Interagire con un fumatore comporta per il medico dover ricoprire un ruolo determinato e a volte inconsueto in una relazione di aiuto, in una dinamica di *Counseling*, secondo quanto studiato dallo psicologo *Carl Rogers* (1902-1987). Secondo Rogers, se una persona si trova in difficoltà, il modo più adeguato di aiutarla non è dirle cosa fare, bensì aiutarla a comprendere la propria situazione. Questo stato di cose rende la terapia del tabagismo molto differente dai consueti processi decisionali e terapeutici della medicina.

A proposito della comunicazione tra medico e paziente, ricordiamo le potenzialità del linguaggio nella comprensione tra gli esseri umani e di come spesso il medico non sia consapevole delle capacità mimetiche nel raccontarsi messe in atto dal paziente. Una persona che racconta la propria condizione di malato, fornisce infatti una creazione narrativa del proprio sé. Il fumatore si racconta davanti al medico, che dovrebbe avere il tempo di ascoltarlo e possedere la preparazione per interpretarlo. Questa narrazione creatrice del sé è spesso un atto di ricerca di un equilibrio tra la nostra autonomia (ci raccontiamo come persone coerenti con il proprio passato e la propria volon-

tà) e l'inevitabile alterità che ci circonda, costituita dalla famiglia, dagli amici, dalle istituzioni, che si attendono da noi e dal fumatore alcuni comportamenti.

La vita appare quindi al paziente fumatore come una ricerca di equilibrio tra l'autonomia decisionale e l'impegno nel cambiare le proprie condizioni esistenziali. L'azione terapeutica della medicina deve essere adattata alle condizioni particolari del fumatore. La congiunzione di aspetti fisiopatologici e soteriologici, di salvezza cioè da un esito negativo, costituisce l'essenza della medicina. Secondo l'antropologo *Byron J. Good*, la medicina può essere vista come un modo di affrontare il mondo e la malattia attraverso un vettore di esperienze, un mezzo di incontro e di interpretazione dell'altro, di gestione del conflitto e di trasformazione del "malato" fumatore in soggetto "sano".

Per raggiungere questo obiettivo, così utile nel processo di disassuefazione dal fumo, che appare come un vero e proprio rimodellamento esistenziale, risulta necessaria un'innovazione formativa nella preparazione dei giovani medici, che richiede impegno e competenze diverse da ricercarsi attraverso una spiccata interdisciplinarietà e un'attenzione particolare al linguaggio.

Dosaggio del Polonio 210 nelle sigarette più vendute in Italia e proposte sulla importanza di comunicarne la presenza

Vincenzo Zagà¹, Massimo Esposito², Pergiorio Zuccaro³, Paolo Bartolomei⁴, Mattia Taroni², Roberta Pacifici³, Enrico Gattavecchia⁵

¹Pneumotisiologia Territoriale - AUSL di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

²U-Series Lab - Bologna.

³Osservatorio Fumo, Alcol, Droghe (OSSFAD-ISS).

⁴ENEA-Bologna.

⁵Unità Complessa dell'Istituto di Chimica, Radiochimica e Scienze Metallurgiche-Università di Bologna.

Introduzione

Il Polonio alfa-radioattivo 210 (Po-210) è uno dei più potenti agenti carcinogeni del fumo di tabacco e uno dei responsabili del cambiamento dell'istotipo del tumore polmonare da "squamoso ed indifferenziato a piccole cellule" ad "adenocarcinoma". La fonte principale di Po-210 è rappresentata dai fertilizzanti ricchi di polifosfati. Le foglie del tabacco accumulano Pb-210 e Po-210 attraverso i tricomi e il Pb-210 decade gradualmente in Po-210. Con la combustione e l'aspirazione del fumo il Pb-210 e Po-210 raggiungono l'apparato broncopulmonare, dove, in combinazione con altri agenti, manifestano l'azione cancerogena, specialmente nei pazienti con BPCO al 3° e 4° stadio GOLD.

Obiettivi

Nell'ambito del progetto Help-Mild, un progetto di prevenzione primaria del tumore al polmone, sono state eseguite le analisi del Piombo 210 e Polonio 210 sulle 10 marche di sigarette più vendute in Italia nel 2010.

Metodi

Le marche campionate sono state: Camel Blu, Chesterfield Rosse, Diana Blu, Diana Rosse, Winston Blue, MS Rosse, MS Gialle, Merit Gialle, Marlboro Gold, Marlboro Rosse. La ricerca è stata eseguita su commissione dell'OSSFAD-ISS presso il laboratorio U-Series collegato all'ENEA di Bologna con il coordinamento della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e l'Istituto di Chimica, Radiochimica e Scienze Metallurgiche (SMETEC) dell'Università di Bologna.

Risultati

Fra le 10 marche di sigarette esaminate non si sono osservate sostanziali differenze quanto a Pb-210 e Po-210: in media $14,6 \pm 2,7$ mBq/sigaretta di Piombo-210 e $15,8 \pm 2,2$ mBq/sigaretta di Polonio 210. Partendo da questi dati, la dose di esposizione e il conseguente rischio biologico per un fumatore di 20 sigarette al dì per 1 anno è stato calcolato essere paragonabile a circa 28 radiografie al torace eseguite in antero-posteriore.

Conclusioni

Alla luce di questi risultati, che evidenziano la presenza di radioattività alfa da Po-210 e la sua pericolosità in senso oncogenetico, scaturiscono due tipi di proposte, una clinica e una normativa.

Proposte sul piano clinico: a) sfruttare la presenza di radioattività nel fumo di tabacco nell'informazione al paziente fumatore e nella comunicazione sociale a vari livelli, mediatica e istituzionale, allo scopo di aumentare l'informazione di base sul fumo per la popolazione genera-



le e, soprattutto, il bagaglio motivazionale del fumatore.
b) Studiare tutti i fumatori ed ex-forti fumatori mediante spirometria (broncodilatatori, mucolitici, antiossidanti).
c) Eventuale RX/TC Torace per gli inveterati fumatori ed ex-forti fumatori.

Proposte sul piano normativo: a) Segnalare sul pacchetto di sigarette, al pari della nicotina, catrame e CO, la quantità di Po-210 contenuta in ogni sigaretta. b) Inserire fra le scritte anche quella relativa alla radioattività,

tipo "Queste sigarette contengono sostanza radioattiva".
c) Obbligare per legge Big Tabacco a ridurre la quantità assoluta di Po-210 nelle sigarette entro limiti certi e definiti, se vogliono continuare a far ancora business in Italia, dando così piena attuazione alla Direttiva Europea 2001/37 CE che permette al Ministero della Salute di emanare un Decreto per far eseguire ai produttori di sigarette le analisi sulle oltre 60 sostanze cancerogene, Polonio 210 compreso.

"Bambini che fumano". Risultati di una ricerca italiana sull'abitudine al fumo dei giovanissimi

B. Tinghino¹, V. Zagà², V. Andreoni³, T. Ciociola³, G. Esposto³

¹Presidente SITAB, ASL Monza e Brianza

²Pneumologo - AUSL di Bologna

³ASL Monza e Brianza

L'indagine conoscitiva ha coinvolto circa 1000 alunni della scuola primaria (V elementare e II media) della Lombardia. Lo studio è stato condotto attraverso dei questionari auto compilati e anonimi. La raccolta è stata curata da personale scolastico. Il campione era costituito da istituti comprensivi dell'interland milanese e della provincia di Bergamo, con equidistribuzione dei partecipanti rispetto alla classe frequentata.

La fascia di età analizzata non viene indagata abitualmente né dalle indagini ISTAT né da quelle più specifiche per l'uso di droghe e dipendenze (ESPAD).

I risultati mostrano un preoccupante andamento dell'abitudine al fumo tra i giovani, sostenuto da esempi negativi tra i genitori e insegnanti, con particolare aumento del rischio nel caso in cui a fumare in famiglia sono altri, fratelli o sorelle più grandi.

A 12 anni il 15% di essi ha sperimentato il fumo di sigaretta e quasi un sesto supera la quota convenzionalmente stabilita (5 pacchetti l'anno) per indicare l'uso abituale. In quinta elementare circa il 5% dei bambini ha provato a fumare (di questi il 60% è maschio)

Ma l'elemento di rischio più forte che è emerso è la correlazione con l'abitudine al fumo dei genitori. Quando

sia la mamma che il papà fumano, il 26% dei figli sotto i 13 anni si è avvicinato alle sigarette, contro il 6% di chi non ha esempi del genere. Quasi uguale il rischio (25%) se fuma un fratello o una sorella. Non avere nessun familiare fumatore fa abbassare le probabilità di iniziare al 5,2%. Avere insegnanti che fumano è anch'esso un incentivo, sia pur meno forte rispetto alla presenza di fumatori in casa.

L'influenza degli amici è molto forte, quasi quanto quella dei familiari stretti. Il 24,2% dei ragazzini che frequenta amici fumatori fuma anch'esso, contro il 4,8% di chi non ha questo fattore di rischio.

Ben il 36 % di ragazzi conosce insegnanti o personale scolastico che fumano all'interno dell'edificio scolastico.

L'esempio "negativo" dei genitori inizia in età molto precoce. Già a 10 anni chi ha mamma e papà fumatori sperimenta anch'egli la sigaretta nel 5,5% degli intervistati, contro il 3% di chi non ha genitori o altri familiari fumatori. Anche alle scuole elementari gli insegnanti si fanno vedere fumare dai ragazzi, che lo riferiscono nel 33% dei casi. L'influenza delle madri che fumano è in assoluto la più pericolosa, in quanto ben il 9,3% dei bambini delle classi IV elementari che ha (anche o solo) la madre fumatrice ha acceso la sua prima sigaretta, contro il 5,7% di chi il "cattivo" esempio dal padre. Molto forte, nelle fasce di età minori, la pressione degli amici, che fa innalzare al 12% il rischio di consumo di tabacco.

RCT sull'efficacia del counselling breve per la disassuefazione da fumo e la promozione sani stili di vita offerto alle donne che partecipano agli screening oncologici nelle ASL di Lecco, Mantova e Milano 1. Risultati preliminari

Roberto Moretti¹, Marco Cremaschini¹, Biagio Tinghino², Maria Elena Pirola³, Marina Bonfanti⁴, Raffaella Salaroli⁵, Piera Ceresa³, Emauela Anghinoni⁶, Danilo Cereda³

¹ASL di Bergamo, ²ASL di Monza e Brianza, ³ASL Provincia di Milano 1,

⁴UO Prevenzione - Regione Lombardia, ⁵ASL di Lecco, ⁶ASL di Mantova

Obiettivi

Valutare l'efficacia del counselling breve per la disassuefazione al fumo offerto alle donne che partecipano allo screening

per il tumore della mammella e della cervice uterina e le potenzialità e criticità del modello operativo testato in una ottica di trasferibilità agli screening regionali

Metodi

Sono state arruolate e considerate elegibili tutte le donne tra i 25-64 anni di età rispondenti allo screening del Ca della cervice uterina ASL di Mantova e quelle tra i 50-69 anni di età rispondenti allo screening del Ca mammario



nelle ASL Provincia Milano 1 e della ASL Provincia di Lecco. Le fumatrici identificate sono state assegnate, mediante randomizzazione, ad uno dei tre bracci di intervento previsti, fino al raggiungimento della numerosità prevista. Lo studio prevede di arruolare rispettivamente almeno: 1200 fumatrici tra i 25 ed i 64 anni di età rispondenti ai programmi di screening della cervice uterina e 1200 fumatrici tra i 50 ed i 69 anni di età rispondenti ai programmi di screening della mammella.

Disegno e metodi di studio

L'attività è stata preceduta da specifiche iniziative formative rivolte al personale collaborante (tecnici di radiologia, ostetriche, infermieri e assistenti sanitari.) su elementi epidemiologici dei fattori di rischio (in particolare il Fumo di tabacco) e sulla tecnica del *Minimal Advice/Counseling* mediante simulazioni pratiche. Lo studio ha assegnato tutte le arruolate rispondenti mediante attribuzione casuale ad uno dei seguenti bracci:

- Controllo (nessun intervento, solo distribuzione di un opuscolo sugli stili di vita).
- Counseling cessazione fumo + distribuzione di un opuscolo sugli stili di vita.
- Intervento b + counseling promozione attività fisica e alimentazione sana.

Per tutte le donne partecipanti è in corso un follow-up mediante questionario telefonico a 6 e a 12 mesi dall'intervento.

Risultati preliminari e conclusioni

I risultati attualmente disponibili (solo rispetto al fumo) a 12 mesi riguardano 1251 donne (circa la metà del campione), fra le donne i risultati sono di cessazione del 10,4 % nel gruppo di controllo (opuscolo) e del 13,4% nel gruppo del *minimal advice*. Gli intervalli fiduciali sono del 7,81-14,3 per il braccio di controllo e di 11,15-15,93 per il gruppo di intervento. Questi dati sono assolutamente preliminari e quindi non ancora stabili e l'analisi per il momento è limitata al solo problema tabagismo. L'intervento educativo è complesso e prevedeva un questionario motivazionale opuscolo /o *minimal advice* e telefonata "motivazionale" a 6 mesi e di e di follow up a 12 mesi. L'impatto sulla cessazione sembra molto alto rispettivamente 10,5 per l'opuscolo e 13,4 % per il gruppo *minimal advice*. I dati preliminari non permettono di concludere che il *minimal advice* sia significativamente correlato ad un aumento del tasso di cessazione al fumo, anche se il tasso di astinenti a 12 mesi del gruppo *minimal advice* aumenta molto di più (4,7%) rispetto al gruppo di controllo (2,8%). I risultati possono ovviamente ancora cambiare completamente essendo lo studio ancora in corso, ma dal punto di vista della sanità pubblica si può già dire che è sicuramente importante organizzare interventi educativi sul fumo nel contesto negli screening oncologici.

Tabagismo e Terza Età. Dati preliminari di un progetto della Regione Lazio sulla prevenzione delle dipendenze patologiche

Francesco Bernacchia¹, Giulia Cadoni¹, Mauro Nanni¹, Maria Letizia Nunzi¹, Teresa Aprile¹, Liliana Ripicini¹, Giacomo Mangiaracina²

¹GEA Progetto Salute

²Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma

Introduzione

Nel contesto della campagna di prevenzione e comunicazione "Dipende da Te" dell'Assessorato Politiche Sociali della Regione Lazio, volto alla sensibilizzazione sui comportamenti a rischio di dipendenza dell'anziano, abbiamo evidenziato il rapporto tra dipendenza da tabacco e altre forme di comportamento addittivo negli over 65.

Materiale e metodo

Il progetto prevedeva una formazione di 12 rappresentanti o "portavoce", over-65, opportunamente selezionati, di centri anziani romani, che avrebbero sviluppato interventi in 20 centri, con il supporto di operatori professionisti. Gli interventi di durata di circa un'ora e mezza consistevano in:

- Distribuzione di un depliant con le 15 regole da osservare contro le dipendenze da Fumo, Alcol, Farmaci, Gioco e Internet.
- Presentazione, interazione e istruzioni sull'uso del depliant, attraverso una presentazione commentata di immagini-guida proiettate su un grande schermo.

Risultati

Il programma è stato portato a termine in 14 centri anziani dei 20 preventivamente selezionati, distribuiti in aree diverse della città. La partecipazione complessiva è stata di 470 anziani, di età compresa tra i 66 e i 98 anni, con prevalenza della fascia 70-80 anni. Gli anziani fumatori rappresentavano complessivamente il 7% della popolazione esaminata, mentre gli ex fumatori erano circa il 25%. Questo dato depone per una prevalente cessazione spontanea dal fumo in età avanzata, in linea con i dati epidemiologici ma al di sotto dei valori di riferimento dei dati Doxa-OSSFAD 2011 (7,8 – 12,1). L'interesse maggiore dei partecipanti si incentrava principalmente sul problema del fumo, e secondariamente sull'alcol, rispetto alle altre forme di dipendenza affrontate, evidenziandosi una maggiore consapevolezza del danno, con preoccupazioni spesso proiettate sulle nuove generazioni, in particolare figli e nipoti.

Ogni fase del progetto è stata videoripresa e il materiale girato e montato, è stato caricato su un portale (www.protagonistaditestevo.tv), realizzando in tal modo una modalità di approccio configurabile sia nella *peer-to-peer* che nella *entertainment education*. Il gradimento dell'intervento, da una scala da 1 a 10, è stato di 9,2 per i destinatari dell'intervento e di 9,4 per gli operatori.



Conclusione

Nella Terza Età si osserva un calo fisiologico della prevalenza di tabagismo cui fa riscontro una elevata prevalenza di ex-fumatori. Tuttavia l'anziano continua a percepire la rilevanza del problema direttamente vissuto per decenni e ne riconosce la pericolosità evidenziandola e po-

nendola come monito per le nuove generazioni. Ciò va tenuto in considerazione dagli operatori negli interventi di promozione della salute nella Terza Età in quanto che l'anziano potrebbe rappresentare, per esperienza e motivazione, una risorsa ulteriore nei programmi di controllo del tabagismo.

Caratteristiche dei fumatori e successo a breve termine nell'interruzione del tabagismo

Barbara Valenti¹, Vincenzo Zagà² Paola Gremigni¹

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Bologna.

² U.O. di Pneumotisiologia Territoriale - Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

Obiettivo

Indagare le caratteristiche che differenziano i fumatori che hanno portato a termine con successo un programma di cessazione del tabagismo dai partecipanti che non hanno raggiunto l'obiettivo.

Disegno

Studio longitudinale a 1 mese.

Setting e partecipanti

402 fumatori in cessazione presso un ambulatorio per il tabagismo. Età media 50 anni, 45% maschi, 52,5% con dipendenza da nicotina alta (FTND).

Principali misure

Dati sociodemografici (età, sesso, istruzione), profilo tabagico (età di inizio, numero di sigarette/giorno, dipendenza da nicotina), convivenza con fumatori, ansia, depressione, diagnosi psichiatrica, motivazione alla cessazione, asti-

nenza dal fumo di sigaretta al follow-up a 1 mese dopo la conclusione del programma.

Risultati

57,7% dei partecipanti era astinente ad un mese dalla fine del programma, 17,7% dei quali era ancora astinente ad un anno, mentre 39,8% ha interrotto precocemente il trattamento. Chi era astinente a un mese si differenzia da chi non ha concluso con successo il programma per le seguenti caratteristiche: ha iniziato a fumare dopo i 20 anni ($\chi^2=6,86$, $p=0,009$), fuma meno sigarette al giorno (22 vs. 24; $F=5,18$, $p=0,02$), vive con maggiore frequenza con fumatori ($\chi^2=5,15$, $p=0,02$) ed è più ansioso (ansia sopra il cut-off clinico: $\chi^2=3,99$, $p=0,04$).

Conclusione

Lo studio presenta alcuni risultati in accordo ed altri in disaccordo con la letteratura. In particolare, occorre approfondire con ulteriori studi il ruolo della presenza di conviventi fumatori e dell'alto grado di ansia nel favorire il successo a breve termine nel programma di cessazione.

Efficacia della Vareniclina nella smoking cessation. Studio di efficacia nel follow up ad 1 anno

Domenico Enea

Centro Policlinico senza fumo, Policlinico Umberto I°, Università Sapienza – Roma

Sono stati esaminati 112 fumatori motivati a smettere di cui una metà trattata per 6 settimane con terapia di counseling di gruppo (GCT) da solo e un'altra metà trattata anche con Vareniclina per 12 settimane con follow up a 12, 26, 52 settimane dopo l'arruolamento.

L'utilizzo della Vareniclina, rispetto al gruppo GCT ha migliorato l'astensione nei follow up a 12, 26 e 52 settimane.

L'incremento del monossido di carbonio (CO), la quantità di sigarette fumate e lo score del *Beck Depression Inventory* erano associati col continuare a fumare. In conclusione questo studio mostra come la Vareniclina associata al counseling faccia decollare i risultati di astensione dal fumo al follow up del-

**112 soggetti (96 dopo Propensity Score Matching)
- motivati alla cessazione**

- GFT vs GFT + Vareniclina

- Follow-up a 12 26 52 settimane

RISULTATI A 52 SETTIMANE:

Solo GFT: astinenti 33,3%

GFT + Vareniclina: astinenti 56,3%

le 52 settimane (56,3% vs 33,3%), anche quando la compliance alla terapia farmacologica non è stata del 100%.

I centri per la *smoking cessation* in Italia: approcci metodologici, punti di forza, criticità organizzative

Smoking Cessation Centres in Italy: methodological approach, point of strength, organisational issues

Biagio Tinghino

Riassunto

Introduzione. I Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) in Italia, secondo il censimento DOXA 2011 effettuato per conto dell'OSSFAD/Istituto Superiore di Sanità, sono 396. La produttività di tali servizi e la loro struttura organizzativa però rappresentano ambiti molto eterogenei.

Materiali e metodi. Vengono riportati i dati di una indagine a cui hanno aderito 255 centri italiani, effettuata attraverso un questionario autocompilato e una successiva telefonata, che aveva come obiettivo una analisi della produttività dei servizi e delle criticità organizzative, nonché una valutazione degli aspetti metodologici applicati.

Risultati. La collocazione prevalente dei centri è quella nei Dipartimenti per le Dipendenze (46,6%), nelle Divisioni di Pneumologia (29,1%), o nelle sedi della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (14,2%). I dati che emergono indicano un impatto ancora poco rilevante dei servizi rispetto al numero di utenti seguiti (14,6 pz/mese nel 2011 vs 13,9 del 2010). Si registra un lieve incremento per tutte le aree geografiche (1,1% Nord Ovest, 1,7% Nord Est, 3,7% Centro, 0,5% Sud), salvo le isole (-1,9%). L'approccio metodologico prevede il ricorso a tecniche di counseling insieme all'uso di farmaci (modello "integrato") nel 67,5% dei centri ospedalieri (era il 54,6% nel 2010) e nell'80,4% dei centri territoriali (era 36,5% nel 2010). Trattamenti solamente farmacologici vengono praticati nel 10,7% e 5,6% dei casi (rispettivamente servizi ospedalieri e territoriali). Viene effettuato solo counselling nel 18,2% dei centri ospedalieri e nel 12,4% dei territoriali.

La maggior parte dei pazienti afferisce spontaneamente ai servizi (57,4%), e solo nel 17,7% dei casi è inviato dal medico di medicina generale, nel 7,8% dallo pneumologo e nel 5,3% da cardiologi. Quasi tutti i centri si basano su programmi di trattamento che prevedono 7 o più sessioni (82,6%). La presenza di figure professionali per ciascun Centro vede una media di 1,3 medici,

Summary

Introduction. There are 396 centres for the treatment of smoking dependency in Italy according to the DOXA 2011 census, which was carried out on behalf of OSSFAD / Istituto Superiore di Sanità (Superior Health Institute). However, their efficiency and organisational structure are very heterogenic reflecting different contexts.

Materials and methods. The results of a survey that was conducted in 255 Italian centres with the use of a self-administered questionnaire and a phone interview, are presented. The objective of the study was to analyse the efficiency of the services and the organisational issues and to evaluate their applied methodology.

Results. The centres are located inside the Departments for Dependencies (46.6%), the Pulmonology Divisions (29.1) and in the offices of the Italian Association against Cancer (14.2%). There seems to be an almost non-significant impact of the services compared to the number of people that are followed (14.6 patients / month in 2011 vs. 13.9 in 2010). However, there is a slight increase in all geographic areas (1.1% North West, 1.7% North East, 3.7% Centre, 0.5% South) with the exception of the islands (-1.9%). In 67.5% of the hospital centres (54.6% in 2010) and in 80.4% of the territorial centres (36.5% in 2010) the methodological approach entails counselling techniques alongside drug use ("integrated" model). Exclusive drug treatment is applied in 10.7% and 5.6% of the centres, whereas sole counselling is conducted in 18.2% and 12.4% of the centres respectively.

The majority of the patients contact the services on their own accord (57.4%), while 17.7% of the cases are referred by their GP/FP, 7.8% by a pulmonologist and 5.3% by a cardiologist. Approximately all the centres base their treatment programmes on 7 or more sessions (82.6%). In each centre the mean number of the employees is 1.3 medical doctors, 1.3 psychologists and 1.5 nurses. Other professionals, such as educators, welfare workers,

1,3 psicologi, 1,5 infermieri. Altre (diverse) professionalità, come educatori, assistenti sociali, dietisti, nutrizionisti, fisioterapisti, assistenti sanitari sono rappresentate in misura variabile. Il trattamento farmacologico più diffuso è la Vareniclina (circa 61%), seguita da NRT (circa il 25%). Il tasso di cessazione riferito, ai follow-up a 12 mesi è del 39,2%. Tra i punti di forza segnalati c'è la presenza di più figure disciplinari, l'efficacia dei farmaci, l'esperienza degli operatori, l'integrazione col territorio. Le criticità più importanti riportate riguardano lo scarso afflusso ai servizi, il costo dei farmaci (non rimborsati dal sistema sanitario nazionale), la carenza di personale e lo scarso riconoscimento istituzionale.

Conclusioni. I servizi per il tabagismo rivestono un ruolo insostituibile di promozione, stimolo e coordinamento delle iniziative sul territorio, fornendo competenze e supporto, anche ai progetti di prevenzione. Sarebbe fondamentale inquadrare i servizi per la dipendenza da tabacco nel Sistema Sanitario Nazionale, includere nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le cure per la smoking cessation e rendere gratuiti i farmaci necessari.

Parole chiave: fumo di tabacco, smettere di fumare, centri per la Terapia del Tabagismo.

Introduzione

Dai rapporti sul fumo realizzati dall'Osservatorio Fumo Alcol e Droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, e presentati ai Convegni Nazionali sul Tabagismo (31 maggio) si evince che negli ultimi anni la prevalenza dei fumatori in Italia è in modesta ma in costante diminuzione, nonostante nel 2011 sembra esserci stato un piccolo incremento di circa 1 punto percentuale. La fonte principale di questo Rapporto sul Fumo 2011 è l'indagine DOXA effettuata per conto dell'OSSFAD/Istituto Superiore di Sanità che prende in considerazione la popolazione italiana di età superiore a 14 anni [1]. Altre fonti di informazione disponibili sono costituite dall'ISTAT (Istituto nazionale di Statistica), dalle e dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Le modalità di raccolta dei dati e le fasce di età considerate dai tre sistemi di rilevamento sono leggermente diverse, cosa che spiega la differenza dei numeri prodotti, ma il trend di riduzione è confermato in tutte le rilevazioni.

I dati DOXA dell'ISS mostrano una prevalenza attuale di fumatori del 22,7%, pari a 11,8 milioni (femmine 19,6%, maschi 26%), complessivamente. Nel 2003 la stessa fonte indicava una prevalenza di 26,2% fumatori tra la popolazione generale.

Il progetto Passi rileva che nel 2009 la prevalenza dei fumatori era pari al 28,7% (maschi 33% e femmine 24%), considerando però che la fascia di età presa in considerazione è più ristretta delle altre fonti: 18-69.

Più modesta è la riduzione, secondo l'ISTAT, che vede passare i fumatori dal 23,8% nel 2003 al 23% (maschi 29,5%, femmine 17%) nel 2010.

Questa riduzione probabilmente è determinata da una crescente e diffusa informazione sui danni prodotti dal fumo e risente sicuramente della legge che vieta il fumo nei

nutritionists, physiotherapists and health officers, are present in different numbers. Varenicline is the most widespread drug treatment (nearly 61%), followed by NRT (approximately 25%). The reported percentage of cessation is 39.2% in the follow-up after 12 months. The multidisciplinary team, the drug effectiveness, the experience of the health workers and the territorial integration are among the stated points of strength. Conversely, the most important issues include the low service turnout, the drugs cost (which are not reimbursed by the National Health System), the lack of personnel and the limited institutional recognition.

Conclusions. The services for smoking dependency play a significant role in the promotion, motivation and coordination of the territorial projects and they can offer their expertise and support even in preventive initiatives. Thus, it is essential to assign a proper place inside the National Health System to them, include the smoking cessation treatment among the Essential Assistance Levels and supply the necessary drugs free of charge.

Keywords: tobacco smoke, smoking cessation, centres for the treatment of smoking dependency.

locali pubblici, legge che viene rispettata in modo soddisfacente in tutte le regioni italiane. Minore sembra essere il ruolo della prevenzione, visto che i programmi scolastici – che pure diverse regioni stanno prendendo in considerazione attraverso i progetti del CCM (Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute) - hanno ancora un impatto numerico trascurabile sulla popolazione giovanile.

La maggior parte dei fumatori (il 94,8%) smette senza alcun aiuto. Pochissime persone si rivolgono ai centri specialistici. I medici di medicina generale suggeriscono raramente ai fumatori di smettere (17,3% dei casi nel 2010), addirittura sembra che nel corso degli ultimi 6 anni l'attenzione di questi professionisti sia in calo, visto che nel 2004 il numero di medici che consigliava di smettere era maggiore (23,1%). (Fonte: rapporto annuale sul fumo, Istituto Superiore di Sanità – OSSFAD 2010)

I centri per la smoking cessation sono poco conosciuti (37,4% dei fumatori non sa della loro esistenza), e curano complessivamente non più di 23000 persone in un anno, mentre in altri paesi il ruolo da essi svolto è stato determinante. In Inghilterra, nel 2007, 462.000 persone si erano rivolte ai centri e 234000 avevano smesso, al follow-up a 4 settimane. (<http://www.ic.nhs.uk>).

Introduzione e obiettivi

In Italia il numero dei fumatori si sta lentamente riducendo. Ma i fattori che stanno determinando questo calo sono poco noti e soprattutto alcuni (per esempio l'offerta di cure adeguate per i fumatori, programmi di prevenzione per i giovani) svolgono un ruolo trascurabile. In particolare lo scarso ruolo dei centri specialistici sembra costituire una delle criticità più importanti del sistema sanitario nel nostro paese. Scopo di questo articolo è mostrare i dati di

uno studio condotto dalla Società Italiana di Tabaccologia che aveva sostanzialmente cinque obiettivi:

1. Rilevare le modalità e la numerosità di accesso dei pazienti ai CTT Italiani
2. Individuare i punti di forza e le criticità o gli ostacoli di ogni centro e quantificarne l'impatto
3. Individuare quali sono state le strategie più efficaci adottate da ciascun centro per superare questi ostacoli
4. Esplorare l'efficacia della rete di collaborazione tra CTT e medici del territorio
5. Valutare i bisogni dei centri in termini di informazione, formazione, organizzazione

Materiali e metodi

L'indagine è stata svolta con una metodologia quantitativa multi step. In una prima fase è stata effettuata una analisi di questionari autocompilati dai professionisti dei centri per la smoking cessation di un'area-campione abbastanza estesa (regione Lombardia). Sulla base di questo primo report è stato prodotto un questionario che è stato somministrato attraverso interviste telefoniche a tutti i centri italiani. La prima fase della ricerca era propedeutica alla seconda ed ha permesso di individuare le aree di maggiore interesse e le domande più efficaci.

L'indagine è stata effettuata nel 2010 e ripetuta nel 2011.

Il target delle interviste telefoniche erano costituite dai direttori dei CTT italiani.

Il campione è costituito da 255 centri su 396 esistenti formalmente e censiti dall'Istituto Superiore di sanità attraverso la sua rilevazione annuale.

Circa 90 sono strutture appartenenti alla Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori (LILT) che adottano un modello di trattamento che generalmente esclude la prescrizione di farmaci, e si basa su una terapia di gruppo condotta da uno psicologo.

Il *timing field* entro il quale l'indagine è stata svolta andava dal 12 aprile al 6 maggio 2010 (prima indagine) e dal 31 maggio all'8 agosto 2011 (seconda indagine).

La raccolta dei dati è stata affidata nel primo caso ad una agenzia esterna, nel secondo caso ad operatori dell'Ufficio Progetti SITAB, tutti con esperienza clinica nel settore.

Il questionario prevedeva domande a risposte prevalentemente chiuse sulle seguenti aree:

1. Area geografica in cui è situato il centro
2. Anni di attività del centro
3. Tipo di figure professionali impiegate
4. Utilizzo del misuratore di monossido di carbonio (CO)
5. Numero di pazienti seguiti in un mese
6. Provenienza (accesso spontaneo, invio del medico generale, altri specialisti etc...)
7. Tipo di trattamento effettuato
8. Tipo di trattamento farmacologico usato, in monoterapia o in associazione
9. Prevalenza di fumatori con patologia fumo-correlata nota
10. Tipologia di pazienti stratificati per: sesso, età, stato

civile, numero di figli, titolo di studio, occupazione, patologie fumo-correlate, numero di sigarette al giorno, numero di anni di fumo, durata del trattamento presso il centro.

11. Periodicità dei follow-up.
12. Percentuale di cessazioni dal fumo relative al numero di pazienti che iniziano il trattamento.
13. Punti di forza del centro
14. Criticità del centro
15. Modalità e strategie usate per cercare di superare le criticità
16. Bisogni formativi

Risultati

I centri sono distribuiti maggiormente al Nord della penisola italiana (58% dell'universo statistico, il campione dell'indagine ne ha censiti 52,8%), rispetto al centro (25% dell'universo, campionamento del 17,6%) al Sud-Isole (24,7%, campionamento del 24,3%). Essi sono nella quasi totalità dei casi servizi legati ad altre attività e strutturati all'interno di dipartimenti clinici, sia ospedalieri che nel territorio.

Collocazione, anni di attività, misurazione CO

Nel 2011 il 46,6% dei servizi era collocato nei Dipartimenti per le Dipendenze (vs il 39% del 2010), nel 29,1% in unità per malattie respiratorie. Le restanti percentuali sono distribuite tra unità di igiene e prevenzione, medicina del lavoro, cardiologia e altri servizi. La collocazione è prevalentemente sul territorio (51%), rispetto alle strutture ospedaliere (49%). Questi dati concordano con quelli rilevati da altri autori (Di Pucchio et al). Da sottolineare, come elemento di ambiguità, il fatto che i Dipartimenti Dipendenze in alcune regioni fanno parte delle strutture ospedaliere.

Il 22,8% dei centri ha un numero di anni di attività compreso tra 1-5, il 32,9% tra 6-9 anni, il 35,5% tra i 10 e 19 anni, mentre solo l'8,8% ha più di 20 anni di esperienza. La media è di 9,6 anni di attività.

Non tutti i centri utilizzano il misuratore di monossido di carbonio. La misurazione del CO espirato per monitorare il trattamento e verificare i risultati ottenuti è effettuata di routine nel 72,3% dei servizi per la cessazione.

Numerosità e tipologia di pazienti

Il numero di pazienti seguiti al mese è molto basso, nel 2010 era pari a 13,9, nel 2011 a 14,6. La maggior parte dei centri tratta meno di 20 fumatori in un mese. Il modesto incremento è spalmato su tutte le aree geografiche (+1,7% al Nord Est, +1,10% al Nord Ovest, +3,7% al Centro, +0,5% al Sud), mentre nelle isole il trend è negativo (-1,9%).

Per lo più sono i maschi che chiedono di essere aiutati (61%), mentre il 39% dei pazienti è femmina. Prevalgono i coniugati/conviventi (76,3%), seguiti da celibi/nubili (12,7%), separati o divorziati (8,8%), vedovi (2,2%).

La fascia di età più rappresentata è quella tra i 35-65 anni (90,4%). Molto bassa la richiesta proveniente da per-

sone minori di 35 anni (6,6%) e superiori a 65 anni (3,1%). Si rivolgono di più ai centri coloro che hanno un titolo di studio più alto: 68,9% scuole superiori e laureati, 26,8/ scuole medie, 2,2% scuole elementari.

La dipendenza da fumo è spesso di lunga durata: > di 30 anni (23,7%) oppure compresa tra 21 e 30 anni (33,8%). Seguono coloro che hanno tra 11-20 anni di dipendenza (36,0%) e meno di 10 anni (6,6%).

Il 68% dei pazienti fuma più di 20 sigarette al giorno, il 30,7% tra 10 e 20 sigarette.

Il 45% dei pazienti ha patologie croniche legate al fumo, tale prevalenza è maggiore nei pazienti che afferiscono ai centri collocati dentro un ospedale (40% versus 39% dei centri non-ospedalieri). Non tutti i fumatori che si curano presso i servizi per la smoking cessation hanno malattie correlate diagnosticate. Il 42,1% non ha (o non sa di avere) alcuna malattia. Il 26,3% ha malattie respiratorie (genericamente) e il 9,6% COPD diagnosticata, il 15,8% ipertensione, cardiopatia ischemica (7,5%), diabete (6,6%), ansia/depressione (6,6%), pregresso infarto cardiaco (3,9%), altre malattie psichiatriche (2,2%), malattie gastroesofagee (1,3%) (Figura 1).

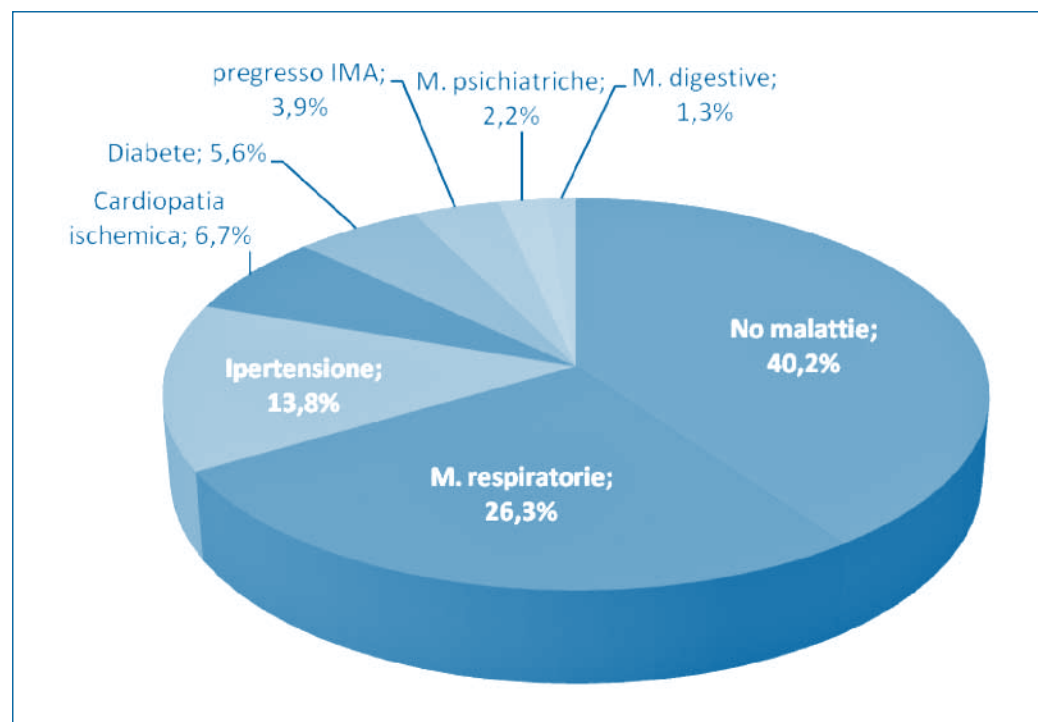


Figura 1. Fumatori afferenti ai centri, divisi per patologia prevalente.

La maggior parte dei pazienti afferisce spontaneamente ai servizi (57,4%), e solo nel 17,7% dei casi è inviato dal medico di medicina generale, nel 7,8% dallo pneumologo e nel 5,3% da cardiologi (Figura 2).

Personale impiegato, approccio metodologico, farmaci usati, efficacia

Il personale impiegato nei centri è costituito soprattutto da medici (21,7%), psicologi (21,8%), infermieri (25%). Da osservare che nelle sedi della LILT prevalgono gli psi-

cologi, per cui gli altri centri hanno proporzionalmente una maggiore presenza di medici. Il 31,3% costituisce un gruppo variamente composto da nutrizionisti, assistenti sociali, educatori, fisioterapisti, tecnici di altre competenze, amministrativi e biologi.

In media, per ciascun centro (esclusi quelli della LILT), sono disponibili 1,3 medici, 1,3 psicologi, 1,5 infermieri, 0,1 educatori.

La specializzazione dei medici prevalente è quella legata all'area dipendenze (46,9%), alle malattie respiratorie (27,5%), seguita da ORL (8,8%), prevenzione (6,9%), medicina interna (4,4%), cardiologia 3,8%).

L'85,5% dei pazienti viene seguito solo dal centro, mentre una gestione congiunta (concomitante o in fasi successive) tra MMG e centri avviene solo nell'11,8% dei casi.

I follow-up vengono eseguiti in modo molto irregolare. La maggior parte dei servizi per il tabagismo verifica il risultato dei trattamenti a 4 settimane (40,2%), 3 mesi (38,9%), 6 mesi (29,2%), mentre solo il 5,8% effettua i controlli a 12 mesi.

Il farmaco più impiegato è attualmente la vareniclina. Nel 2010 era utilizzato nel 49,4% dei casi, nel 2011,

nel 61%. Seguito dalla NRT (24,8%, era circa il 30% nel 2010), bupropione (5,7% nel 2010 vs 4,5% nel 2011). Le rimanenti quote di utilizzo sono divise variamente tra combinazioni di NRT+vareniclina (probabilmente molti hanno inteso così indicare switch da un farmaco all'altro), altri trattamenti non specificati (Figura 3).

Si riducono altresì le terapie non basate su evidenze scientifiche, che nell'indagine sono state classificate come "altro" (per es. agopuntura o ipnosi). Quasi tutti i servizi appartenenti al sistema sanitario nazionale hanno in teoria nel loro armamentario terapeutico l'offerta farmacologica.

Di fatto, nel corso degli ultimi anni, il ricorso a questa risorsa sta aumentando, ma contemporaneamente cresce l'utilizzo del counselling strutturato (individuale o di gruppo). In altre parole, aumentano i trattamenti "integrati".

I centri territoriali, per esempio, nel corso di poco più di un anno sono passati da un 42,8% di cure effettuate solo col sostegno psicologico al 12,4%, spostandosi in modo considerevole verso l'approccio combinato (farmaci + sostegno psicologico nell'80,4% dei casi).

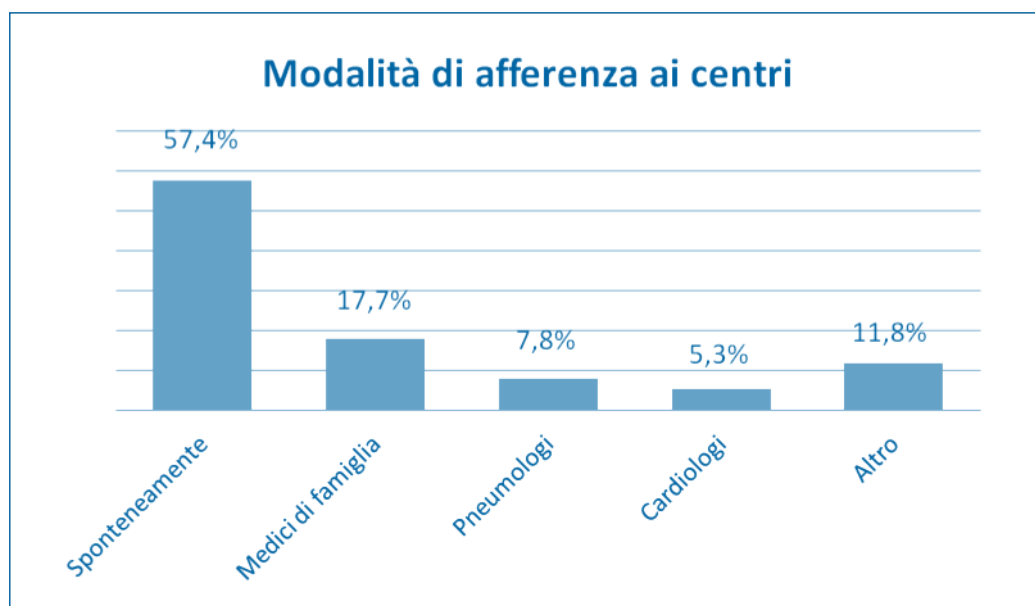


Figura 2

Nei centri ospedalieri si descrive la stessa tendenza. La terapia combinata passa dal 54,6 al 67,5%, a scapito di "solo farmaci", "solo counselling", "altro" (Figura 4).

L'efficacia dichiarata (cessazione totale dal fumo a 12 mesi) dai responsabili dei centri è complessivamente del 39,2% dei pazienti trattati casi trattati solo con counselling o solo con farmaci.

Quasi tutti i centri articolano i loro percorsi di trattamento in un numero di sessioni superiori a 5. In particolare, il 15,3% dei servizi ospedalieri e il 27,2% di quelli territoriali hanno un protocollo di 5-6 sedute. Il 34,5% e il 25% degli ospedalieri e il 34,5% degli extraospedalieri adottano un iter di 7-8 sedute, mentre il 36,5% e il 14,5%

nata dalla difficoltà di acquisto dello smoker analyzer, oltre che da una certa resistenza culturale. In qualsiasi caso, l'assenza della misurazione del CO si rivela controproducente ai fini dell'efficacia dei percorsi terapeutici. Dove la pratica della valutazione del monossido di carbonio è costante, è anche più alto il tasso di cessazione. Ne è un esempio eclatante quello che succede in quelle sedi LILT che usano misurare il CO ed hanno un tasso di cessazione del 40,7%, vs il 33,7% delle sedi in cui non viene misurato. Si conferma così il dato che gli incontri di follow-up possono incrementare l'efficacia del percorso, mentre si smentisce l'idea che i dati "autoriferiti" (per es. con intervista telefonica) siano sovrastimati.

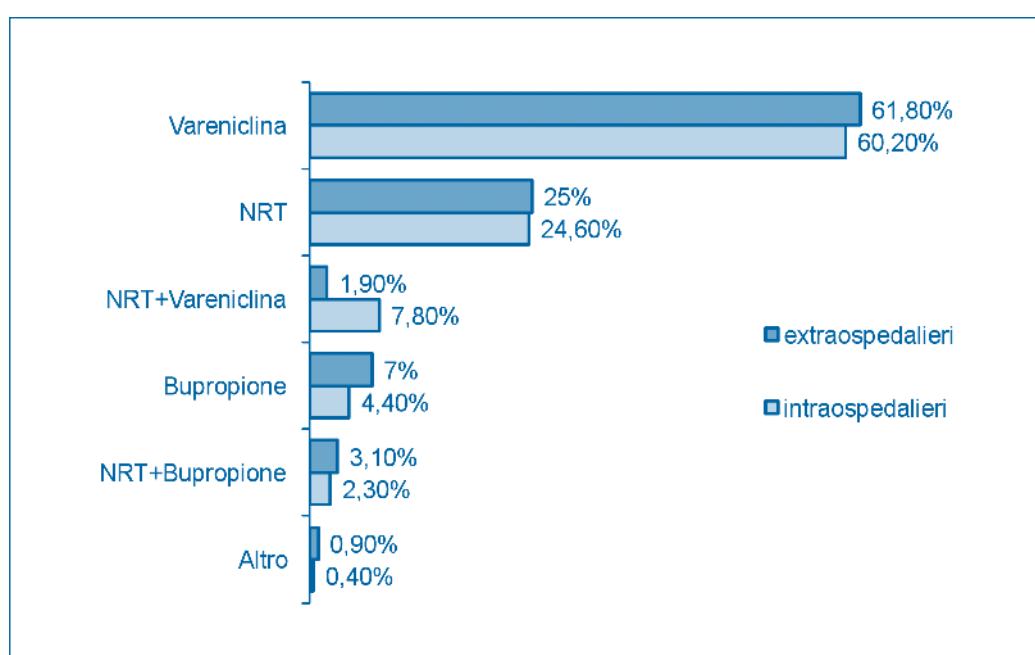


Figura 3 Farmaci usati nei servizi per il tabagismo (anno 2011).

degli ospedalieri e degli extra ospedalieri (rispettivamente) vedono i loro pazienti 9-10 volte.

Complessivamente, circa il 97% dei servizi ha adottato un programma di cura multisessione, con un numero di incontri che si colloca ampiamente all'interno delle raccomandazioni internazionali.

La misurazione del monossido di carbonio espirato non è praticata da tutti i centri. Quelli ubicati sul territorio non lo misurano nel 37,1% dei casi, quelli ospedalieri nel 40,5%. Si tratta di una lacuna che spesso è determi-

Profilo dei centri collocati nei Dipartimenti per le Dipendenze e nelle Divisioni di Pneumologia

I servizi ubicati presso i Dipartimenti per le Dipendenze hanno un profilo funzionale e delle caratteristiche abbastanza peculiari. Il loro rapporto col territorio è più costante dei centri ospedalieri, il 67% dei pazienti arriva spontaneamente, il 18% è inviato dai medici di medicina generale, mentre è residuale la quota inviata da cardiologi (3%), pneumologi (5%), altri specia-

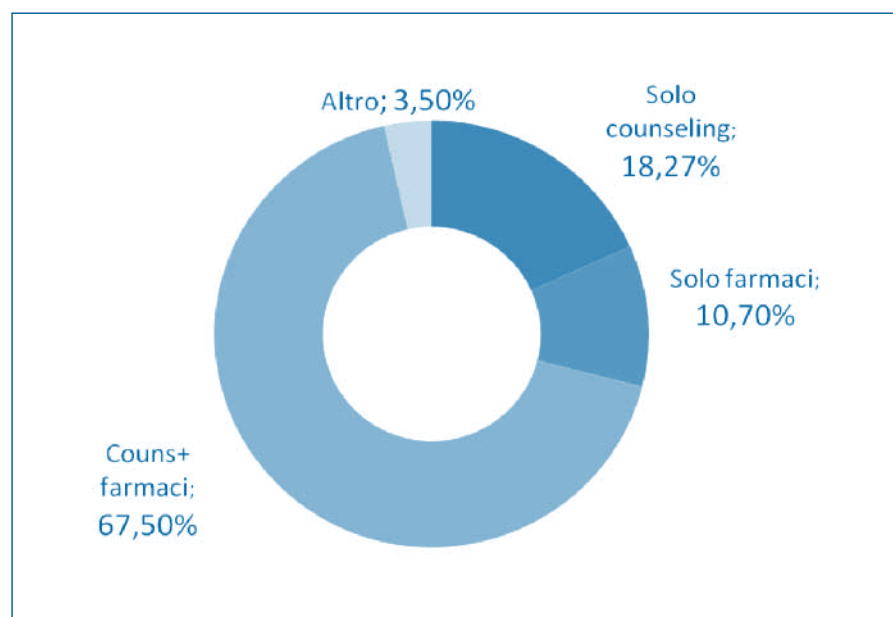


Figura 4. Modalità di trattamento (2011).

Riportiamo qui di seguito il questionario e la media dei punteggi ottenuta sui singoli items (Figura 5).

L'esperienza clinica maturata, il lavoro di equipe e la disponibilità in commercio di farmaci efficaci sono indicati come i punti di forza più rilevanti. Nella misura in cui vengono effettuati, i trattamenti hanno buoni risultati e sono fonte di soddisfazione per gli operatori.

L'integrazione col territorio, l'organizzazione di eventi mirati e la disponibilità di percorsi educazionali si collocano subito dopo i primi punti. Scarso è l'affidamento che si può fare sulla disponibilità di risorse economiche, mentre appare problematico attingere a strumenti di area psicologica. Le terapie alternative occupano l'ultimo posto nella graduatoria dei "punti di forza" (Figura 6).

listi. Queste strutture sono più recenti (in media da 8,4 anni), hanno equipe multidisciplinari abbastanza equilibrate (1,4 medici; 1,4 psicologi; 1,2 infermieri; 1,6 altre figure). Hanno, rispetto alla media, una tendenza maggiore a usare "altre" terapie (per es. agopuntura auricolare) e solo counselling. Il loro numero è in aumento, tanto che si è verificato il "sorpasso" nei confronti dei servizi nati in un contesto pneumologico.

I servizi collocati nell'area delle patologie respiratorie, invece, hanno iniziato la loro attività prima (9,8 anni), ma hanno più difficoltà a costituire equipe multidisciplinari, soprattutto per quel che riguarda la risorsa dello psicologo, che è presente nella misura di 0,6 unità per ciascun centro, mentre i medici sono in media 1,6, gli infermieri 0,8.

Altre figure sono rappresentate in proporzione di 0,7% unità per servizio. La propensione ad usare farmaci è più marcata rispetto ai centri dei Dipartimenti per le Dipendenze (in totale più dell'84%), ma una maggior parte di servizi pneumologici riferisce un approccio integrato (72%). La quota di "altro", in termini di trattamenti, è solo del 3,7%.

I pazienti afferiscono spontaneamente (34%), su invio del MMG (33%), di pneumologi (18%), cardiologi (8%), altri specialisti (4%), in altro modo (5%). E' evidente che la maggior collocazione ospedaliera cambia il target di riferimento, che è costituito maggiormente da pazienti con patologie, agganciati attraverso una visita pneumologia o cardiologica o con un invio da parte del medico di famiglia.

Punti di forza

Per indagare i "punti di forza" dei centri è stato usato un questionario a domande chiuse, costituito da più domande a cui ciascun centro doveva rispondere con un punteggio da 0 (poco importante) a 6 (molto importante), per spiegare quanto ciascun punto costituiva una caratteristica positiva del servizio.

Criticità

Le criticità più importanti sono costituite dalla scarsa sensibilità/livello di informazione della popolazione rispetto al problema, il costo dei farmaci (che in Italia non sono rimborsati dal Sistema Sanitario Nazionale) e la carenza di personale. Tutto questo sembra essere collegato ad uno scarso riconoscimento istituzionale (nel senso dell'inquadramento dei CTT nel sistema sanitario) che è coerente con la poca attenzione in genere prestata dai direttori generali delle aziende ospedaliere o territoriali. Meno importanti, seppur menzionati, restano la carenza di contatti col territorio, di locali adeguati, di risorse strumentali, di diffusione/conoscenza di linee guida.

Strategie per superare le criticità

Una domanda aperta prevedeva la possibilità che ciascuno indicasse le strategie che aveva messo in atto per superare le criticità. Le risposte sono state aggregate per aree abbastanza omogenee, quando possibile. Questa la descrizione delle esperienze, in ordine decrescente di frequenza:

Collaborazione con i medici di famiglia

- Stesura di protocolli operativi di integrazione tra MMG e servizi per il tabagismo
- Piani di terapia riguardanti la cessazione dal fumo
- Formazione congiunta, incontri di sensibilizzazione
- Accordi aziendali (ASL/MMG)
- Distribuzione di materiali divulgativi negli ambulatori

Rete con altri operatori

- Protocolli operativi o percorsi condivisi con altri specialisti (pneumologi, cardiologi ecc)
- Formazione condivisa con altri specialisti
- Collaborazione con associazioni di volontariato
- Gruppi di lavoro multi professionali



Figura 5. Punti di forza percepiti dai Centri per la smoking cessation in Italia. A sinistra la media dei voti per ciascun item.

- Collaborazione coi farmacisti
- Creazione di una rete regionale tra i servizi per il tabagismo
- Collaborazione con centri erogatori di servizi: ambulatori, centro prelievi, ASL...

Eventi e manifestazioni:

- Conferenze pubbliche
- Stand o iniziative per la misurazione del CO, sensibilizzazione (Tabella 1).

Discussione

Il ruolo dei centri per la smoking cessation (CTT) è in Italia inferiore a quello che il grave problema del fumo di tabacco richiederebbe. La distribuzione dei centri e il loro funzionamento non sono attualmente normati in modo uniforme nelle varie regioni, i livelli essenziali di assistenza (LEA) non prevedono il trattamento per la dipendenza da tabacco. Questo ha fatto sì che i servizi sorgessero in modo spontaneo e sostenuti dallo sforzo di volontari o professionisti isolati. La collocazione geografica ricalca un

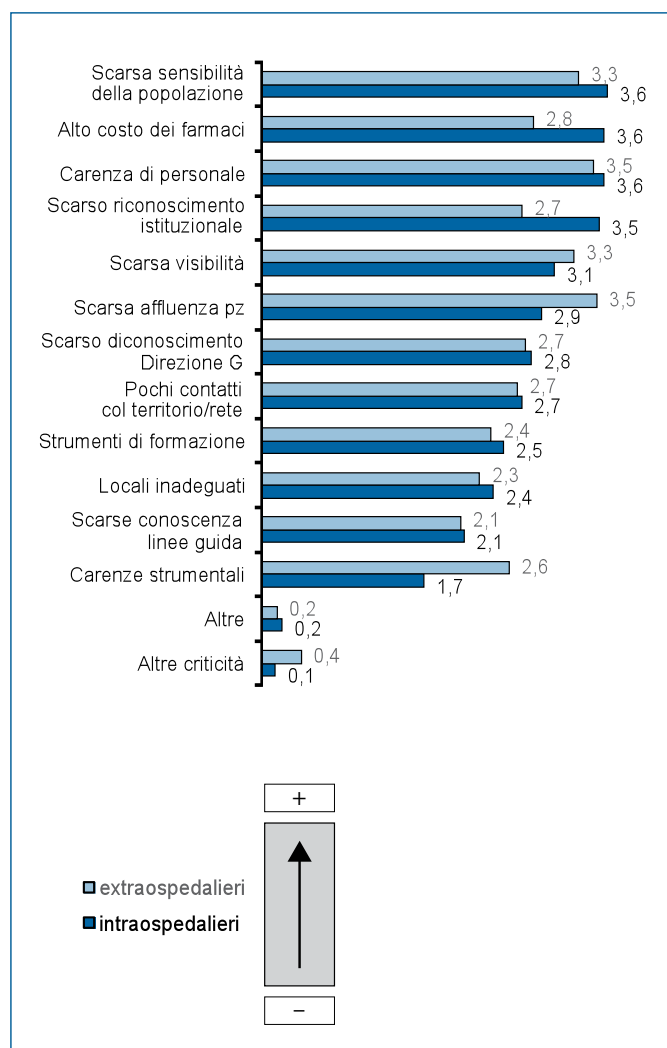


Figura 6. Elementi di criticità percepiti dai Centri per la smoking cessation in Italia. A sinistra la media dei voti per ciascun item.

divario generale, sociale ed economico, tra le regioni del Nord e quelle del Sud, dato che la maggior parte dei servizi si trova al Nord.

I CTT nella quasi totalità dei casi non hanno una organizzazione autonoma e nascono all'interno di altre unità (per esempio: Dipartimenti per le Dipendenze o Unità per le Malattie Respiratorie). Questo fatto rende precaria la continuità delle cure erogate, perché è subordinata alle esigenze e agli obiettivi della struttura principale.

Essi dispongono di poco personale e risorse economiche limitatissime. La presenza dello psicologo, per esempio, è molto bassa, cosa che rende difficile la gestione multidisciplinare effettiva dei casi clinici, anche se questa esigenza è riconosciuta come prioritaria dai responsabili. Si tratta di una difficoltà maggiormente presente nei centri ospedalieri (Unità di Malattie Respiratorie), mentre i Dipartimenti per le Dipendenze hanno abitualmente nella loro équipe psicologi ed assistenti sociali.

La sensibilità dei MMG è bassa e i pazienti inviati da questa figura sono pochi. La rete con altri professionisti

Tabella 1. Strategie impiegate per superare le criticità dai centri extra ospedalieri (anche più risposte)

Formazione specifica per gli operatori	51,5%
Multidisciplinarietà	40%
Campagne di sensibilizzazione	35%
Implementazione del network	24%
Accordi tra aziende sanitarie per condividere risorse	23,6%
Organizzazione di eventi mirati	22,9%
Fund raising	22,6%
Ricerca di riconoscimento istituzionale	
Modalità facilitata di dispensazione dei farmaci	18,2%

Strategie impiegate per superare le criticità dai centri ospedalieri

Formazione specifica per gli operatori	58%
Ricerca di riconoscimento istituzionale	35,7%
Fund raising	22,6%
Implementazione del network	27,6%
Campagne di sensibilizzazione	25%
Multidisciplinarietà	24,8%
Accordi tra aziende sanitarie per condividere risorse	22,3%
Organizzazione di eventi mirati	22,9%
Modalità facilitata di dispensazione dei farmaci	18,2%

è considerata una priorità, ma la sua realizzazione resta un'utopia. Gli specialisti per le malattie respiratorie e i cardiologi, a loro volta, mostrano poca attenzione ai fumatori, tanto che la quota di pazienti inviato ai centri da questi medici è veramente bassa.

Sul piano metodologico gli operatori cercano di seguire le linee guida relative alle best practices internazionali. L'approccio è nella gran parte dei casi costituito dal counselling associato ai farmaci, la misurazione del monossido di carbonio oscilla; supera il 90% se dal numero complessivo dei centri si escludono i servizi della LILT. La frequenza di effettuazione dei follow-up è irregolare e gravemente lacunosa, soprattutto rispetto all'end-point dei 12 mesi (solo il 5,8% dei centri). La percentuale di cessazione a 12 mesi è elevata (39,2%), anche se permane qualche dubbio sulla modalità di rilevazione dei dati, visto che pochi hanno dichiarato di effettuare il follow-up a un anno con regolarità.

Il farmaco più usato risulta essere la vareniclina, seguito da bupropione ed NRT (i tre farmaci di prima scelta indicati da molte linee guida).

Sebbene il denaro speso per i farmaci non risulterebbe maggiore del costo delle sigarette, la non rimborsabilità è un deterrente negativo per molti fumatori, e gli operatori segnalano questa criticità come prioritaria, insieme alla scarsa sensibilità della popolazione rispetto al problema del tabagismo e una scadente attenzione da parte dei decisori di politica sanitaria. Il profilo istituzionale dei centri è diverso da Regione a Regione, le risorse assegnate non sono certe, continuative, adeguate.

Queste carenze si ripercuotono sulla povertà di iniziative atte a implementare l'affluenza di pazienti ai servizi per il tabagismo. Di conseguenza anche il network clinico è deficitario.

A questa situazione gli operatori cercano di reagire migliorando la propria formazione, cercando di stabilire contatti con altri colleghi, attraverso eventi locali e campagne di sensibilizzazione. In taluni casi sono stati presi accordi tra diverse aziende sanitarie per condividere le risorse umane e sono stati trovati finanziamenti non istituzionali. Determinante è, per molti, il ruolo svolto da chi offre sostegno ai servizi e strumenti di condivisione (elevato gradimento nei riguardi dell'Ufficio Progetti e alla rete SITAB dei Centri).

Conclusioni

Nonostante l'impatto relativo, rispetto al numero di utenti trattati, i servizi per il tabagismo rivestono un ruolo insostituibile di promozione, stimolo e coordinamento delle iniziative sul territorio, fornendo competenze e supporto, anche ai progetti di prevenzione. Il loro intervento si esplica, inoltre, nel sostenere la formazione di altri operatori (per es. medici di famiglia, infermieri, ostetriche...), allo scopo di implementare approcci opportunistici di smoking cessation o di minimal advice nei vari contesti clinici.

Sarebbe fondamentale inquadrare i servizi per la dipendenza da tabacco nel sistema sanitario nazionale, includere nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le cure per la smoking cessation e rendere gratuiti i farmaci necessari. Sarebbe auspicabile, inoltre (sulla scorta di altre esperienze, come quelle dell'UK), rendere più omogenea la presenza dei centri sul territorio e dotarli di risorse economiche certe, continuate nel tempo, con un attento sistema di formazione degli operatori e di monitoraggio dei risultati ottenuti. ■

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

Bibliografia

1. Sito OSSFAD/ISS: http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2011.pdf
2. ISTAT: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_ABT-FUMO
3. PASSI: <http://www.epicentro.iss.it/passi/fumo2010.asp>

Il fumo di tabacco nell'arte pittorica

Periodo moderno (XV-XIX sec.)

Tobacco smoking in pictorial art

Modern period (15-19th Century)



Massimo Martelli, Vincenzo Zagà

Riassunto

L'arte pittorica comincia ad interessarsi al fumo di tabacco dopo la scoperta dell'America (1492) quando iniziò, seppur tra alterne vicende, la sua irresistibile ascesa nella società occidentale del Vecchio Mondo.

Le prime testimonianze pittoriche che abbiamo riscontrato rappresentanti fumatori o che rimandino in modo chiaro al fumo, risalgono alla fine del '500 e sono in larga parte reperibili nell'area dei Paesi Bassi (Hals, Brouwer, Teniers, Von Ostade, Jordaens, Bailly, Hendriks, Quinkhard, fino a Van Gogh) e in Inghilterra (Hogarth) per via di una serie di motivazioni di natura socio-economica, iconografica e religiosa. Le immagini di fumatori risalenti a quel periodo ritraggono per lo più contadini in miseria, colti in interni, come taverne, oppure a feste contadine, di solito completamente ubriachi, circondati da figure persino deformi. L'associazione fumo-misera divenne automatica, inevitabile, concedendo per qualche decennio molto spazio a questa modalità iconografica. In quegli stessi periodi, nei paesi di cultura latina e di religione non protestante l'iconografia predominante era quella mitologica e religiosa, tranne qualche eccezione (Ceruti, Nogari).

Con la seconda metà del Settecento, invece, l'atto del fumare tabacco e i suoi strumenti codificano via via con sempre maggiore precisione la figura dell'eroe borghese e, contemporaneamente, le figure di molti antieroi. Fascino e autodistruzione, in questo binomio stanno le basi di una fortuna che ha pochi eguali. Il fumo, nell'arte, sublima la propria essenza di strumento di elevazione e di decadenza al tempo stesso. Cercare di ricostruire, in maniera sintetica, lo sviluppo di questo tema iconografico attraverso l'opera dei più grandi maestri della pittura moderna può aiutare a comprendere la portata di quello che la modernità stessa ha trasformato soprattutto in un fenomeno commerciale ed imprenditoriale, oltre che di costume. Il rito sciamanico cede forse il passo, in molte tele, all'autoaffermazione, alla sponsorizzazione del proprio ego, al piacere fine a se stesso e, in qualche caso, all'autentico abbruttimento fisico, ma resta intatto il significato primario di *vanitas*, metafora perenne dello scorrere del tempo e della fugacità della vita.

Parole chiave: fumo di tabacco, arte pittorica.

Summary

Paint art focused on tobacco smoke after the discovery of America in 1492, when its irresistible rising in the society of the "old world" began.

The first evidence in painting, consisting of smokers or clear references to smoking, dates back to the end of 1500 in the Netherlands (Hals, Brouwer, Teniers, Von Ostade, Jordaens, Bailly, Hendriks, Quinkhard, fino a Van Gogh) and the United Kingdom (Hogarth), perhaps due to socio-economic, iconographic and religious reasons.

Smokers of that era are portrayed as farmers in poverty, inside taverns or during peasant celebrations, drunk and surrounded by twisted shapes.

The association between smoking and poverty was an automatic and inevitable one and this portrayal persisted for several decades.

At the very same period, in countries with Latin cultural background and a non-protestant religion, predominant painting themes included mythology and religion, with only very few exceptions (Ceruti, Nogari).

Conversely, in the second half of 1700, the act of smoking and its tools are scrambled in the heroic figures of middle-class civilians and, at the same time, in the form of many antiheroes.

The sublime and self-destructing appeal is in the basis of this representation.

The smoking in art, exalts its essence as a tool of elevation and decline simultaneously.

Reconstructing the development of this iconographic theme briefly, through the works of the most renowned modern painters, may be of aid in the comprehension of the transformation of smoking into a commercial and entrepreneurial phenomenon.

The shamanic ritual may withdraw due to the self-assertion, the sponsorship of one's ego, the pleasure, and sometimes the authentic physical brutalizing, but it still reflects an element of vanity, as an everlasting metaphor of time passing by and life's transience.

Keywords: tobacco smoking, pictorial art.

Massimo Martelli (maxxxmart@libero.it)
Storico dell'Arte - Bologna.

Vincenzo Zagà (vincenzo.zaga@ausl.bo.it)
Pneumologo, Centro Antifumo AUSL - Bologna

Introduzione

La pratica del fumo di vari tipi di foglie e piante è attestata fin da tempi remotissimi presso ogni popolazione ed antica civiltà della Terra. L'origine del consumo specifico di tabacco nel continente europeo e nel Mediterraneo è però tradizionalmente vincolata alla scoperta dell'America (1492), essendo il tabacco pianta originaria delle zone intertropicali e subtropicali del continente americano. Scoperte e studi recenti (1992) dimostrano tuttavia, in maniera sorprendente, come frammenti di foglie di tabacco e tracce di nicotina fossero già presenti tra le bende e fra i resti viscerali di alcune mummie egizie [1-6]. I resti mummificati studiati conterebbero notevoli quantità di nicotina, la componente narcotica del tabacco, suggerendo che gli antichi egizi assumessero la nicotina fumandone e masticandone le foglie. L'opinione comune secondo la quale nel Vecchio Mondo il tabacco non sarebbe esistito fino alla sua importazione dal continente americano, può quindi apparire fuorviante. Va infatti precisato che una varietà di tabacco selvatico, chiamata *Nicotiana rustica* per distinguerla dalla varietà del Nuovo Mondo denominata *Nicotiana tabacum*, era ampiamente conosciuta in alcune zone dell'Africa, incluso il Sudan Occidentale, molto prima di Colombo. A supporto di questa tesi, l'analisi semantica di alcuni termini e dialetti afro-arabi che descrivono l'atto del fumare e che risalgono ad un periodo precedente la scoperta di Colombo: *tubbaq*, *taba*, *tabgha*, *tawa* e *tama* sono tutti termini sinonimi presenti nel mondo arabo e africano che descrivono tutti la stessa azione, cioè il fumare tabacco. L'utilizzo della parola "tabacco" da parte delle popolazioni precolombiane dei Caraibi per indicare sia il fumare sia lo strumento usato per farlo suggerisce che la pianta del tabacco sia stata introdotta in Africa attraverso l'Atlantico prima di Colombo, oppure che sia stata portata in America da viaggiatori provenienti dal continente africano. Questa singolare corrispondenza terminologica tra termini usati sulle opposte sponde dell'Atlantico per indicare il tabacco e il fumo da esso prodotto potrebbe dimostrare l'esistenza di rapporti commerciali tra i due continenti secoli prima che Colombo approdasse nel Nuovo Mondo.

La scoperta e le prime produzioni di tabacco

La necessità di fumare presso le antiche civiltà fu strettamente connessa a pratiche rituali magiche e propiziatorie. Fumare produce effetti narcotici, allucinanti ed eccitanti, riassumendo quindi un insieme di aspetti inscindibili dalle pratiche religiose di allora. Le prime testimonianze che abbiamo di tali pratiche, consistenti per lo più nell'assumere il fumo attraverso pipe di diversi materiali, risulterebbero all'età del bronzo (3.000 a.C. circa).

I conquistatori europei, giunti nel Nuovo Continente, mostrarono immediata curiosità ed interesse per queste strane foglie che, prima di essere fumate, gli indigeni sollevavano arrotolare dentro a foglie di mais. Nel tentativo di

classificarle, gli studiosi e i botanici dell'epoca incontrarono enormi difficoltà, a causa dell'inaspettato ed elevato numero di qualità diverse di tabacco. Non solo, le diverse popolazioni mostravano peculiari e differenziate modalità di assunzione di questa pianta, per lo più attraverso sigari o pipe, comunque sempre in relazione a rituali magico-religiosi specifici. Gli Indiani del Minnesota per esempio fumavano il tabacco in pipe di terra rossa, i Maya sia attraverso pipe sia per mezzo di foglie di mais arrotolate chiamate *Sicar*, gli Indiani delle zone meridionali assumevano tabacco non fumandolo ma sniffandolo.

Uno dei primi tentativi di classificazione scientifica di questa pianta lo dobbiamo a Romano Pase, componente della seconda spedizione di Colombo, che ad Haiti tentò una prima approssimativa descrizione del tabacco e dei suoi usi connessi: dalle qualità terapeutiche a mezzo per scacciare le mosche.

Si profusero in un gran impegno di ricerca i membri e i dipendenti della casa reale di Spagna e infatti furono proprio gli spagnoli i primi tra gli Occidentali a coltivarlo, seguiti in breve dai Portoghesi e dagli Inglesi nelle loro colonie della Virginia.

I primi semi furono importati in Europa nel 1559, su espressa richiesta di Filippo II Re di Spagna, da Francisco Hernandez Boncalo di Toledo e già dal 1573 si hanno notizie di coltivazioni di tabacco.

In Francia i primi esemplari di semi furono introdotti dal Brasile attorno al 1556 dal monaco Thevet e già nel 1560 l'ambasciatore Jean Nicot Villemain, ne mandò un certo quantitativo ai sovrani per le loro riconosciute e apprezzate qualità terapeutiche. Da questo episodio il tabacco prese il nome di Erba dell'Ambasciatore, o *Herba Prioris*, o anche *du Grand Prior*.

Proprio in onore di Nicot, questa erba fu nominata *herba nicotiana* dal botanico Dalechamps nella sua *Historia Plantarum* del 1586 [7].

Linneo precisò la definizione nella sua famosa classificazione delle piante in *Nicotian Tabacum*, da cui noi traiamo il nome di nicotina per individuarne il principio attivo [8].

L'uso di fumare il tabacco fu introdotto in Europa prima in Spagna nel 1570 poi nel 1586 in Inghilterra. Veniva per lo più usato in Francia contro il mal di denti, divenendo in seguito, all'epoca di Luigi XIII, un bene voluttuario.

Non tutti però si fecero avvolgere dalle fumose atmosfere prodotte da questa pianta d'oltreoceano senza opporre resistenza, al contrario, numerosi medici, oltre che il Sovrano d'Inghilterra in persona, si opposero con determinazione alla sua diffusione attribuendogli poteri satanici ed additandolo come causa di terribili malattie.

L'Inghilterra stessa, rendendosi conto dell'impossibilità di estirpare un tale vizio attecchito con solide radici tra la popolazione, nella figura del sovrano Carlo I istituì per il tabacco il Monopolio, nel tentativo di trarne quantomeno un guadagno. Il costume di fumare si diffuse per lo più tra le classi popolari, dal momento che gli aristocratici preferivano sniffarlo, giudicando sconsigliato e poco elegante

farsi avvolgere dal fumo. Ne venne vietato il consumo per le strade, tanto che si costituirono dei locali pubblici dedicati al fumo nominati *Tabagies*.

Anche l'Olanda che in breve tempo divenne una potenza marittima e un notevole impero coloniale, si fece conquistare dalla pianta del tabacco che importò per la prima volta attorno al 1615, conquistandosi in poco più di un secolo il primato nel commercio di tabacco (importato e coltivato).

Tra il 1617 e il 1650 si diffuse la coltivazione in tutta l'Europa e non solo. In Turchia, patria di tanti leggendari fumatori, venne aspramente combattuto anche con la condanna a morte per decapitazione di chi fosse stato sorpreso a fumare. Attorno al 1605 i Portoghesi lo fecero conoscere al Giappone e da lì si diffuse in tutta l'Asia.

Le prime testimonianze pittoriche

Le prime testimonianze pittoriche che abbiamo riscontrato rappresentanti fumatori o che rimandino in modo chiaro al fumo, risalgono alla fine del '500 e sono in larga parte reperibili nell'area dei Paesi Bassi, per via di una serie di motivazioni di natura socio-economica, iconografica e religiosa.

L'Olanda, tra la fine del XVI sec e l'inizio del XVII, dopo essersi resa indipendente dall'opprimente dominio spagnolo, fu libera di espandere i propri commerci e di darsi ordinamenti politici sostanzialmente democratici, il che favorì la classe borghese e mercantile. Con l'indipendenza si diffuse inoltre un generale clima di tolleranza religiosa, determinato tra le altre cose dall'allontanamento di tutto l'apparato ecclesiastico cattolico un tempo al seguito della corte di Spagna.

Il venir meno dell'imponente committenza principesca ed ecclesiastica (considerato oltretutto che i precetti della religione calvinista diffusasi allora in Olanda condannavano le immagini di natura sacra) ebbe come prima e diretta conseguenza la cessione del primato figurativo dell'immagine sacra, in favore di una ripresa delle tendenze realiste che avevano contraddistinto la produzione olandese in Europa fin dal Quattrocento.

Gli artisti olandesi ampliarono il loro interesse per una vivace iconografia fatta di immagini di vita domestica, di occupazioni quotidiane, orientandosi alla pittura di genere, alla natura morta, alla ritrattistica ed alla pittura di paesaggio.

Iniziò così a espandersi un fiorente e appassionato collezionismo privato, alimentato non solo da grandi e potenti famiglie borghesi, ma anche da artigiani e commercianti, in rapporto naturalmente alle loro possibilità. Si trattò di un avvenimento clamoroso: la pittura cessò di essere un fatto elitario e divenne passione collettiva, trascinando le opere e gli artisti in un mercato vorticoso di richieste, scambi e gusti cui andare incontro. La legge della domanda e dell'offerta prevalse anche nel campo pittorico andando a scardinare quasi del tutto il consueto rapporto tra committenza ed artista. Tale panorama così concorrenzia-

le spinse diversi pittori ad una sempre maggiore specializzazione, così da poter indagare gli orientamenti "laici" del collezionismo.

Nell'ambito del quadro di genere i pittori olandesi raccolsero una eredità ancora ben viva lasciata dall'anversano Bruegel, celebre per le sue visioni caleidoscopiche, per le sue originali rappresentazioni di grandi spazi riempiti da una miriade di figurine piccole, variopinte e dall'aspetto per certi versi inquietante. Il popolo (sia di città che di campagna) ritratto allora in quei quadri era rozzo, meschino, brutale, goffo, ai limiti della bestialità. Doveva incarnare tutti i vizi che affliggevano l'umanità, tutte le aberrazioni pensabili, senza possibilità di riscatto.

In seguito, anche i continuatori di Bruegel adottarono uno sguardo canzonatorio, certamente indifferente alle condizioni di vita del popolo, anzi sarcastico a tal punto da farle risultare grottesche.

In questo contesto, soprattutto nel XVII secolo, noto come l'età dell'oro nei Paesi Bassi, rinveniamo le prime raffigurazioni pittoriche in Europa riguardo al consumo del tabacco attraverso il fumo. Infatti, sebbene in Olanda, al contrario di altri paesi, non esistessero vere e proprie sanzioni per coloro che venissero sorpresi a fumare in pubblico, non ne venne comunque incoraggiato il consumo, essendo mal visto dalla componente religiosa della società oltre che dalle classi benestanti. Per questo motivo le immagini di fumatori risalenti a quel periodo ritraggono per lo più contadini in miseria e dall'aspetto non avvenente, colti in interni, in taverne, oppure a feste contadine, di solito completamente ubriachi e circondati da figure quasi deformi. L'associazione fumo-misera divenne automatica, inevitabile, concedendo per qualche decennio molto spazio a questa modalità iconografica.

Al di là di una lettura cruda e spietatamente realista che fa da contraltare agli intenti riformisti del clero, da queste opere possiamo evincere che il fumo fosse già penetrato nelle consuetudini delle popolazioni, consumato sia in occasioni di ritrovi collettivi che in contesti privati.

Il fumo nella pittura dei Paesi Bassi

È difficile stabilire quale pittore abbia trattato per primo il tema del fumatore di tabacco. Di fatto però, il tabacco è molto presente nei quadri olandesi, soprattutto durante il fecondo XVII secolo. Tra gli esempi più significativi che ci sono pervenuti troviamo alcuni ritratti attribuiti a **Frans Hals** (1580-1666), forse uno degli artisti più significativi nel trattare il tema del fumo e del tabacco in quel tempo. Hals fu abilissimo nel cogliere col suo tratto meticoloso e indagatore anche i più nascosti aspetti del volto, le più piccole smorfie, capace di riprodurre mirabilmente la luce degli occhi e di cogliere le più minuziose sfumature dell'espressione. Oltre all'importante produzione di dipinti commissionati da nobili e borghesi, si dedicò con entusiasmo all'esecuzione di numerosi ritratti di contadini e gente del popolo, colti o immaginati in situazioni reali o verosimili. Uno fra questi è il *Ragazzo con pipa e donna che ride*.

Si tratta di un modello scelto dal pittore e non eseguito su commissione. L'ambiente non è visibile ma si può supporre che si tratti di un interno, probabilmente di una taverna.



Frans Hals (1580-1666), *Ragazzo con pipa e donna che ride* (1623-25), Metropolitan Museum, New York.

I protagonisti non offrono certamente una scena edificante, l'impressione che se ne ha è quella di un momento godereccio, fuori dalle regole del galateo e della morale, dedicato interamente a ciò che potremmo definire

un *en plein* vizioso con donne, fumo e presumibilmente alcool.

La tradizione ci riporta Hals come un pittore dall'animo brioso, dissipato nella gestione delle proprie risorse, buon bevitore, sempre alle prese con i debiti.

Se si tratti di pura verità o in buona parte di leggenda non è dato sapere, certamente le sue opere, in particolare quelle ispirate a modelli da lui personalmente scelti, rispecchiano effettivamente un temperamento pieno di brio e di giovialità.

Anche la sua tecnica pittorica immediata, fatta di pennellate brusche, veloci, spesso spezzate, che si fondono solo ad una certa distanza, apparve del tutto nuova ai suoi contemporanei.

Tra coloro che cercarono di raccogliere in maniera più completa l'eredità dell'opera di Hals come pure dell'altrettanto impareggiabile Bruegel, va ricordato **Adriaen Brouwer** (1605/6-38).



Adriaen Brouwer (1605/6-38), *Il Fumatore*, Louvre - Parigi.

Il suo *Il Fumatore* vede il protagonista avvolto in una nuvola di fumo, che accenna ad un appena percettibile ghigno sardonico, realizzato con tecnica rapida e sprezzante. Brouwer, qui come in altri quadri, non presenta modelli da imitare ma soggetti da disprezzare, da irridere, emblemi di una società in larga parte corrotta dal vizio.

L'opera di questo pittore è composta prevalentemente da dipinti raffiguranti rudi contadini e altri personaggi popolari, dediti al bere, alla rissa o a qualche altro eccesso. Si tratta di metafore di comportamenti umani

riprovevoli, una sorta di specchio che riflette immagini negative cui l'uomo borghese di allora ricorse per mettere alla prova la propria moralità. Brouwer esercitò un'enorme influenza sulla pittura di genere del suo tempo, sia ad Harem che ad Anversa, dove ebbe tra i suoi allievi **David Teniers il giovane** (1610-1690).



Adriaen Brouwer (1605/6-38), *Fumatore*.

Fin dai suoi esordi pittorici alla fine degli anni 30, egli seguì lo stile del maestro molto da vicino. Numerose sono le raffigurazioni di fumatori rappresentati da Teniers, tra cui *Ballo di contadini* (1638, Museo del Prado Madrid) nella quale è visibile distintamente in primo piano a sinistra un uomo che fuma la pipa.



David Teniers (1610-1690), *Ballo dei contadini* (1638), Museo del Prado Madrid.

La tonalità che domina questo quadro è tendente alla monocromia, ravvivata appena dai colori più accesi di alcuni dei personaggi. L'accento personale di Teniers è già riconoscibile ad un occhio attento grazie ad una struttura compositiva più calcolata rispetto all'immediatezza espressiva di Brouwer.

Un altro aspetto caratteristico di Teniers consiste in una sorta di gusto per la natura morta e nella resa dei



David Teniers (1610-1690), *Smokers in an Interior*.



David Teniers (1610-1690), *The Smokers*.

diversi oggetti attraverso una sorta di riproduzione materica dei vasellami o di altri utensili. Questo aspetto si riscontra nella rappresentazione delle pipe di ceramica, lucide, brillanti e di grande fascino. Molte le opere di David Teniers, detto il giovane, raffiguranti ambienti popolareshi con fumatori in interni di taverne.



David Teniers (1610-1690), *Interior of a public house*, Brukenthal palace, Sibiu - Romania.



David Teniers (1610-1690), *Tavern Scene* (1658), National Gallery of Art, Washington, D.C., USA.

Anche **Abraham Teniers** (Anversa, 1629 – 1670), fratello del più celebre David Teniers, si dedica a questo tipo di rappresentazioni ma con meno classe e si ritiene che sia stato

inoltre suo allievo. L'influenza del fratello si nota in tutti i suoi lavori, fino a far pensare all'imitazione. A tal proposito numerose sue opere sono in passato state attribuite a David, nonostante vi sia tra i due artisti un'evidente differenza di valori artistici [9].

Tra i seguaci più o meno diretti di Bruegel (e allievo diretto di Hals) anche il pittore **Adrian Von Ostade** (1610-1685) affrontò temi popolareshi, ma con una vena più idillica e pittoricamente più raffinata rispetto a Brouwer.

Nel dipinto *Contadino in una taverna* del 1661 (olio su tavola, 32,4x24,6 cm a Madrid nel Museo Thyssen-Bornemisza), il trattamento del soggetto è senza dubbio più discreto, la maestria dell'artista si rivela nel rendere con grande efficacia i lineamenti rugosi e forti del soggetto ritratto.

Von Ostade si dedicò per tutta



Abraham Teniers (1629 – 1670) *Uomo che si accende la pipa in un'osteria*.



Adrian Von Ostade (1610-1685) *Contadino in una taverna* (1661), Museo Thyssen-Bornemisza, Madrid.

la vita a dipingere contadini in scene di allegrezza e baldoria. Lo sguardo che posò sui propri soggetti già segnava il passo alla visione che l'aveva appena preceduta, facendosi un po' più benevola, meno spietata, tanto che il contadino che fuma la pipa in una taverna non ci pare più come un ricettacolo di vizi, bensì come un onesto lavoratore che si concede un po' di riposo meritato dopo una dura giornata di lavoro. Dagli inizi del XVIII secolo il fumo cominciò pertanto a comparire come un'abitudine consolidata e normalizzata.

Con Van Ostade studiò ad Haarlem **Jan Steen** (Leida 1626 circa - 1679). A l'Aia, tra il 1649 e il 1654, Steen ebbe inoltre modo di approfondire i suoi studi di pittura sotto l'insegnamento del maestro J. van Goyen, di cui sposò la figlia. Nella sua vastissima produzione trattò di preferenza scene quotidiane e popolari, con grande spirito satirico e senso dell'ironia, unitamente ad un profondo interesse per



Jan Steen (1626-1679) *Gioiosa compagnia* (1663) Mauritshuis Museum, L'Aia.



Jan Steen (1626-1679), *Idlers* dettaglio (1660), Hermitage Museum, San Pietroburgo.

una rappresentazione oggettiva e accurata della realtà. Nella *Gioiosa compagnia* (1663 circa, L'Aia, Mauritshuis) un padre dà il cattivo esempio al figlio permettendogli di fumare la pipa ed iniziandolo così ad uno stile di vita dissoluto già in tenera età. [11].

La pipa compare in numerose nature morte di vari artisti del 1600, come nella *Vanitas* di **Harmen Steenwijck** (1640 circa, Leiden, Stedelijk Museum "De Lakenhal"). Solitamente il tema pittorico della vanitas era formato da teschi, clessidra, candele con frequente presenza di pipe da fumo, come espressione delle caducità delle cose terrene a fini di ammonimento in senso cristiano. Questa collocazione delle pipe, al di là della sua nocività, certamente sconosciuta in quel momento storico, ci racconta come la rappresentazione del fumo,



Harmen Steenwijck (1612-1656) *Vanitas*, (1640), Stedelijk Museum "De Lakenhal", Leiden.

nel seicento, fosse l'occasione per ricordare allo spettatore lo scorrere del tempo, la transitorietà e l'incertezza della vita. [10].

La pipa veniva utilizzata anche negli autoritratti, con diversi significati, anzi, potremmo dire con significa-

to opposto. Infatti, quando l'artista si autorappresentava nell'atto di fumare la pipa e con le spalle alla tela bianca, ciò significava che l'artista stava sprecando il suo tempo. Quando invece il pittore si ritraeva rivolto alla tela nell'atto di dipingere con la pipa in bocca, il fumo va inteso come mezzo di ispirazione [11].

Nell'ambito della pittura fiamminga, espressione che designa un'area profondamente influenzata dalla cultura spagnola, ritroviamo il noto pittore **Jacob Jordaens**, con l'opera *Il Re Beve* (olio su tela, 156x210 cm, Bruxelles Koninklijk musea voor Schone Kunste).



Jacob Jordaens (1593-1678) *Il Re Beve* (1638), Koninklijk musea voor Schone Kunste, Bruxelles.

Di quest'opera esistono diverse versioni, eseguite tra il 1630 e il 1640, tutte sostanzialmente uguali circa l'impianto compositivo che risulta compatto, con le figure di contorno tagliate sui lati al limite della cornice, sintomo evidente dell'avvenuto contatto con l'esempio caravaggesco. L'immagine, molto eloquente, apre uno squarcio sarcastico su uno spazio privato della vita di un re come tanti, particolarmente dedito ai vizi, alle donne, all'alcool e nondimeno circondato dal fumo. Vale la pena attirare l'attenzione su un particolare aspetto dell'opera, come le sue notevoli dimensioni, di solito non destinate alla pittura di genere. A stimolare invece la produzione di quadri più piccoli contribuì lo sviluppo di un vero e proprio circuito commerciale artistico, animato da collezionisti e mercanti, che avrebbe preferito un ridimensionamento nelle misure dei dipinti per consentire scambi e trasporti più agevoli.

Dello stesso periodo è l'*Autoritratto con natura morta* di **David Bailly** (olio su tavola, 89,5x 122 cm, Leida, Stedelijk Museum de Lakenhal).

Del pittore non sappiamo molto, ma la presenza della pipa sul tavolo, in buona posizione frontale rispetto all'osservatore, ha qualcosa di interessante da suggerire. Possiamo supporre non si tratti di un oggetto di cui si servisse abitualmente il pittore, dal momento che a tale distanza da lui non potrebbe evidenziarne peculiarità e attributi. Inoltre possiamo supporre che autoritrarsi come dedito all'insano vizio del fumo non sarebbe stata una mossa



David Bailly (1584-1657) *Autoritratto con natura morta* (1651)
Stedelijk Museum de Lakenhal, Leida.

astuta in termini pubblicitari. Si tratta più probabilmente di un codice, una vera e propria simbologia. La pipa venne infatti adottata nell'iconografia delle Nature Morte per comunicare la fugacità della vita, la sua inconsistenza, volatile e destinata al dissolvimento, proprio come il fumo che fuoriesce da una pipa.

I grandi mercanti presero coscienza dell'enorme potenziale economico del il tabacco, dell'ampio guadagno che prospettava loro e dunque in breve decadde tutte le possibili motivazioni di divieto o reprimenda. I severi avvertimenti contro il fumo quale causa di malattie vennero tacciate di bigottismo e conservatorismo e divenne un'abitudine consolidata anche per nobili e borghesi in compagnia o nell'intimità del loro studio.



Wijbrand Hendriks (1744-1831) *Interno con uomo che dorme e donna che rammenda*, Frans Hals Museum, Haarlem.

La dimostrazione di questo citiamo due opere eseguite a poca distanza l'una dall'altra. La prima è di

Wijbrand Hendriks (1744-1831) *Interno con uomo che dorme e donna che rammenda* (olio su tavola, 38x33 cm, Haarlem, Frans Hals Museum). Data-
bile verso la fine del XVIII secolo, in questo dipinto non scorgiamo alcun intento moralistico, bensì una serena rappresentazione di tranquilla quotidianità domestica, che può al massimo suscitare un sorriso.

Allo stesso modo, il *Conversation pieces* di **Jan Maurits Quinkhard**, (1746, olio su tela, 78x93 cm, collocazione ignota) è espressione di un genere molto in voga nel periodo Rococò. Si tratta di ritratti di gruppo, alieni da ogni ufficialità e leziosità, dove vengono rappresentate amichevoli com-

pagnie dedite al tabacco e al caffè tra una conversazione e l'altra. La tipica impostazione di una scena di questo genere esclude qualsiasi relazione di sguardi o contatto tra i diversi personaggi rappresentati, lasciando come in questo caso che ognuno resti



Jan Maurits Quinkhard (1688 - 1772)
Conversation pieces.

avvolto nella propria nuvola di fumo, in compagnia solo della propria pipa. Questo genere di ritratti si contraddistingue per la sottile analisi psicologica dei personaggi che trasforma scene della vita quotidiana in pittura di costume.

Trattando di arte nei Paesi Bassi, con un rapido excursus nel XIX secolo, non si può prescindere dal menzionare un pittore di straordinaria importanza e fama che dedicò un certo spazio al tema della pipa, del tabacco e della sigaretta e che può essere considerato per certi versi un epigono degli artisti sopra elencati.

L'olandese **Vincent Van Gogh** (1853-1890) ebbe modo di dipingere, nell'arco della sua breve ma intensissima e prolifica attività di pittore, diversi quadri che hanno per soggetto fumatori di pipa, tra i quali alcuni autoritratti [12]. Altre opere sono dedicate alla pipa e al tabacco da pipa all'interno di nature morte. Solo per citare gli esempi più famosi ricordiamo *La sedia di Vincent* con pipa



Vincent Van Gogh (1853-1890) *La sedia di Vincent* (1888) National Gallery, Londra.

(1888), *Autoritratto con orecchio bendato e pipa* (1889, collezione Leigh B. Block, Chicago) e la *Testa di giovane contadino con pipa* (1884-85, Kröller-Müller Museum, Otterlo).





Vincent Van Gogh (1853-1890) *Agostina Segatori al Café du Tambourin* (1887) Rijksmuseum Museum, Amsterdam.

Autoritratto con pipa e bicchiere (1887), *Autoritratto con cappello di paglia e pipa* (1888), *Ritratto di un uomo cieco da un occhio con sigaretta* (1888), dove ritorna il concetto di abbruttimento fisico collegato all'uso del fumo, *Il fumatore* (1888), *Natura morta con tavoletta da disegno, pipa, cipolle e ceralacca* (1889), il *Ritratto del dottor Gachet con pipa* (1890). In tutte queste opere il fumo e gli strumenti per la sua assunzione assurgono ad emblema non tanto di uno *status symbol* quanto piuttosto di uno status mentale filosofico ed intimista, coerentemente con l'archetipo dell'artista decadente e tardo ottocentesco.



Vincent Van Gogh (1853-1890) *Teschio con sigaretta accesa* (1885), Rijksmuseum Museum, Amsterdam.)

non cogliere una riflessione pienamente e crudamente umana sullo scorrere del tempo, sulla fugacità della vita, sulla ineluttabilità della morte: un dipinto dallo sfondo scuro, quasi nero, uno scheletro giallo anatomicamente preciso, il teschio ghignante tiene tra i denti una sigaretta accesa dalla quale si leva un tenue filo di fumo, l'ironia dissacrante sulla vita e sulla morte, quasi moderno spot antitabagismo.

Il fumo nella pittura in Inghilterra

Con l'inizio del XVIII secolo il consumo di tabacco, divenuto ormai a pieno titolo parte integrante delle abitudini dell'alta società, cominciò a trasformarsi in ciò per cui lo

conosciamo noi oggi, ossia uno *status symbol*, un mezzo che l'uomo ha per proiettare fuori di sé un'immagine vincente, attraente, interessante. Cogliamo i sintomi inequivocabili di tale mutamento nell'opera di un altro genio della pittura, inglese questa volta: **William Hogarth** (Londra 1697-1764). Egli visse in un periodo in cui si iniziavano ad avvertire i segni di un nascente pensiero positivista, fiducioso nel progresso scientifico e razionale dell'umanità. Conformemente a tale spirito, i costumi e le abitudini sociali passarono al vaglio di riflessioni spesso ironiche, talora caustiche di scrittori di cronache, di sagaci commediografi nonché di pittori come Hogarth, autore di stampe satiriche e dipinti appartenenti al genere *Conversation Pieces*. Di questo pittore vale la pena descrivere due opere: la prima è una stampa che riprende un quadro da lui realizzato nel 1730-31 e si intitola *Una conversazione moderna di mezzanotte* (1733).

Essa rappresenta la riunione di un gruppo di bevitori in un club esclusivo che, ormai in preda ad una generale ebbrezza, si abbandonano a confusi soliloqui e ad azioni insensate, rendendo impossibile qualsiasi conversazione verosimile.

L'impianto narrativo dell'opera intende soffermarsi criticamente sui comportamenti negativi della società, più che celebrarne gli aspetti positivi e il fumo viene ancora una volta assimilato a tutto ciò che si ritiene inutile e inadatto all'uomo retto e razionale.

La seconda delle opere scelte è *La cabina del Capitano Graham* (1745, 71x89 cm, olio su tela, Greenwich, National Maritime Museum). Rappresenta un momento della vita di Lord George Graham, colto nella propria cabina del Bridgewater assieme ai membri del suo equipaggio mentre probabilmente festeggiano la vittoria del 1745 nella guerra contro l'Olanda. Qui la pipa comincia a far parte di un nuovo immaginario del tutto assimilabile a quello proposto dal cinema del Novecento e da qualche dipinto di arte contemporanea. La pipa, la sigaretta, il fumo in genere divengono parte integrante dell'eroe, solitario, chiuso nei propri pensieri, in balia di un destino che tenta di dominare affidandosi alla propria incrollabile, a tratti tragica, volontà.

conosciamo noi oggi, ossia uno *status symbol*, un mezzo che l'uomo ha per proiettare fuori di sé un'immagine vincente, attraente, interessante. Cogliamo i sintomi inequivocabili di tale mutamento nell'opera di un altro genio della pittura, inglese questa volta: **William Hogarth** (Londra 1697-1764). Egli visse in un periodo in cui si iniziavano ad avvertire i segni di un nascente pensiero positivista, fiducioso nel progresso scientifico e razionale dell'umanità. Conformemente a tale spirito, i costumi e le abitudini sociali passarono al vaglio di riflessioni spesso ironiche, talora caustiche di scrittori di cronache, di sagaci commediografi nonché di pittori come Hogarth, autore di stampe satiriche e dipinti appartenenti al genere *Conversation Pieces*. Di questo pittore vale la pena descrivere due opere: la prima è una stampa che riprende un quadro da lui realizzato nel 1730-31 e si intitola *Una conversazione moderna di mezzanotte* (1733).

Essa rappresenta la riunione di un gruppo di bevitori in un club esclusivo che, ormai in preda ad una generale ebbrezza, si abbandonano a confusi soliloqui e ad azioni insensate, rendendo impossibile qualsiasi conversazione verosimile.

L'impianto narrativo dell'opera intende soffermarsi criticamente sui comportamenti negativi della società, più che celebrarne gli aspetti positivi e il fumo viene ancora una volta assimilato a tutto ciò che si ritiene inutile e inadatto all'uomo retto e razionale.

La seconda delle opere scelte è *La cabina del Capitano Graham* (1745, 71x89 cm, olio su tela, Greenwich, National Maritime Museum). Rappresenta un momento della vita di Lord George Graham, colto nella propria cabina del Bridgewater assieme ai membri del suo equipaggio mentre probabilmente festeggiano la vittoria del 1745 nella guerra contro l'Olanda. Qui la pipa comincia a far parte di un nuovo immaginario del tutto assimilabile a quello proposto dal cinema del Novecento e da qualche dipinto di arte contemporanea. La pipa, la sigaretta, il fumo in genere divengono parte integrante dell'eroe, solitario, chiuso nei propri pensieri, in balia di un destino che tenta di dominare affidandosi alla propria incrollabile, a tratti tragica, volontà.



William Hogarth (1697-1764) *Una conversazione moderna di mezzanotte* (incisione, 1733) - particolare.



La cabina del Capitano Graham (1745), National Maritime Museum, Greenwich.

Ma il fumo non trova spazio in Italia

Per concludere questo breve *excursus* nelle straordinarie testimonianze che ci ha lasciato la pittura Moderna, un breve cenno ai pittori Italiani, presso i quali non è stato facile rinvenire immagini riguardanti tale tema, per via di una serie di ragioni politiche, sociali, economiche nonché religiose inevitabilmente riversatesi sullo stile e i temi della pittura dell'epoca. L'Italia dell'epoca, divisa tra piccoli stati e dominazioni, non ebbe né la forza militare né tanto meno economica per spingersi fino alle colonie del nuovo continente, rimanendo esclusa dai floridi commerci che ne derivarono. Pittori, scultori, architetti e artigiani tra Seicento e Settecento, al servizio diretto o indiretto della potenza del Regno di Spagna, oltre che del Papato, si dedicarono esclusivamente, come richiesto, al mito, alla pittura religiosa, all'agiografia, alla ritrattistica dei personaggi più illustri. Tra la metà del Seicento e la fine del secolo si schiuse davanti agli occhi dei nostri artisti un panorama che cambiò lentamente la fisionomia della pittura italiana. Nell'area Lombardo-Veneta, in Campania, nella Roma barocca, si sviluppò un nuovo sguardo orientato alla vita quotidiana degli umili, dei cosiddetti pitocchi, non solo contadini ma anche emarginati delle grandi città. Riportiamo di quel periodo tre pregevoli esempi: il *Ritratto di Fumatore in costume orientale* (1740) e il *Giovane Fumatore* di **Giacomo Ceruti** detto **il Pitocchetto**, per la sua predilezione a dipingere poveri e mendicanti. Il *Giovane Fumatore* (1730 circa, olio su tela, 215x142 cm), appartiene al periodo brecciano dell'autore e può essere considerato un quadro di genere con caratteristiche ritrattistiche. Seppur di grandi dimensioni e a figura intera, quest'opera non ha nulla di solenne: la posa è comune, forse anche un po' sgraziata, l'abito curioso, sullo sfondo una città laboriosa e tranquilla. Confrontandolo con i ritratti romani del Settecento, emerge il divario tra le due visioni del mondo: ufficiale e aristocratica una, familiare e realistica l'altra.

L'Uomo di mezza età con la pipa, di **Giuseppe Nogari** (1740-41, olio su tela, Torino, Pinacoteca Sabauda), appartiene invece ad un ciclo di quattro teste di carattere, forse immaginate come le quattro età della vita, una tematica che

da Giorgione in poi ha sempre suscitato un notevole seguito nell'area Veneta. Quest'opera in particolare, sebbene realizzata con una resa pittorica di matrice più tipicamente veneta, si ispira a modelli olandesi-rembrandtiani diffusisi a Venezia proprio in quel periodo. Dalla metà del Settecento in poi il fumo divenne quindi costume quotidiano e, in seguito, con l'Ottocento, si trasformò in mito, in modello, suggerito e suggestionato dalla nuova corrente estetica del Romanticismo e dagli "artisti maledetti", dalle invocazioni alla modernità e al progresso provenienti da più parti. Nel Novecento infine, toccherà alla fotografia e al cinema fare del fumo e della sigaretta un manifesto di poetica.



Giacomo Ceruti detto **il Pitocchetto** (1698-1767)
Il Giovane Fumatore (1730)

Conclusione

Le radici della storia umana non si possono dunque disgiungere dalla pratica del fumo, le cui origini si perdono nella notte dei tempi. Con la scoperta del Nuovo Mondo, fumo ed arte intraprendono un percorso parallelo, almeno da un certo punto della storia in poi. Il fumo, nell'arte, sublima la propria essenza di strumento di elevazione e di decadenza al tempo stesso. Da pratica antica quanto l'uomo, corrispondente al desiderio quasi mistico di elevazione, il fumo di tabacco e i suoi

strumenti divengono parte della iconografia moderna. Un simbolo sfaccettato e complesso che interessa vari livelli della società e comporta altrettanto vari significati, in primis metafora dell'esistenza umana e della sua fugacità, come già in passato la falce e la clessidra. Nel suo svanire, nel levarsi verso il cielo, il filo di fumo proveniente da una pipa o da una sigaretta esteriorizza un desiderio di elevazione, un'ansia di rigenerazione, di rinascita dopo le ceneri, con tutta la ritualità che il gesto implica. Ritualità e quindi religione, purificazione e, a monte di ogni atto di purificazione, sempre, inevitabilmente, un segno di decadenza, di nichilismo. ■

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



Giacomo Ceruti detto **il Pitocchetto** (1698-1767)
Ritratto di Fumatore in costume orientale (1740), coll. privata.

BIBLIOGRAFIA

1. Balabanova S, Parche F, Pirsig W. First identification of drugs in Egyptian mummies, *Naturwissenschaften* 79 (1992) 358.
2. Balabanova S, Teschler-Nicola M, Strouhal E. Evidence of nicotine in scalp hair of naturally mummified bodies from the Christian Sayala (Egyptian-Nubian), *Anthropol. Anz.* 52 (1994) 167-173.
3. Balabanova S, Wei B, Rosing F, Buhler G, Scherer G, Mayerhofer C, Chen Z, Zhang W, Rosenthal J. Detection of nicotine in prehistoric skeletal remains of South China, *Anthropol. Anz.* 54 (1996) 341-353.
4. Balabanova S, Rosing FW, Buhler G, Hauser S, Rosenthal J. Nicotine use in early mediaeval

Kirchheim/Teck, Germany, *Homo* 52 (2001) 72-76.

5. Musshoff F, Rosendahl W, Madea B. Determination of nicotine in hair samples of pre-Columbian mummies. *Forensic Science International* 185 (2009) 84-88.
6. S.A. Wells, American drugs in Egyptian mummies: a review of the evidence. http://www.colostate.edu/Dept/Entomology/courses/en570/papers_2000/wellshtml (eingesehen 28 12 2006) 2000.
7. Dalechamps Jacques. *Historia generalis plantarum*, apud Gulielmum Rouillium, 1586, Università Complutense di Madrid, 862 pagine.

8. Linnaeus. *Genera Plantarum*. Ed. 5 (1754) and ed. 6 (1764).

9. Smith John. *A Catalogue Raisonné of the Works of the Most Eminent Dutch, Flemish, and French Painters: Anthony van Dyck, and David Teniers, Smith and son, 1831, pag. 446.*

10. Bartolotti Luca. *La natura morta: storia, artisti, opere*. Giunti Editore, 2003; pp 191.

11. Tempel Benno. *Simboli e immagini: il fumo nell'arte a partire dal XVII secolo*, in *Storia del fumo di Sander L Gilman & Zhou Xun*. Odoysa Ed, Bologna 2009; pp 542.

12. Walther IF. Metzger R. *Van Gogh, tutti i dipinti*. Taschen ed, Milano 2006, 2 voll.

Tabagismo e cardiopatia: fisiopatologia e strategie terapeutiche di prevenzione secondaria

Smoking and coronary heart disease: the pathophysiology and therapeutic strategies for secondary prevention

Raffaella Caneparo

Riassunto

Il fumo di sigaretta è un importante fattore di rischio per la cardiopatia ischemica. Il danno cardiovascolare si manifesta in seguito all'azione di numerosi agenti contenuti nel fumo, di cui solo in parte conosciamo i meccanismi patogenetici. Smettere di fumare riduce drasticamente la mortalità dopo un infarto miocardico ed il rischio di nuovi eventi cardiaci. La percentuale di cessazioni dal fumo dopo un ricovero per IMA riguarda circa il 50% dei pazienti ma, di questi, il 50% ricade entro un anno. Il personale sanitario che opera a contatto con il paziente cardiologico dovrebbe farsi carico del trattamento del tabagismo attraverso un'implementazione delle conoscenze sul tema e sulle terapie attualmente riconosciute valide e sicure per questi pazienti. Un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento dei centri per il tabagismo può costituire un punto di partenza efficace per strutturare nei reparti di cardiologia strategie di intervento mirate per il paziente cardiopatico.

Parole chiave: fumo di tabacco, smettere di fumare, ischemia miocardica, infarto miocardico.

Summary

Smoking is a major cardiovascular risk factor. The exact mechanisms with which cigarette smoke produces the cardiovascular disease are not entirely clear, but it is well established that smoking cessation reduces the mortality after myocardial infarction.

Even though approximately 50% of the patients who had a heart attack stop smoking, 50% of them relapse within a year. All health professionals working with patients with heart diseases should carry out comprehensive programs for smoking cessation and enhance their knowledge on the safety and effectiveness of the therapies that are currently available. In fact, antismoking Centers may have an important role in constructing new strategies of intervention in the departments of cardiology.

Keywords: tobacco smoking, myocardial infarction, myocardial ischemia, smoking cessation.

Introduzione

Il tabagismo costituisce un importante fattore di rischio modificabile per la malattia ischemica cardiaca. Diversi studi hanno chiarito la patogenesi del danno cardiovascolare mediato dal fumo di sigaretta ed evidenziato la reversibilità dello stesso in tempi relativamente brevi [1,2]. Le linee guida JACC/AHA sulla prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica pongono la cessazione del fumo al primo posto tra le misure necessarie [3]. D'altro canto emerge dalla letteratura come smettere di fumare dopo un evento cardiaco acuto riduca il rischio di mortalità del 36-40%, risultato che supera nettamente i benefici in termini di riduzione del rischio di qualunque



Jurriaan Pool (II) *Twee overlieden van het Chirurgijngilde* (1699), Amsterdam Museum, Amsterdam.

altra strategia farmacologica di cui noi cardiologi possiamo attualmente disporre per la prevenzione secondaria [4,5,6]. Il ruolo dei cardiologi nella terapia del tabagismo è quindi fondamentale anche se ancora non rientra nella pratica clinica quotidiana. Verosimilmente la conoscenza approfondita della patologia da dipendenza che costituisce la cosiddetta "abitudine tabagica" non appartiene al bagaglio culturale dei cardiologi e questo fa sì che sia difficile affrontare il problema con i nostri pazienti in modo concreto al di là della sola raccomandazione a smettere, che è spesso l'unico intervento che il cardiologo svolge nell'ambito della visita specialistica.

La fisiopatologia del danno cardio-

Raffaella Caneparo (rafcan@alice.it)

Regione Piemonte- ASLAL Presidio Ospedaliero di Acqui Terme. Reparto di Cardiologia - UTIC - Riabilitazione Cardiologica.

vascolare indotto dal fumo di sigaretta

Diverse sostanze sono in grado di agire sul sistema cardiovascolare determinando le modifiche fisiopatologiche alla base delle patologie correlate. Date le evidenze sulla stretta relazione tra fumo e malattia cardiovascolare, si sono avvicendati molteplici studi clinici e biologici atti a definire l'esatta patogenesi del danno indotto dal fumo di sigarette [8,9,10]. Pur avendo numerosi riscontri di alcuni dei meccanismi fisiopatologici nel determinismo della patologia, ancora molti lati restano da indagare. Verosimilmente la numerosità delle sostanze che compongono il fumo determina la difficoltà di stabilire con esattezza il ruolo di ognuna di queste nelle alterazioni riscontrate. La nicotina, maggiore responsabile dei meccanismi alla base della dipendenza, si affianca ad altre numerose sostanze tra le quali acroleina, idrocarburi, agenti ossidanti, particolato, che sono in grado di provocare diversi effetti sull'apparato cardiovascolare [8,9,10].

Attivazione piastrinica: il fumo induce attivazione piastrinica attraverso vari meccanismi quali la disfunzione endoteliale o l'aumento del trombossano e del fibrinogeno. La nicotina, inoltre, induce una modifica dell'espressione di geni che codificano per il recettore P2Y₁₂, il maggio-



re responsabile dell'aggregazione ADP-mediata [10,11]. L'aumento dell'aggregabilità si verifica già dopo pochi minuti dall'inalazione del fumo, attivo o passivo, e regredisce dopo circa 2 settimane dalla cessazione, il che ne dimostra la reversibilità [10,11].

Disfunzione endoteliale: anche in questo caso l'alterazione sembra derivare in parte dalla modifica del pattern dell'espressione di alcuni geni correlati direttamente con l'insorgenza della malattia cardiovascolare. In particolare il fumo favorisce l'espressione di geni che codificano le molecole attivanti l'adesività cellulare ed il Fattore Tissutale diretta-

mente coinvolti nello sviluppo dell'aterosclerosi [10,11]. Le alterazioni endoteliali si riflettono sulla vasoregolazione coronarica e interagiscono con altri fattori causando le complicazioni della placca aterosclerotica e contribuendo in modo importante all'insorgenza della sindrome coronarica acuta. L'alterazione della biodisponibilità dell'Ossido Nitrico (NO) e delle sue funzioni vasodilatatrici è un'altra importante modifica fumo-correlata mediata dalla disfunzione endoteliale; esiste una ridotta produzione di NO da parte delle cellule endoteliali riferibile verosimilmente a un'alterazione della NO-Sintetasi sia in termini di attività biologica che dell'espressione proteica della NO sintetasi

Tabella 1. Alcuni degli effetti noti del fumo di sigarette sul sistema cardiovascolare

Azioni del fumo sul sistema cardiovascolare	Meccanismo d'azione	Conseguenze
Attivazione piastrinica Aumentata aggregabilità	- Disfunzione endoteliale ↓ NO piastrinico ↑ fibrinogeno – trombossano - stress ossidativi	Effetto protrombotico
Stress ossidativo	- lesioni endoteliali - flogosi - ipercoagulabilità - perossidazione lipidica - ridotta attività fibrinolitica	Effetto protrombotico aterosclerosi
Lesioni endoteliali	- modificazioni nell'espressione genica - per Fattore Tissutale e molecole per l'adesività piastrinica - depolimerizzazione microtubuli e aumento permeabilità vasale ↓ NO endoteliale	Azione protrombotica
Aumento dei leucociti circolanti Aumento del passaggio trans-endoteliale GB	- aumento adesività monociti - aumento permeabilità vasale - aumento produzione citochine	Stato infiammatorio cronico
Alterazione del quadro lipidico	↑ LDL ↓ HDL - ossidazione LDL - attivazione macrofagi	Aterosclerosi

endoteliale [10,11]. Inoltre alcuni componenti del fumo di sigaretta sarebbero in grado di attivare la NADPH-ossidasi endoteliale riducendo l'attività cellulare di NO [10]. Le alterazioni prodotte dal fumo di sigaretta sulla parete vasale sembrano essere dose-dipendenti e reversibili a distanza di circa un anno dalla cessazione del fumo [10,11].

Aterosclerosi: agli effetti già citati sulla trombo genesi e sul danno della parete vasale arteriosa si associano altri meccanismi che favoriscono l'aterosclerosi. Primo fra tutti il meccanismo di perossidazione delle lipoproteine a bassa densità (LDL) che risultano nettamente aumentate nei soggetti fumatori [8,12]. Le LDL ossidate vengono fagocitate dai macrofagi creando formazioni cellulari schiumose

nell'interno della placca aterosclerotica [8]. Le alterazioni del quadro lipidico si esplicano anche con la riduzione delle lipoproteine ad alta densità (HDL) [12].

Effetto infiammatorio: nei soggetti fumatori sono risultati significativamente aumentati la Proteina C reattiva, il fibrinogeno, le interleuchine, l'omocisteina e i leucociti. La conta leucocitaria in soggetti fumatori mostra un incremento del 20-25% rispetto ai non fumatori [10]. L'associazione tra numero di leucociti circolanti e il rischio di IMA è stata dimostrata e il ruolo di uno stato infiammatorio cronico nella patogenesi della malattia cardiovascolare sta assumendo una rilevanza sempre maggiore [10,13]. Gli effetti del fumo sulla parete vasale descritti in precedenza, si riflettono in

Tabella 2. Cause specific mortality by smoking habit, standardised indirectly for age and study year, for all 34439 men born in 19th or 20th century (1851-1930) and observed 1951-2001

Cause of death	No of deaths 1951-2001	Age standardised mortality rate per 1000 men/year								Standardised tests for trend (χ^2 on 1 df)*	
		Lifelong non-smokers	Cigarette smokers (no other smoking habit previously reported)					Other smokers			
			Former	Current	Current (cigarettes/day)						
					1-14	15-24	≥25	Former	Current	N/X/C**	Amount**
Cancer of lung	1052	0.17	0.68	2.49	1.31	2.33	4.17	0.71	1.30	394	452
Cancers of mouth, pharynx, larynx, oesophagus	340	0.09	0.26	0.60	0.36	0.47	1.06	0.30	0.47	68	83
All other neoplasms	3893	3.34	3.72	4.69	4.21	4.67	5.38	3.66	4.22	32	36
Chronic obstructive pulmonary disease	640	0.11	0.64	1.56	1.04	1.41	2.61	0.45	0.64	212	258
Other respiratory disease	1701	1.27	1.70	2.39	1.76	2.65	3.11	1.69	1.67	44	70
Ischaemic heart disease	7628	6.19	7.61	10.01	9.10	10.07	11.11	7.24	7.39	138	133
Cerebrovascular disease	3307	2.75	3.18	4.32	3.76	4.35	5.23	3.24	3.28	48	65
Other vascular (including respiratory heart) disease	3052	2.28	2.83	4.15	3.37	4.40	5.33	2.99	3.08	77	94
Other medical conditions	2565	2.26	2.47	3.49	2.94	3.33	4.60	2.49	2.44	34	54
External causes	891	0.71	0.75	1.13	1.08	0.79	1.76	0.89	0.92	17	27
Cause unknown	277	0.17	0.28	0.52	0.39	0.57	0.59	0.25	0.31	16	24
All cause (No of deaths)	25 346	19.38 (2917)	24.15 (5354)	35.40 (4680)	29.34 (1450)	34.79 (1725)	45.34 (1505)	23.96 (5713)	25.70 (6682)	699	869

* Values of χ^2 on one degree of freedom for trend between three or four groups: values ≥15 correspond to $P < 0.0001$.

** N/X/C compares three groups: lifelong non-smokers, former cigarette smokers, and current cigarette smokers. Amount compares four groups: never smoked regularly, and current cigarette smokers consuming 1-14, 15-24 or ≥25 cigarettes/day when last asked.

Da: BMJ. 2004 June 26; 328(7455): 1519. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE

una maggiore migrazione transendoteliale dei globuli bianchi, che ha un ruolo attivo nella formazione della placca intimale. È stato inoltre dimostrato come il fumo induca un aumento di produzione di citochine che incrementano il passaggio attraverso l'endotelio dei linfociti inducendo al contempo una risposta infiammatoria [10] (Tabella 1).

Fumo e malattia cardiovascolare

Nei fumatori è aumentata l'incidenza di cardiopatia coronarica, dello Stroke e dell'arteriopatia periferica rispetto ai non fumatori. Un noto studio prospettico continuativo effettuato dal 1951 al 2001 ha valutato la mortalità nei medici britannici in relazione all'abitudine tabagica dimostrando un'aspettativa di vita media inferiore di 10 anni per i fumatori persistenti; patologie vascolari, respiratorie e neoplastiche erano le maggiori cause di mortalità. Un quarto dei fumatori è deceduto per neoplasia polmonare/o BPCO, un quarto per cardiopatia ischemica. La restante parte ha presentato per lo più altre patologie neoplastiche o vascolari. [1] (Tabella 2).

La cardiopatia ischemica rappresenta la principale causa di morte per malattia cardiovascolare provocata dal tabagismo: 64% negli uomini, 60% nelle donne [14]. A partire dagli anni 50 si sono avvicendati numerosissimi studi prospettici che hanno documentato la stretta correlazione tra fumo e malattia coronarica [1,8,10,14]. La prevalenza del fumo nei soggetti con infarto miocardico non fatale in età compresa tra 35-39 anni è risultata in alcuni studi dell'81% nella popolazione maschile e del 77% in quella femminile ed è stato osservato che più della metà degli infarti miocardici verificatisi in persone di giovane età era attribuibile al fumo [15]. Soggetti che fumano 20 sigarette al giorno hanno un rischio aumentato di cardiopatia ischemica da due a tre volte superiore rispetto ai non fumatori. Il rischio è dose dipendente e diminuisce con l'età e con l'aumento del rischio basale di cardiopatia. Significativamente aumentata nei fumatori è anche l'incidenza di aneurisma dell'aorta toracica e addominale, di stenosi dell'arteria renale e di vasculopatia periferica [8,9,14]. È stato inoltre segnalato un elevato tasso di morte improvvisa, maggiormente evidente per le donne fumatrici che assumevano contraccettivi orali. Il rischio di ictus, coronaropatia e morte improvvisa è ulteriormente elevato nelle donne diabetiche [14,16,17]. Altri studi hanno evidenziato una correlazione tra emorragia cerebrale intracranica e sub-aracnoidea ed il consumo di sigarette, con un effetto dose-dipendente anche in questo caso [8,9,14].

La riduzione del rischio

Da una revisione Cochrane del 2003 su trials condotti su pazienti con diagnosi di cardiopatia ischemica è emersa una riduzione del 36% del rischio di mortalità dopo un evento cardiaco per coloro che smettevano di fumare. Questo dato è confermato da studi effettuati in seguito ed arriva ad una percentuale addirittura del 60% in uno studio giapponese di Kinjo, pubblicato su Circulation nel

2005 [12,17]. I benefici si estendono anche a popolazioni specifiche di pazienti: da un lavoro effettuato su 2.231 pazienti affetti da disfunzione ventricolare sinistra post-ischemica si evince che la riduzione del rischio di mortalità totale si riduce del 40% per questi pazienti e che l'ospedalizzazione per una recidiva ischemica, il rischio di morte cardiaca o di segni di scompenso cardiaco diminuiscono del 30% [18]. Secondo alcuni autori il rischio di recidive di eventi cardiovascolari dopo Infarto Miocardico Acuto, per coloro che smettono di fumare, diventa sovrapponibile ai non fumatori entro 3 anni [19,20]. La cessazione del fumo è associata ad un aumento della sopravvivenza a lungo termine dopo un IMA; anche la riduzione a 5 sigarette/die dopo un infarto è stata correlata ad una diminuzione del 18% del rischio di mortalità [21]. (Tabella 3) La prevenzione secondaria dopo una sindrome coronarica acuta è parte fondante della cura della malattia ischemica cardiaca; alcune terapie si sono conquistate a ragione un ruolo essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, avendo dimostrato di ridurre la mortalità totale. Aspirina, beta-bloccanti, statine, ACE-inibitori permettono di raggiungere percentuali variabili dal 15% al 29% di riduzione di mortalità quando utilizzati a dosaggio ottimale contro il 36-40% della cessazione del fumo [5,22]. Due trial, IDEAL e TNT, hanno valutato l'impatto dell'uso di statina ad alta dose sulla riduzione di eventi cardiovascolari maggiori riscontrando rispettivamente una riduzione della percentuale assoluta di eventi dell'1.7% e 2.2%. Da una sottoanalisi di Frey P. pubblicata nel 2010, è emerso che la riduzione della comparsa di nuovi eventi era maggiore per chi aveva smesso di fumare raggiungendo il 4.5%: vale a dire che quando si associa la cessazione del fumo, i benefici attesi dalla terapia medica raddoppiano [23]. Rimane oggetto di riflessione come mai nonostante i dati esistenti e le indicazioni delle linee guida che giustamente pongono il trattamento del tabagismo al primo tra gli obiettivi da porsi in prevenzione secondaria, l'attenzione degli specialisti cardiologi sul problema non sia ancora adeguata. I dati emersi dall'EUROASPIRE indicano che nel 20% dei pazienti ricoverati per eventi coronarici acuti non viene documentata la condizione relativa al fumo e solo il 31% di questi pazienti riceveva il consiglio di smettere di fumare [24]. Anche le politiche sanitarie rivestono un ruolo fondamentale nella riduzione del rischio cardiovascolare nella popolazione. In una recente metanalisi pubblicata ad Agosto 2010 su Heart, gli autori hanno revisionato 17 studi, di cui 10 del Nord America, 6 dell'Europa e 1 Au-

Tabella 3. Riduzione mortalità dopo IMA con terapia medica

Aspirina	15%
ACE Inibitori	23%
Beta bloccanti	23%
Statine	29%

straliano e sono giunti a concludere che attualmente sono forti le evidenze della riduzione della comparsa di eventi coronarici in seguito all'adozione di legislazioni contro il fumo e ciò dovrebbe costituire per gli Stati che ancora non hanno provveduto uno stimolo importante ad andare in quella direzione [25]. In Italia nel periodo successivo all'entrata in vigore delle leggi contro il fumo, i ricoveri per IMA e Sindrome Coronarica Acuta si sono ridotti in modo statisticamente significativo. La riduzione, non significativa per la popolazione > 60 anni di età, ha riguardato la popolazione maschile in età lavorativa nella quale il peso del fattore di rischio del fumo di sigaretta assume una rilevanza maggiore non essendo ancora associato ad altri fattori legati ad età o comorbidità [6,7].

La terapia del tabagismo

Esistono due approcci terapeutici nella terapia del tabagismo: quello psicologico e quello farmacologico. È noto ormai come i maggiori risultati in termini di percentuali di astinenza derivino dall'integrazione delle due strategie [24,26,27]. Nel presente lavoro si cercherà di analizzare i vari strumenti terapeutici nell'ottica del paziente cardiopatico e in relazione alle diverse fasi di malattia.

Terapia psicologica

Le linee guida ACC/AHA per la prevenzione secondaria dopo un infarto Miocardico Acuto con Sopraslivellamento del tratto ST (IMA STEMI), pongono al primo posto tra le misure necessarie in classe I con livello di evidenza B, la cessazione del fumo secondo il minimal advice e le "5 A" contemplando la scelta della terapia sostitutiva nicotina quale supporto farmacologico [28]. (Tabella 4)

L'efficacia dell'intervento psicologico e del counseling per la disassuefazione da tabagismo per i pazienti cardiopatici, come per tutti coloro che desiderino smettere di fumare, è descritta in numerosa letteratura [29,30,31]. Secondo i dati disponibili già il minimo intervento autorevole del medico di medicina generale o del farmacista che consiglino il paziente sull'opportunità di smettere di

fumare riesce ad essere efficace nel 2-5% dei casi arrivando fino al 36% in caso di pazienti infartuati. Interessanti lavori hanno dimostrato che il counseling al letto del malato, eseguito anche da personale infermieristico adeguatamente formato e sfruttando l'opportunità del ricovero ospedaliero, apporta sicuri benefici nel mantenimento dell'astinenza a breve-medio distanza [28,29]. Questo pare maggiormente efficace se si tratta di pazienti ricoverati per malattia coronarica acuta in cui spontaneamente si mettono in atto meccanismi psicologici di presa di consapevolezza del problema del tabagismo che si traducono in cessazioni definitive; in alcuni lavori è stata evidenziata una percentuale variabile dal 46% al 62% di astinenti a 12 mesi di pazienti trattati in reparto di terapia intensiva, con counselling infermieristico [32,33,34,35]. I dati esistenti mostrano che le percentuali dei pazienti che spontaneamente smettono di fumare subito dopo un evento cardiaco, durante il ricovero ospedaliero, sono comunque intorno al 50%; questa percentuale verosimilmente viene correlata alle regole restrittive delle strutture ospedaliere e all'elevata motivazione del paziente subito dopo un evento acuto cardiaco [35]. Tuttavia, le recidive dopo la dimissione, a distanza di 6 mesi riguardano circa il 50% di coloro che avevano smesso [36]. Uno studio australiano ha sperimentato un'originale tecnica psicologica, che prevedeva di realizzare un video che ritraeva i pazienti ed i loro familiari in un'ipotetica situazione immaginaria di un ricovero per infarto miocardico con le conseguenze possibili sulla qualità di vita socio-familiare e lavorativa. Il filmato, realizzato con immagini fotografiche dei pazienti e dei loro familiari elaborate secondo una tecnica apposita, veniva in seguito visionato con il supporto di uno psicologo che rafforzava la motivazione a smettere di fumare. A distanza di 6 mesi si sono mantenuti astinenti il 54% dei soggetti [26]. Al di là dei limiti dello studio caratterizzato dall'esiguità del campione, i risultati parrebbero confermare come il particolare momento emotivo del ricovero in UTIC e dell'esperienza di malattia coronarica sia potenzialmente cruciale per lo sviluppo di una motivazione al

Tabella 4. Linee guida JACC/AHA per la prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica

Secondary Prevention for Patients with STEMI	
Intervention	Recommendation and ACC/AHA level of evidence*
Smoking cessation	Ask about tobacco use at every visit I(B)
	Advise every patient who uses tobacco to quit I(B)
	Assess the patient's willingness to quit I(B)
	Assist by counseling and developing a plan for quitting I(B)
	Arrange follow-up, referral to special programs, or pharmacotherapy (including nicotine replacement therapy) I(B)
	Urge avoidance of exposure to environmental tobacco smoke at work and at home I(B)

Aggiornamento 2006, da: *AmFamPhysician*. 2009 Jun 15;79(12):1080-1086.

cambiamento. È bene ricordare però che i pazienti ricoverati per un evento cardiaco acuto non necessariamente si presentano in una fase psicologica così recettiva; è stato dimostrato, infatti che lo schema di Clemente-Procasha vale per i pazienti cardiopatici esattamente come per i soggetti non cardiopatici [33,34]. Si dovrà tenere presente la possibilità di incontrare un paziente in fase pre-contemplativa anche se ricoverato in reparto di terapia intensiva coronarica, così come l'esperienza clinica ci insegna. L'efficacia dell'approccio psicologico isolato per la cessazione da fumo è comunque controversa; secondo alcuni studi i benefici sarebbero maggiori nel breve periodo perdendosi poi dopo i primi 6 mesi di follow-up, lasciando pensare che sia necessario per risultati consolidati nel tempo un approccio integrato psicologico-farmacologico [37]. Le esperienze esistenti in letteratura e i dati emersi portano a concludere l'importanza di strutturare degli interventi mirati per i pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva Coronarica che permettano di cogliere l'opportunità data dal ricovero ospedaliero, tenendo al contempo conto delle possibili differenze individuali rispetto alla disponibilità psicologica al cambiamento.

Terapia sostitutiva nicotinic

La terapia sostitutiva nicotinic nel trattamento della disassuefazione da tabagismo per i pazienti in prevenzione secondaria dopo un evento cardiaco è prevista dalle linee guida JACC/AHA, come parte dei trattamenti di prima linea, in classe di raccomandazione I con livello di evidenza B [3]. La sicurezza della terapia nicotinic nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari è stata dimostrata e le iniziali perplessità derivate dalla segnalazione di alcuni casi clinici aneddotici di comparsa di Infarto Miocardico o Stroke in pazienti che facevano uso di terapia con cerotti a base di nicotina e dei potenziali rischi connessi agli effetti emodinamici della molecola, sono state successivamente fugate da studi approfonditi che hanno valutato le variazioni emodinamiche della somministrazione di nicotina con diverse formulazioni farmaceutiche e le possibili conseguenze cliniche [38,39]. La nicotina transdermica ha mostrato di avere degli effetti simili a quelli prodotti dalla nicotina inalata con il fumo ma quest'ultimo produce un aumento prolungato della norepinefrina circolante ed ha un'azione di attivazione del sistema coagulativo che i cerotti di nicotina non hanno. La nicotina è responsabile dell'incremento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca con conseguente aumento del lavoro miocardico e del consumo di ossigeno ed è causa di ridotto flusso coronarico in pazienti con stenosi critiche dell'albero coronarico; anche la nicotina ceduta dalle gomme o dai cerotti possiede un analogo effetto emodinamico, fatto salvo per le riduzioni del flusso coronarico per cui non esistono valutazioni approfondite. Tuttavia è stato dimostrato che gli effetti sul flusso coronarico sono mediati dall'attivazione del sistema simpatico e che i preparati a base di nicotina hanno un effetto in gran misura inferiore su questo

sistema e quindi si può ragionevolmente pensare che siano anche minimi gli effetti sulla circolazione coronarica in questi pazienti. La farmacocinetica stessa dei dispositivi che cedono nicotina ha delle caratteristiche del tutto differenti rispetto a quella della nicotina assunta tramite il fumo di sigaretta, avendo tempi di raggiungimento delle concentrazioni ematiche e picchi plasmatici di molto inferiori. Inoltre bisogna ricordare che i maggiori effetti del fumo sul flusso coronarico e sul consumo di ossigeno miocardico dipendono dalla presenza dell'ossido di carbonio che non riguarda i preparati a base di nicotina. Gli studi clinici condotti su popolazioni di pazienti aventi in anamnesi pregresso IMA o Stroke non hanno evidenziato una comparsa di nuovi eventi significativamente aumentata con l'utilizzo della NRT ed attualmente si è giunti alla conclusione che i benefici attesi dalla terapia sostitutiva nicotinic siano superiori agli eventuali rischi in quei pazienti che non riescono a smettere di fumare dopo un evento cardiovascolare [38-41]. Alla luce di quanto emerso dagli studi presenti in letteratura l'uso della nicotina sostitutiva è entrata a far parte dei trattamenti di prima scelta per i pazienti fumatori che abbiano avuto un IMA e che siano in fase di stabilità clinica; il Comitato congiunto ESC/ACC definisce stabilizzato l'infarto miocardico che data oltre 28 giorni [28]. Esistono però esperienze in letteratura di utilizzo di terapia con nicotina sostitutiva a partire dalla fase acuta di malattia durante il ricovero in Unità di Terapia Intensiva che hanno mostrato la sicurezza d'impiego della terapia anche in questa fase di malattia [22,42]. Uno studio del 2006 dell'University of Ottawa Heart Institute (UOHI) ha valutato l'utilizzo di una strategia terapeutica per pazienti affetti da sindrome coronarica acuta in regime di ricovero ospedaliero; l'intervento era costituito da un approccio basato sul counseling, dall'utilizzo di NRT e da un programma di follow up telefonico a cui si associava l'intervento per la cessazione svolto da operatori presenti sul territorio dopo la dimissione ospedaliera. La popolazione oggetto dello studio comprendeva pazienti con sindrome coronarica acuta, sottoposti a procedure di rivascolarizzazione percutanea o chirurgica o a cateterismo cardiaco diagnostico. È stata utilizzata nicotina transdermica a dosaggio variabile da 7 – 14 – 21 mg a seconda del numero di sigarette fumate prima del ricovero ospedaliero. La percentuale di pazienti astinenti a 6 mesi è risultata del 44% e non sono riportati manifestazioni cliniche riferibili ad eventi avversi legati all'utilizzo della NRT [42]. Da alcune recenti revisioni della letteratura è inoltre emerso come la terapia con NRT in pazienti in fase acuta di malattia cardiaca non abbia avuto impatto sulla mortalità valutata a 7 e 30 giorni [24,38-40]. Altri autori hanno invece segnalato un incremento di mortalità in seguito all'utilizzo di NRT in fase post-operatoria precoce di rivascolarizzazione chirurgica con By-pass Ao-Co, maggiormente significativa per coloro che erano stati sottoposti ad intervento in circolazione extracorporea [37,43]. Alla luce di quanto emerso, una norma comportamentale sicu-

ra potrebbe essere quella di riservare l'uso di NRT almeno 15 giorni dopo l'evento ischemico acuto e per coloro già studiati e rivascolarizzati, riservando a casi selezionati la terapia in fase precoce di malattia e astenendosi dall'utilizzo in quei pazienti che presentino angina instabile o abbiano avuto eventi aritmici recenti. I pazienti ricoverati in terapia intensiva coronarica al momento dell'osservazione sono astinenti per via del ricovero ospedaliero e si trovano, come già sottolineato, in uno stato psicologico favorevole alla cessazione; ciò potrebbe orientare quindi per un approccio di counseling intensivo nelle prime giornate di ricovero seguito eventualmente, in una fase successiva, da terapia farmacologica.

Bupropione

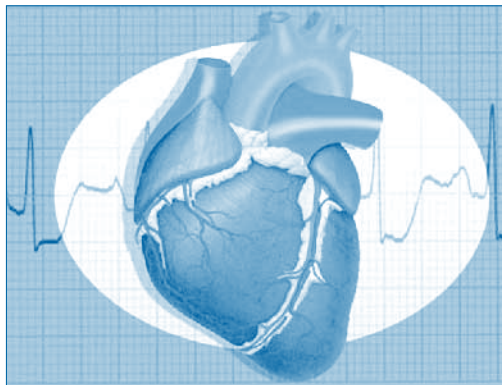
Il Bupropione è un inibitore selettivo del reuptake della noradrenalina, serotonina e dopamina [44]. Il meccanismo con cui aumenta la persistenza dell'astinenza nei fumatori che vogliono smettere non è ben noto. Probabilmente dipende dall'azione sul sistema dopaminergico mesolimbico e del locus ceruleus che producendo un incremento di dopamina e norepinefrina, contribuisce a ridurre i sintomi di astinenza simulando l'effetto di ricompensa della stimolazione nicotinic. L'efficacia e la sicurezza d'impiego in soggetti cardiopatici è stata dimostrata [44,45]. Vi sono state alcune segnalazioni sull'insorgenza di ipertensione arteriosa in pazienti in terapia con Bupropione: sia di aumento dei valori pressori in clinostatismo senza evidenza di ipertensione stabile, sia di valori pressori elevati che hanno richiesto correzione farmacologica, soprattutto quando utilizzato in associazione con NRT [44]. Non vi sono state segnalazioni di effetti avversi maggiori causati da ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia. Il Bupropione possiede un'azione inibitrice sul citocromo P450 che è risultata responsabile del possibile effetto bradicardizzante in corso di terapia beta-bloccante [46]. È necessario effettuare un monitoraggio del paziente in caso di associazione con questa categoria di farmaci. In alcuni lavori è stata dimostrata l'efficacia del Bupropione nel prevenire le recidive quando utilizzato per 12 mesi ed è stata evidenziata la buona risposta al farmaco in percentuale di astinenza in caso di concomitante sintomatologia depressiva. Considerando i dati sull'associazione tra malattia ischemica cardiaca recente e lo sviluppo di depressione, che riguarda circa il 20-25% dei pazienti cardiopatici, l'uso del bupropione potrebbe avere un'indicazione particolare in questo ambito clinico [47]. La sua efficacia è risultata maggiore quando associato alla terapia nicotinic sostitutiva [48,49].

Vareniclina

La Vareniclina, agonista parziale del recettore acetilcolinico nicotinic $\alpha 4\beta 2$, è risultata efficace nella terapia della disassuefazione di pazienti sani. Studi randomizzati in doppio cieco ne hanno validato la maggiore efficacia rispetto a Bupropione e parrebbe essere superiore anche a

NRT [50-55]. La Vareniclina è stata introdotta tra i farmaci di prima linea nel trattamento del tabagismo, nelle linee guida US Public Health Service del 2008. La peculiare caratteristica della Vareniclina consiste nel ridurre efficacemente la sintomatologia da astinenza e nel diminuire gli effetti piacevoli dell'assunzione di nicotina. Gli effetti collaterali più importanti riguardano il sistema gastrointestinale, con nausea, meteorismo e costipazione; sono stati segnalati possibili effetti di depressione del tono dell'umore per cui è consigliata particolare cautela nell'utilizzo della molecola in chi abbia patologie psichiatriche. Questo aspetto è da tenere presente in modo particolare dallo specialista cardiologo, essendo nota l'associazione tra IMA e depressione nella fase post-acuta [47]. Il cardiologo che dovesse prescrivere Vareniclina al proprio paziente dovrà quindi porre attenzione all'insorgenza di sintomatologia depressiva. Al di là di questo aspetto, peraltro gestibile con la dovuta attenzione, l'uso della Vareniclina in pazienti con malattia ischemica coronarica in fase di stabilità clinica, è risultato sicuro [50]. Vareniclina agisce come inibitore e induttore dell'attività di citocromo P450 nei microsomi epatici e negli epatociti, rispettivamente. È risultata però ininfluente la sua interferenza in caso di terapia cronica con Warfarin, che può quindi essere associata senza richiedere alcun aggiustamento del dosaggio [56]. Sarebbe interessante anche conoscere il possibile effetto di interferenza della Vareniclina sulla terapia con Clopidogrel o altre tienopiridine sempre in relazione al legame della molecola con il citocromo, ma al momento questo aspetto non è stato ancora oggetto di studio. Sono in corso trial sull'utilizzo di Vareniclina in fase immediatamente successiva alla sindrome coronarica acuta (Studio EVITA); se la sicurezza della molecola dovesse essere confermata si aprirebbe per i cardiologi un ulteriore motivo di riflessione sull'opportunità di farsi carico della terapia del tabagismo anche in questa delicata fase di malattia [55]. È comparsa recentemente una revisione della letteratura che ha aperto un acceso dibattito in merito all'uso della vareniclina: Singh et Al, a luglio 2011 ha pubblicato infatti i risultati della sua revisione e metanalisi che evidenziano un rischio significativamente aumentato di eventi cardiovascolari severi in soggetti sani con l'uso della vareniclina rispetto al placebo. Non è stata possibile un'analisi di mortalità per il numero troppo basso di eventi letali nei trial esaminati. Sing sostiene, nell'esposizione dei risultati da lui ottenuti, che l'uso della vareniclina è associato al 72% di aumento del rischio di seri eventi cardiovascolari [57]. Questi dati, uniti alle segnalazioni già pubblicate recentemente dalla FDA sui possibili eventi avversi psichiatrici e cardiovascolari, in seguito alla pubblicazione del trial di N.Rigotti, ha ulteriormente sollevato la questione sulla sicurezza della vareniclina [58,59]. Un'interessante riflessione in merito è quella di J.Taylor Hays, che invita ad interpretare i dati di Sing alla luce di alcune considerazioni. Prima di tutto il dato del 72% di rischio aumentato riguarda un numero molto basso di eventi in assoluto: 1.06% nel gruppo trattato col farmaco e 0.82%

in quello con placebo, con una differenza tra i due gruppi di solo lo 0.24%. In secondo luogo è da sottolineare che la maggior parte delle interruzioni dei follow up negli studi inseriti nella metanalisi di Sing riguardava i pazienti trattati con placebo e questo potrebbe inficiare i risultati sulla comparsa di eventi avversi a distanza. Infine solo uno degli studi valutava espressamente gli eventi cardiaci e non era stata raggiunta significativa differenza nella comparsa di fatti cardiovascolari e mortalità tra i pazienti trattati con vareniclina o con placebo [50]. In definitiva i dati su vareniclina ci dicono che è un farmaco sicuramente efficace nel trattamento della dipendenza da tabacco, che è risultata essere sicura negli studi pubblicati. Certamente non è priva di rischi, specialmente per ciò che concerne i possibili effetti psichiatrici e cardiovascolari. Il rapporto rischio-beneficio dovrà essere valutato dal clinico nella propria pratica quotidiana senza dimenticare quali siano i rischi di mortalità cardiovascolare connessi al fumo e i vantaggi rapidamente ottenuti dalla cessazione.



rapia Intensiva, a quella della dimissione, passando attraverso alle procedure di rivascolarizzazione e alla degenza in strutture riabilitative. In ognuno di questi passaggi il paziente viene a contatto con operatori sanitari con ruoli specifici e molto differenti. Una prima considerazione deriva dall'osservazione di questa variabilità che porta a pensare

che anche gli interventi sul tabagismo potrebbero essere differenziati a seconda del momento clinico e degli operatori coinvolti. Vale a dire che si dovrebbero formalizzare degli interventi mirati per questi pazienti, sulla base dei presupposti teorici esistenti che spiegano la patologia da dipendenza da fumo, le dinamiche psicologiche tipiche dei soggetti fumatori e dei pazienti ricoverati in reparti ospedalieri. Un primo passo potrebbe anche solo

derivare dall'assumere l'abitudine a indicare in diagnosi di dimissione dai reparti cardiologici il Tabagismo con il proprio codice DRG (989.84). Questo semplice gesto forse contribuirebbe a prendere coscienza del problema come di una comorbidità che riguarda il paziente cardiopatico e che come tale esige un trattamento adeguato. Progettare dei modelli di intervento efficaci, potrà essere possibile solo attraverso un'implementazione delle conoscenze sulla dipendenza da fumo, da parte del personale sanitario, sia medico che infermieristico, che opera a contatto con il paziente cardiopatico. In quest'ottica i Centri Antifumo attualmente esistenti sul territorio nazionale potrebbero avere una funzione essenziale: l'istituzione di una collaborazione fattiva sia nella gestione di casi clinici sia nella costruzione di progetti formativi potrebbe essere basilare nel permettere una sorta di "contaminazione" culturale che si rifletta in un potenziamento reale del trattamento del paziente cardiopatico tabagista. ■

Disclosure: L'Autrice dichiara l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

Conclusioni

Le evidenze scientifiche del ruolo del fumo sulla prognosi del paziente cardiopatico sono indiscutibili e costituiscono un presupposto condiviso da tutti gli specialisti cardiologi. L'impatto che la cessazione del fumo di sigaretta ha sulla riduzione del rischio di recidive è altrettanto noto e non a caso compare nelle linee guida di prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica al primo posto tra gli interventi da attuare. Ciò nonostante, gli specialisti cardiologi non sembrano manifestare la stessa determinazione nel trattare il tabagismo rispetto a quella che mostrano nel trattamento della dislipidemia o all'utilizzo di altre terapie efficaci nella riduzione del rischio cardiovascolare. Il paziente cardiopatico attraversa fasi diverse della propria malattia che vanno dalla fase acuta con il ricovero in Unità di te-

BIBLIOGRAFIA

1. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I: Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519. Epub 2004 Jun 22
2. Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner BA, Colditz GA. Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. *JAMA* 2008;299:2037-47
3. Campbell-Sherer D., Green Lee A. ACC/AHA guidelines update for the management of ST-Segment elevation Myocardial Infarction. *Am Fam Physician* 2009 Jun 15; 79(12): 1080-1086.
4. Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Use of lipid lowering drugs for primary prevention of coronary heart disease: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2000;321:983-986
5. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients *BMJ*. 2002;324:71-86
6. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999;318:1730-1737
7. Flather MD, Yusuf S, Kober L, et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients: ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *Lancet*. 2000;355:1575-1581
8. Barnoya J, Glantz S. Tabagismo. In Topol Eric J. *Textbook of Cardiovascular Medicine* . Cap.8. terza edizione 2007. Ed. Lippincott Williams and Wilkins
9. Ridker Paul M., Libby Peter Fattori di rischio per la malattia aterosclerotica in Braunwald E. *Malattie del Cuore*. Settima edizione. Elsevier-Masson 2007
10. De Rosa S, Pacileo M, Sasso L et Al: insights into pathophysiology of smoke-related cardiovascular disease. *Mon. Arch. Chest Dis* 2008; 70: 59-67
11. Barua RS, Ambrose JA, Eales-Reynolds LJ, DeVoe MC, Zervas JG, Saha DC Dysfunctional endothelial Nitric Oxide Biosynthesis in Healthy Smokers with impaired endothelium-dependent vasodilatation. *Circul*. 2001; 104: 1905-1910

12. Gepner AD, Piper ME, Johnson HM, Fiore MC, Baker TB, Stein JH. Effects of smoking and smoking cessation on lipids and lipoproteins: outcomes from a randomized clinical trial. *Am Heart J* 2011 Jan; 161(1): 145-51
13. Rea TD, Heckbert SR, Kaplan RC, Smith NL, Lemaître RN, Psaty BM. Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Ann Intern Med* Sep 2002; 137(6): 494-500
14. Centers for Disease Control and Prevention. Annual Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 1997–2001. *MMWR* 2005; 54:625-628
15. Shah AM, Pfeffer MA, Hartley LH, Moyé LA, Gersh BJ, Rutherford JD, Lamas GA, Rouleau JL, Braunwald E, Solomon SD. Risk of all-cause mortality, recurrent myocardial infarction, and heart failure hospitalization associated with smoking status following myocardial infarction with left ventricular dysfunction. *Am J Cardiol* Oct 2010; 106(7): 911-6
16. Kinjo K, Sato H, Sakata Y, Nakatani D, Mizuno H, Shimizu M et Al.: Impact of smoking status on long-term mortality in patients with acute myocardial infarction. *Circ.* 69: 7-12
17. Song YM, Cho HJ. Risk of Stroke and myocardial infarction after reduction or cessation of cigarette smoking. *Stroke* 2008; 39: 2432-2438
18. Shah AM, Pfeffer MA, Hartley LH, Moyé LA, Gersh BJ, Rutherford JD et Al.: Risk of all-cause mortality, recurrent myocardial infarction, and heart failure hospitalization associated with smoking status following myocardial infarction with left ventricular dysfunction. *Am J Cardio* 2010 Oct 1; 106(7): 911-6 Epub 2010 Aug 11
19. Oberg EB, Fitzpatrick AL, Lafferty WE, LoGerfo. Secondary prevention of myocardial infarction with nonpharmacologic strategies in a Medicaid cohort. *JP Prev Chronic Dis*. 2009 Apr; 6(2):A52. Epub 2009 Mar 16.
20. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2003; 290: 86-97
21. Gerber Y, Rosen LJ, Goldbourt U, Benyamini Y, Drory Y; Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Smoking status and long-term survival after first acute myocardial infarction: a population-based cohort study. *J Am Coll Cardiol* Dec 2009; 54(25): 2382-7
22. Thomas D. Cardiovascular benefits of smoking cessation. *Presse Med* Apr 2009
23. Frey P. et Al: impact of smoking on cardiovascular events in patients with coronary disease receiving contemporary medical therapy (from the Treating to New Targets [TNT] and the Incremental decrease in End Points Through Aggressive Lipid lowering [IDEAL] Trials). *Am J Cardio* Dec 2010
24. Greco G., Mocini D.: Trattamento del tabagismo in prevenzione secondaria. *Ital Heart J* 2001; 2(1): 96-100
25. Mackay DF, Irfan MO, Haw S, Pell JP : Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke-free legislation on acute coronary events. *Heart online* Aug 23 2010 doi: 10.1136/hrt.2010.199026
26. Wiggers LC, Smets EM, de Haes JC, Peters RJ, Legemate DA : Smoking cessation interventions in cardiovascular patients. *Eu J Vasc Endovasc Surg*, 26, Issue 5, Nov 2003: 467-475
27. Clavario P.: Tobacco smoking pharmacotherapy. A clinical cardiologist point of view. *Monaldi Arch. Chest Dis*. 2004; 62: 1, 22-28
28. Cesaroni G. : Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circul. online* Feb 11, 2008; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.729889
29. Smith PM, Burgess E. Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2009 Jun 23; 180(13): 1283-4
30. Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23; (1): CD006886.
31. Stead LF, Perera R, Lancaster T : Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane database Syst. Rev*. 2006 Jul. 19; 3: CD002850.
32. Kristeller JL, Rossi JS, Ockene JK, Goldberg R, Prochaska JO: Processes of change in smoking cessation: a cross-validation study in cardiac patients. *J Subst Abuse*. 1992; 4(3): 263-76.
33. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. : Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2008 Apr 16; (2): CD000165
34. Bolman C., De Vries H. : Psycho-social determinants and motivational phases in smoking behaviour of cardiac inpatients. *Prev Med*. 1998 Sep-Oct; 27(5 Pt 1): 738-47.
35. Mottillo S, Filion KB, Bélisle P et Al: Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur. Heart J*. 2009; 30: 718-730
36. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF : Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane database Syst. Rev*. 2007 Jul. 18; (3): CD001837
37. Moreno Ortigosa A, Ochoa Gómez FJ, Ramalle-Gómara E et Al : Efficacy of an intervention in smoking cessation in patients with myocardial infarction. *Med. Clin.* 2000; 114(6): 209-10
38. Lee AH Afessa B.: The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. *Crit. Care Med* Jun 2007; 35(6): 1517-21
39. Hubbard R, Lewis S, Smith C et Al : Use of nicotine replacement therapy and the risk of acute myocardial infarction, stroke, and death. *Tob. Control* Dec 2005; 14(6): 416-21
40. Benowitz N.L. Gourlay S.G. : Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am. Coll Cardiol* 1997; 29: 1422-31
41. McRobbie H., Hajek P.: Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease: guidelines for health professionals. *Addiction* 2001; 96: 1547-1551
42. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B : Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. *Can J. Cardiol* 2006 July; 22(9): 775-80
43. Paciullo CA, Short MR, Steinke DT, Jennings HR : impact of nicotine replacement therapy on postoperative mortality following coronary artery bypass graft surgery. *Ann. Pharmacother*. Jul 2009; 43(7): 1197-202
44. J. TAYLOR HAYS, JON O. EBBERT, : Bupropion Sustained Release for Treatment of Tobacco Dependence. *Mayo Clin Proc*. 2003; 78: 1020-1024
45. Issa JS, Perez GH, Diamant J, Zavattieri AG, de Oliveira KU. Effectiveness of Sustained-Release Bupropion in the Treatment of Smoker Patients with Cardiovascular Disease. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4) : 382-387
46. Landau J., Ajani AE: Bupropion and bradycardia. *Letters MJA* 2008; 189 (3): 180
47. Anne N. Thorndike, Nancy A. Rigotti et Al: Depressive Symptoms and Smoking Cessation After Hospitalization for Cardiovascular Disease. *Arch Intern Med*. 2008; 168(2): 186-191
48. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D et Al : Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008; 179(2) : 135-44
49. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, et Al : Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6: 300
50. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL .et Al : Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circul* 2010; 121: 221-229
51. Doggrell SA.: Which is the best primary medication for long-term smoking cessation: nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline? *Expert Opin Pharmacother* 2007 Dec; 8(17): 2903-15
52. Stack NM.: Smoking cessation: an overview of treatment options with focus on varenicline. *Pharmacother*. 2007 nov; 27(11): 1550-7..
53. Hays JT, Ebbert JO, Sood A : Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. *Am J Med* 2008 Apr; 121(4 suppl 1): s32-42.
54. Galanti LM: Tobacco smoking cessation management: integrating varenicline in current practice. *Vascular Health and risk management* 2008; 4(4)
55. Eisenberg Mark J Evaluation of Varenicline (Champix) in Smoking Cessation for Patients Post-Acute Coronary Syndrome (EVITA) Trial ClinicalTrials.gov identifier: NCT00794573
56. Burstein AH, Clark DJ, O'Gorman M et Al: Lack of pharmacokinetic and pharmacodynamic interactions between a smoking cessation therapy, varenicline, and warfarin: an in vivo and in vitro study. *J Clin Pharmacol*. 2007 Nov; 47(11): 1421-9. PMID: 17962429 [PubMed - indexed for MEDLINE]
57. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD: Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011. July 4 (Epub Ahead of print)
58. J Taylor Hays: varenicline for smoking cessation: is it a heartbreaker? *CMAJ* July 4 2011 (Epub Ahead of print)
59. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase the risk of certain cardiovascular adverse events in patients with cardiovascular disease 3/6/16/2011.

Figli di un dio minore: il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali

Sons of a lesser god: smoking cessation treatment in patients with mental illness

Fabio Lugoboni, Marco Faccini, Rebecca Casari, Patrizia Guadagnini, Francesca Gamba

Riassunto

Il tabagismo, uno dei maggiori problemi socio-sanitari del nostro tempo, è ormai unanimemente riconosciuto, per se, come una malattia mentale cronica-recidivante; il peso di questa addiction è però fortemente squilibrato e grava con maggior importanza sulle persone affette da disturbi psichici che fumano e si ammalano molto di più della popolazione generale, ricevendo, paradossalmente, scarsi stimoli e supporti per smettere di fumare.

Il trattamento del tabagismo in questi pazienti può dare buoni risultati se supportato adeguatamente. I farmaci di prima linea si sono dimostrati efficaci come nei fumatori senza comorbidità psichica.

Lo scopo di questo articolo è descrivere i principali luoghi comuni sul problema tabagismo e malattia mentale confrontandoli con i dati scientifici presenti in letteratura allo scopo di fare breccia nel muro di trascuratezza che troppo spesso circonda questi pazienti in modo da favorirne l'accesso agli ambulatori specializzati, in quanto generalmente affetti da dipendenza tabagica severa. Ancor più auspicabile sarebbe che i servizi psichiatrici territoriali si facessero carico di questo grave problema offrendo un supporto farmacologico e comportamentale ai loro pazienti.

Parole chiave: Nicotinodipendenza, Smettere di fumare, Trattamento del fumo, Malattia mentale, Comorbidità psichiatrica.

Introduzione

L'associazione che lega la dipendenza da nicotina con le malattie mentali è nota, ben descritta, spiegabile scientificamente e clinicamente significativa. La dipendenza da tabacco ha molto in comune con la dipendenza da droghe illegali ma differisce in modo significativo da queste per il fattore letalità: infatti l'80% dei decessi da dipendenza da sostanze psicotrope risulta causato dal tabacco [1,2]. Se possiamo tranquillamente affermare che ogni fumatore che non smette verrà scippato di 13 anni circa di vita [3], dobbiamo innalzare di molte unità il conto, in termini di diminuita sopravvivenza, che pagano i fumatori con pato-

Summary

Tobacco addiction, a major world-wide health problem, is widely recognized as a chronic, relapsing mental disorder, disproportionately affecting people with psychiatric comorbidity that smoke and develop smoke-related diseases more than smokers without mental illness. Paradoxically, these patients receive fewer invitations to stop and less support in the process of smoking cessation.

The treatment of smoking addiction may give good results in these patients if properly performed. First-line drugs have been proved to be effective also for these patients.

The Aim of this review is to present scientific data of literature in order to make a breach in the wall of neglect that too often surrounds nicotine dependent subjects with mental illness and to give an opportunity to these patients, who are generally suffering of severe smoking dependence.

It is considered even more necessary for local mental health services to take charge of this serious problem by providing pharmacological treatment and behavioral support to their own patients.

Keywords: Nicotine addiction, Smoking cessation, Smoking treatment, Mental illness, Psychiatric comorbidity.

logia psichiatrica. I pazienti con disturbi psichici rappresentano un fetta largamente minoritaria della popolazione ma essi consumano il 44% di tutte le sigarette fumate nei paesi economicamente maggiormente sviluppati. Se comparati con la popolazione generale i pazienti con malattia mentale fumano 2-3 volte di più e la tendenza ad una riduzione nella prevalenza di fumo attivo segnalata negli ultimi anni tra la popolazione generale non si è verificata in questa tipologia di fumatori. Questi soggetti, di conseguenza, ammalano e muoiono di malattie fumo-correlate in modo significativamente maggiore dei fumatori della popolazione generale ma, paradossalmente, sono scar-

samente informati circa il rischio legato al fumo dai loro medici di riferimento [4,5]. Nel presente articolo sono state deliberatamente considerate e riportate anche voci bibliografiche datate di più di 10 anni, a rimarcare il fatto di quanto le evidenze scientifiche faticino a superare il muro dei luoghi comuni anche tra i medici ed il personale sanitario in genere.

Cenni epidemiologici, neurobiologici e psico-sociali

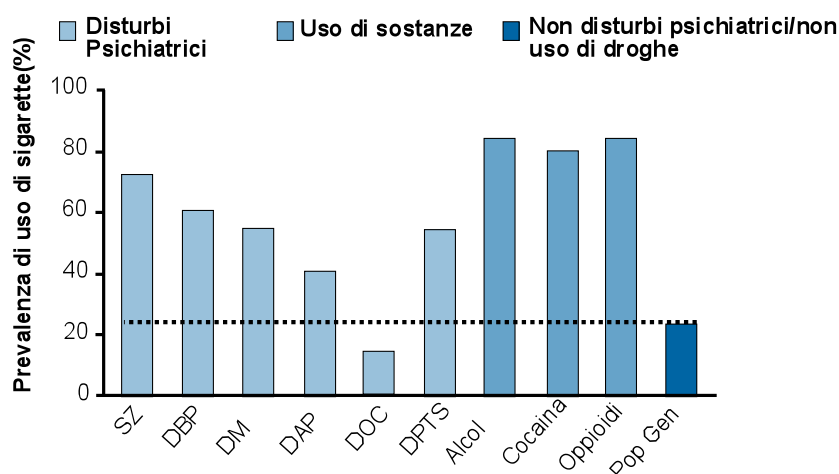
La nicotina interagisce con, si può dire, tutti i neurotrasmettitori del nostro cervello [6]. Ogni disturbo psichico, sia appartenente alla sfera dell'ansia, alla sfera dell'umore, ai disturbi di personalità o ai disturbi più francamente psicotici si correla ad una prevalenza di consumo di nicotina nettamente più alta della popolazione di riferimento (TAB1).

popolarità della sigaretta tra gli adolescenti o, perlomeno, è il movente principale tra coloro che fumano con maggior intensità [10]. La sigaretta dà, in effetti, la possibilità al fumatore di acquisire un perfetto drug control, molto più efficiente rispetto alle altre droghe; ciò significa che il fumatore, attraverso il numero, la frequenza e l'intensità delle boccate, si può autodosare perfettamente la sostanza secondo le sue esigenze psicofisiche [6]. Naturalmente il beneficio che la nicotina apporta sugli stati ansiosi, come molte tra le droghe illecite, tende a svanire nel tempo; una volta instauratasi la dipendenza la sigaretta tende a peggiorare, globalmente, gli stati d'ansia piuttosto che migliorarli. Il circolo vizioso tenderà ad essere ancor più stringente attorno a quei soggetti che iniziano a mostrare una preference per la nicotina proprio per la sua azione inizialmente ansiolitica; costoro tenderanno a fumare di più dei coetanei che lo fanno, ad esempio, per aumentare

la concentrazione, ma l'effetto della tolleranza indotto dalla nicotina porterà ad un aumento dello stato ansioso e, di riflesso, ad un aumento dell'introito nicotinic.

Sul tono dell'umore la nicotina si comporta come un vero e proprio antidepressivo tricyclico, combinando un'azione diretta sui neuromodulatori attivi nella regolazione delle varie componenti del tono affettivo (principalmente serotonina, noradrenalina e dopamina) ad una inibizione sulle monoamino-ossidasi, svolta da composti non nicotinici del fumo di sigaretta [11,12]. L'azione sul tono dell'umore esercitata dal fumo è nota e rilevante ma, è bene sottolinearlo per non creare dannosi fraintendimenti, non può in nessun modo essere considerata alla stregua di farmaco per l'emivita troppo breve della nicotina ed

Tab.1- Prevalenza per fumo di sigaretta in soggetti con disturbi psichiatrici



SZ, schizofrenia; DBP, disturbo bipolare; DM, depressione maggiore; DAP, disturbo da attacchi di panico; DOC, disturbo ossessivo-compulsivo; DPTS, disturbo post-traumatico da stress; Pop Gen, popolazione generale.

Kalman et al. *Am J Addict*, 2005 ⁷

Dal punto di vista neurobiologico la nicotina agisce positivamente, almeno nelle fasi iniziali, sull'ansia e lo fa in modo bifasico; mentre l'effetto piacevole del fumo si ottiene ai dosaggi minori (ossia fumando lentamente), l'effetto ansiolitico si raggiunge a livelli di nicotemia superiori. Il soggetto con disturbi d'ansia tende quindi a fumare più degli altri fumatori già in età giovanile, sviluppando quindi un grado maggiore di tolleranza e di sintomi astinenziali in situazioni di astensione o carenza di nicotina. È stato da tempo dimostrato come al crescere dei livelli d'ansia aumenti in modo esponenziale la probabilità di essere fumatore. Tra gli adolescenti è soprattutto il Disturbo da Attacchi di Panico a correlare con un più alto rischio di fumare, rispetto ad altri disturbi ansiosi [8,9]. La modulazione degli stati ansiosi è una delle possibili spiegazioni della

il fenomeno della tolleranza. Può sembrare assurdo o pleonastico puntualizzare queste cose, parlando di una noxa che è causa diretta in Italia di oltre 80.000 decessi all'anno, ma è un pensiero subdolo nella mente di non pochi psichiatri [2]. Nei disturbi affettivi la nicotina non è un utile coadiuvante alle terapie in uso, non sempre efficaci, un male minore in un contesto più invalidante: è semplicemente un problema in più [13].

Più complesso il quadro nei soggetti portatori di disturbi psicotici. Tali pazienti fanno segnare prevalenze di fumo attivo tra le più elevate. Nell'ambito complesso dei disturbi mentali più severi è il Disturbo Bipolare a far rilevare una maggior prevalenza di uso di sigaretta. (TAB 2). Alcuni aspetti, nei pazienti con disturbi psichiatrici maggiori, sono legati agli aspetti più psico-sociali mentre altri sono

Tab. 2- Prevalenza e cessazione del fumo nei disturbi mentali

	Disturbi psichiatrici (%)	Fumatori attuali (%)	Fumatori lifetime (%)	Percentuale di cessazione
Non disturbi psichiatrici	50.7	22.5	39.1	42.5
Disturbi d' ansia				
Fobia sociale	12.5	35.9	54	33.4
Disturbo Post-traumatico da stress	6.4	45.3	63.3	28.4
Agorafobia	5.4	38.4	58.9	34.5
Disturbo d'ansia generalizzato	4.8	46.0	68.4	32.7
Disturbo da attacchi di panico	3.4	35.9	61.3	41.4
Disturbi affettivi				
Depressione maggiore	16.9	36.6	59.0	38.1
Distimia	6.8	37.8	60.0	37.0
Disturbo bipolare	1.6	68.8	82.5	16.6
Disturbi psicotici (non-affettivi)	0.6	49.4	67.9	27.2

Ziedonis et al, *Nicotine Tob Res*, 2008 ¹⁵

Rimuovere le barriere per promuovere la cessazione del fumo tra i pazienti psichiatrici

L'ambiente socio-sanitario che si occupa dei pazienti portatori di malattie mentali spesso è vittima di alcuni luoghi comuni, smentiti da studi scientifici già molti anni addietro (TAB.3).

Per esempio è largamente sentito come secondario il problema tabagismo rispetto alla patologia mentale, nonostante sia dimostrato ampiamente che il fumo è causa diretta di più della metà dei decessi in questi pazienti. Un altro luogo comune associa uno scarso interesse a smettere in questi pazienti. Anche se ciò è in parte dimostrabile (la maggior parte di questi soggetti ha una motivazione piuttosto bassa ad occuparsi della

strettamente correlati all'azione neurobiologica della nicotina ed alle sue interazioni farmacodinamiche.

È un fatto che il fumo venga accettato come connaturale in molti ambienti psichiatrici, spesso in deroga a precisi divieti ambientali. Il fumo viene visto spesso come attività socializzante in questi pazienti, che riconoscono una socialità più coartata e problematica. Il personale sanitario operante in ambito psichiatrico tende a fumare in proporzione maggiore rispetto ad altri ambiti. Il fumo, in realtà, rappresenta per questi pazienti una barriera per le relazioni sociali, per la convivenza comunitaria, spesso necessaria, ed un serio ostacolo all'attività lavorativa [2,14,15]. I pazienti schizofrenici spendono mediamente, negli Stati Uniti, il 27,4% del loro reddito mensile nell'acquisto di sigarette [16].

Inoltre questi pazienti fumano per ridurre gli effetti negativi delle terapie neurolettiche, specialmente con neurolettici tipici. Fumando il paziente tende a riequilibrare il tono dopaminergico e colinergico con ricadute positive sull'attenzione e la concentrazione, oltre che sull'ansia e sul tono dell'umore [14,15]. È stato dimostrato, a questo proposito, un netto calo del fumo in uno studio dove si procedeva alla sospensione dell'alooperidolo in una coorte di pazienti psicotici [17]. Un altro aspetto poco valutato è l'interferenza che gli idrocarburi policiclici (quindi non la nicotina, in questo caso) contenuti nel fumo di sigaretta hanno con molti farmaci comunemente in uso nei pazienti psichiatrici. Tali composti agiscono come induttori metabolici a livello del citocromo CYP1A2 riducendo l'azione farmacologica di aloperidolo, clorpromazina, diazepam, flufenazina, olanzapina. Altre sostanze coinvolte dall'azione farmacodinamica del fumo sono gli antidepressivi tricyclici, la fluvoxamina, il trazodone e la duloxetina [18].

propria dipendenza tabagica e solitamente si trova in pre-contemplazione e contemplazione, i livelli più bassi della ruota della motivazione di Prochaska e Di Clemente) [4], questo è dovuto al fatto che il tabagismo viene accettato come "connaturale" all'ambiente dove vive la gran parte di questi pazienti, non è diagnosticato come grave problema di salute ed economico. Spesso i pazienti non vengono nemmeno informati sul danno che il fumo provoca loro a livello cardiocircolatorio ritenendo, erroneamente, di evitare un inutile conflitto in soggetti che non hanno alcuna possibilità di smettere [2]. È noto che un cambiamento comportamentale si instaura quando coesistono 3 fattori fondamentali: la frattura interiore, l'autoefficacia e la disponibilità ad entrare in azione in un tempo determinato e prossimo [19,20]. La frattura interiore, secondo Festinger, è la dolorosa percezione delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione, ed importanti necessità di salute, aspirazioni, valori personali e mete ideali. L'autoefficacia, nella definizione di Bandura, è la fiducia nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito, di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato [21,22].

Nei soggetti fragili, con importanti comorbidità come la malattia mentale, è soprattutto l'autoefficacia che va ricercata e sostenuta, in quanto particolarmente scarsa in questi pazienti. È altresì doveroso informare correttamente del problema fumo e malattie correlate per suscitare nei pazienti un giusto livello di conflittualità interiore, senza la quale non c'è stimolo al cambiamento [22].

Quando viene adeguatamente sostenuta l'autoefficacia, altrimenti particolarmente bassa, si è ampiamente dimostrato che questi pazienti esprimono interesse vivo per lo smettere e livelli di cessazione incoraggianti [2,4,14]. È inoltre importante sottolineare che smettere di fumare non comporta un peggioramento della salute mentale dei

Tab. 3 - I 7 luoghi comuni da sfatare sulla cessazione del fumo nei malati mentali (MM)

1-Smettere non è prioritario	a-Il fumo è la causa di morte nella metà di questi soggetti
2-I MM non possono né vogliono smettere	b-I MM esprimono interesse e riescono a smettere se sostenuti
3-Smettere vuol dire peggiorare dal punto di vista psichico	c-Se adeguatamente sostenuti e trattati è vero proprio il contrario
4-Il fumo è socialità per i MM	d-Limita le possibilità di lavoro ed assorbe molte risorse finanziarie
5-I MM senza sigarette diventano aggressivi ed intrattabili	e-Non è dimostrabile se il trattamento è adeguato
6-I MM tendono a fumare anche durante il trattamento	f-Non vi è alcun rischio in ciò e le cure posso essere protratte
7-I trattamenti per smettere di fumare non funzionano nei MM	g-Per ridurre la mortalità il <i>number to treat</i> è di 9, un livello accettabile come altre patologie croniche

pazienti psicotici se il trattamento avviene in modo accorto ed adeguato. Naturalmente il trattamento di cessazione dovrà tener conto della fragilità di questi pazienti ed è normale prevedere trattamenti farmacologici più aggressivi, lunghi, con visite ben più frequenti di quelle riservate ai fumatori della popolazione generale.

Come assistere al meglio i pazienti psichiatrici nello smettere di fumare: interventi psico-sociali.

Smettere di fumare è un processo, non un evento e quindi gli interventi di ampio respiro, soprattutto se effettuati da personale che ha un rapporto di fiducia coi pazienti, danno i migliori risultati senza le tanto temute complicazioni in termini di ricaduta in fasi acute di malattia psichica, aumento dell'aggressività, ostilità ecc [23].

Il trattamento di cessazione, almeno per i casi più impegnati, andrebbe pensato come una sorta di *open-end treatment*, peraltro tipico dei trattamenti psichiatrici, evitando un'eccessiva focalizzazione prematura sull'astinenza, procedendo per gradi e rimandando continui rinforzi sui progressi ottenuti, al fine di sostenere costantemente l'autoefficacia del paziente. In questa visione non si dovrebbe pensare al dualismo fumo-astensione completa, ma ad una scala graduale con una serie di risultati parziali. Questo monitoraggio deve efficacemente prevedere l'uso di un misuratore dell'ossido di carbonio espirato, al fine di riportare gli eventuali progressi e per fare chiarezza [2,4]. Oltre alla terapia farmacologica si sono dimostrati efficaci alcuni interventi specifici, quali il colloquio motivazionale, utile a tenere basse le resistenze ed a lavorare su frattura interiore ed autoefficacia, la *mindfulness* (una sorta di meditazione che insegna al paziente a concentrarsi sull'attimo e a semplificare i pensieri riducendo così lo stress), la terapia cognitivo-comportamentale, utile soprattutto nella gestione del *craving*, il *contingency management*, counselling specifico che cerca di far percepire al paziente,

in termini molto concreti, gli aspetti positivi e vantaggiosi della cessazione; utili anche gli esercizi fisici come l'attività ginnica di tipo aerobico [24-26]. A nostro avviso è importante avere una visione globale di questi interventi di counselling e procedere ad una integrazione sequenziale piuttosto che effettuare una scelta specifica. Nella prima fase del processo di cessazione è molto utile, come abbiamo visto, il colloquio motivazionale. La sua utilità tende a decrescere nel corso delle settimane quando diviene più utile il *contingency management*, particolarmente utile e semplice in questi pazienti che, fumando spesso in modo massivo, toccano facilmente con mano i progressi in termini di respiro, risparmio, prestigio nei confronti dei conviventi e, non di rado, la malcelata invidia degli operatori che continuano a fumare. Sul lungo periodo l'effetto

più consistente e duraturo si ha con la terapia cognitivo-comportamentale, dove alcune abilità apprese sembrano mantenersi nel tempo [26].

Farmacoterapia

Il menu di opzioni per trovare un adeguato trattamento di supporto allo smettere nei soggetti con malattia mentale è lo stesso di quanto proposto per i fumatori della popolazione generale e prevede 7 farmaci di prima linea (6 in Italia), in alcuni casi associabili efficacemente tra loro [3]. Questi farmaci hanno ampiamente dimostrato efficacia e, generalmente, sono ben tollerati anche nei pazienti psichiatrici [2-4]. L'atteggiamento più corretto, nei confronti della tipologia di pazienti considerata, è la flessibilità, accompagnata da un'intensa attività di supporto al fine di ottimizzare dosi e tempi della farmacoterapia e sorvegliare su possibili usi impropri o inefficaci.

Nicotine replacement therapy (NRT). La NRT comprende vari tipi di cerotti, le gomme, le compresse sublinguali e gli inhaler alla nicotina, mentre gli *spray* nasali ed orali non sono in commercio in Italia. I pazienti psichiatrici presentano generalmente livelli molto elevati di nicotina-dipendenza, facilmente dimostrabili con il test di *Fagerstrom* (FTND) [27]. Sono quindi indicati alti livelli di nicotina sostitutiva per coprire in maniera adeguata la crisi d'astinenza. La scelta che pare dare migliori risultati è la terapia combinata che prevede solitamente un cerotto come base su cui il paziente associa, secondo bisogno o preferenze, le gomme oppure le compresse sublinguali o gli *inhaler* [3,28]. Anche l'inizio di terapia prevede un approccio più flessibile rispetto ai fumatori tradizionali, dove si consiglia in genere di smettere contemporaneamente all'assunzione della terapia NRT. Nel contesto specifico è spesso da considerare un uso del cerotto allo scopo di ridurre l'uso delle sigarette fumate, avvicinando il paziente gradualmente alla cessazione. La durata del trattamento può essere quella solitamente raccomandata di 10 settimane ma è bene con-

siderare spesso tempi più lunghi, anche se i costi di questi trattamenti incidono in modo sensibile su soggetti economicamente deboli. Il trattamento farmacologico tende a raddoppiare o triplicare le possibilità di successo [28].

Bupropione. Questo farmaco ad azione antidepressiva (è un inibitore della ricaptazione della dopamina e, in modo contenuto, della noradrenalina; inoltre ha un modico effetto antagonista sul recettore nicotinico) in Italia non ha avuto la considerazione ed il successo che ha trovato negli Stati Uniti. Può essere usato con successo ed in modo sicuro nei pazienti con malattia mentale, sia da solo che in associazione con NRT. Il farmaco riduce significativamente il *craving* per nicotina e riduce la gratificazione al fumo. È provvisto di un apprezzato effetto anoressizzante, utile in pazienti che spesso assumono farmaci fortemente oressizzanti. In particolare negli schizofrenici il farmaco ha dato buoni risultati in termini di cessazione [14,15]. L'uso del bupropione non è stato mai associato a rischi significativi di psicosi [29,30]. Esiste un rischio di *switch* maniacale nei pazienti con disturbo affettivo ma è da rimarcare che il bupropione è considerato l'antidepressivo meno gravato da questo rischio, se confrontato con altri antidepressivi [31,32]. Un altro aspetto da considerare (almeno nel contesto italiano e senza entrare nel contenzioso, spesso capzioso, delle modalità di rilascio "immediato", "prolungato" ed "esteso" del farmaco) è la possibilità di prescrivere il farmaco in regime SSN anche se, paradossalmente, l'indicazione per smettere di fumare non è riportata sul foglietto illustrativo del bupropione a rilascio esteso, il prodotto ammesso alla mutuabilità. È bene effettuare un attento monitoraggio della pressione arteriosa ma, ancor più importante, è l'anamnesi del paziente, per escludere dalla somministrazione tutti i pazienti con storia di eventi convulsivi. Il bupropione ha dimostrato un marcato effetto pro-convulsivante (con una prevalenza tra 0,1-0,4%) associato però ai prodotti a rilascio immediato ed a dosaggi di 450 mg/die, preparati e dosaggi solitamente non impiegati nel tabagismo [33]. Una recente review ha escluso un aumento di tendenza suicidaria rispetto al placebo nei pazienti che hanno assunto, per qualsiasi motivo, bupropione [34].

Vareniclina. Nei fumatori appartenenti alla popolazione generale la vareniclina, un agonista parziale dei recettori alfa4-beta2 della nicotina, ha mostrato i più alti livelli di efficacia, se confrontato singolarmente con le altre *first-line drugs*. Ai dosaggi raccomandati (2 mg/die per 12 settimane) il farmaco ha triplicato la probabilità di essere astinenti dal fumo a 6 mesi [35]. Nei pazienti con malattia mentale l'uso del farmaco è stato accolto con cautela poiché associato ad alcuni casi aneddotici di suicidio. Anche se studi specifici hanno ridimensionato questo rischio dimostrando, nei fumatori della popolazione generale, che gli effetti collaterali di tipo depressivo (eventi suicidari compresi) del farmaco erano sovrapponibili al placebo [36], ed altri dimostrando l'efficacia e la sicurezza del farmaco anche negli specifici contesti psichiatrici [37], il rischio depressivo e, segnatamente, autosoppressivo è stato rilevato come rea-

le. In uno studio di metanalisi svolto su un'ampia casistica (circa 80.000 soggetti) raccolta non da studi randomizzati-controllati, che hanno il *bias* di escludere generalmente i pazienti con depressione, bensì dalle segnalazioni provenienti dalla pratica clinica di base tra i pazienti che assumevano un trattamento per smettere di fumare il trattamento con vareniclina faceva segnare un numero doppio di casi di suicidio/tentato suicidio (fatale solo nell'1,2 % dei casi) rispetto ad altri trattamenti come bupropione ed NRT. Le conclusioni degli AA dello studio era che non vi erano sufficienti evidenze per scoraggiare all'uso del farmaco [38]. Ad ogni modo gli AA che hanno studiato i casi provenienti dalla ricerca di base, quelli che hanno una più alta probabilità di comprendere anche casi psichiatrici, raccomandano cautela ed un attento *follow-up* nell'uso di vareniclina nei casi che hanno anamnesticamente storie significative di depressione con o meno atti autolesivi e nei pazienti con malattia mentale in genere [38,39]. Va inoltre segnalato un documentato rischio di comportamenti aggressivi e violenti associati all'uso di vareniclina, anche al di fuori di specifiche popolazioni psichiatriche [40].

Considerazioni specifiche differenziali.

Pazienti schizofrenici e con altri disturbi psicotici. Questi sono probabilmente i soggetti che meno ricevono informazioni riguardo la dannosità del fumo, meno raccomandazioni e sostegno a smettere. Vi sono forti evidenze scientifiche che la cessazione del fumo non peggiora la malattia di base, potendo invece portare a sensibili miglioramenti sotto molti punti di vista: cognitivi, psichici, farmacologici, lavorativi ed economici [2].

I trattamenti di cessazione devono considerare le limitate capacità cognitive di questi pazienti, prevedendo necessariamente tempi e copertura farmacologica adeguatamente lunghi con un arrivo graduale alla cessazione. Probabilmente i trattamenti NRT combinati e l'associazione NRT e bupropione sono quelli che hanno mostrato maggiori evidenze di successo [2,29]. Va sottolineata ancora una volta l'importanza del sostegno con counselling adeguati.

Pazienti con disturbi ansiosi. Come già discusso vi è una forte associazione tra fumo e tutti i disturbi legati alla sfera ansiosa, in particolare il Disturbo Post-Traumatico da Stress ed il Disturbo da Attacchi di Panico. Questi pazienti sperimentano una sintomatologia astinenziale molto più violenta di altre tipologie di pazienti [41]. Anche se i livelli d'ansia tendono a decrescere dopo 2-3 settimane dalla cessazione, il rischio di una ricaduta già nei primi giorni di astinenza è molto elevato in questi pazienti. Vareniclina e una terapia combinata NRT sono probabilmente i trattamenti farmacologici di riferimento per i pazienti con disturbi d'ansia, ma la rassicurazione di un sostegno psicologico tramite colloqui diretti, gruppi di sostegno, hot-line telefoniche e l'uso della rete possono aggiungere molte probabilità di successo. Un consiglio aggiuntivo, soprattutto per questi pazienti, è la risorsa di un *buddy*, inteso

come la spalla di sostegno: una persona fidata e disponibile ad essere chiamata nei momenti di crisi più intensa.

Pazienti con depressione ed altri disturbi della sfera dell'umore. Il legame che unisce il fumo ai disturbi depressivi è complesso. A fronte di studi che non segnalano significative ricadute durante la cessazione nei pazienti con anamnesi positiva per disturbi affettivi, altri evidenziano un aumentato rischio di episodi maniacali e/o depressivi ricorrenti nei 6 mesi successivi all'abbandono del fumo [13,42-44]. Un altro aspetto da tenere presente è il problema dell'incremento ponderale, frequente in questo tipo di pazienti e frequente causa di ricaduta [45]. Abbiamo già discusso dell'ideazione suicidaria. I fumatori hanno un rischio di 3-4 volte maggiore, indipendentemente dal trattamento, di atti auto lesivi rispetto alla popolazione generale [46]. Un'ideazione di tipo suicidario non deve imporre, di per sé, un abbandono del tentativo di smettere. Semplicemente deve imporre un livello adeguato di terapia (NRT combinata *in primis*, evitando in questi casi la vareniclina), un *follow-up* attento ed assiduo, dove il pensiero autosoppressivo viene ascoltato e valutato con attenzione (mai eccessivamente sdrammatizzato o banalizzato, per non innescare comportamenti dimostrativi e di sfida), con un collegamento con le reti di salute mentale già attive. Una terapia antidepressiva profilattica specifica può essere utile un paio di settimane prima di iniziare un percorso di cessazione in casi con storia di eventi depressivi gravi [2,13] come pure un trattamento con bupropione o nortriptilina (antidepressivo con potenzialità antifumo, riconosciuto come farmaco di seconda linea) può trovare indicazione elettive [3]. Il bupropione, essendo un inibitore selettivo della ricaptazione della dopamina, è utile anche come *augmentation* farmacologica di preesistenti terapie con antidepressivi serotoninergici, coi quali interagisce bene e con scarsi effetti avversi [32]. Ricordiamo l'utilità di valutare routinariamente con semplici test validati lo stato d'umore ed i livelli d'ansia basali in tutti i fumatori che chiedono un supporto nello smettere al momento di pianificare un intervento di cessazione [2,13,20]. Una particolare attenzione va portata agli aspetti depressivi, spesso presenti ma sotto-soglia, nei soggetti fumatori con infarto del miocardio o ictus recenti [47]: tutte le terapie di prima linea possono essere efficacemente impiegate anche se sul profilo di sicurezza della vareniclina nel paziente cardiopatico sono stati sollevati, recentemente, alcuni dubbi [48].

Conclusioni

Smettere di fumare non è affatto facile e per alcuni fumatori può essere veramente difficile, specialmente in mancanza di supporto. La maggioranza dei fumatori, con disturbi psichiatrici o meno, vorrebbe smettere ma si vede frenata dal farlo per il timore degli effetti negativi legati all'astinenza. Questo aspetto, frequente in tutti i fumatori, diventa cruciale in presenza di qualsiasi comorbidità psichiatrica. Gli aspetti astinenziali gravi non trattati sono correlati con probabilità di successo minime [3]. È paradossale come i soggetti con comorbidità psichica, in assoluto tra i più forti fumatori sia come prevalenza che come consumo pro-capite di sigarette, ricevano in assoluto meno informazioni sui rischi fumo-correlati, meno consigli su come smettere e meno supporto nel farlo. L'auto-efficacia è un punto cruciale in questi pazienti e quindi l'individuazione di un adeguato counselling ha un ruolo centrale ma deve essere necessariamente associato ad un trattamento farmacologico adeguato nei tempi, nelle dosi ed applicato al tipo di psicopatologia. Trattamenti dimostratisi validi per ridurre i sintomi astinenziali ed aumentare le probabilità di successo sono la vareniclina, il bupropione e la NRT. Anche nei soggetti con malattie mentali questi farmaci sono stati riconosciuti validi e ben tollerati.

Smettere di fumare non è stato correlato significativamente ad un peggioramento della malattia di base, tranne forse nei disturbi affettivi dove però esistono soluzioni praticabili ed efficaci. Al contrario, smettere di fumare può portare netti miglioramenti psichici in questi soggetti, sia dal punto di vista propriamente sanitario che sociale. Tali interventi si sono dimostrati efficaci anche in termini di costo-beneficio e possono avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati.

Esiste un evidente e storico ostacolo rappresentato dagli operatori sanitari che si occupano di disagio psichico, spesso loro stessi fumatori, che ritengono il fumo un problema minore e temono ripercussioni sulla gestibilità dei loro pazienti, soprattutto per un aumento di ostilità ed aggressività. Vi è inoltre un diffuso senso di sfiducia nelle possibilità che i pazienti, soprattutto se affetti da psicosi, possano desiderare di smettere di fumare.

Questo lavoro è soprattutto rivolto alla loro attenzione. ■

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

BIBLIOGRAFIA

1. Single E, Robson L, Rehm J, Xie X. Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *Am J Public Health* 1999; 89:385-390.
2. Els C & Kunyk D. Management of Tobacco Addiction in Patients with Mental Illness. www.smokingcessationrounds.ca
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 2008.
4. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, Montoya I, Parks J, Weiss RD. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:315-39.
5. Davidson S, Judd F, Jolley D et al. Cardiovascular risk factors for people with mental illness. *Aus N Z J Psychiatry* 2004;35:196-202.
6. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. *Respiration* 2002; 69:7-11.
7. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with

psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict.* 2005;14:106-23.

8. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000;284:2348-51.

9. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health.* 1998;88:1518-22.

10. McKenzie M, Olsson CA, Jorm AF, Romaniuk H, Patton GC. Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction.* 2010;105:1652-9.

11. Klimek V, Zhu MY, Dilley G, Konick L, Overholser JC, Meltzer HY, May WL, Stockmeier CA, Ordway GA. Effects of long-term cigarette smoking on the human locus coeruleus. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:821-7.

12. Fowler JS, Logan J, Wang GJ, Volkow ND et al. Low monoamine oxidase B in peripheral organs in smokers. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003;100:11600-5.

13. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Mezzelani P, Lechi A. Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment. *Intern Emerg Med* 2007; 2:196-201

14. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;1067-83.

15. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008;10:1691-715.

16. Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control* 2004;13:206.

17. McEvoy JP, Freudenreich O, Levin ED, Rose JE. Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 1995;119:124-6.

18. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications. A pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001;15:469-494.

19. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 1996;21:835-42.

20. Lugoboni F, Mezzelani P, Quaglio GL, Pajusco B, Casari R, Lechi A. Migliorare la compliance in Medicina Interna: il Colloquio Motivazionale. *Annali Italiani di Medicina Interna* 2004; 3:155-62.

21. Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol*

Rev 1977; 84: 191-215.

22. Lugoboni F. Migliorare la compliance in medicina: il colloquio motivazionale. SEED, Torino 2008.

23. Addington J, el-Guebaly N, Campbell W, Hoggins DC, Addington D et al. Smoking cessation treatment for persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 155:974-976.

24. Mosti A. Appunti sull'approccio motivazionale. pp. 111-117 in: "Il trattamento residenziale breve nelle dipendenze da alcol e cocaina", a cura di Ina Hinnenthal e Mauro Cibir. SEED, Torino 2011.

25. Tomas M e Carniato L. La mindfulness e la prevenzione della ricaduta nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze. pp. 89-101 in: "Il trattamento residenziale breve nelle dipendenze da alcol e cocaina", a cura di Ina Hinnenthal e Mauro Cibir. SEED, Torino 2011.

26. Manera E. La prevenzione della ricaduta e l'analisi funzionale. pp. 103-109 in: "Il trattamento residenziale breve nelle dipendenze da alcol e cocaina", a cura di Ina Hinnenthal e Mauro Cibir. SEED, Torino 2011.

27. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A. Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. *Annali Italiani di Medicina Interna* 2003; 28:73-82.

28. Els C. What is the role of pharmacotherapy in tobacco cessation in patients with schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci* 2004;29:240.

29. Evins AE, Cather C, Deckersbach T et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained released for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:318-325.

30. Selby P. Psychopharmacology of smoking cessation in patients with mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2006;31:360.

31. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T et al. Risk of switch in mood polarity to hypomania or mania in patients with bipolar depression during acute and continuation trials of venlafaxine, sertraline and bupropion as adjuncts to mood stabilizers. *Am J Psychiatry* 2006;163:232-239.

32. Dhillon S, Yang LPH, Curran M. Bupropion. A review of its use in the management of major depressive disorder. *Drugs* 2008;68:653-689.

33. Beyens MN, Guy C, Mounier G, Laporte S, Ollagnier M. Serious adverse reactions of bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004. *Drug Saf.* 2008;31(11):1017-26.

34. Wightman DS, Foster VJ, Krishen A, Richard NE, Modell JG. Meta-Analysis of suicidality in placebo-controlled clinical trials of adults taking bupropion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010;12:PCC.09m00894.

35. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotinic

receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD006103.

36. Tonstad S, Davies S, Flammer M, Russ C, Hughes J. Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis. *Drug Saf* 2010;33:289-301.

37. Stapleton J, Watson L, Spirling LI et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction* 2008; 103:146-154.

38. Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 2009;339:b3805.

39. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SAW. Safety and drug utilization profile of varenicline as used in general practice in England. *Drug Saf* 2009;32:499-507.

40. Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Thoughts and acts of aggression/violence toward others reported in association with varenicline. *Ann Pharmacother* 2010; 44:1389-94.

41. Madden PA, Bucholz KK, Dinwiddie SH et al. Nicotine withdrawal in women. *Addiction.* 1997;92:889-902.

42. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE. Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546-9.

43. Japuntich SJ, Smith SS, Jorenby DE, Piper ME, Fiore MC, Baker TB. Depression predicts smoking early but not late in a quit attempt. *Nicotine Tob Res* 2007; 9:677-86.

44. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Comparative Effectiveness of Smoking Cessation Treatments for Patients With Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2010 Nov.

45. Killen JD, Fortmann SP, Kramer HC, Varady AN, Davis L, Newman B. Interactive effects of depression symptoms, nicotine dependence and weight change on late smoking relapse. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 1060-7.

46. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health.* 2000;90:768-73.

47. Lugoboni F, Quaglio GL, Mezzelani P, Lechi A. La depressione nel paziente cardiovascolare. *Ann It Med Int* 2005; 20:224-32.

48. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011; Jul 4.[Epub ahead of print].



VII Congresso Nazionale SITAB (Milano 17-18 ottobre 2011)

La tabaccologia italiana a convegno

Il 17-18 ottobre 2011 si è tenuto a Milano, presso l'Hotel Hilton Milan, il VII Congresso Nazionale di Tabaccologia organizzato dalla Società Italiana di Tabaccologia-SITAB dal titolo

“Tabagismo: la pratica clinica, la rete, i progetti”, al quale hanno partecipato più di 150 rappresentanti di diverse categorie professionali: pneumologi, cardiologi, psicologi e psichiatri, tossicologi e farmacologi. Il meeting ha visto l'intervento di numerosi qualificati esponenti della tabaccologia nazionale e internazionale.

La lezione magistrale è stata tenuta da Robert West, professore di Psicologia della Salute e Direttore degli Studi di Tabaccologia presso la London's Global University. Il dott West, in una esaustiva e interessantissima relazione, ha approfondito i temi del trattamento standard del tabagismo e delle linee guida internazionali, riscuotendo grande apprezzamento. Si sono poi succeduti esperti che hanno trattato l'epidemiologia del fumo, la prevenzione, i trattamenti farmacologici, gli strumenti



di tabaccologia, e i cui abstract vengono pubblicati in questo numero di Tabaccologia. Nel pomeriggio è stato possibile scegliere tra due moduli formativi paralleli: a) il trattamento del tabagismo in vari ambiti specialistici e b) *fare progetti*, una sessione indirizzata alle metodologie per lo sviluppo di progetti di interventi per la smoking cessation in settings diversi.

Al termine della prima giornata di lavoro, si è tenuta l'Assemblea dei soci SITAB. Il Presidente Biagio Tinghino ha relazionato sulle attività della Società nei tre anni di mandato, ha illustrato i progetti realizzati dalla Società e la situazione economica attuale. L'assemblea

ha espresso poi il proprio voto eleggendo il nuovo Consiglio Direttivo, così composto:

- Biagio Tinghino (Monza)
- Massimo Baraldo (Udine)
- Fabio Lugoboni (Verona)
- Enzo Zagà (Bologna)
- Fabio Beatrice (Torino)
- Nolita Pulerà (Livorno)
- Francesca Zucchetta (Monza)
- Giacomo Mangiaracina (Roma)
- Maria Sofia Cattaruzza (Roma)

Conclusa l'Assemblea dei soci, il nuovo Consiglio si è insediato nominando il Presidente nella figura del dott Biagio Tinghino, al suo secondo mandato.

(Nolita Pulerà)



per il trattamento individuale, quale il counselling, ed è stato affrontato il problema dei casi difficili e delle polidipendenze. Il Presidente della SITAB Biagio Tinghino ha relazionato sulla necessità della smoking cessation in Italia e della Rete dei Centri Antifumo che ruota intorno alla Società Italiana di Tabaccologia. Nella seconda giornata ha destato molto interesse la sessione delle comunicazioni orali su diversi argomenti



Report da Milano 28 novembre 2011: “Non fumarti la vita” Formigoni annuncia: in dirittura d’arrivo il progetto con la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e i farmacisti



“Il fumo di sigaretta è la prima causa di morte in Occidente e la nostra regione è impegnata nel promuovere il trattamento della dipendenza tabagica, anche attraverso i Centri per il Trattamento del Tabagismo”. Così Roberto Formigoni, governatore della Lombardia, rilancia l’interesse sui trattamenti di smoking cessation durante il convegno “Non fumarti la vita” che si è tenuto nella sede della Regione e che ha proposto un match tra tecnici, politici, portatori di interesse, prendendo spunto dalla proposta di legge dei senatori Marino e Tomassini, che hanno presentato l’avanzamento dei lavori presso la relativa commissione parlamentare.

Fra l’altro, il presidente ha dato l’annuncio della prossima firma dell’accordo tra Regione, SITAB e i farmacisti, rappresentati dall’Ordine, ma anche dalle sigle di

settore (Federfarma, Assofarma). Il progetto, alla cui formulazione ha partecipato il presidente della Società Italiana di Tabaccologia, Biagio Tinghino, è in attesa di un ultimo passaggio formale e vede le farmacie al centro dell’attenzione, per l’erogazione di servizi ai cittadini, orientamento verso sani stili di vita e minimal advice antitabagico.

Determinato anche l’intervento di Ignazio Marino che ha detto di essere fiducioso in una conclusione abbastanza rapida dell’iter della legge che innalzerà il divieto di acquisto delle sigarette a 18 anni e proporrà la costituzione di un fondo per la prevenzione e la cura del tabagismo, derivato da una parte delle accise sui prodotti del tabacco. Fra le altre proposte, quella di inserire un bugiardino nel pacchetto di sigarette, indicante la lista dei danni prodotti dal fumo. Il senatore Tomassini non ha usato mezze parole per denunciare la “conflittualità schizofrenica” dello Stato che ricava enormi somme dalle tasse sulle sigarette e allo stesso tempo ha il dovere di sostenere i costi legati alle malattie fumo-correlate.

Biagio Tinghino ha espresso il pieno sostegno della SITAB al disegno di legge, come peraltro aveva fatto in Commissione Sanità del Senato. “Ma è importante – ha dichiarato durante il suo intervento – che l’incremento delle accise sia identificato come tassa di scopo e come tale sia dichiarato ai fumatori, che quantomeno sarebbero consapevoli di sostenere coi loro soldi prevenzione e cure efficaci”.

Tra le proposte ribadite dalla Società Italiana di Tabaccologia l’inserimento del numero verde per il fumo (dell’Istituto Superiore di Sanità) sui pacchetti, il rientro delle prestazioni per i fumatori tra i LEA, il consolidamento istituzionale dei Centri per il Trattamento del Tabagismo.

La politica sanitaria su stili di vita e tabagismo è stata presentata dalla Dott.ssa Maria Gramegna, responsabile dell’UO Governo della Prevenzione della regione Lombardia, con un accenno particolare alla integrazione delle varie aree di attività e alla governante della sostenibilità degli interventi.

L’impatto economico delle patologie fumo-correlate è stato descritto dal prof. Mantovani, mentre esperti del settore (Roberto Boffi, Silvio Klugmann, Sefano Centanni) hanno fatto il punto della situazione sui trattamenti, sui rischi cardiovascolari e pneumologici. Hanno partecipato anche la senatrice Rizzotti, l’onorevole Molteni e l’Assessore Bresciani.

(Gabriella Esposto)



ADERISCI ALLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

SITAB

presidenza@tabaccologia.it

www.tabaccologia.it



Lo sciopero del fumo (1847-48) Patriottismo a prova di astinenza

Come abbiamo raccontato su Tabaccologia 3/2010, verso la fine del dicembre 1847, si svolse a Milano e in Lombardia, un'opera di propaganda a favore dell'astensione dal fumo e dal gioco del lotto, monopoli imperiali, allo scopo di boicottare l'economia dell'impero asburgico. Ferventi patrioti, fumatori e non, animarono questo sciopero del fumo e del gioco del lotto non con senza sacrifici personali. Soprattutto per i fumatori, i quali, per quanto animati da ferrei principi patriottici, dovettero combattere una battaglia psicofisica da astinenza da fumo di cui si sottovaluta spesso la portata. Casualmente ci siamo imbattuti nella testimonianza di un patriota fumatore, Giuseppe Augusto Cesana (1821-1903), valente giornalista e patriota combattente, che partecipò ai moti dello sciopero del fumo del 1847-48 che precedettero le gloriose cinque giornate di Milano di qualche mese dopo (*Ricordi di un giornalista (1821-1851)* di G.A. Cesana, Milano, Bortolotti Di Giuseppe Prato ed. 1890) che trovò il modo di "non mancare ai doveri di buon italiano e di nipote ossequiente". Il pezzo si intitola **"Vigilia di rivoluzione – Del fumare in segreto"**:

"Un bel giorno di dicembre (1847) incominciò a correre la voce che non si dovesse più fumare, né usare tabacco da naso, né giocare al lotto. Si era calcolato, da chi era in grado di sapere le cose, che nella sola Lombardia la finanza imperiale dallo spaccio dei tabacchi ritraeva un beneficio netto, annuo, di circa cinque milioni di lire italiane, e oltre a otto milioni dal giuoco del lotto. Era quindi atto di patriottismo negare quei tredici o quattordici milioni al rapace straniero che speculava sulle nostre cattive usanze e sulle nostre debolezze. E per meglio incoraggiare i cittadini all'astensione, si citava l'esempio degli Americani del Nord che prima della guerra dell'Indipendenza rinunziarono all'uso del thè per non pagarne la gabella all'Inghilterra dominatrice.

*Da principio si dubitò che questa dimostrazione potesse dare un risultato pratico, tanto pareva cosa improbabile, per non dire impossibile, rinunciare ad abitudini talmente inveterate da somigliare a bisogni naturali. Ma un poco l'esempio dato dai più caldi patrioti, e un poco il timore di passare per austriacanti, fecero sì che in meno di una settimana non si vide più nessuno fumare per le vie, nei caffè, o in altri pubblici ritrovi. Ad ogni passo si leggeva: Abbasso i sigari! Spia chi fuma! Morte a chi gioca al lotto! E quasi ciò non bastasse, si cominciò anche ad insultare quei pochissimi venuti dal di fuori, che, o ignorando il divieto, o non curandolo, si lasciavano sorprendere in flagrante; tanto che sullo scorcio del dicembre e tabacca e prenditori del lotto avrebbero potuto chiudere bottega. **Solo chi è fumatore ostinato, o tabaccone, e chi è preso dalla passione del lotto, può comprendere e misurare tutta la grandezza del sacrificio che noi ci imponevamo allora per spirito di ribellione all'Austria.** Ma pochi, io credo, ebbero a soffrire al pari di me nei primi giorni di quella doppia astensione; e ve ne spiego il perché. Un mio parente che dimorava a Luino mi aveva regalato alcune centinaia di sigari svizzeri della fabbrica di Brissago [...]. In*

*pubblico non dovevo fumare, in casa non potevo perché mio zio preposto [ndr: curato], che aborrisce il tabacco, me lo aveva assolutamente proibito. Un tale aborrimiento era senz'altro una esagerazione in lui, ma io non gli avrei disobbedito per tutto l'oro del mondo; [...]. Non potendo quindi far meglio, mi dovetti rassegnare a fumare la notte, nel segreto della mia camera, quando tutta la famiglia era coricata. **Ma quanto erano lunghe quelle giornate! Non finivano mai!** E lo zio non si risolveva mai ad andare a letto, preferendo trattenersi con me a parlare di politica!*

*A questo punto il nostro eroe, modello Robinson Crusoe, s'ingegna riuscendo a trovare il modo di poter fumare in qualsiasi ora del giorno "senza mancare ai doveri di buon italiano e di nipote ossequiente". Annesso alla casa parrocchiale c'era uno stanzone in cui si custodivano arredi sacri per eventi funebri: "grandi candelabri, crocioni, drappi mortuari e pezzi di catafalco con iscrizioni ed emblemi atti a richiamare la fine che deve fare l'uomo; tutti oggetti da mettere i brividi solo a pensarci. Aggiungete che lo stanzone era scarsamente illuminato da una finestrucina fatta a lunetta, [...] da dove il sole non penetrava che d'estate; ed eravamo nel dicembre, nel nebbioso dicembre di Milano. **Per chiunque altro mortale, quel luogo sarebbe stato qualche cosa fra la tomba e la prigione; per me invece era un paradiso!** [...]. Mi mettevo a cavalcioni dell'urna, qualche volta magari mi vi stendevo sopra per il lungo come avrei fatto sopra un morbido sofà. E accendevo il mio sigaro. **Giammai fumo uscì più dolce, più soave dalle mie labbra!** Ne seguivo con voluttà gli opalini vortici e mi abbandonavo alle più deliziose meditazioni. Che belle ore ho passato là dentro per circa tre mesi, cioè fino alle cinque giornate di marzo, durante le quali ricominciò a fumare in pubblico, perché i sigari erano diventati nostri d'un tratto. Nessuno penetrò mai il mio segreto durante tutto quel tempo; i soli esseri che avrebbero potuto tradirmi furono cinque o sei grossi topi...[...].*

La polizia, che sulle prime aveva riso della nuova dimostrazione, ritenendo che i milanesi non vi si sarebbero prestati, non tardò a ricredersi davanti all'evidenza del fatto".

I ricavi dalla vendita dei tabacchi e dal gioco del lotto ebbero una caduta verticale ma "anche fatta astrazione del danno materiale, ciò che commosse e stizzì il Governo in modo straordinario fu lo spettacolo imponente, inaudito dell'unione d'intenti e della forza di propositi che offriva una intera popolazione tenuta fino ad allora in conto di frivola e leggiera".

Il Viceré "abbassandosi al livello dei più basso fra i sbirri" mandò in giro "poliziotti travestiti col sigaro in bocca per provocare il pubblico; ai poliziotti tennero poi dietro torme di soldati briachi con le sciabole sguainate". E così si consumò la tragedia del 3 gennaio quando molti cittadini furono aggrediti a sciabolate e nella confusione furono colpite anche persone estranee, con il luttuoso bilancio di 5 morti e 54 feriti. Una tragedia che "fece inorridire tutta Europa". Ciò aumentò le forti tensioni represses, a cui il popolo avrebbe dato sfogo di lì a poco con le gloriose cinque giornate di Milano (18-22 marzo 1848).

(Vincenzo Zagà)

Tabac Mail

Lettera a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it



Gent.mo Dr. Mangiaracina,
ho oggi scoperto con piacere l'esistenza del SITAB e della rivista da Lei diretta. I danni prodotti dal fumo sono un tema che mi interessa profondamente, per motivi "familiari", e per i quali ho deciso di dedicare parte del mio tempo libero nei prossimi anni. Premetto che sono un ragazzo di 23 anni con laurea breve in Scienze dell'Amministrazione e al momento studio la magistrale in Comunicazione pubblica all'Università degli Studi di Torino; sono inoltre giornalista pubblicista e consigliere comunale in un paesino di 480 anime. Mi piacerebbe molto poter supportare la causa, e farlo nel modo che mi è più affine. Ho già proposto al Consiglio Comunale di cui faccio parte la possibilità di creare dei cartelli di sensibilizzazione sui danni del fumo passivo da destinare ai più piccoli (bambini e pre-adolescenti), ed è stato votato favorevolmente all'unanimità. Purtroppo degli imprevisti hanno impedito l'immediata realizzazione, ma mi sto organizzando per portare avanti piuttosto personalmente l'iniziativa (avete per caso contatti con scuole elementari-medie che ritenete potrebbero esser interessate a un progetto didattico in tal senso per caso? Realizzazione disegni e brevi testi/messaggi sul fumo passivo. Si potrebbe collaborare nel caso).

Ma quello che sogno di poter fare è un documentario (video o libro, da valutare) che dimostri quali sono gli effetti che produce il fumo, sia in forma attiva che passiva. Non voglio però creare qualcosa di tecnico-scientifico che andrebbe a interessare solo medici e persone impegnate in campagne anti-fumo, ma vorrei utilizzare la narrazione per renderlo interessante e permettergli - si spera - un po' di diffusione e visibilità. Non so se ha avuto modo di vedere Super Size Me, film documentario che tratta il problema sociale dell'obesità con una chiave narrativa molto interessante: mi piacerebbe che il risultato finale fosse in qualche modo paragonabile a quello. Premetto anche che non lo faccio in alcun modo per ottenere profitti. A parte il fatto che facendo il Consigliere non percepisco alcun gettone di presenza, in quanto devoluti direttamente per un'adozione a distanza, il documentario (video o libro) vorrei potesse incassare qualcosa da devolvere direttamente a una Onlus che opera nel settore. Per questo Le scrivo, per chiederLe se avesse tempo e voglia di farci un pensierino e farmi sapere se ha in mente qualche idea sul filo logico che si potrebbe seguire per intrattenere una storia narrativa su questo tema, infilando in mezzo dati statistici e scientifici per dimostrare la pericolosità del fumo.

Visto che non siamo in molti in Italia a interessarci di campagne contro il tabacco, sarei felice se avesse il tempo di rispondere a questa mail per un po' di brain storming.

La ringrazio per l'attenzione e Le porgo cordiali saluti.

A. M.

RISP. OSTA

Gentile Signore,
rispondo subito. Accolgo positivamente ogni entusiasmo intorno alla tematica tabagica. La questione è che in ambito di prevenzione ci si deve muovere con obiettivi precisi e risultati attesi ben chiari. Di campagne in Italia non se ne fanno. Parlo di grandi investimenti per grandi progetti. E l'intervento sporadico nelle scuole non funziona. Quanto a un progetto di film del tipo "Supersize me" sarebbe eccellente ma richiede supporti straordinari che non abbiamo. Riusciamo a tenere in piedi la rivista perché ci lavoriamo gratuitamente. Ad ogni modo occorre un progetto ben definito che possa interessare eventuali sponsor.

Grazie comunque per il suo contributo.

Giacomo Mangiaracina

Affermazioni spudorate

L'amico e collega dr. Antonio Costantino ci avverte di un libro che sta ricevendo accoglienza (troppa) su diversi quotidiani (tra cui la Repubblica e Il Giornale) e vari siti web. Ci allega le due pagine che gli ha riservato il Quotidiano della Calabria e la sua lettera che è stata pubblicata fedelmente due giorni dopo. Concordiamo che "forse certi cialtroni non meriterebbero smentite che gli procurano ulteriore pubblicità, ma non stanchiamoci di smascherare questi cinici miserabili".

"Il Quotidiano della Domenica (NDR: Il Quotidiano della Calabria) u.s. dà molto spazio all'ultimo libro del professor Dacrema. Ovviamente non ho nulla da obiettare sui vizi privati dell'Autore e sulle coccole "effuse" da Dionesalvi nell'articolo di presentazione.





Ma credo sia doveroso allertare gli ingenui sui danni e le conseguenze che comportano certi stili di vita. Per professione da molti anni mi occupo delle conseguenze del fumo di tabacco sulla salute, per cui posso ben dire che non c'è nulla di più drammatico del vedere una persona con "la fame d'aria". Sono circa 85.000 gli italiani che ci lasciano ogni anno asfissati e sconvolti da sofferenze atroci. Dacrema continui tranquillamente a bere e fumare, ma lasci perdere affermazioni quali "Un fumatore vero lo è per sempre". Libero di essere un simpatico (o patetico) Bukowski de' noantri, non gli è consentito però di allargarsi a cattivo maestro". (<http://www.giornalettismo.com/archives/173499/fuma-mangia-e-bevi-e-la-ricetta-della-felicit/>)

N.B. Un recensore scrive che questo dandy ha insegnato alla Bocconi! Ergo, di questi tempi, non è tutto Bocconi quello che luccica.

Distinti saluti

Antonio Costantino

Medico Pneumologo - Società Italiana Tabaccologia - Calabria



Ma la legge è uguale per tutti?

Dal forum Corriere - Italians di Severgnini - domenica 12 dicembre:

"Caro Beppe, sperando che un ottimo giornalista come Gramellini non me ne voglia se "sfrutto" il suo "Buon-giorno" per scrivere queste righe, vorrei pubblicamente porre questo semplice quesito: "la legge è uguale per tutti?". Pare, dopo gli ultimi eventi politici, che così non sia. Tuttavia, senza addentrarsi nelle polemiche politiche, e semplicemente osservando una foto pubblicata da "La Stampa", la risposta più ovvia è "No". Seppur oggetto dell'articolo non fosse il Bossi adorante il dio Po, viene da chiedersi come mai a lui sia permesso fumare in un locale chiuso, pubblico, mentre il "comune" cittadino venga prima redarguito e successivamente multato. Mi fa venire in mente un passato nemmeno tanto lontano durante il quale molti medici nei corridoi degli ospedali e nei reparti fumavano, in barba al divieto, mentre ai pazienti e visitatori questo non era concesso. Per fortuna i medici non fumano più negli ospedali o comunque verrebbero ripresi dai loro stessi colleghi. Perché ai politici è permesso trasgredire?"



Francesca Coltellaro

RISPOSTA

Perché sono i nuovi signori, signorini e signorotti, oh bella. A noi è consentito applaudirli, adularli, perfino aggirarli. Criticarli, no.

Beppe Severgnini

Tabaccologia

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

**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), Fiammetta Cosci (Firenze), Mario Del Donno (Benevento), Charilaos Lygidakis (Bologna), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico italiano: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), 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 Viegli (Direttore CNR, Palermo), Lucio Casali (Pneumologia-Università di Perugia), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), Dario Olivieri (Pneumologia-Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Girolamo Sirchia (Università di Milano).

Comitato scientifico internazionale: Micheal Fiore (University of Wisconsin, Madison-USA), Mariella Debiassi (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic-Rochester USA), Richard Hurt (Mayo Clinic-Rochester USA), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Oxygene, Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA), Antignona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania).

Con il Patrocinio:

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

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

Realizzazione editoriale: Graph-x studio 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. ISSN 1970-1187 (Tabaccologia stampa)
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel mese di dicembre 2011.