

Organo Ufficiale
della Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

1
2003

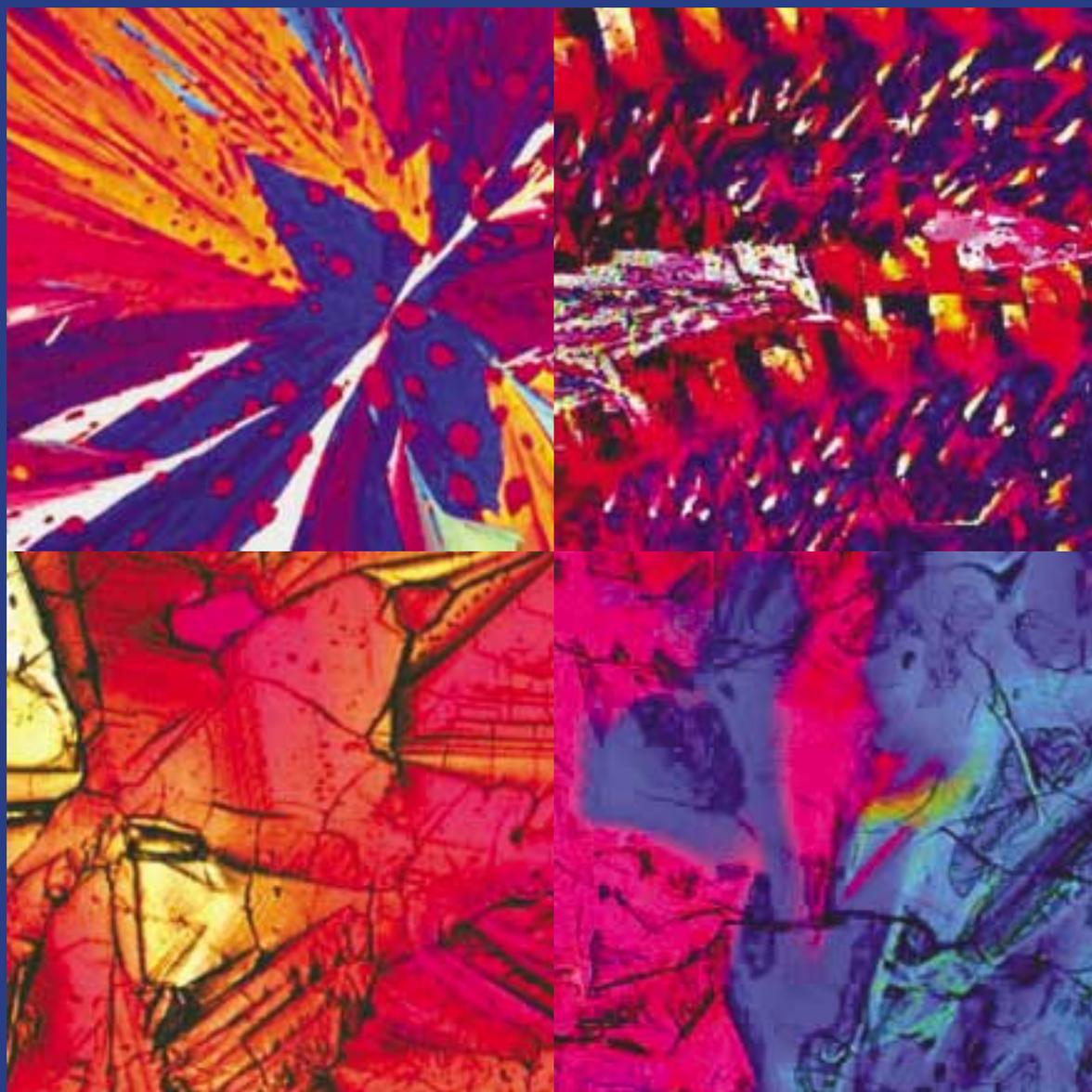
Official Journal
of the Italian Society
of Tobaccology

www.tabaccologia.org

Tabaccologia

tobaccology

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



Good morning tabaccologia • World no-tobacco day
Alleanze SITAB • I numeri del tabagismo • Genetica & tabagismo

Periodico trimestrale sped. ab. post. 70% L. 662/96 - Autor. D.C. Business - AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 77319 del 24/04/2003



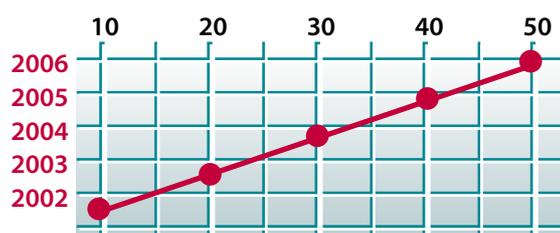
www.ecm-sanita.it
Educazione Continua in Medicina



I decreti legislativi n.502, del 30 dicembre 1992, e n.229 del 19 giugno 1999 hanno istituzionalizzato anche nel nostro paese l' **E.C.M. Educazione Continua in Medicina**.

Il programma nazionale di E.C.M. che riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica, comporta l'obbligo di acquisire da oggi al 2006 un totale di 50 crediti formativi, con un impegno che sarà via via crescente nei prossimi anni:

- 2002: 10 crediti
- 2003: 20 crediti
- 2004: 30 crediti
- 2005: 40 crediti
- 2006: 50 crediti



Questo importante programma, finalizzato all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della professionalità di ogni singolo operatore, comporta per le aziende sanitarie precisi impegni economici, organizzativi e logistici, che non per tutti sarà facile risolvere sempre e solo con le proprie risorse, e che talvolta potranno portare a risultati di eccellenza, meritevoli della massima diffusione.

www.ecm-sanita.it è una proposta rivolta ad aziende e provider accreditati ECM, per risolvere esigenze formative, migliorare il rapporto costi/benefici degli eventi formativi ECM, concretizzare e cogliere le opportunità che il programma ECM offre, contribuendo alla massima condivisione della migliori esperienze formative.

HotMinds opera da anni nel settore della comunicazione multimediale. La sua approfondita conoscenza del settore, intesa come somma di diverse ed elevate specializzazioni tecniche unite a precise competenze culturali, le consentono di operare su un piano rigorosamente interdisciplinare ottenendo risultati di elevatissima qualità. Queste capacità, unite all'utilizzo di tecnologie di ultima generazione ne fanno un valido e importante interlocutore per sviluppare nuove opportunità di apprendimento.

Al progetto E.C.M. HotMinds offre i suoi team di specialisti in E-culture, E-learning, Architettura Software e Web, Art Direction, Computer Graphics, Produzioni Video, DVD, Internet Streaming Video.



sommario

EDITORIALI

- 4 Decisi alla meta (G. Mangiaracina)
5 Tabaccologia: punto d'incontro tra le diverse competenze (G. M. Fara)

GOOD MORNING TABACCOLOGIA

- 6 Tabacco or nicotine dipendence? (K. Fagerstrom)
7 Bienvenue à Tabaccologia! (J. Le Houezec)
7 Per colmare un vuoto nell'informazione scientifica... (M. De Palma)
8 Da Nature a Tabaccologia (Tabaccologia Editorial Board)

TRIBUNA

- 9 Sirchia finalmente! (G. Invernizzi, V. Zagà)
10 Le strategie di Big Tobacco (V. Zagà, G. Mangiaracina)

INTERNATIONAL OUT-LINE

- 13 Francia: la Société de Tabacologie (R. Molimard)

PRIMO PIANO

- 16 World no-tobacco day 2003 (B. Tinghino, M. Mura)
17 Nasce la Consulta Italiana sul Tabagismo (M. Laezza)
18 Esperienze ed alleanze (B. Tinghino)

ORIGINAL ARTICLE

- 20 I numeri del tabagismo in Italia ed altri stati: un confronto critico
(C. Poropat, G. L. Montina, R. Tominz, Zagà, S. Ticali, R. Ciarfeo Purich)

REVIEWS

- 29 Genetica & tabagismo (C. Chiamulera)
33 Efficacia della prevenzione del tabagismo (B. Tinghino)

37 ABSTRACT & COMMENTARY le ultime dalla ricerca

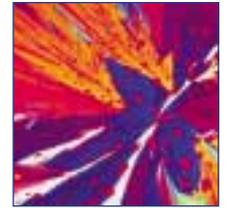
(A cura di C. Chiamulera, G. Forza, G. Invernizzi)

41 NEWS & VIEWS

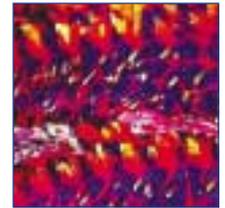
SITAB HOME PAGE

- 45 Nascita della società Italiana di Tabaccologia (B. Tinghino)
47 Manifesto della società Italiana di Tabaccologia
50 Calendario congressi

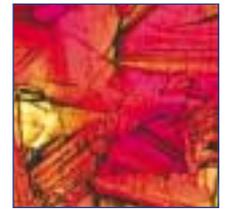
in copertina



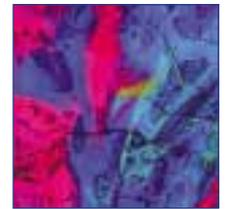
cristallografia della dopamina



cristallografia del tabacco



cristallografia della serotonina



cristallografia della nicotina

Tabaccologia

Organo Ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia - SITAB

Direttore Responsabile:
Giacomo Mangiaracina (Roma)

Direttore Scientifico:
Gaetano Maria Fara (Roma)

CapoRedattori:
Biagio Tinghino (Monza),
Vincenzo Zagà (Bologna).

Comitato Scientifico-Redazionale:
Christian Chiamulera (Verona), Mario Del

Donno (Benevento),
Giovanni Forza (Padova),
Giovanni Invernizzi (Milano), Claudio Poropat (Trieste) Biagio Tinghino (Monza),
Vincenzo Zagà (Bologna).

Comitato scientifico:
Riccardo Bartoletti (Sondrio), Elena Calvi (Milano), Laura Carrozzi (Pisa), Lorenzo Cima (Padova), Cristina Cinti (Bologna), Franco Salvati (Roma), Giuseppe Di Maria (Catania), Domenico Enea (Roma), Alessandro Gennai (Bologna), Auro Gombacci (Trieste), Maria Caterina Grassi (Roma),

Paola Gremigni (Bologna), Maurizio Laezza (Bologna), Andrea Ledda (Chieti), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Stefano Nardini (Vittorio Veneto-BL), Margherita Neri (Tradate-VA), Emanuele Passanante (Torino), Mario Polverino (Cava dei Tirreni), Claudio Poropat (Trieste), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarrelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Stefano Vianello (Mirano), Giovanni Viegi (Pisa), Alessandro Zanasi (Bologna), Pier Giorgio

Zuccaro (Roma),
Francesca Zucchetta (Monza).

Comitato scientifico d'onore

Presidente:
Umberto Veronesi (IEO Milano-Italy).

Amanda Amos (University of Scotland, Edinburgh-UK). Lucio Casali (Perugia University-Italy), Simon Chapman (Australia), Mario De Palma (Federazione TBC-Italy), Carlo Di Clemente (USA), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra-Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers

Clinic and Fagerstrom Consulting-Sweden), Carlo Giuntini (Pisa University-Italy), Martin Jarvis (University College, London-UK), Jacques Le Houezec (NRST, Paris-France), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Paris-France), Dario Olivieri (Parma University-Italy), Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma-Italy), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha-USA).

Con il Patrocinio:
• Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e

la Tuberculosis • Lega Italiana contro i Tumori

Segreteria di redazione:
Livia Laurentino (elenalivia.laurentino@fastwebnet.it) via Crociali 7, 40138 Bologna - tel.051 398983

Art direction e grafica:
Hotminds S.r.l. Via Speranza 35 S. Lazzaro di Savena 40068 (BO)

Stampa:
Ideostampa Via del Progresso Calcinelli di Saltara 61030 (PU)

Decisi alla Meta

G. Mangiaracina

UN'emozione e una data da ricordare, il battesimo di "Tabaccologia", prima rivista scientifica che si occupa in modo peculiare del tabacco e delle varie problematiche indotte dal suo consumo.

In questa Italia si scrive e si legge male, gli stupidari vanno a ruba, e l'editoria è perennemente in crisi. Anche la scienza medica pubblica volentieri mediocrità e monografie scientifiche per addetti ai lavori con visibile impronta dello sponsor che, quando non immediatamente cestinate, affollano, generalmente non lette, gli angoli dello studio medico. In questo scenario sconfortante, chi intende pubblicare qualcosa, dovrà chiedersi se ciò che vuole stampare e divulgare potrà riscuotere l'interesse, o più modestamente l'attenzione dei destinatari. Ce lo siamo chiesto anche noi, e siamo arrivati ad alcune conclusioni.

Per cominciare, siamo consapevoli di cosa sia la problematica tabagica. Il tabacco ha causato una strage, la maggiore che si possa immaginare, prima nei paesi occidentali, poi in quelli in via di sviluppo. Dal 50 al 90, per trenta lunghissimi anni, nel nostro paese, il problema è stato celatamente ammesso e palesemente negato. Gli anni Novanta rappresentano il periodo del risveglio e dell'azione, anche in ambito di ricerca scientifica internazionale. Dal 1995 abbiamo certezze del fatto che crei dipendenza fisica tra le più temibili; nel 1996, il "DSM IV", manuale statistico diagnostico della psichiatria mondiale, codifica come logica conseguenza il Tabagismo tra le patologie da dipendenza, e da quel momento fumare diventa malattia, patologia in sé, contrassegnata dalla perdita del controllo sull'abitudine. Nel 1998 in Italia viene approvato il Piano Sanitario Nazionale 98-2000 che pone per la prima volta la lotta al Fumo tra gli interventi di

salute pubblica prioritari per la nazione. E' una svolta, una consapevolezza ammessa e pur tuttavia ancora taciuta, in un contesto socio culturale, ma anche politico, amministrativo e persino scientifico, che subisce in questo terreno laceranti contraddizioni. A causa del tabacco.

Siamo certi del ruolo scientifico di questa rivista, ma non solo. Ha anche un ruolo politico, culturale e strategico, la cui incisività sociale dipenderà ovviamente dalla tiratura e dalla capacità di distribuzione. Quello che è certo è che abbiamo creato uno strumento di aggiornamento, di dialogo, di stimolo, propositivo e non solo informativo. Abbiamo voluto superare il concetto-immagine di rivista-organo di una società scientifica, chiusa nel linguaggio per addetti ai lavori. Il Tabagismo non è una "malattia rara". Interessa oltre un miliardo di persone nel mondo, 18 milioni in Italia (fonte; ISS, 31 maggio 2000), che produce una strage annuale di 4 milioni di adulti nel mondo. Eppure l'atteggiamento politico e delle istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica hanno avuto nei suoi confronti la stessa modalità di approccio che si conviene alle malattie rare, "prima pensiamo alle cose più importanti, poi faremo anche quello." E come se non bastasse vi è anche la grande questione del fumo passivo, altra faccia del "grande misfatto", che contribuisce ad imbastire la problematica sul piano sociale, politico ed economico.

Tutto questo impone livelli di informazione molteplici ed esperti con competenze diverse, coinvolte nella ricerca, nella prevenzione e nel trattamento. E dunque ci si allarga, dallo stretto tecnicismo, riservato al giro dei sapienti, alla divulgazione, al coinvolgimento di varie figure professionali, rappresentanti di istituzioni e di governo, dagli enti locali alle alte cariche dello stato.

Considerando che in una scala gerarchica epidemiologica il Tabagismo viene collocato al primo posto tra le cause di morte evitabili, la prevenzione

Tabacologia: *hoc est tabaci, seu nicotianae descripti medico-chirurgico-pharmaceutica vel eius praeparatio et usus in omnibus ferme corporis humani incommodis.*

Per Johannem Neandrum Breamanum.

(Neander Johann, 1626).



e la terapia richiedono interventi differenziati e anche adattati al contesto socio-culturale, di ampio coinvolgimento della rete sociale.

Ecco dunque una rivista che, pur mantenendo il rigore scientifico, è pure divulgativa, pronta a scommettere sulla capacità di portare la Scienza ai contesti sociali influenti, di dialogare con la vasta platea, di promuovere progettualità e iniziative di provata efficacia. Senza alcuna modestia, vi sarebbero tutte le premesse per inaugurare il tempo dei fatti nei programmi di controllo del Tabagismo. La sigla di intese fra SITAB ed altre società scientifiche com'è avvenuto con la FMSI, Federazione Medico Sportiva Italiana, e la Federazione per le Malattie Polmonari Sociali, permettono meglio di inquadrare le intenzioni, quelle di creare un fronte comune. Su un altro piano lo si sta realizzando con la Consulta Italiana sul Tabagismo a cui aderiscono oltre 90 organizzazioni fra enti, regioni e associazioni.

Giacomo Mangiaracina (mangiaracina@globalink.org)

Presidente SITAB

Coord. Area Tabagismo

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Tabaccologia: punto d'incontro tra competenze ed entusiasmi

G. M. Fara

IN un mondo che s'avvia, volente o nolente, verso la globalizzazione anche nel campo dell'informazione scientifica, non si sente di solito il bisogno di nuove riviste. Occorre, anzi, ridurne il numero, concentrare le risorse, rendere coerenti i messaggi, unificare la lingua, standardizzare il format dei contributi.

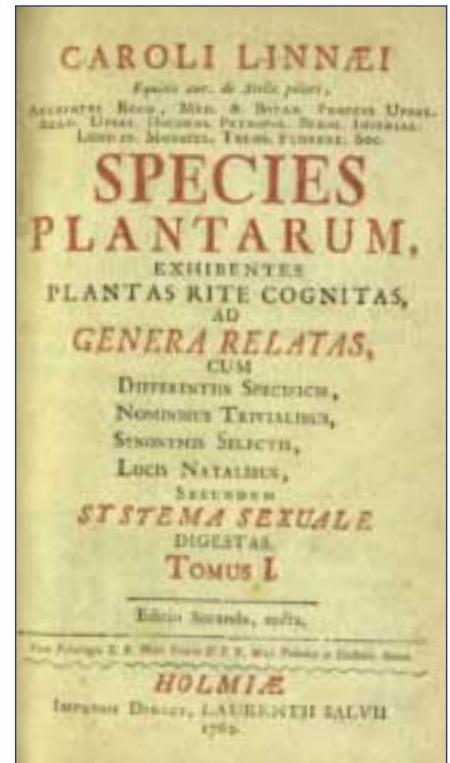
Ma quando l'obiettivo è un intervento "pesante" di sanità pubblica – e cosa c'è di più pesante della lotta contro il fumo di tabacco, un killer da 90.000 morti l'anno nella sola Italia? – un intervento cui devono contribuire, insieme al mondo scientifico, anche quelli della formazione e dell'informazione, allora lo strumento di una rivista scientificamente inattaccabile ma rivolta anche ai componenti degli altri mondi che concorrono allo stesso obiettivo, e con un linguaggio che tutti li coinvolga, è pienamente giustificato.

La sanità pubblica ha vinto molte battaglie in questi ultimi decenni: il vaiolo è estirpato, nel 2005 lo sarà la polio (e intanto la polio è assente dall'Italia fin dal 1982, e dalla regione europea dell'OMS da ormai tre anni); quasi tutti oggi dispongono di acqua potabile, fognature, riscaldamento, e le patologie legate all'inquinamento infettivo d'origine ambientale sono ormai largamente ridimensionate.

Non è così purtroppo per altre patologie, quali le affezioni cardiovascolari a base aterosclerotica, le broncopneumopatie croniche e molti tumori, tra cui quello polmona-

re. Per queste patologie, il fumo di sigaretta primeggia tra i fattori di rischio, e gli sforzi sin qui fatti dall'educazione sanitaria (contrastata fin troppo efficacemente dalla potente macchina pubblicitaria degli industriali del tabacco) non hanno dato ancora i risultati sperati. Il tumore polmonare, anzi, è paradigmatico: mentre l'incremento della sua incidenza nell'uomo pare stia iniziando a rallentare anche in Italia, l'incremento per la donna prosegue imperterrito, a significare non solo l'inizio più tardivo nell'abitudine al fumo ma anche, purtroppo, la minor disponibilità delle fumatrici a mettersi in discussione.

Sforzi insufficienti? Metodologie inadeguate? Controproposte di scarso richiamo? Cultura della salute insufficiente anche tra gli operatori sanitari? Vincoli ancora non eliminati? Tutto ciò, ed altro. Anzitutto l'indifendibile sopravvivenza del monopolio statale dei tabacchi, condannato dall'Europa ma duro a morire. Ancora, una pubblicità assordante condotta con grande dispiegamento di mezzi e con metodologia indiretta di rara efficacia. Infine, lo scandalo turpe della stragrande maggioranza degli ambiti sanitari, dove non solo si tollera il fumo dei pazienti, ma si fuma senza ritegno da parte degli operatori. Quello che è certo è che la battaglia contro il fumo di tabacco merita d'essere combattuta, gli strumenti messi a punto, le alleanze consolidate. "Tabaccologia" potrà essere un punto d'incontro adeguato tra le diverse competenze ed i coincidenti entusiasmi, e rappresentare una palestra ottimale per confrontare le strategie, le tattiche, i risultati attesi



e quelli ottenuti. Per contrastare non solo la pubblicità dichiarata, ma anche quegli interventi (riviste, siti web) ammantati di pseudoscientificita', tesi ad una benigna assoluzione dei fumatori.

Sia chiaro che la lotta contro il fumo è prima di tutto la difesa della salute dei non fumatori. Ma un'ambizione non tanto nascosta – e mi auguro che sia condivisa da Tabaccologia – deve essere quella di convincere – non costringere – il fumatore a rivedere le sue certezze e, soprattutto, di convincere chi ancora non fuma a non iniziare nemmeno.

Gaetano Maria Fara (gaetanomaria.fara@uniroma1)
Direttore Scientifico di "Tabaccologia"
Ordinario di Igiene e Sanità Pubblica
Prima Facoltà di Medicina
Università La Sapienza di Roma

Tobacco Or nicotine dependence ?

K. Fagerstrom

Tabaccologia o Nicotinologia? Mi fa piacere vedere che questa rivista si chiami "Tabaccologia" piuttosto che "Nicotinologia". Il linguaggio che usiamo può in effetti influenzare il nostro pensare ed in definitiva le nostre azioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella sua Classificazione delle Malattie (Inter-national Classification of Diseases and Injuries), ha scelto di riferirsi all'uso compulsivo di tabacco, fondamentalmente il fumare sigarette, usando il termine 'Dipendenza da Tabacco'. L'Associazione Psichiatrica Americana (APA) ha invece scelto il termine 'Dipendenza da Nicotina'. Penso che oggi nessuno scienziato rifiuti l'idea che la nicotina è la principale ragione per cui la gente usa il tabacco. Suppongo la stessa cosa valga per la caffeina, come principale ragione per cui la gente beve the o caffè, per non dire della relazione alcool e vino. Ma cosa si può dire a proposito di dipendenza od abuso di nicotina senza il tabacco come veicolo? Ha qualche società in passato imparato ad estrarre la nicotina dalla pianta del tabacco oppure a sintetizzarla ed usarla in forma pura? Abbiamo oggi prodotti di sostituzione a base di nicotina disponibili in quasi tutti i paesi ed addirittura in alcuni, come il Regno Unito e la Danimarca, liberamente venduti, con ridottissima se non nulla dipendenza documentata!

Il tabacco è ovviamente molto di più che un puro e semplice prodotto a base di nicotina. Per esempio, il fumare la sigaretta consiste in un comportamento manifesto e rilevante, è un insieme complesso di stimolazioni sensoriali e di conseguenti abitudini comportamentali.

L'atto di fumare può essere indipendente dalla nicotina, per esempio in colui che non inala, ed essere così potente da essere definito come una compulsione/dipendenza. Fumare vuol dire inoltre ingerire centinaia di sostanze che potrebbero, assieme alla nicotina, avere delle proprie azioni farmacologiche, come per es. il monossido di carbonio. I fumatori subiscono ad esempio un'inibizione degli enzimi delle monoammine ossidasi (cosa che la nicotina non è in grado di fare) che permette una maggiore disponibilità di dopamina (*NdT*, *neurotrasmettitore della dipendenza*) a livello delle sinapsi. Insomma, fumare tabacco è farmacologicamente differente dal prendere nicotina pura.

Il tabacco, non la nicotina, è la causa di una ineguagliabile mortalità prematura tra i suoi utilizzatori. La nicotina pura è

droga sociale tabacco/nicotina? Se la risposta è NO, allora dobbiamo provvederle nella forma meno dannosa. Di conseguenza, si potrebbe contribuire alla soluzione del problema sanitario così come sembra si stia facendo in Svezia, dove più uomini usano tabacco non fumato che fumato e in conseguenza di ciò gli svedesi presentano la più bassa mortalità dovuta al tabacco in Europa. Per fare in modo di facilitare ciò, abbiamo bisogno di incominciare a differenziare tra i termini tabacco e nicotina. Da una indagine della Unione Europea sui fumatori, è apparso chiaro come i fumatori facciano poca differenza tra la dannosità della nicotina e quella del fumo. Sottoriportate vi sono le percentuali di fumatori italiani che pensano rispettivamente alla nicotina od al fumo come cause di ictus, tumore

	ICTUS	TUMORE POLMONI	DISTURBI C. V.	ENFISEMA
FUMO	75%	89%	74%	70%
NICOTINA	60%	71%	60%	57%

molto sicura confrontata con il tabacco e probabilmente non più pericolosa della caffeina, se si fa la probabile eccezione della nicotina somministrata al feto. Sembra esserci poca o nessuna letalità associata con la nicotina ma solo morbilità, cioè l'induzione dello stato di dipendenza. Tuttavia, resta da capire quanto la nicotina pura sia uno 'sballo' e che grado di dipendenza causerebbe.

Io sostengo l'uso del termine Dipendenza da Tabacco, in quanto la nicotina stessa potrebbe potenzialmente essere usata come una soluzione al problema della mortalità. Riusciremo mai a sbarazzarci della

polmonare, disturbi cardiovascolari ed enfisema.

Sia la Dipendenza da Tabacco che la Dipendenza da Nicotina sono termini rilevanti ma essi si riferiscono a cose diverse e dovrebbero essere usate con più attenzione. Quando ci riferiamo al fumare compulsivo, il termine dovrebbe essere decisamente Dipendenza da Tabacco. Nelle cavie che si autosomministrano nicotina il termine da usare è invece, ovviamente dipendenza da nicotina. Forza Tabaccologia, dunque!

Karl Fagerstrom Ph.D (Karl.fagerstrom@swipnet.se)
Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Sweden

Traduzione di Christian Chiamulera

Bienvenue à Tabaccologia

J. Le Hozec

Diciotto anni fa iniziai a lavorare nel campo della dipendenza da nicotina e tabacco, diventando il primo "dottorando" (nel laboratorio del Prof. Molimard) sostenuto da un finanziamento della "Société de Tabacologie" francese.

Alcuni anni più tardi, dopo un periodo di training post-dottorato nel laboratorio di Neal Benowitz a San Francisco, divenni Charter Member della Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), e fu per me una grande soddisfazione ed onore l'essere uno dei pochi membri non statunitensi. Nonostante abbiamo tentato di attirare un maggior numero di membri non residenti negli States, è stato difficile all'inizio dare all'affiliazione alla Società un taglio più internazionale. Così, dopo il primo meeting internazionale fuori degli USA (Copenhagen 1998) organizzato da Karl Fagerström e John Hughes, creammo un nucleo europeo di sei persone (Ann McNeill, David Balfour, Stefano Nardini, Anil Batra, Karl Fagerström ed il sottoscritto). In seguito prendemmo contatto con circa 20 potenziali membri attivi europei, in modo da aumentare la visibilità della Società. Valutando i risultati ottenuti, sembra che siamo stati gratificati fino ad ora da un notevole successo (così come attestato dal recente aumento delle iscrizioni europee, e dalla lusinghiera riuscita dei meetings di Londra e Parigi che hanno attratto ciascuno circa 500 partecipanti).

Per questi motivi, personali ed a nome del SRNT Europe, sono molto contento di vedere lo sviluppo della Società Italiana di Tabaccologia e la nascita della sua rivista Tabaccologia. SRNT Europe vi augura un grande successo e la speranza che ciò incoraggi un maggior numero di medici e ricercatori italiani ad iscriversi alla SRNT in modo da favorire lo stabilirsi di un fruttuoso legame tra

le due Società. Questi recenti sviluppi in Italia aiuteranno ad incrementare la conoscenza scientifica, e la sua diffusione, sulla dipendenza da tabacco, i due maggiori scopi della SRNT (www.srnt.org).

j,
les non-fumeurs



Jacques Le Hozec
PhD. Scientific and Medical Advisor, Pharmacia R&D Consumer Healthcare, Vice-President SRNT Europe

Traduzione di Christian Chiamulera

Per colmare un vuoto nell'informazione scientifica...

M. De Palma

Con grande piacere, anche a nome del Comitato Esecutivo della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis, rivolgo al Direttore Giacomo Mangiaracina ed al valoroso Corpo Redazionale le più vive congratulazioni e l'augurio più caloroso per la pubblicazione del primo numero di "Tabaccologia", organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB).

La nuova rivista, come sottolineato nell'editoriale di apertura del Direttore, oltre a colmare un vuoto dell'informazione scientifica, svolgerà un ruolo fondamentale nella prevenzione e nel trattamento del tabagismo, rivolgendosi ad un ambito molto vasto di operatori interessati a realizzare provvedimenti preventivi e di controllo dei danni da fumo, l'abolizione e la protezione dal fumo nei luoghi pubblici e privati, l'assistenza ai fumatori per una progressiva disassuefazione. La Federazione, che ho l'onore di rappresentare, ha un'antica tradizione nella divulgazione di una cultura di prevenzione e di controllo delle malattie respiratorie croniche, soprattutto nella Scuola Italiana; in un non lontano passato, ha avuto un ruolo fondamentale nella campagna vittoriosa contro la tubercolosi, prima malattia sociale nella tradizione sanitaria italiana. La battaglia contro la dipendenza da fumo di tabacco, per dimensioni e per importanza sociale, può essere giustamente paragonata a quella combattuta contro la tubercolosi e deve vedere la mobilitazione concorde di tutte le forze disponibili sul piano scientifico, culturale, sociale e politico. Per questa ragione la Federazione sia nella campagna annuale, divulgativa e didattica, nelle scuole medie e superiori sia nell'attività editoriale, attraverso la rivista "Prevenzione Respiratoria" sia nelle manifestazioni di mobilitazione popolare (Giornata Nazionale del Respiro), concentra la sua attenzione sui problemi del tabagismo, con particolare riguardo al problema giovanile. E' soprattutto per questo motivo che la Federazione, oltre ad avere siglato un protocollo d'intesa con la Società Italiana di Tabaccologia, plaude alla nuova rivista ed intende collaborare con i suoi progetti per contribuire al suo pieno successo ed alla sua diffusione.

Mario De Palma
Presidente della federazione italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis

Da Nature a Tabaccologia!

Nascita di una nuova rivista che non c'era

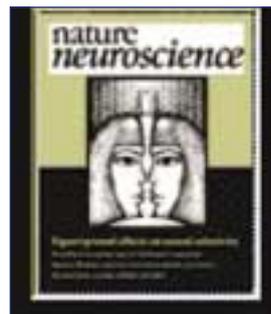
Non abbiamo la presunzione di paragonarci alla prestigiosa Nature Neuroscience con una rivista, Tabaccologia appunto, che nasce ufficialmente con questo numero. Eppure un nesso tra le due pubblicazioni c'è. Ed è quello costituito dal fatto che nel numero di settembre 2001, viene pubblicato un articolo, con strillo in copertina, su una scoperta relativa alla dipendenza genetica da cocaina, a firma di Christian Chiamulera e Collaboratori, un amico e valente ricercatore farmacologo che fa parte della nostra Redazione Scientifica e di recente, del Direttivo Nazionale SITAB. Lo stesso Chiamulera che, in un articolo-review proposto in questo numero uno, scrive sull'ipotesi di una possibile presenza di una componente genetica nella dipendenza tabagica.

Questo è dunque lo spirito che anima la nostra rivista: quello di un impegno specifico, autorevole, profuso nel campo della ricerca e della informazione in ambito tabaccologico. Di tabagismo, in Italia, infatti si parla molto, ma spesso in modo frammentario, talvolta attraverso informazioni imprecise (pensiamo alla stampa divulgativa), altre volte solo occupando spazi di "nicchia" nelle riviste scientifiche di pneumologia, cardiologia, epidemiologia...Noi vogliamo colmare questo vuoto, rispondere a questo bisogno. La nascita di questa rivista è in fondo figlia dello stesso spirito che, il 13 dicembre 1999, in un

tiepido inverno romano, ha animato i sette entusiasti "incoscienti" che hanno fondato la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), la prima e al momento l'unica che in Italia si occupa di tabacco, di tabagismo e patologie correlate, in maniera trasversale e multidisciplinare. "Tabaccologia", dunque, ne è il suo organo ufficiale. Nella calda estate del 2001 si è svolto il lavoro frenetico che ha permesso alla rivista di vedere la luce ai primi di Agosto, con il numero zero e il successivo n° 1 di pre-lancio. Gli ingredienti ci sono tutti e rappresentano il meglio che si potesse fare in Italia. Matrice SITAB, collaborazione dei maggiori specialisti nel settore, Mangiaracina Direttore Responsabile, Fara Direttore Scientifico e Veronesi alla presidenza del Comitato Scientifico d'onore con un *parterre de roi* di tutto rispetto con nomi come Molimard (F), Di Clemente (USA), Fagerstrom (Sv), Chapman (Au), Rennhard (USA), Olivieri (ITA), Casali (ITA) De Palma (ITA), Le Houezec (F), Giuntini (ITA), Amos (Scotland, UK) e Jarvis (UK).

Nel Comitato Scientifico sono presenti, fra gli altri, i "padri fondatori" della SITAB, i componenti dell'attuale Direttivo Nazionale SITAB e i Responsabili dei Gruppi di Studio SITAB. Determinante il contributo di Zaga' e Tinghino, rispettivamente vice-presidente e segretario della SITAB che hanno lavorato senza sosta per mesi, come Capo-Redattori, affiancati da una agguerrita ed entusiasta Redazione Scientifica, coinvolgendo professionisti e organizzazioni a vari livelli. Nonostante sia partorita da una

società scientifica, la rivista vuole uscire fuori dagli schemi, come sottolinea il Direttore nel suo e-



ditoriale, per assumere anche una impronta dichiaratamente divulgativa e di ponte fra scienza e realtà per tutti quelli che hanno a cuore il problema tabagismo. La nostra legittima ambizione è quella di fare di Tabaccologia una rivista che pur non rinunciando alla scientificità della materia trattata, assuma un approccio pratico ed immediato con la realtà socio-politica e sanitaria. Ci sarà pertanto un corpo centrale formato da articoli scientifici originali e reviews secondo le norme della letteratura internazionale, seguito da articoli che puntualizzeranno vari aspetti del problema fumo di tabacco, Primi Piani su avvenimenti in cui sarà coinvolta la SITAB, Editoriali e Tribune di opinion leader di fama internazionale. Con una sezione di Abstract & Commentary cercheremo di essere sempre, come suol dirsi, "sulla notizia" scientifica, in modo da dare ai nostri classici, e scaramantici, 24 lettori, il meglio della letteratura internazionale. Infine ci sarà una sezione Magazine costituita dalla Posta dei lettori, dai Congressi ed Eventi, da TabacWEB, e da SITAB Home Page per comunicare con i soci SITAB, per i quali la Rivista sarà, quanto prima, totalmente anche on line.

Insomma con ingredienti quali il nostro entusiasmo e il vostro contributo, abbiamo la mal celata ambizione di fare una rivista stimolante, che diventi punto di riferimento per quanti operano nel campo del tabagismo in termini di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Una rivista da consultare e, ci auguriamo, da collezionare, facendo nostra l'espressione di incoraggiamento (in bocca al lupo!) del Direttore Responsabile nel suo Editoriale.

Tabaccologia Editorial Board

Finalmente Sirchia!

G. Invernizzi, V. Zagà

Confessiamo che, dopo le affermazioni estive del 2001, appena insediatisi al Ministero, del professor Sirchia sul fumo, l'occhiello del pezzo era inesorabilmente inchiodato su un ASPETTANDO SIRCHIA, viste le iniziali posizioni del Ministro che ci facevano temere una sostanziale inerzia in tema di smoking-policy. Quando però, a metà ottobre ha corretto il tiro, abbiamo volentieri modificato il titolo del nostro commento con un FINALMENTE, liberatorio e incoraggiante per l'impegno antifumo serio e coerente, sulle orme del suo predecessore Veronesi. Dietro questa nuova posizione del ministro ci sono anche tutte le nostre azioni, sia di protesta che di proposta che la SITAB da tempo conduce.

Se si chiede ai ragazzi non fumatori di 14-19 anni la loro opinione sull'efficacia delle leggi anti-fumo, oltre la metà afferma che "Non servono a niente" o "Tanto non vengono rispettate", risposte che vanno oltre lo specifico nel loro significato di delusione e di diffidenza verso lo Stato. Questa la fotografia della situazione sui regolamenti contro il fumo negli ambienti pubblici a oltre 25 anni dall'approvazione della Legge 584 dell'11 novembre 1975. A quella legge si sono trovate infatti scappatoie di vario tipo a causa della esiguità e della macchinosità delle sanzioni (nell'intero anno 1999 l'ammontare complessivo dei proventi dello Stato grazie alle multe è stato di...70.000 lire), e alla scarsa chiarezza della legge stessa rispetto ai "luoghi pubblici", non-

ostante la Direttiva del Presidente del Consiglio 14/12/1995, per cui i bar e i ristoranti non vengono a far parte di fatto della categoria e la maggior parte dei luoghi di lavoro si possono considerare "privati".

Si tollera il fumo ancora in molte scuole, dove la resistenza di parte del personale docente e amministrativo in nome anche di un frainteso spirito di libertà, rende a volte difficile la realizzazione dei programmi di educazione sanitaria. E' consentito fumare persino in molti ospedali, al punto che sono nate iniziative da parte di associazioni scientifiche e nei principali Istituti Oncologici Nazionali per diffondere uno standard smoke-free nella sanità, come "Ospedali Senza Fumo", "Sanità Senza Fumo", "Istituto Senza Fumo", mentre l'attenzione per il rischio-fumo risulta tuttora insufficiente tra i medici di famiglia. Sono rarissimi i ristoranti e le pizzerie dotati di una smoking policy, dove si possono apprezzare sapori e profumi senza il fattore di "confusione" della nuvola di fumo che proviene dal tavolo vicino.

E sono numerosissime le realtà lavorative dove la maggioranza dei non fumatori è costretta a subire il fumo passivo da parte dei colleghi, anche in situazioni ambientali di evidente rischio ambientale a causa di locali angusti e senza una sufficiente aerazione. Si salvano i cinema e i teatri solo perché lì il divieto di fumo è rigoroso e risponde a severe norme antincendio, e viene fatto rispettare tassativamente dal gestore che ne è responsabile. Si salvano anche alcuni mezzi pubblici come autobus, tram e metropolitane per l'evidente necessità di non aggravare la

situazione (respirare è già un problema), mentre sui treni, negli scompartimenti per fumatori e in quelli adiacenti, si creano situazioni dove l'inquinamento dell'aria supera ogni limite di legge.

Le leggi contro il fumo sono regolamenti per tutelare l'ambiente comune. Sembra un concetto semplice e chiaro, ma la nostra cultura in materia di ambiente indoor non è ancora sufficiente, per cui siamo ancora alla contrapposizione tra permissivisti e proibizionisti, e la discussione viene portata su un terreno sempre più distante. Del fumo -attivo e passivo - sappiamo ormai quasi tutto per quanto attiene il numero e il tipo di sostanze presenti, come cancerogeni, monossido di carbonio, nicotina e sostanze irritanti e ossidanti. Da qualche anno si pone l'accento sul fatto che l'ambiente indoor rappresenta un rischio maggiore dell'aria atmosferica a causa del ridotto ricambio e delle emissioni domestiche di gas e polveri, tra cui il fumo di tabacco è uno degli elementi prevalenti. Un dato eloquente è quello che succede in un ristorante quando alcuni clienti iniziano a fumare: la concentrazione di particolato fine aumenta rapidamente fino a raggiungere valori tre volte superiori a quelli consentiti outdoor.

Questa è la realtà delle cose, e ricordare che tra gli avventori di un locale o tra i compagni di scuola ci sono molte persone a cui il fumo passivo fa male (asmatici, cardiopatici, bronchitici cronici, donne in gravidanza) può sembrare pleonastico.

Se non bastano le attenzioni dei "fumatori cortesi" (prenderemo volentieri un aperitivo insieme a loro all'aperto, al bar dei giardini, incuranti del fumo della loro sigaretta che si disperde nell'aria, però dovranno riconoscere il problema e non metterci in imbarazzo chiedendo "Posso fumare?" al ristorante o in ufficio), occorrono regolamenti più precisi e mirati. Il Disegno di Legge Veronesi, l'ultimo in ordine di tempo che ha affrontato, purtroppo senza successo, l'iter parlamentare, rispondeva a queste esigenze. Chiariva infatti che:

- il divieto di fumare interessa "ambienti chiusi pubblici e privati accessibili al pubblico", dunque anche bar, pizzerie e ristoranti ("esercizi commerciali, di ristorazione e qualsiasi altro locale in cui si sommini-

strano alimenti e bevande")

- è vietato fumare negli "uffici pubblici e privati", dunque tutela migliaia di lavoratori non fumatori di grandi e piccole aziende ("Il divieto di fumare si applica, altresì, negli ambienti chiusi, non aperti al pubblico in cui si svolge attività lavorativa")

- è vietato fumare anche nelle Università (finora praticamente estranee alla smoking policy) ma anche "nelle strutture destinate ad attività sportiva, ricreativa, culturale, congressuale, di spettacolo e di ritrovo"

- la legge si estende anche alle caserme "locali chiusi di soggiorno e di lavoro dell'amministrazione della difesa, delle forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco"

- devono essere individuati i responsabili indicati con nome e cognome - che sono incaricati del rispetto delle norme "Nei locali in cui si applica il divieto di fumare è obbligatoria l'apposizione di cartelli con l'indicazione del divieto, delle relative prescrizioni normative, delle sanzioni, del nominativo del soggetto cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e dell'autorità competente ad irrogare la sanzione"

- all'interno dei locali dove non si può fumare possono essere create aree riservate ai fumatori, fisicamente separate dagli altri locali e dotate di adeguata ventilazione o esistono degli "obblighi dei responsabili", i quali sono tenuti ad applicare le norme e vigilare sul rispetto dei divieti

- sanzioni non indifferenti sono previste non solo per chi commette l'infrazione (multa da lire 50.000 a 300.000), ma anche per i responsabili inadempienti (multa da lire 1 milione a 6 milioni)

- all'accertamento dell'infrazione e alla verbalizzazione può provvedere una persona fisica presente sul posto, anche "il delegato del datore di lavoro"

Un Disegno di Legge, in definitiva, che delineava chiaramente gli ambienti comuni dove non si fuma assicurando più certezze riguardo alle possibilità di essere applicata, in sintonia con le aspettative della maggior parte degli italiani (fumatori e non).

Sono passati più di due anni (1° settembre 2000) da quando il Consiglio dei Ministri decise di avviare all'iter parlamentare il DdL Veronesi sul fumo di tabacco. Come a tutti noto, il DdL Veronesi fu affossato da montagne di emendamenti e

dalla fine della Legislatura e, in extremis, fu surrogato con una Circolare Veronesi a fine marzo 2001.

La lotta al fumo proclamata dall'ex Ministro della Sanità Prof. Umberto Veronesi, e ripresa con determinazione dall'attuale Ministro Sirchia, si inseriva in un più ampio piano strategico organico tendente a considerare i costi per la sanità non più come una voce di spesa ma come un investimento necessario per la crescita del Paese che sarebbe utile e alla lunga produttivo sostenere da parte di tutti. In pratica si veniva a superare il concetto di Welfare State con quello di Welfare Community: dal concetto di Stato che dà assistenza e benessere si cerca di passare a quello di una comunità intera che vi concorre e ne assume la responsabilità.

E' in quest'ottica che devono essere da tutti accolte le nuove norme antifumo, di recente varate dal Ministro. Con queste norme il principio della libertà di fumo è stato ribaltato: si può fumare solo dove non si dà fastidio agli altri, elevando le sanzioni per i trasgressori ed i responsabili del controllo. Insomma, mentre prima il non fumatore, se non tollerava il fumo, non poteva far altro che allontanarsi (sempre che potesse farlo), ora dovrebbe essere il fumatore a rinunciare alla sua sigaretta o andarsela a fumare fuori.

E non si tratta di una posizione "integralista" ma solo di rispetto. Altro infatti sarebbe come scriveva Michele Serra (La Repubblica 8/7/2000) "se lo Stato mettesse fuori legge, tout court, il tabacco, del quale, tra l'altro, è egli stesso il nostro provvido spacciatore. In quel caso sì, ci sentiremmo in diritto di ribellarci, perché abbiamo il diritto e la libertà, noi fumatori, di nuocerci come e quanto ci pare, e sfidare il cancro come a Pamplona quei giovani coglioni che si fanno rincorrere dai tori. Ma gli altri, effettivamente che c'entrano con i nostri conti privati, con la suzione, la fase orale e tutto il resto?". La recente legge Sirchia rappresenta quindi un passo avanti molto importante nella strategia della Welfare Community perché pone al primo posto il diritto alla salute di chi è consapevole dei rischi del fumo.

Insomma una questione di rispetto, come salutava ancora Serra: "Ben venga la legge, dunque, che ci aiuta a diventare educati almeno in questo. E pazienza se

Il ministro Sirchia



qualcuno inveirà a sproposito contro il famigerato Stato Etico, accusandolo di dirci quello che dobbiamo fare: in questo caso ci dice, lo Stato, solo ciò che non dobbiamo fare agli altri. Se poi questo è etico, pazienza".

Rispetto al Disegno di Legge Veronesi, peraltro ripreso inizialmente anche dal Ministro Sirchia, nella nuova Legge non vengono tutelati i lavoratori in ambienti privati non aperti al pubblico. Un contenuto alla lobby fumo alla quale bisognerà quanto prima porre rimedio.

Bibliografia

1. Marini C. E legge sia! GEA News 5 - n°41 - Gennaio 2003.
2. Invernizzi G, Chirico D, Boffi R. L'osservatorio sul fumo negli adolescenti dell'Istituto Albergiero di Chiavenna. In preparazione.
3. Nardini S, Carrozzi L, Bertoletti R, Donner CF. Il progetto obiettivo AIPO "Ospedali Senza Fumo": risultati della prima fase epidemiologica. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio. 1998; 13:201-205.
4. Invernizzi G, Bettoncelli G, D'Ambrosio G, Zappa M, Calzolari M, Paredi P, Mazza R, Soresi E, Boffi R. Carbon monoxide, cigarettes, and family doctors. Tumori. 2001; 87:117-9.
5. Long CM, Suh HH, Koutrakis P. Characterization of indoor particle sources using continuous mass and size monitors. J Air Waste Manag Assoc. 2000; 50:1236-50.
6. Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, Majno E, Rossetti E, Boffi R. La misurazione in tempo reale del particolato fine prodotto da fumo di sigaretta negli ambienti indoor: risultati di uno studio pilota. Epidemiologia e Prevenzione, 2002; 26:2-6.
7. La Vecchia C, Garattini S, Colombo P. Attitudes towards smoking regulation in Italy. Lancet. 2001; 358, 227.

Le strategie di Big Tobacco

IL grande inganno.

Danni da fumo e inquinamento ambientale: fanno male allo stesso modo?

V. Zagà, G. Mangiaracina

Nell'opinione comune della gente il fumo di sigaretta è solo uno dei tanti fattori nocivi per la salute, paragonabile, per esempio, agli agenti inquinanti ambientali di cui sempre più frequentemente si parla. Ma che i danni da tabacco e da inquinamento siano da mettere sullo stesso piano è, scientificamente, un falso. Se cerchiamo di capire com'è che i mass-media possano essere arrivati a rendere comunemente accettata un'idea così distorta dobbiamo prepararci a delle sorprese inquietanti. E le notizie che qui daremo non possono che lasciare sconcertati. Ma andiamo con ordine.

I fatti, ovvero l'inquinamento di Big Tobacco

Da quando lo Stato del Minnesota ha vinto la vertenza con le multinazionali del tabacco, in America indicate con il termine di Big Tobacco (Minnesota Attorney General litigation, n° C1-84-8565, 2d Distr. Minn.), è stato disposto, ope legis, fra l'altro, la desecretazione e la pubblicazione di tutti i documenti passati, presenti e futuri fino al 2010 della Philip Morris (Paragrafo IV dell' Attorney General Master Settlement Agreement). Il sito internet della Philip Morris (PM) da digitare è: www.pmdocs.com (1). Una volta entrati è possibile consultare tutti i documenti strettamente riservati del più grande colosso dell'industria del tabacco. E' dai 32 milioni di pagine raccolte in questo archivio che Elisa Ong e Stanton Glantz, dell'Università di California, hanno estratto i documenti utilizzati nell'esplosivo articolo dell' 8 aprile 2000,

apparso su The Lancet, dedicato alla ricostruzione dei tentativi fatti da Big Tobacco di interferire con i risultati dello studio multicentrico IARC (International Agency for Research on Cancer) sul fumo passivo e cancro del polmone condotto in Europa (2,3). La PM temeva che questo studio (e una eventuale monografia IARC sul fumo passivo) potesse portare all'emanazione di norme restrittive anche in Europa, per questo si è impegnata, insieme alle altre "sorelle", per minare i risultati IARC mediante la manipolazione dei media e del pubblico, cercando di contrapporsi politicamente all'approvazione di ogni norma che ponesse limiti alla libertà di fumo.

Naturalmente con i loro fatturati da capogiro, le industrie del tabacco non hanno mai avuto difficoltà a produrre ricerca di controinformazione, a stimolare controversie e a disseminare la letteratura scientifica di disinformazione protabacco (4). E così quando si presenta l'emergenza IARC, la PM ha già pronta in Europa una vasta rete di scienziati e consulenti, disposti, come gole profonde, a mettere, spesso con dolo, le loro competenze al servizio dell'industria del tabacco. D'altronde, che molti lavori scientifici, per così dire, "benevoli", sul fumo passivo fossero inficiati dall'influenza delle multinazionali del tabacco, l'avevano già denunciato con un pignolo lavoro di intelligence due ricercatrici californiane su JAMA nel 1999 (5). Ma ora il problema si presentava più devastante per tutto il sistema di profitto del tabacco.

Insider all'italiana

Ed è a questo punto che si apre il versante italiano di questa storia...insomma una gola profonda italiana, o se voglia-

mo un Insider movie all'incontrario. Ong e Glantz sostengono infatti, che le informazioni più dettagliate sullo studio IARC sono giunte alla PM tramite la SCIR Associati che aveva tra i suoi consulenti il "fu Giuseppe Lojacono, ex professore di economia sanitaria presso l'Università di Perugia". Lojacono aveva visitato più volte lo IARC nel suo ruolo di Direttore Responsabile, dal 1977 al 1999, della Rivista Epidemiologia & Prevenzione (E & P) della Società Scientifica Italiana di Epidemiologia, agendo in incognito nel mondo scientifico italiano ed europeo, senza mai dichiarare questa sua attività e affiliazione all'industria del tabacco, tanto da sorprendere gli stessi Colleghi di Società e di Rivista (6, 7). Ed è stata la stessa Rivista E & P che con coraggio e professionalità ha rivelato al grosso pubblico sanitario italiano l'affaire Lojacono-Philip Morris (6, 7, 8).

Digitando nel sito internet della PM (www.pmdocs.com) la voce Lojacono (con la i nella ricerca) si ottengono 58 documenti disponibili, a tutto marzo 2003. Risulta così che Lojacono è stato per 10 anni, dal 1988 al 1998, consulente scientifico dell'Agenzia che curava le relazioni pubbliche dell'Industria del tabacco in Italia. Per conto di questa Agenzia il Direttore Responsabile di E & P partecipava a Convegni, teneva d'occhio la produzione scientifica, raccoglieva informazioni e puntualmente relazionava, tramite la SRC, alla PM & Soci (Reynolds, Rothmans, Insalco, BAT, Italtabacchi, etc.). Di lui un solerte funzionario lo descriveva come "attivo a livello giornalistico, che ha buoni contatti con l'OMS e l'allora Direttore Nakashima, che conosce di persona Tomatis, Direttore dello IARC, e che è in disaccordo con

Vincenzo Zagà (nosmoking@infinito.it)

Giacomo Mangiaracina (mangiaracina@globalink.org)

Vicepresidente SITAB, Società Italiana di Tabaccologia - Coordinatore Centri Antifumo Presidio di Pneumotisiologia Azienda USL Città di Bologna

Presidente Società Italiana di Tabaccologia-SITAB - Medico Igienista - International Coalition Against Tobacco-ICAT - Governing Council Member, GEA Progetto Salute - Health Promotion Services

quanto espresso dal Surgeon General sul fumo passivo e nicotinodipendenza (doc. 2501152054/ 64). Surgeon General, lo ricordiamo, che nel 1986 aveva dichiarato che il fumo passivo "è causa di malattie, compreso il cancro del polmone, nei non fumatori sani", mentre nel 1988 scriveva che "le sigarette e le altre forme di tabacco danno dipendenza. La nicotina è la sostanza che crea dipendenza".

Ma Lojacono, sebbene non fosse l'unico informatore anti-IARC (Angelo Cerioli dell'Istoconsult srl) non è stato un magro affare per Big Tobacco. Infatti relazionava sulle inclinazioni della Comunità scientifica italiana e dell'opinione pubblica sul fumo. Nei report si sottolinea la propensione degli epidemiologi nostrani ad occuparsi di fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro, nell'ambiente urbano e nei cibi, concludendo che in virtù di questa vocazione "la comunità scientifica italiana, o almeno una parte di essa (...) ha già dato e può continuare a dare contributi rilevanti al ridimensionamento del problema fumo passivo sulla coscienza nazionale" (doc. 2501356124). Lojacono, pertanto, suggeriva le strategie da utilizzare per deviare l'attenzione dei ricercatori e del pubblico dalla nocività del fumo passivo.

"Ridimensionare il ruolo e il peso del fumo passivo come fattore di rischio" è la proposta rilanciata in più documenti", immettendo nel gran calderone più generale della INDOOR AIR QUALITY: questo rimane il nostro obiettivo primario in Italia (così nell'ottobre 1990. doc. 2028350107-13).

Vengono così organizzate in grande stile tavole rotonde (Napoli 1992), convegni (Anacapri 1994) con miriadi di patrocinii e sponsorizzazioni (OMS, Ministero dell'ambiente, Università di Napoli, Città Sane di Milano, E&P, Glaxo, etc) con "lo scopo di generare una discussione su inquinanti diversi dal fumo passivo cercando di dimostrare che "in ambito scientifico si può parlare di IAQ (Indoor Air Quality) senza l'intrusione del fumo passivo e che molti ricercatori in Italia sono interessati al tema" (doc. 2501341966/8).

Così unitamente alla "rete di informa-

tori che era perlopiù costituita da giornalisti lo scambio con l'industria del tabacco era trasversale e continuo". Si è così potuto incidere pesantemente con eclatanti o talvolta minimali ma continue campagne di disinformazione sull'opinione pubblica, per cui attualmente ci troviamo con i pazienti e gran parte dell'opinione pubblica che regolarmente sottostimano i danni da fumo a favore di quelli ambientali.

Si è tentato di indirizzare l'attenzione dei ricercatori e del pubblico grazie anche all'accondiscendenza di giornalisti e politici, su fattori nocivi diversi

Recenti informazioni dimostrano il ruolo dell'industria del tabacco nel distorcere, anche con l'aiuto di esperti italiani, le informazioni sui reali danni da fumo.

dal tabacco. Sono state condotte ricerche in proprio da parte della PM e si sono finanziati studi di ricercatori rispettabili, sperando in risultati utilizzabili nell'attuazione di una delle tattiche più efficaci: contrapporre dato a dato, studio a studio, per innescare e alimentare controversie senza fine con lo scopo di disorientare l'opinione pubblica e politica sul problema fumo. E i risultati sono appunto sotto gli occhi di tutti. La stragrande maggioranza dell'opinione pubblica è convinta che l'inquinamento ambientale sia molto più nocivo del fumo. Se per un momento andiamo indietro con la mente negli ultimi due decenni, pur con l'importanza che l'inquinamento atmosferico ha per la salute dei singoli e la sopravvivenza del pianeta, ci accorgiamo dell'eccessiva overdose d'ambientalismo che abbiamo subito a tutti i livelli: tv, giornali, formazioni partitiche ambientaliste e associazioni naturiste new age autoreplicanti a ritorno continuo. Il risultato è quello appunto sperato da Big Tobacco: spostare i riflettori culturali e di attenzione dai danni da fumo a quelli da inquinamento out-door.

Un recente lavoro di Künzli e Collaboratori del 2000 apparso su The Lancet ci ciuta a ristabilire le giuste proporzioni tra fumo e inquinamento esterno (9). Lo studio prende in esame i danni da inquinamento ambientale in tre Paesi Europei (Francia, Austria e Svizzera) e conclude che l'inquinamen-

to atmosferico è causa del 6% della mortalità totale, contro un circa 20% di quella da fumo, con un'incidenza di circa 40-50.000 decessi l'anno nelle 3 nazioni in esame quando solo i decessi da fumo in Francia superano le 65.000 unità.

Spetta a noi medici e operatori sanitari in genere, con formazione e informazione adeguata, cominciare ad invertire questa tendenza smascherando presso l'opinione pubblica questa ennesima quanto clamorosa truffa: purché, come raccomandava lo stesso Lojacono, le notizie siano "ben pubblicizzate e diffuse" (doc. 2501356124/6).



Bibliografia

1. Sito Philip Morris: www.pmdocs.com
2. Long EK, Glantz SA: Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. The Lancet 2000; Vol.355:1253-1259.
3. Boffeta P, Agudo A, Ahrens W, et al.: Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. J Natl Cancer Inst 1998; 90: 1440-1450.
4. Editorial: Resisting smoke and spin. The Lancet 2000; vol. 355:1197.
5. Barnes DE, Boero LA: Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. Jama 1999; 279:1566-1570.
6. Terracini B: Epidemiologia & Prevenzione e le multinazionali del tabacco. Epid. Prev. 2000; 24(3):99-100.
7. Forastiere F: I ricercatori non sapevano. Epid. Prev. 2000; 24(3):108.
8. Clementi ML: Breve viaggio negli archivi della Philip Morris. Epid Prev. 2000; 24(3):103-107.
9. Kunzli N, Kaiser R, Medina S, Studnik M, Chanel O, Filliger P: Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. The Lancet, 2000; 356: (9232): 795- 801.

Francia: la Société de Tabacologie



R. Molimard

Nel 1976 lavoravo al College de France e tentavo di capire perché i miei ratti avevano perso l'appetito dopo avere effettuato l'anastomosi porto-cavale nel laboratorio di Chirurgia Sperimentale dell'Ospedale Paul Brousse Villejuife. Lavoravo sulla rigenerazione del fegato. Il prof. Le Magnen era uno specialista del comportamento alimentare e mi spiegò ciò che sapeva della fame, del comportamento irresistibile di ricerca e di assunzione del cibo che questa provocava fino alla sazietà, realizzando un periodo di sazietà fino al pasto successivo. Come ex fumatore, quale ero, fui colpito dall'analogia di questo meccanismo con quello che spinge a prendere una sigaretta e a spegnere il mozzicone con la promessa: "Questa è davvero l'ultima".

L'anno seguente organizzai il mio laboratorio alla Facoltà di Medicina dei Saint-Pères a Parigi, e decisi di applicare questa idea agli studi dei meccanismi di dipendenza da tabacco. Chiesi dei fondi. Il Consiglio Scientifico mi accordò l'equivalente di circa 2.000 Euro attuali, ma il Decano di Facoltà mi avvertì solennemente che questa sontuosa generosità non sarebbe stata rinnovata a meno che il mio lavoro non fosse stato degno di essere pubblicato in una grande rivista scientifica.

Cercai allora di indurre i ratti ad azio-

nare una leva che somministrasse loro della nicotina. Azionavano come dei fessennati per ricevere la cocaina, ma la nicotina li lasciava indifferenti. Quanto ai colleghi, mi sono dovuto arrendere all'evidenza: la ricerca sul tabacco e la nicotina non interessa a nessuno in Francia.

Intanto gli epidemiologi francesi dimostravano che il tabacco era la principale causa dei decessi prematuri nel nostro paese (circa 60.000). Perciò l'INSERM (Intitute Nationale de Santé Et de Recerches Medicales) avrebbe dovuto logicamente intraprendere delle ricerche sul fenomeno della dipendenza, causa primaria di questo disastro per la salute pubblica, senza il quale il cancro al polmone non sarebbe che una tigre di cartapesta. Si sarebbe dovuto innanzitutto cercare di comprendere il suo meccanismo per trovare successivamente dei mezzi d'azione efficaci. Ero ancora stupefatto del disinteresse sulla materia, perciò ne parlai con il Decano, il quale ebbe un'idea geniale: "Gli scienziati adorano parlare, organizzati dunque dei seminari di studio sull'argomento e vedrà che i suoi colleghi si faranno vivi".

Fu così che nel dicembre 1981, presso la Facoltà dei Saints Pères, organizzai la "Prima Giornata della Dipendenza Tabagica". Avevo sollecitato l'intervento di M.A.H. Russel di Londra, che io considero l'iniziatore dell'approccio veramente scientifico al Tabagismo, il quale, considerando il proprio francese troppo mediocre, inviò Martin Jarvis, che lo parla

mirabilmente. Invitai pure tutti i laboratori di neurofisiologia, di neurofarmacologia, di psicologia e, chiaramente, tutti i "Consultori anti-tabacco" e tutte le organizzazioni impegnate nella lotta al Tabagismo.

Vennero una ventina di persone. Doveva essere una riunione scientifica. Divenne in realtà una fiera. Arrivarono dei "soccorritori", con grandi croci rosse sul petto, alcuni membri di leghe morali, rappresentanti di associazioni contro la vivisezione che ostentavano grossi cartelli e distribuivano volantini. Dovevamo strappare il microfono dalle mani per far smettere certi "oratori". Beninteso, non si trattava di colleghi. Ma fu comunque l'occasione di incontrare qualche vero autentico amico di valore scientifico, cosciente della carenza inammissibile della ricerca. Il solo a essere interessato al Tabacco era il prof. Gilbert Lagrue, che come neurologo vedeva la cosa come rischio per l'ipertensione arteriosa, ed aveva iniziato, contemporaneamente al sottoscritto e senza esserci messi d'accordo, delle consultazioni d'aiuto ai fumatori.

La prof.ssa Jeanine Louis-Sylvestre lavorava in quel tempo con il prof. Le Magnen sul comportamento alimentare, ed il prof. Patrick Mac Leod s'interessava alla neurofisiologia dell'olfatto. Decidemmo che non dovevamo fermarci lì. Siccome nessuna disciplina può svilupparsi senza ricerca, bisognava assolutamente promuoverla, e per fare ciò, dovevamo approfittare dei vantaggi della Legge del 1901 sull'associazionismo, della quale abbiamo festeggiato il centenario. Ne fondammo una che, per metterne ben in evidenza l'importanza, abbiamo registrato presso la Prefettura di Parigi il 16 dicembre 1983 con il nome di "Société d'Etude de la Dépendance Tabagique" (Società di Studio della Dipendenza da Tabacco), avente come obiettivo statutario quello di "promuovere la ricerca sul tabacco e il tabagismo e diffonderne i risultati". Una seconda

Robert Molimard

President de la Société de Tabacologie. - Directeur de Diplôme InterUniversitaire de Tabacologie PARIS XI-PARIS XII.
Centre de Tabacologie Paul GUIRAUD, 54 avenue de la République, 94806 Villejuif Cedex France. Phone & Fax: +33 01 45 59 54 13.

ragione per la scelta del nome piuttosto che quello di "Société de Tabacologie", era il fatto che avevamo qualche timore che questa giovane società fosse soffocata dalla presa di potere di "anti-ricercatori" interessati unicamente alla patologia legata al tabacco ed ai mezzi di prevenzione, mettendo in secondo piano l'aspetto dello studio scientifico del fenomeno di dipendenza che ci sembrava essenziale.

Come promuovere allora la ricerca con pochi fondi? Niente laboratori, né ricercatori. Abbiamo perciò pensato di prendere i soliti "due piccioni con una fava". Il nostro Consiglio Scientifico dal 1983 attribuisce in media due borse di studio all'anno a studenti che preparano una tesi di dottorato, in particolare in materie scientifiche o psicologiche, se il tema è dedicato al tabacco, e preferibilmente al problema della dipendenza. Le tesi sono attribuite per

una durata di tre anni, il tempo necessario per la loro realizzazione. Così facendo, formiamo dei giovani ricercatori, e allo stesso tempo attiriamo verso questo soggetto di ricerca dei laboratori attrezzati che possono mettere le loro competenze al servizio della ricerca sul tabacco.

I risultati in questo campo non sono molto buoni. I ricercatori che abbiamo formato fanno raramente carriera universitaria o nella ricerca pubblica, perché mancano laboratori attrezzati per lo studio del tabacco. I nostri soli successi riguardano gli psicologi. L'assenza di possibilità di carriera ci impedisce di avere i migliori studenti. Finché una pressione importante non sarà portata sui grandi organismi di ricerca e sull'università, gli sforzi non produrranno grandi effetti.

Comunque abbiamo qualche motivo di continuare a sperare. All'inizio, le "Giornate di Dipendenza da Tabacco" erano organizzate ogni 18 mesi, per mancanza di lavori scientifici originali, e contavano essenzialmente sul contributo di rari oratori stranieri capaci di tenere



Jacopo Negretti,
detto Palma il Giovane
(Venezia 1544-1628)

una conferenza in francese. Vi era ancora così poca gente seriamente interessata al problema del tabacco, che non era il caso di aggiungere una barriera linguistica. Ma poco a poco il livello scientifico è migliorato. Gli attivisti dei primi tempi avevano detto tutto ciò che avevano da dire, e non potevano rinnovare i loro discorsi, perché non lavoravano. Il livello scientifico si era alzato di livello ed essi non riuscivano più a seguire i temi trattati.

Nel 1990 abbiamo deciso di cambiare il nome in "Société de Tabacologie" senza modificare lo spirito della nostra azione. Le "Journée de Tabacologie" divennero annuali, a Parigi, nel mese di ottobre, e da tre anni si sono aggiunte quelle organizzate a turno dai membri della Società in varie regioni della Francia. Le ultime si sono tenute a Saint-Etienne il 22 e il 23 giugno. Attualmente ci occupiamo sia della ricerca scientifica pura e semplice, ma anche di azioni tese alla prevenzione, non più con uno spirito di propaganda, ma con obiettivi di valutazione scientifica.

Il secondo motivo per continuare a sperare è lo sforzo di formazione di professionisti (tabaccologi) competenti nelle Università. Il primo Diploma Universitario che ho organizzato nel 1986 alla Facoltà di Medicina dei Saints-Pères era su "Dipendenza Tabagica e fenomeni comportamentali associati". Da quando la Società ha cambiato nome, è diventato "Diplôme de Tabacologie" e molte materie sono da quel momento state offerte come insegnamento da varie università francesi. Quest'anno, il sito internet della Société de Tabacologie (<http://tabacologie.globalink.org>) è stato arricchito di pagine sulla formazione (<http://formation.tabacologie.globalink.org>) dove si trova l'insieme dei corsi del Diploma di Parigi, con la registrazione audio di qualche oratore, il che permette anche "l'insegnamento a distanza".

Contemporaneamente a questi eventi si è verificato un

importante cambiamento. La Missione Interministeriale di lotta alla Droga e alla Tossicomania (MILDT) ha visto estesa la sua competenza anche sui prodotti di consumo "legale": alcol e tabacco. Da qui, una Circolare Ministeriale ha dato disposizione di organizzare le consultazioni di tabaccologia negli ospedali, creando la necessità di avere tabaccologi adeguatamente formati. Il numero degli studenti si è così quadruplicato nell'arco di tre anni. Questi operatori ben formati non saranno più appagati dagli slogan. Vorranno che la ricerca permetta loro di affinare le loro terapie e i loro programmi nel campo della prevenzione. Di fronte alla domanda, speriamo che gli organismi di ricerca siano obbligati di interessarsi finalmente al tabagismo e aprire i laboratori di cui abbiamo bisogno. Uno dei grandi problemi con la disassuefazione da tabacco è che in assenza di dati scientifici, il campo è stato occupato dagli empirici della medicina, approfittando a volta in modo oltraggioso delle ricadute dei fumatori, per comportarsi come veri truffatori. Per questo motivo la

Société de Tabacologie ha creato un logo di qualità ExF (Ex-Fumatori), che viene attribuito a dei Centri di Tabacologie, nei quali un membro della Società si rende garante per la qualità della terapia e dell'etica del comportamento professionale. Vi sono attualmente più di 60 Centri di Tabacologia ai quali è stato attribuito questo logo di qualità, e ciò spinge i responsabili degli ospedali ad acquisire una competenza e un'etica reclutando del personale medico e infermieristico. Ho già avuto modo di presentare questo trascorso storico dell'esperienza francese nella lotta al Tabagismo quando fui invitato nella primavera del 2000 a Milano. La Società Italiana di Tabacologia stava nascendo, e il Dott. Mangiaracina, che abbiamo potuto a nostra volta invitare a parlarci della situazione in Italia alla 15° Journée de Tabacologie, si preoccupava della pertinenza di questo neologismo. Risposi che nessun greco moderno poteva contrariarsi nel vedere la parola logos associarsi alla parola tabacco, che non esisteva al tempo di Socrate, ma che, essendo diventata internazionale, è anche diventata una parola greca. Inoltre la parola è neutra, portatrice di spirito di ricerca scientifica, coniugato come quello di molte discipline mediche. Si può pensare che un fumatore abbia una certa apprensione andando in un "Centro anti-Tabacco", perché tende a considerare la sua sigaretta funzionale alla sopravvivenza. Quindi non può che vedere il

terapeuta come nemico. Se invece si tratta di una "consultazione d'aiuto alla disassuefazione, la parola "disassuefazione" evoca spesso vecchi e dolorosi ricordi, e lo stesso "aiuto" spesso è mal recepito, perché una delle chiavi del successo è il trionfo personale. Ciò che il fumatore spererebbe di trovare, non è né un giudice, né un buon samaritano, è un esperto che gli spieghi le strategie che può tentare per vincere la sua dipendenza. In questo modo riteniamo che la parola "Tabacologia" sia meglio accettata. In tutti i modi, sembra che il termine tabacologia non sia poi così nuova, anzi sembra che venga da lontano (come da ricerche del dr. Zagà) essendo stata impiegata già nel XVII secolo. È una fortuna per la scienza che questa parola sia stata accolta dalla SITAB.

Certo il Tabagismo è un fenomeno eccezionale. Chi vi si avventura si trova immerso in tutti gli aspetti della vita umana, dai fenomeni biochimici più complessi ai grandi problemi sociali, passando per i misteri insondabili dell'anima. Per questo motivo, interessarsi al Tabacco è anche appassionante. Tuttavia, malgrado gli ostacoli, bisogna affrontare tutti questi aspetti con spirito e rigore scientifico.

In occasione della mia visita a Milano (Carate Brianza), ho approfittato per fare un po' il turista. Verona mi ha riservato una piacevole sorpresa. Al Museo del Castello Vecchio ho osservato un dipinto straordinario, di Palma

il Giovane. In primo piano, dei cadaveri verdastri che venivano gettati nella laguna. In secondo piano, una processione di notabili ed ecclesiastici guidati dal Doge. Nel cielo, un Cristo in croce sostenuto dagli angeli. La legenda: "Implorazione per la cessazione della peste a Venezia". Nel 1550, la sola difesa era la preghiera, le esortazioni, gli esorcismi e le processioni. Ma solo la scienza, scoprendo il ruolo della pulce del ratto e il bacillo di Yersin, ha permesso la prevenzione efficace e il controllo del flagello. Purtroppo, per quanto riguarda il Tabacco noi siamo ancora a quel tempo: grandi dichiarazioni, la demonizzazione e gli anatemi. Cerchiamo dunque ciò che c'è dietro il filtro magico. Non lasciamo il monopolio della ricerca all'industria del tabacco, che se ne serve per far crescere le sue vendite, neppure all'industria farmaceutica, che non si interessa ad altro se non ai medicinali. Per una gran parte di questa ricerca io non vi appartengo: innanzitutto l'ambito psicologico, poi quello sociologico, la prevenzione e perfino lo studio degli additivi del tabacco e dei medicinali non brevettabili. Abbiamo assolutamente bisogno che si sviluppi una ricerca accademica indipendente. La pressione che possono esercitare le nostre Società Scientifiche è determinante. Allora, viva la Società Italiana di Tabacologia!

Quando fumare non era da rivoluzionari

1948: "...Qui scioperano nelle banche e fumano nei teatri."

VI Congresso PCI, due dirigenti del PCUS vengono in Italia e riferiscono...

"Quando è arrivata la delegazione Sovietica, non senza commozione, abbiamo potuto vedere l'atteggiamento caloroso manifestato dal Congresso. L'intera sala, in piedi, ha salutato i delegati sovietici... e le esclamazioni in onore del compagno Stalin si sono placate dopo molto tempo. Si è trattato di una scena di enorme slancio rivoluzionario, che ha lasciato una enorme impressione sui delegati... Noi ci siamo sorpresi perché in questo teatro drammatico (N.d.R. Il Piccolo di Milano) come del resto in tutti i teatri drammatici italiani è permesso fumare liberamente. Sugli schienali delle sedie sono persino fissati appositi portacenere. Tale mancanza di civiltà ostacola molto il lavoro dell'attore che esegue un ruolo difficile sul palcoscenico...

... della decadenza e del marasma della cultura borghese ha testimoniato anche una mostra di quadri di famosi attori italiani..."

(Stralcio del resoconto del resoconto datato 5 febbraio 1948 al Direttivo del Comitato Centrale del PCUS da parte di uno dei due dirigenti sovietici, V. G. GRIGOR'JAN, che aveva partecipato a Milano al VI Congresso del PCI)

narghilé



World no-tobacco day

Giornata Mondiale senza Tabacco - 31 Maggio 2003

Cinema e moda senza fumo

B. Tinghino, M. Mura

Hollywood: come i giovani imparano a fumare

La giornata mondiale contro il tabacco, che si terrà il 31 maggio, per volontà dell'OMS sarà quest'anno incentrata sul ruolo che il cinema ed il mondo della moda svolgono nel favorire il tabagismo, soprattutto tra il pubblico più giovane. In effetti le immagini relative all'abitudine al fumo sono andate aumentando sugli schermi del cinema durante l'ultima decade e, a dispetto dei dinieghi abituali, è ormai ben difficilmente distinguibile dalla pubblicità ufficialmente finanziata e quindi "regolare". La lobby politica di Hollywood, la MPAA, si rifiuta infatti di avvertire i genitori riguardo al fatto che taluni films e video promuovano l'abitudine al tabacco.

I dati di letteratura mostrano che il 71% dei ragazzi inizia a fumare prima dei 18 anni, cioè in una fascia di età molto sensibile al fascino dei modelli pubblicitari e delle stars del mondo del cinema. La televisione e i films contribuiscono dunque a sostenere una immagine positiva del fumare. Questo è quello che emerge, per esempio, da una ricerca condotta da studiosi dell'Harvard School of Public Health di Boston, i quali hanno analizzato il contenuto dei films e delle produzioni televisive prodotti tra il 1993 e il 1997, selezionati tra una lista di

35.000 pellicole. Si trattava di materiale scelto seguendo le più recenti tendenze in voga tra gli adolescenti di sesso femminile, così come consiglia-

to su riviste specializzate come Cosmopolitan, Glamour, Vogue, Rolling Stone. Negli intervalli esaminati la presenza di stimoli inerenti al fumo era veramente alta: nel 28,4% dei casi venivano mostrati comportamenti attinenti al fumo. In più della metà degli episodi incriminati succedeva che si usassero sigarette alla presenza di persone che non fumavano. Le attrici che interpretavano tali ruoli erano giovani (29 anni in media) e la maggior parte dei messaggi finivano per incoraggiare l'abitudine al fumo. La conseguenza - a giudizio dei ricercatori - è che le donne verrebbero portate ad usare i derivati del tabacco per controllare le loro emozioni, sembrare seducenti e migliorare la loro immagine corporea, controllare il peso o acquisire una strategia per stare meglio in compagnia. Al contrario, le immagini dei mass-media nei ragazzi finiscono per far credere che il fumare rinforzi l'identità maschile, porti ad avere più prestigio e successo nei rapporti con gli altri. I giovani che, fra l'altro, tendono a sovrastimare la prevalenza di fumatori tra gli adulti sono quelli più esposti al rischio di divenire fumatori essi stessi. Il che vuol dire, in pratica, che gli adolescenti che sono più sensibili alla "visibilità" del fenomeno tabagismo, imitano più facilmente i fumatori adulti.

Un altro studio - pubblicato sulla rivista scientifica Tobacco Control - ha appurato che addirittura nel 75% dei video musicali ci sono immagini di giovani adulti che fumano. I giovani, è stato appurato, alla fine bene ricordano il marchio delle sigarette pubblicizzate e gli eventi correlati a determinate ditte produttrici. Si è visto inoltre che chi presta attenzione a tali forme pubblicitarie ha una probabilità quasi tripla rispetto ai giovani che non hanno ritenuto il messaggio della pubblicità.

La risposta dell'OMS non vuole essere, ovviamente, né la censura né una caccia



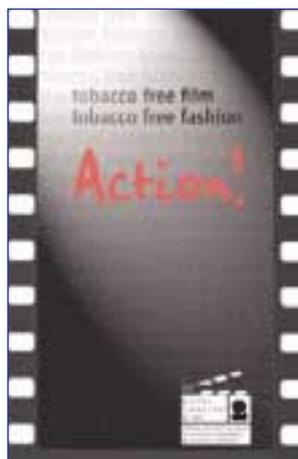
alle streghe. L'idea è di sensibilizzare, attraverso un progetto ("Smoke Free Films") partito nel novembre 2002 e condiviso dall'Università della California a San Francisco, dalle industrie del cinema e della moda affinché cessino, anche indirettamente, di promuovere uno strumento di malattia e di morte. Il messaggio è diretto soprattutto a Hollywood e Bollywood (la grande industria indiana del cinema che si trova a Mumbai) affinché si sbarazzino del loro ruolo di promozione del tabacco. La ricetta proposta dall'Associazione Medici Americani e dal Dipartimento di Sanità Pubblica di Los Angeles è chiara: certificati comprovanti che le case produttrici di films non sono finanziate dalle multinazionali del tabacco, spazi adeguati per spot educativi sul fumo, eliminazione completa di ogni accenno ai nomi di marche di sigarette ed infine una grande "R", certificata dal Rating Board, dovrebbe identificare i films che mostrano scene di fumo o mostrano marche di sigarette. Il rating, invece, dovrebbe essere meno severo se, però, il film mostra inequivocabilmente i pericoli e gli effetti negativi del tabacco.

Biagio Tinghino (btinghi@tin.it)

Segretario SITAB, SERT Monza

Marco Mura (marcomura@hotmail.com)

Dottorato di Ricerca in Scienze pneumo-cardio-toraciche - UNIBO



Bologna, 31 ottobre 2001

Nasce la consulta italiana sul tabagismo

Identità, scopi, obiettivi

M. Laezza

IL 31 ottobre 2001 si è tenuta a Bologna, con il contributo organizzativo degli Assessorati alle Politiche Sociali ed alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, l'Assemblea elettiva della Consulta Italiana sul Tabagismo, organismo di cui il Prof. Umberto Veronesi è Presidente Onorario.

La Consulta Italiana sul Tabagismo nasce dal lavoro preparatorio di un gruppo promotore costituito dal Coordinamento del Progetto regionale Tabagismo dell'Emilia-Romagna (Dott. Maurizio Laezza), dalla Società Italiana di Tabaccologia (Dott. Giacomo Mangiaracina) e dal Gruppo d'Interesse sul Tabagismo della Società Italiana Tossicodipendenze (Dott. Giovanni Forza).

L'articolo 3 dello Statuto definisce scopi e modalità d'intervento:

“ La Consulta intende essere uno strumento nazionale di coordinamento e raccordo culturale - operativo tra Enti e Soggetti Pubblici o Privati, come specificato all'art. 4, interessati a realizzare, interventi comuni e di provata efficacia per la prevenzione ed il controllo del Tabagismo.

La Consulta intende privilegiare le seguenti modalità di intervento:

- 1) Promuovere la ricerca e la raccolta, a livello locale, nazionale ed internazionale, delle specifiche ed adeguate risorse da impiegare nella lotta al Tabagismo.
- 2) Svolgere un ruolo di pressione e di informazione, in modo attivo, prioritario e congiunto, nei confronti degli Amministratori e delle Autorità preposte alle Politiche Socio - Sanitarie ed Economiche.
- 3) Promuovere in generale la prevenzione ed il controllo del tabagismo nella Società Civile attraverso gli strumenti della partecipazione, responsabilizzazione ed autoregolamentazione, coinvolgendo gli operatori del settore educativo, sanitario, politico, economico, del volontariato, nonché dell'informazione per il raggiungimento delle finalità enunciate nel presente Statuto.

4) Partecipare e collaborare ad ogni altra iniziativa nazionale ed internazionale, promossa da organismi governativi e non, in armonia con le finalità del presente Statuto.

5) Istituire e gestire un sistema informativo per la divulgazione a livello nazionale delle informazioni riguardanti esperienze, modelli di intervento ed opportunità di interesse per gli scopi della Consulta”.

Hanno aderito alla Consulta fino ad ora circa 80 tra Enti, Istituzioni e Servizi socio - sanitari, tra cui la Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi, la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, la Società Italiana di Chirurgia, la Società Italiana di Medicina Generale, l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, la Società Italiana di Psicologia della Salute, la Società Italiana di Alcolologia, l'Università di Bologna, numerose associazioni di volontariato, numerose Aziende USL e singole Unità operative.

Il neo eletto Consiglio Direttivo risulta così costituito:

Segretario dott. Maurizio Laezza (Regione Emilia-Romagna)

Vice Segretario dott.ssa Elizabeth Tamang (Regione del Veneto)

Vice Segretario dott. Giacomo Mangiaracina (Società Italiana di Tabaccologia)

Tesoriere dott. Stefano Vianello (Coordinamento Nazionale Progetto Quit and Win, ULSS 13 Camponogara-Venezia)

Altri componenti:

Dott. Giovanni Forza (Gruppo d'Interesse sul Tabagismo-Società Italiana Tossicodipendenze)

Dott. Giovanni Invernizzi (Task Force Tabagismo- Area Nazionale Pneumologica- Società Italiana di Medicina Generale)

Dott.ssa Claudia Monti (Istituto Oncologico Romagnolo)

Dott. Giovanni Pilati (Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Isontina Gorizia).

Dott. Claudio Propat (Centro per la prevenzione e cura del Tabagismo AUSL di

Trieste)

Dott. Biagio Tinghino (Centro per la diagnosi e la terapia del Tabagismo-Sert-ASL Milano 3)

Il posto riservato, da Statuto, al Rappresentante del Coordinamento delle Regioni, verrà ricoperto quanti prima, tenuto conto del fatto che alcune di esse hanno ancora in corso di perfezionamento la nomina del loro Referente. Hanno già aderito alla Consulta il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, la Toscana e il Lazio. Il Friuli-Venezia Giulia, la Puglia e altre regioni sono in procinto di farlo.

L'assemblea del 31 ottobre ha inoltre approvato per acclamazione la proposta di costituire un Comitato d'Onore, presieduto dal Prof. Umberto Veronesi, di cui facciano parte il Prof. Fausto Badellino, nel ruolo di vice Presidente ed in rappresentanza della Società Italiana di Chirurgia, il Prof. Mario De Palma in rappresentanza della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi, il Dott. Giovanni Greco in rappresentanza della Società Italiana di Alcolologia ed il Prof. Francesco Schittulli in rappresentanza della Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori.

Gli impegni prioritari della Consulta nel breve-medio periodo sono:

1. Sostegno ad iniziative di tipo legislativo finalizzate alla approvazione di una legge quadro sul Tabagismo (analogamente a quanto è già avvenuto in Italia per l'Alcolismo). A tal fine verrà sentito il parere del Prof. Veronesi e contattata la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori per concertare azioni comuni.
2. Costituzione di un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti del Coordinamento delle Regioni per la definizione di proposte finalizzate alla elaborazione di linee guida regionali condivise in tema di prevenzione, controllo e cura del tabagismo.
3. Collaborazione a livello europeo con altri Organismi non governativi per realizzare iniziative comuni di sensibilizzazione sui temi riguardanti la lotta al tabagismo, in particolare nei riguardi del Parlamento Europeo

In questo senso la Consulta Italiana sul Tabagismo potrebbe vincere la sfida: non riducendosi a mera “somma” dei vari Soggetti aderenti, sia pur in una prospettiva nuova di raccordo funzionale, ma di diventare luogo privilegiato dove il confronto continuo tra discipline scientifiche e contesti operativi diversi consenta di fare un vero e proprio salto qualitativo nella dotazione di strumenti e modalità d'intervento integrate sempre più efficaci.

Murizio Laezza (tabagismo@regione.emilia-romagna.it)
 Segretario della Consulta Italiana sul Tabagismo
 Ufficio Tossicodipendenze, Assessorato alle Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna.
 Viale Aldo Moro 38 - 40127 Bologna
 Tel. 051 28337 - Fax 051 293911

Esperienze ed Alleanze

Siglate tra SITAB e altre società scientifiche Intese decisive contro il fumo

B. Tinghino

Da soli non si vince, questo è un concetto chiaro per la Società Italiana di Tabaccologia che ha come obiettivo quello di tessere una "rete virtuosa" di relazioni e di sinergie, cosa che sta avvenendo grazie soprattutto agli sforzi del presidente Mangiaracina.

È del 2001, per esempio, l'accordo siglato con la Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi, grazie all'impegno del prof. Mario De Palma. Le iniziative principali verranno promosse dalle rispettive riviste (Tabaccologia e Prevenzione Respiratoria) e i siti internet, con un occhio particolare ad eventi da realizzare congiuntamente. Anche la Giornata Mondiale Senza Tabacco, la Giornata del respiro e la Giornata Nazionale per i Diritti dei Non Fumatori vedranno sforzi congiunti, pur nel rispetto delle rispettive autonomie.

Un intento simile si è ritrovato coi medici sportivi, rappresentati dalla FMSI, che ha sottoscritto un accordo con la SITAB attraverso il suo presidente, Prof. Giorgio Santilli. La FMSI ha fra i compiti istituzionali la promozione e l'incentivazione di studi e ricerche sulla promozione della salute, attraverso lo sport, l'educazione sanitaria della popolazione sportiva, la diffusione della cultura dello sport. Questi obiettivi statutari sono stati, fra l'altro, oggetto di collaborazione con la Presidenza del

Con-siglio dei Ministri, con il Ministero della Pubblica Istruzione e con il Ministero per i Beni e le Attività Culturali (Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri del 21 febbraio 2001). La FMSI si impegna a diffondere messaggi di prevenzione del tabagismo e a promuovere iniziative sia nei confronti dei propri soci, sia nel mondo dello sport nazionale, in collaborazione con le Federazioni Sportive, il tutto in collaborazione con la SITAB, che ricono-

uno Smoke Free Point, in collaborazione con l'ALIBERF (Associazione Liberi dal Fumo), uno stand presso il quale si poteva misurare il monossido di carbonio, accettando il messaggio della bellissima Miss Universo smoke free in carica, Silvia Ceccon.

E qui si inserisce ("dulcis in fundo") l'accordo siglato tra la SITAB e l'organizzazione responsabile del concorso per Miss Universo, in particolare grazie alla sensibilità di Clarissa Burt che

ha creduto nell'idea di un forte legame tra bellezza e libertà dal fumo. Fra l'altro l'articolo 4 del protocollo d'intesa firmato tra la SITAB e la Clarissa Burt Management prevede che "la vincitrice si impegna a diventare l'ambasciatrice per un Universo libero dal fumo e a fungere da testimonial per suggerire ai coetanei uno stile di vita sano e positivo". Cosa che è stata, fra l'altro ribadita, ad una seguitissima conferenza stampa del



Miss Universo 2002 smoke-free, Silvia Ceccon, premia il keniano Atudonyang (a destra), vincitore della BolognaMaratona 2003 col tempo di 2:21:10.

sce nei programmi di prevenzione primaria uno dei motivi più importanti della propria esistenza. In quest'ottica si è infatti svolta la maratona del 23 marzo 2002 a Roma, dedicata - fra l'altro - a "Fumo, Sport e Prevenzione". Un modo per combattere le forme di promozione pubblicitaria che provengono sempre più spesso da certe manifestazioni sportive. Identico sforzo è stato portato avanti con successo, più recentemente, alla Bologna Maratona dichiarata libera dal fumo, con la creazione di

presidente Silvio Berlusconi del 14 marzo scorso alla quale ha partecipato la Burt e il dott. Schittulli (Lega Italiana Lotta ai Tumori) che ha permesso di sottolineare l'importanza della prevenzione del tabagismo, attraverso gli sforzi compiuti anche in collaborazione con la SITAB.

Alleanze, dunque, ed esperienze che si integrano. Per fare meglio e per fare di più.

Biagio Tinghino (btinghi@tin.it)
Segretario SITAB, SERT Monza

Stai smettendo di fumare?



"integratore vitaminico ed alimentare coadiuvante nella disintossicazione da tabacco: tutta l'efficacia della natura"

Numerosi sono i metodi d'appoggio utilizzati per smettere di fumare utilizzando i principi della terapia sostitutiva, con somministrazione controllata di nicotina o l'impiego di farmaci, o terapie dolci.

Fino ad oggi manca la proposta di un integratore in grado di sostenere le inevitabili crisi d'astinenza che seguono la decisione di dire addio alla sigaretta.

La "EOS" oggi ha messo a punto una nuova linea di prodotti denominata **NOtabac®** composta da tre diverse formule, totalmente naturali e realizzate con estratti vegetali concentrati, arricchite con aminoacidi e vitamine.

NOtabac® ha scelto la formula in gocce, perché ha il vantaggio di essere assimilata istantaneamente attraverso le mucose e di essere immediatamente messa in circolazione.

NOtabac® è particolarmente consigliato a chi ha smesso o sta smettendo di fumare, indipendentemente e/o in sinergia all'uso di altri metodi (con farmaci, terapia di gruppo o applicazioni come agopuntura, pranoterapia, orecchini o altro). **NOtabac®** infatti è un valido aiuto per superare le difficoltà iniziali.

- **NOtabac® BLU** per aiutare nei confronti dei disagi delle crisi d'astinenza.

Il preparato è un ottimo coadiuvante per allentare la tensione, il nervosismo, l'ansia e lo stress dovuti all'eliminazione dell'abitudine al fumo.

- **NOtabac® ROSSO** favorisce la disintossicazione.

In questo modo si ha un miglioramento della circolazione del sangue che aiuta il fumatore nei confronti dell'assuefazione. Il sangue diventa più fluido, pulito, più ossigenato facilitando la concentrazione e la lucidità mentale.

- **NOtabac® GIALLO** favorisce la depurazione degli organi interni, essenziale per eliminare l'esigenza del tabacco.

Ripristina il buon funzionamento del metabolismo, in particolare quello epatico e quello intestinale. La circolazione linfatica viene stimolata e con essa l'eliminazione delle tossine. (U. Maria Rothlin)

NOtabac®

www.notabac.com

e-mail: info@notabac.com

I numeri del tabagismo in Italia ed altri stati: un confronto critico

Entity of tabagism in Italy and other countries: a critical comparison

C. Poropat, G.L. Montina, R. Tominz, V. Zagà, S. Ticali, R. Ciarfeo Purich

Sommario

Scopo. Determinare il livello e la coerenza dei dati sulla prevalenza dei fumatori, mortalità da fumo attivo e passivo, YPLL e costi sanitari attribuibili al fumo in Italia, anche confrontandoli con i dati di altri paesi.

Metodo. Raccolta ed analisi logica e non statistica dei dati reperibili in Rete al gennaio 2003 e proiezione sulla realtà italiana di alcuni risultati dei grandi studi epidemiologici.

Risultati. La prevalenza di fumatori in Italia nel 2000 varia molto secondo l'Ente rilevatore: 24,9% per l'ISTAT, 28,9% per la Doxa, 36,4% per l'ISS. La differenza di rilevamento è particolarmente accentuata per le femmine, nelle fasce centrali di età e per gli ex fumatori. Per la mortalità i dati riportati dal WHO rilevano, nell'anno 1995, 87.800 morti attribuibili al fumo, di cui 11.800 femmine, pari al 4% della mortalità femminile, ben al di sotto del 9% che rappresenta la media dei paesi sviluppati. L'applicazione del programma SAMMEC del CDC per i dati italiani di mortalità e prevalenza 1998 rileva una SAM di 70.988 per gli uomini e di 26.722 per le donne. Il CPSII, su cui si basano i dati di tutte le proiezioni, stima una SAF del 35,25% di morti attribuibili al fumo su tutte le morti maschili sopra i 35 anni ed il 21% su tutte quelle femminili. Per l'Italia la stima, effettuata sulla percentuale rilevata nel 1993 di maschi fumatori, comporta una SAM di ben 116.000 per i soli uomini. Il fumo passivo riferito ai dati di prevalenza ISTAT, dà 9.967 morti di cui 9.186 per cardiopatia ischemica. La proporzione stabilita dal CDC è di un morto da fumo passivo ogni 1.224 fumatori attivi. L'eccesso di costi sanitari risulterebbe da 442 a 1.024 _ per fumatore/anno a seconda che si adotti il criterio del 6 o del 14% del totale delle spese sanitarie, di fronte ad una spesa sanitaria (pubblica + privata) personale di 1.568 _ nel 2000.

Conclusioni. E' evidente per l'Italia la necessità di una Consensus Conference in grado di armonizzare i dati che sono indispensabili per una corretta programmazione sanitaria

Parole chiave: tabagismo, epidemiologia, prevalenza, mortalità, costi sanitari.

Abstract

Aim of the study. To establish the size and coherence of data concerning prevalence of tobacco smoke in Italy, mortality caused by active and passive smoke, YPLL and health costs due to smoke damage and to compare these data with those provided by other countries.

Methods. Gathering and logical analysis (not statistic) of data available on the net to jan. 2003 and results projection in Italy of some large epidemiological studies.

Results. The prevalence of smokers in Italy is in the year 2000 is very variable according to the relieving Agency: 24,9% according to ISTAT, 28,9 according to Doxa and 36,4% according to ISS. The relieving difference is particularly marked among women, in the middle age groups and among ex-smokers.

Concerning mortality, data reported by WHO in the year 1995 reveal 87.000 deaths attributable to tobacco smoke, of whom 11.800 women, equal to 4% of the female mortality, definitely below the medium rate in the Western Countries, that is 9%.

The application of the SAMMEC program by CDC for the italian mortality rates and prevalence reveals a SAM for men of 70.988 and for women of 26.722 in the year 1998.

The CPSII, on which RR all the projection data are based, estimates a SAF (1993) of deaths due to tobacco smoke for all causes of 32,25% for males over 35 years and of 21% for females. The estimate for Italy, with the percentage of male smokers of 1993, involves a SAM of 116.000 for men.

Passive smoke, referring to the prevalence data by ISTAT, is responsible of 9967 deaths, of which 9.186 due to ischemic cardiopathy. The proportion established by CDC is equal to 1 death due to passive smoke every 1224 active smokers.

The excess of health costs would turn out from 442 to 1024 euros per smoker/year, in conformity with the criterion of 6 or 14% of the total health expense, in comparison with a personal health expense (public+private) of 1568 euros in the year 2000.

Conclusions. It is evident the necessity for Italy of a Consensus Conference that should harmonize these data indispensables for the sanitary scheduling.

Key words: tabagism, epidemiology, prevalence, mortality, health cost.

C. Poropat: ASS N.1 Triestina, Dipartimento delle Dipendenze, Centro per la prevenzione e cura del tabagismo, SITAB
S. Ticali, R. Ciarfeo Purich: ASS N.1 Triestina, Dipartimento delle Dipendenze, U.O. Dipendenze legali
G.L. Montina: ASS N. 1 Triestina, Dipartimento di Prevenzione, U.O. Medicina del Lavoro
R. Tominz: A.S.S. N.1 Triestina, Dipartimento di Prevenzione, Unità di Epidemiologia
V. Zagà: Società Italiana di Tabaccologia, Presidio di Pneumotisiologia - Azienda USL Città di Bologna

INTRODUZIONE

Il tabagismo è la principale causa prevenibile di morte nei paesi sviluppati (25) di cui l'Italia fa parte. Il WHO (World Health Organization) prevede un trend di crescita per la mortalità fumo correlata, tra gli anni 1990-2020, del 50% per i paesi sviluppati e del 400% per i paesi in via di sviluppo (26).

E' previsto che nel 2020 il carico di malattia (26) attribuibile al tabacco superi a livello mondiale quello causato da qualsiasi altra singola malattia, passando dalla percentuale del 2,6% di tutto il carico di malattia al 9%, cui corrispondono 8,4 milioni di morti all'anno, di cui 2,4 nei paesi sviluppati. Per confronto il carico previsto per le cardiopatie ischemiche sarà del 6%.

Il tabagismo è un'emergenza mondiale con la quale molti governi non si sono ancora adeguatamente confrontati (26). Per uscire da allarmismi poco produttivi ed impostare una corretta politica di prevenzione e cura, **sono necessari dati epidemiologici accurati sulla prevalenza, morbilità, mortalità ed incidenza economica di questo fenomeno morboso.**

Obiettivo del presente studio è confrontare i dati italiani tra di loro e con quelli di altre nazioni. Allo stato attuale i dati provengono da un insieme ragionato di statistiche nazionali, studi puntuali e stime. Tale mix dà spesso dati discordanti e, pur in accordo sulla rilevanza del fenomeno in quasi tutti i paesi, le statistiche nazionali sono vistosamente carenti.

L'analisi critica delle stime di prevalenza e del rischio potrebbe stimolare studi più approfonditi sul nostro territorio al fine di impostare una più corretta politica sanitaria di prevenzione e cura del tabagismo.

Caveat:

Le considerazioni sotto forma di analogie e proiezioni che svilupperemo hanno più il carattere della domanda che della risposta. Le stime ufficiali si basano sui dati nazionali di prevalenza dei fumatori, della mortalità generale nazionale e della mortalità attribuibile al fumo dei "grandi studi" anglosassoni che, con gli opportuni parametri di correzione ed in assenza di analoghi studi locali, vengono adottati a livello mondiale.

Se una delle tre colonne è inesatta, o addirittura grossolanamente inesatta, la stima conseguente sarà inesatta.

I dati di prevalenza dei fumatori in Italia sono così incerti che lo stesso Istituto per le ricerche farmacologiche Mario Negri ha commissionato uno dei due studi della Doxa citati. I dati di mortalità generale si possono considerare sufficientemente corretti nei paesi sviluppati. I "grandi studi" vedono, nel corso del tempo, un considerevole aumento della mortalità fumo correlata, probabilmente legata all'aumento del fumo nel secondo dopoguerra. Ma i dati nazionali sono lenti ad incorporare tali correzioni. Il capitolo delle spese soffre di parzialità nel reperimento di dati.

E dunque le nostre considerazioni rischiano di essere non più inesatte dei dati ufficiali da cui partono.

METODO

Raccolta di dati ritenuti più importanti presenti in Rete al gennaio 2003 e loro confronto. Oltre all'Italia abbiamo preso in considerazione prevalentemente l'Inghilterra per la qualità dei suoi studi e delle sue politiche sanitarie in ambito europeo e gli Stati Uniti per la riconosciuta accuratezza epidemiologica e la vastità dei campioni delle loro ricerche. **L'analisi proposta è una verifica critica e non uno studio strettamente statistico dei dati rilevati.** L'analisi critica è suddivisa in 4 capitoli: 1. Prevalenza 2. Mortalità 3. Fumo passivo 4. Costi

RISULTATI:

1. Prevalenza

La popolazione italiana con più di 15 anni nel 1995 ammontava ad un totale di 48,8 milioni, di cui 23,4 milioni di Maschi e 25,4 milioni di Femmine. Nel 2000 la popolazione con più di 15 anni ammontava ad un totale di 49,1 milioni (1).

TAB. 1. Prevalenza in % di fumatori nella popolazione Italiana (2,3,4,5,6)

anno	istat*			doxa**			iss***
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	totale
2000	32,2	18,2	24,9	35	23,8	28,9	36,4
1995	33,9	17,2	24,5				
1991	37,8	17,8	27,4	38,3	25,9	32	
1980	54,3	16,7	34,9				

Legenda: * L'ISTAT seleziona dai 14 anni di età, ** La Doxa dai 15 anni, *** ISS = Istituto Superiore di Sanità

Il WHO (32) nel suo General Report del 1997, stima i fumatori italiani relativi al '93-'94 al 38 % per i Maschi ed al 26 % per le Femmine, e quindi in miglior accordo con la Doxa.

I dati del 2000 rispetto alla numerosità dei fumatori sono così riassumibili:

- 12,2 milioni di fumatori secondo l' ISTAT
- 14,1 " " la DOXA
- 18 " " l' ISS con una ricerca basata sui consumi.

La difficoltà di rilevamento riguarda principalmente le fumatrici con uno scarto del 5,6 % tra ISTAT e DOXA, corrispondente a ben 1,4 milioni di fumatrici. Neanche sul **trend** relativo all'abitudine al fumo c'è accordo: quello per le femmine è in lieve crescita per l' ISTAT mentre è in lieve diminuzione, sia pur non significativa, per la Doxa. E' da notare che per l' ISTAT il numero di donne fumatrici è sostanzialmente invariato dal 1980, dato contraddetto dal forte aumento del fumo tra le giovani (15-20 anni) che supera quello dei coetanei maschi. Si citano ad esempio due studi puntuali (29) con il 43 % e il 38,5 % di Femmine fumatrici versus il 31 % ed il 34,2 % di Maschi fumatori rispettivamente. Dato ancor più significativo, perché evita le diluizioni statistiche delle età estreme in cui si fuma meno, è quello relativo ai fumatori delle **fasce centrali di età** (25-44 per l' Istat e 24-44 per la Doxa). Essi sono per il 40,1 % M - 25,6 % F secondo l'ISTAT, versus il 42,3 %M e il 34,2 % F secondo la Doxa, con uno scarto per le F ancora maggiore e pari al 8,6 %. Queste difformità di rilevamento potrebbero essere attribuite a risposte non veritiere dovute al peculiare ruolo familiare e sociale della donna. Paradossalmente le donne fumano proprio per emanciparsi da tale ruolo. Più in generale la diffusa consapevolezza dei danni da fumo rende difficile per ambedue i sessi la comunicazione a terzi di un comportamento che dai più è ritenuto dannoso. Una prova indiretta potrebbe essere data dalla percentuale di **ex fumatrici** rilevate: 8,4 % (Doxa 2001) versus il 13,4 % (Istat 2000). La differenza del 5% è praticamente eguale alla differenza percentuale di fumatrici rilevate dalla Doxa rispetto all' Istat: è come se la stessa donna si dichiarasse fumatrice attiva per la Doxa ed ex fumatrice per l' Istat ! Una riflessione va fatta anche sul dato riportato dalla Doxa (3) riferito ai fumatori **ultra 65enni** che dal 1990 al 2001 scendono dal 20,7 % al 11,8 % del totale dei fumatori, nonostante l' aumento numerico avvenuto in questo decennio nella succitata popolazione. Tale diminuzione è bilanciata dall'aumentata incidenza del fumo tra i più giovani della fascia di età 15-24 che dal 29,3 % del 1990 sale al 34,1% del 2001 e dall' aumento conseguente di fumatori nelle fasce di età medie. Gli **ex fumatori**, che come visto si concentrano nelle classi di età più elevate, sono valutati da Doxa 2002 pari al 15,5 % , dall' ISTAT 99-2000 il 19,1 % con una durata media di fumo di ben 22 anni (24 per i M e 17 per le F) sufficiente ad innescare le principali malattie fumo-correlate. In breve si potrebbe dire che si fuma di più, probabilmente ci si ammalerà di più e che si smette di più invecchiando di più. In un altro sito dell' ISTAT (18), i fumatori nel 2000 sono valutati al 31 % dei M ed al 17,2 % delle F e gli ex al 19,8 %, percentuali che differiscono dalle precedenti ISTAT relative al medesimo anno di circa un punto percentuale. Un dato infine incoraggiante è che il 37,1 % dei fumatori ha fatto nel 2000 (3) **concreti tentativi per smettere (ci riesce l'1,5%)**.

2. Mortalità

2.1. Mortalità fumo correlata

I dati che esporremo inizialmente si riferiscono ad uno studio recente pubblicato dal WHO (1) relativo al 1995, con dati elaborati da Peto e Lopez (10) in un lavoro dal titolo: Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics (con successivi aggiornamenti al 1998).

Per un inquadramento:

TAB. 2. WHO: Dati di popolazione adulta e di fumatori, in milioni ed in %, 1995 (1)

	popolazione (milioni di ab.)	fumatori in milioni			fumatori in%		consumo
		maschi	femmine	totale	maschi	femmine	
Italia [^]	48,8	7,5	4,3	11,8	32,2	17,3	89
GB	47	6,7	6,7	13,4	29	28	91
USA	207	28,2	23,3	51,5	28	22	518
USAx*	48,8	6,4	5,4	11,8	28	22	119

Legenda: Consumo annuale di sigarette in miliardi di pezzi; [^] dati ISTAT; * Per rendere numericamente confrontabile la popolazione USA con la popolazione italiana, viene applicato un fattore di correzione pari al 0,23 ottenuto dividendo la popolazione USA considerata per quella italiana

E' importante notare che i fumatori vengono conteggiati a partire dai 14 anni per l' ISTAT, dai 15 per la Doxa, dai 16 per la GB e dai 18 per gli USA nell'intento di non diluire troppo verso il basso il campione evitando di ottenere percentuali di fumatori più basse. La comparabilità statistica ne soffre. I dati USA proporzionali di popolazione si prestano ad essere confrontati con quelli italiani risultando, per caso, un numero eguale di fumatori; fa eccezione il confronto sul consumo che peraltro non tiene conto del contrabbando in Italia valutato nel 20% del consumo legale (21). Per approfondimenti sulla mortalità in generale è utilmente consultabile l'ISTAT (12,13,14).

TAB. 3. WHO: Numero di morti in migliaia attribuiti al fumo/totale dei morti in Italia nel 1995, divisi per classi di età, sesso e cause

cause	maschi (in migliaia)		femmine (in migliaia)		totale*
	35-69	70+	35-69	70+	
tumore polmonare	14/15	11/12	1,0/2,2	1,6/2,9	27,6/32,1
tutti i tumori	20/42	18/49	1,3/24	2,2/40	41,5/155
a. vascolare	9,1/30	11/87	0,8/13	3,2/126	24/256
a.resp.	2,3/3,7	9,1/17	0,3/1,2	2,5/12	14,2/33,9
altre cause	3,4/23	3,1/34	0,4/12	1,0/49	7,5/118
tutte le cause	35/98	41/186	2,9/50	8,9/227	87,8/561

Legenda: * la mortalità totale 0-34 ammonta a 20,1 migliaia che va aggiunta al computo, come nella tabella sottostante.

I morti per cause fumo correlate in Italia nel 1995 sarebbero dunque 76.000 maschi e 11.800 femmine, per un totale di 87.800 morti.

Ora è possibile un raffronto:

TAB. 4. WHO (1) :Numero di morti, in migliaia ed in %, attribuiti al fumo / totale dei morti per tutte le cause in diversi paesi, 1995

	maschi	%	femmine	%	totale	%
Italia	76/297	26	12/284	4	88/581	15
GB	78/310	25	53/335	16	131/645	20
USA	286/1,173	24	216/1,139	19	502/2,312	22
USAx 0,23	66/270	24	50/262	19	115/531	22

Nella nostra tabella si rileva il dato di mortalità elevato della GB, in generale, ma specialmente da fumo, soprattutto accentuato nelle Femmine e riferito senza particolari picchi ai tre principali gruppi di cause di morte. Un dato che si ricava dalle tabelle analoghe alla tabella 3 (1) per Italia, GB ed USA è che la mortalità per **malattie cardiovascolari** /100.000 è rispettivamente di 450, 477, 358. Negli Usa c'è stata un crollo del 50% nella mortalità cardiovascolare tra il 1959 ed il 1988 (34, ch.4, p. 320) che ha contribuito

ad abbassare anche la mortalità vascolare fumo-attribuibile. Ciò nonostante i dati di mortalità complessiva fumo correlata maschi italiani sono sovrapponibili a quelli della GB ed USA, mentre vistosamente più bassi sono quelli femminili.

La GB è il paese con uno dei più alti tassi di **fumatrici**, che sono numericamente pari ai maschi; nel 1974 era fumatrice il 40% delle F (23), quando in Italia tale percentuale, secondo l'ISTAT, era meno della metà, e tale fatto potrebbe spiegare la differenza di mortalità. Negli USA la situazione delle fumatrici è simile a quella inglese con percentuali del 33,9 % nel 1965, del 29,9 % nel 1979 del 22 % nel 1998 (30). Peraltro negli USA i fumatori M e F in numero assoluto sono praticamente invariati dal 1965 al 1998 (33) e corrispondono in milioni a 28,4 - 24,8 per i Maschi e 21-22,4 per le Femmine. La mortalità, espressa in numero assoluto, dovrebbe pertanto restare sostanzialmente invariata anche nel futuro prossimo.

La mortalità fumo-correlata rilevata ad un dato momento riflette il consumo di tabacco e la concentrazione dei consumi (in % di fumatori) di **30- 40 anni prima** dello studio stesso dato il lungo periodo necessario allo sviluppo dei danni (16). In Italia la mortalità fumo correlata nella fascia di età 35-69 (1) ha una forte crescita fino al decennio 1965-75 con 39.000 Maschi e 1.700 Femmine e poi subisce un leggero decremento per i maschi ed un incremento del 58% per le femmine.

Questo dato può essere indice di una **ridistribuzione dei consumi di tabacco tra M e F**. Per la popolazione generale tra il 1970 ed il 1992 in Italia il guadagno di vita è stato di 4,8 anni per gli uomini e di 5,5 anni per le donne, di cui 2 e 3 rispettivamente per la mortalità nelle età superiori a 55 anni in cui si manifestano appieno i danni fumo-correlati.

Uno scenario senza tabacco aprirebbe interessanti prospettive, visto che più della **metà delle morti fumo correlate avviene nella fascia di età 35-69 e che l'uso di tabacco causa nei paesi sviluppati il 30 % delle morti in tale fascia di età, con perdita media di 23 anni di vita** (10).

Su tutte le fasce di età, il **52% dei fumatori maschi ed il 43% delle fumatrici femmine muore per malattie fumo correlate** (34,cpt 1, p.6), con perdita media di 13,8 anni di vita.

2.2. Mortalità femminile

TAB. 5. WHO (1): Prevalenza di fumatrici e mortalità femminile fumo correlata/mortalità per tutte le cause, in 4 paesi, 1995

	% di fumatrici *	Mortalità f.c./tot. **	% di mortalità ***
Italia	17,2 ****	12/284	4
Spagna	24,7	non rilevata	non rilevata
Germania	30	23,1/467	4,9
Francia	27	3,5/223	1,5
GB	28	53/335	16
USA corretto	24	50/262	19

Legenda: * Percentuale di fumatrici sul totale delle femmine, ** Mortalità in migliaia fumo correlata / mortalità per tutte le cause, *** Percentuale di mortalità fumo correlata sul totale di mortalità per le femmine, **** dato ISTAT

In Spagna nonostante il 24,7% di fumatrici il tasso di mortalità relativo non è disponibile; in Germania con il 30% il tasso è del 4,9%, in Francia con il 27% di fumatrici è del 1,5%.

Per i maschi le difformità non si manifestano in modo così accentuato, dato che nel dopoguerra fumava all'incirca la metà dei maschi in tutte le nazioni prese in esame.

La percentuale di morti fumo correlata nella **popolazione femminile** di Italia, Germania e Francia risulta di molto inferiore (di un ordine di grandezza) a quella della GB ed USA. Inoltre, nonostante percentuali di fumatrici sostanzialmente simili, la Germania ha una percentuale di morti fumo correlate 3 volte superiore a quella francese. L'Italia con percentuali (ISTAT) attuali di fumatrici quasi della metà rispetto alla Germania ha una mortalità sostanzialmente simile, il che farebbe supporre

percentuali di fumo simili in un passato riferibile agli anni '50-'60.

Le quattro nazioni europee citate in tabella 5 hanno una **storia di fumo femminile** diversa da quella di GB ed USA (32), dove il fumo femminile si è diffuso prima comportando il 20-25% di tutte le morti F nella fascia di età 35-69. Ad esempio nel 1994 in Spagna le fumatrici > di 65 anni erano il 2%; nella fascia di età 46-65 il 5%; ma ben il 45 % nella fascia 16-24; la mortalità da fumo femminile ha appena cominciato a crescere, e lo farà per molti decenni. Il ragionamento vale in misura minore per l'Italia dove la differenza per fasce di età delle fumatrici segue fedelmente quella dei fumatori con uno scarto percentuale per l'ISTAT del 15 % nelle fasce medie, ma uno scarto di appena l'8 % per la Doxa.

Tali stime di mortalità possono essere confrontate con altre stime del WHO (32) che valutano per il **1995 e per i Paesi sviluppati una media di mortalità fumo correlata** del 25% per i Maschi e del 9% per le Femmine.

Da quanto precede è pertanto possibile che la mortalità fumo correlata femminile sia fortemente sottostimata in alcuni paesi tra cui il nostro.

2.3. I grandi studi

A questo punto è di interesse un accenno al modo con cui tali cifre di mortalità fumo correlata vengono o dovrebbero essere) stimate a partire dai grandi studi, per ora eseguiti solo nel mondo anglosassone.

Il primo grande studio, durato 40 anni, è stato quello di **Doll e Peto** (15-16), sui 36.000 medici inglesi maschi dal 1951 al 1991, che rilevò il 26% di morti fumo-correlate su un gruppo di 8 cause di morte "largamente o completamente" causate dal fumo. L'American Cancer Society ha attuato due enormi studi, il **CPS I** (Cancer Preventive Study) iniziato nel 1959, ed il **CPS II** (15, 19) iniziato nel 1979, su una **coorte di 1,2 milioni** di persone. Tale studio (CPS II 82-88) è fondamentale perché ha individuato i **Rischi Relativi (RR)** di mortalità per i fumatori ed ex fumatori che sono alla base di tutti i successivi computi. Negli USA, ad esempio, lo stesso CPS, impiegando la prevalenza di fumatori del 1999, ha ricavato su un gruppo di **7 cause di morte** (tumore del polmone, delle alte vie respiratorie, della vescica e vie urinarie, del pancreas; cardiopatia ischemica; aneurisma aortico; BPCO), una Frazione di Mortalità Fumo Attribuibile (**SAF**) del **42 % per i M e del 34 % per le F**, escludendo dal computo i rischi dovuti ad elementi confondenti. Tra il CPSI (59-65) ed il CPSII (82-88) c'è un aumento dei dati di mortalità che peraltro già Doll aveva sottolineato tra il primo survey dopo 20 anni ed il secondo dopo 40 anni dall'inizio del suo studio. Tale evoluzione è attribuibile al **time-lag** per la mortalità che è dell'ordine di 30-40 anni, al picco di consumo di sigarette della metà degli anni '70 nei paesi sviluppati (32), e probabilmente a migliori metodi di rilevamento. Il **CDC** – Centers for Disease Control and Prevention–USA (11) ha pubblicato nel 2002 le stime di mortalità fumo – attribuibile (**SAM**) per gli USA, sulla base dei **RR del CPS II**, integrandoli in un programma denominato **SAMMEC** (Smoking Attributable Mortality, Morbidity and Economic Cost), scaricabile dal Web, con la prevalenza di fumatori ed ex fumatori in due coorti di età, ed includendo **25 gruppi di cause di morte** che hanno una correlazione positiva e statisticamente significativa con il fumo ed aggiungendo il fumo passivo, ustioni e mortalità perinatale. La mortalità fumo attribuita stimata è stata del **36,4 % per i maschi** e del **23,2% per le femmine, complessivamente 29,7% di morti fumo correlati (inclusi quelli da fumo passivo) sul totale dei morti per il gruppo di cause morbide citate.**

Una **limitazione** dello studio è che le SAM derivano dalle percentuali di fumatori nell'anno corrente (1999- 27,6% M ; 23,3% F per i 35-64), mentre i morti attuali sono il risultato del fumo nelle decadi passate, in cui la prevalenza di fumatori era più alta. In **compenso** gli ex fumatori, come indicatori del fumo pregresso, "pesano" molto nella formula. Inoltre non sono state incluse tutte le malattie attribuibili al fumo. In **media annuale**, tra gli anni 1995-1999 ci sono stati 442.000 morti da fumo su 1.370.000 per le 22 cause menzionate, rispetto ad una mortalità per tutte le cause di 2.312.000. **Più in particolare** lo studio CPS II applicato dal **CDC** (11, 15 e SAMMEC Report) attribuisce al tabacco il **66,7 %** della mortalità per tumori correlati, il **15,4 %** dell'insieme delle malattie cardiovascolari correlate (ma il **40,4 %** delle cardiopatie ischemiche nella fascia di età 35-64), il **55,7 %** delle respiratorie, sempre correlate. Lo studio è stato aggiustato per l'età, ed ha rilevato che **l'educazione, l'alcol, ed altri confondenti fattori "hanno un impatto trascurabile sulle stime dei morti fumo correlati"**. La bassa incidenza delle malattie cardiovascolari attribuite al fumo (era del 24,8 % in un lavoro basato sui dati 1993 del CDC - 41) è giustificata da una diminuzione, già ricordata, del 50 % della mortalità da cardiopatia ischemica tra il 1959 ed il 1988 nella popolazione generale che riguarda, sia pure con un trend ridotto, anche i fumatori. I fattori causali possono essere cambiamenti nello stile di vita e/o migliori cure mediche. In questo caso sarebbe utile una stima di morbilità oltre che di mortalità. Per i fumatori USA il **trend** 95-99 (34) della mortalità fumo correlata per tumori e malattie respiratorie è stabile nei M (i tempi di diminuzione del rischio sono più lunghi rispetto ai tempi delle malattie cardiovascolari) ed in aumento nelle F (parallelo all'incremento del fumo negli anni passati).

Le stime basate sui dati del **CPS II** (34) dimostrano che il 52 % delle morti maschili per tutte le cause ed il 43 % di quelle femminili **tra i fumatori correnti** è attribuibile al fumo.

In sintesi, in base al RR del CPS II, il **CPS II** (34, cpt 1. p.8) stima che: **"i dati di prevalenza del 1993 (27,7% M e 22,5% F) produrranno in USA una SAF pari al 35,25 % di morti fumo correlate su tutte le morti maschili sopra i 35 anni ed il 21,00 % su tutte quelle femminili"**. Tali percentuali contrastano fortemente con i dati delle Tab. 4 e 5.

2.4 Calcoli e proiezione di dati per l'Italia

• Calcolo: applicando gli indici di RR del CPS II riportate dal CDC (11), considerando **solo le cause di morte per gli adulti** reperte in Istat 1998- Epicentro (recentissime, pubblicate a fine 2002), e ricavando SAF e SAM applicando il programma SAMMEC (11), con i dati di prevalenza dei fumatori Istat 1998 (18) per fumatori (32,2% M, 17,3% F) ed ex fumatori (29% M, 14,4% F) ne consegue:

TAB. 6. Mortalità attribuibile al fumo (SAM) in Italia, 1998, per sesso e cause. Una prima applicazione del SAMMEC

cause di morte e ICD-IX	mortalità per causa		SAF		SAM	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
tumori maligni						
Lingua, c. orale, faringe 140-149	2,247	662	80%	47%	1,787	312
Esofago 150	1,611	500	74%	59%	1,193	294
Pancreas 157	3,798	3,839	32%	23%	1,206	876
Laringe 161	1,896	126	86%	73%	1,622	92
Trachea, polmone, bronco 162	25,720	5,475	90%	72%	23,247	3,294
Cervice uterina 180		429		11%		47
Vescica urinaria 188	3,970	1,009	51%	25%	2,031	256
Rene e pelvi renale 189	2,087	1,074	43%	5%	905	58
Malattie cardiovascolari						
Iperensione 401-405	6,806	12,683	28%	14%	1,887	1,769
Cardiopatìa ischemica 410-414						
Età 35-64	7,621	1,712	43%	29%	3,304	494
Età 65+	33,416	34,417	18%	12%	6,140	4,029
Altre mal. cardiache 390-398, 415-417, 420-429	28,294	39,130	24%	9%	6,777	3,716
Malattie cerebrovascolari 430-438						
Età 35-64	2,515	1,576	43%	36%	1,072	567
Età 65+	26,148	39,968	18%	8%	4,617	3,269
Aterosclerosi 440	2,462	4,346	36%	13%	883	546
Aneurismi aortici 441	2,630	896	69%	55%	1,828	490
Altre mal. arterie 442-448	1,677	1,431	26%	18%	432	258
Malattie respiratorie						
Polmonite, influenza 480-487	4,782	5,282	26%	18%	1,229	941
Bronchite, enfisema 490-492	11,246	5,713	90%	78%	10,168	4,432
Broncopatia cronica ostruttiva 496	799	473	83%	75%	660	352

Legenda: * calcolato sul totale; SAM =Smoking Attributable Mortality; SAF = Smoking Attributable Fraction

TAB. 7. Mortalità attribuibile al fumo (SAM) in Italia, 1998, per sesso e gruppi di cause. Una prima applicazione del SAMMEC

causa di morte per gruppi	mortalità per causa		SAF		SAM	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
tumori maligni	41,329	13,114	77,4%	44,6%	31,991	5,859
malattie cardiovascolari	111,569	136,159	24,1%	11,1%	26,940	15,138
malattie respiratorie	16,827	11,468	71,7%	49,9%	12,057	5,725
totale	169,725	160,627	41,8%	16,6%	70,988	26,722
maschi+femmine	330,466		29,6%		97,710	

mo tipo di stime il CPS (34) rileva saggiamente che *“Tali stime sono un po’ più alte rispetto a quelle calcolate con i Rischi Relativi per causa specifica.... Ma d’altro canto le stime derivate dalle specifiche cause di morte ignorano il contributo del fumo su un cattivo stato di salute che.... compromette la sopravvivenza per un vasto numero di malattie”*

• Anche l’entità dei consumi di tabacco è prognostica dei livelli di mortalità. In Italia nel 1995 i consumi di tabacco erano superiori a quelli del 1970 del 15 %, mentre in GB ed USA erano inferiori a quelli del 1970 del 30 % e del 9 % rispettivamente. Da questo punto di vista ci potremmo aspettare in futuro una crescita di mortalità per l’Italia ed un calo per gli altri due paesi (1).

2.5. Altri indici collegati alla mortalità

La mortalità è un indice parziale, per quanto facilmente misurabile, della gravità di una malattia. Nel 1993 la Harvard School of Public Health ha introdotto il concetto di Global Burden of Disease (GBD) che è quantificato dalla Disability Adjusted life Year

Il totale SAM Maschi più Femmine è di **97.710**, superiore quindi alle stime descritte del 1995; ma la differenza più eclatante riguarda la mortalità fumo-attribuibile per le **femmine** che è di 26.722, e quindi ben **2,4 volte maggiore** rispetto alla stima della Tab. 3.

Rispetto ai morti per tutte le cause del 1998, che sono 569.418, la mortalità per il fumo rappresenta il 17,2%, confermandosi di gran lunga come la principale causa di morte evitabile.

Una perplessità è relativa alla stima statunitense delle morti per BPCO che è di 77.818 versus 16.279 per bronchite ed enfisema, con un rapporto inverso rispetto a quello italiano. Forse è solo questione di diagnosi. Del resto anche la definizione di BPCO riguarda nell’ICD 9 tutta la patologia ostruttiva, comprese bronchite ed enfisema. Da chiarire.

E’ interessante notare che applicando allo schema italiano i **dati di prevalenza Doxa 2002**, con fumatori (31,1% M e 22,3% F) ed ex fumatori (21,9% M e 9% F) i risultati sono: 68.849 SAM Maschi e 29.777 SAM femmine, per un totale di 98.626 SAM.

• Applicando la sintesi del CPS II (con la prevalenza di fumatori USA del ‘93 – 27,7% M e 22,5% F, incidenza di mortalità prevista su tutte le morti under 65 del 35,5% per i M e del 21% per le F), in Italia con un numero di morti sopra i 35 anni di 284.000 per i M e di 277.000 per le F, (Istat 1995), con una prevalenza di fumatori nel 1993, anno di riferimento, del 35,1 % per i M e del 16,4 % per le F, attuando una cruda proporzionalità, abbiamo:

116.000 SAM Maschi

42.000 SAM Femmine

Per le Femmine il dato soffre delle incertezze statistiche già rilevate ma è perlomeno prognostico di un’epidemia in atto. Sull’attendibilità di questo ultimo

(DALY).

Il **DALY** è concepito come un anno di vita sana perduto ed il GBD come misura della breccia tra lo stato attuale di salute di una popolazione ed una situazione ideale in cui ognuno vive fino alla vecchiaia in piena salute (26). L'indice è stato studiato per valutare meglio l'impatto di malattie invalidanti ma a bassa mortalità come ad esempio le malattie mentali.

Una nostra obiezione al metodo è che vista la generale difficoltà, nell'ambito delle patologie fumo-correlate, di raccogliere dati credibili sulla mortalità, che pure è l'evento vitale più facilmente misurabile, un evento come la disabilità che è di valutazione molto più complessa oscillando tra soggettività e livelli di esigenze sociali molto variabili, aumenta eccessivamente il livello di approssimazione della misura.

Un indice proposto fin dal 1947 per fornire un quadro più accurato della mortalità prematura è lo **YPLL (Years of Potential Life Lost)**, anni di vita potenziale perduta. La gravità di una malattia è misurata dagli anni di vita perduti meglio del numero di morti che potrebbero essere tutti in tarda età. Anche qui è evidente che l'aspettativa di vita è molto diversa da paese a paese per cui utili confronti si possono fare solo su aree omogenee. **La misura del YPLL sta diventando comune come meccanismo idoneo a stabilire le priorità di salute pubblica** (27).

Ed in particolare per il tabacco:

fattore	% di decessi sul totale	% di anni di vita persi sul totale (YPLL)	% di anni di vita vissuti da disabili (DALY)	% di disabilità per anni di vita persi sul totale
tabacco	14,9	16,0	7,4	7,4
alcool	1,2	5,1	15,6	15,6
droghe	0,4	1,4	3,3	3,3

cause di morte attribuibili al fumo	YPLL Maschi	YPLL Femmine
tumore laringeo	15	17,9
tumore polmonare	13,7	17,3
cardiopatia Ischemica 35-64	23,3	26,3
" " +65	8,6	9,3
Broncopatia cronica ostrutt.	10,1	12,7

Il CDC, nel lavoro già citato (11) sulla mortalità USA negli anni 1995-1999 ha calcolato anche gli anni di vita perduti rispetto all'aspettativa di vita. **I fumatori hanno perso una media di 13,2 anni di vita e le fumatrici 14,5 anni di vita.** A confronto nello studio di Doll pubblicato nel 1994 (16) la perdita media di vita per i fumatori era stimata nell'ordine di 8 anni.

3. Fumo Passivo

In Italia (7) ci sono 15 milioni di fumatori involontari (dizione migliore rispetto a fumatori passivi) di cui 4 milioni di bambini che sono esposti per il 68% al fumo di una persona e per il 28,2% al fumo di due. Il 48,6% di tutti i bambini in età prescolare vive con almeno un fumatore in casa. I rischi sono così quantificabili.

Per i **bambini**, la misura è in eccesso percentuale di rischio rispetto ai non esposti (31);

- Otiti medie +48 %
- Asma +21 %
- Dispnea +24 %
- Sindrome catarrale +35 %

Per gli **adulti**:

- Maggior rischio di tumore polmonare del 24 % con il fumo casalingo, del 16 % - 19 % con il fumo sul lavoro (9)
- Maggior rischio di malattie di cuore del 23 % (9)

Il CDC (11) ha edito nel 2002 le cifre dei morti USA per il 1999 che corrispondono a 3000 per tumore polmonare e 35.000 per cardiopatia ischemica all'anno. I fumatori 1999 USA erano 46,5 milioni, da cui discende, tenendo in considerazione che i danni da fumo passivo sono direttamente proporzionali al numero di fumatori, **un rapporto morti per fumo ambientale/fumatori attivi di 1:1.224.** **In Italia avremmo:**

- Per 12,2 milioni di fumatori, avremmo ogni anno 9.967 morti da fumo passivo di cui 781 per tumore polmonare e 9.186 per cardiopatia ischemica.
- Considerando le stime Doxa di 14,1 milioni di fumatori, i morti sarebbero 11.519.
- Con 18 milioni di fumatori (ISS) i morti sarebbero 14.705.

Pare quindi evidente l'importanza di uniformare le metodologie di rilevamento e comunque l'urgenza di provvedimenti restrittivi del fumo, tanto più facilmente adottabili in quanto ben l'83,5 % degli italiani adulti (8) dichiara di essere favorevole alla creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici ed al divieto di fumare al di fuori di essi e l'84,5% è favorevole al divieto di fumare esteso a tutte le Aziende private.

4. Costi fumo-correlati

Nel 1999 l'Ufficio VI^o del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute, stimava in 30.000 miliardi di lire (pari a 15,5 mld di $_$) i costi sanitari del tabagismo, corrispondenti all'epoca ad un quarto delle spese sanitarie pubbliche (20). Per gli USA il CDC (11) ha prodotto nel 2002 una valutazione dei costi facendo riferimento al prezzo di un pacchetto di sigarette. Data la sostanziale equivalenza $\$=_$, e dei prezzi medi delle sigarette in USA ed Italia, i costi possono essere riportati in Euro.

TAB. 10. Costi del tabagismo calcolati per un pacchetto (20) di sigarette, in Euro

Costo medio di un pacchetto di sigarette	Eccesso di spese mediche per pacchetto	Spese per mancata produttività da premorienza	Totale spese per pacchetto
2,92	3,45	3,73	7,18

In Italia si fumano "ufficialmente", escluso il contrabbando ed i piccoli traffici di frontiera, **4,43 miliardi di pacchetti** all'anno (1). Il costo medio di un pacchetto è simile al costo USA.

Una trasposizione integrale per l'Italia darebbe come

risultato:

un sovracosto annuale per spese mediche di 15,3 mld di Euro

una perdita per mancata produttività di 16,5 mld di Euro

Nulla cambia nel caso che tali costi, come in USA siano sostenuti da un sistema assicurativo prevalentemente privato o, come in Italia, da un sistema prevalentemente pubblico, cui comunque si aggiunge un 45% di spesa sanitaria privata. Il pubblico è pur sempre costituito da un prelievo fiscale cui è sottoposto un privato.

L'altro interrogativo potrebbe essere dato dall'entità proporzionale delle spese mediche nei due paesi.

Il PIL italiano 2000 era di 1.164 miliardi di Euro(ex lire) (36).

Il PIL USA (GDP) 2000 era di 9.824 miliardi di \$ (40)

Il PIL per capita dell'Italia è il 70% di quello USA (39).

Le spese sanitarie USA 2000 ammontano al 14% del PIL, ossia a 1.375 mld di \$ (37).

Le spese sanitarie per abitante in USA corrispondono nel 2001 a 4.354 \$ (38).

Le spese sanitarie italiane 2000 (pubbliche + private) ammontano al 7,7 % del PIL e sono pari a 89,7 mld di € (173.000 miliardi di lire), ovvero a 1.568 € per abitante (37).

Nello studio del CDC (11) relativo al 1998, l'**eccesso** di spese sanitarie per malattie fumo correlate è calcolato negli Usa, per fumatore, in \$ 1.623 .

Secondo una stima ormai considerata conservativa, Max W. (cit. in 11) stima l'incidenza delle spese sanitarie fumo correlate tra il 6% ed il 14% del totale delle spese sanitarie **personali**, con la percentuale più bassa citata solo per amor di completezza. **Per l'Italia ciò si traduce in un sovracosto sanitario da 5,4 a 12,5 mld di Euro.** Abbiamo scelto il 14% piuttosto che l'8% stimato negli USA per coerenza nel trend degli studi e per il fatto che negli stessi USA il 14% delle spese del programma MEDICAID è dedicato alle malattie fumo correlate (42).

L'eccesso di spesa sanitaria per fumatore (con 14 milioni di fumatori) sarà da 385 a 892 Euro. Con i 12,2 milioni di fumatori dell'Istat da **442 a 1.024 Euro.**

Quest'ultima cifra è molto vicina ai 1.600 Euro del fumatore USA, nonostante il divario nel PIL, ad ulteriore dimostrazione che le spese sanitarie dei paesi sviluppati sono ben poco compressibili.

Infine anche per i costi potrebbe essere applicato in Italia il programma **SAMMEC** per produttività persa e per spese mediche. Queste ultime sono negli USA così suddivise (SAMMEC Reports 2002), quali frazioni fumo-attribuibili del totale spese per voce: Ambulatoriali 9,18%, Ospedaliere 4,51%, Farmaci 7,02%, Assistenza infermieristica a domicilio 22,07%, Altro 5,85%. E' da studiare quale siano le frazioni per l'Italia.

Il tabacco di **contrabbando** comporta oltre alla stessa percentuale di costi sanitari di quello commercializzato legalmente i costi sociali aggiuntivi dovuti alle spese di repressione.

Nel 1999 in GB furono sequestrati 1,5 miliardi di sigarette (22); le dogane inglesi (21) stimano una percentuale di consumo illecito pari al 20,5% del consumo ufficiale.

In Italia nello stesso anno sono state sequestrate 1,4 miliardi di sigarette. Ammettendo un'eguale efficienza delle dogane inglesi ed italiane, il consumo non ufficiale corrisponde a 18 miliardi di sigarette che comporterebbero, per la sola sovrappeso sanitaria, un ulteriore onere per la collettività di **3,1 miliardi di Euro**, che sommati ai 12,5 md di Euro della spesa per fumo "legale" danno i 15,6 md calcolati dal Ministero.

A questo punto ci si può chiedere quali sono i **provvedimenti** urgentissimi per contrastare tale mole di danno alla salute ed all'economia. Né si venga cinicamente a parlare di introiti derivanti dalla vendita dei tabacchi che del resto ammontano a non più di 9 mld di Euro/anno. D'altro lato il fumatore che non fuma più spende il suo denaro in altri settori merceologici e, come dimostrato dalla Banca Mondiale (17), oltre alla salute ci **guadagna anche l'economia.**

Ad **esempio** del tipo di problemi che una programmazione sanitaria incontra, vogliamo citare il recentissimo studio (24) commis-

sionato dal Ministero del Tesoro Britannico e che riguarda la possibilità, in un quadro di costi crescenti, di assicurare adeguate prestazioni sanitarie nel futuro.

Per le sole statine si prevede un aumento di spesa dai 500 mil di £ sterline/anno nel 2000 ai 2.100 mil. nel 2010, in quanto dovrebbero essere somministrate a tutti coloro che hanno un rischio superiore al 15 % di sviluppare nei successivi 10 anni una malattia cardiovascolare. Se un fumatore smette può scendere al di sotto di tale soglia e non ha più bisogno delle statine (24).

Nel 2000 il NHS (National Health Service britannico) ha speso in statine 10 volte più di quanto ha speso per i programmi di cessazione dal fumo. In termini di costo/efficacia, un anno di vita salvata con la cessazione dal fumo ha un costo da 212 a 873 £ sterline, un anno di vita salvata con le statine da 4.000 a 8.000 £ sterline.

Una riduzione del fumo comporterebbe una riduzione nell'uso delle statine per 1.000 milioni di sterline.

CONCLUSIONI

1. Per molti anni il WHO ha incoraggiato i paesi membri ad usare **metodi standardizzati** per le statistiche sulla prevalenza del fumo. Le linee guida sono state proposte nel 1983 e riviste in seguito (32). Dalla nostra breve analisi si può dedurre che molto cammino resta da compiere. Data la straordinaria rilevanza sanitaria, sociale ed economica del tabagismo, sarebbe quanto mai utile

che tutti gli Enti sovranazionali e nazionali interessati promuovessero iniziative, per armonizzare i sistemi di rilevazione impiegati dai vari istituti scientifici e di ricerca nazionali in modo da rendere i risultati nel contempo più credibili, confrontabili e quindi utilizzabili.

2. La scarsità di risorse di fronte ad una spesa sanitaria in continuo aumento pone la necessità di scelte oculate nei vari settori di intervento. Se non ci si vuol far guidare dall'**allarme sociale**, che è sempre miope, l'unica scelta è il ricorso ad una corretta epidemiologia che consenta una gestione attenta delle risorse, anche nel senso del rapporto costo/beneficio.

3. E' evidente per l'Italia la necessità che autorevoli **Enti di studio e ricerca**, quali, a solo titolo di esempio, il WHO, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Mario Negri, la stessa ISTAT, la Doxa, le principali Società come la Consulta Italiana sul Tabagismo e la Società Italiana di Tabaccologia ecc. si facciano promotori di una **Consensus Conference** per avviare un sistema di armonizzazione, promozione dei sistemi di raccolta dati e di controllo sia sociale che sanitario del tabagismo. La comprensione e la conseguente capacità di governare la complessa interazione tra prevenzione e trattamento sarà decisiva per la gestione della salute pubblica.

Comunicazioni :

claudio.poropat@ass1.sanita.fvg.it

Bibliografia

1. W.H.O., Tabacco Free Initiative: Smoking prevalence, Smoking related disease impact. www.who.int/tobacco
2. Indagine Multiscopo sulle famiglie " Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 2002, settore Famiglie e società, Fattori di rischio e tutela della salute. Anni 1999-2000. www.istat.it
3. Il fumo in Italia, aprile 2001. www.doxa.it
4. Il fumo in Italia, maggio 2002
5. Piano Sanitario Nazionale 2001-2003, testo approvato, in via preliminare, dal Consiglio dei Ministri il 7 febb. 2001
6. Istituto Superiore di Sanità: I fumatori sono 18 milioni, stime riviste al rialzo. In: www.la Repubblica-cronaca, 31 maggio 2000
7. Fumo e non fumatori, "Aspetti della vita quotidiana 1999", Statistiche in breve - 3 aprile 2001. www.istat.it
8. Il fumo nei locali pubblici - aprile 2001. www.doxa.it/italiano/inchieste/fumo/tav2.html
9. ASH: Passive smoking: a summary of the evidence. July 2002. www.ash.org.uk
10. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al.: Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, may 23; 339 (8804) : 1268-78. E successivi aggiornamenti
11. CDC: Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic cost --- United States, 1995-1999, edizione: april 12, 2002. www.cdc.gov/mmwr/
12. ISTAT: Tendenze recenti della mortalità in Italia nel periodo 1995-98. 5 gennaio 2001. www.istat.it/Anotizie/Aaltrein/statinbrev/tendmort-95-98.html
13. ISTAT: La mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: Evoluzione e geografia. 27 aprile 1999. www.istat.it/novita/mortal.html
14. ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane. Anni 1998 e 2000. www.istat.it
15. SCOTH: Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH) - 20 march 1998. www.archive.officialdocuments.co.uk/document/doh/tobacco/part-1t.htm
16. Doll R, Peto R, Wheatley K, et al.: Mortality in relation to smoking: 40 years observation on male british doctors. *BMJ* 309, 901-911, 1994
17. Prabhat J, Chaloupka FS: The economics of global tobacco control. *BMJ* 321, 358-361, 2000
18. ISTAT: Salute e sanità. www.istat.it/sanit/ pdf
19. American Cancer Society: Hystory of the Cancer Prevention Study. www.cancer.org
20. Galeone D: Soldi in fumo. Ufficio VI - dipendenze da farmaci, sostanze d'abuso e alcool, Dipartimento della Prevenzione, ministero della Sanità. Comunicazione in occasione dello "Smetti e Vinci 2000"
21. ASH: Measuring indirect tax fraud, HM Customs and Excise, nov 2001. www.ash.org.uk/smuggling
22. ASH: Smuggling confidential report - review of cigarette smuggling in Europe, Lasso 2000. www.ash.org.uk/
23. ASH: Sex and Smoking, march 1999. www.ash.org.uk/html/health/nsdr99.html
24. Wanless Report: "Securing our future Health: Taking a long-term view - the Wanless Review", 17 April 2002. www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_index.cfm
25. Peto R: Smoking and Death: The past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309: 937-939. www.bmj.com
26. Murray CLJ, Lopez AD, eds (1996): A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm
27. MMWR: Premature Mortality in the United States: Public Health Issues in the Use of Years of Potential Life Lost. *supp.* December 19, 1986, 35 (2S):1s-11s. www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001773.htm
28. WHO: Peso globale di alcuni importanti fattori esogeni di malattia nei paesi sviluppati, 1990. Investing in health: Research and development, 1996
29. Atti: "Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia", XXVI Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia, Napoli, 24-26 settembre 2002, Posters pannelli 57 e 60, Gentilini F et al, Massari M et al.
30. Women and Smoking. A Report of the Surgeon General - 2001. www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/Executive_Summary.htm
31. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking: 3. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 52, 1081-1094 (1997)
32. WHO: Tobacco or Health: A Global Status Report. WHO, Geneva, 1997
33. CDC: Number (in millions) of adults 18 years and older who were current, former, or never smokers Selected years - USA, 1965-1995. www.cdc.gov/tobacco/research_data/adults_prev/tob_prev/tab_3.htm
34. National Cancer Institute: Monograph 8: Changes in Cigarette-Related Disease Risk and Their Implications for Prevention and Control, dec 1996, <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/8/>
35. Istituto Superiore di Sanità: La mortalità per causa in Italia: 1980-1998. 03/2002. <http://www.mortality.iss.it/Scripts/selcause.asp>
36. Presidenza del Consiglio: Conti economici nazionali, anni 1998-2001 : <http://193.204.41/Comunicati/In-calenda/presconnaz.3.htm>
37. Appunti su una possibile riforma sanitaria. Abstract. http://rost.trevano.ch/~forti/riforme/Appunti_sanita.html
38. Managed Care, feb. 2002: Getting on the Right Track. www.managedcaremag.com/archives/0202/0202.edge.html
39. Demographia: Italy: GDP (PPP) Per capota compared to US: from 1960. www.demographia.com/db-ppp-usi.htm
40. Bureau of Economic Analysis. National Accounts Data. US Department of Commerce: Current-dollar and "real" GDP. www.bea.gov/bea/dn1.html
41. AA.VV. American Council on science and health : Cigarettes: what the warning label doesn't tell you. 1995. www.acsh.org
42. CDC: Preventing tobacco use, 31 october 2002. www.cdc.gov/nccdp/pe_factsheets/pe_tobacco.htm

Genetica & Tabagismo

Genetic & Tobacco Addiction

Numerose ricerche dimostrano che il tabagismo è possibile grazie ad una base biologica genetica, ma sono numerose e determinanti anche le influenze ambientali e psicologiche...

C. Chiamulera

Riassunto

Studi recenti hanno evidenziato il ruolo dei meccanismi biologici nell'insorgenza e nel mantenimento del tabagismo. In particolare, studi di genetica comportamentale in gemelli e correlazioni con i tratti di personalità suggeriscono un effetto significativo della componente genetica a fianco di quella dei fattori ambientali. Nuove metodologie di genetica molecolare aiutano ad identificare geni candidati responsabili di questa influenza genetica, tra cui geni implicati nel metabolismo della nicotina e della sua dipendenza. Sviluppi futuri della genetica e della genomica forniranno nuovi approcci per la prevenzione e per la terapia mirata del tabagismo.

Parole chiave: tabagismo, nicotina, genetica, fattori ambientali.

Summary

Recent studies have shown the role of biological mechanisms in the onset and maintenance of tobacco addiction. In particular, behavioural genetics studies in twins and correlations with personality traits suggest a significant effect of a genetic component besides environmental factors. New molecular genetic methodologies help to identify candidate genes for such as potential genetic factors, including genes involved in nicotine metabolism and dependence. Future developments of genetic and genomic will offer novel approaches to prevention and tailored therapy for tobacco addiction.

Key words: tobacco addiction, nicotine, genetic, environmental factors.



Introduzione

Studi recenti hanno ormai ampiamente dimostrato il ruolo della nicotina come sostanza che determina la dipendenza dalla sigaretta, il tabagismo. Queste evidenze, confermate da numerose ricerche, ci dicono che, analogamente ad altri tipi di tossicomanie, anche il tabagismo possiede una base biologica a livello cerebrale. Gli effetti acuti sono osservabili e descritti nei fumatori come una serie di modifiche dell'umore, dell'attenzione, dell'emotività. Questi effetti piacevoli aumentano la probabilità di continuare a fumare ovvero determinano il comportamento, ripetitivo e

Christian Chiamulera (chchiamulera@genie.it)

Farmacologo ricercatore, Consigliere Nazionale SITAB, Member Soc. Research on Nicotine & Tobacco, Redazione di Tabaccologia

spesso compulsivo, del fumare. Ne consegue quindi un'esposizione continua alla nicotina che determina modifiche croniche a livello delle stesse funzioni cerebrali che abbiamo visto attivate durante l'esposizione acuta. Il neuroadattamento che ne consegue è un'ulteriore serie di effetti che porta al mantenimento della dipendenza tabagica: il bisogno impellente di fumare una sigaretta appena svegli al mattino, oppure lo stato di disagio e nervosismo che si prova quando si cerca di smettere, sono espressioni di queste alterazioni a livello neurobiologico.

Appare oggi, passando dal livello molecolare al complesso di comportamenti e stati psichici che definiscono il tabagismo, che in realtà i meccanismi coinvolti sono numerosi e complessi. È simbolico, a questo riguardo, il ruolo della predisposizione genetica sul fatto di diventare, e rimanere, fumatore. Studi in gemelli (genetica comportamentale) offrono una stima di quanto può influire la componente ereditaria. Studi di genetica molecolare stanno inoltre identificando geni candidati, vale a dire porzioni di genoma che codificano per una determinata proteina. Tuttavia, la sofisticata genetica moderna ci sta indicando come il tabagismo, analogamente ad altri disturbi del comportamento, è poligenetico, cioè può dipendere da molti geni. Ma vediamo nel dettaglio in cosa consiste la genetica polimorfa del tabagismo e la sua influenza sulle molecole ed il comportamento, passando per i tratti di personalità.

Genetica comportamentale

Studi con gemelli separati o no, ha permesso di identificare l'influenza relativa della componente genetica. Le conoscenze attuali indicano la varianza genetica, vale a dire la variabilità osservata nelle caratteristiche del fumare dovute al fattore genetico, è tra il 25 ed il 85% (Gilbert & Gilbert, 1995).

È importante tuttavia distinguere tra iniziazione e mantenimento della dipendenza tabagica. L'ipotesi prevalente è che alcuni fattori genetici influenzino l'iniziazione ed altri il mantenimento, oltre alla combinazione su ambedue le fasi del tabagismo ed, ovviamente, al ruolo giocato dall'ambiente.

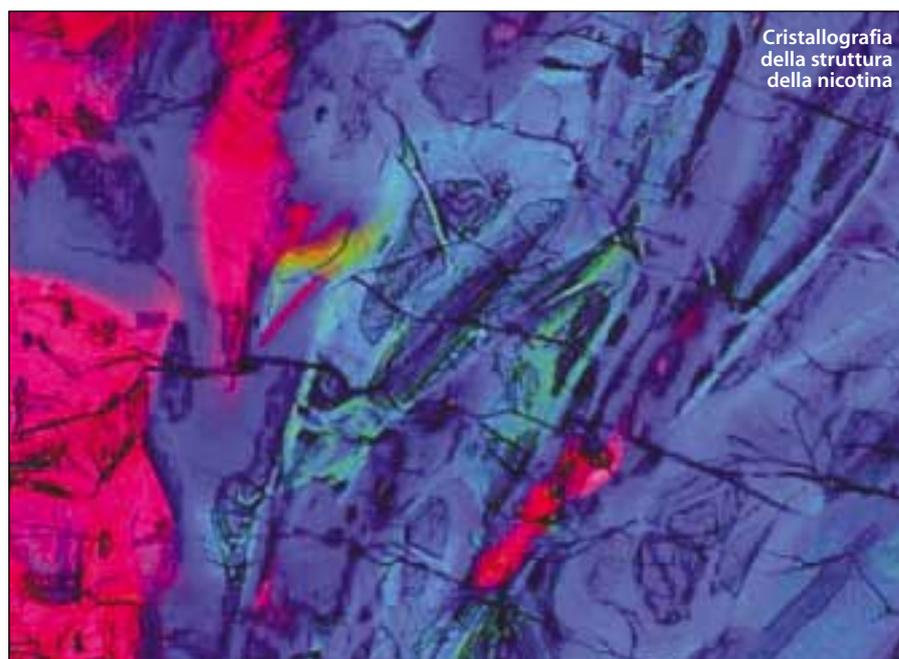
Iniziare a fumare: è ereditario?

In uno studio effettuato sugli svedesi nati tra il 1926 ed il 1958, si osservò un coefficiente di ereditarietà tra il 44 ed il 55%. Si osservò inoltre l'esistenza di fattori ambientali i quali tuttavia non presentavano un effetto esclusivo ed unico (Heath & Madden, 1995). Altri studi riportarono una alta variabilità nella varianza genetica all'iniziazione, tra il 30 e l'80%, dimostrando però una inconsistenza dell'influenza ambientale (Heath et al., 1993; True et al., 1997, 1999; Kendler et al., 1999). In generale, tutti gli studi effettuati hanno esibito un'alta variabilità sia per quanto riguarda l'influenza genetica che quella ambientale. Interessante notare come studi fatti con gemelli arruolati nelle forze armate USA durante la guerra del Vietnam ed in uno studio effettuato in Cina (quindi in situazioni

in cui la variabilità ambientale era limitata in quanto alta era l'incidenza di fumatori) il coefficiente di ereditarietà per l'iniziazione al fumo era alto (True et al., 1997; Niu et al., 2000).

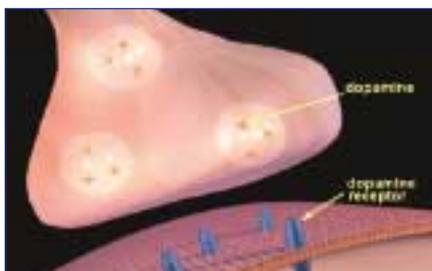
Molti provano, ma non tutti diventano fumatori

La predisposizione a diventare fumatori ci può indicare i fattori eziologici del fumo, ma la persistenza del fumare fornisce la misura della dipendenza, delle conseguenze sulla salute e delle patologie fumo correlate. Valutare l'entità della pressione genetica nella persistenza del fumare è complesso in quanto alcuni fattori che influenzano l'iniziazione possono essere tali anche per la persistenza stessa (Heath & Martin, 1993). In questo senso, gli studiosi hanno confrontato non solo fumatori contro non-fumatori, ma hanno incluso anche ex-fumatori. Questi ultimi, a loro volta sono stati divisi in due categorie principali: coloro che hanno smesso di fumare presto (quindi con una bassa vulnerabilità all'iniziazione), e coloro che invece, dopo aver fumato per un certo periodo, sono riusciti a smettere con successo (quindi con una bassa vulnerabilità alla persistenza). Le evidenze speri-



Cristallografia della struttura della nicotina

mentali suggeriscono che mentre il rischio di diventare fumatore è dovuto al sovrapporsi di fattori sia ambientali che genetici, la persistenza ha una forte componente quasi esclusivamente genetica (True et al., 1997). Gli stessi studi su riportati addirittura indicano un grado di rischio condiviso tra la predisposizione al tabagismo e quella all'alcolismo, presumibilmente dovuto ai comuni e noti meccanismi neurobiologici tra la maggior parte delle sostanze d'abuso.



Genetica molecolare

Quando si parla di fattore genetico ci si riferisce ad una o più informazioni accuratamente custodite nel genoma, il complesso bagaglio di semplici unità di memoria biologica, assemblato e tramandato grazie ad un sofisticato linguaggio. I geni presenti nel nostro DNA possono essere espressi o no a seconda della presentazione di condizioni specifiche, come stimoli endogeni, esogeni, reti neurali e dei neurotrasmettitori. Le neuroscienze ci hanno raccontato cose fino a poco tempo fa incredibili, mostrandoci come certi stati psicologici erano in realtà dovuti alla liberazione di alcune semplici molecole neurotrasmettitorie. Per esempio, si è scoperto come i processi di motivazione e gratificazione che vengono attivati prima e durante azioni come il cibarsi o l'accoppiarsi, siano sotto il controllo di una molecola chiamata dopamina. La dopamina viene rilasciata in zone specifiche del cervello in risposta alla presentazione di stimoli motivanti, durante i processi di condizionamento e di memoria emotiva. Si è dimostrato anche come le sostanze d'abuso, inclusa la nicotina, liberino dopamina nel cervello e nel

lungo termine ne alterino la funzionalità. In realtà le basi molecolari dell'azione della nicotina sono molto complesse, ma molta luce si sta facendo grazie all'identificazione di eventi molecolari correlati alle varie fasi del ciclo del tabagismo. Un grosso impulso si è avuto dalla genetica clinica e dallo studio dei polimorfismi genetici. Polimorfismo vuol dire variazione in un singolo gene che codifica per una determinata proteina. Chiaramente gli studi si sono focalizzati sui polimorfismi dei geni che codificano le proteine-recettore (denominati geni candidati) delle molecole coinvolte nei processi di dipendenza. Gli studi di polimorfismo, grazie a tecniche di genetica molecolare che evidenzia le variazioni nel gene di interesse, permettono di identificare la proporzione di popolazione che possiede tale variante. Ogni classe di popolazione, viene poi correlata con vari tratti e caratteristiche associate al fumo, come il numero di sigarette fumate, il grado di dipendenza o la difficoltà a smettere, oltre ovviamente alla incidenza di fumatori.

Geni candidati

Correlazioni tra il polimorfismo per il trasportatore della serotonina (l'enzima che riporta il neurotrasmettitore serotonina all'interno dei neuroni) e l'età di iniziazione del fumare si sono dimostrate altamente significative (Ishikawa et al., 1999; Sabol et al., 1999). Studi simili sono stati fatti anche con il polimorfismo del gene che codifica il recettore dopamina-2, il recettore coinvolto nel mediare le proprietà della dopamina. Questo polimorfismo merita un approfondimento in quanto particolarmente indagato in diversi studi ma anche molto dibattuto. Esistono nella popolazione delle variazioni nella porzione di gene che codifica il recettore dopamina-2, il DRD2. La variazione si chiama allele A1 e si visto che questa variazione è due volte più frequente nei fumatori che nei non fumatori (Noble et al., 1994; Comings

et al., 1997; Lerman et al., 1999). Questa incidenza maggiore è stata evidenziata anche in soggetti che avevano fumato rispetto a soggetti che non avevano mai fumato, suggerendo quindi anche un ruolo del DRD2 allele A1 nella iniziazione (Noble et al., 1994).

Gli studi di personalità

Dal punto di vista meccanicistico questi dati confermano quanto già suggerito a livello di studi neurochimici. Ma la rilevanza risiede in altri aspetti vale a dire a livello dei processi psicologici che permettono di collegare questi intimi meccanismi all'iniziazione ed alla persistenza del comportamento di fumare. Sicuramente viene facile la correlazione tra le basi molecolari della dipendenza alla nicotina, comune ad altre sostanze d'abuso, ed il comportamento del fumare. Ma l'elemento che appare fondamentale è il tratto della personalità. Il concetto di personalità dipendente è ben diffuso più a livello speculativo che scientifico in quanto non è mai stata dimostrata l'esistenza di una singola dimensione di personalità associata al comportamento d'abuso (Munafò et al., 2001). In realtà le dimensioni di personalità che derivano dalle teorie dei tratti di personalità possono essere associate ad alcuni aspetti tipici della dipendenza e del comportamento del fumatore (Patton et al., 1997). Un modello paradigmatico della personalità che assume differenze individuali nel comportamento, ipotizza dimensioni di personalità che a loro volta sono riconducibili a differenze di funzioni cerebrali. In questo caso è possibile correlare in modo causale personalità e tratti comportamentali del fumare. L'associazione maggiormente dimostrata è quella con la personalità detta del 'sensation seeker' la personalità in cerca di sensazioni forti, predisposto a sport estremi, assumere droghe, comportamenti a rischio (Netter et al., 1996). In un altro paradigma, questi tratti sono stati associati al neuroticismo ed all'estro-

versione (Patton et al., 1997; Papakryzi, 1998). L'ipotesi è quindi che i soggetti con una personalità estroversa e neurotica tenderà a provare maggiormente gli effetti piacevoli indotti dalla nicotina. I tratti di personalità associati con il fumo appaiono quindi ereditabili e di conseguenza si ipotizza che il fattore genetico che con alta probabilità predispone all'iniziazione al tabagismo è proprio la personalità. Un ulteriore collegamento viene dagli studi che dimostrano come il polimorfismo DRD4 (polimorfismo per il gene del recettore dopamina-4) sia associato alla personalità del 'sensation seeker' (Papakryzi et al., 1998).

Metabolizzare lentamente la nicotina

La presenza di varianti di alcuni enzimi implicati nel metabolismo della nicotina determinerebbero il comportamento del fumare (Pianezza et al.,

1998); nei soggetti con varianti meno attive si avrebbero livelli plasmatici più elevati, con prevalenza di effetti avversi e quindi con protezione dall'instaurarsi della dipendenza. All'estremo opposto dello spettro, soggetti con rapido metabolismo risentirebbero meno degli effetti sfavorevoli ed anzi tenderebbero a fumare un maggior numero di sigarette per poter mantenere i livelli plasmatici di nicotina richiesti. Poiché gli stessi enzimi sono implicati nel metabolismo di cancerogeni presenti nel fumo, il rischio nei "metabolizzatori rapidi" è significativamente maggiore in quanto non solo fumano di più ma sono anche maggiormente esposti ai danni organici.

Conclusione

Nonostante sia prematuro poter trarre beneficio dalle scoperte della genetica del tabagismo, sicuramente è possi-

bile fare delle valutazioni e delle doverose considerazioni di carattere etico. La genetica molecolare suggerisce e conferma il ruolo di recettori ed enzimi che potrebbero diventare bersagli di nuovi trattamenti farmacologici efficaci e tollerati, garantendo così una maggiore probabilità di conseguire la disassuefazione dal tabagismo. Un grosso aiuto in questa direzione, potrebbe essere offerto da inibitori del metabolismo della nicotina, i quali potrebbero far così diventare i fumatori dei 'metabolizzatori lenti', facilitati nella riduzione e nella cessazione del fumare. Fumatori diagnosticati come 'metabolizzatori veloci' potrebbero invece essere precocemente assistiti con approcci terapeutici multifattoriali ed integrati. Genetica e diagnosi, per esempio negli adolescenti, potrebbe offrire teoricamente un valido strumento di prevenzione ma aprendo nel contempo delle problematiche di carattere etico che richiedono un oggettivo dibattito nella società.

Bibliografia

1. Comings DE, Ferry L, Bradshaw-Robinson S, Burchette R, Chiu C, Muhleman D. The dopamine D2 receptor (DRD2) gene: a genetic risk factor in smoking. *Pharmacogenetics*, 1997; 6: 73-79.
2. Gilbert DG, Gilbert BO. Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. *Behav Genet* 1995; 25: 133-147.
3. Heath AC, Cates RC, Martin NG, et al. Genetic contribution to risk of smoking initiation: comparison across birth cohorts and across cultures. *J Subst Abuse* 1993; 29: 221-246.
4. Heath AC, Madden PAF. Genetic influences on smoking behaviour. In: Turner JR, Cardon LR, Hewitt JK, eds. *Behaviour genetic approaches in behavioral medicine*. New York, Plenum Press, 1995; pp. 45-66.
5. Heath AC, Martin NG. Genetic models for the natural history of smoking: evidence for a genetic influence on smoking persistence. *Addict Behav* 1993; 18: 19-34.
6. Ishikawa H, Ohtsuki T, Ishiguro H, et al. Association between serotonin transporter gene polymorphism and smoking among Japanese males. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999; 8: 831-833.
7. Kendler KS, Neale MC, Sullivan P, Corey LA, Grdner CO, Prescott CA. A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. *Psychol Med* 1999; 29: 299-308.
8. Lerman C, Caporaso NE, Audrain J, et al. Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychol* 1999; 18: 14-20.
9. Munafò M, Johnstone E, Murphy M, Walton R. New directions in the genetic mechanisms underlying nicotine addiction. *Addiction Medicine* 2001; 6: 109-117.
10. Netter P, Hennig J, Roed IS. Serotonin and dopamine as mediators of sensation seeking. *Neuropsychobiology* 1996; 34: 155-165.
11. Niu T, Chen C, Ni J, et al. Nicotine dependence and its familial aggregation in Chinese. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 248-252.
12. Noble EP, StJeor ST, Ritchie T, et al. D2 dopamine receptor gene and cigarette smoking: a reward gene? *Med Hypotheses* 1994; 42: 257-260.
13. Papakryzi E, Joseph S. Individual differences in personality among smokers and their association with smoking motivation, social skills deficit, and self-efficacy to quit. *Pers Individ Diff* 1998; 25: 621-626.
14. Patton D, Barnes GE, Murray RP. A personality typology of smokers. *Addict Behav* 1997; 22: 269-273.
15. Pianezza ML, Sellers EM, Tyndale RF. Nicotine metabolism defect reduces smoking. *Nature* 1998; 393: 750.
16. Sabol SZ, Nelson ML, Fisher C, et al. A genetic association for cigarette smoking behavior. *Health Psychol* 1999; 18: 7-13.
17. True WR, Heath AC, Scherrer JF et al. Genetic and environmental contributions to smoking. *Addiction* 1997; 92: 1277-1287.
18. True WR, Xian H, Scherrer JF, et al. Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 655-661.

Efficacia della prevenzione del tabagismo

Project evaluation in smoking prevention

B. Tinghino

Riassunto

Molti fattori sono stati esaminati in letteratura scientifica e giudicati efficaci nella prevenzione del tabagismo. Caratteristiche socio-demografiche, influenze genitoriali, livello di autostima, età di inizio al fumo, pratica di attività sportive, attitudine ai comportamenti a rischio, uso di alcol o droghe e altri aspetti psicologici devono essere tenuti in considerazione. Ci sono pochi studi controllati e randomizzati sulla prevenzione del tabagismo. I principali items di valutazione riguardano il livello di informazione sulle malattie correlate al fumo, le attitudini nei confronti del fumo, le abitudini tabagiche. Alla luce delle esperienze passate in rassegna, i programmi di prevenzione dovrebbero dunque essere iniziati precocemente (a 9-10 anni), dovrebbero essere continuati per un tempo lungo (fino a 13-14 anni), dovrebbero coinvolgere le famiglie, i genitori, gli insegnanti, la popolazione generale e i gruppi di pari in età adolescenziale.

Parole chiave: Fumo, programmi di prevenzione, valutazione

Astract

Many factors have been evaluated in scientific literature as effective in smoking prevention. Sociodemographic characteristics, parental influence, degree of self-esteem, age of smoking initiation, sports participations, risk attitude behaviour, drug or alcohol abuse and others psychological aspects have been taken into account. There are only few controlled and randomized studies on smoking prevention and in many cases the conclusions are not significantly positive. The principal items of evaluation consist on testing the degree of information on tobacco related diseases, attitude level to smoke, and smoking behaviours. Based on reviewed experiences, tobacco use prevention programs should begin early (9-10 years old people), be continued for a long time (up to 13-14 years age), involve families, parents, teachers, general population and peer groups in the adolescence age.

Key words: Smoke, prevention programs, evaluation

Introduzione

Una buona premessa all'argomento della valutazione nella prevenzione è costituita dal concetto che i progetti per la prevenzione non contribuiscono automaticamente a migliorare la salute della gente. Talvolta possono anche sortire l'effetto inverso oppure, più semplicemente, essere inefficaci. Dal momento che ogni intervento comporta un costo, è quanto meno corretto interrogarsi sull'utilità di ciò che si fa, al di là delle gratificazioni che possono derivare agli operatori da ritorni di immagine o di altro genere.

Valutare significa attribuire dei valori agli "oggetti" o "eventi" della valutazione e dis-

tribuirli lungo una scala, rispetto ad un riferimento standard. La misurazione di questi eventi od oggetti permette di orientare i processi decisionali, anche presi a livello istituzionale. Per fare ciò è necessario che nella progettualità siano definiti in modo chiaro sin dall'inizio sia gli obiettivi che si intendono raggiungere, sia gli indicatori da andare a misurare per descrivere e monitorare il fenomeno. Sono pensabili diversi ordini di valutazione, alcuni legati al processo o all'efficienza, altri legati all'efficacia.

Naturalmente non è possibile pensare sempre a progetti in cui gli unici indicatori proposti siano di gradimento o di efficacia e non è possibile puntualmente

rimandare all'infinito una verifica di efficacia, in termini di cambiamento di stile di vita o di comportamento a rischio (nel nostro caso il fumo di tabacco). Da un punto di vista epistemologico ci troveremo così davanti a ipotesi non falsificabili e quindi, proprio per questo, non scientifiche

In ambito preventivo, come per altro in ogni campo della scienza, il buon senso non basta. Un problema, per fortuna ormai sempre meno frequente, è costituito dall'idea che l'informazione possa da sola cambiare i comportamenti. Per quanto questo concetto possa sembrare intuitivo, non è sempre veritiero. Di fatto sono pochi gli individui che adottano uno stile di vita

Biagio Tinghino (btinghi@tin.it)

Direttivo Consulta Nazionale sul Tabagismo - Segreteria Nazionale SITAB, - Società Italiana di Tabaccologia
Gruppo per la Prevenzione del Tabagismo - Regione Lombardia - Centro per il Trattamento del Tabagismo, - ASL provincia di MI 3, MONZA

sbagliato dopo aver esaminato razionalmente i pro ed i contro della loro scelta. In genere sono i fattori emotivi, sociali, culturali, relazionali che spingono verso un'abitudine piuttosto che verso un'altra. E' noto, per esempio, che molti medici fumano, ma è anche vero che i medici sono coloro che ne sanno di più rispetto ai danni della sigaretta. Il fatto che continuano a fumare dimostra che le informazioni quasi mai cambiano i comportamenti, a meno che queste non siano supportate da stimoli che incidano su aspetti più profondi della dinamica psichica.

Infine un ostacolo rilevante ad una prevenzione efficace (uno dei tanti) è il fatto che essa possa venire influenzata dalle "ondate" emotive del consenso sociale. L'attenzione dei mass-media è mutevole. Talvolta l'enfasi è messa sul problema dell'AIDS, la volta successiva sui danni da fumo, poi ancora sul problema delle malattie da prioni ("la mucca pazza"). Con la stessa irregolarità, spesso, si alternano gli interventi politici e i finanziamenti, per cui - di fatto - la continuità degli interventi viene messa in pericolo. Questo è il motivo per cui la prevenzione deve rendersi autonoma dalle mode del momento e contare sull'impegno di professionisti che siano in grado di portare avanti il loro lavoro con risorse certe, dotate di una certa continuità e sulla base di progetti verificati o quantomeno verificabili. Insomma di persone qualificate capaci di pensare ed agire sul "lungo termine".

L'NMHA (National Mental Health Association) americana ha individuato una serie di fasi fondamentali nella progettazione di interventi preventivi, di cui la definizione degli indicatori e la valutazione rappresentano le tappe cruciali.

Pianificazione degli interventi preventivi

1. Studio dei bisogni
2. Elaborazione degli obiettivi della prevenzione
3. Definizione degli indicatori
4. Lista delle risorse necessarie
5. Identificazione delle fonti di finanziamento
6. Ripartizione dei compiti
7. Messa in opera
8. Valutazione
9. Aggiustamento del programma

Individuazione dei bisogni e definizione degli obiettivi

Nell'ambito della lotta al tabagismo può essere relativamente facile considerare la fase della individuazione dei bisogni in ambito preventivo come scontata. Che il fumo fa male è ormai accertato. Che ci sia bisogno di prevenire l'inizio al fumo è anch'essa cosa evidente. Occorre però considerare che questi sono dati "teorici", argomentati a tavolino, dedotti da una necessità clinica, che rischiano di sovrastimare la richiesta di prestazioni. Si deve quindi associare una analisi della "percezione" del bisogno, pena il trovarsi davanti alla discrepanza - per fare un esempio - tra operatori motivatissimi e ragazzi totalmente disinteressati.

La prevenzione del tabagismo può far propri obiettivi a più livelli. Non necessariamente il bersaglio deve essere costituito da un effetto diretto al cambiamento dell'abitudine al fumo o una prevenzione dell'abitudine tabagica. Il grado di coinvolgimento della famiglia, l'attivazione delle istituzioni, il numero di accessi ad un servizio possono essere tutti obiettivi legittimi. Importante è che questi obiettivi siano esplicitati nel progetto e non vengano confusi con altri. Anche nel proporre obiettivi intermedi o di tipo procedurale andrebbero evidenziati aspetti misurabili. Un progetto per fasce di età molto basse difficilmente può prendere in considerazione un cambiamento di comportamenti specifici (per es. sarà difficile valutare l'abitudine al fumo di bambini trattati nelle scuole materne o l'attitudine al rischio di malattie sessualmente trasmesse). In questo caso possono essere posti obiettivi intermedi, come quello di intervenire sulle famiglie, elevando il livello di attenzione verso un'area più generica (la salute, la cura di sé, il benessere). Nell'ambito della definizione degli obiettivi non vanno trascurati quelli di tipo economico, ossia la valutazione del rapporto costi/benefici dello smettere di fumare o del non cominciare. E' interessante sapere, che, per esempio, un importante progetto di prevenzione (TNT, project Toward No Tobacco Use) monitorato dal CDC di Atlanta ha dimostrato un'alta efficacia rispetto ad altri interventi grazie ad una analisi di due parametri (LYs: Lifer Years saved e QALYs: Quality-Adjusted Life Year) che sono fondamentalmente di tipo economico.

Possibili end-points valutabili nella prevenzione del tabagismo

- N° di soggetti che non iniziano a fumare
- N° di fumatori occasionali
- Quantità di sigarette fumate
- Qualità e correttezza delle informazioni possedute
- Numero di accessi ai servizi
- Relazione tra intervento ed evento atteso
- Quantificazione degli effetti in una situazione sperimentale
- Quantificazione del rapporto costo/beneficio
- Effetti di altri interventi (per es. precedenti)
- Studio della relazione tra la selezione del campione e gli effetti
- Riduzione di fattori di rischio (per es. parametri clinici di funzione respiratoria)
- LYs (Life Years saved)
- QALYs (Quality-Adjusted Life Years)

Nel caso in cui l'obiettivo consista nel raggiungimento di una "tappa" del percorso che porta alla scelta di non fumare (per esempio, attivazione degli insegnanti) occorre far riferimento comunque ad un presupposto di efficacia finale (per es.: "è utile ottenere una più alta attivazione degli insegnanti"). Qualcun altro cioè ha dimostrato - o dovrà dimostrare - che il coinvolgimento del mondo della scuola è un fattore positivo per il raggiungimento del risultato finale. Senza questo passaggio non ha molto senso un obiettivo di tipo intermedio.

Fattori di rischio per l'inizio dell'abitudine tabagica

Esistono in letteratura dei dati che indicano alcuni fattori, di ordine sociale, familiare, personale che risultano essere predittori efficaci del rischio di diventare fumatori o di non diventarlo. Nell'impostazione dei programmi di prevenzione occorrerà dunque tener conto di questi elementi emersi dagli studi scientifici. E' nota l'influenza della pubblicità indiretta, per esempio derivante da immagini cinematografiche di personaggi famosi che fumano (1). La precocità di inizio al fumo predice una maggior tendenza a diventare fumatori abituali (2), così come l'instaurarsi di abitudine tabagica è inver-

samente correlata allo stato socio-economico dei genitori e i ragazzi provenienti da famiglie in cui i genitori fumano sono più predisposti a diventare essi stessi fumatori (3). L'integrità del nucleo familiare risulta protettiva rispetto alle famiglie con un solo genitore o con genitori separati. Il comportamento dei genitori è protettivo quando viene esercitato in senso normativo e di opposizione rispetto all'uso di tabacco da parte dei figli, così come il frequentare un gruppo di pari che fumano predispone a diventare fumatori cronici (4). Da una nostra indagine in corso di pubblicazione è emerso che i giovani fumatori hanno un livello più alto di ansia da prestazione, attingono meno a risorse di socializzazione e benessere personale (pratica di sports, momenti di incontro etc...), hanno una stima di sé più bassa rispetto ai controlli, e più frequentemente assumono sostanze stupefacenti di vario tipo (incidenza variabile di assunzione hanno la cannabis, la cocaina, l'alcol, l'eroina, l'LSD). I giovani fumatori hanno inoltre un'attitudine al rischio superiore ai controlli e dimostrano una più alta prevalenza di disturbi del comportamento alimentare o, comunque, legati alla percezione del se corporeo.

Fattori di efficacia nella prevenzione del tabagismo

I principali studi valutativi della prevenzione confermano l'efficacia degli interventi quando questi tengono conto dei fattori di rischio specifici, come quelli elencati nel paragrafo precedente. In altri termini, si evince che gli interventi devono essere iniziati precocemente (prima dell'età media di inizio del fumo), devono coinvolgere le famiglie, gli insegnanti e devono poter contare sul supporto delle istituzioni che mediano anche la parte normativa (5).

Gli interventi più efficaci coinvolgono in modo attivo il gruppo dei pari, sono basati su metodi interattivi e tendono ad elevare la consapevolezza dei ragazzi rispetto alle pressioni sociali, pubblicità compresa (6). Alcuni di questi interventi tendono a ribaltare la pressione dei pari, offrendo degli stimoli perché essa diventi positiva (per es. il progetto "Smoke free class competition"). È ritenuto importante operare attraverso interventi di training dell'assertività, role playing e attivazioni dirette degli studenti coinvolti, comunque per mezzo di programmi multi-componenti e multi-livello (7) e di attività di classe, effettuate con un coinvolgimento importante degli insegnanti sono dei fattori predittivi di efficacia importanti (8). In poche parole, un progetto efficace deve basarsi su tre

livelli teorici di intervento, che vanno coinvolti in modo integrato: il livello personale, il livello sociale e il livello di comunicazione.

È accertato che le campagne antifumo condotte attraverso i mezzi di comunicazione di massa sono efficaci, ma solo nei confronti dei ragazzi fino all'età di 12-13 anni. Superati i 14 anni la informazione televisiva da sola, nell'ambito della prevenzione del tabagismo, perde quasi completamente la sua efficacia (13).

Metodi generali della valutazione

La maggior parte delle esperienze di valutazione a livello internazionale ha utilizzato il metodo dell'arruolamento di almeno 2 gruppi di studenti (trattati, controllo) e di somministrazione di test (test-retest) prima, dopo l'intervento e a distanza di 1,2,3 anni. Alcuni studi arrivano ad una verifica a 5 o addirittura 8 anni. L'assegnazione ai gruppi è randomizzata (9). Le griglie di valutazione sono ovviamente diversificate, ma ci sono degli indicatori che vengono sempre tenuti in considerazione e sono costituiti dal numero di giovani che iniziano a fumare e dal numero di sigarette fumate. Nell'esperienza monzese è stato scelto, per esempio, di testare 3 aree: quella delle conoscenze/informazioni, quella delle attitudini al fumo e quella dei comportamenti.

Le informazioni sul fumo e sui danni che provoca sono gli elementi che più facilmente possono essere portate nelle scuole e costituiscono sicuramente la base sulla quale costruire poi il percorso di cambiamento delle attitudini e dei comportamenti. Occorre tenere presente, però, che da sole le informazioni rimangono inefficaci e vengono facilmente perdute. Gli studenti tendono abitualmente a sopravvalutare altri fattori di rischio per la salute (per es. l'infezione da virus HIV o gli incidenti stradali) rispetto al fumo. Una correzione di queste convinzioni errate è un primo step significativo, che può costituire un indicatore del progetto di prevenzione.

Le attitudini esprimono la propensione ad acquisire un certo comportamento nel tempo. In questo caso abbiamo ritenuto utile cercare di far collocare nel tempo all'intervistato la sua eventuale intenzione di iniziare a fumare ("Nel caso in cui hai deciso di fumare, credi che fumerai nella prossima settimana, nel prossimo mese, nel prossimo anno o in futuro?"). La collocazione ravvicinata e specifica dell'idea di iniziare a fumare è significativa di una con-

cretezza dell'attitudine. Stessa domanda veniva posta a quanti già fumavano e avrebbero voluto smettere di fumare. Chi ha già preso seriamente in considerazione l'idea di smettere riesce a collocare abbastanza bene nel tempo il suo progetto. Chi si rifugia in un "futuro" generico difficilmente inizierà a fare delle cose concrete per allontanarsi dalla sigaretta. Risulta importante verificare l'attendibilità interna del test con domande che ripropongono, in altra forma, contenuti simili, in modo da avere una valutazione di eventuali tentativi di falsificazione. Gli items sui comportamenti costituiscono un passo cruciale della valutazione. È però importante chiedere da quanto tempo è iniziata l'abitudine al fumo (se è iniziata), quanto tempo è trascorso tra la prima sigaretta e l'instaurarsi dell'abitudine e soprattutto quantificare il numero di sigarette fumate. Molti ragazzi dichiarano di aver fumato la prima sigaretta già a 8 o 9 anni, ma ad una indagine più specifica dichiarano di non aver ripetuto l'esperienza o di aver cessato di fumare. Altri ancora sono fumatori occasionali. Una distinzione tra queste categorie sembra quanto mai opportuna.

Le esperienze

Tra le esperienze più significative in campo preventivo citiamo la WHO's Tobacco Free Initiative, il "North Karelia Youth Project" (10), lo "Smokfree Class Competition" (11), e il progetto Waterloo. Una metanalisi (12) di interventi preventivi del tabagismo nella popolazione adulta basata sul registro della Cochrane Tobacco Addiction Group, su MEDLINE (1966-2001) ed EMBASE (1980-2001) ha raccolto trentadue studi, di cui però solo quattro avevano utilizzato la randomizzazione dei casi e la costituzione di gruppi di controllo. Allo stesso modo solo poche ricerche avevano testato e riportato il numero di sigarette fumate e la percentuale di cessazione dal fumo. I due studi più rigorosi (US COMMIT STUDY e il CART australiano) avevano evidenziato limitati effetti di efficacia. Questo indica come, anche nel panorama internazionale, sebbene vengano effettuati numerosi interventi preventivi, la questione della valutazione è ancora aperta e talvolta appare come un'area problematica sulla quale si arenano molti volenterosi tentativi.

Relativamente alle esperienze italiane occorre ricordare il progetto Waterloo, dapprima applicato in Canada e poi riformulato nel nostro paese con nomi che

variano a seconda delle regioni che lo hanno utilizzato (in Lombardia "La sigaretta non mi dona"). Il progetto - indirizzato alle scuole medie inferiori - si colloca sicuramente tra le esperienze più significative in Italia, soprattutto per la sua diffusione. I dati di efficacia ottenuti in Lombardia sono stati alquanto deludenti, nel senso che la valutazione effettuata su un campione di 2265 soggetti trattati e 692 controlli, testati a distanza di 3 anni, non ha dimostrato differenze significative in termini di abitudine al fumo tra trattati e controlli. Un progetto simile, però, applicato in Veneto e in Emilia Romagna ha dato risultati talvolta positivi, a seconda delle aree in cui veniva effettuato. In Emilia Romagna la valutazione a 3 anni, effettuata su 6300 studenti circa, ha mostrato - fra tutte le zone verificate - un'alta efficacia nell'area di Faenza (17,8% di fumatori tra i trattati versus 31,1% nei controlli), quasi nulla nell'area di Cesena (20,5% trattati versus 20,0% nei controlli). In questo caso si è visto che gli elementi discriminanti erano costituiti dalla percentuale di copertura del territorio scolastico, dalla consistenza dell'intervento effettuato sulla popolazione generale e dalla presenza di Centri di Trattamento per Fumatori sul territorio. In modo positivo è stato valutato il progetto Smoke Free-Class Competition, che sembra capace di innescare una competizione positiva nel gruppo dei pari, volta a prevenire l'abitudine tabagica.

Il progetto "Decido anch'io" per le scuole medie superiori applicato in Monza e Brianza, dopo una fase empirica di valutazione, ha testato 1048 studenti trattati e circa 500 di controllo. A distanza di un anno non ci sono state evidenze di efficacia nei trattati rispetto ai controlli.

Tutti questi progetti prevedevano un coinvolgimento degli studenti in lavori di gruppo, role-playing, discussioni. Altri progetti sono stati ovviamente portati avanti, ma non sempre è stata effettuata una valutazione completa, per cui i dati conosciuti sono solamente di gradimento o semi-quantitativi.

Discussione

I dati sopra esposti indicano in modo inequivocabile che fare prevenzione non è facile. Innanzi tutto perché occorrono risorse ingenti, poi perché è un campo in cui i risultati si vedono tardi e, quando ci sono veramente, sono di entità modesta. Il problema delle risorse per la prevenzione in Italia è sicuramente sottovalutato, se

non in alcuni casi ignorato dalle realtà istituzionali, spesso affidato a fonti estemporanee che non possono - per definizione - garantire la continuità, anche se la continuità è un fattore essenziale di efficacia. Gli entusiasmi sono frequenti, ma altrettanto le delusioni. Per evitare che l'impegno profuso si disperda è necessaria quindi una progettualità precisa, fondata sui criteri rigorosi, facente riferimento alle esperienze più accreditate a livello nazionale e internazionale. In questo senso anche le esperienze che hanno effettuato una valutazione e dimostrato scarsa efficacia sono importanti perché permettono di comprendere gli errori commessi e di modificare positivamente i nodi critici. Da queste considerazioni possiamo indicare gli elementi di efficacia emersi nei progetti di prevenzione del tabagismo:

Precocità di inizio (devono essere iniziati in una fascia di età ancora suscettibile all'intervento preventivo, meglio se a 10-11 anni)

Ripetizione e continuità negli anni possibilmente con progetti con un filo conduttore unico, il che è meglio rispetto a progetti diversi che si snodano attraverso la carriera dello studente.

Priorità della parte formativa ed educativa rispetto a quella informativa (le nozioni sui danni da fumo dovrebbero costituire solo una parte dell'attività svolta nelle scuole).

Interattività (i ragazzi siano protagonisti, in particolare a tecniche come il brainstorming, la discussione, il role-playing.)

Multidisciplinarietà (sarebbe meglio affidare la prevenzione ad equipe in cui siano presenti non solo operatori sanitari, ma anche psicologi ed educatori).

Globalità di approccio alla educazione alla salute. (Il problema va affrontato su un piano più complesso della semplice ricerca di modificazione del comportamento e lo inserisce nell'ambito di una più ampia ricerca del benessere psico-fisico.)

Inserimento curricolare e collaborazione degli insegnanti.

Coinvolgimento della famiglia e delle istituzioni scolastiche. In quest'ultimo caso è necessario un impegno da parte dei dirigenti perché la scuola venga dichiarata

libera dal fumo e la normativa vigente sia fatta rispettare.

Contesto di lotta al tabagismo con attività per la popolazione generale (in cui sono attivi anche i medici di medicina generale, le istituzioni sanitarie, i centri per il trattamento del tabagismo presenti sul territorio).

Influenza del gruppo dei pari e di opinion-leaders.

Bibliografia

- Gina Escamilla, Angie L. Craddock, Ichiro Kawacki, Women and Smoking un Hollywood Movies: A Content Analysis; American J. Pub. Health, March 2000, vol. 90. N° 3. 412-414
- Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D., Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. JAMA 1993; 269: 1391-1395
- Stanton WR, Oei TPS, Silva PA, Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int. J. Addiction; 1994; 29: 913-925
- Suzanne L. Tyas, Linda L. Pederson, Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature; Tobacco Control, 1998; 7: 409-420 (winter)
- Fernandez S., Nebot M., Jane M., The evaluation of effectiveness of scholastic programs in the prevention of consumption of tobacco, alcohol and cannabis: what do meta-analyses tell us? Rev Esp Salud Publica 2002 May-Jun; 76 (3): 175-87
- Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. JAMA 2002 Sept 4; 288(9): 1102-9
- Pentz MA Effective prevention programs for tobacco use. Nicotine Tob Res 1999; 1 Suppl 2:599-107
- Barr JE, Tubman JG, Montgomery MJ, Soza-Vento RM, Amenability and implementation in secondary school antitobacco programs; Am J Health Behav 2002 Ja-Feb; 26(1): 3-15
- Mahoney MC, Bauer JE, Tumiel L, Mc Mullen S, Schieder J, Pikuzinski D, Longitudinal impact of a youth tobacco education program; BCM Fam Pract 2002; 3(1):3 (6).
- Vartiainen E., Paavola M., Mc Allister A., Puska P. Fifteen-year follow up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project; American J of Pub Health. 1998, (88); 81-5
- Zagà, Monti, Gentilini, Capecchi, Tamang. Smokefree class competition. Prevenzione primaria del tabagismo nelle scuole; Prevenzione Respiratoria 2001, (1); 21
- Secker-Walker RH., Gnich W., Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults; Cochrane database Syst rev 2002; (3): CD001745
- Michael Siegel The impact of an Antismoking Media campaign on progression to established Smoking: results of a Longitudinal Youth Study; Am J Public Health 2000;90:380-386.

Abstract & Commentary

le ultime dalla ricerca

A cura di C. Chiamulera, G. Forza e G. Invernizzi.



Cancro al polmone, mortalità cardio-polmonare ed esposizione a lungo termine ad inquinamento atmosferico da particolato fine

Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution

C. Arden Pope III, Richard T. Burnett, Michael J. Thun, Eugenia E. Calle, Daniel Krewski, Kazuhiko Ito, George D. Thurston. *JAMA*. 2002;287:1132-1141.

L'articolo scientifico di Pope e collaboratori è destinato a fare storia per la dimensione dello studio: avere dati su una coorte di mezzo milione di persone seguita per 16 anni è il sogno di tutti gli epidemiologi.

1970:

dimostrazione di una correlazione temporale tra concentrazioni estremamente alte di particelle e SO₂ e incrementi acuti nella mortalità.

1989-1996:

studi epidemiologici hanno riportato effetti sanitari a concentrazioni estremamente basse di particelle.

1997:

EPA adotta nuove regole sui limiti di particelle fini che misurano meno di 2.5 m nel diametro (PM 2.5).

- ricorso alla magistratura da parte di gruppi industriali
- limiti confermati dalla US Supreme Court (*Whitman vs American Trucking Associations Inc.*, 532 US 457 (2001))
- dal 1999 è cominciato il monitoraggio di PM_{2.5} in diversi centri americani.

2002:

Pope et al: rianalisi con nuove variabili e nuovi metodi statistici del Cancer Prevention II Study (CPS-II) eseguito dall'American Cancer Society

- circa 1.200.000 adulti (30 + yr) arruolati nel 1982
- questionario (età, sesso, peso, altezza, storia dell'abitudine al fumo, consumo di alcool, esposizioni occupazionali, dieta,

livello istruzione, stato civile ed altre caratteristiche)

- accertamento dello stato di esistenza in vita al 31/12/1998 con linkage automatico al National Death Index

- Classificazione Internazionale delle Malattie - IX Revisione (ICD-9)

- analisi ristretta ai residenti di aree metropolitane (basate su indirizzo e codice postale) con dati di inquinamento atmosferico (n ~ 500,000): valori medi di PM_{2.5} = 21.1 ± 4.6 nel 1979-83, 14.0 ± 3.0 nel 1999-2000; di PM₁₀ = 28.8 ± 5.9 nel 1982-98; di particelle sospese totali (TSP) = 68.0 ± 16.7 nel 1980-81, 56.7 ± 13.1 nel 1982-98; altri inquinanti misurati sono: solfati; SO₂, NO₂, CO, O₃.

- analisi statistica: estensione del modello standard di sopravvivenza di Cox con rischio proporzionale (con aggiustamenti per fattori di rischio individuali) incorporando una componente spaziale di effetti casuali ("random") ed una componente non parametrica di "lisciamento" ("smooth") spaziale per valutare l'auto-correlazione spaziale [ciò per superare i limiti del modello standard di Cox: 1) se l'assunzione di indipendenza statistica non è valida, le stime di rischio possono essere incorrette; 2) il tempo di sopravvivenza di persone che vivono in comunità vicine può essere più simile rispetto a comunità lontane → autocorrelazione spaziale]

- rapporti di rischio relativo aggiustati (RR)

- risultati di monitoraggio dell'inquinamento

- è stato osservato un decremento del valore medio di PM_{2.5} tra il 1979-83 e il 1999-2000

- le mortalità per tutte le cause (RR=1.06 [1.02-1.11]), cardiopolmonare (RR=1.09 [1.03-1.16]), per cancro al polmone (RR=1.14 [1.04-1.23]) erano associate a

ogni incremento di 10 mg/m³ nella concentrazione di PM_{2.5}

- i logaritmi di RR di mortalità per tutte le cause, cardiopolmonare e per cancro al polmone aumentavano in maniera lineare secondo il gradiente di concentrazione di PM_{2.5}

- il fumo di sigarette era associato in maniera altamente significativa alle tre mortalità (RR per un fumatore di 22 sigarette/die per 33.5 anni: 2.58, 2.89 e 14.80)

- altre associazioni significative, meno robuste, esistevano per livello di istruzione, stato civile, indice di massa corporea (BMI), consumo di alcool, esposizione occupazionale e fattori della dieta

- tuttavia, l'associazione tra inquinamento e mortalità permaneva

- non è emersa una significativa auto-correlazione spaziale

- le analisi stratificate per sesso, età, livello di istruzione e abitudine al fumo (aggiustate per gli altri fattori di rischio) mostravano una più forte associazione PM_{2.5} - mortalità cardio-polmonare e per cancro al polmone nei soggetti con meno istruzione e nei non fumatori

- analizzando tutti gli inquinanti disponibili:

- associazioni statisticamente significative e relativamente consistenti esistevano tra PM_{2.5} e particelle solforate con mortalità per tutte le cause, cardio-polmonare e per cancro al polmone

- associazioni meno consistenti esistevano per PM₁₀ e PM₁₅

- PM₁₅₋₂₅ e TSP non erano consistentemente associate con la mortalità

- tra tutti gli inquinanti gassosi, solo SO₂ era associata con elevati rischi di mortalità (compresa quella per altre cause).

Conclusioni:

- Ogni incremento di 10 mg/m³ nella media a lungo termine di PM_{2.5} era asso-



ciato ai seguenti aumenti di mortalità: 4% per tutte le cause, 6% cardio-polmonare, 8% per cancro al polmone [secondo i valori riferiti al 1979-83 nella tab. 2 dell'articolo]

- l'associazione, già mostrata nella pubblicazione del 1995, persiste con un follow-up raddoppiato (>16 anni) e con la triplicazione del numero di morti osservate
- l'associazione persisteva dopo aver controllato per i fattori di rischio ottenuti col questionario individuale all'ingresso dello studio; in particolare gli effetti sulla mortalità cardio-polmonare e per cancro al polmone erano più forti per i non fumatori.
- non è stata osservata un'auto-correlazione spaziale significativa ≠ anche dopo aver aggiustato il modello di rischio proporzionale di Cox per effetti random (cioè variazioni casuali) e componenti non parametriche di "lisciamento" ("smoothing") spaziale che aggiustano per differenze regio-

nali, l'associazione tra PM2.5 e mortalità cardio-polmonare e per cancro al polmone persisteva

- i rischi elevati di mortalità erano associati principalmente a PM2.5 e SO₂, ma non alle particelle più grossolane (comprese le PM10) e gli inquinanti gassosi
- entro il range di inquinamento osservato, la funzione concentrazione-risposta appare monotona e lineare; tuttavia, questo non preclude un livellamento o una tendenza più ripida della funzione a più elevati livelli di inquinamento
- il rischio di mortalità per esposizione alle particelle fini è ovviamente più basso di quello associato al fumo di sigarette, tuttavia è paragonabile a quello associato al grado 1 (BMI = 25-29.9 kg/m²) e 2 (BMI = 30-39.9 Kg/m²) di soprappeso (utilizzando le categorie proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità).

Commento: I risultati di questo studio forniscono la più forte evidenza mai pubblicata che l'inquinamento atmosferico da particelle fini comune a molte aree metropolitane è un importante fattore di rischio per la mortalità cardio-polmonare e per cancro al polmone.

L'impatto sulla sanità pubblica sarà enorme ed è auspicabile che abbia un analogo impatto nel mondo di chi si occupa tecnicamente e politicamente dell'ambiente.

E' ad esempio ipotizzabile che anche in Europa si comincino a misurare, oltre alle "particelle inalabili" (PM10), le "particelle fini" (PM2.5).

Nessuno potrà più dire che non esistono ancora sufficienti evidenze sul fatto che l'inquinamento atmosferico è associato alla mortalità cardio-polmonare e per tumore al polmone. E' da ricordare che, secondo le proiezioni dell' Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2020 le malattie cardio-vascolari saranno la prima causa di morte al mondo, le bronco-pneumopatie croniche ostruttive la terza ed il tumore al polmone la quinta.

Lo studio di Pope è anche una conferma delle stime pubblicate da Kunzli e collaboratori su Lancet del 2000 relative a tre Paesi europei (Austria, Francia, Svizzera), da cui emergeva che l'inquinamento atmosferico da polveri inalabili era causa del 6% della mortalità annuale. In particolare, per la Francia, paese con dimensione della popolazione simile all'Italia, questa stima equivaleva a circa 32000 morti e 50 mila nei tre Paesi studiati, a fronte di 65 mila decessi nella sola Francia e di circa 90000 in Italia a causa del fumo di tabacco cioè di quella che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito come la più importante causa di morte prevedibile e prevenibile.

In tempi in cui la medicina, la politica e l'economia si affannano a cercare di tenere dietro ai fenomeni collegati all'invecchiamento della popolazione ed alle conseguenze del modello di sviluppo seguito finora (includendovi il tipo di mobilità e l'accettabilità sociale di certe abitudini come il tabagismo), è auspicabile che l'articolo di Pope sia un'occasione seria di ripensamento e di cambiamento anche delle norme e dei comportamenti individuali. Focalizzare comunque l'attenzione sulla prevenzione, oltre a migliorare la salute dei cittadini, può fare risparmiare molte risorse economiche sul medio-lungo periodo.

Giovanni Viegi

Primo Ricercatore dell'Istituto di Fisiologia Clinica CNR
Presidente della Sezione di Epidemiologia
della Società Europea Respiratoria
Vice-Presidente della Società Italiana di Medicina Respiratoria.

Fumo passivo e tumore polmonare: la realtà nella provincia di Ferrara.

Goldoni CA, Danielli G, Turatti C, Ranzi A, Lauriola P; Studio caso-controllo in un'area della provincia di Ferrara a elevata mortalità per tumore polmonare. *Epidemiol Prev* 2001; 25:21-26.

Sul primo numero 2001 di *Epidemiologia e Prevenzione* Carlo Alberto Goldoni e i colleghi delle ASL di Modena e di Ferrara e dell'ARPA (Agenzia Regionale di Protezione Ambientale) dell'Emilia-Romagna, riportano i risultati di uno studio caso-controllo realizzato nella zona di Comacchio per individuare i fattori di rischio legati al tumore del polmone. In particolare sono stati indagati fumo, fumo passivo, alimentazione e le tipologie lavorative. I 249 "casi" erano rappresentati da soggetti deceduti nel periodo 1988-1993 per tumore della trachea, bronchi e polmone (secondo il codice ICD IX=162.0-9, confermati sulla base dell'esame istologico e cartella ospedaliera), mentre i 500 controlli erano soggetti viventi appartenenti alla stessa popolazione. Lo studio prevedeva l'arruolamento solo di soggetti di sesso maschile. I risultati hanno messo in evidenza il forte impatto del fumo come fattore di rischio per il tumore del polmone: il rischio relativo (OR) rispetto ai non fumatori era di 3,7 fino a 10 sigarette, 9,9 fino a 20 e ben 44,9 oltre le 2° sigarette al giorno, mentre per gli ex-fumatori l'OR era di 5,5. Il fumo passivo respirato al bar per oltre 6 ore la settimana comportava un OR di 1,9, mentre quello da convivente un OR di 1,1 (non significativo). Una dieta ricca di frutta e verdura riduceva il rischio in modo statisticamente significativo (OR 0,4). Interessante il contributo della tipologia abitativa: vivere nelle abitazioni rurali -le cosiddette "casazze" - formate da un unico locale e prive di riscaldamento portava il rischio relativo a 1,7, così come la bassa scolarità che risultava associata a un'OR di 2,5. Gli autori sottolineano il rischio dovuto al fumo passivo nei locali pubblici, bar e osterie spesso prive di ricambio d'aria, dove la concentrazione del fumo di sigaretta ambientale può raggiungere valori molto alti, e auspicano interventi di sanità pubblica in materia.

Il ragazzo non sta bene: fuma...

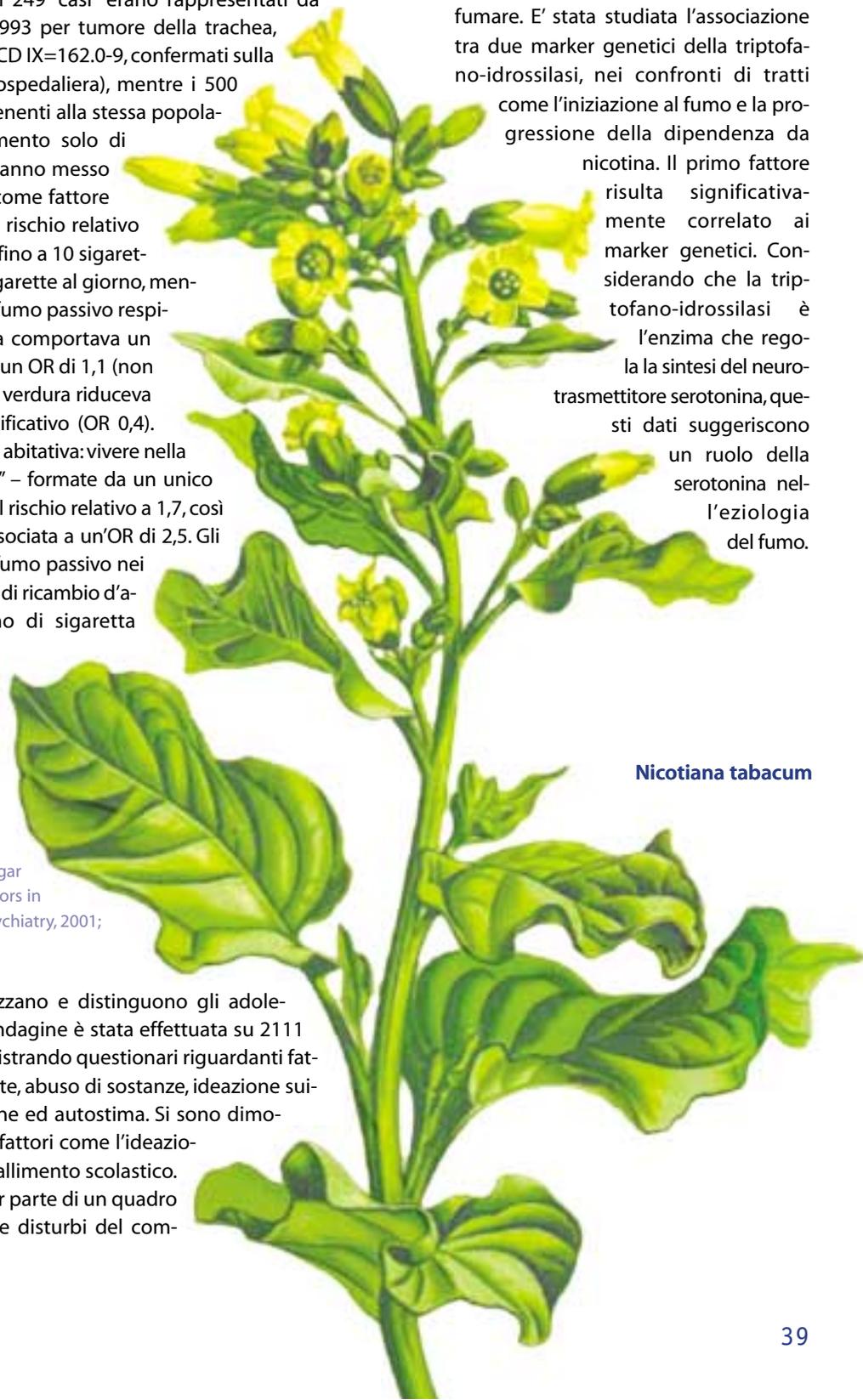
Tomori M, Zalar B, Plesnicar BK, Zihel S, Stergar E. Smoking in relation to psychosocial risk factors in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2001; 10(2):143-150.

Evidenziati i fattori che caratterizzano e distinguono gli adolescenti fumatori da quelli non. L'indagine è stata effettuata su 2111 studenti delle scuole superiori somministrando questionari riguardanti fattori familiari, scolastici, abitudini di salute, abuso di sostanze, ideazione suicidaria oltre ad una scala di depressione ed autostima. Si sono dimostrati discriminanti tra fumatori e non, fattori come l'ideazione suicidaria, l'abuso di sostanze ed il fallimento scolastico. Il fumo tra adolescenti risulta quindi far parte di un quadro problematico di varie psicopatologie e disturbi del comportamento.

Un gene della serotonina associato all'iniziazione al fumo

Sullivan PF, Jiang YX, Neale MC, Kendler KS, Straub RE. Association of the tryptophan hydroxylase gene with smoking initiation but not progression to nicotine dependence. *American Journal of Medical Genetics*, 2001; 105(5):479-484.

Correlazione tra un gene legato al triptofano e l'insorgenza del fumare. È stata studiata l'associazione tra due marker genetici della triptofano-idrossilasi, nei confronti di tratti come l'iniziazione al fumo e la progressione della dipendenza da nicotina. Il primo fattore risulta significativamente correlato ai marker genetici. Considerando che la triptofano-idrossilasi è l'enzima che regola la sintesi del neurotrasmettitore serotonina, questi dati suggeriscono un ruolo della serotonina nell'eziologia del fumo.



Nicotiana tabacum

Ragazzo, non vedi che rischio corri?

Romer D, Jamieson P. Do adolescents appreciate the risks of smoking? Evidence from a national survey. *Journal of Adolescent Health*, 2001; 29(1):12-21.

Gli adolescenti sottostimano la pericolosità del fumo. La presente indagine telefonica ha verificato quanto, in base a criteri oggettivi e personali, giovani adolescenti stimano il danno da fumo e la loro possibilità di smettere. Lo studio ha confermato un'alta percentuale di sottostima del rischio di morte, degli anni di vita persi, del rischio di tumori. Tuttavia, è anche emerso che i giovani ritengono ottimisticamente che la loro stima del rischio sia in ogni caso sufficiente per pianificare la decisione di smettere.

Vaccinarsi contro la nicotina?

Isomura S, Wirsching P, Janda KD. An immunotherapeutic program for the treatment of nicotine addiction: Hapten design and synthesis. *Journal of Organic Chemistry*, 2001; 66(12):4115-4121.

Immunizzazione contro nicotina come promettente associazione alle terapie attuali. Sono stati sintetizzati e saggiati degli anticorpi specifici contro la nicotina per il riconoscimento specifico di questa in modo da bloccarne il trasporto dal plasma al sistema nervoso centrale. Apteni ad alta purezza sono stati prodotti in modo da garantire una potenziale immunofarmacologia efficace e sicura.

Cessazione dal fumo on-line

Etter J.F, Perneger T.V. Effectiveness of a Computer-Tailored Smoking Cessation Program A Randomized Trial. *Arch Intern Med*, 2001; 161:2596-2601

Linformatica in aiuto della cessazione del fumo. L'uso di materiale sperimentale computerizzato ha permesso di applicare un protocollo di cessazione da fumo di tipo cognitivo-comportamentale, in circa 3000 pazienti. I dati di efficacia, significativi verso placebo, suggeriscono che le metodologie informatiche possono incrementare la penetrazione ed il beneficio dell'intervento terapeutico.

Infermieri esperti per smettere di fumare

Cataldo JK. The role of advanced practice psychiatric nurses in treating tobacco use and dependence. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2001; 15(3):107-119.

La presente rassegna rimarca il ruolo fondamentale del personale infermieristico psichiatrico nel trattamento del tabagismo.



Lavoratori del tabacco a rischio per intossicazione da nicotina

D'Alessandro A, Benowitz NL, Muzi G, Eisner MD, Filiberto S, Fantozzi P, Montanari L, Abbritti G: Systemic nicotine exposure in tobacco harvesters. *Archives of Environmental Health*, 2001, 56:257-63.

Questo lavoro, che ha visto tra i protagonisti della ricerca i colleghi del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Istituto di Medicina del Lavoro Università di Perugia, ci spiega come gli addetti alla raccolta del tabacco siano esposti al rischio di intossicazione da nicotina. Infatti, nel gruppo delle 10 addette non fumatrici studiate, la nicotinemia aumentava di circa 5 volte nell'arco di una giornata-tipo lavorativa, fino a un picco di 3.45 ng/ml, vs un valore medio nei controlli non esposti (infermiere non fumatrici) di 0.1 ng/ml. Valori di nicotinemia superiori alla norma persistevano fino a 3 mesi dopo l'esposizione. Gli autori hanno calcolato che le addette assorbivano nell'arco della giornata lavorativa circa 0.8 mg di nicotina. Dati gli effetti nocivi della nicotina sulla salute (ipertensione, neurotossicità, teratogenicità, interferenza nel metabolismo di alcuni farmaci), l'esposizione alla nicotina deve essere considerata un nuovo rischio occupazionale per il personale addetto alla raccolta del tabacco

News & Views



Legislazione Europea Antifumo

UNIONE EUROPEA- Direttive antifumo: Linea dura contro il fumo di tabacco

Il Parlamento Europeo ha varato la **legge comunitaria anti-fumo**, che si propone di ridurre il drammatico numero di 500 mila vittime all'anno provocate dalle sigarette in Unione Europea. L'assemblea di Strasburgo ha approvato definitivamente, e a larghissima maggioranza, una direttiva per imporre una serie di restrizioni sulla fabbricazione, promozione e vendita dei tabacchi. Sono orientate a tutelare i consumatori anche avvisandoli chiaramente dei gravi danni alla salute provocati dal fumo. L'Europarlamento ha deciso:

- che sui pacchetti di sigarette il 30% della facciata e il 40% della parte posteriore siano coperti da avvisi sui gravi rischi che corrono i fumatori. Oggi questi ammonimenti occupano solo il 4% dello spazio. Nella parte frontale dovranno essere inseriti messaggi inequivocabili come "il fumo uccide" o "fumare fa molto male alla vostra salute e a quella di chi vi sta vicino". Sul fumo "passivo" particolari avvertimenti punteranno a tutelare la salute dei bambini con genitori fumatori. Nel retro, tra gli ammonimenti previsti, spiccano "i fumatori muoiono prematuramente" o "fumare può provocare una morte lenta e dolorosa". In aggiunta i Paesi membri possono imporre di stampare sui pacchetti foto e illustrazioni sui danni provocati dalle sigarette con forme tumorali, intaccando la massa cerebrale o devastando la dentatura.

- La nuova legge comunitaria obbliga anche i produttori a ridurre la componente massima di nicotina presente nelle sigarette a 1 milligrammo, mentre catrame e monossido di carbonio dovranno essere inferiori a 10 milligrammi. Sarà poi proibito attribuire alle sigarette definizioni come "mild" (leggere) o "low tar" (poco catrame), che possono dare erroneamente l'impressione di aspirare qualcosa che fa un po' meno male. La nuova direttiva sui tabacchi dovrà essere attuata nei singoli Paesi entro il 30 settembre 2002, ma alcune imposizioni specifiche potranno essere dilazionate ulteriormente. Il divieto di utilizzare definizioni come "ultra light" e "mild" scatterà così dal settembre 2003. Il nuovo massimale di nicotina, catrame e monossido di carbonio può slittare fino al gennaio 2004.

- Altro passo avanti nella lotta antifumo è dato dalla proposte di Direttiva Comunitaria del Commissario Europeo responsabile della Sanità, David Byrne. Dopo la bocciatura da parte della Corte Europea di Giustizia, nell'ottobre 2000, su istanza di una cordata guidata dalla Germania, Byrne ci ha riprovato, spuntandola, visto che per complicate questioni procedurali in sede di votazione non c'è più stato bisogno dell'unanimità ma è stata sufficiente la maggioranza assoluta, cioè la metà più uno. Il testo di Byrne, peraltro appoggiato da molti Paesi, mette al bando immagini propagandistiche di sigarette su quotidiani, riviste, siti internet, e, finalmente, manifestazioni sportive che si tengano all'interno dell'UE. La Formula Uno di automobilismo sarà l'ultima a dover abbandonare la pubblicità delle sigarette: 2006.

L'Italia non sarà tra i primi Paesi a beneficiare dei nuovi provvedimenti, perché da noi è già in vigore una legge del 1962, una delle prime in Europa, estremamente rigida che proibisce ogni forma di propaganda diretta o indiretta di derivati dal tabacco. La legge italiana finora lascia la possibilità alle aziende del settore di sponsorizzare eventi mediatici di vario tipo. Ma quando entrerà in vigore la proposta europea, anche questa scappatoia non sarà più consentita. I Paesi che saranno più coinvolti da questo cambiamento, effettivo nel 2004, sono Lussemburgo, Svezia, Spagna, Grecia, Austria e la Germania, che non dispongono attualmente di leggi nazionali particolarmente restrittive. I Land federali tedeschi si stanno preparando ad impugnare per la seconda volta la direttiva europea sulla pubblicità del tabacco che è stata approvata definitivamente nel dicembre scorso. Forse a maggio o giugno ci sarà il nuovo, e speriamo ultimo, colpo di coda... Big Tabacco.

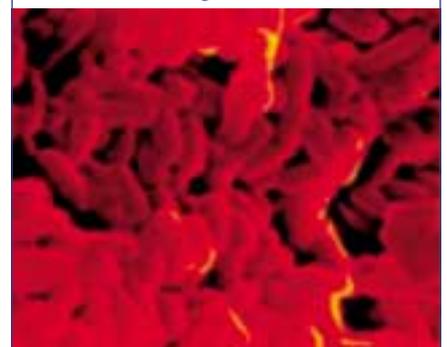
V. Zagà

Nicotina & Tubercolosi

Il Bacillo di Koch può essere neutralizzato con minime quantità di nicotina, inferiori a quelle contenute in una sigaretta. In coltura, una quantità di nicotina pari a 0,27 microgrammi per millilitro, è sufficiente a far piazza pulita del *Mycobacterium Tuberculosis*.

È quanto annunciato al Congresso dell'American Society for Microbiology, tenutosi a Orlando (USA), da ricercatori dell'Università della Florida (USA) che sono da tempo impegnati nello studio del tabacco, dagli additivi tossici alla nicotina. In futuro quindi potrebbe essere possibile usare questa sostanza per combattere soprattutto le forme di Tubercolosi e Micobatteriosi farmacoresistenti. Ovviamente, asserisce Saleh Naser, professore associato di biologia molecolare che ha guidato la ricerca, non si tratta di un invito al tabagismo, che costituisce un sicuro fattore di rischio per molte patologie, tubercolosi compresa. Infatti le statistiche indicano che l'incidenza della TB non è inferiore nei soggetti fumatori. Il fumo peraltro, continua Naser, non sarebbe una buona terapia perché produce livelli di nicotina non costanti, con picchi molto variabili. Obiettivo della ricerca, tenendo presente che l'emivita della nicotina è di 1-2 ore e che la dose letale in bolo è di 60 mg, è di sviluppare una terapia a cessione lenta controllata, indipendentemente dalla via di somministrazione, per garantire nel sangue e nei tessuti la CML. Per i fumatori non dovrebbero esserci problemi di dipendenza, visto l'uso tranquillo della NRT nella smoking cessation. Qualche problema di tollerabilità e di adattamento potrebbero averlo quelli che non hanno mai fumato. La ricerca resta comunque interessante.

V. Zagà, A. Nanetti, A. Haxhiu



OMS. Cambio al vertice

Jong Wook Lee, nuovo Direttore Generale



Il Consiglio esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha designato a Ginevra, il Dr. Jong Wook Lee, un Sud Coreano, come Direttore Generale dell'Organizzazione per un mandato di 5 anni. L'Assemblea Generale dell'OMS che si terrà dal 19 al 28 maggio 2003 dovrà ratificare la decisione del Consiglio esecutivo.

Dopo un mandato di 5 anni, l'uscente Premier ministro norvegese, la dr.ssa Gro Harlem Brundtland manterrà la sue funzioni fino al 20 luglio 2003. In attesa che l'incarico diventi effettivo, una équipe di transizione si farà carico di preparare gli orientamenti politici, in collaborazione con l'équipe della Dr.ssa Gro Harlem Brundtland.

Jong Wook Lee è entrato a far parte dell'OMS nel 1983, e' attualmente Direttore del Programma " Stop alla Tubercolosi" ed è apprezzato per le sue qualità gestionali. Potrebbe essere l'uomo giusto per far risalire la salute nelle priorità delle agende politiche.

Jong Wook Lee assumerà le sue piene funzioni di Direttore Generale dell'OMS il 21 luglio prossimo.

V. Zagà

Tobacco News Italy

Legge antifumo per i locali delle pubbliche amministrazioni: sanzioni più salate per fumatori & controllori.

Sanzioni più "salate" per chi fuma nei luoghi pubblici e per chi non fa osservare il divieto.

Multe anche fino a un 500 euro per i fumatori e fino a 300 euro per chi deve vigilare sul divieto. Già la finanziaria 2002 nel testo approvato dal parlamento aveva previsto aumenti considerevoli delle sanzioni amministrative inerenti la violazione del divieto di fumare nei luoghi pubblici aperti al pubblico ed in quelli privati dove si erogano servizi per conto di una pubblica amministrazione. Recitava infatti il comma 20 dell'articolo 52 della legge 28 dicembre 2001, n. 448:

L'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584, è sostituito dal seguente:

"Art. 7. - 1. I trasgressori alle disposizioni dell'articolo 1 sono soggetti alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 25 a euro 250; la misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni.

2. Le persone indicate al terzo comma dell'articolo 2, che non ottemperino alle disposizioni contenute in tale articolo, sono soggette al pagamento di una somma da euro 200 a euro 2.000; tale somma viene aumentata della metà nelle ipotesi contemplate all'articolo 5, primo comma, lettera b).

3. L'obbligazione di pagare le somme previste nella presente legge non è trasmissibile agli eredi".

Ma con il Decreto-legge 3 marzo 2003, n. 32 in corso di conversione, le sanzioni sono state ulteriormente inasprite. L'art. 6, infatti, stabilisce che: All'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584, come sostituito dal comma 20 dell'articolo 52 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "da euro 25 a euro 250" sono sostituite dalle seguenti: "da euro 50 a euro 500";

b) al comma 2, le parole: "da euro 200 a euro 2000" sono sostituite dalle seguenti: "da euro 300 a euro 3000".

Così chi sarà sorpreso a fumare in un ospedale, in una scuola, in un ufficio postale, in un cinema o di un teatro, nella sala di attesa di mezzi pubblici di trasporto, negli aeroporti, ed in generale in tutti i luoghi chiusi in cui il pubblico può liberamente accedere per usufruire di un servizio reso dalla pubblica amministrazione o in un luogo privato dove si erogano servizi per conto di una pubblica amministrazione (concessionari di pubblici servizi), sarà soggetto ad una sanzione che può variare tra un minimo di 50 € ed un massimo di 500 €. Ed andrà anche peggio a chi investito dell'obbligo di controllare che il divieto sia rispettato (funzionari o dipendenti delle varie amministrazioni nominati dal dirigente quali preposti agli accertamenti delle violazioni del divieto di fumo, o in assenza, gli stessi dirigenti preposti alla struttura). Per questi la sanzione può variare da un minimo di 300 € ad un massimo di ben 3000 €. Ora c'è solo da sperare che tale legge venga fatta rispettare. Com'è purtroppo noto le sanzioni previste dalla legge n. 584/75 sono state applicate di rado in passato, spesso perché per anni, fino alle direttive 14/12/1995, non era chiaro chi doveva vigilare sul divieto. Ora però tutto è chiaro in proposito, visto che la circolare Veronesi del 2001 ha ulteriormente spiegato che i funzionari incaricati dai dirigenti delle varie strutture pubbliche devono accertare la sanzione dotandosi di appositi moduli, in tutto simili a qualsiasi verbale di accertamento previsto per altre sanzioni pecuniarie.



V. Masullo

Quando Dracula vuol gestire la Banca del sangue...

La Japan Tobacco prenota l'esclusiva sul futuro vaccino contro il cancro del polmone!

"Dare a un fabbricante di sigarette il diritto esclusivo su dei vaccini contro il cancro del polmone è come dare a Dracula la gestione di una Banca del sangue." E' così che Helen Wallace, la direttrice aggiunta de GeneWatch, ha commentato gli accordi fra i giganti giapponesi del tabacco, Japan Tobacco (JT) con i gruppi biotecnologici americani Corixa Corp et Cell Gensys al fine di acquisire i diritti di un futuro vaccino genetico contro il cancro del polmone. Per Derek Yach, dell'OMS, "una compagnia che guadagna enormi somme di denaro grazie a dei prodotti che provocano il tumore polmonare dovrebbe essere l'ultima a poter controllare i diritti di un vaccino contro questa malattia".



Washington Times

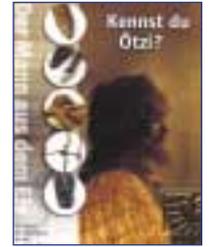
News links: Tobacco firm 'buys cancer vaccine rights' - Washington Times/UPI <http://www.washtimes.com/upi-breaking/12112001-065917-4169r.htm>
Tobacco giant buys rights to lung cancer drugs - The (Melbourne) Age/TheGuardian <http://www.theage.com.au/news/world/2001/11/13/FFX8YC44XTC.html>
Upoar as tobacco giant seeks to market lung cancer vaccines - Sydney

Morning Herald/The Guardian <http://www.smh.com.au/news/0111/13/world/world11.html>
Japan Tobacco buys exclusive rights for lung cancer vaccine; sparks protests - AFX Press http://www.afxpress.com/afxpress2/html/story_30261.xml
Industry links: <http://www.smokerswelcome.com>
<http://www.omnicigs.com/home.asp>

Curiosità

5.000 anni fa TRACCE di "FUMO" anche nella mummia di SIMILAUN...

Aveva polmoni da "fumatore" anche l'uomo di Similaun, la mummia naturale ritrovata in Val Senales nel 1991 e vissuta circa 5 mila anni fa, quando Big



Tobacco non era probabilmente neanche nel pensiero del Creatore. "Otzi", in effetti, non aveva già scoperto la sigaretta, ma viveva in grotte con il fuoco sempre acceso (troppo fumo e poca aria) col risultato di avere i polmoni picchiettati di puntini nerastri, proprio come quelli dei fumatori di tabacco. Se non ci fosse dietro l'autorevole Università di Innsbruck, la notizia sembrerebbe costruita apposta per fumatori e fabbricanti di sigarette a parziale e pretestuosa discolpa che uomini e fumo convivono da millenni. Con una... piccola differenza: le oltre 4.000 sostanze contenute nel fumo di tabacco.

Framework Convention

Il primo trattato internazionale anti-tabacco

"Una pietra miliare nella storia della salute pubblica mondiale". Così il direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Gro Harlem Brundtland, definisce il primo trattato internazionale anti-tabacco, approvato da 171 membri dell'agenzia ginevrina questa notte, dopo lunghe trattative cominciate quattro anni fa, si legge in una nota OMS. Tra i punti 'chiave' dell'intesa, il divieto di pubblicità a tabacco e derivati, la messa al bando delle denominazioni ingannevoli e avvertimenti delle minacce per la salute sui pacchetti di sigarette. Si tratta di "un'intesa storica", insiste la Brundtland, sottolineando che "ora sarà possibile, lavorando tutti insieme, proteggere la vita delle generazioni di oggi e di domani". Il tabacco, ricorda infatti il numero

uno dell'OMS, "uccide in ogni luogo del mondo e probabilmente ciascuno di noi conosce qualcuno che è morto a causa del fumo". I decessi per malattie collegate al tabagismo, ricorda infatti l'agenzia, "sono in costante crescita e si calcola che nel 2020 potrebbero arrivare a 10 milioni". La prima Convenzione-quadro per la lotta al Fumo sarà ora presentata ai ministri della Sanità degli stati membri dell'OMS, durante l'assemblea mondiale per la salute in programma a maggio. Va sottolineato che il trattato non ha convinto 21 dei 192 paesi membri. Gli Stati Uniti, per esempio, come pure la Germania, hanno chiarito che non applicheranno il divieto totale di pubblicità del tabacco perché questo violerebbe la Costituzione. La Convenzione obbliga comunque anche questi Paesi a introdurre leggi più restrittive.

G. Mangiaracina

- The final draft Treaty text: <http://www.who.int/gb/ctc/PDF/inb6/einb65.pdf>
- Tobacco treaty agreed despite US, German, some Asian objections, 1 March 2003: http://story.news.yahoo.com/news?tmpl=story&u/ap/20030301/ap_wo_en_ge/un_gen_tobacco_treaty_12
- Commissioner Byrne welcomes historic agreement on global Tobacco Convention, 1 March 2003: http://europa.eu.int/rapid/start/cgi/guesten.ksh?p_action.gettxt=gt&doc=IP/03/303|0|RAPID&lg=EN;
- L'OMS adopte le texte final de la convention anti-tabac, 1 March 2003, Le Monde: http://www.lemonde.fr/recherche_article-web/1,9687,311273,00.html?query=tabac&query2=&booleen=et&num_page=1&auteur=&dans=article&periode=7&ordre=pertinence&debutjour=&debutmois=&debutannee=&finjour=&finmois=&finannee=&G_NBARCHIVES=764+872

Fluimucil® 600 mg

compresse effervescenti

R05CB01 Acetilcisteina

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

FLUIMUCIL 600 mg compresse effervescenti; FLUIMUCIL 600 mg granulato per soluzione orale

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Fluimucil 600 mg compresse effervescenti.

Ogni compressa contiene:

Principio attivo:

Acetilcisteina mg 600

Fluimucil 600 mg granulato per soluzione orale.

Ogni bustina contiene:

Principio attivo:

Acetilcisteina mg 600

3. FORMA FARMACEUTICA

Compresse effervescenti; granulato per soluzione orale

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento delle affezioni respiratorie caratterizzate da ipersecrezione densa e vischiosa: bronchite acuta, bronchite cronica e sue riacutizzazioni, enfisema polmonare, mucoviscidosi e bronchiectasie. Trattamento antidotico. Intossicazione accidentale o volontaria da paracetamolo. Uropatia da iso e ciclofosfamide.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Trattamento delle affezioni respiratorie: 1 compressa o una bustina al giorno (preferibilmente la sera) o secondo prescrizione medica. La durata della terapia è da 5 a 10 giorni nelle forme acute e nelle forme croniche andrà proseguita, a giudizio del medico, per periodi di alcuni mesi. Intossicazione accidentale o volontaria da paracetamolo: per via orale, dose iniziale, di 140 mg/kg di peso corporeo da somministrare al più presto, entro 10 ore dall'assunzione dell'agente tossico, seguita ogni 4 ore e per 1-3 giorni da dosi singole di 70 mg/kg di peso. Uropatia da iso e ciclofosfamide: in un tipico ciclo di chemioterapia con iso e ciclofosfamide di 1.200 mg/m² di superficie corporea al giorno per 5 giorni ogni 28 giorni, l'acetilcisteina può essere somministrata per via orale alla dose di 4 g/die nei giorni di trattamento chemioterapico distribuita in 4 dosi da 1 g. Modalità d'uso: sciogliere una compressa o il contenuto di una bustina in un bicchiere contenente un po' d'acqua mescolando al bisogno con un cucchiaino. Per facilitare la fuoriuscita della compressa si raccomanda l'apertura a strappo del blister, utilizzando le tacche laterali.

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità ai componenti del prodotto e ad altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico. Le compresse e le bustine, contenendo aspartame, sono controindicate nei pazienti affetti da fenilchetonuria. Generalmente controindicato in gravidanza e nell'allattamento (vedere punto 4.6).

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

I pazienti affetti da asma bronchiale debbono essere strettamente controllati durante la terapia, se compare broncospasmo il trattamento deve essere immediatamente sospeso. L'eventuale presenza di un odore sulfureo non indica alterazione del preparato ma è propria del principio attivo in esso contenuto. La somministrazione di acetilcisteina, specie all'inizio del trattamento, può fluidificare le secrezioni bronchiali ed aumentarne nello stesso tempo il volume. Se il paziente è incapace di espettorare in modo efficace, per evitare la ritenzione dei secreti occorre ricorrere al drenaggio posturale e alla broncoaspirazione. Le bustine contengono sorbitolo che deve essere usato con cautela nei soggetti affetti da intolleranza ereditaria al fruttosio e che può provocare disturbi gastrici e diarrea.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

In letteratura non sono descritti casi di interazioni medicamentose ed incompatibilità particolari per l'acetilcisteina assunta per via orale. Si consiglia di non mescolare altri farmaci alla soluzione di Fluimucil.

4.6 Gravidanza e allattamento

Anche se gli studi teratologici condotti con Fluimucil sugli animali non hanno evidenziato alcun effetto teratogeno, tuttavia come per gli altri farmaci, la sua somministrazione nel corso della gravidanza e durante il periodo di allattamento, va effettuata solo in caso di effettiva necessità sotto il diretto controllo del medico.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Non ci sono presupposti né evidenze che il farmaco possa modificare le capacità attentive e i tempi di reazione.

4.8 Effetti indesiderati

L'assunzione del prodotto può, occasionalmente, essere seguita da nausea e vomito e raramente da reazioni di ipersensibilità come orticaria e broncospasmo.

4.9 Sovradosaggio

Quando somministrato per via orale, non sono stati osservati segni e sintomi particolari anche in soggetti trattati con alte dosi di acetilcisteina.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

La N-acetil-L-cisteina (NAC) principio attivo del Fluimucil esercita un'intensa azione mucolitico-fluidificante sulle secrezioni mucose e mucopurulente depolimerizzando i complessi mucoproteici e gli acidi nucleici che danno vischiosità alla componente vitrea e purulenta dell'escreato e di altri secreti. La NAC inoltre, in quanto tale, esercita azione antiossidante diretta essendo dotata di un gruppo tiolico libero (-SH) nucleofilo in grado di interagire direttamente con i gruppi elettrofili dei radicali ossidanti. Di particolare interesse è la recente dimostrazione che la NAC protegge l'a1-antitripsina, enzima inibitore dell'elastasi, dall'inattivazione ad opera dell'acido ipocloroso (HOCl), potente agente ossidante prodotto dall'enzima mieloperossidasi dei fagociti attivati. La struttura della molecola le consente inoltre di attraversare facilmente le membrane cellulari. All'interno della cellula, la NAC viene deacetilata e si rende così disponibile L-cisteina, aminoacido indispensabile per la sintesi del glutatione (GSH). Il GSH è un tripeptide altamente reattivo, diffuso ubiquitariamente nei vari tessuti degli organismi animali, essenziale per il mantenimento della capacità funzionale e dell'integrità morfologica cellulare, in quanto rappresenta il più importante meccanismo di difesa intracellulare verso radicali ossidanti, sia esogeni che endogeni, e verso numerose sostanze citotossiche. Queste attività rendono il Fluimucil particolarmente adatto al trattamento delle affezioni acute e croniche dell'apparato respiratorio caratterizzato da secrezioni mucose e mucopurulente dense e vischiose. La NAC svolge un ruolo di primaria importanza per il mantenimento degli idonei livelli di GSH, contribuendo alla protezione cellulare verso agenti lesivi che, attraverso il progressivo depauperamento di GSH, esprimerebbero integralmente la loro azione citotossica, come nell'avvelenamento da paracetamolo. Grazie a tale meccanismo d'azione la NAC trova indicazione anche come specifico antidoto nell'avvelenamento da paracetamolo e in corso di trattamento con ciclofosfamide, nella cistite emorragica, in quanto fornisce i gruppi -SH necessari per bloccare l'acroleina, il metabolita della ciclofosfamide cui si attribuisce l'uropatia in corso di trattamento. Per le sue proprietà antiossidanti e in quanto precursore del glutatione endocellulare, l'acetilcisteina svolge inoltre un'azione protettiva sulle vie respiratorie, opponendosi ai danni da agenti ossidanti.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Ricerche eseguite nell'uomo con acetilcisteina marcata hanno dimostrato un buon assorbimento del farmaco dopo somministrazione orale. In termini di radioattività, i picchi plasmatici sono conseguiti alla 2^a-3^a ora. Le rilevazioni a livello del tessuto polmonare, eseguite a 5 ore dalla somministrazione, dimostrano la presenza di concentrazioni significative di acetilcisteina.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

L'acetilcisteina è caratterizzata da una tossicità particolarmente ridotta. La DL50 è superiore a 10 g/kg per via orale sia nel topo che nel ratto, mentre per via endovenosa è di 2,8 g/kg nel ratto e di 4,6 g/kg nel topo. Nei trattamenti prolungati, la dose di 1 g/kg/die per via orale è stata ben tollerata nel ratto per 12 settimane. Nel cane la somministrazione per via orale di 300 mg/kg/giorno, per la durata di un anno, non ha determinato reazioni tossiche. Il trattamento a dosi elevate in ratte e conigli gravide durante il periodo della organogenesi, non ha determinato la nascita di soggetti con malformazioni.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Lista degli eccipienti

Compresse effervescenti: Sodio bicarbonato; Acido citrico anidro; Aroma limone; Aspartame. Granulato per soluzione orale: Aspartame; beta-carotene; Aroma arancia; Sorbitolo.

6.2 Incompatibilità

Si consiglia di non mescolare altri farmaci alla soluzione di Fluimucil.

6.3 Validità

Compresse effervescenti: 3 anni. Granulato per soluzione orale: 3 anni. La data di scadenza indicata si riferisce al prodotto in confezionamento integro correttamente conservato. Il preparato va assunto una volta allestita la soluzione.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Nessuna particolare.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Compresse effervescenti: blister, alluminio-politene. Scatola da 20 compresse. Granulato per soluzione orale: bustine in carta-alluminio-politene. Scatola da 20 bustine.

6.6 Istruzioni per l'uso

Vedere punto 4.2.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

ZAMBON ITALIA S.r.l. - Via della Chimica, 9 - Vicenza

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Fluimucil 600 mg compresse effervescenti - 20 compresse AIC n. 020582108; Fluimucil 600 mg granulato per soluzione orale - 20 bustine AIC n. 020582173

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Fluimucil 600 mg compresse effervescenti: prima autorizzazione: maggio 1985; rinnovo: 1 giugno 2000. Fluimucil 600 mg granulato per soluzione orale: prima autorizzazione: giugno 2001.

10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO

Giugno 2001



Zambon Italia



Nascita della Società Italiana di Tabaccologia SITAB

B. Tinghino

Poteva essere una semplice lista di nomi, più o meno noti. Poteva essere una lista da relegare ad una seconda pagina di copertina, come la vetrina di un negozio con la merce in esposizione. E' invece un contatto. Diretto. Tra colleghi e operatori che si occupano di questa materia a tratti oscura e inquietante. Parliamo ovviamente di Tabagismo. E vogliamo che dietro questi nomi possa apparire anche ciò che facciamo quotidianamente, e ciò che questo lavoro significa per noi.

Ci troviamo costretti a dire qualcosa della SITAB anche per un evento che avrebbe potuto passare sotto silenzio, come il protagonista (da pragmatico uomo di scienza qual è) avrebbe voluto, ma che per gli addetti ai lavori costituisce momento di gratificazione. Stiamo parlando dello studio pubblicato di recente sulla prestigiosa rivista Nature e che tanto scalpore ha suscitato fra i media in tutto il mondo. Si tratta di una ricerca sui recettori della cocaina. L'autore è Christian Chiamulera, neurobiologo, brillante ricercatore, e componente del nostro staff redazionale. Uno di quelli che hanno aderito all'avventura della Tabaccologia italiana sin dal primo vagito.

La storia inizia alla fine degli anni '90, quando in Italia l'interesse sul Tabagismo comincia finalmente (anche se con grave ritardo) a montare vertiginosamente in vari ambienti e soprattutto in quelli scientifici. Gli anni del pionierismo han-

no lasciato una traccia importante, ma si avverte la necessità di raccogliere il testimone dal passato e giungere ad una fase più matura. Non più esperienze isolate, ma aggregazione di professionisti, di esperienze di lavoro e di progettualità.

Possiamo cronologicamente indicare come pietra miliare di questo nuovo percorso, il convegno nazionale "A fuoco il Fumo" organizzato a Padova nel settembre del 1999 ad opera del GITAB (Gruppo di Interesse sul Tabagismo, della Società Italiana per le Tossicodipendenze). Nello stesso contesto congressuale viene formulata esplicitamente la proposta di creare una società scientifica. Giacomo Mangiaracina, medico igienista, si occupava della materia sin dal 1975. Aveva stabilito numerosi rapporti con vari organismi, istituzioni ed organi di stampa, e soprattutto aveva attivato risorse di volontariato e del privato sociale. Dal proprio canto, non solo i SERT, ma anche l'AIPO, Associazione Italiana degli Pneumologi Ospedalieri, e la Federazione per le Malattie Polmonari Sociali avevano cominciato una campagna di sensibilizzazione della classe medica e negli ospedali, nei confronti dei problemi Fumo correlati.

Senza ombra di dubbio il 1999 va considerato come un anno cruciale per i programmi di controllo del Tabagismo. In quello stesso anno infatti il DSM IV, manuale di codifica internazionale e riferimento assoluto in materia di Psichiatria, lo inserisce in modo inequivocabile fra le patologie da dipendenza. In quello stesso arco di tempo, un altro evento aveva segnato un nuovo percor-

so per l'Italia. Il Piano Sanitario Nazionale 98-2000 aveva sancito in modo assoluto il Tabagismo come problema di salute pubblica con priorità di intervento, fissando obiettivi che tuttora non sono stati raggiunti, ma che costituiscono una sorta di spina nel fianco delle stesse istituzioni che in questo modo si trovano platealmente inadempienti.

In questo scenario si rende dunque necessario un lavoro di cucitura e di raccordo fra istanze, esperienze, operatori, strutture, progetti. Perciò, il 13 dicembre del '99, a Roma, viene fondata la SITAB, prima società scientifica per la ricerca e la formazione su Tabaccologia, Tabagismo e problemi Fumo-correlati. Ci sono: Nardini (pneumologo da tempo impegnato nell'ambito dell'AIPO sul fronte della disassuefazione), Zagà (primo collaboratore a Bologna al progetto "Bologna senza Fumo" e al progetto Smoke-Free-Class Competition), Carrozzini (fisiopatologa respiratoria, e ricercatrice con il CNR), Sabato (pneumologo con rilevante esperienza nel campo della terapia del Tabagismo all'Ospedale di Mesagne, Brindisi), Enea (docente di Ginecologia all'Università La Sapienza, responsabile clinico del Centro Policlinico senza Fumo) e Bertolotti (uno dei primi, in Lombardia, a portare avanti un ambulatorio ospedaliero per la disassuefazione). Questi pochi nomi già rappresentavano la multidisciplinarietà e la ricchezza del patrimonio culturale che si voleva cominciare a raccogliere. A Mangiaracina viene affidato il compito difficile di rappresentarla in questa prima fase, e di aprire, sviluppare e con-

solidare il dialogo con medici e operatori di altre organizzazioni e società scientifiche, ed in special modo con il GITAB di Padova, per la costituzione di un corpo unitario. A questo lavoro contribuisce significativamente Maurizio Laezza, pneumologo col primato di essere il creatore del primo Centro Antifumo "ufficiale" istituito dal Comune di Ferrara. A Bologna, presso la Regione Emilia Romagna, organizza subito un "tavolo di trattative" dove si vedono rappresentanti di SITAB e GITAB. Il dialogo prosegue sereno e costruttivo per circa un anno, passando per la costituzione della Consulta Nazionale sul Tabagismo, e confermando l'obbiettivo di una società scientifica unica e solida.

Il primo impegno della SITAB è costituito dal censimento delle strutture italiane che sviluppano programmi in materia di prevenzione e terapia del tabagismo. Viene redatta una lista di 40 strutture a cui nell'arco di un anno, se ne aggiungono altre 10.

Ai primi del 2000 la ASL di Monza colloca una seconda pietra miliare con l'organizzazione di un convegno e di un corso di formazione, dove per la prima volta avviene l'incontro fra il presidente Mangiaracina della neonata SITAB, ed il presidente Molimard della Società de Tabacologie francese, che idealmente la tiene a battesimo. L'anno dopo Mangiaracina sarà invitato all'Université Paris Sud a presentare la SITAB e la situazione italiana alla 15e Journée de Tabacologie.

Nel mese di novembre del 2000, a Venezia, in occasione di un Convegno dell'AIPO, il comitato SITAB si presenta coerentemente dimissionario ed inaugura la prima vera assemblea dei soci. E' anche la prima importante occasione per conoscersi e darsi un assetto organizzativo condiviso. Il sottoscritto viene eletto segretario, portando nell'organizzazione anche l'esperienza monzese e lombarda della lotta al Fumo. La regione Lombardia ha infatti, nel frattempo, emanato nuove Linee Guida per la Prevenzione del Tabagismo e l'interesse verso questa pro-



Primo logo SITAB: acquerello del pittore Giovanni Beltrami (Bologna 2000)

blematica è enormemente cresciuto. Si costituiscono aree tematiche (Gruppi di Studio), si elegge il nuovo Direttivo Nazionale, e Mangiaracina è riconfermato alla presidenza. Si sente che le forze in campo si consolidano con la fusione, già annunciata e in quella sede formalizzata, fra GITAB e SITAB. Giovanni Forza, psichiatra del SERT di Padova coordinerà il futuro Centro di Documentazione, mentre Stefano Vianello, dal Veneto, arricchisce la Società con l'esperienza organizzativa a livello nazionale del concorso "Smetti e vinci". Entra finalmente in gioco più direttamente Maurizio Laezza, stratega del percorso unificatore e successivamente coordinatore del Tavolo della Consulta sul Tabagismo, anello di congiunzione fra organizzazioni e professionisti, enti e istituzioni, impegnati nella lotta al Tabacco. Lo affiancano Margherita Neri e Mario Del Donno, pneumologi, e personaggi chiave nel panorama della lotta al Tabacco, per il loro impegno nella ricerca e protagonisti nei programmi territoriali di prevenzione e assistenza ai fumatori.

Da Venezia in poi il 2001 è un susseguirsi di contatti, iniziative, programmi, strategie, idee. A Monza, dopo il primo incontro con il prof. Molimard, l'esperienza italiana ("modelli e strategie terapeutiche") si confronta con l'esperienza internazionale, grazie alla presenza Karl Fagerstrom. A Milano la SITAB viene chiamata dall'IEO, Istituto Europeo di Oncologia, ad essere referente ufficiale in un progetto formativo indirizzato a 500 medici specialisti (Master Professionisti Anti-Fumo), partecipa anche l'associazione Sanità Senza Fumo, rappresentata da Giovanni Invernizzi, nuovo membro del

Di-rettivo Nazionale SITAB.

Alcune aziende come la Wyeth Lederle in campo farmaceutico e la Barilla in campo commerciale, chiedono l'intervento di esperti della SITAB per organizzare programmi antifumo in ambito aziendale. Diversi patrocini vengono richiesti.

Il 28 maggio a Roma viene siglato un protocollo d'intesa fra la SITAB e la FMSI, Federazione Medico Sportiva Italiana, perché l'era della

Prevenzione venga inaugurata a pieno titolo con il coinvolgimento degli ambienti medico sportivi.

Ma la fucina non si arresta, e nuovi progetti non si fanno attendere: in un cantiere che non rallenta neppure al caldo dell'estate, in agosto nasce "Tabacologia" rivista-organo della SITAB, e novità assoluta nel campo. L'impegno primario, creativo e inarrestabile è di Vincenzo Zagà, che nel volgere di qualche mese riesce a coinvolgere e stimolare tutti in questo progetto, partendo dalla composizione grafica fino all'organizzazione tecnico-scientifica, per la quale ci onoriamo della partecipazione dell'ex ministro Prof. Umberto Veronesi. Di pari passo l'azione di marketing e di relazioni pubbliche, con contatti anche nel mondo dello spettacolo e della cronacamondana, fino al Concorso di Miss Universo. Nel 2002 sarà "Smoke Free" per un progetto importato dalla Svezia ed approdato in Italia con l'approvazione (e la soddisfazione) di tutto il direttivo SITAB.

Fin qui la cronaca degli eventi. Cronaca, che ha il torto di essere incompleta e di aver tralasciato la menzione di nomi ed eventi sicuramente importanti. La SITAB e la Consulta Nazionale sul Tabagismo sono sicuramente di più di quello che questa sintetica nota poteva raccontare. Ma il nostro obiettivo era soprattutto quello di fare partecipi i lettori dello spirito che ha animato le nostre iniziative. E questo sentimento credo sia concretamente e semplicemente rappresentabile nello spirito che aleggia in un cantiere. Un cantiere in continua evoluzione, in cui ci auguriamo che il cartello "LAVORI IN CORSO" non venga mai rimosso.

Manifesto della

Società Italiana di Tabaccologia

LA Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) è una società scientifica multidisciplinare, nata nel 1999, con obiettivi finalizzati allo studio del tabacco, del tabagismo e delle patologie Fumo-correlate (PFC). Tra gli scopi, quello di aggregare tutte quelle professionalità coinvolte a vario titolo ed impegnate sulla problematica tabagica. I suoi campi di intervento sono la ricerca, la documentazione scientifica e la formazione in ambito di prevenzione e terapia del tabagismo e dei problemi indotti dal consumo di tabacco. Nel raggiungimento delle sue finalità, la SITAB promuove, incoraggia e patrocina tutte quelle iniziative che vengono ritenute valide sul piano tecnico-scientifico o strategico, e che possono incidere favorevolmente sul controllo del tabagismo.

IN prevenzione primaria e' necessario evitare che i giovani comincino a fumare. Ogni giorno in Italia muoiono circa 140 fumatori adulti a causa del Fumo. Questo fa sì che i produttori del tabacco si trovano costretti a dovere rimpiazzare questa perdita con almeno altrettanti nuovi clienti, vale a dire giovanissimi iniziati al tabacco. Pur essendo una lotta impari per forze e mezzi economici, per essere efficace deve essere condotta sullo stesso terreno di vita dei ragazzi: scuola, sport e spettacolo. Ed è per questo che la SITAB si è fatta promotrice di progetti ed eventi "Senza Fumo". L'elaborazione di tali strategie è in assoluta sintonia con i programmi di controllo raccomandati dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) e dalle direttive europee. Ci si rende conto dell'importanza rivestita da testimonial come atleti, artisti e personaggi dello spettacolo, come esempi da seguire ed imitare, come potenziali vettori di uno stile di vita nuovo e sano.

Dopo il protocollo di intesa che la SITAB ha siglato con la Federazione Italiana Medico Sportiva, si è optato per il sostegno alle manifestazioni sportive di largo coinvolgimento popolare, quali le Maratone cittadine, cominciando da quella di Roma, per coinvolgere poi anche Bologna e Torino. Nell'ambito degli interventi che coinvolgono il mondo dello spettacolo e della comunicazione mass-mediatica, la SITAB ha siglato un protocollo d'intesa con l'organizzazione di "Miss Universo" per attivare risorse e promuovere strategie di "peer education", ovvero di educazione tra pari, attraverso una vera e propria formazione di testimonial, di giovani ragazze in grado di comunicare con i giovani sui temi della promozione della salute e del consumo di tabacco in particolare.

Sempre in ambito di promozione della salute nelle scuole, la SITAB ha il ruolo di indicare le metodologie di intervento più appropriate, scientificamente validate, e le strategie più opportune, per mettere fine ad una sorta di interventismo approssimativo che non produce risultati e determina spreco di risorse umane ed economiche. Per questo motivo ha individuato, tra le misure di intervento di sicura efficacia, progetti europei come lo "Smoke Free Class Competition", per le terze medie e le prime superiori, ed il "Quit and Win", per le scuole superiori. Tra i progetti italiani, quello di maggiore esperienza applicativa, il "Lasciateci Puliti", più adatto alle seconde medie.

Anche nel campo della terapia la SITAB svolge un ruolo sostanziale, proprio delle società scientifiche, che è quello di indicare le modalità di intervento ottimali e validate sul piano scientifico, anche per porre fine ad un'epoca di approcci empirici ed improvvisati che fanno parte di un'aneddotica che si annovera tra i cosiddetti "metodi per smettere di fumare". La SITAB ha determinato la fine dei "metodi antifumo" per inaugurare l'era della terapia del tabagismo, inteso come patologia da dipendenza importante, basata sull'assioma di rapporto complesso tra la persona e la sostanza. Oltre alle metodologie, la SITAB punta al controllo generale di un servizio territoriale che si definisca terapeutico nei confronti del tabagismo. Pertanto elabora sistemi di valutazione e di rilevamento di dati che vanno dalla formazione alla qualifica e all'esperienza professionale degli operatori e del personale.

LA SITAB si avvale infine di un'area di ricerca scientifica che stimola, supporta e supervisiona vari gruppi di studio multidisciplinari, impegnati in vari progetti di ricerca.

Servizi ai Soci

I soci della SITAB sono professionisti, ricercatori e soggetti a vario titolo coinvolti nei programmi di controllo del tabagismo.

La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

1. Supporto e patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
2. Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori.
3. Aggiornamento e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB.
4. Promozione delle attività e comunicazione attraverso i propri mezzi di informazione.
5. Disponibilità della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di "GEA Progetto Salute" sia a scopo divulgativo delle proprie iniziative, sia come strumento di informazione per le scuole e per gli utenti dei programmi antifumo.
6. Pubblicazione di articoli e collaborazione con la rivista Tabaccologia e con il sito internet www.tabaccologia.org
7. Rivista "Tabaccologia", con accesso alla rivista "Tabaccologia On-Line"
8. Newsletter SITAB via email.

Tutti gli specialisti interessati alle problematiche da fumo di tabacco, possono entrare nel gruppo di discussione di Globalink-Italia. E' stata creata una sezione apposita su www.tabaccologia.org e su Gea per agevolare la registrazione:

www.gea2000.org/globalink

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia
www.tabaccologia.org

Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

Presidente:

Dott. Giacomo Mangiaracina (OMS, Healty Cities Project "Roma senza Fumo", direttore scientifico "Gea Progetto Salute"- Roma, Responsabile Area Tabagismo Lega Italiana Lotta contro i Tumori).

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dott. Vincenzo Zagà (Dirigente Tisiopneumologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL città di Bologna)

Segretario:

Dott. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 – Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia)

Consiglieri:

- Dott. Maurizio Laezza (Ufficio per le Tossicodipendenze Regione Emilia Romagna, segretario Consulta Nazionale sul Tabagismo)
- Prof. Domenico Enea (responsabile clinico Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo")
- Dott. Claudio Poropat (Direttore SERT-Trieste)
- Dott. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo)
- Dott. Mario Del Donno (Direttore U.O. Pneumologia –Osp. Rummo , Benevento)
- Dott.ssa Margherita Neri (Direttore U. O. Pneumologia, Fondazione Maugeri di Tradate, Varese)

Aree Scientifiche SITAB (Gruppi di Studio) e Referenti Regionali sul sito www.tabaccologia.org

**“Out of the ordinary
 Inside the Business”**

VIDEO WEB DVD MULTIMEDIA

HOT MINDS
 multimedia group

- *Presentazioni multimediali*
- *Realizzazioni video*
- *E-learning*
- *Publishing*
- *Servizi integrati per la comunicazione*
- *Streaming per conferenze, seminari e corsi*

HOT MINDS S.R.L.
 VIA SPERANZA, 35
 40068, SAN LAZZARO DI SAVENA BOLOGNA ITALY WWW.HOTMINDS.IT
 TEL +39 051 62 71 163 FAX +39 051 62 71 140

Norme Redazionali per gli Autori

La rivista "TABACCOLOGIA" viene pubblicata con cadenza trimestrale. Pubblica gratuitamente articoli originali, rassegne e saggi su argomenti inerenti il tabacco, il tabagismo e le patologie fumo-correlate. Il testo deve essere inviato via e-mail a livialaurentino@libero.it o spedito in 2 copie cartacee e su dischetto con programma Word e salvato in formato RTF alla Segreteria di Redazione. I lavori (articoli originali, reviews e saggi) devono essere redatti in lingua italiana oppure in inglese con traduzione in italiano e con sommario sempre in italiano e inglese. La prima pagina dovrà contenere: a) il titolo del lavoro (in italiano e inglese) b) gli Autori del lavoro c) l'Istituto (o gli Istituti) di appartenenza d) il nome per esteso e l'indirizzo completo di numero telefonico fax e/o e-mail dell'Autore per la corrispondenza. Gli **articoli originali** dovranno essere così suddivisi: Abstract, Parole chiave (da 3 a 5), Introduzione, Materiali e Metodi, Discussione e Conclusione. Le voci bibliografiche dovranno essere elencate in ordine di citazione o in ordine alfabetico e indicare: i cognomi di tutti gli Autori (max 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo l'Index Medicus, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine (iniziale e finale)(esempio: **3. Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int. J. Addiction, 1994; 29: 913-925**) I relativi abstract dovranno essere suddivisi in: Premessa, Scopo, Metodi, Risultati. La lunghezza (inclusa la Bibliografia, esclusi i grafici e le tabelle) non deve superare i 20.000 caratteri. **Tabelle e figure:** dovranno essere numerate consecutivamente sul retro e riportare la didascalia, numerate consecutivamente sul retro o riportare la didascalia se inviate via e-mail. **Rassegne/reviews:** devono sempre cominciare con una Introduzione e terminare con una Conclusione e Bibliografia. Possono anche essere divise in ulteriori sezioni con titoli a scelta dell'Autore. Il riassunto (italiano ed inglese) non necessita di suddivisione. La lunghezza complessiva della Rassegna non deve superare i 30.000 caratteri. **Saggi o articoli brevi:** il testo non va necessariamente diviso in paragrafi e non è richiesto sommario. Le lettere (della lunghezza massima di 1.500 battute) possono essere inviate alla Redazione via e-mail (livialaurentino@libero.it). Per motivi di spazio, la Redazione si riserva di abbreviare le lettere troppo lunghe. Possono essere ammesse fino a 3 voci bibliografiche. Per quanto contenuto nel materiale pubblicato dalla Rivista la responsabilità è degli Autori. La Redazione della Rivista si riserva il diritto di pubblicare gli articoli e di apportarvi eventuali correzioni e di chiedere agli Autori la riduzione del testo o del materiale illustrativo.

Il materiale va inviato al seguente indirizzo: Segreteria di Redazione: Livia Laurentino (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it) via Crociali 7, 40138 Bologna tel. 051-398983

Copyright.

La Rivista è protetta da Copyright.

Una dichiarazione firmata di trasferimento alla rivista dei diritti d'autore dovrà essere allegato dagli Autori che inviano il testo e che avrà validità solo in caso di pubblicazione del lavoro. Il materiale inviato alla Redazione non viene restituito.

Come ricevere la rivista

La rivista Tabaccologia (4 numeri/anno + eventuali speciali) viene spedita gratuitamente ai soci SITAB o dietro versamento annuo di 26 Euro tramite bonifico bancario intestato a:

c/c 1062 - CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - CAB: 2401; ABI: 3032

con invio di fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'abbonamento a: Segreteria di Redazione - Tabaccologia - Livia Laurentino via Crociali 7, 40138 Bologna unitamente al seguente tagliando.

Desidero sottoscrivere l'abbonamento alla rivista Tabaccologia per l'anno 2003 che sarà inviata al seguente indirizzo:

cognome.....

nome.....

via..... n°.....

città..... provincia.....

CAP..... e-mail.....

tel.....

professione/specializzazione.....

desidero ricevere fattura

P.IVA.....

allego fotocopia di pagamento

data.....

firma.....

congressi & eventi in Italia

• **20-21 giugno 2003**

Camaldoli (Napoli): Scienza ed arte nella prevenzione e cura del tabagismo. Eremodi Camaldoli (NA). Segreteria Scientifica: A. Sena-P. Martucci, tel. 081-7473326 . E-mail: angelosena@libero.it ; Segreteria Organizzativa: Hold Service sas (holdservice@telematicaitalia.it), tel/fax: 081 16174135.

• **29-31 maggio 2003**

Camposampiero (Padova): Il trattamento delle dipendenze secondo il modello degli stadi del cambiamento (Prof. Carlo C. Di Clemente)- Santuari Antoniani di Camposampiero (PD).

• **16-19 ottobre 2003**

Napoli: (Mostra d'Oltremare, P.zzale Tecchio 52, NA): IV Congresso Nazionale UIP-AIPO. Segreteria Organizzativa: Effetti Div. Congressi (congressi@effetti.it)-tel.: 02 3343281, fax: 02 38006761.

• **19-20 novembre 2003**

Padova: La disassuefazione dal fumo in prevenzione e terapia (II Convegno Nazionale)- Sheraton Padova Hotel e Centro Congressi Padova. Segreteria Organizzativa: Effetti Div. Congressi (congressi@effetti.it)-tel.: 02 3343281, fax: 02 38006761.

• **20-22 novembre 2003**

Padova: 5th European Conference of Society Researchon Nicotine and Tobacco (SNRT) - Sheraton Padova Hotel e Centro Congressi Padova. Segreteria Organizzativa: Effetti Div. Congressi (congressi@effetti.it)-tel.: 02 3343281, fax: 02 38006761.

congressi & eventi internazionali

• **15 dicembre 2002-31 luglio 2003**

Las Palmas, Spagna: Titulo de Experto Universitario a distancia en tabaquismo

• **19-22 febbraio 2003**

New Orleans, USA: 9th Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco

• **26-28 marzo 2003**

Helsinki, Finlandia: The 3rd ENYPAT Spring School

• **16-19 aprile 2003**

Shanghai, Cina: The 11th National and 4th Shanghai International Symposium on Smoking and Health

• **30 aprile-02 maggio 2003**

Atlanta, Georgia, USA: 6th Annual Addressing Tobacco in Managed Care Conference

• **18-21 maggio 2003**

Rochester, Minnesota, USA: Mayo Clinic Nicotine Dependence Conference: Counselor Training & Program Development

• **03-08 agosto 2003**

Helsinki, Finlandia: 12th World Conference on Tobacco or Health

• **19-22 ottobre 2003**

Rochester, Minnesota, USA: Mayo Clinic Nicotine Dependence Conference: Counselor Training & Program Development

BRONCHO VAXOM[®] J07AX

Lisato Batterico Liofilizzato

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

BRONCHO VAXOM 7 mg. Adulti capsule rigide.
BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini capsule rigide.
BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini granulato per soluzione orale.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

BRONCHO VAXOM 7 mg. Adulti capsule rigide. Una capsula contiene: Lisato batterico liofilizzato di *Haemophilus influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* e *ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *viridans*, *Neisseria catarrhalis* mg 7,00 (corrispondenti a 36 miliardi di batteri)

BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini capsule rigide. Una capsula contiene: Lisato batterico liofilizzato di *Haemophilus influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* e *ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *viridans*, *Neisseria catarrhalis* mg 3,50 (corrispondenti a 18 miliardi di batteri)

BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini granulato per soluzione orale. Una bustina contiene: Lisato batterico liofilizzato di *Haemophilus influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* e *ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *viridans*, *Neisseria catarrhalis* mg 3,50 (corrispondenti a 18 miliardi di batteri)

3. FORMA FARMACEUTICA

Capsule rigide per uso orale. Granulato per uso orale.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Infezioni recidivanti dell'apparato respiratorio: BRONCHO VAXOM riduce il numero e l'intensità degli episodi infettivi.

4.2 Posologia e modo di somministrazione Adulti:

Trattamento degli episodi acuti: Una capsula al giorno, da prendere a digiuno, (per un minimo di 10 giorni) sino alla scomparsa dei sintomi.

Trattamento a lungo termine: Una capsula al giorno, da prendere a digiuno, per 10 giorni consecutivi al mese, per la durata di 3 mesi.

Bambini:

Stessa modalità di somministrazione degli adulti, poiché BRONCHO VAXOM bambini contiene la metà della dose per adulti. Per i bambini che hanno difficoltà di deglutizione, è disponibile BRONCHO VAXOM bustine, da somministrare con la stessa posologia delle capsule. Il contenuto della bustina va versato in una bevanda (succo di frutta, latte, ecc.) prima della somministrazione.

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità verso i componenti del prodotto. Generalmente controindicato nel primo trimestre di gravidanza (vedere punto 4.6).

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

L'assunzione di BRONCHO VAXOM non richiede alcuna precauzione particolare.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

Non sono note interazioni con farmaci od altre sostanze.

4.6 Gravidanza e allattamento

Per quanto non siano stati osservati effetti tossici nell'animale, è consigliabile non somministrare BRONCHO VAXOM durante i primi tre mesi di gravidanza.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Nessuno.

4.8 Effetti indesiderati

Nessuno noto.

4.9 Sovradosaggio

Non sono segnalati casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

BRONCHO VAXOM stimola le difese naturali dell'organismo ed aumenta la resistenza alle infezioni delle vie respiratorie. Questa azione è stata messa in evidenza con test di protezione attiva, di stimolazione dei macrofagi e con l'aumento dei linfociti T circolanti e delle immunoglobuline secrete a livello delle mucose delle vie respiratorie.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Ad oggi non è disponibile alcun modello sperimentale.

5.3 Dati preclinici sulla sicurezza

Le prove di tossicità acuta effettuate in diverse specie animali non hanno permesso di

determinare la DL₅₀ sia con la somministrazione orale che con somministrazione endovenosa ed intraperitoneale. BRONCHO VAXOM, dopo somministrazione unica o ripetuta per via orale, risulta essere praticamente atossico, poiché sino alla dose più elevata sperimentata di 100 mg/Kg/die nella prova subacuta sui cani (corrispondente a 1000 volte la prevista dose umana) e nelle prove sui ratti della durata sino a 6 mesi e sino a 2000 mg/Kg (corrispondenti a 20.000 volte la prevista dose umana) non si manifestarono reazioni tossicologiche di una certa rilevanza. Nelle prove tossicologiche sulla riproduzione (fertilità, embriotossicità o fetotossicità, teratogenicità, sviluppo perinatale e post-natale) non si sono evidenziati effetti secondari di alcun genere. BRONCHO VAXOM non presenta alcuna proprietà mutagenica. Nei test intradermici sull'uomo e sulle cavie non si ha alcun indizio di sensibilizzazione da assunzione orale.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Lista degli eccipienti

Capsule: Amido di mais modificato, Mannite, Silicato di magnesio, Propile gallato, Sodio glutammato, Magnesio stearato, Acqua. Sostanze costituenti la capsula: Gelatina; Titanio biossido (E171), Indigotina (E 132).

Granulato per soluzione orale: Amido di mais modificato, Mannite, Silicato di magnesio, Propile gallato, Sodio glutammato, Magnesio stearato, Acqua.

6.2 Incompatibilità

Non si conoscono incompatibilità gravi con altre sostanze.

6.3 Validità

A confezionamento integro: trentasei mesi.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Da conservare nella confezione originale a temperatura ambiente.

6.5 Natura e capacità del contenitore

Capsule: blister PVC-alluminio contenenti ognuno 10 capsule di gelatina dura; confezioni da 10 e 30 capsule Adulti e da 10 e 30 capsule Bambini.

Granulato per soluzione orale: bustine in accoppiato carta/alluminio/polietilene; confezioni da 10 e 30 bustine Bambini.

6.6 Istruzioni per l'uso

Bustine: versare il contenuto di una bustina in una bevanda (succo di frutta, latte, ecc.). Vedasi anche punto 4.2.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE

ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

BYK GULDEN ITALIA S.p.A. con sede e domicilio fiscale in Cormanò (MILANO), Via Giotto 1.

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE

ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

BRONCHO VAXOM 7 mg. Adulti capsule rigide -

30 capsule - A.I.C. n. 026029064. BRONCHO VAXOM 7 mg. Adulti capsule rigide - 10

capsule - A.I.C. n. 026029013. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini capsule rigide -

30 capsule - A.I.C. n. 026029088. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini capsule rigide -

10 capsule - A.I.C. n. 026029037. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini granulato per

soluzione orale - 30 bustine - A.I.C. n. 026029090. BRONCHO VAXOM 3,5 mg.

Bambini granulato per soluzione orale - 10 bustine - A.I.C. n. 026029102.

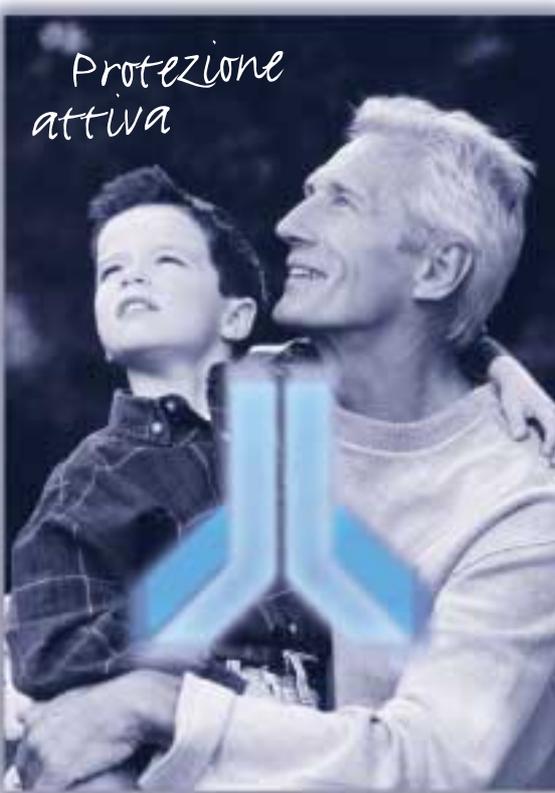
9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data rinnovo: 01.06.2000

10. DATA DI REVISIONE (PARZIALE) DEL TESTO

Agosto 2000

INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI



30 capsule - A.I.C. n. 026029064. BRONCHO VAXOM 7 mg. Adulti capsule rigide - 10 capsule - A.I.C. n. 026029013. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini capsule rigide - 30 capsule - A.I.C. n. 026029088. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini capsule rigide - 10 capsule - A.I.C. n. 026029037. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini granulato per soluzione orale - 30 bustine - A.I.C. n. 026029090. BRONCHO VAXOM 3,5 mg. Bambini granulato per soluzione orale - 10 bustine - A.I.C. n. 026029102.

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data rinnovo: 01.06.2000

10. DATA DI REVISIONE (PARZIALE) DEL TESTO

Agosto 2000



Byk Gulden Italia S.p.A.

Fluimucil® 600 mg

compresse effervescenti

R05CB01

Acetilcisteina



Zambon Italia