

Tabaccologia

Tobaccology

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



Insegnare la Tabaccologia • Buon compleanno Legge Antifumo
Come cambia l'epitelio bronchiale del fumatore • Adolescenti e fumo
Correlazioni tra dipendenza da tabacco e da uso di sostanze stupefacenti

Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA - SITAB

Direttore Responsabile: Giacomo Mangiaracina (Roma)

Direttore Scientifico: Gaetano Maria Fara (Roma)

CapoRedattore: Vincenzo Zagà (Bologna)

Vice CapoRedattore: Biagio Tighino (Monza)

Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Marco Mura (Roma), Claudio Poropat (Trieste), Biagio Tighino (Monza), Vincenzo Zagà (Bologna).

Comitato scientifico: Riccardo Bartoletti (Sondrio), Elena Calvi (Milano), Laura Carrozzi (Pisa), Kamal Chaouachi (Parigi - Francia), 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), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Stefano Vianello (Mirano - VE), Alessandro Zanasi (Bologna), Pier Giorgio Zuccaro (Roma), Francesca Zucchetto (Monza - MI).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia),

Amanda Amos (University of Scotland, Edimburgo - UK), Lucio Casali (Università di Perugia), Simon Chapman (Australia), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Carlo DiClemente (USA), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma - Svezia), Carlo Giuntini (Università di Pisa - Italia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (NRST, Parigi - Francia), Robert Molimard (Società Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Dario Olivieri (Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tuberculosis
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori

Segreteria di redazione:

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

Art director:

Fabrizio Ciani
Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it - graph-x@fastwebnet.it



Ricerca iconografica:

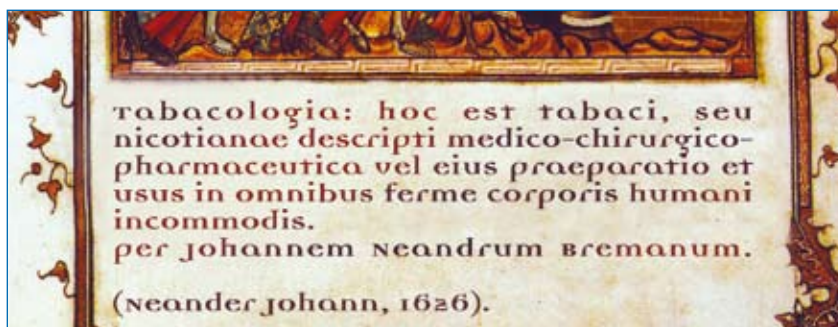
Zagor & Kano

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

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

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

Sommario



EDITORIALE

- 3 Terapeuti in trattamento (G. Mangiaracina)
- 4 È necessario insegnare la tabaccologia? (R. Molimard)

SPECIALE

- 6 Legge antifumo un anno dopo (AA. VV.)

ABSTRACT & COMMENTARY

- 9 le ultime dalla ricerca

FOCUS ON

- 12 Come cambia l'epitelio bronchiale del fumatore (M. Mura)
- 16 Il controllo del tabacco in Cile (M.P. Corvalan Barros)

ORIGINAL ARTICLE

- 18 Il fumo di sigaretta fra gli adolescenti: predisposizioni e atteggiamenti nei confronti del fumo e dei fumatori (P. Madera, S. Fasoli)
- 23 Correlazioni tra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti (B. Tighino, L. Rossin)

REVIEW

- 27 Patologie associate all'uso del narghilé (K. Chaouachi)

35 NEWS & VIEWS

41 SITAB HOME PAGE

48 CONGRESSI & EVENTI

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 liviaelena.laurentino@fastwebnet.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 Conclusioni. 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) (per 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, Conclusioni. 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 (liviaelena.laurentino@fastwebnet.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) c/o Suoni Comunicazione,
Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, tel./fax 051 304737

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 26,00 euro tramite bonifico bancario intestato a:

SITAB -Tabaccologia - c/c 010000001062

CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - CAB: 02401;

ABI: 03032 - CIN: U

con invio di fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'abbonamento a: Segreteria di Redazione - Tabaccologia, Livia Laurentino c/o Suoni Comunicazioni - Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, unitamente al seguente tagliando.

DESIDERO SOTTOSCRIVERE L'ABBONAMENTO ALLA RIVISTA TABACCOLOGIA PER L'ANNO 2006 CHE SARÀ INVIATA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

Cognome..... Nome

Via..... n°..... Città..... Provincia..... CAP

Tel. e-mail

Professione/specializzazione.....

desidero ricevere fattura

P.iva.....

allego fotocopia di pagamento

Data Firma



Terapeuti in trattamento

Giacomo Mangiaracina

Cambiare, crescere, evolvere e progredire non sono sinonimi, ma hanno molto in comune. Da una vita lavoro su ipotesi e progetti tecnici di cambiamento e mi tocca doverlo ridefinire con sistematica periodicità. C'è confusione su questo termine intorno al quale gravitano politici e terapeuti. È più difficile cambiare l'Italia o gli italiani? Se lo scenario globale rimanesse sostanzialmente quello che è, con una leadership di governo che si propone forte e competente, con istituzioni che esercitano il dominio sul territorio, e con una sfrenata corsa al potere economico lecito e non, nutriamo forti dubbi sulla bontà di queste parole. L'Italia certo è cambiata e cambia, si evolve tra tendenze progressiste e conservatrici, riflettendo il cambiamento dell'intero globo, ma cosa muta dentro la gente, nei giovani, nello scienziato, nei professionisti, negli imprenditori, negli insegnanti, in me? Semplificando al massimo, celebriamo la tecnica, scopriamo i vantaggi dell'Economia e ci rammarichiamo della crisi dei valori. Neppure la propaganda elettorale, quella che mette la famiglia "al centro", riesce a convincerci.

L'evoluzione implica un'ambivalenza profonda, come i cambiamenti che sconvolgono il mondo. L'uomo ne rimane coinvolto, ma più che altro travolto come da un fiume in piena. Deve aggrapparsi a qualcosa, nuotare, rimanere a galla. Se offre anche un appiglio agli altri è un atto d'amore garantito. Ogni giorno, a Roma, a dire del sindaco Veltroni, durante una serata di beneficenza all'Auditorium, vi sarebbe almeno una manifestazione di solidarietà in favore



di fasce sociali deboli. La scena del Welfare sembra popolata di attori, ma non posso fare a meno di pensare ogni tanto ad una delle famigerate frasi che resero celebre Vittorio Sgarbi: *"La solidarietà mi fa schifo"*. Senza arrivare a tanto, ma con sufficiente perplessità, ci chiediamo davvero "cos'è solidarietà"? Come si fa? Chi la fa? Perché?

Devo a due autori una visione funzionalmente pessimistica della vita: Eric Fromm ed Ivan Illich. Fromm ha sintetizzato bene, nel suo saggio magistrale *"Avere o Essere"*, le stimmate di una società opulenta, che dalla visione marcusiana progredisce verso la schizofrenia assoluta, caratterizzata da un'attenzione alla massa più che alla persona. Nella logica dell'Avere si consuma il bisogno interiore di riconoscimento, di intimità e di spiritualità. Ma è stato Illich a catapultarmi *tout court* nella visione crepuscolare del mio contesto professionale. Credo che *"Nemesi medica"* debba essere ricordato (e studiato) come saggio di grande rilevanza nella formazione di un terapeuta. La iatrogenesi medica, ovvero la medicina come causa di malattia, che crea disagio e trascura l'ammalato mentre la diagnostica e le strategie assistenziali si fanno strada, ha il soprav-

vento sui deboli e si sottrae al controllo dei professionisti della prevenzione e della terapia. Questa medicina è poco attenta ai suoi attori-operatori.

Il rapporto medico-paziente non viene insegnato, ma del tutto ignorato sui banchi delle università. Si suppone erroneamente che si possa imparare con la pratica, ma non è così. I medici si riconoscono impotenti a modificare le abitudini dei loro pazienti, perciò spesso non ci provano neanche. L'antinfiammatorio che fa sfebbrare "per crisi", dà autorità a chi lo prescrive, ma il consiglio di non fumare o di mangiare sano è un vuoto a perdere che scredita l'immagine del professionista. E il professionista lo sa. E tace. Questo percorso l'ho vissuto sulla mia pelle, procedendo per errori, perché non ho trovato alcuno sulla mia strada in grado di orientarmi. Lo hanno fatto Fromm, Illich, Frankl, Entralgo, Peck, Bateson, Berne, Harris, e molti altri, fino a DiClemente, Francescato e ciascuno dei miei collaboratori. Ho assimilato credo l'essenziale per concludere sulla indispensabilità di migliorare l'abilità del professionista della salute ad entrare nella dimensione del rapporto, perché la relazione acquisti una valenza terapeutica primaria. Perciò l'Operatore è nel nostro focus. Come società scientifica puntiamo al suo *empowerment* e a lui dedichiamo due giornate di formazione, il 12 e il 13 maggio, mentre continueremo a migliorare le nostre capacità, le nostre risorse, e pure questa rivista, che affronta il primo *restyling* dopo tre anni di vita. ■

Giacomo Mangiaracina
[mangiaracina@globalink.org]
Presidente SITAB



È necessario insegnare la tabaccologia?

Il tabacco è un argomento banale quando ci si mette a parlare in un salotto e tutti sanno tutto dell'argomento e forniscono informazioni fondate su granitiche certezze. Succede però spesso che ciò che ci sta tutti i giorni sotto gli occhi sia proprio ciò che conosciamo di meno. I medici non fanno eccezione: da 20 anni non un solo corso nell'ambito dell'insegnamento della Medicina è stato dedicato a quest'importantissima causa di malattia e morti premature.

Al massimo il tabacco è citato per il suo ruolo nell'eziologia del cancro del polmone e delle patologie delle arterie. Ma l'autentica pericolosità del tabacco è un'altra: è la dipendenza, che rende difficilissimo smettere di fumare, anche quando si è ben consci del pericolo.

Ecco perché, quando ancora il termine "tabaccologia" non esisteva (ho introdotto questo neologismo solo nel 1990), diedi al primo corso d'insegnamento strutturato che organizzai a Parigi nel 1986 il titolo di "Diploma di studi della dipendenza tabagica e dei fenomeni di comportamento similari", al fine di evidenziare che il fenomeno trascende il tabacco, prefigurando quello che sarebbe divenuto lo studio delle dipendenze.

In seguito divenne il Diploma in Tabaccologia.

È per me evidente che è necessario insegnare la tabaccologia e formare dei tabaccologi competenti. Prima di tutto per strappare finalmente coloro che vorrebbero abbandonare il tabacco alla vergognosa speculazione di maghi scrocconi venditori di merce falsa. Inoltre per rendere efficaci le battaglie contro il tabagismo occorre che queste poggino su solide basi scientifiche e non su una semplicistica passione a volte controproducente che ricorda gli incantesimi medioevali del Doge Mocenigo per far cessare la peste di Venezia*. Occorre creare una disciplina e formare dei pra-

ticanti; non si accontenteranno a lungo dei risultati terapeutici che vengono loro proposti e richiederanno delle ricerche scientifiche. Sfortunatamente siamo solo all'inizio e ci si comincia appena ora ad interessare alla ricerca sul tabacco in quanto tale, mentre la nicotina fino ad ora ha fatto la parte dell'albero che nasconde la foresta.

È necessario insegnare specificamente la Tabaccologia, oppure ampliare lo studio della scienza della Dipendenza. È chiaro che ci sono meccanismi comuni sottesi alle diverse dipendenze e di conseguenze all'approccio ai diversi pazienti. Abituamente nel mio Ospedale organizzo riunioni di gruppo per spiegare ai fumatori i meccanismi della loro dipendenza e le strategie per liberarsene. Invito anche degli alcolisti ad assistere alle riunioni e spiego: "Quando io pronuncerò la parola tabacco, voi dovrete sostituirla con la parola alcol". Bisogna però tenere conto delle peculiarità delle varie sostanze, legate alla loro natura, alla liceità o illiceità del loro uso, alle caratteristiche dei consumatori. In Francia si sono sviluppate ed hanno una lunga tradizione unità di sostegno

Robert Molimard

«È necessario insegnare la Tabaccologia, oppure ampliare lo studio della scienza della Dipendenza»



Palma il Giovane: Eraclio che reca la croce a Gerusalemme (1590 ca.)

e strutture che prendono in carico alcolisti e tossicodipendenti, ma esse si ignorano e non si sono mai interessate al tabacco. Sono stati creati Diplomi di trattamento delle tossicodipendenze, ma gli studenti sono soprattutto interessati all'alcol o alle droghe, per nulla al tabacco. Mi è accaduto di correggere le prove di esame per questi diplomi: il livello delle risposte in tabaccologia è estremamente basso e dimostra che questa parte è stata totalmente trascurata dai candidati. Una delle ragioni è l'assenza di strutture ospedaliere dedicate al trattamento della dipendenza da tabacco. Gli studenti possono svolgere mansioni retribuite all'interno dei servizi ospedalieri dedicati agli alcolisti o ai tossicodipendenti e possono sperare di iniziare in queste sedi una carriera. I fumatori non vengono mai ricoverati a causa della loro dipendenza dal tabacco: al massimo gli studenti troveranno presso consultori ambulatoriali degli impieghi precari senza possibilità di avanzamento, spesso soltanto come sostituzioni a termine. Questa mancanza di prospettive spiega certamente la disaffezione degli studenti per la materia. Per dirla tutta, l'insegnamento del trattamento delle dipendenze non forma dei tabaccologi competenti.

Può darsi che ciò sia in parte dovuto al successo dell'insegnamento della tabaccologia, che ha preceduto quello del trattamento delle dipendenze. I medici che operano privatamente sono pronti a prendersi carico dei fumatori; ne vedono quotidianamente fra i loro clienti e questi incominciano a porre molte domande, come conseguenza dell'interessamento all'argomento dei mezzi di comunicazione. Questi medici ritengono che la loro esperienza nel trattamento dei loro pazienti bevitori sia sufficiente. In generale non desiderano affatto vedere il loro ambulatorio riempirsi di eroinomani e non sentono il bisogno di formarsi a tale scopo. L'insegnamento della tabaccologia li soddisfa pienamente, fornendo alcune nozioni sui meccanismi generali delle dipendenze, sulle relazioni fra alcolismo e tabagismo, la cannabis e gli oppiacei. Si trovano fra gli studenti anche medici del lavoro ed ostetriche; molte infermie-

re seguono questi corsi per poi lavorare come consulenti negli ambulatori cardiologici che seguono la riabilitazione dei pazienti infartuati.

Il corso dura un anno e solo i medici devono partecipare ad uno stage in un consultorio dedicato alla tabaccologia. Al termine ricevono la documentazione scritta e possono ritrovare i testi e le presentazioni del corso sul sito <http://tabacologie.fr>. Questo permette agli studenti molto lontani di seguire i corsi e di interagire con gli insegnanti attraverso la posta elettronica. In varie regioni della Francia sono stati creati altri 4 corsi di Tabaccologia sul modello di quello istituito a Parigi: questo nel frattempo è arrivato ad aumentare il numero degli studenti fino agli attuali 150. La prestazione di consultazione in tabaccologia richiede molto tempo, fatto che non viene ancora riconosciuto dagli organismi della Sanità Pubblica. Ciò vuol dire che la possibilità di trarre profitto finanziario da questo corso di studio è molto aleatoria e che l'impegno dei partecipanti deriva da una reale esigenza di acquisire conoscenze, non dal desiderio di guadagno, fatto che mi pare molto incoraggiante.

È stato all'inizio molto difficile trovare degli insegnanti competenti: uno dei compiti è stato proprio quello di formarli. Un altro problema è rappresentato dal fatto che i fumatori sono molto numerosi e perciò suscitano l'appetito non solo dell'industria del tabacco ma anche delle aziende farmaceutiche. A questo punto sorgono delle domande: è necessario rifiutare eventuali insegnanti che presentano un conflitto di interesse in nome della purezza e dell'indipendenza dell'insegnamento? Si rischierebbe di ridurre di molto il numero dei possibili candidati! La mia scelta è quella di non esercitare alcuna censura, scegliere esclusivamente in base alla competenza e di contare sul fatto che l'etica personale impedisca a ciascun insegnante di veicolare messaggi pubblicitari nelle lezioni. Nell'ambito dell'industria chiedo la disponibilità dei soli ricercatori, compresi (e senza vergogna!) quelli dell'industria del tabacco, i quali sono i soli a conoscere veramente la tecnologia della sigaretta e possono rispondere

in modo pertinente alle domande degli studenti. Chiedo l'intervento di alcuni ricercatori provenienti dalle industrie farmaceutiche e di altri ricercatori da essa finanziati. Faccio intervenire attivisti antitabacco e militanti dei diritti dei non fumatori.

Cerco di presentare un ventaglio con il più ampio possibile di punti di vista, riservandomi il difficile compito di risvegliare negli studenti il dubbio scientifico, lo spirito critico che solo può permettere loro di costruirsi una politica personale che sarà indispensabile nella loro attività. ■

► Traduzione di **Paolina Gai Miniet**

Robert Molimard
*Directeur de Diplôme InterUniversitaire
de Tabacologie Paris XI-Paris XII
Centre de Tabacologie Paul Guiraud,
Villejuif - France*



La legge antifumo spegne la prima candelina

500mila fumatori in meno e... El mundo mira la Italia!

La legge Sirchia, che ha introdotto il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi dal 10 gennaio 2005, ha festeggiato il suo primo compleanno e il risultato più rilevante è rappresentato dalla notizia che l'Italia registra 500 mila fumatori in meno.

Lo ha comunicato, con grande soddisfazione, il Ministero della Salute nel corso di un convegno organizzato per l'occasione su "Tutela della salute dei non fumatori: un bilancio dopo un anno di applicazione della legge". Un altro dato positivo, anche se parziale, è quello relativo alla diminuzione dei ricoveri per infarto acuto del miocardio. La ricerca, condotta in quattro regioni (Piemonte, Friuli, Lazio e Campania) mostra una riduzione del 7% nella popolazione di età tra i 40 e i 64 anni. Nel periodo tra gennaio e

novembre del 2005 si è osservata una riduzione complessiva nelle vendite del 5,7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Sono invece quasi raddoppiate le vendite dei farmaci antifumo, in particolare quelli a base di nicotina. Un altro aspetto importante riguarda il successo riscosso fra la popolazione che, nonostante le polemiche iniziali, ha gradito e quindi rispettato a larghissima maggioranza il provvedimento.

Anche le iniziali remore dei gestori dei pubblici esercizi sono svanite nel nulla dal momento che il temuto calo della clientela non si è verificato. Unico neo la rilevazione che nei luoghi di lavoro privati aperti al pubblico il divieto non è rispettato nella stessa misura dei locali pubblici.

In definitiva un primo bilancio mol-

to positivo, peraltro invidiato ed ammirato all'estero, come si legge in un articolo del *Seattle Times* a proposito del cambiamento delle abitudini degli italiani

provocato dalla nostra legge antifumo e come Maria Paz Corvalan su Globalink titola il suo pezzo sugli effetti positivi di tale legge: *El mundo mira la Italia*. ■



Cinzia Marini
Coordinatrice Smokebusters
Gea Progetto Salute
[cinzia.marini@excite.it]

AL RISTORANTE La riscossa del galateo
«Scusi, do fastidio se mangio mentre lei fuma?»

Indagine DOXA e Legge antifumo Gli italiani sono soddisfatti e mangiano di più al ristorante

A un anno dall'introduzione della famigerata **Legge Sirchia**, una tavola rotonda di esperti fa il punto sulla situazione **fumatori in Italia**, rivelando risultati sorprendenti: 500.000 italiani hanno abbandonato

il vizio della sigaretta e 9 connazionali su 10 sono d'accordo con il divieto di fumo nei locali pubblici. L'ultima indagine condotta dalla Doxa dà un ritratto dell'umore del paese molto rassicurante: l'86,8% dei cittadini è favorevole al divieto di fumare nei posti di lavoro, e addirittura il 90,4% è a favore del divieto nei bar e ristoranti. D'altro canto questo divieto sembra aver dato vita a nuovi scenari nel rapporto tra le persone e i luoghi pubblici: una maggiore apertura, una riappropriazione di tutti gli ambiti di socializzazione, come fa notare **Francesco Morace**, sociologo e direttore del Future Concept Lab: «Indagini recenti segnalano come il 9,6% della popolazione frequenti più volentieri i locali pubblici dopo l'arrivo della legge. Aumenta la propensione a smettere, i locali smoke free piacciono. Si spende di meno nel tabacco e di più nella terapia sostitutiva della nicotina». I dati fin qui esposti evidenziano quanto sia alta la propensione degli italiani e degli europei ad abbandonare definitivamente il fumo, aiutati da una legislazione che sarà sempre più severa ed estesa a livello europeo, dalla volontà dei singoli e dall'aiuto dei presidi antitabagismo. ■

(Chiara Rizzoli) Dietista Ausl di Bologna

Fonte: Sanihelp.it 16/2/2006



Smokebusters into action

La "legge Sirchia" ha introdotto il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi dal 10 gennaio 2005. Abbiamo festeggiato il suo 1° compleanno. Il consuntivo di questo lasso di tempo si può considerare ampiamente positivo. Finalmente si può lavorare in ambienti liberi dal fumo, dedicarsi ad una buona cenetta o ad una ricca colazione senza l'incubo del vicino che ti avvolge nella cortina fumogena della sua sigaretta, frequentare discoteche e luoghi di svago senza avere l'obbligo, una volta arrivati a casa, di farsi la doccia e spedire di corsa i propri abiti in tintoria per tornare ad avere un odore che non faccia fuggire chi ci sta vicino. Una vera rivoluzione di cui siamo grati al prof. Sirchia e a tutti gli italiani, fumatori compresi, che lo hanno reso possibile adeguandosi di buon grado e senza troppi problemi a questa elementare norma di civiltà. Un ringraziamento particolare anche alle forze dell'ordine che, grazie ai tanti controlli effettuati in questi mesi, hanno contribuito a tutelare i Nonfumatori italiani. Naturalmente il panorama non è proprio così

roseo ovunque e ancora tanti ci segnalano il mancato rispetto del divieto di fumare. A questo scopo è nata l'Operazione "Smokebusters" che, in collaborazione con il CODA-CONS, la SITAB, GEA Progetto Salute, e l'Agenzia Nazionale per la Prevenzione, fornisce informazioni e suggerimenti a chi desidera vedere rispettato il diritto a non subire i danni da fumo passivo. In questo primo anno di attività abbiamo ricevuto decine e decine di lettere che in grande maggioranza ci segnalano la violazione del divieto in molti luoghi di lavoro, ma anche ospedali, scuole di ogni ordine e grado, discoteche, ristoranti, alberghi ecc. Chi avesse bisogno di noi ci può scrivere a: help@smokebusters.it o rivolgersi ai NAS. Infatti l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico dei NAS ci ha comunicato che sul loro sito è presente l'elenco, completo di indirizzi e numeri telefonici, di tutte le sedi NAS italiane. Potrete trovarlo al seguente indirizzo: http://www.carabinieri.it/Internet/Cittadino/Informazioni/Tutela/Salute/O5_NAS.htm ■

(Cinzia Marini)



Francesi increduli: in Italia la «Legge Antifumo» funziona Deputati francesi in missione a Roma



Il 10 gennaio, a Lungotevere Ripa, al Ministero della salute si celebrava il primo compleanno della "Legge

Sirchia", in cui CCM e ISS presentavano i primi risultati degli studi PASSI e PROFEA di monitoraggio dell'effetto della normativa che ha cambiato in un colpo solo le abitudini del Paese.

Ad un mese esatto, il 9 e 10 febbraio, all'Hotel della Minerva, nei pressi del Pantheon, Roma accoglieva la delegazione di 10 deputati francesi, con a capo il vicepresidente dell'Assemblea Nazionale Francese Yves Bur, con altrettanti imprenditori e giornalisti, per toccare con propria mano gli effetti della legge antifumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro. L'obiettivo principale di questa "esplorazione" è stata la proposta al parlamento francese di una legge simile. La visita in Italia succedeva a quella precedentemente effettuata, sempre dalla stessa delegazione, in Irlanda, do-

ve il divieto è entrato in vigore un anno prima rispetto all'Italia.

Sembra incredibile, ma È accaduto. Il mondo ci osserva davvero. La Campbell Gentry (www.campbellgentry.com), agenzia europea per gli affari pubblici, ha invitato alcuni esperti di organizzazioni che si occupano del problema del fumo in Italia, tra cui il Centro per la Prevenzione del Veneto, la Società Italiana di Tabaccologia, la Consulta Italiana sul Tabagismo e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ma anche rappresentanti dei pubblici esercenti, gestori dei locali pubblici ed operatori del settore.

Simon Gentry, facendosi portavoce di Sylviane Ratte dell'Istituto nazionale francese contro il cancro, ha chiesto anche l'intervento del protagonista indiscusso di questo prodigio italiano, l'ex ministro della salute prof. Girolamo Sirchia, per spiegare la legislazione, come ha funzionato ed il livello di adesione della popolazione. Una parte meno formale e senza dubbio molto piacevole del programma prevedeva anche un paio di giri notturni per i locali di svago della capitale per osservare in modo di-



Il vicepresidente dell'Assemblea Nazionale francese Yves Bur mostra con soddisfazione che in Italia i divieti di fumo vengono rispettati

retto come viene applicata ciò che viene ormai definita "legge Sirchia". La disciplina degli italiani ha lasciato stupefatta la delegazione francese.

A Roma hanno sentito prima gli esperti. La dott.ssa Tamang ha tracciato le linee generali della problematica tabagica in Italia; il prof. Mangiaracina ha messo in rilievo il percorso che la legge ha fatto dalla sua redazione fino alla sua entrata in vigore, con particolare riferimento all'azione di lobbying delle multinazionali del tabacco; l'avv. Luise ha chiarito alcuni aspetti giuridici della normativa, mentre il dott. Quaranta ha portato il saluto del presidente della LILT.

Poi è stata la volta dei responsabili delle associazioni dei commercianti.

Secondo Confesercenti la legge non ha avuto effetti negativi sul fatturato. La Confcommercio ha citato lo studio del ministero che dimostra che il 55% dei bar non ha subito alcuna perdita finanziaria e che solo il 13% ha avuto una perdita significativa. Il presidente della federazione nazionale dei bar, caffè e discoteche, ha dichiarato a "Liberation" che hanno addirittura incrementato il loro fatturato offrendo un migliore ser-

vizio alla clientela. A quanto pare gli unici ad averci perso, ha detto un componente della delegazione a Le Monde, sarebbero i fabbricanti di posacenieri.

Singolare l'intervento del dott. Gagliano, medico competente della Luxotica, che ha presentato una strategia di No-Smoking Policy adottata dall'azienda.

Girolamo Sirchia, ha riportato i dati che dimostrano che nel 2006 il consumo di tabacco è diminuito del 5,9%, mentre

quello dei prodotti sostitutivi della nicotina sarebbe salito del 90%. Alla domanda del deputato Bur, sul perché il ministro della salute fosse stato rimosso dal suo incarico dopo questo grande atto nei confronti della salute pubblica, Sirchia ha risposto con una felice battuta: "Il fumo nuoce gravemente ai ministri". ■

(Tatiana Trina)

Fonte: Fonti: La Gazzetta del Mezzogiorno e Newsletter GEA-Tabagismo & PFC



*Il presidente ERS,
Giovanni Viegi*

ERS for smoke free pressing

Della felice situazione italiana in tema di legislazione antifumo non poteva non parlare il neo-eletto presidente ERS (European Respiratory Society) **Giovanni Viegi**, a cui vanno i complimenti SITAB e di Tabaccologia, nella ERS Newsletter di marzo, nell'ambito del message from President. Dopo aver ricordato l'ingresso della Spagna che si aggiunge ad Irlanda, Norvegia, Italia, Malta e Svezia nell'elenco delle nazioni europee "virtuose" in tema di legislazione antitabagica nei luoghi pubblici, il Presidente ricorda il successo di 1 anno di legislazione antifumo in Italia: calo delle vendite di sigarette del 5,7%, pari a 115 milioni di pacchetti venduti in meno, con una ricaduta clinica in termini di disassuefazione di 500 mila fumatori in meno e con riduzione del 7% di ricoveri ospedalieri per infarto miocardico. Infine Viegi ricorda

l'impegno ERS nel fare pressing politico e scientifico presso i governi nazionali dell'Unione Europea per una legislazione antifumo ad hoc non omettendo un dato di letteratura: una gran parte di BPCO e tumori polmonari in non fumatori riconoscono come causa principale il fumo passivo. ■

(Vincenzo Zagà)

Spagna e Uruguay... SIN HUMO

Buone notizie anche dal fronte delle nazioni ispaniche. Grandi fermenti legislativi in tutto il Sudamerica, specie in

Cile e Argentina, mentre Uruguay e Spagna hanno già varato la loro legislazione antifumo. In particolare in Spagna, tale

legge, che ricalca in gran parte quella italiana, è operativa dal 1° gennaio 2006. Proibito fumare in tutti i posti di lavoro, mentre nei bar e ristoranti con più di 100 mq almeno il 70% della superficie deve essere smoke free. Ma, come ci informa un'Agenzia francese con una punta di scetticismo e di invidia, ci sono difficoltà nell'applicazione della legge. Dopo decenni di tolleranza che facevano della Spagna un piccolo paradiso per i fumatori europei, questa severità legislativa è difficile da far digerire ad un paese che si caratterizza per delle marcate autonomie e decentralizzazioni, come la Biscaglia, la Navarra, la Rioja e i Paesi Baschi. Tali difficoltà le abbiamo avvertite personalmente recentemente in Catalogna. Secondo gli esperti spagnoli quando la legge andrà a regime (ma quando?) con i regolamenti applicativi, il calo atteso dei fumatori dovrebbe essere del 10%. Quando si dice... l'ottimismo della volontà (o della politica?). ■

(Esperancia de Ganar)



Barcellona, marzo 2006, interno di un bar



Effetto del fumo passivo sulla clearance della teofillina nei bambini

Mayo PR. Effect of passive smoking on theophylline clearance in children. *The Drug Monit.* 2001 Oct;23(5):503-5.

L'autore, della University of Alberta Hospital (Edmonton, Alberta, Canada) ha investigato l'effetto del fumo passivo sul metabolismo della teofillina in una clinica pediatrica. In un'analisi retrospettiva di 201 bambini ammessi nella clinica pediatrica per asma, in 31 è stata identificata un'esacerbazione asmatica di origine non infettiva nella quale un'esposizione ambientale al fumo di tabacco poteva essere accertata. In tutti i casi i genitori erano fumatori di almeno 1 pacchetto al giorno di sigarette. Una popolazione di bambini affetti da almeno una esacerbazione asmatica senza alcuna esposizione ambientale al tabacco e con analoghe distribuzione di sesso ed età è stata poi identificata. Inoltre, i pazienti di entrambi i gruppi hanno ricevuto la stessa dose di aminofillina endovena per 48 ore al meno per assi-

curare una condizione di steady state. La body clearance totale della teofillina era significativamente più alta nei bambini esposti al fumo di tabacco (1.36 ± 0.09 vs. 0.90 ± 0.04 mL/min per kg, $p < 0.0001$). I livelli sierici allo steady state erano significativamente più bassi nel gruppo di fumatori passivi (55.3 ± 2.8 vs. 73.2 ± 3.3 p < 0.00001). La durata del ricovero nel gruppo esposto al fumo passivo era significativamente maggiore (4.4 ± 2.6 vs. 2.9 ± 1.3 days, $p < 0.05$). La clearance della teofillina nei bambini asmatici esposti al fumo passivo di tabacco è maggiore che nei soggetti non esposti. Questi risultati suggeriscono quindi che il fumo passivo può aumentare la clearance di altri farmaci che vengono metabolizzati in maniera simile alla teofillina. ■

(Marco Mura)

Il fumo di tabacco aumenta il rischio di infezione da *Mycobacterium tuberculosis*

S den Boon, S W P van Lill, M W Borgdorff, S Verver, E D Bateman, C J Lombard, D A Enarson and N Beyers. Association between smoking and tuberculosis infection: a population survey in a high tuberculosis incidence area. *Thorax* 2005; 60: 555-557.



Una correlazione tra fumo e tubercolosi è già stata pubblicata in letteratura, ma esi-

stono pochi dati riguardo all'influenza del fumo sul rischio di sviluppare un'infezione da *Mycobacterium tuberculosis*. Sono stati analizzati i dati relativi alla correlazione tra fumo e test cutaneo alla tubercolina (TST) in 2401 adulti di età uguale o maggiore a 15 anni. Il 78% (n = 1832) dei soggetti ha presentato positività al



test alla tubercolina. Tra gli attuali fumatori e gli ex-fumatori, la positività al test è stata riscontrata nell'82% dei casi. Questo valore è risultato significativamente maggiore rispetto ai non fumatori (odds ratio, OR 1,99). Inoltre, coloro che hanno fumato più di 15 pacchetti/anno avevano il più alto rischio (OR = 1,90). I dati di questo studio hanno indicato che il fumare può aumentare il rischio di infezione da *Mycobacterium Tuberculosis*. ■

(Vincenzo Zagà)

Metabolismo della nicotina in fumatori sani e pazienti affetti da patologia cardiovascolare

Chahine R, Achee A, Zalloua P. Nicotine metabolism in healthy smokers and patients with cardiovascular diseases. *Mol Cell Biochem* 2005 Dec;280 (1 - 2):241 - 4.

In questo studio, è stata misurata la quota di escrezione di nicotina e dei suoi principali metaboliti, cotinina e trans-3'-idrossicotinina (TUOC), nelle urine di 25 fumatori sani e 15 fumatori sottoposti a rivascolarizzazione miocardica tramite by-pass aortocoronarico o angioplastica. Dopo 1 giorno di interruzione dal fumo, sono stati raccolti campioni di urina del mattino, prima di fumare due sigarette e poi tre volte dopo aver fumato, a distanza di 4 ore. I risultati mostrano che nei fumatori sani, la nicotina e i suoi maggiori metaboliti erano presenti ad alte concentrazioni nel primo campione di urine dopo aver fumato, nei fumatori affetti da patologia cardiovascolare nicotina e cotinina erano escrete in quota minore mentre la THOC era più escreta, soprattutto nel secondo campione di urine. Si può concludere affermando che questa diversità nel metabolismo della nicotina può contribuire all'azione del fumo nell'indurre patologia cardiovascolare. (Chiara Mussoni)



Contraccezione orale e tabagismo: un'associazione pericolosa

Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. Lancet 2003; 362: 185-91.

Il tabagismo è fortemente sconsigliato in corso di contraccezione orale, a causa del potenziamento dei suoi effetti cardio-vascolari. Questo concetto è stato di nuovo sottolineato da un interessante studio di

Vessey dell'Università di Oxford-UK, apparso su Lancet 2003, che ha incluso 17.032 donne, di età 25-39 anni, arruolate fra il 1° maggio 1968 ed il 31 luglio 1974. In tutti i casi era in corso una contraccezione o sotto la forma di estroprogestinici (EP) orali o di un dispositivo intra-uterino o di un diaframma. Al 31 dicembre 2000, i decessi erano stati 889. Nelle donne che hanno utilizzato sempre un contraccettivo orale si è osservato che:

- 1 la mortalità per cancro dell'utero era 7,2 volte più elevata (rischio relativo, RR.7,2, IC 95%, 1,1-30,3).
- 2 la mortalità legata ad un altro tumore ginecologico (ovaie, etc.) era diminuita di circa 2,5 volte (RR 0,4, IC: 0,0-0,8).
- 3 In presenza di questa forma di contraccezione estroprogestinica, il RR di decesso, per tutte le cause di morte considerate è risultata essere dello 0,89 (IC: 0,77-1,02).
- 4 Per contro nelle donne che avevano fumato 1-14 sigg./die, i contraccettivi orali hanno avuto degli effetti significativi sulla mortalità cardio-vascolare con una elevazione del RR che passava a 1,24 (IC: 1,03-1,49). Da 15 sigg./die in su, il RR s'impennava a 2,14 (IC: 1,82-2,53).

In conclusione i contraccettivi orali non aumentano di per sé la mortalità globale, salvo quando essi sono associati ad un tabagismo cronico specialmente di grado medio-alto (>15 sigg./die). Questo effetto è manifesto già nella fascia di età 35-44 anni. ■

(V.Z.)

Il fumo aumenta l'assorbimento dell'insulina inalatoria

Reinhard H.A. Becker, Sue Sha, Annke D. Frick, and Robert J. Fountaine. The Effect of Smoking Cessation and Subsequent Resumption on Absorption of Inhaled Insulin. Diabetes Care 2006; 29: 277-282.

Questo studio condotto dai laboratori Aventis di Frankfurt (Germany) e quelli della Pfizer di Groton (Connecticut-USA) ha messo in evidenza che il fumo di tabacco porta a grandi cambiamenti nell'assorbimento dell'insulina per via inalatoria. Questo dato, coerente con quelli di studi precedenti in materia, conferma che l'assorbimento dell'insulina per via inalatoria risulta di molto aumentato nei soggetti fumatori. Pertanto, coerentemente con le attuali raccomandazioni in merito, i pazienti dovrebbero aver smesso di fumare da almeno sei mesi prima di iniziare una terapia basata sull'insulina per via inalatoria, e nel caso in cui il paziente riprenda a fumare durante il trattamento, quest'ultimo dovrebbe essere sospeso immediatamente. Questa terapia non dovrebbe mai essere applicata in soggetti diabetici che scelgono di continuare a fumare, in quanto rapide variazioni nell'esposizione all'insulina aumentano il rischio di ipoglicemia. ■

(V.Z.)

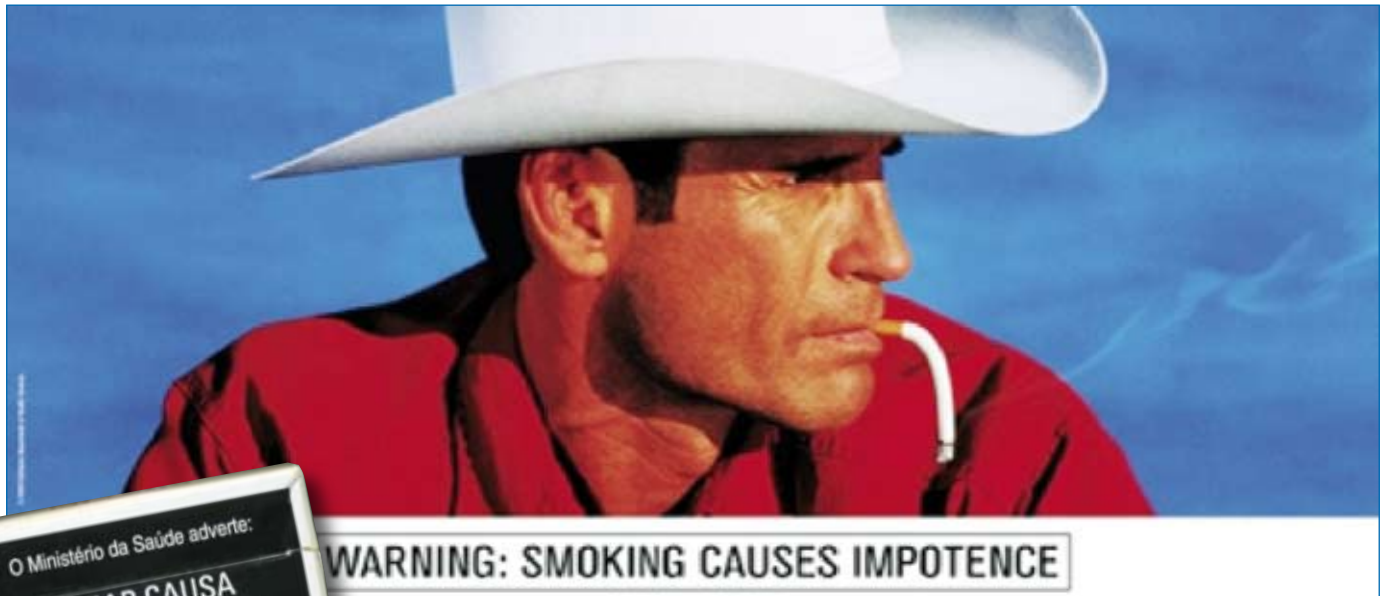
Variazioni nei livelli di carbossiemoglobina e tiocianati nei fumatori

Butnaru E, Mircea C, Agoroaei L, Ilicenco D, Proca. Variation of carboxyhemoglobin and of thiocyanates in smokers. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi 106(4): 782-6.

Il fumo è uno dei maggiori problemi sanitari del nostro tempo. Le concentrazioni di carbossiemoglobina e di tiocianati sono state determinate con metodo spettrofotometrico in due gruppi di donatori di sangue: soggetti fumatori (18 maschi, età 20-51 anni) e controlli non fumatori (10 maschi, età 22-55 anni). Nei soggetti fumatori i livelli di carbossiemoglobina erano più elevati (12.5 ± 10.2) che nei controlli (11.4 ± 10.3), così come i livelli di tiocianati (2.0 ± 0.6 vs. 1.7 ± 0.7). In entrambi i casi la differenza non era statisticamente significativa. Questi risultati possono essere spiegati dalla presenza di molteplici fattori che possono influenzare i valori degli indicatori biotossicologici, tra cui il fumo passivo, l'inquinamento atmosferico negli ambienti urbani e la presenza di noxae di natura chimica negli ambienti di lavoro. ■

(M.M.)





Tabagismo e disfunzione erettile

Gades NM, Nehra A, Jacobson DJ, McGree ME, Girman CJ, Rhodes T, Roberts RO, Lieber MM, Jacobsen SJ. Association between Smoking and Erectile Dysfunction: A Population-based Study. *American Journal of Epidemiology* 2005; 161(4):346-351.

Un nuovo studio pubblicato su *American Journal of Epidemiology* e firmato da ricercatori della Mayo Clinic di Rochester, Minnesota (USA), associa il consumo di tabacco con l'impotenza, soprattutto nei maschi giovani. Lo studio che ha visto coinvolti più di 1.300 maschi, indica che i fumatori presentano un maggior rischio di disfunzione erettile degli ex o non fumatori. Il rischio più elevato corrisponde al gruppo di 40-50 anni, con un rischio nei fumatori triplicato rispetto ai non fumatori. Dai 50 anni in su il rischio impotenza cala fino ad una correlazione inesistente a partire dai 70 anni. ■

(V.Z.)

Tabacco e salute orale Il ruolo dell'OMS

Petersen P. Tobacco and oral health: the role of the world health organization. *Oral Health Prev Dent* 2003; 1(4):309-15.

In aggiunta a molte altre affezioni, l'uso del tabacco è causa primaria di molte malattie e condizioni orali avverse. Per esempio esso è un fattore di rischio per cancro orale, parodontopatia e difetti congeniti in bambini le cui madri hanno fumato in gravidanza.

L'epidemia di uso di tabacco è una delle più grandi sfide alla salute globale; tristemente il futuro appare peggiore a causa della globalizzazione della sua commercializzazione. L'OMS ha aumentato la sua attività per il controllo dell'uso di tabacco. Nell'assemblea del 2003 gli stati membri si sono accordati per un innovativa convenzione di salute pubblica per regolare l'approvvigionamento e il consumo di tabacco. L'accordo riguarda la tassazione del tabacco, prevenzione e tratta-

to del tabagismo, commercio illecito, pubblicità, sponsorizzazione, promozione e regolazione del prodotto.

In tutto il mondo le associazioni professionali di salute orale e dentale dovrebbero considerare tale piattaforma per la loro futura azione nella prevenzione del fumo, dal momento che in molti paesi esse giocano un ruolo importante nella comunicazione ai pazienti e alle comunità.

Il programma di salute orale dell'OMS dà priorità al controllo del fumo in vari modi, attraverso lo sviluppo di programmi nazionali e comunitari, che riguardano argomenti di salute orale e fumo, prevenzione nelle scuole, valutazione rischio fumo nei vari Paesi, progettazione di moderni sistemi di sorveglianza sui fattori di rischio e sulla salute orale. A livello nazionale e internazionale si dovrebbero inoltre eseguire valutazioni sistematiche degli sforzi coordinati. ■

(Renato Scalia)





Focus On

Come cambia l'epitelio bronchiale del fumatore

Marco Mura

Il fumo di sigaretta conduce a broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) clinicamente riconosciuta nel 15-20% dei soggetti fumatori [1]. Esso è in grado di produrre uno squilibrio tra la produzione di radicali tossici e i meccanismi di difesa che operano normalmente nel polmone e nell'organismo. L'epitelio delle vie aeree è la prima linea di difesa dei polmoni nei confronti delle sostanze tossiche inalate. Nei soggetti normali, le vie aeree contengono poche cellule caliciformi, produttrici di muco, e non contengono infiltrato infiammatorio. Nei soggetti fumatori, a livello delle vie aeree fino a un diametro >3 mm l'infiammazione è costituita prevalentemente da elementi mononucleati, quali linfociti, plasmacellule e macrofagi; la sottopopolazione linfocitaria predominante nella parete dei bronchioli è quella CD8+ [2]. Allo stesso livello, le alterazioni dominanti a carico dell'epitelio sono rappresentate da una metaplasia cellulare con riduzione delle cellule di Clara, che vengono rimpiazzate da cellule caliciformi mucipare, e dalla metaplasia squamosa dell'epitelio bronchiale.

La metaplasia squamosa delle cellule caliciformi mucipare intraepiteliali nei fumatori si accompagna ad aumentata degranulazione, con conseguente iperproduzione di muco [3], che è poi alla base della sintomatologia propria della bronchite cronica. Tuttavia la presenza dei sintomi di bronchite cronica sembra attualmente legata più all'infiammazione ed alla metaplasia delle vie aeree che non all'ipertrofia ghiandola [4]. A questo proposito è utile

ricordare che nell'epitelio bronchiale dei fumatori l'incremento delle cellule caliciformi mucipare si associa ad un aumento del numero di granulociti neutrofili; dal momento che l'elastasi neutrofila può svolgere una potente azione secretagoga, è ipotizzabile che la presenza dei neutrofili nell'epitelio sia rilevante ai fini dell'attivazione della funzione secretoria delle cellule caliciformi mucipare [4].



Broncografia sistema bronchiale sinistro: quadro di bronchite cronica bronchiectasica in fumatore

L'altra conseguenza della metaplasia delle cellule caliciformi è legata alla riduzione delle cellule di Clara, che nor-



malmente producono una antiproteasi a basso peso molecolare (antileucoproteasi) ed una componente del surfattante polmonare. La deplezione della loro popolazione determina quindi sia un incremento dell'attività proteasica nei tessuti delle vie aeree, sia un aumento della tensione superficiale, con instabilità meccanica delle piccole vie aeree

chiale e bronchiolare, ed in particolare l'ipertrofia del tessuto muscolo liscio bronchiolare, edema murale e fibrosi peribronchiolare; con incremento del loro spessore (8).

Tuttavia l'iperplasia delle cellule caliciformi è ben presente anche a livello dei bronchioli (vie aeree senza parete cartilaginea), i quali non contengono

	BRONCHITE CRONICA	BRONCHIOLITE
Alterazioni Strutturali	Ipertrofie e iperplasia ghiandole mucose (↑ indice di Reid)	↓ cellule di Clara ↑ cellule mucipare Ipertrofia muscolo liscio Edema intramurale Fibrosi peribronchiolare ↑ n° di vie aeree di diametro < 400 μ
Infiammazione	Linfociti T CD8+ Macrofagi Plasmacellule	Macrofagi Neutrofili Linfociti T CD8+

Tabella comparativa dei quadri morfologici della bronchite cronica e della bronchiolite nel fumatore (modificato da Fabbri M.)

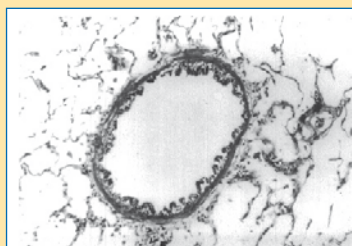
che le predispone a una precoce chiusura durante l'espiazione (5).

La metaplasia rappresenta una risposta adattativa che produce cellule meglio «equipaggiate» per far fronte alle mutate condizioni ambientali; nei bronchi dei fumatori l'epitelio respiratorio viene sostituito dall'epitelio squamoso sotto l'influenza dell'irritazione cronica da fumo di sigaretta; tale processo va sotto il nome di metaplasia squamosa (6).

ghiandole sottomucose (7). Anche nelle piccole vie aeree è inoltre presente l'infiltrato infiammatorio caratterizzato da una prevalenza dei linfociti CD8+, anche se nelle severe riacutizzazioni i neutrofili infiltrano anche la parete dei bronchioli (5).

L'infiammazione cronica determina pertanto a questo livello un danno, a cui conseguono processi riparativi della parete bronchiale e bronchiolare costituiscono un «rimodellamento» delle vie aeree. Il calibro dei bronchioli nei fumatori può essere ristretto da zaffi mucosi intraluminali, edema della mucosa, ipertrofia della muscolatura liscia, infiltrazione di cellule infiammatorie nella parete e fibrosi peribronchiale. È probabile che le modificazioni strutturali delle piccole vie aeree contribuiscano maggiormente all'ostruzione ed alla maldistribuzione dei gas ispirati rispetto alle grandi vie aeree, nonché alla progressione patogenetica della malattia, secondo l'ipotesi presentata da Milic-Emili sulle pagine di Tabaccologia (9).

Naturalmente rimane tuttora da capire perché soltanto relativamente pochi fumatori sviluppino BPCO. Stress ossidativo, infiammazione, danno tissutale



Bronco normale in non fumatore



Quadro di **bronchite cronica** in fumatore

A questa si accompagna una desquamazione della mucosa e delle regioni dell'epitelio che hanno subito la metaplasia squamosa stessa (7).

A livello delle vie aeree di calibro compreso tra 2 e 4 mm, prevalgono le alterazioni strutturali della parete bron-



e rimodellamento delle vie aeree sono parte del complesso processo patogenetico che conduce alla BPCO. ma quale fumatore è «suscettibile»? Varie ipotesi sono state fatte, chiamando in causa di volta in volta l'infezione da adenovirus in età infantile, differenze nello stato nutrizionale, che potrebbe proteggere dallo stress ossidativo, l'iperresponsività delle vie aeree, differenze genetiche che potrebbero riguardare, oltre alla ben nota alfa-1-antitripsina, l'alfa-1-antichimotripsina, la proteina legante la vitamina D, la macroglobulina alfa 2, la superossido dismutasi extracellulare, la catepsina G, etc [10].

tro un'ora dall'esposizione, era inibita dallo scavenger tetrametilurea [12]. Il rimodellamento delle piccole vie aeree sembra quindi essere causato da una reazione scatenata dallo stress ossidativo e coinvolgente il potente fattore profibrotico TGF-1 [12]. Lo stesso gruppo ha dimostrato che il fumo di sigaretta inibisce la capacità riparativa delle cellule bronchiali epiteliali, ed in particolare la chemiotassi, la proliferazione, la capacità di rimodellare la matrice extracellulare e la produzione di fibronectina [13].

Un altro studio ha utilizzato come modello delle grandi vie aeree il palato

Solo due studi hanno investigato l'impatto della cessazione del fumo sulle alterazioni epiteliali nelle vie aeree negli ex-fumatori asintomatici [15, 16]. L'iperplasia delle cellule mucipare era indubbiamente ridotta negli ex-fumatori, mentre la metaplasia squamosa nelle vie centrali non era significativamente differente, mentre era ridotta nelle vie periferiche [15, 16]. Il volume delle ghiandole mucose, del tessuto muscolare liscio e della fibrosi non differivano tra fumatori ed ex-fumatori [15, 16].

Per quanto riguarda i soggetti affetti da bronchite cronica o BPCO, gli ex-fumatori mostravano rispetto ai fumatori meno iperplasia delle cellule caliciformi mucipare, ma presentavano una quota maggiore di metaplasia squamosa nelle grandi vie aeree [16]; nelle piccole vie aeree invece iperplasia delle cellule mucipare e metaplasia squamosa si equivalevano tra fumatori ed ex-fumatori. Quando quindi si è instaurata la malattia ostruttiva, la maggior parte delle alterazioni a carico dell'epitelio bronchiale e bronchiolare non sono reversibili. ■

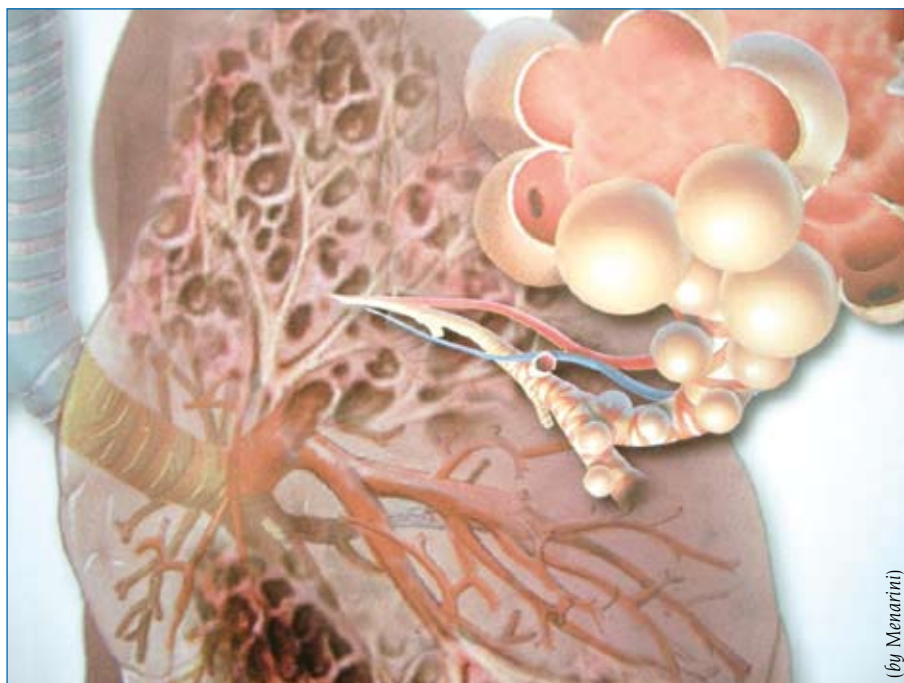


Illustrazione di sovradistensione polmonare di tipo enfisematoso

La suscettibilità genetica potrebbe essere legata a molteplici geni.

Le evidenze sperimentali mostrano che il fumo di tabacco può causare alterazioni strutturali delle vie aeree, quali fibrosi sotoepiteliale, senza la presenza di cellule infiammatorie, come dimostrato da Wang e coll. su sezioni di trachea di ratto mantenute in terreno di coltura ed esposte al fumo per 7 giorni [11]. Il fumo determina sull'epitelio il rilascio di Transforming Growth Factor-beta1 (TGF-1) e l'espressione dei geni del connective tissue growth factor e del procollagene [12]. L'espressione di TGF-1, che avviene en-

di rana e ha dimostrato che l'esposizione al fumo determina direttamente distruzione dell'epitelio ciliato e della matrice extracellulare andando a danneggiare «l'ancoraggio» alla membrana basale, causando così una vera e propria esfoliazione epiteliale [14]. La clearance del muco era pertanto ridotta già dopo l'esposizione ad una singola sigaretta, ed ulteriormente ridotta dopo 5 [14]. A questo stadio il muco non mostrava caratteristiche alterate, anche se veniva dimostrata una aumentata attività della metallo proteinasi 9, segno del danno a carico della matrice extracellulare [14].

Marco Mura

(marcomura@hotmail.com)
Dipartimento di Medicina Interna,
Sez. di Malattie Respiratorie,
Università di Roma "Tor Vergata"



Bibliografia

1. Willemse, B. W., D. S. Postma, W. Timens, and N. H. ten Hacken. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation. *Eur Respir J* 2004, 23(3):464-76.
2. Saetta, M., A. Di Stefano, G. Turato, F. M. Facchini, L. Corbino, C. E. Mapp, P. Maestrelli, A. Ciaccia, and L. M. Fabbri. CD8+ T-lymphocytes in peripheral airways of smokers with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998, 157(3 Pt 1):822-6.
3. Maestrelli, P., M. Saetta, C. E. Mapp, and L. M. Fabbri. Remodeling in response to infection and injury. Airway inflammation and hypersecretion of mucus in smoking subjects with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001, 164(10 Pt 2):S76-80.
4. Turato, G., Baraldo S, Beghè B, Zuin R, Saetta M. Anatomia Patologica. In M. De Palma, Fabbri, LM. Rapporto sulla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) 2005. Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis, Milano, 2005.
5. Fabbri, M. Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. In *Malattie dell'Apparato Respiratorio*, Bologna, Clueb, Bologna, 2003.
6. Burkitt, H., Stevens, A, Lowe JS, Young B. Accrescimento patologico. In. *Istopatologia Essenziale*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1995.
7. Netter, F. Malattia polmonare ostruttiva cronica. In *Apparato Respiratorio*, Ciba-Geigy, *Apparato Respiratorio*, Varese, 1980.
8. Jeffery, P. 2000. Comparison of the structural and inflammatory features of COPD and Asthma. *Chest*(117):251S-260S.
9. Milic-Emili, J., Mura, M. Può il danno meccanico delle vie aeree periferiche contribuire alla patogenesi della BPCO nei fumatori? *Tabaccologia* 2005; 1:18-20.
10. Siafakas, N. M., and E. G. Tzortzaki. Few smokers develop COPD. Why? *Respir Med* 2002, 96(8):615-24.
11. Wang, R. D., H. Tai, C. Xie, X. Wang, J. L. Wright, and A. Churg. Cigarette smoke produces airway wall remodeling in rat tracheal explants. *Am J Respir Crit Care Med* 2003, 168(10):1232-6.
12. Wang, R. D., J. L. Wright, and A. Churg. Transforming growth factor-beta1 drives airway remodeling in cigarette smoke-exposed tracheal explants. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2005, 33(4):387-93.
13. Wang, H., X. Liu, T. Umino, C. M. Skold, Y. Zhu, T. Kohyama, J. R. Spurzem, D. J. Romberger, and S. I. Rennard. Cigarette smoke inhibits human bronchial epithelial cell repair processes. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2001, 25(6):772-9.
14. Zayas, J. G., D. W. O'Brien, S. Tai, J. Ding, L. Lim, and M. King. Adaptation of an amphibian mucociliary clearance model to evaluate early effects of tobacco smoke exposure. *Respir Res* 2004, 5(1):9.
15. Wright, J. L., J. E. Hobson, B. Wiggs, P. D. Pare, and J. C. Hogg. Airway inflammation and peribronchiolar attachments in the lungs of nonsmokers, current and ex-smokers. *Lung* 1988, 166(5):277-86.
16. Mullen, J. B., J. L. Wright, B. R. Wiggs, P. D. Pare, and J. C. Hogg. Structure of central airways in current smokers and ex-smokers with and without mucus hypersecretion: relationship to lung function. *Thorax* 42(11): 1987, 843-8.



POLIAMBULATORIO PRIVATO CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO

Direttore Sanitario **Dott. Lucio Maria Manuelli** Medico Chirurgo
Spec. Fisiocinesiterapia Ortopedica - Ortopedia e Traumatologia

SPECIALITÀ PRATICATE

Ortopedia e Traumatologia - Terapia Fisica e Riabilitazione - Medicina Legale e delle Assicurazioni - Medicina dello Sport
Cardiologia - Dermatologia - Laserchirurgia - Videodermatoscopia - Reumatologia - Geriatria - Neurologia
Neuropsichiatria Infantile - Odontoiatria - Otorinolaringoiatria - Pediatria - Ginecologia e Ostetricia - Medicina del Lavoro
Chirurgia Vascolare - Chirurgia Maxillo Facciale - Chirurgia della Mano - Neurochirurgia - Urologia
Medicina Generale: Pneumologia, Medicina Interna, Endocrinologia, Gastroenterologia, Oncologia

DIAGNOSTICA

Densitometria Ossea - Ecocardiogramma - Ecocolordoppler - Elettromiografia - Ecografia generale - Ecografia vascolare
Ecografia muscolo-tendinea - Ecografia Senologica - Ecografia ostetrica-ginecologica - Istero-sonografia
Neuropsicologia-valutazione: attenzione, memoria, linguaggio - Audiologia - Vestibologia: manovre liberatorie

Autorizzazione Comune di Bologna PG 36493 del 05/03/2001

FKT E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Onde d'urto - ALGONIX - Laser Neodimio: YAG - Laser CO2 - TECAR - Ipertermia - Magneto - T.E.N.S. - T.E.N.S. Acuscope
Elettrostimolazioni - Elettrostimolazioni Compex - Correnti diadinamiche - Correnti interferenziali
Correnti faradiche - Correnti galvaniche - Idrogalvano - Ionoforesi - Infrarossi - Ultravioletti - Ultrasuoni - Paraffina - Radar
Massaggio - Massaggio Linfodrenaggio Manuale - Trazioni Vertebrali - Kinesi - Riabilitazione funzionale
Rieducazione neuromotoria - Riabilitazione respiratoria - Manipolazioni Vertebrali Manu Medica
R.P.G. Rieducazione Posturale Globale - Osteopatia - Isocinetica - Palestra generale - Riabilitazioni in acqua

Autorizzazione Comune di Bologna PG 84545 del 21/05/2001

Orario continuato 8/20

P.zza dei Martiri, 1/2 - Bologna - Tel. 051 249101 - 051 254244 - Fax 051 4229343
E-mail: poliamb@ckf-digiorno.com web: www.ckf-digiorno.com

CONVENZIONI DIRETTE/INDIRETTE:
ACI - ALIBERT-SITAB - APE BOLOGNA - ASSIDA - ASSILT
BLUE ASSISTANCE - CAMPA - CASAGIT - CLINISERVICE
CNA - CONFESERCENTI - C.S.A. INTESA - DAY MEDICAL
ELVIA ASSISTANCE - F.A.B.I. - FASDAC - FILO DIRETTO
FASI - FIMIV - FISDE - INTERPARTNER ASSISTANCE
LIONS CLUB - MONDIAL ASSISTANCE - NEW MED
ORDINE INGEGNERI - P.A.S. - QUAS - ROTARY CLUB
SANICARD - SARA ASSICURAZIONI - UNISALUTE - UPPI

AI SOCI SITAB-ALIBERT
SCONTO SPECIALE **20%**
PER TUTTE LE PRESTAZIONI



Il controllo del tabacco in Cile

Nel secolo XX, le potenti industrie multinazionali del tabacco, tendendo al monopolio, in presenza di vuoto legislativo, hanno potuto introdurre il consumo di tabacco nei più vasti e diversi luoghi ed anche estendere il consumo dello stesso a tutte le persone, senza distinzione di sesso, razza, età e condizione sociale, tutto questo con le più potenti ed intelligenti strategie.

E il Cile non ha fatto eccezione. *Chiletabacos*, filiale di BAT, vende il 98% delle sigarette in Cile, essendo la ditta che fa introitare più soldi allo Stato per l'altissima tassazione imposta sui prodotti da fumo (il 5% di tutto il prelievo fiscale).

Le azioni delle industrie di tabacco cilene per far fallire il controllo del tabacco negli anni 90, compresa l'approvazione della legge 19.749, sono tutte documentate da rapporti giornalistici ed accademici [1]. In Cile più del 95% del tabacco si manifattura tramite la produzione industriale, esistendo due marchi commerciali che concentrano le vendite nei mercati. Il contenuto di catrame in questi due marchi è del 14,64 e 8,9 mg/sig, di nicotina 1,36 e 0,70 mg/sig. Dal 1994, il 100% delle sigarette commercializzate sono col filtro, il prezzo medio di un pacchetto di 20 unità, tasse incluse, è di USD 1,19 per il marchio nazionale e di USD 1,40 per quello importato. Entrambi i prezzi sono inferiori al costo di vendita nei paesi sviluppati.

Varie pubblicazioni indicano che il Cile, a metà degli anni novanta, era un paese con una alta prevalenza di tabagismo. Vari studi recenti indicano che questa si mantiene stabile ancora oggi, sopra il 40% per la popolazione generale, e che si osserva un incremento del tabagismo nelle donne con una diminuzione nella età di inizio del consumo per entrambi i sessi. Pur essendo questa prevalenza elevata, il consumo medio di tabacco tra i fumatori è moderato, ri-

spetto ad altri Paesi che hanno una media di consumo considerevolmente più elevata nonostante abbiano livelli di prevalenza minori.

Essendo importante l'evidenza degli effetti del tabagismo, gli studi sugli effetti del tabagismo effettuati in Cile sono abbastanza limitati. Infatti gli ultimi rapporti pubblicati risalgono agli anni 80. Recentemente il dottore Hugo Amigo e la dottoressa Marcia Erazo, stanno conducendo uno studio multicentrico in tre patologie fumo-correlate, che confermano i dati a livello mondiale. Lo studio rappresenta uno sforzo orientato a determinare la base delle risorse economiche che sono necessarie per la diagnosi e le terapie delle principali patologie associate al tabagismo durante il primo anno di cura, secondo il grado di severità al momento della diagnosi, per BPCO (EPOC in spagnolo), cancro al polmone ed infarto Q e non Q [2].

Maria Paz Corvalan Barros



PATOLOGIA	Lieve	Moderata	Grave
Cancro *	4.638,0	313.797,0	21.016,0
BPCO	214,6	388,8	4.157,8
Infarto con elevazione ST	240,5		
Infarto senza elevazione ST	7.537,0		

Costi unitari (USD) di BPCO, cancro polmonare e infarto del miocardio

* Nel caso del cancro la divisione nei casi lievi corrisponde allo stadio 1 e 2, moderati al 3A e 3B e severo allo stadio 4 con e senza compromesso del sistema nervoso centrale.

LEGISLAZIONE

Verso la fine del secolo XX, quasi tutti i paesi occidentali avevano legislazioni speciali sul tabacco; si riferivano alla tassazione fiscale, regolazione della pubblicità, vendita, avvertenze sanitarie, ecc. Il Cile non fece eccezione a tutto questo. Infatti l'allarmante aumento edell'indice di prevalenza del tabagismo, la conferma crescente dei danni alla salute provocati dal consumo di ta-



bacco e la modesta legislazione antifumo esistente, permisero l'approvazione della legge N° 19.419, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale il 09 Ottobre del 1995. Questa legislazione risultò inefficiente ed insufficiente. Questa legge, non avendo ottenuto i risultati desiderati e sull'onda del Convegno **Marco del Control del Tabaco** di data 25 Settembre 2003, fece sì che il Ministero della Sanità approvasse un progetto di legge per modificare la legge 19.419. Questo progetto di legge contiene i seguenti aspetti rilevanti: **(3)**

- 1 Il divieto della pubblicità di sigarette, sia diretta che indiretta. A questo scopo, la legge permette un periodo di 18 mesi ai fabbricanti di sigarette per adeguarsi alla nuova legge.
- 2 Il divieto di vendita a persone sotto ai 18 anni di età.
- 3 L'ambiente libero di fumo di tabacco: il progetto proibisce fumare nei bar e ristoranti, tranne in quelli dove esistano zone speciali e chiuse, questa esigenza si applica ai bar e ristoranti con più di 100 metri quadri di superficie dedicati al pubblico. Sono anche stabilite delle sanzioni pecuniarie tra i USD 30 ed i 28.000 mila, a seconda dei casi.
- 4 Le Autorità Sanitarie avranno la funzione di controllare l'applicazione della legge, rifacendosi al Codice Sanitario **(4)**.

Attualmente, purtroppo, il controllo del Tabacco in Cile si basa essenzialmente nel processo legislativo.

SALUTE

In ambito sanitario, il lavoro antitabacco si concentra nella Promozione della Salute per la la creazione di ambienti



liberi di fumo **(5)** e soprattutto di scuole smoke free.

L'Istituto Nazionale del Torace, da più di 20 anni è impegnato nella terapia della disassuefazione dal fumo di tabacco.

Sfruttando le nuove tecnologie presenti sul WEB sul Controllo di tabacco, abbiamo creato il sito www.tabacochile.globalink.org; questo sito concentra informazione sul Controllo di tabacco in Cile e all'estero; da poco è possibile interagire tramite redmujertabacochile@googlegroups.com ■

Maria Paz Corvalan Barros
(corvalan@globalink.org)
Globalink Internacional Team
Noticias & Información Editor
Santiago del Cile

Bibliografia

1. Shallat L. Chile, ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco y la Industria Tabacalera, 2005.
2. Amigo H, Erazo M. Problemas asociados al tabaquismo en Chile. Rev Chil Salud Publica 2005, Vol 9(1)46-50.
3. Mensaje de s.e. el presidente de la republica con el que se inicia un proyecto de ley que modifica la ley n° 19.419 que regula actividades que indica relacionadas con el tabaco. <http://www.tabacochile.globalink.org/wsg/sitio/tabaco/paglegchi.htm>
4. Morales A. Proyecto obligará a tabacaleras a financiar publicidad contra cigarrillos. Diario La Tercera. Valparaíso, 18 de enero de 2006.
5. Salud Sin Tabaco, Guía Técnica-Metodológica, Programa Ambientes Libres de Humo del Tabaco. Departamento Promoción de Salud, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Chile, 2001. http://www.minsal.cl/ici/S_1U_14/MANUAL%20SALUD%20SIN%20TABACO.zip

Il fumo di sigaretta fra gli adolescenti: predisposizioni e atteggiamenti nei confronti del fumo e dei fumatori

The cigarette smoke between the adolescents: predispositions and attitudes in the comparisons of the smoke and the smokers

Pietro Madera, Sara Fasoli

Riassunto

Scopo dello studio. L'uso di tabacco nelle età più giovani è un fenomeno in continuo aumento. Nel nostro paese l'età media in cui un adolescente dichiara di aver fumato la prima sigaretta è 13 anni. Lo scopo di questo studio è stato quello di analizzare quali sono le predisposizioni e gli atteggiamenti nei confronti del fumo e dei fumatori proprio fra gli adolescenti, con l'intento di organizzare interventi di prevenzione più adatti alle esigenze del nostro tempo.

Metodi. A 395 studenti (242 femmine e 153 maschi) delle classi 5° di alcuni istituti superiori di Verona e provincia è stato sottoposto un questionario, anonimo e autocompilato composto di 17 items riguardanti le proprie abitudini fumo. Le risposte sono state analizzate a cura degli operatori dell'UOS No Smoking – Prevenzione e cura del tabagismo (VR) dell'ULSS 20 Regione Veneto.

Risultati. La nostra ricerca sottolinea e conferma, come già altre ricerche, che la sperimentazione e l'uso di tabacco nell'adolescenza inizia già prima dei 14 anni (58%); l'influenza sull'abitudine fumo è esercitata in particolar modo oltre che dai genitori anche dai fratelli/sorelle all'interno della famiglia, e dagli amici; i ragazzi che frequentano gli istituti tecnici e professionali hanno la tendenza a fumare di più rispetto a quelli che frequentano il liceo.

Conclusioni. Alla luce dei risultati emersi in questa indagine, si può affermare l'importanza di interventi di prevenzione da effettuarsi sin dalle età più giovani (già alle scuole elementari) al fine di fornire ai ragazzi informazioni, conoscenze e abilità comportamentali per uno stile di vita più sano. A questo scopo la scuola dovrebbe essere vista come preziosa risorsa per coinvolgere la maggior parte dei giovani. Si rileva la necessità, inoltre, di studiare più a fondo, attraverso specifiche e ulteriori indagini, gli atteggiamenti di quel 87% di ragazzi che, pur continuando a fumare hanno espresso l'intenzione di smettere, in modo da predisporre appropriati interventi di prevenzione secondaria mirati a far cessare l'abitudine.

Parole chiave: *tabagismo, Istituti superiori, prevenzione fumo.*

Abstract

Aim of the study. The use of tobacco amongst the youngest ages is a phenomenon which is continuously increasing. In our country, the medium age in which an adolescent admits to have smoked the first cigarette is 13 years. The purpose of this study has been that one to go and see which are the predispositions and the attitudes towards smoke and smokers between the adolescents, with the attempt to more organize participations of prevention adapted to the requirements of our time.

Methods. An anonymous and self-administered test, composed of 17 items regarding their own habits on smoke, has been given to 395 students (242 females and 153 males) of the fifth class of some high schools of Verona. The answers have been analysed by the operators of the UOS No Smoking – Prevention and cure of tobacco addictions (VR) of ULSS 20 Regione Veneto.

Results. Our study emphasizes and confirms, like already other searches, that experimentation and use of tobacco amongst adolescents begins already before the 14th years of age (58%); the influence on the habits of smoke is exerted, into the family, in particular by brothers or sisters beyond by parents, and by friends; the boys who attend a technical or a professional institute have the tendency to smoke more than the ones that go to a grammar school.

Conclusions. From these results we can asserted the importance of participations of prevention even from the youngest ages (already from the elementary schools) in order to give behavioural information, acquaintances and abilities for an healthier style of life. For this purpose the school should be seen like a precious resource in order to strike the greatest part of the young people. The necessity is, moreover, to organize participations of secondary prevention for those 87% of young people, who also continuing to smoke, have thought to stop. The future searches must move, according to us, in this direction.

Keywords: *tobacco addictions, High Schools, smoking prevention.*

Pietro Madera
(pmadera@dronet.org)
Responsabile Ambulatorio Antifumo e Gruppo
di Coordinamento No Smoking, Dipartimento
delle Dipendenze ULSS 20 - Verona

Sara Fasoli
Psicologo tirocinante, Dipartimento
delle Dipendenze ULSS 20 Regione Veneto

INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco rappresenta la forma di abuso di sostanza più diffuso nel mondo. È stato chiaramente dimostrato che il fumo di sigaretta esercita effetti dannosi e letali sull'organismo umano in ben 24 differenti modi (1). L'uso di tabacco nelle età più giovani è un fenomeno in continuo aumento (2). Si deve pensare, infatti, che la maggior parte dei fumatori adulti ha iniziato a fumare prima dei 18 anni.

In uno studio condotto da WHO intitolato "Health Behavior in School Aged Children" (HBSC), che si ripete ad intervalli regolari di 4 anni, si è preso in considerazione il rapporto esistente fra gli adolescenti e il fumo. L'ultima ricerca pubblicata nel 2004 ha messo in evidenza che ben il 62% dei ragazzi di 15 anni fuma e spesso ha iniziato a farlo ad un'età ancora più giovane (3). In particolare per quanto riguarda il nostro paese, l'età in cui un fumatore di 15 anni dichiara di aver fumato la prima sigaretta è 13 anni (3).

Partendo da queste considerazioni e dal fatto che l'uso di tabacco è il più importante fattore di rischio prevedibile e, nel mondo, la principale causa di morte evitabile, si può affermare l'importanza della prevenzione, in primis di quella primaria o "universale". Il luogo privilegiato dove esercitare la prevenzione, perché luogo dove si possono individuare i bisogni, valutare i comportamenti a rischio ed organizzare costanti interventi di educazione alla salute, è la scuola.

Dall'ultima Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia (2004) emerge che "...oltre il 73% dei soggetti attratti dal tabacco ha fatto uso (una o più volte nella vita) di sostanze illegali" (4). Quindi fare prevenzione sui rischi e sui danni arrecati dal tabacco, rappresenta anche un'importante forma di prevenzione primaria all'uso di sostanze illegali (cannabinoidi, ecstasy, eroina ecc.).

L'UOS No Smoking – Prevenzione e cura del tabagismo (VR) ha realizzato la presente ricerca in 5 Istituti Superiori di Verona e provincia selezionando, casualmente, 2 istituti per tipologia di scuola (liceo, istituto tecnico, istituto profes-

sionale) coinvolgendo in totale 395 studenti (242 femmine e 153 maschi) delle classi V.

MATERIALE E METODI

I dati della presente ricerca sono stati raccolti attraverso la compilazione, da parte degli studenti delle scuole contattate, di un questionario anonimo e autocompilato costituito da 17 domande riguardanti le proprie abitudini fumo.

Le domande del questionario sono volte a rilevare le abitudini fumo di ogni singolo adolescente allo scopo di individuare ed organizzare un'opera di prevenzione sia "universale" sia "selettiva" (5; 6) che miri a disincentivare i giovani ad iniziare a fumare, perseguendo reali e concreti risultati di efficacia.

Il questionario si compone di 17 domande: le prime 6 fanno riferimento

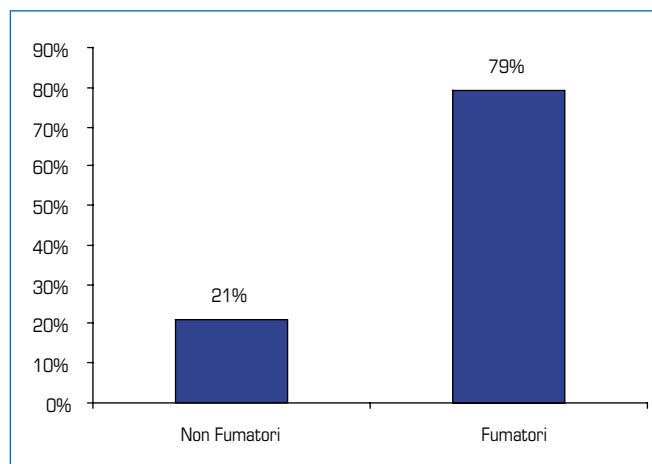


Figura 1 Grafico percentuali di fumatori e non

Si possono individuare 3 importanti aree a diverso contenuto, oltre quella di anagrafica di ogni singolo studente: una prima che considera le abitudini, la motivazione e gli atteggiamenti dei ragazzi nei confronti del fumo; una seconda che riguarda il comportamento e la predisposizione della famiglia al fumo; una terza che esamina il gruppo di amici e l'atteggiamento nei confronti dei coetanei fumatori.

I questionari, così costruiti, sono stati sottoposti prima ad un pre-test in un campione ristretto, e successi-

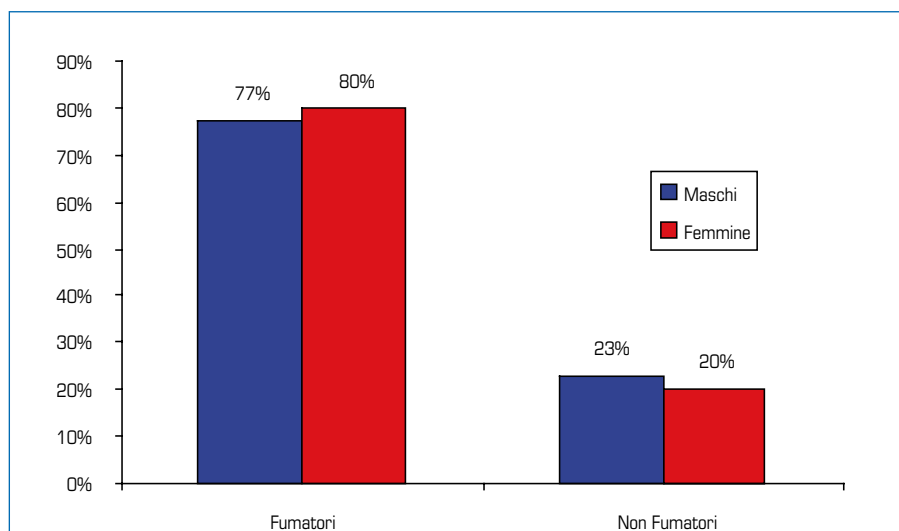


Figura 2 Grafico percentuali fumatori e non divisi per sesso

all'anagrafica del soggetto (sesso; età; comune di residenza; scuola frequentata; tipo di istituto; classe frequentata); le successive 11 vanno, invece, a rilevare la predisposizione e gli atteggiamenti del soggetto nei confronti del fumo e dei fumatori.

vamente somministrati agli studenti delle classi V, dal mese di febbraio al mese di maggio 2005, in 5 scuole medie superiori di Verona e provincia: Liceo Scientifico Statale "A. Messedaglia" Sede centrale di Verona e Sede staccata di S. Michele Extra; Istituto

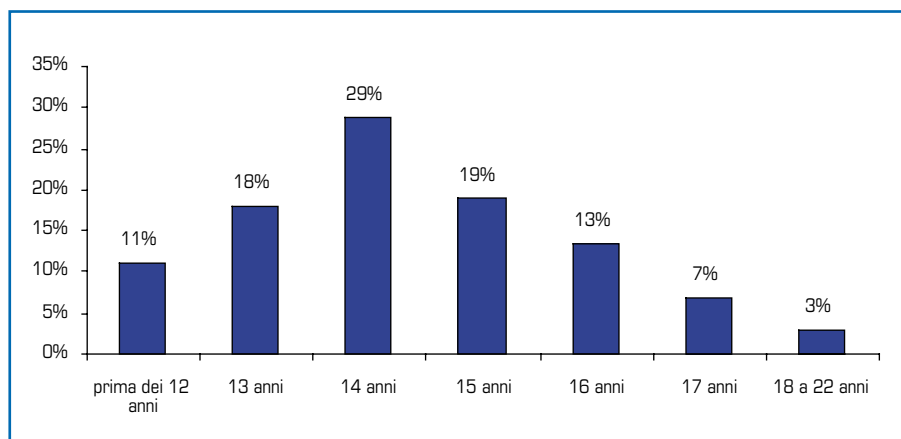


Figura 3 Grafico delle età in cui si fuma la prima sigaretta



poche volte, per lo più il fine settimana.

Andando ad analizzare le età in cui i ragazzi hanno fumato la prima sigaretta ne risulta che l'11% degli studenti che ha fumato almeno una volta nella vita lo ha fatto prima dei 12 anni, il 18% all'età di 13 anni, il 29% all'età di 14 anni, il 19% a 15 anni e il 13% a 16 anni. È importante notare che circa il 30% dei ragazzi ha sperimentato il fumo o ha iniziato a fumare prima dei 13 anni e ben il 58% ha iniziato a farlo prima dei 14 anni. È altrettanto interessante osservare come man mano che aumenta l'età dei soggetti, diminuisce anche la probabilità di chi inizia a fumare (Fig. 3).

L'arco d'età critico sembra essere quello che va da prima dei 12 ai 14 an-

Tecnico dell'Industria e per Geometri "L. Dal Cero" di San Bonifacio; Istituto Professionale Commerciale "M. Sanmicheli" di Verona; Istituto Professionale dell'Industria e dell'Artigianato "L. Da Vinci" di Verona.

RISULTATI

Il 60% del campione è rappresentato da studentesse e l'età media è di 19 anni (range 18 – 23; D.S. .63). Il 35% degli studenti proviene dall'istituto professiona-

le, il 27% dall'istituto tecnico mentre il 38% dal liceo.

Il 79% degli studenti intervistati ha fumato almeno una volta nella vita, mentre solo il 21% non l'ha mai fatto (Fig. 1). L'età media in cui hanno fumato la prima sigaretta è 14 anni (D.S. 2.03).

Se si prende in considerazione il sesso dei ragazzi (Fig. 2), le femmine fumano di più (80%) dei maschi (77%).

Il 56% di ragazzi che fuma lo fa in maniera abituale e il 44% ha fumato o fuma

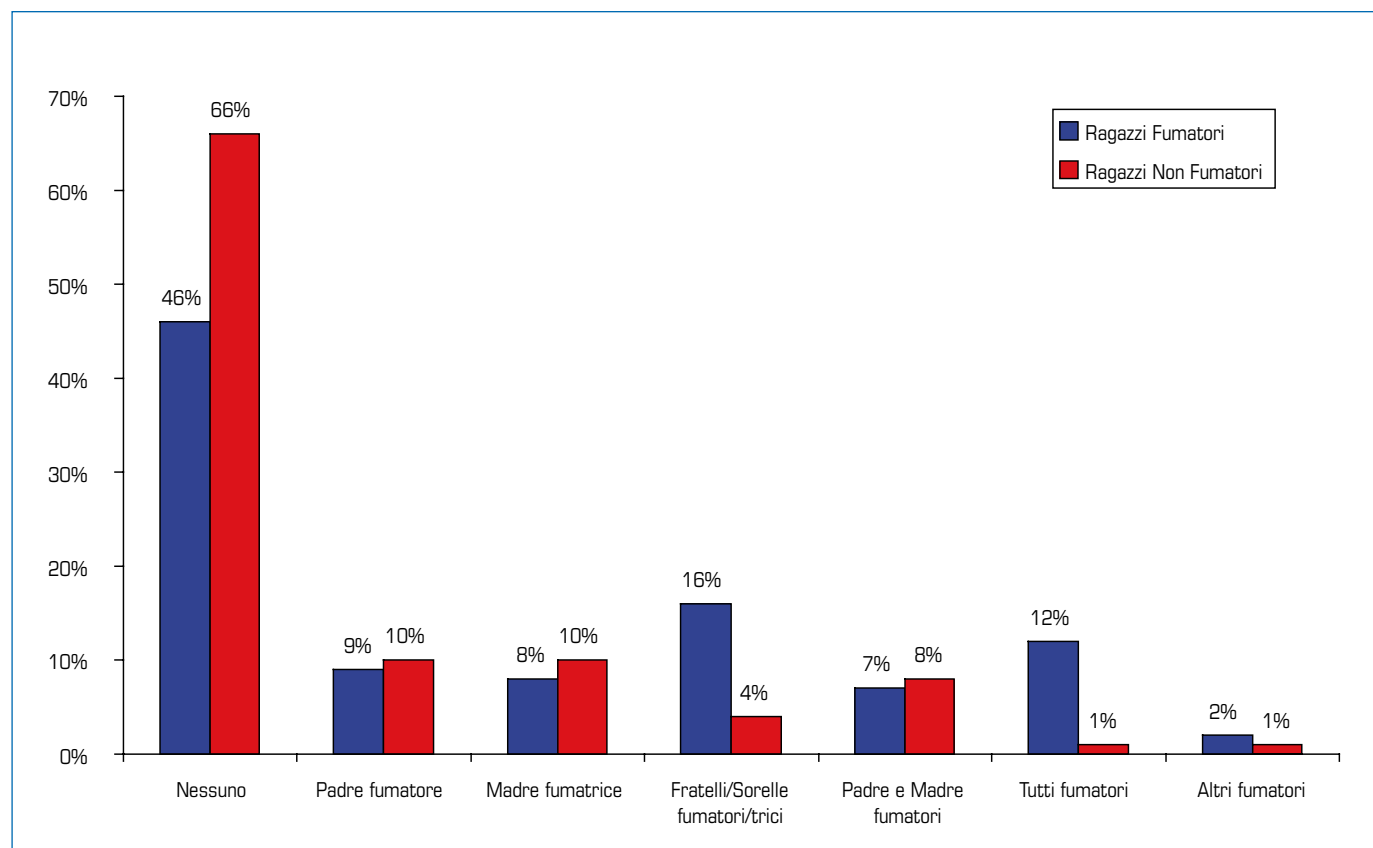


Figura 4 Grafico percentuali familiari fumatori nel gruppo dei ragazzi fumatori e non fumatori

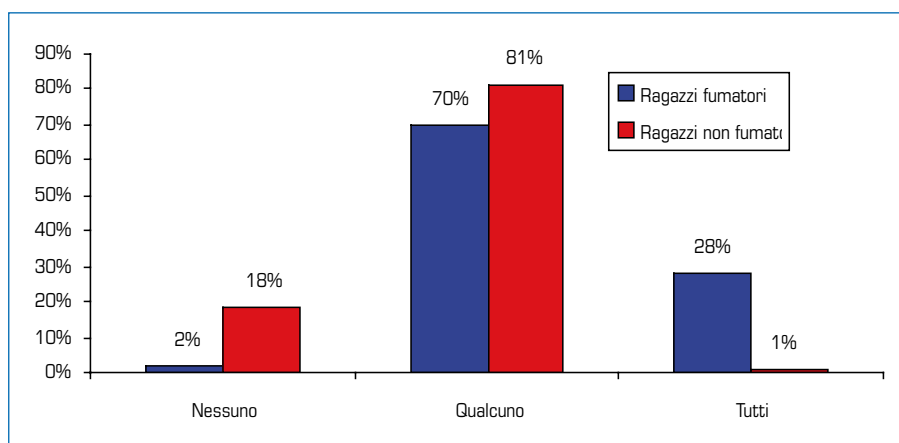


Figura 5 Grafico percentuali amici fumatori nel gruppo dei ragazzi fumatori e non fumatori

ni: infatti, in questi anni la percentuale di ragazzi che sperimenta il fumo sale a quasi il 20% in più (7% fra 12 e 13 anni; 11% fra 13 e 14 anni).

Fra i principali motivi che spingono gli adolescenti a fumare il 51% risponde che è la curiosità a muoverli, è la voglia di provare una nuova esperienza, di sperimentare una nuova sensazione. Il 20% lo fa spinto dal gruppo degli amici, il 9% per apparire più grande, per essere accettato e riconosciuto come adulto, per mettersi in mostra. Il restante 20% per motivi di diversa entità e origine: per rilassarsi quando è stressato (5%), perché prova piacere nel farlo (3%), per riempire degli spazi vuoti, per passare il tempo, "tanto per fare" (3%), per trasgredire (3%).

Tra i ragazzi fumatori il 42% fuma da 1 a 4 sigarette al giorno; il 39% da 5 a 9 sigarette al giorno e il restante 19% da

10 a 19 sigarette al giorno. Nessuno dei ragazzi intervistati dichiara inoltre di fumare più di 20 sigarette al giorno.

Alla domanda "Dove previsto, rispetti il divieto di fumare?" l'89% dei ragazzi risponde positivamente; il 10% che non sempre rispetta il divieto e il restante 1% che non lo rispetta mai.

Essendo a conoscenza dei gravi danni che il fumo provoca alla salute, l'87% dei ragazzi che fuma ha già pensato di smettere; solo il 13% non ci ha mai pensato.

Le motivazioni principali che potrebbero spingere o spingono i ragazzi a non fumare sembrano essere per lo più la salute (48%), il costo eccessivo (14%) e il disgusto/fastidio nei confronti del fumo (10%).

Andando ad analizzare il campione dei soli soggetti fumatori per quanto riguarda le risposte sulla famiglia, emergono a nostro avviso 3 dati particolarmente interessanti: il 54% degli studenti fuma-

tori ha a sua volta qualcuno in famiglia che fuma. Il 16% degli studenti fumatori ha almeno una sorella o un fratello che fuma, mentre il 12% ha tutta la famiglia che fuma.

Questi dati risultano più significativi se confrontati con quelli degli studenti non fumatori: soltanto il 34% di essi ha qualcuno in famiglia che fuma, il 4% ha fratelli o sorelle che fumano, mentre solo l'1% ha tutti in famiglia che fumano (Fig.4).

Infine, ai ragazzi è stato chiesto se nel loro gruppo di amici qualcuno fuma (Fig.5). Prendendo in considerazione solo gli studenti del campione dei fumatori: il 70% ha risposto che qualcuno fuma; il 28% che fumano tutti; il 2% che nessuno fuma, percentuale che sale notevolmente (18%) nel campione dei non fumatori, dove scende anche quella relativa alla risposta "Sì, tutti gli amici fumano" (1%).

Un altro aspetto considerato all'interno della ricerca è l'opinione dei ragazzi nei confronti dei coetanei maschi e femmine fumatori. Considerando l'intero campione il 41% dei ragazzi risponde che gli è indifferente; il 36% che fa male alla sua salute e a quella degli altri; il 18% che gli dà fastidio; solo l'1% che lo affascina (Fig.6).

Nel 56% dei casi di fronte all'offerta di una sigaretta i ragazzi risponderebbero con un rifiuto; nel 33% accettando; l'11% si troverebbe in una situazione di incertezza.

Nella presente ricerca si è voluto anche verificare se l'appartenenza ad un certo tipo di scuola abbia una qualche influenza su l'uso di sigarette fra i ragazzi. Ne è risultato che i ragazzi iscritti agli istituti tecnici e a quelli professionali tendono ad avere atteggiamenti e comportamenti più favorevoli al fumo rispetto a quelli che frequentano il liceo (Fig.7).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai dati raccolti relativamente all'abitudine fumo dei giovani, in questa e in altre ricerche condotte anche recentemente (7), emerge ancora una volta l'importanza e la necessità della preven-

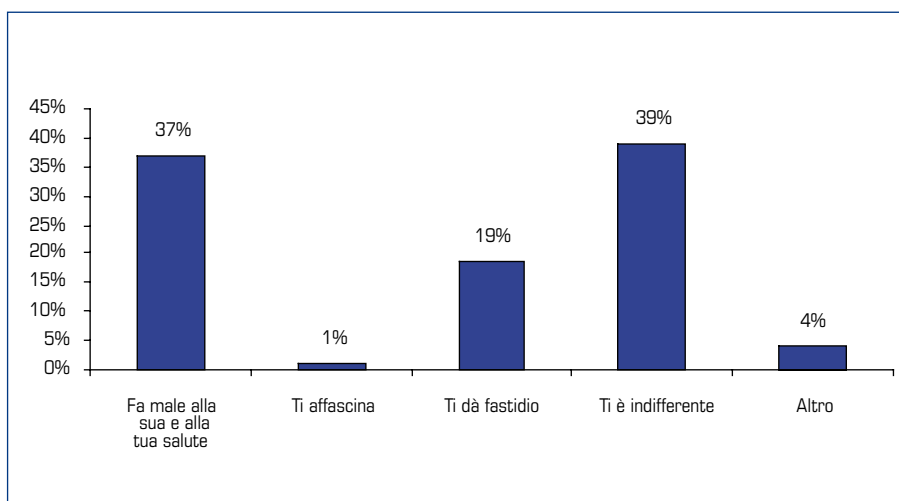


Figura 6 Grafico opinioni dei partecipanti alla ricerca rispetto ai coetanei fumatori

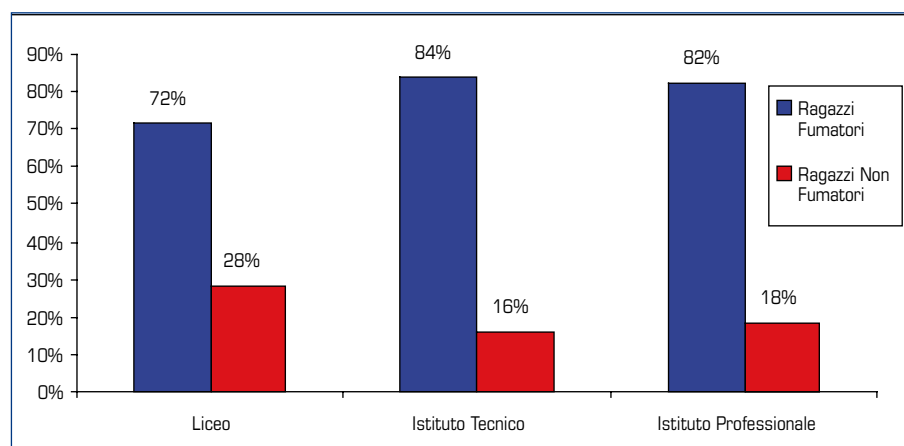


Figura 7 Grafico delle percentuali ragazzi fumatori o non fumatori distinti per scuola frequentata

zione primaria oltre che, a nostro avviso, anche di idonei programmi di prevenzione secondaria.

Il numero di fumatori nelle età più giovani è in continuo incremento: ben il 58% dei ragazzi inizia a fumare prima dei 14 anni e a 19 anni il 41% continua a farlo in maniera abituale.

Alla luce di questi risultati, è evidente come la prevenzione primaria del tabacco deve entrare a far parte già dei programmi e delle iniziative delle scuole elementari, prima, cioè, che i modelli di comportamento si consolidino, oltre che rappresentare una forma di prevenzione e sensibilizzazione all'uso di droghe illegali (cannabinoidi, ecstasy, eroina ...).

Uno dei principali motivi che spingono i ragazzi a sperimentare il fumo di sigaretta è in primis la curiosità, il desiderio di conoscere. Questo elemento rappresenta un interessante spunto di ricerca e di studio per verificare e predisporre più adeguati interventi di prevenzione primaria rivolti ai ragazzi. Probabilmente, molte delle iniziative di

prevenzione finora realizzate si fermano a soddisfare prevalentemente un criterio di informazione e di sensibilizzazione e per questo motivo possono non risultare efficaci (8).

Se si considera l'influenza della famiglia rispetto l'abitudine fumo, è evidente che se al suo interno qualcuno fuma, c'è una probabilità del 50% in più che anche l'adolescente fumi, a conferma che l'apprendimento e l'imitazione dei modelli presenti in famiglia è un fenomeno importante e non trascurabile (9). È stato dimostrato, per esempio, che gli alunni, i cui genitori fumano, finiscono inevitabilmente per percepire il fumo di sigaretta come comportamento abitudinario accettabile, da praticare e imitare, percezione che si amplifica di molto se altri familiari fumano (7). Da quanto poi si comprende dai nostri risultati appare chiaro che, se in famiglia l'adolescente ha fratelli o sorelle fumatori, soprattutto se maggiori, aumenta la probabilità che lui stesso lo diventi. Da qui l'importanza affidata alla prevenzione e sensibi-

lizzazione di tutte le figure significative (genitori, fratelli o sorelle maggiori, insegnanti, educatori in genere) che rappresentano, per quanto riguarda anche il fumo di tabacco, modelli di identificazione comportamentale.

Un'altra riflessione emersa da questa ricerca riguarda quel 87% dei ragazzi che, pur fumando, ha espresso l'intento di smettere. È certo che questo dato va sottoposto ad un'ulteriore indagine e approfondimento sulla reale attendibilità motivazionale di tale proposito; ciò permetterebbe di costruire delle metodologie di intervento di disassuefazione dal fumo più mirate agli adolescenti.

Per quanto riguarda l'influenza della tipologia di scuola sull'abitudine fumo, ancora una volta, come già ampiamente rilevato in letteratura (9), anche nella nostra ricerca sono gli studenti degli istituti tecnici e professionali a fumare di più. ■

Bibliografia

1. Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the recommendations of European cancer experts consensus meeting, Helsinki, October 1996. *Lung cancer* 1997; 17: 1-60.
2. DOXA. Il fumo in Italia. Sintesi dei risultati. Maggio 2005.
3. Godeau E, Rahav G, Hublet A. Tobacco smoking. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Wolfgang S, Oddrun S, Barnekow Rasmussen V. *Young people's health in context. Health Behaviour in School – aged Children*

(HBSC) study: international report from the 2001 / 2002 survey. WHO 2004: 63-72.

4. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento nazionale per le politiche antidroga. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2004.
5. Gordon R. An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 1983; 98: 107-109.
6. Gordon R. An operational classification of disease prevention. In: J.A. Steinberg & M.M. Silverman, eds. *Preventing Mental Disorders: A Research Perspective*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services 1987; 20-26.

7. Salvati F, Virgilio V, Barbara MA. Fumo passivo e scolastico domestico: studio epidemiologico su 608 alunni della V classe delle scuole elementari di Anzio e Nettuno. *Tabaccologia* 2005; 2: 23-25.
8. Mangiaracina G, Ottaviano M. La prevenzione del tabagismo. Metodi, progettualità, esperienza. LILT 2004.
9. Castiglione R, Scilligo P. Lo sviluppo dell'adolescente e il tabagismo. *Psicologia, Psicoterapia e Salute* 2001; Vol. 7, n. 2: 263-289.
10. Romano P. Fumo e adolescenti. *Italian Heart Journal* 2001; Vol. 2, n. 4 – Suppl., 104-106.



Tabagismo: dipendenza “minore”?

Correlazioni tra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti

Smoking habit: a “minor” addiction?
Correlation between tobacco dependence and other drugs abuse

Biagio Tinghino, Lorenzo Rossin

Riassunto

Introduzione. Abitualmente il concetto di astinenza e dipendenza viene frainteso, dal momento che la nicotina è ritenuta una “droga minore”. I più recenti sviluppi in neuroscienze mostrano targets molecolari comuni per la nicotina e la cocaina, e gli studi epidemiologici dimostrano una correlazione tra dipendenza a tabacco e altre dipendenze (oppiacei, alcol ecc).

Metodi. Abbiamo testato 94 pazienti (78 eroinomani, 16 cocainomani), provenienti dal SERT (Servizio per le Tossicodipendenze) di Monza (Milano), attraverso un questionario somministrato da un operatore che misurava con una serie di items la durata dell'uso di tabacco o di droghe, il numero di tentativi di cessazione dal fumo/droghe, il test di Fagerstrom e il tempo cumulativo di astinenza da nicotina/droghe.

Risultati. La prevalenza di fumatori tra i tossicodipendenti è più alta che nella popolazione generale (95% versus 24%). Il tempo cumulativo di astinenza da tabacco era zero tra i cocainomani e 4,3 mesi tra gli eroinomani, che equivale ad un lasso di tempo molto breve se confrontato con il tempo cumulativo di astensione da droghe (3,4 e 2,6 anni per consumatori di eroina e cocaina, rispettivamente). I cocainomani hanno sperimentato un minor numero di tentativi di smettere di fumare rispetto agli eroinomani (1,1 versus 4,4). I giovani tossicodipendenti (da meno di 10 anni) ritengono essere più difficile smettere di fumare che di usare droghe.

Conclusioni. Crediamo che l'uso di tabacco debba essere considerata una dipendenza “maggiore” a causa della sua severità e se paragonata all'uso di altre droghe.

Parole chiave: tossicodipendenza, tabagismo, cocaina, eroina.

Abstract

Background. The concepts of abstinence and addiction are commonly equivocated, as nicotine is considered a “minor drug”. Recent advances in neuroscience showed common molecular targets for nicotine and cocaine, and epidemiological studies demonstrated a correlation between tobacco addiction and others addictions (opiate, alcohol etc.).

Methods. 94 patients (78 addicted to heroine, 16 addicted to cocaine), enrolled at the SERT (Center for Addiction Diseases) in Monza, were tested with a operator-administred questionnaire that measured the duration of tobacco/other drugs use, the number of attempts of smoking/other drugs cessation, the Fagerstrom test and the cumulative time of abstinence from nicotine/other drugs.

Results. The prevalence of smokers among addicted patients is higher than in the general population (95% versus 24%). The cumulative time of tobacco abstinence was zero among cocaine addicted individuals and 4,3 months among heroine consumers, while abstinence time from drugs was 3,4 and 2,6 years among heroine and cocaine abusers, respectively. Cocaine addicted patients experienced a smaller number of attempts of smoking cessation than heroine addicted individuals (1,1 versus 4,4). “Recent” drug abusers (<10 years of addiction) believe that is more difficult to stop the smoking habit than the drug use.

Conclusions. Tobacco use should be considered a “major” addiction because of the severity of dependence and the strong correlation with other drugs abuses.

Keywords: addiction, smoking, cocaine, heroine.

PREMESSA

È comune l'opinione che correla il concetto di dipendenza con la gravità della crisi di astinenza. La stessa definizione

usualmente accettata dai farmacologi prevede la definizione di “droga” quando sono soddisfatti i due criteri dell'astinenza e della tolleranza. Da qui l'idea, un po'

generica, che una droga sia tanto più “pesante” quanto più grave è la crisi astinzionale che si scatena alla sua sospensione. Seguendo questo ragionamento, il taba-



gismo viene frequentemente inquadrato tra le “droghe minori”, in quanto l’astinenza da nicotina non scatena il corteo di sintomi eclatante e drammatico che, per esempio, caratterizza la crisi d’astinenza da oppioidi.

D’altra parte, ad una analisi superficiale, si ritiene che l’impatto sociale dell’uso di cocaina od eroina, per esempio, sia più devastante rispetto a quello di tabacco. Non occupandoci delle considerazioni sui costi sociali del tabagismo, che superano di gran lunga quelli di qualsiasi altra sostanza psicotropa, dobbiamo dire che da un punto di vista scientifico l’idea del fumo come “droga leggera” non sia più sostenibile. Leshner (1,2) ha osservato che “droghe pesanti” come la cocaina hanno un’alta capacità di indurre dipendenza, anche se inducono astinenza relativamente moderata. Occorre dunque sottolineare che la violenza della dipendenza e l’espressione fisica dell’astinenza sono due fenomeni diversi, spesso non correlati tra loro.

Il fumo di sigaretta sembra comportarsi in modo molto simile alle sostanze che inducono grave dipendenza, ma che non comportano una sintomatologia astinenziale drammatica.

Per comprendere questo fenomeno è, invece, importante studiare e riconoscere i fattori comuni a tutte le dipendenze, dal momento che con l’approfondirsi delle nostre conoscenze si dimostra sempre più un substrato co-

mentale ventrale mesencefalica (VTA), il fascio mediale del proencefalo e il sistema limbico (*nucleus accumbens*, tubercolo olfattorio, amigdala, setto) per giungere alla corteccia prefrontale. Queste ultime strutture esprimono per lo più una neuromediazione dopaminica. In particolare, tecniche di microdialisi hanno dimostrato che il rilascio di dopamina (3, 4) viene indotto sia dalla somministrazione di oppioidi, che di alcool e di nicotina.

È stato inoltre dimostrato un substrato neuronale comune per la dipendenza da cocaina e nicotina (Chiamulera et al, 1997) (5). Si è visto che le due sostanze attivano lo stesso gruppo di neuroni del sistema dopaminergico cortico-meso-limbico. La tecnica utilizzata ha evidenziato l’aumento di un fattore di trascrizione appartenente alla famiglia di c-Fos e c-jun (geni ad induzione precoce) capaci di attivare la generazione di due proteine (Fos e Jun), le quali a loro volta, attraverso il complesso AP-1, migrano nel nucleo dove regolano i geni bersaglio (6). Queste considerazioni dimostrano che alcuni stimoli (cocaina e nicotina) non solo hanno siti comuni di azione nel SNC, ma che esiste probabilmente un polimorfismo genico che facilita l’instaurarsi della dipendenza. In particolare, dei cinque recettori dopaminergici oggi identificati, il recettore D2 è molto più frequente nei fumatori rispetto ai non fumatori, nella espres-

sione simile ai vari comportamenti tossicomanici.

I fattori di associazione tra le varie sostanze d’abuso trovano una espressione neurochimica comune nelle aree dopaminergiche del SNC. Si parla, com’è noto, di “circuiti della gratificazione” che interessano il *locus ceruleus* (vie noradrenergiche), il tronco encefalico (vie noradrenergiche e serotoninergiche) l’area teg-

sione dei due alleli meno comuni (TaqIA e TaqIB).

Ne deriva, quindi, una certa importanza dei fattori genetici associati ai comportamenti di dipendenza in generale. Il polimorfismo sopra citato è associato sia all'abuso di sostanze, sia a comportamenti di ricerca di forti sensazioni e di attitudine al rischio.

I temperamenti dei cosiddetti *novelty seeking* sono correlati direttamente con un assetto endocrino di tipo dopaminergico, mentre ci sarebbe una correlazione inversa con un assetto serotoninergico [7].

Per quello che riguarda l'associazione tra tossicodipendenza e tabagismo, è noto che i fumatori, tra i consumatori di cocaina, sono più giovani, meno istruiti, guadagnano meno soldi ed iniziano l'uso della sostanza più precocemente. Inoltre l'uso di cocaina è più frequente rispetto ai non fumatori. Anche le problematiche sociali sono più evidenti, quando misurate con l'ASI (Addiction Severity Index) [8]. Tra i pazienti in trattamento metadonico la percentuale di fumatori è altissima [9], nonostante il buon livello di informazione sui danni da fumo.

D'altra parte l'80% degli alcolisti fuma e il 30% dei forti fumatori ha problemi di dipendenza da alcol. Di recente l'attenzione si è posata sul fatto che il tabacco diventa un sostituto importante dell'alcol quando l'uso di quest'ultimo viene a cessare, per cui sta diventando sempre più evidente che gli ex alcolisti hanno un elevato tasso di mortalità per patologie correlate al fumo. [10]

OBIETTIVI DELLO STUDIO, MATERIALI E METODI

Scopo del presente studio era verificare l'incidenza di dipendenza da tabacco nella popolazione di tossicodipendenti della Brianza, comparare alcuni parametri correlati alla gravità della dipendenza con le principali sostanze d'abuso, verificare la percezione di gravità della

dipendenza da fumo da parte di consumatori abituali di droghe.

Per effettuare la ricerca è stato predisposto un questionario a domande chiuse, che è stato somministrato da un operatore adeguatamente formato all'interno del Ser.T. di Monza.

Il questionario tendeva a paragonare alcuni items correlati alla dipendenza, dapprima proponendoli per l'area tossicodipendenze e poi riproponendoli per il tabagismo. In particolare sono stati indagati:

- 1 La durata dell'abuso di sostanze stupefacenti (e tabacco)
- 2 Il numero di tentativi di smettere (da droghe e da fumo)
- 3 La durata complessiva dei periodi di astinenza (da droghe e da fumo)

Ai fumatori, infine, è stato somministrato il test di Fagerstrom ed è stato chiesto se trovavano più difficile vincere la dipendenza da sigaretta o quella da droghe (percezione dell'addiction).

L'arruolamento dei pazienti è stata random e la partecipazione volontaria. La somministrazione del questionario è stata effettuata nei mesi di aprile e maggio 2005. Sono stati contattati in tutto 94 tossicodipendenti, di cui 84 maschi e 10 femmine, con una distribuzione che ricalca la frequenza ai servizi per le tossicodipendenze nel nostro territorio. L'età media è risultata pari a 36,4 anni. 78 pazienti avevano come sostanza d'abuso principale l'eroina e 16 la cocaina.

RISULTATI

Il primo dato che è emerso, a conferma di quanto esistente in letteratura, è la forte correlazione tra fumo e uso di sostanze psicotrope. Il 95% dei tossicodipendenti (TD) fuma, versus una prevalenza di circa il 24% di fumatori nella popolazione italiana, e le femmine tossicodipendenti fumano più dei maschi (100% delle femmine del nostro gruppo).

	Cocainomani	Eroinomani
Tempo di astinenza dal fumo	0,0	0,3
Tempo di astinenza dalle droghe	2,6	3,4

Astinenza cumulativa dal fumo e dalle droghe (tempo in anni)

< 10 anni di TD	68%
10-20 anni	39,1%
>20 anni	39,2%

Tossicodipendenti che ritengono più difficile smettere di fumare che di usare droghe

Molti hanno fatto dei tentativi di smettere di consumare sostanze (1,2 tentativi i cocainomani e 1,7 gli eroinomani), ma mentre i consumatori cronici di eroina ci sono riusciti sia pur per un tempo cumulativamente breve (4,2 mesi in totale), per i cocainomani il tempo di astensione è praticamente zero. Gli eroinomani hanno compiuto più tentativi di smettere di fumare (4,9 tentativi) rispetto ai cocainomani (1,1). Il tempo cumulativo di astensione dalle droghe è altresì più alto per i consumatori di eroina (3,4 anni) che per i cocainomani (2,6 anni). Il tempo di astinenza cumulativa dall'uso di droghe supera di molto il tempo di astinenza da sigarette. Esiste una modesta differenza nel punteggio ottenuto nei due gruppi col test di Fagerstrom, che ha mostrato valori medi di 5,6 nei cocainomani e di 4,9 negli eroinomani.

C'è una correlazione diretta tra il numero di tentativi di smettere di usare droghe e il punteggio del FQT, mentre la durata della tossicodipendenza incide sulla percezione di dipendenza da fumo e sui tentativi effettuati.

I TD più giovani (<10 anni di consumo) trovano più difficile smettere di fumare (nel 60% dei casi) che di usare droghe, fanno più tentativi di affrancarsi dal tabacco ed hanno un FQT leggermente più basso di quanti hanno più di 20 anni di consumo di droghe.

DISCUSSIONE

I dati, la cui validità è comunque relativa all'esiguo campione arruolato, mostrano alcune correlazioni tra dipendenza da fumo e consumo di droghe, alcune delle quali molto forti. La percentuale di fumatori tra la popolazione tossicodipendente esaminata è altissima (95,7%), se

paragonata a quella della popolazione generale (24%). È stato inoltre molto interessante valutare la percezione di dipendenza da fumo che hanno i pazienti. In particolare è importante sottolineare come tra i giovani assuntori, ben il 60% ritiene di avere più difficoltà a smettere di usare tabacco che droghe. Percentuali che tra i "cronici" (più di 10 anni di tossicodipendenza) scende al 39%, ma rimane sicuramente un dato notevole. Non si tratta, però, semplicemente di una percezione, perché il confronto tra la durata complessiva dei periodi di astinenza da droghe è sicuramente più elevata rispetto ai tempi di astinenza da fumo. Mentre i cocainomani riescono a "collezionare" un totale di 2,6 anni di astinenza nella loro storia tossicomantica e gli eroinomani 4,3, quando si parla di astensione dal fumo gli anni di astinenza si abbassano drasticamente: zero e 0,38 rispettivamente.

Un'ultima osservazione evidenzia come i cocainomani presentano un profilo di dipendenza maggiore dal tabacco: fanno meno tentativi di smettere, non ci riescono quasi mai, ottengono un punteggio al test di Fagerstrom più alto.

Questi dati, coerentemente con quelli della letteratura internazionale, confermano che il tabagismo, sebbene la crisi da privazione da nicotina non si manifesti in modo violento ed eclatante, non si può considerare affatto una "dipendenza minore", riuscendo in taluni casi a sopravanzare quella da droghe. ■

Si ringraziano: Sabrina Camozzi, Valeria Andreoni, Lorenza Palmieri, Ivana Pennisi, Angela Moltoni, Elisa Barbieri, Lorella Trotta.

	Cocainomani	Eroinomani
N° di tentativi di smettere di usare droghe	1,2	1,7
Anni di astinenza dal fumo	0	0,38
Valori del test di Fagerstrom	5,6	4,9
N° di tentativi di smettere di fumare	1,1	4,4

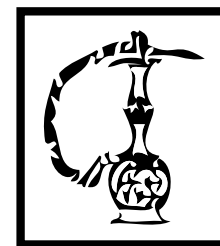
Differenze tra cocainomani ed eroinomani

Bibliografia

- Leshner A. Frontiers in neuroscience: the science of substance abuse; Addiction is a brain disease and it matters; Science; 1997; 278, 45-47.
- Leshner A. Science based views of drug addiction and its treatment. JAMA; 1999; 282, 1314-1316.
- Di Chiara G., North R.A. Neurobiology of opiate abuse, 1992 TIPS; 13, 185-193.
- Di Chiara G., Imperato A. Drug abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. Proc. Natl. Acad. Sci. Usa; 1998, 85, 5274-5278.
- Merlo Pich, E. Pagliusi, S.R. Tessari, M. Hooft, E. Van Huijsduijn, C. Chiamulera, Common anatomical targets for nicotine and cocaine self-administration identified by mapping inducible Fos-related proteins. Science, 1997; 275:83-86.
- Morgan J.I., Curran T., Immediate-early genes: ten years on. Trends in Neurosciences; 1995; 18: 66-7.
- Gerra G et al. Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of novelty seeking temperament in normal humans. Neuropsychobiology. 1999; 39:207-213.
- Roll JM, Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Badger GJ, A comparison of cocaine-dependent cigarette smokers and non-smokers on demographic, drug use and other characteristics. Drug Alcohol Depend 1996 Mar; 40(3):195-201
- Clemmey P, Brooner R, Chutuape MA, Kidorf M, Stitzer M, Smoking habits and attitudes in a methadone maintenance treatment population, Drug Alcohol Depend 1997 Mar 14; 44(2-3):123-32.
- Miller NS, Gold MS, Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment, J Addict Dis 1998; 17(1): 55-66.

Patologie associate all'uso del narghilé

Diseases narghile-related



Kamal Chaouachi

Riassunto

Nel numero 1/2005 di Tabaccologia è stato descritto il narghilé, il suo uso e la ricerca ad esso inerente. Nel numero 3/2005 della rivista abbiamo invece percorso i suoi aspetti farmaco-fisiologici (nicotina, catrami, CO, idrocarburi aromatici policiclici, metalli pesanti). In questa review, ci concentreremo sulle patologie associate all'uso del narghilé: tumori, patologie polmonari croniche, rischi cardiovascolari e altri. Nel prossimo numero saranno passate in rassegna i problemi di dipendenza, salute pubblica e prevenzione. Conclusione: Questo articolo cerca di richiamare la comunità scientifica internazionale su questa urgente emergenza socio-sanitaria mondiale.

Parole chiave: *narghilé, waterpipe, hookah, sheesha, tabacco, tumore, malattie cardiovascolari, BPCO.*

INTRODUZIONE

Già nei numeri precedenti (17)(18) abbiamo dimostrato quanto sia importante mantenere un attento spirito critico quando si interpretano i risultati di taluni studi. Purtroppo dobbiamo constatare come certe équipes, che pur pubblicano su riviste internazionali a larga diffusione, contribuiscano a rendere poco credibile la ricerca scientifica in questo campo. Abbiamo ad esempio segnalato (16) come una di queste pubblicazioni deformi completamente i risultati ottenuti da una ricerca pionieristica. Più recentemente ci siamo accorti di come in Cina alcuni risultati vengano selezionati e altri "scartati" (15). Il risultato di questa indisciplinazione è che regna la più grande confusione in materia di narghilé.

Resumé

Le narguilé, sa pratique, la recherche à son sujet et les problèmes méthodologiques qu'il pose ont été abordés dans Tabaccologia 1/2005. Dans le numéro 3/2005, ce sont ses singuliers aspects pharmacophysiologiques (nicotine, goudrons, goudrons, CO, hydrocarbures aromatiques polycycliques, métaux lourds) qui ont été analysés. Ici, nous passerons en revue les pathologies associées à l'usage du tabac en question : tumeurs, pathologies pulmonaires chroniques, risques cardiovasculaires et autres. Au-delà, le dernier numéro sera consacré aux questions relatives à la dépendance, la santé publique et la prévention. Conclusion: cet article s'achève par un appel urgent à traiter cette urgence socio-sanitaire mondiale.

Mots-clés: *tnarghilé, waterpipe, hookah, shisha, tabac, tumeurs, maladies cardiovasculaires, BPCO.*

ASPETTI PNEUMOLOGICI

Kiter (39) ha ottenuto risultati sorprendenti sugli effetti del fumo di narghilé sulla funzionalità respiratoria. Il FEV1 (volume espiratorio forzato in 1sec) e il FEV1/FCV (capacità vitale forzata) sarebbero più elevati di quelli misurati nel caso della sigaretta. Lo stesso varrebbe per i parametri legati alle piccole vie respiratorie: FEF50 e MMEF. Tuttavia le conclusioni di questo ricercatore risultano opposte a quelle ottenute precedentemente da due studi condotti in Turchia: Bayindir (11) e Altinisik (7). Questi ultimi si riferivano a gruppi analoghi di fumatori, senza però prendere in considerazione un gruppo di controllo. E quanto ai loro campioni di fumatori, erano meno numerosi di quelli di Kiter

Summary

Hookah (Narghile), its practice, the past and present research on it and the corresponding methodological problems have been set out in Tabaccologia 1/2005. In issue 3/2005, its pharmacophysiologic aspects (nicotine, tar, CO, polycyclic aromatic hydrocarbons, heavy metals) were given a detailed description. Here, the health aspects and related pathologies will be reviewed: tumors, lung pathologies, cardiovascular risks and others. Beyond, the last issue will be sealed with the presentation and analysis of issues in connection with dependence, public health and prevention concerns. Conclusion : this paper calls on the international community to respond urgently to this world public health emergency.

Keywords: *hookah, narghile, waterpipe, shisha, tobacco, cancer, tumors, cardiovascular diseases, COPD.*

(39). Inoltre va sottolineata la precisione di quest'ultimo, che arriva a sottolineare l'importanza del tipo di inalazione.

Yousser (82) stima che l'alterazione del DEMM (98 % contro 80% per la sigaretta) indicherebbe la presenza di una patologia delle piccole vie aeree. Per quanto riguarda la riduzione del FEV1, essa sarebbe correlata col consumo accumulato. Bakir (10) ha condotto uno studio finalizzato a paragonare gli effetti immediati dell'inalazione del fumo di sigaretta e di guza (chafei)(14) sulla funzionalità respiratoria. Tra questi effetti, sottolinea le modifiche acute nella funzione respiratoria. "Mentre il fumo di sigaretta si ripercuote sulle vie respiratorie terminali (bronchioli e alveoli) e sulla vascolarizzazione polmonare, quello di guza ha un

Kamal Chaouachi

Ricercatore in Antropologia e Tabaccologia, Parigi

effetto immediato sulle grosse vie respiratorie. D'altra parte quelle persone che hanno iniziato con il fumo di sigaretta sono più sensibili agli effetti del fumo di guza di quanto non lo siano coloro che iniziano direttamente a fumare il guza. È questa una realtà che dovrebbe essere presa in considerazione a priori quando si affronta un qualsiasi tipo di studio comparativo sui diversi tipi di fumo.

Di seguito riportiamo alcune osservazioni tratte da studi di Salem: si osserva, presso i fumatori di guza un elevato tasso di BPCO ad alto grado di severità, come dimostra la frequenza di dispnea e sibili (55, 59). Salem et al (60) hanno ritrovato presso i fumatori tassi di IgE ed eosinofili molto elevati, senza però riscontrare differenze significative tra i fumatori di guza e di sigarette. Essi (56) hanno inoltre rilevato che il VC (Pulmonary capillary blood volume) risulta essere il primo ad essere intaccato dal fumo, anche se in quantità minore nei fumatori di guza (14). Ma ancora:

- La durata media di un'aspirazione era di 4,16 secondi e l'intervallo medio tra le aspirazioni di 9,18 secondi. Il guza necessita di un'inalazione più profonda e una temperatura di **combustione** più bassa di quella della sigaretta (800°C circa) (56). Bakir utilizza la parola combustione ma probabilmente si tratta di distillazione e non di combustione. Infatti egli indica una temperatura di 30,6°C che può sembrare bassa ma che può essere falsa e non reale in quanto è la temperatura misurata in un dato momento. In effetti la temperatura sale da 20°C a circa 100-140°C nel caso del tabamel (17). Nel caso della gûza bisogna vedere che tipo di melange viene utilizzato.
- Nei fumatori di guza vi è un tasso di leucociti polimorfonucleati nel BAL più elevato rispetto ai fumatori di sigaretta (2). Questi leucociti hanno la tendenza a ledere l'elasticità dei tessuti polmonari.
- il PEFR (Peak Expiratory Flow Rate) non è ridotto, come del resto nei fumatori di sigaretta, anche se si è notato che questo indice si riduce nei non fumatori allorché questi provino il guza. Tuttavia questo parametro è stato trovato più alto in uno studio di Massoud (41). Infine va notato che i 40 fumatori di gûza selezionati era-

no per la maggior parte vecchi fumatori di sigarette.

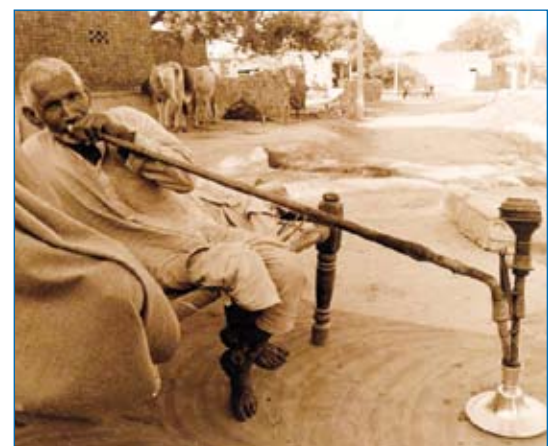
El-Sorougi (26) ha scoperto che la diffusione viene intaccata maggiormente nei fumatori di guza rispetto a quelli di sigaretta. Il volume alveolare risulta più elevato nei fumatori di goza, ma non in modo significativo, mentre risulta più basso il coefficiente di diffusione.

Sempre in Egitto, Radwan (51) cita Salem (63) secondo il quale nei fumatori di goza, rispetto a quelli di sigaretta, sarebbero molto elevati i livelli di proteine, albumina, globulina e fosfatasi acida. Mentre rispetto ai non fumatori, risulterebbero molto elevati i tassi di lipidi. Rimane invece più bassa la glicemia nei fumatori di goza.

Il fumo di goza causerebbe un'infiammazione ed un'essudazione croniche nell'albero trache-bronchiale che predisporrebbero ad infezioni ripetute. I macrofagi alveolari diventerebbero iperattivi, consumerebbero più glucosio e produrrebbero enzimi idrolitici. Lo smembramento polmonare e il risultante enfisema sarebbero più marcati che nel fumatore di sigarette.

I livelli d'attività della fosfatasi alcalina placentare e simil-placentare sarebbero ridotti rispetto al fumo di sigaretta, spiegando il potere oncogeno più elevato del goza.

El-Zahaby (27) ricercò un fattore che potesse spiegare il marcato effetto broncoconstrictore del goza. E in effetti rilevò una reazione spastica su tessuto prelevato dalla trachea di una cavia. Tuttavia, questo non aveva effetto sulla risposta all'acetilcolina o all'istamina. Secondo Mazen (42) i fumatori di narghilè, rispetto ai fumatori di sigarette soffrirebbero di una più marcata ostruzione polmonare, di ipertensione polmonare, di incremento volumetrico del ventricolo destro e di un deterioramento dell'indice della funzione ventricolare destra. Per approfondire questo studio egiziano, Hakim (32) ha misurato l'alfa 1 antitripsina nel siero e nel lavaggio bronco-alveolare (LBA), nei fumatori asintomatici e nei non fumatori. Ne ottenne che i livelli sierici dell'enzima risultano essere normali sia nei fumatori di sigaretta che di narghilè, ma che i secondi hanno un



tasso di alfa 1 antitripsina nel BAL più elevato, senza però significatività statistica.

In Arabia, Al-Fayez (6) ha concluso il suo studio affermando che la sheesha e la sigaretta producono danni simili sulla capacità ventilatoria di uomini e donne con un aumento dell'incidenza di BPCO nei fumatori di sheesha. Va comunque sottolineato che il ricercatore non si sofferma a specificare se i fumatori siano esclusivi o meno. Indica solamente che rispetto a quelli che definisce come "fumatori leggeri" (1-2 pipe al giorno), i "fumatori pesanti" presenterebbero dei valori ridotti dei seguenti parametri: CV, FEV1, FEV1/CV. Per finire, come Zahran (81), Al-Fayez (6) descrive l'usanza della pratica singolare di riscaldare il jurak tramite una resistenza elettrica. Probabilmente, questo incide poco su questo studio, ma sicuramente trova tutta la sua importanza quando si tratta di misurare i livelli di CO. In India, Sharma (69) ha analizzato 4 gruppi di fumatori, 30 di sigarette, 30 di bidis, 20 di hookah e 30 misti, rilevando che il livello di produzione di anione superossido (O₂·-) nei neutrofili è statisticamente elevato in tutte le categorie. La conta leucocitaria è più elevata nei soggetti sintomatici rispetto agli asintomatici nei fumatori misti e di hookah, ricordando che la leucocitosi è implicata nella patogenesi delle BPCO. In particolare si osserva un sequestro di neutrofili nei polmoni con un aumento delle specie tossiche produttrici di ione superossido, che possono causare una lesione diretta del tessuto. Anche in questo studio poco sappiamo della "carriera" dei fumatori analizzati; Sharma suggerisce

che gli elevati livelli di superossidi potrebbero essere dovuti all'appartenenza ad un gruppo socio-economico basso in cui la carenza alimentare di sostanze antiossidanti potrebbe avere un ruolo importante. Recentemente in Italia Zagà e Gattavecchia (79) hanno messo in evidenza l'effetto dell'acqua presente nel fumo di narghilé come antiossidante nei confronti di tutta una categoria di radicali liberi a breve emivita.

Nel Libano le BPCO sarebbero più frequenti nei fumatori di narghilé che in quelli di sigarette (83, 84). In chiusura di questa sezione, segnaliamo che Sherif (70) e El-Henidi (25) hanno rilevato un'elevata incidenza di genitori fumatori (di sigarette o narghilé) tra i bambini affetti da tosse cronica o da asma bronchiale severa o atopica.

Infine, Aydin ha confrontato dei fumatori passivi esposti intensamente al fumo di sigaretta per circa 21 anni, e di narghilé (tumbâk). In quest'ultimo gruppo, che era anche esposto al fumo di sigaretta, è risultata alterata la permeabilità epiteliale broncopolmonare ma soprattutto la clearance muco-ciliare (85). Purtroppo questo studio presenta un importante bias rappresentato dalla contemporanea esposizione ai due tipi di fumo. Recentemente Koseoglu et al. della Dokuz Eylul University (Izmir, Turchia) hanno misurato la clearance muco-ciliare con la scintigrafia con Tecnezio 99m inalato. I gruppi di pazienti inclusi nello studio comprendevano soggetti fumatori di sigarette (n=23), soggetti fumatori di narghilé (n=20) e soggetti esposti al fumo passivo (controlli, n=15). Età, durata dell'abitudine al fumo e quantità di fumo inalato erano sovrapponibili nei diversi gruppi. Sono stati anche misurati in tutti i soggetti i livelli urinari di cotinina con tecnica immunoenzimatica. Il gruppo di fumatori di narghilé ha presentato una clearance muco-ciliare significativamente peggiore (ritenzione di aerosol radioattivo significativamente più lunga) sia rispetto ai fumatori di sigarette che rispetto ai controlli. La clearance di aerosol era inoltre significativamente più lenta nei fumatori di sigarette rispetto ai controlli. I livelli di cotinina erano più elevati sia nei fumatori di sigarette che nei fumatori di nar-

ghilè rispetto ai controlli. Questo studio ha quindi dimostrato e confermato che la clearance muco-ciliare è comunque peggiore nei soggetti fumatori. In particolare nei fumatori di narghilé è risultata peggiorata rispetto ai fumatori di sigarette e ai controlli (86).

ASPETTI ONCOLOGICI

Tumore del polmone

Il narghilé viene spesso presentato come una tipologia di fumo che espone meno al rischio cancerogenico. In un celebre studio, Rakower (52) riporta dei sorprendenti dati epidemiologici, secondo i quali, il tasso di mortalità per tumore del polmone sarebbe molto minore negli Ebrei immigrati dall'Irak (24,3) rispetto a quelli provenienti dall'Europa, dall'Asia (Turchia) o dall'Africa settentrionale (rispettivamente 57,3-54,3-56,2). I valori più bassi erano registrati negli Ebrei yemeniti: 7,2 per 100.000. I ricercatori sottolinearono come questi fossero fumatori prevalentemente di narghilé, rispetto agli altri che prediligevano la sigaretta. Un studio dimostrava che il 78% di questi fumatori di narghilé erano dei fumatori esclusivi, mentre solo il 7% inalava.

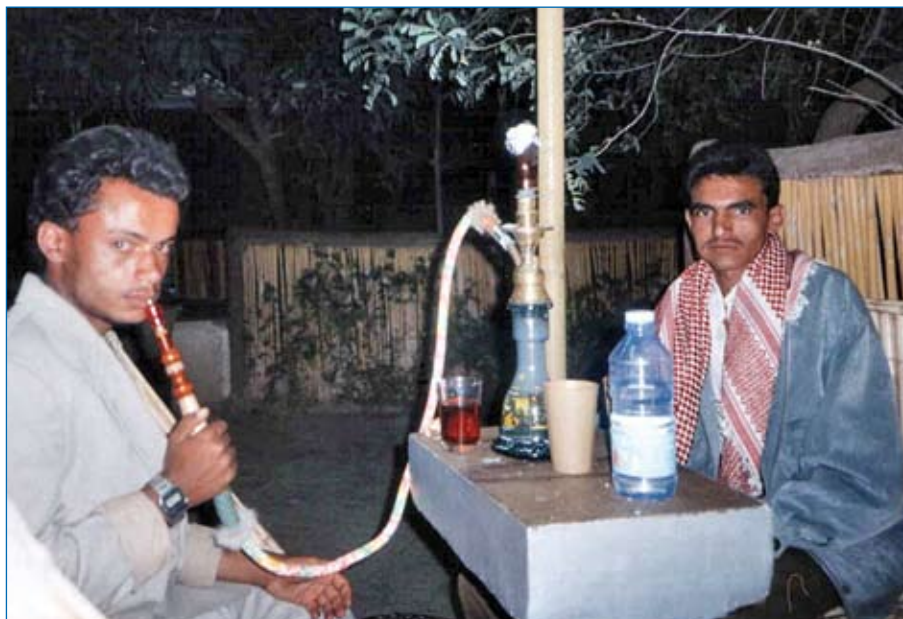
Considerazioni come queste indussero i ricercatori a studiare l'effetto della filtrazione del narghilé rispetto ai catrami e alla nicotina, la sua temperatura di combustione e la sua diversa cancerogenicità rispetto ad una diversa produzio-

ne di radicali liberi. Infine Rakower (52) constatò quanto poco questi fumatori inalassero, vedendo in ciò una possibile spiegazione della bassa prevalenza di cancro del polmone.

Se da una parte Hoffmann (34) per ragione tecniche, non ha potuto provare la cancerogenicità del narghilé, egli ha però dimostrato che esso riduce del 50% il benzopirene, la nicotina e la fase particolata e i fenoli del 90%. Egli ha inoltre condotto un esperimento a breve termine, sulla pelle di topo, alla quale ha applicato una soluzione al 33% di condensato in acetone che ha causato, contrariamente alla sigaretta, solo una reazione iperplastica senza lesione delle ghiandole sebacee. In Egitto, Salem (58) ha ottenuto risultati analoghi.

In Arabia Saudita, Stirling ha rilevato una bassa prevalenza di tumore del polmone rispetto ad altre neoplasie. Zahran (80) ha poi approfondito questo rilievo, sottolineando come nel paese sia diffuso l'uso del narghilé. Anche Sajiid (68), in Pakistan, dopo aver paragonato l'hookah con la sheesha d'Arabia, si è concentrato sull'azione dell'acqua sugli idrocarburi. Sempre nello stesso paese, Tandon (74) ha sottolineato che il condurre il fumo, scambiandosi, il boccallo, riduce la quantità di fumo inalata per ogni singolo. In più egli prevede un aumento dell'incidenza del tumore al polmone negli anni a venire, per l'utilizzo sempre più diffuso delle sigarette.





Nel Cachemire, Nafae (46) vorrebbe, nel suo gruppo di 25 persone studiate, di cui 3 non fumatori, vedere una correlazione diretta tra l'uso del hookah e il tumore al polmone. In India, tra i suoi 265 pazienti con cancro al polmone (235 uomini e 30 donne), Dheeraj Gupta (29) ha un 89% di fumatori tra i maschi e del 33% tra le femmine. Il fattore di rischio principale per gli uomini sarebbe il fumo di sigarette o di bidis, mentre i fattori chiamati in gioco per le donne sarebbero altri. In India il narghilé si fuma con un cucchiaino di tabacco puro sul fornello di argilla. Il rischio relativo medio per il consumo di tabacco cumulato negli uomini era di 1,94 (IC-intervallo di confidenza: 0,85-4,44) per i fumatori di hookah, di 5,64 (IC 3,15-10,1) per le sigarette e 5,76 (IC:3,42-9,70) per i bidis. Per una durata di tabagismo paragonabile (0-24 anni) il rischio era di 0,51 (IC: 0,06-4,39) per i fumatori di hookah e di 2,76 (IC: 1,25-6,06) per i fumatori di sigaretta. Per il consumo medio equivalente di sigarette al giorno negli uomini e per 1-4/die il rischio medio era di 1,94 (IC: 0,85-4,44) per i fumatori di hookah e di 2,90 (IC: 1,04-8,13) per i fumatori di sigaretta. Ma, in questo studio, mancano dei dati molto importanti per le hookah.

Va sottolineato che non sappiamo se i fumatori di narghilé in questione fossero esclusivi o ex fumatori di sigaretta, o se ancora continuassero a fumare sigarette anche quando questi fumatori

sono passati al narghilé. Inoltre, come nello studio di Sharma (69), i ricercatori sospettano l'inquinamento domestico e la dieta di contribuire fortemente all'insorgenza del tumore.

In Cina una forma di narghilé è costituita da una pipa ad acqua, molto piccola, in metallo. L'altro tipo è di bambù. Uno studio condotto da Qiao (50) in questo paese focalizzava l'attenzione sull'esposizione al radon e al fumo in un gruppo di operai delle miniere di stagno di Yunnan. Lo studio conclude per un rischio di sviluppo del tumore al polmone doppio nei fumatori rispetto ai non fumatori. Lo studio però manca di dire se la popolazione in esame fosse costituita da ex fumatori di sigaretta o meno, fattore fondamentale per estrapolare delle considerazioni. Per spiegare questi risultati supponiamo una combinazione cancerogena tra radon e il tabacco che la pipa ad acqua cinese non riuscirebbe a filtrare (19). Un altro studio di Xuan (77), condotto sulla stessa popolazione, dimostra che lo sviluppo del tumore al polmone è dovuto all'interazione di radon, fumo e arsenico, elemento anche questo presente nelle miniere. Un altro studio, quello di Lubin, conclude che probabilmente, per il tumore al polmone, il fumo di sigaretta è più rischioso rispetto a quello della pipa e della pipa ad acqua. Agli stessi risultati è giunto Hazelton (33), che torna poi a rimarcare l'importanza dell'interazione arsenico-tabacco.

Da un punto di vista genetico, Saunders (64) ha appena dimostrato che una o due aspirazioni di sigaretta basterebbero per spezzare la struttura del DNA e modificare l'assetto cromosomico di una cellula. Nel suo studio, l'indiano Yadav (78) ha analizzato parametri come l'indice mitotico, le aberrazioni cromosomiche, gli scambi cromatidici, constatando che la frequenza di queste alterazioni è bassa nel fumo di hookah rispetto a quella rilevata nel fumo di bidi e sigaretta. Secondo lui la spiegazione starebbe nel passaggio che il fumo compie attraverso l'acqua. Noi ci chiediamo se non sia anche in questo caso, dovuto al filtraggio di alcuni radicali liberi (79) o ancora alla diminuzione della quantità di benzopirene dovuta alla temperatura del tabacco considerevolmente più bassa che nella sigaretta. Yadav (78) conclude comunque, che il fumo di hookah, pur ad un grado inferiore di quello di sigaretta e bidi, è clastogenico e genotossico.

Certo vanno presi in considerazione anche gli ambienti professionali genotossici nei quali lavoro i fumatori di hookah osservati. A questo proposito Yadav fa un'ulteriore nota: anche in questo caso non sappiamo se si tratta di fumatori esclusivi o ex fumatori di sigarette, che abbiano smesso o sostituito con l'hookah, soprattutto in un paese, come l'India, in cui i modi di utilizzo del fumo sono i più svariati. Uno studio analogo, nel quale il dosaggio micronucleare sarà usato come marker di danno al DNA, è in corso in Egitto.

Infine, secondo Youssef (82), il rischio apparentemente basso di insorgenza di cancro del polmone, sarebbe dovuto alle basse temperature in gioco e alla filtrazione di una parte del catrame.

Ricordiamo infatti che la carcinogenesi legata al narghilé è sostanzialmente differente perché le temperature di combustione sono diverse di qualche centinaia di gradi rispetto la sigaretta, e sono più basse nel tabamel rispetto al tumbak. Sono modificati dalle temperature i radicali liberi, i fenoli e gli idrocarburi aromatici policiclici. Per maggiori chiarimenti si rinvia agli studi di Wynder (76) e Reddy (53) molto chiari in merito.

Tumore orale e gastrico

In Yemen, Gunaïd (28) ha individuato un'elevata frequenza di uso del gat e del narghilè locale (madâ'a), in un gruppo di persone affette da tumore della giunzione esofago-gastrica ($X^2 = 2,646$; $p > 0,05$). Ma come segnalano gli autori, qui i fumatori di narghilè masticano anche gat. In effetti, in Yemen, le sedute di narghilè sono molto lunghe, rituali e si caratterizzano per un gran consumo di succo di gat. E quindi conclusioni troppo affrettate sono da evitarsi. Per analizzare questo contesto, ci rifacciamo all'analisi etnografica che abbiamo condotto in quella zona geografica nel 1997 (20).

In Arabia, El-Hakim e Uthman (24) hanno analizzato tre casi: due di carcinoma squamocellulare e uno di cheratoacantoma del labbro inferiore in fumatori noti di narghilè; ne è risultato che il fumo di shisha e goza sono certamente nocivi per la salute e predispongono al cancro orale. Si trattava in tutti e tre i casi di fumatori abituali di narghilè; tuttavia non vengono riportate le condizioni igieniche in particolare dello strumento che viene utilizzato quotidianamente, e che può anche fungere da veicolo di altri fattori predisponenti.

In Egitto, Abbas (1) ha studiato l'effetto del fumo di narghilè sulla lingua e il palato del ratto albino. I risultati sono vari: comparsa di cellule infiammatorie accompagnate da degenerazione mixomatosa della sottomucosa e delle ghiandole salivari del palato. L'ipercheratosi era risultava notevolmente pronunciata nelle papille filiformi e fungiformi.

In India, sottolinea PC Gupta (30), il cancro orale figura tra le dieci neoplasie più frequenti. Nel subcontinente indiano è un grave problema, che risulta dal diffuso utilizzo di tabacco in varie forme: bidi, chutta, pipa in argilla e hookah. I ricercatori hanno individuato diversi cancerogeni, tra cui i più abbondanti e potenti sono le N-nitrosamine. Lo studio però non dà alcuna informazione per la hookah.

Segnaliamo in questa sede che Mehta (44) ha lavorato sulla noce di betel, i bidi, il chutta, il chillum e l'hookli, riportando l'assenza di un numero di lesioni apprezzabili nel caso del Hookah e del chillum, in cui ne pipa ne fumo sono caldi. Dieci

anni prima già Pindborg (49) aveva studiato le leucoplachie. E più recentemente, nella stessa regione Jafarey (37) e altri si sono interessati alle abitudini alimentari in relazione al cancro orale. L'hookah e la pipa costituirebbero un rischio relativo di carcinoma orale del 15,8 nell'uomo e del 17 nelle donne. Ma anche in questo caso, sarebbe interessante prendere in considerazione l'uso plurale dello strumento e l'utilizzo del tabacco in diverse forme, e spesso contemporaneo.

Tumore della vescica

In Pakistan, Roohullah (54) ha analizzato, dal 1993 al 1997, circa 100 casi di tumore alla vescica in soggetti di età in gran parte superiore ai 40 anni e fumatori: di sigarette nel 6%, narghilè 5% e polvere da sniffo nel 12% dei casi.

In Egitto, Bedwani (12) arriva a concludere che il fumo di sigaretta sarebbe, nel maschio, l'unico tipo di fumo legato al tumore della vescica.

Per chiudere questa sezione relativa al potenziale carcinogeno del narghilè, ricordiamo che, secondo Salem (63), sarebbero i livelli di fosfatasi alcalina placentare e simil placentare, più bassi che nel caso della sigaretta, ad essere responsabili del potenziale oncogeno poco elevato del goza.

ASPETTI EMATOLOGICI, CARDIOVASCOLARI, OSTETRICI E GENETICI

In Egitto, Ashmawi (8) ha individuato alcuni marcatori predittivi di aterosclerosi: in particolare, nei non fumatori risultano più elevati i valori sierici di acido sialico e di perossidi lipidici, e più bassi quelli di vitamina B, senza che vi siano differenze invece tra fumatori di narghilè e sigarette.

In Austria, Wolfram (75) si è concentrato sul contributo del narghilè al danno ossidativo, valutando i valori degli eicosanoidi. Una seduta di narghilè di 7 fumatori, apparentemente esclusivi accresce in modo significativo il danno ossidativo (8-epi-PGF₂-α: $P = 0,03$; MDA: $P = 0,001$).

In Egitto, Abou-Shamaa ha rilevato valori aumentati di epinefrina, glucosio, del rapporto lattati-piruvati, dell'ormone della crescita, degli acidi grassi, delle

catecolamine urinarie e del cortisolo; ha inoltre dimostrato una risposta insulinica ritardata all'aumento della glicemia. Risultavano invece diminuiti i valori plasmatici delle proteine plasmatiche, dell'urea, del piruvato, della creatinina e della vitamina B12, così come degli eritrociti e dei leucociti. Risultava abbassata anche la PaO₂ senza che venisse modificata la PaCO₂.

Ancora in corso uno studio libanese di Jabbour (36) sugli incidenti coronarici correlati al fumo di narghilè; mancano però al momento dati soddisfacenti sulla popolazione in esame.

Sempre il Libano, ma nel campo ostetrico-ginecologico, Chaaya (13) ha misurato una prevalenza, in gravidanza, dell'utilizzo di narghilè del 27% a Beirut e del 25% in periferia. Nuwayhid (47) ha studiato un campione di 106 donne gravide fumatrici, concludendo che queste daranno alla luce neonati che pesano mediamente 100 gr in meno della norma. Lo stesso ricercatore, però, invita a non trarre conclusioni sul ruolo stretto del narghilè, essendo molte delle donne in esame fumatrici anche di sigarette, egli stesso poi sottolinea l'assenza di dati importanti come il tipo di carbone utilizzato, il numero di sedute giornaliere ed altri ancora.

In Libano, la prevalenza del tabagismo è del 53,6%, di cui un 94,6% riguarda le sigarette (qui ad alto rendimento di nicotina e catrami), con un rapporto maschi-femmine del 1,23. Il 67% dei fumatori è considerato dipendente. Il 14,6% fuma il narghilè; i due terzi di questi ne fanno un uso giornaliero e possono quindi essere considerati dipendenti (Baddoura) (9). Inoltre, è presumibile che la maggior parte dei fumatori presi in esame in questi studi facciano contemporaneo uso di sigarette e narghilè. Questo stesso bias riguarda studi condotti in Egitto e India.

ASPETTI DERMATOLOGICI, ODONTOIATRICI, INFETTIVI E OTOLARINGOIATRICI

In Turchia, Onder (48) diagnosticò un caso di eczema narghilè-relato in un uomo con trent'anni di fumo alle spalle, in ragione di due ore quotidiane. Come nel caso di El-Hakim (42) (carcinoma squa-



nocellulare) i ricercatori ipotizzarono che l'eczema fosse scaturito da un insulto cronico causato dal tubo d'aspirazione e dal calore del fumo. Ovviamente, ignorando le condizioni igieniche dell'apparecchio, ogni conclusione perentoria è impossibile.

In India, Sukumar [72] ha misurato elevati livelli di cadmio nei capelli e nelle unghie di donne e uomini dediti all'hookah; tuttavia in queste zone sono frequenti i consumatori simultanei di chique, sigarette, bidi e hookah, e anche fattori quali l'inquinamento vanno presi in considerazione per cercare di trarre conclusioni.

Per quanto riguarda la sfera odontologica, Al-Belasy [5], in Egitto arriva a concludere che i fumatori, senza differenza tra narghilé e sigarette, hanno un rischio triplo, rispetto ai non fumatori, di andare in contro ad un'atresia dell'osso alveolare (dry socket).

In Arabia, Natto ha constatato che le affezioni del parodonto colpivano sia i fumatori di narghilé che di sigarette. Tuttavia abbiamo segnalato degli errori in questi studi [88].

Abdel-Wahhab [3] trovò in 21 casi di edema di Reinke il fumo di narghilé, come fattore comune, senza però definirne la patofisiologia.

Per quanto riguarda la tubercolosi polmonare in Australia, Munckhof [45] ne ha descritto la trasmissione all'interno di un gruppo di giovani caucasici che condividevano il narghilé per fumare marijuana (rischio relativo RR 2,22; intervallo di confidenza 95% 0,96-5,17). Il fattore di rischio principale per la trasmissione della tubercolosi resta comunque la convivenza. Trent'anni prima Salem nel 1973 [55] aveva dimostrato che la tubercolosi è più frequente tra i fumatori di narghilé locale (guza). Dodici anni dopo, Shadi dimostrava

che i fumatori di narghilé costituiscono un gruppo a rischio per la tubercolosi "asintomatica".

Va comunque sottolineato che seppur il narghilé abbia incontrato un export del suo utilizzo negli anni 90, non abbiamo dovuto fronteggiare un'epidemia di tubercolosi, grazie alle misure igieniche applicate al tubo di aspirazione che viene condiviso.

In Egitto, Medhat [43] e Habib [31] sottolineano che tra gli abitanti che si tatuano, fanno uso di narghilé o vanno dal barbiere non hanno una prevalenza aumentata di epatite C, come rilevato anche da El-Sadawy [87]. El-Barrawi [23] dimostra invece che la condivisione del narghilé porti ad un aumentato rischio di infezione da H. Pylori.

Vi è una descrizione, pressoché aneddotica, di Szyper-Kravitz [73] di un caso di aspergilloso polmonare contratta da una persona immunocompromessa che fumava una miscela di tabacco e marijuana in narghilé in cui l'acqua non veniva cambiata da settimane. Fortunatamente, nell'uso comune, il recipiente viene lavato anche più volte al giorno.

Per finire, in un originale studio egiziano, Effat [22] ha rilevato che il fumatore deve applicare una certa pressione intrafaringea se desidera inalare il fumo. Questa pressione raggiunge l'orecchio medio tramite la tromba di Eustachio. Sono stati analizzati (otoscopia e timpanometria) 80 orecchie di forti fumatori paragonandoli a 70 orecchie di fumatori di sigarette. È stata rilevata un'aumentata retrazione timpanica, senza che i due gruppi mostrassero però differenze timpanometriche. Comunque il gruppo di fumatori analizzato era atipico, in quanto si trattava di fumatori assidui che si dedicavano, almeno un'ora al giorno al narghilé, da tre anni, condizione sicuramente lontana dalla media. D'altra parte questo studio dimostra che l'uso molto intenso del narghilé può portare a gravi disfunzioni.

CONCLUSIONE

La mancanza di standardizzazione negli studi relativi alle patologie narghilé correlate è fortemente evidente come si è visto ancora una volta in alcuni studi [85] passati in rassegna.

Peraltro, il fumo di tumbâk è molto diverso da quello di tabamel, che è il prodotto più diffuso e più di moda. Il fumo di quest'ultimo è molto più dolce e va ricordato che i fumatori di narghilé tabamel inalano dei volumi di fumo molto più importanti di quelli di narghilé tumbâk, arrivando talvolta fino anche a 500 ml.

È importante dunque distinguere bene il tipo di mélange fumato: tabacco umidificato puro come nel tumbâk, tabamel con tabacco, tabamel senza tabacco, ecc.

In questo modo noi potremmo analizzare e confrontare oggettivamente le trasformazioni qualitative e quantitative del fumo e i suoi effetti fisiopatologici. Questo sarebbe un grande passo avanti verso la necessaria standardizzazione di studio.

Il problema cancro del polmone narghilé correlato richiede ancora ricerche supplementari. Nel frattempo, a nostro avviso, ci sono quattro urgenze socio-sanitarie maggiori da trattare:

- 1 Analizzare la composizione chimica dei nuovi tipi di carbone auto incandescente a rapida accensione che utilizzano decine di milioni di persone nel mondo e particolarmente in Europa e nelle Americhe [89]. Bisogna assolutamente segnalare e in fretta questo pericolo agli utilizzatori di narghilé e alle autorità sanitarie.
- 2 Sconsigliare vivamente l'uso del narghilé in ambienti mal ventilati come i numerosissimi locali neo-orientaleggianti dove il CO ambientale, da noi misurato nel 1998 [21], è molto elevato [89].
- 3 Dissuadere i fumatori di sigarette di passare al narghilé per ragioni di compensazione.
- 4 Mostrare agli utilizzatori che fumare narghilé tutti i giorni può condurre a delle complicanze, non solo polmonari, della stessa entità di quelle provocate dal fumo di sigaretta. ■

► Traduzione di **Federica Zamatto**
(medico medicina generale - Bologna)

Bibliografia

1. Abbas E, Abou-Azma N, and Bulus S. Effect of goza smoking on rat's oral mucosa. *The Egyptian Journal of Histology*. 1987 Jan;10:156. (cit  par Radwan)
2. Abdel Hakim A, Gemei S and Salem ES. Study of bronchoalveolar lavage cellularity among non smokers and cigarette and goza smokers. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis*. 1985 July; 29 (1) :33-46.
3. Abdel-Wahhab AM. Shisha smoking in Reik s oedema. *Mansoura Medical Journal*. 1994 Apr;24(1,2):149-155. (cité par Radwan).
4. Abou-Shama MN, Authman HA, and Kamel MR. Some chemical and biological effects of cigarette and hubble bubble smoking. *Bulletin Alexandria Faculty of Medicine*. 1990 Feb;26(1):175-185. (cité par Radwan).
5. Al-Belasy FA. The relationship of "shisha" (water pipe) smoking to postextraction dry socket. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. J. Oral Maxillofac. Surg. 2004; 62(1):10-14.
6. Al-Fayez S, Salleh M, Ardawi M and Zahrn F. Effects of sheesha and cigarette smoking on pulmonary function of Saudi males and females. *Tropical and Geographical Medicine*. 1988; 40: 115-123.
7. Altinisik G, U an ES, Akpınar O. Effect of water pipe smoking on pulmonary functions. *The European Respiratory Journal* 1995 Sept; 8 (Suppl 19).
8. Ashmawi M. Some predictive markers of atherosclerosis among smokers. *Ain Shams Medical Journal*. 1993; Jul-Sep;44(7-9):633-639. (cité par Radwan)
9. Baddoura R., Wehbeh-Chidiac C. Prevalence of tobacco use among the adult Lebanese population. July-Sept. 2001; 7 (4/5): 819- 828. Faculty of Medicine, Saint-Joseph University, Beirut, Lebanon. Published by WHO/EMRO.
10. Bakir Medhat I, thèse intitul e : Goza smoking and various aspects of pulmonary function, soutenue en 1991 (Egypte). Voir sous Chafei.
11. Bayindir U, U an ES, Sercin B, Ikiz F. The effect of water-pipe smoking on the peak flow rate. *The European Respiratory Journal* 1993 Sept; 6 (Suppl 17).
12. Bedwani R, El-Khwsy F, Renganathan E, Braga C, Abu Seif HH, Abul Azm T, Zaki A, Franceschi S, Boffetta P, La Vecchia C. Epidemiology of bladder cancer in Alexandria, Egypt: tobacco smoking. *Int J Cancer*. 1997 Sep 26;73(1):64-7.
13. Chaaya M, Awwad J, Campbell OM, Sibai A, Kaddour A. Demographic and psychosocial profile of smoking among pregnant women in Lebanon: public health implications. *Matern Child Health J*. 2003 Sep;7(3):179-86.
14. Chafei A. Résumé et traduction de la thèse de Medhat I. Bakir intitul e : Goza smoking and various aspects of pulmonary function, soutenue en 1991 – Mémoire du D.U. « D pendance et phénomènes comportementaux apparent s », Villejuif, Faculté de médecine de Cr teil - Università Paris XII-Val de Marne, 1992.
15. Chaouachi K. Post-publication Peer Review : Errors in this New Review. *Pediatrics*; 15 Aug. 2005. A critical analysis of the following study: KNISHKOWY B. and Yona AMITAL. Water-Pipe (Narghile) Smoking: An Emerging Health Risk Behavior. *Pediatrics* 2005; 116: 113-119 <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/eletters/116/1/e113>
16. Chaouachi K. Letter to the Editor: Serious Errors in this Study. *Tabacco Control*; 2 Dec. 2004. A critical analysis of the following study: W Maziak, K D Ward, R A Afifi Soweid, and T Eissenberg. Tobacco smoking using a waterpipe: a re-emerging strain in a global epidemic. *Tabacco Control* 2004; 13: 327-333. <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/13/4/327>
17. Chaouachi K. Narghil : aspetti chimici e farmacofisiologici. *Tabaccologia* 2005; 3: 27-33. [Engl. Title: Biochemical and Pharmacologic Aspects of Narghile].
18. Chaouachi K. Presentazione del narghil  e del suo uso. Guida critica della letteratura scientifica sul narghil  (shisha, hookah, waterpipe). Dalle origini ai giorni nostri : necessit  di un approccio interdisciplinare socio-antropologico, medico e farmacologico. *Tabaccologia* 2005; 1: 39-47. [English Title: A critical review of scientific literature on narghile (Shisha, Hookah, Waterpipe) from its origins to date: the need for a comprehensive socio-anthropological, medical and pharmacological approach].
19. Chaouachi K., Le narguilé: analyse socio-anthropologique. Culture, convivialité, histoire et tabacologie d'un mode d'usage populaire du tabac, thèse de doctorat sous la direction de Pierre Bouvier, Paris X, 420 pages. ISBN : 2-284-03745-3. Diffusée par l'ANRT (Atelier National de Reproduction des Thèses), Lille (France), 2003 (anrtheses.com.fr).
20. Chaouachi K., Le narguilé au Yémen, in Yémen: d'un itinéraire   l'autre" (sous la dir. de S. Naim), Paris, Maisonneuve et Larose, 2001, pp. 130-147.
21. Chaouachi K., Tabacologie du narguilé, *Revue Alcoologie*. 1999; 21 (1/83) : 88-9.
22. Effat KG. Otoscopic appearances and tympanometric changes in narghile smokers. *J Laryngol Otol*. 2004 Oct;118(10):818-21.
23. El-Barrawi MA, Murad MI, and Gaber M. Role of helicobacter pylori in the genesis of gastric ulcerations among smokers and non smokers. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 1997Aug;3(2):316-321. (cité par Radwan)
24. El-Hakim IE, Uthman MAE. Squamous cell carcinoma and keratoacanthoma of the lower lip associated with "goza" and "shisha" smoking. *Int J Dermatol* 1999 Feb;38(2):108-10.
25. El-Henidi F. and Abou-El-Ezz A. Environmental pollution and childhood asthma. National conference: healthy mother healthy child by the year 2000. 1996, Cairo. (cité par Radwan).
26. El-Sorougi MK, Sharaf El-din M, Abou-Yousef MA and El-Hadidy A. Lung diffusion among goza smokers versus cigarette smokers in asymptomatic patients. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis*. 1988; 35 (1) : 253-62. (d'après Chafei A.)
27. El-Zahaby MM, Salem ES, Galeb H, Abdou MA and Eshak Z. Studies on the effect of goza smoking sublimates on the tonicity of the bronchial tree. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis*. 1980 July; 23 (2). (cité par Chafei A.)
28. Gunaid AA, Sumairi AA, Shidrawi RG, Al-Haimi M, Al-Abi S, Al-Hureibi MA, Qirbi AG, Al-Awlagi S, El-Guneid AM, Shousha S and Murray-Lyon IM. Oesophageal and gastric carcinoma in the republic of Yemen. *Br J Cancer* 1995 Feb; 71:409-10.
29. Gupta D, Boffetta P, Gaborieau V, Jindal SK. Risk factors of lung cancer in Chandigarh, India. *Indian J Med Res*. 2001 Apr;113:142-50.
30. Gupta PC, Murti AP and Bhonsle RB. Epidemiology of cancer by tobacco products and the significance of TSNA. *Crit Rev Toxicol* 1996; 26(2):183-98.
31. Habib M, Mohamed MK, Abdel-Aziz F, Magder LS, Abdel-Hamid M, Gamil F, Madkour S, Mikhail NN, Anwar W, Strickland GT, Fix AD, Sallam I. Hepatitis C virus infection in a community in the Nile Delta: risk factors for seropositivity. *Hepatology*. 2001 Jan;33(1):248-53.
32. Hakim A, Salem E, Abbas H, Abed El-Khalek M, Sharafel-Din M and Al-Helaly A. Effect of smoking on alpha one anti-trypsin in serum and bronchoalveolar fluid. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis*. 1987 Jan; 33 (1). (cité par Radwan).
33. Hazelton, W. D., Luebeck, E. G., Heidenreich, W. F. and Moolgavkar, S. H. Analysis of a Historical Cohort of Chinese Tin Miners with Arsenic, Radon, Cigarette Smoke, and Pipe Smoke Exposures Using the Biologically Based Two-Stage Clonal Expansion Model. *Radiat. Res*. 2001, 156: 78-94.
34. Hoffman D., Rathkamp G., Wynder EL. Comparison of the yields of several selected components in the smoke from different tobacco products. *Journal of the National Cancer Institute*. 1963; 31:627-635.
35. Ishikawa H, Tian Y, Yamouchi T. The influence of gender, age, and lifestyle factors on micronuclei frequency in healthy Japanese population. *J Occup Health*. 2003; 45:179-81. (cité par Radwan)
36. Jabbour S, El-Rouieheb Z, Sibai AM. Nargileh (Water-Pipe) Smoking and Incident Coronary Heart Disease: A Case-Control Study. *Ann Epidemiol*. 2003 Sep;13(8):570. (only a short summary of an ongoing study).
37. Jafarey NA and Zaidi SHM. Carcinoma of the oral cavity and oropharynx in Karachi (Pakistan). An appraisal. *Tropical Doctor* 1976 ; 6(2) : 63-7.
38. Jafarey NA, Mahmood Z and Zaidi SHM. Habits and dietary pattern of cases of carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *Journal of the Pakistan Medical Association* 1977; 27(6): 340-3.
39. Kiter G, U an ES, Ceylan E, Kilinc O. Water-pipe smoking and pulmonary functions. *Respiratory Medicine* 2000; 94: 891-4.
40. Lubin JH, Li JY, Xuan XZ, Cai SK, Luo; Yang QS, Wang JZ, Yang L; Blot WJ. Risk of lung cancer among cigarette and pipe smokers in southern China. *Int. J. of Cancer* 1992; 51 (3):3: 390-5.
41. Massoud HM, El-Sorougi MK, El-Helaly, Mahmoud AH, Mahmoud ME, Seoud M, Salem ES and El-Fiki AF. Peak flow rates in apparently normal smoker and non-smoker Egyptians. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis*. 1977; 2d (1): 121-130.
42. Mazen A, Aurabi S. The effect of Meassel water-pipe smoking versus cigarette smoking on pulmonary arterial pressure and left ventricular and right ventricular function indices in COPD patients: An echodoppler study. *The scientific journal of Al-Azhar Medical faculty (girls)*. 2000 Jan; 21:649-686. (cité par Radwan).
43. Medhat A, Shehata M, Magder LS, Mikhail N, Abdel-Baki L, Nafeh M, Abdel-Hamid M, Strickland GT, Fix AD. Hepatitis C in a community in Upper Egypt: risk factors for infection. *Am J Trop Med Hyg*. 2002 May;66(5):633-8.

44. Mehta FS, Pindborg JJ, Gupta PC, Daftary DK. Epidemiologic and historic study of oral cancer and leukoplakia among 50,915 villagers in India. *Cancer* 1969; 24: 832-49.
45. Munckhof WJ, Konstantinos A, Wamsley M, Mortlock M and Gilpin C. A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003 Sep;7(9):860-5.
46. Nafae A, Misra SP, Dhar SN, Shah SN. Bronchogenic carcinoma in Kashmir Valley. *Indian J Chest Dis.* 1973 Oct; 15(4):285-95.
47. Nuwayhid IA, Yamout B, Azar G, Kambris M, Narghile (Hubble-Bubble) Smoking, Low Birth Weight, and other Pregnancy Outcomes, *Am J Epidemiol* 1998;148 (4):375-83.
48. Onder M, Oztas M and Arnavut O. Nargile (Hubble-Bubble) smoking-induced hand eczema. *Int J Dermatol.* 2002 Nov;41(11):771-2.
49. Pindborg JJ, Kier J, Gupta PC and Chawla TN; Studies in oral leukoplakias. Prevalence of leukoplakia among 10,000 persons in Lucknow, India, with special reference to tobacco and betel nut. *Bulletin of the World Health Organization.* 1957; 37:109-16.
50. Qiao YL, Taylor PR, Yao SX, Schatzkin A, Mao BL, Lubin J, Rao JY, MacAdams M, Xuan XZ and Li JY. Relation of radon exposure and tobacco use to lung cancer among tin miners in Yunnan Province, China. *Am J Ind Med* 1989;16(5):511-21.
51. Radwan GN, Mohamed MK, El-Setouhy M, Israel E. Review on waterpipe smoking. *J. Egypt. Soc. Parasitol.* 2003 Dec;33 (3 Suppl):1051-71.
52. Rakower J, Fatal B. Study of Narghile Smoking in Relation to Cancer of the Lung. *Br J Cancer.* 1962 Mar; 16:1-6.
53. Reddy DG, Reddy DB, Rao PR. Experimental production of cancer with tobacco tar and heat. *Cancer.* 1960 Mar-Apr;13:263-9.
54. Roohullah, Nusrat J, Hamdani SR, Burdy GM, Khurshid A. Cancer urinary bladder-5 year experience at Cinar, Quetta. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2001 Apr-Jun; 13(2):14-6.
55. Salem ES, Abdel-Hakim M and Hanafi A. Goza versus cigarette smoking among patients with pulmonary disease. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1973; 16 (2): 121-140.
56. Salem ES, Abdel-Latif A. Physical and physiologic studies the etiology of chronic airway of chronic air way obstruction in "goza" smokers. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1974; 17 (1): 1-10.
57. Salem ES, Sami A, Studies on pulmonary manifestations of goza smokers. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1974; 65: 599.
58. Salem ES. Studies on special smoking patterns in Egypt. 5th World Conference on Smoking and Health, Winnipeg, Canada. Ed. Bola, P. Wright, FE. 1983 July 10-15.
59. Salem ES, El-Soroughi MK, Sharaf El-Din M and Ali A. Small air way function among goza versus cigarette smokers. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1986; 32 (2):11-36. (d'après Chafei A.)
60. Salem ES, Shallouf MA, Badawy T and Eissa AT. Serum IgE and blood eosinophils in cigarettes and goza smokers with a special reference to their atopic status. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1988; 35 (2): 171-186. (d'après Chafei A.)
61. Salem ES, Shallouf MA, Mesrega SM and Nosir MI. Estimation of carboxyhaemoglobin levels in some Egyptian cigarette and goza smokers. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1989; 36 (1): 1-14.
62. Salem ES, Mesrega SM, Shallouf MA and Nosir MI. Determination of lead levels in cigarette and goza smoking components with a special reference to its blood values in human smokers. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1990a; 37 (2). (cité par Radwan)
63. Salem ES, El-Shimy WS, Badr El-Din NM, Sobhy KE, Abdela AM and Abdel-Wahhab M. A study of the effect of smoking on some biochemical parameters in broncho-alveolar lavage with a special reference to goza smoking. *The Egyptian journal of chest diseases and tuberculosis.* 1990b; 37 (2).
64. Saunders WS, Luo LZ, Werner KM and Gollin SM. Cigarette smoke causes breaks in DNA and defects to a cell's chromosomes. 35th Annual Meeting of the Environmental Mutagen Society: « Genes, Mutations and Disease: The Environmental Connection ». University of Pittsburgh. Oct. 5, 2004.
65. Shadi AH. Sputum microscopy as a tool for identification of sources of infection of pulmonary tuberculosis in Gharbia Governorate. Thesis, M.Sc. Tanta University (Egypt), Faculty of medicine. 1985. (cité par Radwan).
66. Shafagoj YA, Mohammed FI, Hadidi KA. Hubble-Bubble (Water Pipe) Smoking: Levels of Nicotine and Cotinine in Plasma, Saliva and Urine. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2002a; 40(6):249-55.
67. Shafagoj YA, Mohammed FI, Levels of Maximum End-Expiratory Carbon Monoxide and Certain Cardiovascular Parameters Following Hubble-Bubble Smoking. *Saudi Med J.* 2002b; 23(8):953-8.
68. Sajid KM, Akther M, Malik GQ. Carbon monoxide fractions in cigarette and hookah. *J Pak Med Assoc.* 1993 Sep; 43(9):179-82.
69. Sharma RN, Deva C, Behera D, Khanduja KL. Reactive oxygen species formation in peripheral blood neutrophils in different types of smokers. *Indian J Med Res.* 1997 Nov;106:475-80.
70. Sherif ES. Effect of parental smoking on chronic chest infection in infancy and childhood. *Fac. J. Med. Thesis; M.Sc; pediatric.* 1990; Al-Azhar University (Cairo). (cité par Radwan).
71. Stirling G, Khalil AM, Nada GN, Saad AA, Raheem MA. Malignant neoplasms in Saudi Arabia. *Cancer* 1979; 44: 1543-8.
72. Sukumar A., Subramanian R. Elements in hair and nails collected from residents from a village adjacent to New Delhi. Influence of place of occupation and smoking habits. *Biol Trace Elem Res* 1992 Jul;34(1):99-105.
73. Szyper-Kravitz M, Lang R, Manor Y and Lahav M. Early invasive pulmonary aspergillosis in a leukemia patient linked to aspergillus contaminated marijuana smoking. *Leuk Lymphoma.* 2001 Nov-Dec;42(6):1433-7.
74. Tandon P, Pathak VP, Zaheer A, Chatterjee A, Walford N. Cancer in the Giza Province of Saudi Arabia: An Eleven Year Study. Department of Histopathology, King Fahd Central Hospital (Giza, Saudi Arabia). 1995 Jan; 15(1).
75. Wolfram RM, Chehne F, Oguogho A and Sinzinger H. Narghile (water pipe) smoking influences platelet function and (iso)leucosanooids. *Life Sci.* 2003 Nov 21; 74(11):47-53.
76. Wynder E, Wright G, Lam J. A study of tobacco carcinogenesis. V. the role of pyrolysis. *cancer nov.* 1958; 11: 1140-8.
77. Xuan XZ, Schatzkin A, Mao BL, Taylor PR, Li JY, Tangrea J, Yao SX, Qiao YL, Giffens C, Mac Adams M. Feasibility of Conducting a Lung-Cancer Chemoprevention Trial among Tin Miners in Yunnan Province, Republic of China. *Cancer Causes Control* 1991 May; 2; 3:175-82.
78. Yadav JS and Thakur S. Genetic Risk Assessment in Hookah Smokers. *Cytobios* 2000;101:101-13.
79. Zaga V., 18e Journée de Tabacologie, Faculté de Médecine Paris-Sud, 11 octobre 2003. Voir: Mura M., Zaga V., Fabbri M. Stratégie de oncoprevention avec antioxydants nei confronti dei radicali liberi del fumo di tabacco (Strategies of oncoprevention with antioxidants towards reactive oxygen species in tobacco smoke). *Tabacologia (Tabacology)* 2003; 3: 25-30. Voir aussi: Zaga V., Gattavecchia E. Radicali liberi e fumo di sigaretta (Free radicals and cigarette smoke) *Giorn. It. Mal. Tor.* 2002. 56, 5: 375-391.
80. Zahran F, Yousef AA, Baig MHA. A study of carboxyhaemoglobin levels of cigarette and sheesha smokers in Saudi Arabia. *Am. Journal of Public Health.* 1982 July; 72 (7): 722-24.
81. Zahran FM, Ardawi MSM, Al-Fayez SF. Carboxyhaemoglobin concentrations in smokers of sheesha and cigarettes in Saudi Arabia. *BMJ* 1985; 291:1768-70.
82. Yousser M. Les dangers du narguilé. *Info Respiration.* 2000 (mars);36:24.
83. Waked M, Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie, Faculté de Médecine Paris-Sud, CHU Kremlin-Bicêtre (France), 2003.
84. Aoun-Bacha Z, Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie, Faculté de Médecine Paris-Sud, CHU Kremlin-Bicêtre (France), 2003.
85. Aydin A, Kiter G, Durak H, Ucan Es, Kaya Gc, Ceylan E. Water-pipe smoking effects on pulmonary permeability using technetium-99m DTPA inhalation scintigraphy. *Ann Nucl Med.* 2004 Jun;18(4):285-9.
86. Koseoglu N, Aydin A, Sabri Ucan E, Ceylan E, Eminoglu O, Durak H, Imren Y, Guven H. Chronic Effects of Water-pipe Smoking on Mucociliary Clearance. *ERJ* 2005 (Sep.);26 (49 suppl); abstract 1006; ERS Congress 2005.
87. El-Sadawy M, Ragab H, el-Touky H, el-Mor Ael-L, Mangoud AM, Eissa MH, Afefy AF, el-Shorbagy E, Ibrahim IA, Mahrous S, Abdel-Monem A, Sabee El, Ismail A, Morsy TA, Etawa S, Nor Edin E, Mostafa Y, Abouel-Magd Y, Hassan MI, Lakouz K, Abdel-Aziz K, el-Hady G, Saber M. Hepatitis C virus infection at Sharkia Governorate, Egypt: seroprevalence and associated risk factors. *J Egypt Soc Parasitol.* 2004 Apr;34 (1 Suppl):367-84.
88. Chaouachi K. Letter to the Editor: Periodontal Health and Hookah Narghile Smoking. *Journal of Periodontology* 2006 (Apr);77(4). A critical analysis of Natto S, Baljoon M, Bergstrom J. Tobacco Smoking and Periodontal Health in a Saudi Arabian Population. *Journal of Periodontology* 2005; 76 (11): 1919-26. (See also papers in Oral Health Prev Dent, J Clin Periodontol and Swed Dent J Suppl)
89. Chaouachi K. Conséquences médicales de l'usage croissant du narguilé. *La Presse Médicale* 2006 (forthcoming). (Eng.: The Medical Consequences of the Growing Use of Narghile (Hookah) in the World).

News & Views



Intesa tra Pazienti BPCO e Glaxo

Siglato il 2 dicembre scorso a Roma il protocollo d'intesa tra l'associazione pazienti BPCO, rappresentata

- GSK si impegna a non utilizzare attività, progetti, materiali, ecc. in collaborazione con l'associazione "Pazienti BPCO", se non previo specifico accordo scritto tra le parti.
- Valutare e concordare annualmente ipotesi di collaborazione atte a sviluppare la conoscenza e la consapevolezza della patologia previo specifico accordo scritto tra le parti.
- Incontri periodici atti a sviluppare iniziative di comune interesse.

da Maria Adelaide Franchi, e la casa farmaceutica GSK, nella persona del suo amministratore delegato Roberto Ferri. Presenti i membri del comitato direttivo e Francesco Tempesta, referente per il coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici di cittadinanza attiva. Le parti hanno sostanzialmente concordato i seguenti punti:

- Realizzare progetti in maniera congiunta con la possibilità che altri organismi, associazioni, società e/o aziende farmaceutiche, vi possano partecipare e identificare comuni interessi ed obiettivi come:
 - Il diritto per l'accesso alle cure.
 - L'accesso alle terapie più appropriate.
 - La disponibilità all'informazione più completa, aggiornata e obiettiva.
 - La ricerca di nuovi trattamenti per le patologie respiratorie pur nella specificità dei singoli ambiti di attività.

Come Comitato Scientifico abbiamo lavorato intorno a questa intesa, che nostro avviso merita attenzione in quanto esprime l'impegno etico delle grandi aziende del farmaco, chiamate in causa a fronte di problemi emergenti, come quello dell'incremento delle malattie respiratorie croniche ostruttive a livello mondiale. Sono proprio i pazienti a scendere in prima linea, per far sentire la loro voce in modo forte, nei loro esclusivi interessi. Che poi gli interessi dei pazienti coincidano con quelli aziendali a questo punto ci sembra il raggiungimento di una forma di crescita e di maturità del sistema.

(G. Mangiaracina)

Comitato Scientifico Pazienti BPCO

Miss Mondo

Dalla Cina con furore... smoke free!

Grande successo per **Sofia Bruscoli**, miss Mondo-Italia e testimonial antifumo per la SITAB, alla finale mondiale di Miss Mondo svoltasi il 10 dicembre 2005 nella splendida cornice dell'isola cinese di Sanya, regione di Hainan. Sofia si è classificata 4° vincendo la fascia di Miss South Europe.

Nonostante il concorso si tenesse in Cina, dove l'incidenza fumatori è altissima, il Concorso di Miss Mondo era rigorosamente smoke free come già per regolamento da molti anni.

A Sofia vanno i complimenti SITAB e di Tabaccologia per una testimonianza smoke free sempre più incisiva e attiva.

(Uli Kao)





I fumatori più a rischio per incidenti stradali

Storace accoglie l'invito di Codacons e avvia un ddl per vietare il fumo in automobile



Il Ministero della Salute, che ha patrocinato il progetto presentato dal Codacons e denominato "Fumo al volante, pericolo costante", pare proprio abbia recepito l'invito dell'associazione relativo ai rischi per chi fuma alla guida di un'automobile. Si apprende infatti che al Ministero si lavora per arrivare a una proposta di legge finalizzata a vietare il fumo alla guida, DDL da

presentare dopo le elezioni. I sondaggi infatti parlano chiaro: il 70 per cento degli italiani ritiene rischioso fumare alla guida dell'auto ed il 66 per cento vieterebbe la sigaretta al volante. Il Codacons, che in collaborazione con le associazioni GEA, SITAB ARTICOLO32, con Autostrade per l'Italia e Anas, ha presentato proprio un progetto per sensibilizzare l'opinione pubblica circa i rischi del fumo alla guida delle automobili, si dice soddisfatto per l'accoglimento della proposta da parte del Ministro Storace, e invita ad accelerare i tempi ricordando che il 15% degli incidenti stradali dovuti a distrazione è imputabile proprio alle sigarette. Peraltro da uno studio di un gruppo di medici spagnoli diretti da José Miguel Buñuel,

pubblicato sulla rivista Atención Primaria nel 2003, si rileva che i fumatori hanno, mediamente, oltre il doppio di rischio di subire incidenti non mortali, in relazione ai non fumatori. Mentre ai non fumatori è associata una percentuale del 7% di rischio, i fumatori oscillano tra l'11,6 (se non fumano mentre guidano) e il 16,7% (se fumano al volante). In questo senso, le assicurazioni britanniche ritengono che almeno il 5% degli incidenti stradali siano attribuibili al fumare in automobile.

[Vincenzo Zagà]

(Fonte: Revista de Tráfico 10. Julio-Agosto 2003)



Mozziconi biodegradabili: bene per l'ambiente e per i fumatori (forse)

È una sfida, questa dei filtri biodegradabili, che tenta di rendere migliore o se volete, un po' meno brutta, l'immagine pubblica di morte nera che la sigaretta ha. I filtri di sigaretta biodegradabili potrebbero essere presumibilmente più utili sia ai fumatori che all'ambiente. Questi infatti, sono fatti di amido, il polimero carboidrato che si trova in alcuni alimenti, ad esempio nelle patate e nel riso. La stessa compagnia britannica che li ha sviluppati, la Stanelco, che ha già creato il pacchetto biodegradabile, informa che tra le compagnie produttrici di sigarette in Europa, Nord America e Asia è in atto un dibattito riguardo al loro utilizzo al posto dei filtri già esistenti. "Non sono sigarette innocue, ma ciò non significa che le sigarette non potrebbero essere meno inquinanti e più ecologiche", dice Howard White, il presidente della Stanelco. Secondo i loro studi, i mozziconi di sigarette si decomporrebbero in soli 2 mesi, mentre i filtri ora in uso, fatti di acetato di cellulosa, un polimero sintetico che non si biodegrada mai,

creano in tutto il mondo 500.000 tonnellate di inquinamento all'anno. Inoltre la Stanelco afferma che i nuovi filtri potrebbero essere migliori per la salute dei fumatori in quanto ogni minimo frammento che finisce nei polmoni potrà essere "degradato" più velocemente; tuttavia non è stato pubblicato ancora alcun studio che avvalora tale ipotesi.

Senza alcuna sorpresa, le persone contrarie al fumo affermano con insistenza che rinunciare al fumo rimarrebbe la soluzione migliore. "Ciò non altera il fatto che il tabacco continua ad essere, come sempre, un prodotto mortale" sostiene Amanda Sandford, direttrice della ricerca alla British Campaign Group Action on Smoking and Health. E continua: "solo perché i mozziconi ecologici si decomporranno, non significa che potranno semplicemente essere gettati via. E' necessario incidere culturalmente sui fumatori affinché i mozziconi siano eliminati correttamente".

[Ilaria Baraldi]

Fumare fa bene. Almeno in Cina

Vi ricordate quando nei cartoni animati, per dare l'idea che il protagonista fosse stato spedito dall'altra parte del mondo, lo si faceva sbucare in Cina, con l'immancabile mandarino ad accoglierlo sorridente? Evidentemente un fondo di verità c'era. Almeno stando alle notizie che ci giungono dall'ex Celeste Impero in materia di fumo.

Mentre a Occidente anche l'industria del tabacco, seppur senza convinzione, ci mette in guardia dai rischi per la salute che fumare comporta, le autorità cinesi raccontano alla gente che il fumo non fa male, ma, anzi, è un gran toccasana!

Esso, infatti, ridurrebbe il rischio di incappare nel morbo di Parkinson, attenuerebbe i sintomi della schizofrenia, migliorerebbe attività cerebrale e riflessi, nonché - tenetevi forte! - accrescerebbe l'efficienza lavorativa! Il rischio di cancro ai polmoni? Balle: si rischia di più cucinando!

Sopresi? Forse un po' meno dopo che vi avremo rivelato che questi incredibili benefici sono farina del sacco del monopolio sul tabacco della Repubblica Popolare Cinese (www.tobacco.gov.cn), responsabile, con 1,8 trilioni di sigarette, di un terzo delle bionde fumate sulla faccia della terra. Non contenti, questi abili strateghi della comunicazione rinca-

rano la dose, evidenziando come, oltre alla salute, fumare faccia bene anche al proprio stile di vita, all'uguaglianza dei sessi e a chi è solo e depresso. Solo l'immortalità, per ora, sembra non rientrare nelle proprietà miracolose del tabacco. Seppur sdegnati, non possiamo non riconoscere, con velata tristezza, come gli stratagemmi per far penetrare il fumo nella società siano dappertutto gli stessi.

La Cina di oggi, guarda caso, è meta ambitissima da Big Tobacco, il quale attende con ansia la fine del monopolio statale (che attualmente controlla il 99% del mercato), per poter vendere i propri taumaturgici prodotti a 360 milioni di fumatori con gli occhi a mandorla. Un numero, quest'ultimo, destinato a crescere, visto che la sigaretta è sempre più diffusa anche tra le donne. Insomma: quando il governo liberalizzerà il mercato - e dovrà farlo, in quanto membro del WTO - Philip Morris e compagnia sfumacchiante marceranno, quasi incredule, su un terreno vergine e alquanto fertile per affermarsi. Il compito a quel punto sarà piuttosto facile, visto che le autorità sanitarie locali chiudono volentieri un occhio sull'argomento e i movimenti anti-fumo cinesi sono ancora molto deboli.

(Cinzia Marini)

Sigaretta senza fumo

La prima sigaretta senza fumo e tabacco sarà probabilmente lanciata, per la prima volta al mondo, sul mercato svizzero nel corso di quest'anno.

Prodotta dall'azienda NicStic di Ginevra, sarà disponibile in diversi aromi. La nuova sigaretta è composta da un tubicino in plastica con un corpo riscaldante e un filtro contenente nicotina.

Dal momento che il prodotto non rientra nella legge sui farmaci, non sarà necessaria, per la sua introduzione sul mercato, l'approvazione della Swissmedic, l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici.

NicStic non sembra dubitare del successo del nuovo prodotto.

L'azienda ritiene infatti che la sua sigaretta consentirà ai fumatori di consumare nicotina senza causare danni agli altri o a se stessi.

Più cauti gli esperti dell'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e delle tossicomanie (Ispa), che aspettano ovviamente di conoscere il prodotto una volta entrato in commercio.

Fonte: La Repubblica del 3.8.05

British American Tobacco sostiene la Filarmonica per Puccini

Riccardo Chailly il 16 ottobre nella cornice della lucchese Basilica di San Frediano, alla guida dell'orchestra Filarmonica e del Coro filarmonico della Scala, ha presentato un programma tutto pucciniano. La serata, a cui ha partecipato anche il presidente onorario del Comitato pucciniano, Marcello Pera, è sostenuta, udite udite, dalla British American Tobacco Italia.

Sembra quasi un bizzarro gioco del destino che la BAT sponsorizzi il Festival Pucciniano. Puccini infatti era un gran fumatore. Gli fu diagnosticato un papilloma, che in realtà era un cancro alla gola senza alcuna possibilità di guarigione. L'unico modo per prolungargli la vita era di sottoporlo ad un intervento chirurgico immediato e alla cura del radio

presso "L'Institut de la Couronne" di Bruxelles. Il 24 novembre fu così sottoposto con successo all'intervento.

Quattro giorni dopo però il cuore del compositore cedette improvvisamente, portandolo alla morte, che avvenne il 29 novembre 1924. In questo periodo, stava lavorando sulla più ambiziosa delle sue opere, Turandot, lasciata incompiuta, e la cui prima si tenne alla Scala il 25 aprile 1926. In quella occasione Toscanini si gira verso il pubblico nel corso del terzo atto e dice "Qui finisce l'Opera perché a questo punto il Maestro è morto" e conclude così la rappresentazione, dirigendola, comprensiva del finale scritto da Alfano, solo a partire dalla seconda replica.

(V.Z.)

Fonte: Corriere della Sera 18/09/2005





SENZA FILTRO

Torquemada

Da questo numero Tomas de Torquemada (Valladolid 1420-Ávila 1498) sarà l'estensore... senza filtro di questa rubrica. Si occuperà senza peli sulla lingua di fatti e misfatti nazionali-popolari in tema di tabagismo. Discendente di una famiglia di Ebrei, si fece domenicano e ricoperse cariche importanti nell'ordine. Nel 1483 divenne inquisitore generale per l'Aragona, Valencia e la Catalogna. Fu l'organizzatore del tribunale religioso-politico della Santa Inquisizione, istituita da Sisto IV nel 1478, di cui compose il Codice (Ordenanzas, 1484-85 e 1488). Applicò con inesorabile rigore le leggi contro gli eterodossi e gli eretici, seguendo le istruzioni dategli dai Re Cattolici, veri responsabili e fondatori dell'Inquisizione di Spagna. Storici divisi. Secondo alcuni fu un inquisitore generale relativamente mite e liberale che



s'impegnò per ottenere ampie amnistie, come quella del 1484. Secondo altri e secondo la più diffusa storiografia popolare fu un atroce e spietato inquisitore. Morì sei anni dopo la scoperta dell'America e verosimilmente non conobbe mai il tabacco che stava per arrivare in Europa. Ma siamo sicuri che avrebbe dato il meglio di sé anche contro questo flagello, e stavolta a ragione.

Funari outing. Ci mancava. Funari ha fatto outing. 15 dicembre 2005, ore 23,15, ospite ne "Il senso della vita" di Bonolis su Canale 5. "Sto morendo... ragazzi non fumate... io ho 4 bypass coronarici su 5 che si sono chiusi!". Buona l'esortazione ma contraddittoria e negativa la decisione di non smettere perché... "ormai!". Forse qualcuno dovrebbe spiegargli che smettere di fumare paga sempre, a qualsiasi età e in qualsiasi condizione patologica, specie se cardiovascolare. Funari conclude, come sempre ad effetto, dicendo che come epitaffio, sulla sua tomba, ci sarà scritto "Ho smesso di fumare". E questa volta conviene credergli.

Tricche Ballacche! Canto del cigno per la Fattoria, notoriamente classificata come trasmissione trash nazional-popolare, e menzione di merito per Katia Ricciarelli e Barbara D'Urso che in diretta durante la trasmissione (Italia1, 15 febbraio) fra tricche e ballacche e personaggi degni di un film di Totò, lanciavano senza mezzi termini, un messaggio chiaro: il fumo fa male, non fumate!

John Grisham. Statunitense, nato nel 1955 nel Mississippi e noto giallista di successo. Ultima fatica: **The Broker**, avvincente thriller finanziario ambientato a Bologna. Torquemada lo incontra il 6 settembre durante la premiazione con la consegna della Turrita d'argento da parte del sindaco di Bologna, Sergio Cofferati, nell'Aula Absidale di Santa Lucia. Complice Google, il nostro inquisitore scopre che una sua precedente fatica, il legal thriller La Giuria, è stata manipolata chiaramente da Big Tabacco, nella trasposizione cinematografica. Passando dalla pagina allo schermo, La giuria di John Grisham cambia villain: sotto accusa non sono più le sigarette ma le armi da fuoco. Senza mezzi termini nella sua recensione sul Corsera del 31/01/04, Tullio Kezich: "...Resta la curiosità di sapere perché il cinema ha cambiato i "cattivi" da venditori di fumo a mercanti d'armi. Sarà perché morire in una strage fa più spettacolo che spegnersi in ospedale? O sarà perché la corporazione del tabacco è più intoccabile di quella dell'arma letale?". Purtroppo un'altra dimostrazione della capacità di Big Tobacco di mettere al loro servizio Hollywood, oltre che la politica e (ancora troppo spesso) la scienza!

Air Defenders

In farmacia per dire di no

Un videogioco per la prevenzione del consumo di tabacco

Le farmacie comunali scendono in campo per la prevenzione primaria del tabagismo. Infatti ASSOFARM (Federazione Aziende e Servizi Socio Farmaceutici), in collaborazione con GEA Progetto Salute, con la Società Italiana di Tabaccologia-SITAB e con Telecom Italia Learning Services, per l'anno scolastico 2005/2006, propone su scala nazionale il Progetto "La Scuola in Farmacia".

Il progetto coinvolge la maggior parte delle farmacie comunali presenti sul territorio nazionale e si rivolge ai giovani e agli studenti delle scuole medie. Il videogame "Air Defenders" (i difensori dell'Aria) è stato completato ed è in distribuzione nelle farmacie comunali italiane che hanno aderito. La locandina, che è affissa in farmacia è visibile nella pagina dedicata in www.gea2000.org/scuolainfarmacia.htm. "La Scuola in Farmacia" ha una valenza scientifica (raccolta di dati sui programmi scolastici per la prevenzione in merito di tabagismo e fumo negli ambienti confinati), e una valenza didattica (apprendimento attraverso il gioco). La vera novità del progetto consiste nel trattare il tema della prevenzione del consumo di tabacco in modo ludico e divertente.

È stato, perciò, realizzato il video-gioco "Air Defenders" rivolto ai ragazzi delle scuole medie con lo scopo di agevolare la comunicazione e la trasmissione di informazioni ai giovani. La progettazione didattica-multimediale del gioco è stata curata da Telecom Italia Learning Services, la redazione dei contenuti e la progettazione didattica è curata da esperti della Società Italiana di Tabaccologia-SITAB. Le farmacie effettueranno la raccolta e l'invio alla sede nazionale per l'elaborazione: http://www.assofarm.it/progetto_scuola.htm. I rilievi dell'indagine permetteranno di costruire una mappatura dei progetti scolastici di prevenzione, e verranno presentati in occasione del Convegno sul Tabagismo che avrà luogo a Roma nell'autunno 2006.

(Maurò Nanni)

Fonte:GEA-Progetto Salute



Quando le sigarette vanno in guerra



Al povero fan-
te che presi-
diava le trin-
cee sul Carso
erano conces-
se poche di-
strazioni. Gra-

tificazioni ancor meno. Mentre la neve scendeva a coprire i boschi di abeti e a sbiancare le montagne, dentro le tane costruite dall'uomo si cercava di resistere contro le forze più elementari della natura. Il freddo, la fame, la noia, la paura della morte. Ogni tanto un piede diventava blu e cominciava a far male. Si scioglievano le bende, si allentavano gli scarponi sempre insufficienti per proteggersi dal gelo, si cercava di fare qualcosa. E poi i pidocchi, la necessità di riempire la pancia, di sopravvivere nel momento in cui si dovevano superare di slancio i reticolati per raggiungere gli altri ragazzi che, con una divisa diversa, anche loro tremavano dalla paura dall'altra parte, e sparavano, sparavano a più non posso.

Raccontano i reduci che c'erano delle occasioni in cui la penuria di viveri si allentava e giungevano i generi di conforto in abbondanza: cognac, sigarette, zuppa calda. Era il segnale che di lì a poco ci sarebbe stato l'ennesimo massacro. Insieme all'alcol, le sigarette furono la droga povera della prima Guerra Mondiale. I consumi ebbero un'impen-
nata, che si ripeté puntualmente con la seconda Guerra Mondiale.

Ogni guerra ha le sue droghe. Il Vietnam ebbe l'eroina, la Bosnia di pochi anni fa vide i mercenari allevati a base di cocaina e poi scatenati nelle azioni militari come strani animali da esperimento, rabbiosi, violenti, spietati.

C'è un legame sottile che lega i passaggi storici più travagliati con un incremento delle forme di gratificazione drogistiche. Non a caso la naja, da sempre, corrisponde nella vita dei giovani col momento, spesso brusco, di separazione dal proprio ambiente e con una dura scuola di sopravvivenza in un contesto di relazioni difficili, artificiali, talvolta volutamente ostili. E non a caso è in

quel periodo che spesso si consolidano le esperienze di consumo di tabacco.

Le guerre moderne non sono diverse. Più del 50% dei soldati italiani impegnati in missioni all'estero fuma, più o meno come i militari turchi e in maniera doppia rispetto alla popolazione civile. È stato visto che in occasione di spedizioni in terra straniera ben il 28,5% dei casi aumenta in modo significativo il consumo di nicotina, tanto che questa rimane poi elevato anche al rientro in patria. Se si riflette su questi dati si comprende come in realtà il fumo sia un elemento negativo per la forma fisica dei militari, al punto che si può innestare un circolo vizioso tra fumo di sigaretta e scadimento delle performance, col risultato che le missioni operative diventano più rischiose.

Alla luce di tutto ciò non si capisce come il Ministro della Difesa italiano possa schierarsi su una linea di lassismo rispetto alle norme antifumo. Mentre all'inizio del suo mandato, stando all'articolo pubblicato sulla rivista Unuci, n. 11/12 2004, l'On. Martino si era dichiarato favorevole ad un programma di sensibilizzazione sui danni da fumo di disassuefazione tra le Forze Armate, le cose sono adesso drasticamente cambiate. Il progetto, elaborato nel 2002 e inviato il 5 maggio 2003 al Direttore Generale della Sanità Militare Gen. Michele Donvito, prevedeva il finanziamento della Commissione Europea, ma in realtà non è stato mai spedito al responsabile della sanità Militare Italiana. In una recente intervista al Ministro della Difesa, comparsa sul Corriere della Sera l'8 gennaio scorso, l'onorevole ha dichiarato di essere contrario alla legge Sirchia. Io a tavola voglio fumare ha detto al telefono dall'Oman, dove era in visita al suo collega Al-Busaidi.

Se il ristorante non vuole il mio fumo, non avrà neppure me. Più che dichiarazioni di un uomo politico sembrano un perfetto manuale di propaganda a favore del tabacco. Si passa dall'autoinganno elevato a furbizia (l'intervistato non legge la scritta di avvertimento sul pacchetto, ma il pacchetto lo infilo in

una custodia di pelle sulla quale c'è una scritta ben diversa.

C'è scritto: "Il fumo provoca straordinarie prestazioni". Me l'ha regalata una signora, ai paragoni strambi (Poniamo che mi diano fastidio gli obesi, che faccio, gli ordino di mettersi a dieta?). Si giunge al capovolgimento dei dati di realtà: Che senso ha vivere come se fossi malato per essere sano al momento del trapasso? La felicità sarebbe legata al fumare, la tristezza e la malattia al divieto di fumo. Le norme antifumo sarebbero una imposizione, al pari della legge sulla necessità di indossare il casco per chi guida il motorino.

Come sempre, dopo anni di feroce indifferenza rispetto ai diritti dei non fumatori, adesso che è arrivata legge, il Ministro tira fuori il problema della libera scelta. Bisogna educare, non imporre! Siamo d'accordo, diciamo. Bisogna educare.

Purché non lo si faccia con gli stessi metodi e soprattutto con l'esempio che il Ministro sta dando ai giovani e alle Forze Armate.

Naturalmente è libero di fumare, purché non in contrasto con una legge che ormai è dello Stato Italiano e non solo di chi l'ha proposta. Ed è solo in questo clima di tollerante libertà che ci permettiamo di suggerire una correzione sulla scritta che orna la custodia in pelle nella quale l'onorevole tiene le proprie sigarette. "Il fumo provoca prestazioni straordinarie"...non per molto. Aggiunga "Non per molto", signor Ministro. Noi che siamo bene informati le assicuriamo che quella signora non le voleva poi così bene.



*(Biagio Tinghino)
Responsabile Centro per la Prevenzione
e Trattamento del Tabagismo, ASL prov.
MI3, Monza; btinghi@tin.it*

*(Giuseppe Rossitto)
Pneumologo e tossicologo ASL 8, Siracusa*

FLUIFORT[®]

R05CB03

Carbocisteina sale di lisina monoidrato

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Fluifort 2,7 g granulato

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

1 bustina da 5 g contiene: principio attivo: carbocisteina sale di lisina monoidrato pari a 2,7 g di carbocisteina sale di lisina; per gli eccipienti, vedere 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Granulato

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche. Mucolitico, fluidificante nelle affezioni dell'apparato respiratorio acute e croniche.

4.2 Posologia e modo di somministrazione. 1 sola bustina al giorno o secondo prescrizione medica. In considerazione delle caratteristiche farmacocinetiche e della elevata tollerabilità, la posologia consigliata può essere mantenuta anche in pazienti con insufficienza renale ed epatica. Durata del trattamento: Carbocisteina sale di lisina monoidrato può essere impiegata anche per periodi prolungati, in questo caso è opportuno seguire i consigli del medico. Istruzioni per l'impiego della bustina: sciogliere il contenuto della bustina in circa mezzo bicchiere d'acqua mescolando bene.

4.3 Controindicazioni. Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ulcera gastroduodenale. Gravidanza ed allattamento. Pazienti di età pediatrica (al di sotto degli 11 anni).

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego. Non sono noti fenomeni di assuefazione o dipendenza. Fluifort 2,7 g granulato non influisce su diete ipocaloriche o controllate e può essere somministrato anche a pazienti diabetici. Fluifort 2,7 g granulato non contiene glutine; pertanto può essere somministrato a pazienti affetti da celiachia. Fluifort 2,7 g granulato contiene aspartame come dolcificante: tale sostanza è controindicata in soggetti affetti da fenilchetonuria.

4.5 Interazioni con altri farmaci e altre forme di interazione. In studi clinici controllati non sono state evidenziate interazioni con i più comuni farmaci di impiego nel trattamento delle affezioni delle vie aeree superiori ed inferiori né con alimenti e con test di laboratorio.

4.6 Gravidanza e allattamento. Sebbene il principio attivo non risulti né teratogeno né mutageno e non abbia mostrato effetti negativi sulla funzione riproduttiva nell'animale, Fluifort non deve essere somministrato in gravidanza (vedere 4.3). Poiché non sono disponibili dati relativi al passaggio di carbocisteina sale di lisina monoidrato nel latte materno, l'uso durante l'allattamento è controindicato (vedere 4.3).

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Non sono stati riportati, né sono ipotizzabili, effetti negativi del farmaco sulla capacità di guidare veicoli o usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati. L'esperienza derivata dalla commercializzazione di Fluifort evidenzia che la comparsa di effetti indesiderati è un evento molto raro. Basandosi sulla stima di pazienti esposti, segnalazioni spontanee di reazioni avverse sono state riportate in meno di un paziente ogni milione di pazienti esposti. Nella maggior parte dei casi i sintomi hanno avuto carattere transitorio e si sono risolti con la sospensione della terapia e, in alcuni casi, con trattamento farmacologico specifico. Le reazioni avverse riscontrate con Fluifort, tutte molto rare (incidenza <1/10.000), sono le seguenti: **Cute e annessi:** rash cutaneo, orticaria, eritema, esantema, esantema/eritema bolloso, prurito, angioedema, dermatite. **Sistema digestivo:** dolore addominale, nausea, vomito, diarrea. **Sistema nervoso:** vertigine. **Sistema cardiovascolare:** rossore. **Sistema respiratorio:** dispnea. È stato riportato un singolo caso di ipoguesia e parosmia in un paziente trattato con dosi più elevate di quelle raccomandate.

Le rarissime reazioni avverse che hanno avuto carattere di gravità (solo tre segnalazioni) includono solo casi di reazioni cutanee (orticaria, eritema e/o esantema, anche bolloso).

4.9 Sovradosaggio. Sono stati riportati rarissimi casi di reazioni avverse occorse in pazienti trattati con dosi di Fluifort 2-3 volte più alte di quelle raccomandate. In nessuno dei casi le reazioni hanno avuto carattere di gravità. I sintomi riportati in questi casi di sovradosaggio hanno coinvolto prevalentemente reazioni cutanee, con due casi singoli rispettivamente di eventi gastrointestinali e alterazioni dei sistemi sensoriali. È inoltre stato riportato un caso di un bambino di 9 anni trattato con una dose inadatta all'età (2,7 grammi/die per singola somministrazione). Il paziente ha ripetutamente manifestato vomito immediatamente dopo l'assunzione. Non esiste un antidoto specifico; si consiglia eventualmente di eseguire lavanda gastrica seguita da terapia di supporto specifica.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E TOSSICOLOGICHE ED ELEMENTI DI FARMACOCINETICA

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento; espettoranti escluse le associazioni con sedativi della tosse, mucolitici. Codice ATC: R05CB03. Carbocisteina sale di lisina monoidrato ristabilisce in modo dose-dipendente la viscosità e l'elasticità delle secrezioni mucose a livello sia delle alte che delle basse vie aeree. La sua efficacia nel normalizzare le secrezioni mucose sembra essere dovuta alla capacità di aumentare la sintesi di sialomucine, ripristinando pertanto il corretto equilibrio tra sialo- e fuco-mucine, elemento fondamentale di contribuire alla fluidità del muco. Inoltre carbocisteina sale di lisina monoidrato stimola la secrezione di ioni cloro nell'epitelio delle vie aeree, fenomeno associato a trasporto di acqua e di conseguenza, alla fluidificazione del muco. Nel coniglio la somministrazione orale di Carbocisteina sale di lisina monoidrato previene la riduzione del trasporto mucociliare determinata dall'instillazione intratracheale di elastasi esogena. Carbocisteina sale di lisina monoidrato produce un incremento dose-dipendente della concentrazione di lattoferrina, lisozima e di alfa1-antichimotripsina, indicando una ripresa funzionale delle cellule sierose delle ghiandole peribronchiali e dei loro meccanismi di sintesi proteica. Carbocisteina sale di lisina monoidrato ha dimostrato un'azione positiva nei confronti della produzione di IgA secretorie nasali e tracheobronchiali. Carbocisteina sale di lisina monoidrato inoltre migliora la clearance mucociliare e migliora la diffusibilità dell'antibiotico.

5.2 Proprietà farmacocinetiche. Carbocisteina sale di lisina monoidrato dopo somministrazione orale viene assorbita in modo pressoché totale e rapidamente. Il picco di assorbimento si ha in 1,5 - 2 ore. L'emivita plasmatica è di circa 1,5 ore. La sua eliminazione e quella dei suoi metaboliti avviene essenzialmente per via renale. Il prodotto è escreto tal quale nelle urine per il 30-60% della dose somministrata, la rimanenza è escreta sotto forma di vari metaboliti. Come tutti i derivati con il gruppo tiolico bloccato, carbocisteina sale di lisina monoidrato si fissa in modo specifico al tessuto broncopulmonare. Nel muco il farmaco raggiunge concentrazioni medie di 3,5 µg/ml, con un tempo di dimezzamento di circa 1,8 ore (dose 2 g/die). La biodisponibilità della carbocisteina non viene influenzata dalle differenti forme farmaceutiche.

5.3 Dati preclinici di sicurezza. Gli studi di tossicità acuta, di tossicità subacuta e cronica non hanno evidenziato manifestazioni di tossicità a dosaggi notevolmente superiori a quelli terapeutici consigliati (DL₅₀ in mg/kg: topo e ratto i.p. > 5760; topo e ratto p.o. > 13500. Dosi non tossiche negli studi cronici: 3 mesi cane p.o. = 300 mg/kg/die; 6 mesi ratto p.o. = 500 mg/kg/die). Studi di teratogenesi condotti su due specie animali (ratto e coniglio) non hanno evidenziato anomalie di organogenesi. Studi di tossicità riproduttiva condotti nel ratto hanno dimostrato che Carbocisteina sale di lisina monoidrato non interferisce sulla fertilità o riproduzione né sullo sviluppo embrionico, né su quello post-natale. Il prodotto non è correlato chimicamente con prodotti ad attività cancerogena ed è risultato non mutageno nei test di genotossicità "in vitro" ed "in vivo".

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Acido citrico, mannitolo, povidone, aroma naturale di cedro, aroma naturale di arancia, succo di arancia, aspartame.

6.2 Incompatibilità. Nessuna.

6.3 Periodo di validità. Tre anni.

La data di scadenza indicata si riferisce al prodotto in confezionamento integro correttamente conservato.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione. Nessuna

6.5 Natura e contenuto del contenitore. Bustine in carta/alluminio/politene. Confezione di 30 bustine da 5 g

6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione. Sciogliere il contenuto della bustina in circa mezzo bicchiere d'acqua mescolando bene.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Dompé farmaceutici s.p.a - Via San Martino, 12 - Milano. Concessionario per la vendita: Dompé s.p.a. - Via Campo di Pile - L'Aquila

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

AIC n. 023834056

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data di rinnovo: giugno 2005

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

giugno 2005

Università e prevenzione del tabagismo SITAB chiama le Università La Sapienza risponde

Silvia Pacella

Il 28 ottobre 2005 è stata finalmente formalizzata la convenzione didattica tra la Sitab e l'Università degli studi di Roma "La Sapienza", in merito alla formazione degli studenti della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (Box 1). Gli specialisti della Sitab metteranno a disposizione il proprio sapere allo scopo di integrare la formazione degli studenti attraverso corsi teorico-pratici, seminari e riunioni periodiche. Gli studenti potranno inoltre usufruire degli spazi e delle strutture messe a disposizione dalla Sitab presso i suoi uffici presidenziali (Box 2).

L'approdo della Sitab negli ambienti universitari racchiude una duplice valenza:

- 1) L'ulteriore riconoscimento istituzionale del lavoro incessante in ambito di salute, prevenzione, ricerca e formazione che la Società scientifica di Tabaccologia porta avanti con dedizione e passione dal 2000.
- 2) L'importante prospettiva del raggiungimento di una integrazione dei saperi e delle competenze, che troppo spesso è resa difficoltosa dalla chiu-

sura di enti ed istituzioni. Mai prima d'ora si era vagliata la concreta possibilità di inserire nella formazione universitaria corsi o programmi strutturati aventi per oggetto il Tabagismo, i problemi e le malattie fumo-correlate e la prevenzione.

Questa importante alleanza garantisce l'allargarsi della rete che la Sitab si è impegnata a costruire sin dalla sua nascita. La volontà di mettere in rete le proprie risorse professionali specialistiche ha infatti condotto la Sitab alla collaborazione con il Ministero della Salute, la Commissione Europea, la Le-



SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

Presidente:

Prof. Giacomo Mangiaracina (Dip. Scienze di Sanità Pubblica, Univ. La Sapienza, Roma).
mangiaracina@globalink.org

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dott. Vincenzo Zagà (Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL di Bologna)
vincenzo.zaga@fastwebnet.it

Segretario:

Dott. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 - Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia)
btinghi@tin.it

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)
- Prof. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo, SRNT)
- 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

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.

È 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, via G. Scialoja 39, 00136 Roma. Tel: 06-29722645, Fax: 06-233297645, 06-22116462, CP: 9640370054
Email presidenza: sitab.roma@tin.it - segreteria: sitab.milano@tin.it - internet: www.tabaccologia.org

Note alla Convenzione Università "La Sapienza" / SITAB

La Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) è una società scientifica con compiti istituzionali concernenti la formazione e la ricerca scientifica sul Tabacco, sulla sua coltivazione e produzione, sugli aspetti medico-psico-sociali legati al suo consumo, nonché quelli relativi alla prevenzione e al trattamento della dipendenza tabagica, e dei problemi Fumo-correlati (PFC).

La SITAB propone e porta avanti iniziative di formazione e aggiornamento continuo di operatori, anche collaborando con istituzioni, con il Ministero della Salute, con la Commissione Europea, e con organizzazioni internazionali.

Grazie a convenzioni formali stipulate, la SITAB offre la possibilità agli studenti dell'Università La Sapienza di svolgere tirocini e stage in sede.

Lavora in rete con vari organismi sociali e dispone delle seguenti strutture:

1. Uffici arretrati.
2. 6 portali e siti web.
3. Mailing List.
4. Redazione della rivista "Tabaccologia" e della e-News "Tabagismo & PFC".
5. Telefono, fax, computer in rete con collegamento 24 ore.
6. Materiale di consumo.
7. Piccole aule per una capienza massima di 15 allievi.

Gli uffici di presidenza hanno sede a Roma, in via Giorgio Scialoja 39.

Il Presidente
Prof. Giacomo Mangiaracina

ga Italiana per la Lotta contro i Tumori, Globalink International, la Société de Tabaccologie.

È tuttavia indispensabile che l'intero mondo universitario si attivi affinché tale importante collaborazione si diffonda in tutto il territorio nazionale e non solo nell'ambito della Facoltà di Medicina: gli importanti aspetti psicologici della dipendenza da tabacco, la diffusione sociale oltre che culturale del tabagismo, gli aspetti normativi ed i recenti

provvedimenti legati al consumo di tabacco in luoghi pubblici, il marketing attuato dalle multinazionali del tabacco, chiamano in causa a pieno titolo anche le Facoltà di Psicologia, Sociologia, Giurisprudenza, Economia e Commercio. Per questo la Sitab, nel presentare l'importante alleanza stretta con "La Sapienza" di Roma, invita le altre Università italiane ed europee a valutare l'opportunità di una collaborazione che non solo garantirebbe l'arricchimento della formazione e dell'aggiornamento continuo di studenti e specializzandi, ma anche il diffondersi della figura professionale specializzata dell'Operatore del Tabagismo, nonché il costituirsi di una rete più ampia in grado così di raggiungere maggiori risultati nella prevenzione e nella terapia del Tabagismo. ■

Silvia Pacella

GEA Progetto Salute - Area Psicologia, Roma

La SITAB fa pressing sul Governo per la ratifica della Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco dell'OMS (FCTC)

In occasione della prima sessione della "Conference of the Parties" del WHO FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), che si teneva a Ginevra dal 6 al 17 febbraio 2006, la SITAB ha scritto all'on. Gianfranco Fini Ministro degli Affari Esteri e a Francesco Storace, Ministro della Salute (ex nel momento in cui andiamo in stampa), sollecitandone una decisione tempestiva affinché anche l'Italia, ratificando l'FCTC, possa dotarsi delle misure legislative condivise e necessarie all'applicazione della Convenzione, contribuendo in modo importante alla difesa della salute della popolazione.

In tale occasione è stato fatto loro osservare che l'Italia, che aveva firmato la Convenzione quadro per il Controllo del Tabacco il 16 giugno 2003, a tutto il 6 di febbraio non aveva completato le procedure per la sua ratifica.

Si tratta di una palese contraddizione per un Paese come l'Italia, che oggi viene considerato a livello internazionale un esempio per la sua politica a tutela dei non fumatori (Segreteria SITAB). ■

Aderisci alla SITAB

Come da delibera del Comitato Direttivo Nazionale, l'iscrizione alla SITAB per l'anno 2006 è a titolo gratuito. Per iscriverti compila la scheda che puoi trovare su: www.tabaccologia.org e spediscila via mail alla segreteria SITAB: btinghi@tin.it





Tabac Mail

lettere a Tabaccologia

tabaccologia@infinito.it

@ Agopuntura nella disassuefazione, quale efficacia?

Spett.le Redazione

Da numerosi anni utilizzo l'agopuntura e l'auricoloterapia come approccio integrato alla disassuefazione dal fumo di sigaretta con risultati significativi. Riporto qui i risultati osservati su una casistica di 102 pazienti.

Vengono proposte 2 sedute di agopuntura somatica e auricolare (la seconda a distanza di 15/20 gg)

La terapia è caratterizzata dalla ricerca del punto auricolare specifico per il fumo facendo fumare il paziente durante la seduta. Il punto auricolare, una volta trovato con un detettore manuale, altera subito in vivo il gusto della sigaretta rendendolo amaro e/o indefinito. Si posizionano in 3 punti del padiglione auricolare (shemen-punto bocca-punto genitali esterni) piccoli aghi a semipermanenza della ditta ASP-Sedatelec che, successivamente, vengono stimolati con un magnete dal paziente 3 volte al giorno.

L'agopuntura somatica si effettua per circa 20' con aghi monouso sterili da agopuntura nei punti: 3LR-4LI-7LU-Yintang-Bitong. Prescrivo inoltre un prodotto omeopatico per os a base di Tabacum a dosaggio scalare per evitare il craving e N- acetilcisteina (NAC) 600 mg per 1 o 2 volte die sia per l'azione antiossidante sia per l'azione mucolitica.

Il campione studiato ha permesso alcune osservazioni:

- sono più numerosi i maschi delle femmine che desiderano la disassuefazione da sigarette
- Sono maggiormente rappresentati i Pazienti che fumano meno di 20 sigarette die.
- La maggioranza dei pazienti chiede di smettere di fumare per prevenire una serie di malattie.
- Su 102 pazienti è stato possibile, tramite contatto telefonico, un controllo a distanza su 88 di essi (86% del campione).

Di questi hanno smesso di fumare in 41 (46 %); hanno ripreso alcune sigarette (da 1 a 5) in 28 (32%); hanno ripreso come prima in 19 (22%); 69 Pazienti (41+28) su 88 del controllo a distanza corrispondente al 78% del campione (46%+32%) hanno espresso, pur con modulazioni diverse, il loro gradimento per la terapia intrapresa.

In conclusione sembra importante segnalare come l'approccio proposto permette di affrontare con discreto successo la

disassuefazione dal fumo di sigaretta. È determinante il counselling del medico, valutando attentamente le motivazioni al trattamento da parte del paziente ed evitando di slatentizzare altre situazioni psico-patologiche ben più complesse.

Dr. Sergio Perini

Medico di Medicina Generale e Psicoterapeuta
 Coordinatore e Docente del Corso di Perfezionamento in Agopuntura
 Facoltà di Medicina Università di Brescia
 Coordinatore Nazionale Snamid MNC

RISPOSTA

Il trattamento del tabagismo con agopuntura è una delle metodi che più frequentemente utilizzate, tra tutte le "terapie alternative". Negli ultimi anni in Italia, in particolare nei Ser.T. si sta diffondendo il ricorso al protocollo "Acudetox", caratterizzato dalla stimolazione, tramite aghi, di cinque punti auricolari bilateralmente, sia per le terapie di disassuefazione dal fumo che come coadiuvante in alcune forme di dipendenza (da alcool e da cocaina). Nella letteratura italiana sono comparsi diversi articoli che, coerentemente con l'esperienza del Dr. Perini, mostrano risultati positivi degli interventi di disassuefazione da tabacco. Il problema è che la maggior parte di questi studi non sono condotti con criteri rigorosi, tali da poter essere considerati attendibili ai fini delle metanalisi più importanti.

Una prima fonte di equivoco è costituita dai criteri di selezione dei pazienti e dal tipo di valutazione preliminare effettuata. Il confronto tra pazienti trattati con agopuntura e pazienti non trattati non è facile, in quanto di per sé già l'applicazione degli aghi costituisce un atto terapeutico "aggiuntivo" che interferisce col sistema osservato. Non è nemmeno agevolmente ipotizzabile un placebo, dal momento che l'infissione di aghi, anche in punti diversi, non può essere considerata un intervento "neutrale". Infine molti studi sono di tipo osservazionale e non prevedono la verifica dei risultati ottenuti con la misurazione del CO espirato o dei metaboliti della nicotina. È per questo motivo che le metanalisi, ed in particolari le revisioni della Cochrane, continuano a sostenere che l'efficacia dell'agopuntura è dubbia.

La Cochrane ha selezionato solo gli studi dove era stata effettuata una randomizzazione e dove erano stati strutturati dei gruppi di controllo. Oltre a ciò, il risultato della terapia era confermato da tests strumentali. I follow-up erano generalmente condotti a 6 settimane, a 6 mesi e a 12 mesi. I pazienti

perduti al follow-up erano considerati come fumatori. Sebbene subito dopo la terapia, in diversi casi, tra coloro che erano stati trattati con agopuntura c'era una percentuale maggiore di astinenti, nelle verifiche a media e lunga distanza non si rilevavano differenze significative con gli altri gruppi (OR 1.02, 95% CI 0.72 to 1.43). Osservazioni simili sono state compiute presso il Centro per la Diagnosi e Terapia del Tabagismo di Monza, che dirigo, attraverso uno studio osservazionale che ha coinvolto 60 pazienti trattati con Acudetox + terapia di gruppo e un controllo di 60 pazienti curati solo con terapia di gruppo. L'agopuntura attribuiva risultati superiori solo nel primo periodo dopo il trattamento, mentre a lunga distanza (1 anno) non era possibile verificare un incremento di efficacia nei trattati verso i controlli. Dalla letteratura internazionale non si evidenziano differenze di efficacia tra i vari metodi di applicazione degli aghi (per es. auricoloterapia vs. agopuntura somatica).

Nonostante, dunque, i risultati positivi così frequentemente osservati da alcuni centri o professionisti, occorre chiedersi se la maggiore efficacia, almeno all'inizio del trattamento, sia reale o se dovuta al maggior tempo dedicato ai pazienti.

Allo stesso modo si deve auspicare che vengano condotti studi con criteri tali e numerosità del campione sufficiente da poter fornire una risposta definitiva al problema.

D'altra parte, se fosse confermato un aumento del tasso di cessazione solo a breve termine, di per sé questo potrebbe essere considerato un risultato utile, quantomeno in una strategia di contenimento del danno da fumo. Ritengo personalmente che l'agopuntura possa essere una risorsa, purché identificata solo come un intervento di "supporto" nella disassuefazione e non una terapia cardine, ricordando che le uniche evidenze scientifiche affermate da anni sono limitate al bupropione, alla NRT e ai trattamenti psicologici (di gruppo o individuale), preferibilmente con un approccio integrato.

Biagio Tinghino

*Responsabile Centro per la Prevenzione
e Trattamento del Tabagismo, ASL prov. MI3, Monza*



Greetings

Gentile Direttore, gentile Redazione, ormai da alcuni anni riceviamo e leggiamo con piacere Tabaccologia, tra le poche riviste che si sfogliano con interesse sia per la qualità dei contenuti che per la piacevole e godibile veste grafica. Noi di ASMARA, Associazione dei Malati Asmatici, Respiratori ed Allergici, di Trapani, traiamo sovente interessanti spunti e immagini di qualità per attuare e rinnovare il nostro impegno di volontariato sul territorio: la Campagna Scolastica Antifumo, giunta quest'anno alla VI edizione.

Vi ringraziamo... e vi auguriamo buon lavoro



Giuseppe Di Marco - (giuseppedimarco@tin.it)
Pneumologia ASL9 Trapani - presidente di ASMARA



Integrazione delle competenze e priorità dell'analisi della domanda

Sono una psicologa, ed ho scelto di svolgere il tirocinio del mio percorso formativo universitario presso una organizzazione privata non lucrativa (Onlus). La scelta è nata dalla intenzione di esplorare la dimensione organizzativa del Terzo Settore, ossia l'area non istituzionale dei servizi sociali che sopperisce alle carenze dei servizi istituzionali e governativi ponendo in primo piano i bisogni umani e non i profitti, la cooperazione e non la competitività. In questa cornice sono nati e cresciuti i programmi di lotta al Tabagismo.

Ho avuto modo di constatare come nell'area della dipendenza tabagica l'assenza dei servizi pubblici è palesemente conclamata rispetto alla gravità del problema probabilmente perché i numerosi interessi economici che gravitano intorno alla distribuzione del tabacco non permettono di sviluppare adeguati progetti preventivi. Da questa prospettiva il mio interesse è stato innanzitutto quello di osservare ed analizzare il ruolo dello psicologo all'interno della realtà dei servizi sociali privati e nella fattispecie osservare come si dispiega la competenza dello psicologo verso un fenomeno così vecchio ma allo stesso tempo così nuovo come il Tabagismo.

La Tabaccologia è un'area del sistema sociale che potremmo definire delle "nuove utenze". Lo psicologo, e soprattutto lo psicologo in formazione, si viene a trovare a confronto con un tipo di utenza, i tabagisti, alla quale non viene attribuita, a partire dal mandato sociale, una domanda risolvibile in base all'utilizzazione di una qualche tecnica definita. I tirocinanti in psicologia si muovono in verità su un terreno pre-paradigmatico: non potendo procedere in nome di un'autorità riconosciuta e di un paradigma consolidato devono assumere una posizione esplorativa e dubitativa, di comprensione della relatività delle ottiche. Dunque proprio questa caratteristica della psicologia ottempera la richiesta di multidisciplinarietà del fenomeno tabagico. Svolgere il tirocinio di psicologia presso un'organizzazione che si occupa di tabagismo può rappresentare la fonte di molti stimoli conoscitivi per uno psicologo soprattutto in un momento come questo di radicali cambiamenti culturali prim'ancora che legislativi in questo ambito. L'attività operativa di un tirocinante psicologo, almeno sulla base della mia esperienza di tirocinio realizzato presso GEA Progetto Salute, si muove fondamentalmente attraverso quattro punti:

- **FORMAZIONE**, di medici, psicologi, operatori socio-sanitari e scolastici per ottemperare alla richiesta di multidisciplinarietà del fenomeno tabagico.
- **PREVENZIONE**, attraverso l'informazione, la documentazione, il lavoro di rete, gli interventi nelle scuole, la creazione e la partecipazione a campagne di sensibilizzazione.
- **TERAPIA** attraverso l'attuazione di programmi d'intervento multidisciplinari nel trattamento della dipendenza tabagica.
- **RICERCA** attraverso il monitoraggio e la valutazione dei programmi antifumo.

Studiare e analizzare da vicino le problematiche della dipendenza tabagica è come addentrarsi in una terra sconosciuta

per molto tempo lontana dall'attenzione degli psicologi, per ragioni che vale la pena di esplorare ed approfondire. Si ha l'opportunità unica di entrare in contatto con il dominio sconfinato e modesto della vita quotidiana nel quale nasce e agisce il rito ossessivo della sigaretta: la grande protagonista ma anche la grande assente della vita quotidiana in quanto se ne parla troppo poco sia a livello preventivo che terapeutico. Tra le definizioni che ruotano intorno al fumo, vi è quella di comportamento dannoso per la salute. Ciò rende necessaria la conoscenza dei danni che la sigaretta produce alla salute e dei meccanismi di base che rendono l'organismo vulnerabile al suo uso. Ma proprio in quanto comportamento, è indispensabile conoscere i processi psicologici che lo regolano e lo guidano a livello individuale (conoscenze, credenze, emozioni, motivazioni, processi decisionali e caratteristiche di personalità), ma anche quelli che lo influenzano a livello sociale.

In Italia il fumo provoca circa 80-90 mila morti l'anno. Confrontando questi dati con le morti in un anno per Alcolismo (30-40 mila/anno) e per Eroina (1.100/anno) ci si rende conto della necessità di dare priorità al problema in una dimensione multimodale concentrandosi non solo sulla "cura" in senso stretto ma approntando progetti sul piano formativo oltre che informativo che abbiano caratteristiche di appropriatezza e di efficacia verificabile. È proprio qui che si innesta la competenza psicologica quale competenza integrativa e non sostitutiva che entra in rapporto con diverse competenze potenziandole. Si palesa dunque necessario per uno psicologo tirocinante nello studio e nel trattamento della dipendenza tabagica una risoluzione della dicotomia medico/psicologo per avviarsi verso un'integrazione non di teorie e tecniche, ma di intenti. Il sapere medico non va in alcun modo disgiunto da quello psicologico ma deve procedere verso un'integrazione delle competenze in un'ottica multidisciplinare. C'è di più. Occorre a mio avviso orientare un lavoro di analisi della domanda dei fumatori e fondare di conseguenza gli interventi su una committenza costruita sui loro agiti emozionali piuttosto che su un mandato sociale. Ciò significa soprattutto un passaggio da una "monocultura arroccata", al "dialogo", inteso come processo co-creativo che procede secondo una logica di esplorazione, apprendimento e cambiamento reciproco.

Elisabetta Muto

Area Psicologia, GEA Progetto Salute - Onlus



Sul ruolo del Narghilè nella società d'oggi

Kamal Chaouachi, Ricercatore specializzato in Antropologia e Tabaccologia presso l'Università di Parigi, ha recentemente ed opportunamente commentato un articolo apparso su Tobacco Control 2005; 14:363-364. Vediamone i punti principali.



Non possiamo essere d'accordo con la seguente didascalia dell'immagine pubblicata nell'articolo:

"In Libano, i giovani e le donne sono il bersaglio di una campagna pubblicitaria di un nuovo prodotto a base di tabacco da utilizzarsi con il tradizionale narghilè".

È una interpretazione errata. La semiologia sociologica ci ha indicato che se vuoi vendere una macchina, devi raffigurarla con una bella ragazza sopra di essa. Quindi, in questo caso, in realtà il messaggio non è diretto ai "giovani e le donne", ma in primo luogo agli uomini.

Oltre a questo, il termine "colonna d'acqua" utilizzato nel titolo per intendere il narghilè non è appropriato. Esso infatti viene utilizzato solo in un certo tipo di letteratura orientalista o neo-orientalista, proprio come il termine un pò dispregiativo di "hubble bubble". Se entrate in un caffè in Medio Oriente o in Europa o Nord America al giorno d'oggi, e fate un'ordinazione di "water pipe", ovvero "colonna d'acqua", o "hubble bubble", nella maggior parte dei casi non vi capirà nessuno. È pertanto conveniente usare i termini che vengono utilizzati nel mondo reale a cui siamo interessati come scienziati al servizio della salute pubblica:

- "Narghilè" si usa largamente nel Vicino e Medio Oriente, dalla Turchia al Libano, Siria, etc., fino all'Iran ed anche in Italia;
- "Hookah" è abbastanza diffuso in Asia e nel mondo anglosassone;
- "Shisha" viene utilizzato in Nord Africa - Tunisia, Libia, Egitto e Marocco - ma è diffuso anche nella penisola Araba e nel Golfo Persico, e si sta diffondendo ovunque.

"La colonna d'acqua è uno modo tradizionale di fumare il tabacco in uso nei paesi Arabi e anche in Libano"

Non è esatto. È stato usato per secoli anche in Asia e in Africa, non solo nei paesi Arabi.

"Di recente, la tendenza nella scelta dei prodotti del tabacco è cambiata, e il narghilè sta diventando popolare tra i giovani e specialmente tra le donne, estromettendo la sigaretta, precedentemente il prodotto più popolare"

No, la tendenza generale non è cambiata. Il narghilè in realtà sta diventando popolare anche tra gli uomini, ma non sta affatto estromettendo la sigaretta. In alcuni paesi come il Libano, la gente fuma hookah e sigarette indistintamente. I tabaccologi non sono tanto interessati ai milioni di fumatori occasionali di narghilè che lo fumano una volta alla settimana o al mese, quanto ai doppi fumatori e a quelli che sono passati dalla sigaretta al narghilè. Dobbiamo focalizzarci sui differenti pattern di inalazione.

"Ironicamente, tenendo conto dei consumatori "consapevoli della propria salute", il nuovo prodotto arriva "impacchettato con la garanzia che nessuno l'ha toccato"

Ci dispiace dire che questo non è un nuovo prodotto. Per esempio, i produttori Indiani, come Afzal, mettono sul mercato questi prodotti da lungo tempo. Inoltre, questo tipo di marketing che i produttori occidentali hanno adottato ed ulteriormente sviluppato, sarà disponibile presto in tutto il mondo.

In generale, questo articolo è interessante e, malgrado questi equivoci, non possiamo che condividere la preoccupazione dell'autore riguardo a questo tipo di marketing. Qualsiasi pubblicità dei prodotti a base di tabacco dovrebbe essere proibita.

Kamal Chaouachi

Ricercatore specializzato in Antropologia e Tabaccologia - Parigi

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. NICOTINELL TTS 7 mg/24 ore cerotti transdermici. NICOTINELL TTS 14 mg/24 ore cerotti transdermici. NICOTINELL TTS 21 mg/24 ore cerotti transdermici.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA. Un cerotto transdermico da 10 cm² - 20 cm² - 30 cm² contiene rispettivamente:

NICOTINELL TTS	cerotto 10 cm ²	cerotto 20 cm ²	cerotto 30 cm ²
Principio attivo S(-)nicotina	mg 17,5	mg 35	mg 52,5
Dose media di S(-)nicotina rilasciata in vivo nelle 24 ore	mg 7	mg 14	mg 21
3. FORMA FARMACEUTICA. NICOTINELL TTS è un cerotto transdermico rotondo, piatto, di tipo a matrice, studiato per rilasciare nicotina in modo continuo dopo l'applicazione su di una zona di contatto. La S(-)nicotina penetra attraverso la cute per diffusione rendendosi così direttamente biodisponibile alla circolazione sistemica. La lamina protettiva ha forma rettangolare ed è incisa in un lato a ca 0,5 cm dal bordo per facilitarne la rimozione.			
Descrizione dei cerotti	10 cm ²	20 cm ²	30 cm ²
Dose media di S(-)nicotina rilasciata in vivo nelle 24 ore:	7 mg	14 mg	21 mg
Dimensioni (ca)	area del sistema	10 cm ²	20 cm ²
	diametro	36 mm	51 mm
	spessore	0,6 mm	0,6 mm
	lamina protettiva	43x41 mm	58x56 mm
	parete dorsale	giallo ocra	giallo ocra
	imbottitura e zona circostante	giallastro	giallastro
	lamina protettiva	rivestita d'alluminio, lucida su entrambi i lati	rivestita d'alluminio, lucida su entrambi i lati
Colore	CG CWC	CG FEF	CG EME
Marche (sulla parete dorsale)			



Per mantenere il gradiente di concentrazione necessario per la diffusione del farmaco, NICOTINELL TTS contiene una quantità di S(-)nicotina maggiore di quella effettivamente rilasciata nelle 24 ore. NICOTINELL TTS rilascia ca 0,7 mg/cm²/24 h di S(-)nicotina, per cui la dose media somministrata giornalmente dipende largamente dalle dimensioni dell'area di contatto del sistema. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche.** NICOTINELL TTS è indicato come coadiuvante nella disassuefazione dal tabagismo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione.**

Un sistema di NICOTINELL TTS deve essere applicato giornalmente e lasciato a contatto della pelle per 24 ore. Scegliere un'area di cute del tronco, della parte superiore del braccio o della coscia. La pelle non deve essere infiammata o escoriata in quanto ciò può alterare la quantità di nicotina assunta. Si deve usare una diversa area di cute ogni giorno ed attendere 3 o 5 giorni prima di utilizzare di nuovo la stessa area. Per permettere la perfetta adesione del sistema, la pelle deve essere pulita ed asciutta senza tracce di crema, lozione, olio o polvere. Se la presenza di peli interferisce con l'applicazione o la rimozione del sistema, essi possono essere tagliati ma non rasati in quanto ciò può irritare la pelle. Aprire con le forbici la bustina a prova di bambino. Rimuovere la parte più piccola della lamina di protezione rivestita d'alluminio. Evitare di toccare la parte adesiva ed applicare NICOTINELL TTS immediatamente dopo l'apertura della bustina rimuovendo la parte rimanente della lamina di protezione. Applicare il lato adesivo del NICOTINELL TTS sull'area scelta, premere bene con il palmo della mano per circa 10 secondi; una volta che il cerotto è applicato, non controllarne l'adesione tirandolo. NICOTINELL TTS deve essere lasciato sulla pelle per 24 ore. Dopo l'uso piegarlo a metà con il lato adesivo all'interno. Gettare il NICOTINELL TTS in modo che non sia raggiungibile dai bambini. I residui di adesivo rimasti sulla pelle possono essere eliminati con alcool. Applicare un nuovo NICOTINELL TTS su di un'altra area di cute. Il contatto con l'acqua (ad esempio in caso di bagno, doccia, nuoto) o l'attività fisica, non influiscono sull'applicazione di NICOTINELL TTS, che difficilmente si stacca. Nel caso che ciò accada, gettare il cerotto e sostituirlo con uno nuovo, applicato in una diversa area cutanea, continuando poi a seguire lo schema posologico originale. NICOTINELL TTS da 30 cm² è generalmente impiegato per i fumatori che consumano più di 20 sigarette al giorno. NICOTINELL TTS da 20 cm² è generalmente sufficiente per i soggetti che fumano fino a 20 sigarette al giorno. NICOTINELL TTS da 10 cm² assicura una ridotta sostituzione di nicotina prima della fine della terapia. Il trattamento dovrebbe essere iniziato con NICOTINELL TTS 30 cm² o 20 cm² a seconda del numero di sigarette fumate ogni giorno. La durata del trattamento è individuale; si potrà gradualmente ridurre l'uso del prodotto sostituendo le applicazioni giornaliere con NICOTINELL TTS 20 cm² e concludere il trattamento con NICOTINELL TTS 10 cm². NON SUPERARE LE DOSI CONSIGLIATE. **4.3 Controindicazioni.** Non fumatori o fumatori occasionali. Il prodotto è controindicato in gravidanza e durante l'allattamento. Poiché l'effetto divezzante di NICOTINELL TTS si esplica grazie all'assorbimento nel sangue di nicotina, NICOTINELL TTS è controindicato nei pazienti nei quali il fumo di tabacco sia stato proibito dal medico ed in particolare in: - soggetti in età pediatrica; - soggetti che abbiano avuto infarti o accidenti cerebrali; - soggetti che abbiano sofferto o soffrano di difetti di circolazione di qualsiasi natura; - soggetti che soffrano di palpitazioni, aritmie cardiache, malattie cardiache, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo, diabete e feocromocitoma; - soggetti con disturbi cutanei che possono complicare la terapia con i cerotti; - ipersensibilità nota alla nicotina. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.** - Non fumare e non assumere altre specialità medicinali contenenti nicotina; la nicotina supplementare può essere nociva. - Applicare solo un cerotto per volta. - In caso di patologie gastrointestinali, l'assunzione di NICOTINELL TTS deve avvenire sotto costante controllo del medico. - Non usare su cute non integra o infiammata. - Se si sviluppano o si aggravano cefalee, vertigini, aritmie, disturbi gastrici o nausea, o compaiono reazioni cutanee gravi o persistenti, rimuovere il cerotto ed interrompere il trattamento. - Non esporre il cerotto, una volta applicato, a forte luce solare per periodi di tempo prolungati. - I prodotti contenenti nicotina devono essere tenuti fuori della portata dei bambini e riposti in luogo sicuro dopo l'uso. - I cerotti sono ad esclusivo uso esterno. - Dopo un breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili o se l'effetto del farmaco è troppo forte o troppo debole, consultare il medico. Comunque si consigliano controlli medici periodici, in modo da verificare i progressi nell'abbandono del fumo. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione.** La sospensione del fumo, con o senza sostituti della nicotina, può alterare la risposta a concomitanti terapie farmacologiche negli ex fumatori. Si ritiene che il fumo aumenti il metabolismo e quindi abbassi i livelli ematici di farmaci come: fenacetina, caffeina, teofillina, imipramina e pentazocina. Smettere di fumare può quindi provocare un aumento dei livelli plasmatici di questi farmaci o diminuire l'assorbimento della glutetimide ed il metabolismo di primo passaggio del propofol. Sono stati riportati altri effetti del fumo quali una ridotta azione diuretica della furosemide e diminuita gittata cardiaca che possono essere collegati agli effetti ormonali della nicotina. Smettere di fumare può invertire queste azioni. Sia il fumo che la nicotina possono aumentare le catecolamine e il cortisolo in circolo. La terapia con agonisti o bloccanti adrenergici deve essere modificata. Pertanto, in caso di concomitanti terapie è necessario consultare il medico. Note di sicurezza per i bambini. Ogni sistema di NICOTINELL TTS è sigillato in una bustina a prova di bambino per le seguenti ragioni: la nicotina è una sostanza altamente tossica; anche dosi di nicotina tollerate da adulti in corso di trattamento con NICOTINELL TTS possono provocare gravi sintomi di avvelenamento nei bambini piccoli. In altre parole l'applicazione accidentale di NICOTINELL TTS da parte di un bambino può risultare fatale se non nota in tempo. NICOTINELL TTS deve essere quindi tenuto fuori della portata dei bambini sia prima che dopo l'uso, in quanto contiene ancora nicotina dopo la sua rimozione. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Il fumo produce effetti collaterali sulla gravidanza umana ed è noto che la nicotina provoca reazioni secondarie sulla gravidanza degli animali. NICOTINELL TTS è quindi controindicato in gravidanza e durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari.** La nicotina agisce come stimolante del sistema nervoso centrale. Impiegando le dosi raccomandate di NICOTINELL TTS non si prevedono effetti secondari sul tempo di reazione. **4.8 Effetti indesiderati.** L'assunzione di nicotina, specie se troppo prolungata, può risultare to-

sica e dare dipendenza. Gli effetti collaterali, generalmente di lieve entità, sono: irritazione cutanea, nausea, cefalea, disturbi del sonno e vertigini. L'irritazione cutanea può essere ridotta al minimo, variando giornalmente la zona di applicazione. **4.9 Sovradosaggio.** Sintomi da sovradosaggio possono comparire usando più di un cerotto al giorno o usando nicotina sotto altre forme. **Effetti tossici acuti.** Segni e sintomi da sovradosaggio dovrebbero essere identici a quelli provocati da avvelenamento acuto da nicotina. Nei bambini e negli adulti non fumatori, essi comprendono pallore, sudorazione, nausea, salivazione, vomito, crampi addominali, diarrea, cefalea, capogiri, disturbi dell'udito e della visione, tremore, confusione mentale, debolezza muscolare, convulsioni, prostrazione, assenza di reazione neurologica e insufficienza respiratoria. Dosi letali possono produrre convulsioni, seguite da morte come risultato di insufficienza cardiaca o più frequentemente paralisi respiratoria periferica o centrale. La dose letale acuta di nicotina per via orale negli adulti non fumatori è di circa 60 mg. **Trattamento del sovradosaggio.** Nel caso che il paziente evidenzii sintomi da sovradosaggio, il NICOTINELL TTS deve essere immediatamente rimosso. Lavare con acqua (senza sapone) la superficie cutanea ed asciugare. La cute continuerà a rilasciare nicotina nel sangue per parecchie ore dopo la rimozione del cerotto, probabilmente a causa di un deposito di nicotina nella cute. Altre misure comprendono la respirazione artificiale in caso di paralisi respiratoria, il mantenimento della normale temperatura corporea e trattamenti convenzionali della brusca caduta pressoria o del collasso cardiovascolare. **5. Proprietà farmacologiche. 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: sostanze contro il fumo. Meccanismo d'azione e effetti farmacodinamici: La S(-)nicotina agisce principalmente sui recettori colinergici di tipo nicotinico nel sistema nervoso periferico e centrale. Per molti effetti, piccole dosi di S(-)nicotina hanno un'azione stimolante, alte dosi un effetto depressivo. La somministrazione discontinua di S(-)nicotina produce un'attivazione delle vie neuroendocrine: rilascio di acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina, vasopressina, beta-endorfina, ormone della crescita, cortisolo e ACTH. Gli effetti della nicotina sull'uomo sono complessi: dipendono dalla dose, dalla velocità di rilascio, dal tono autonomo prevalente, dalle variazioni individuali e dalle precedenti esposizioni (tolleranza). **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** La nicotina è assorbita rapidamente dalla cute e passa nella circolazione sistemica. Il profilo di assorbimento dopo un'applicazione singola di NICOTINELL TTS a fumatori sani mantenuti in astinenza, presenta un ritardo iniziale di 1-2 ore seguito da un progressivo aumento delle concentrazioni plasmatiche, raggiungendo un plateau 8-10 ore circa dopo l'applicazione. Dopo la rimozione del sistema, le concentrazioni plasmatiche calano molto più lentamente di come sarebbe prevedibile dall'emivita di eliminazione della nicotina dopo infusione intravenosa, che è di circa 2 ore. Circa il 10% della quantità totale di nicotina che raggiunge la circolazione, viene rilasciata dalla cute dopo rimozione del NICOTINELL TTS 30 cm². La S(-)nicotina è distribuita ampiamente nell'organismo, con un volume di distribuzione di ca 180 l (da 1 a 3 l/kg). Essa attraversa la barriera ematoencefalica e la placenta e si ritrova anche nel latte materno. Essa è eliminata principalmente attraverso il metabolismo epatico (metaboliti primari: cotinina, nicotina 1-N-ossido) e la cotinina viene poi ancora ampiamente metabolizzata. **5.3 Dati preclinici di sicurezza. Tossicità acuta.** La DL₅₀ per via intraperitoneale nel topo è 11,6 - 15,8 mg/kg. **Mutagenesi.** In un test su E. coli, la nicotina ha provocato danni al DNA. In test su sistemi batterici e in prove citogenetiche con colture di cellule di mammifero la nicotina non ha evidenziato una potenziale azione genotossica. **Carcinogenesi.** Quale ingrediente del fumo di tabacco, che contiene potenti agenti carcinogeni, la nicotina è generalmente implicata come cocarcinogena. La nicotina di per sé non sembra essere un potenziale carcinogeno negli animali da laboratorio. **Tossicità della riproduzione.** Studi di teratogenesi con-

dotti con la nicotina su parecchie specie animali hanno dimostrato un ritardo nella crescita fetale non specifico. **6. Informazioni farmaceutiche. 6.1 Lista degli eccipienti.** Deposito sostanza attiva: Eudragit E 100. Parete dorsale e lamina protettiva: film poliestere rivestito d'alluminio, film di poliestere colorato. **Strato matrice 1,2 e 3:** Durotak 387-2516, Eudragit E 100, olio di cocco frazionato. **Imbottitura:** Carta (26 g/m²). **Strato adesivo (aderisce alla pelle):** Durotak 387-2516, olio di cocco frazionato. **6.2 Incompatibilità.** Nessuna nota. **6.3 Validità.** 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Conservare a temperatura inferiore a 25°C. **6.5 Natura e capacità del contenitore.** Bustine a prova di bambino di carta/alluminio/poliammide/poliacrilnitrile. 7 cerotti da 10 cm² - 7 cerotti da 20 cm² - 7 cerotti da 30 cm². **6.6 Istruzioni per l'uso.** Si veda il paragrafo "Posologia e modo di somministrazione". **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Novartis Consumer Health S.p.A., Origlio (Varese). **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** NICOTINELL 7 mg/24 ore cerotti transdermici, 7 cerotti da 10 cm² (A.I.C. n. 027956109) - NICOTINELL 14 mg/24 ore cerotti transdermici, 7 cerotti da 20 cm² (A.I.C. n. 027956111) - NICOTINELL 21 mg/24 ore cerotti transdermici, 7 cerotti da 30 cm² (A.I.C. n. 027956123). **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE.** D.M. 13.01.1992 (G.U. del 16.01.1992). **10. EVENTUALE TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO IL DPR 309/90.** Non pertinente. **11. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO.** Medicinale di automedicazione. **12. ULTIMA REVISIONE DEL TESTO DA PARTE DEL MINISTERO.** Giugno 2003. **13. EDIZIONE.** Giugno 2003.

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE. Nicotinell®, Mint 2 mg pastiglie. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Una pastiglia contiene 2 mg di nicotina corrispondente a 6,144 mg di nicotina bitartrato diidrato. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Pastiglia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1. INDICAZIONI TERAPEUTICHE.** Per alleviare i sintomi da astinenza di nicotina, in caso di dipendenza da nicotina come coadiuvante per smettere di fumare. Consiglio e supporto normalmente aumentano la percentuale di successo. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie è destinato a fumatori con una dipendenza dalla nicotina da media a forte o per coloro che non sono riusciti in precedenza a smettere di fumare con l'aiuto di Nicotinell Mint 1 mg pastiglie. In caso di dipendenza media dalla nicotina, si raccomanda di utilizzare le pastiglie da 1 mg. L'uso contemporaneo di caffè, bibite acide o analcoliche può diminuire l'assorbimento di nicotina nel cavo orale. Si devono pertanto evitare queste bevande nei 15 minuti prima di succhiare la pastiglia. **Bambini e ragazzi.** Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie non deve essere somministrato a persone al di sotto dei 18 anni di età senza aver consultato un medico. Non c'è esperienza nel trattare gli adolescenti sotto i 18 anni di età con Nicotinell Mint 2 mg pastiglie. **Adulti e anziani.** Il dosaggio iniziale deve essere personalizzato sulla base della dipendenza da nicotina dei pazienti. Quando si sente l'impulso di fumare si deve succhiare una pastiglia. Inizialmente deve essere presa una pastiglia ogni 1-2 ore. La dose abituale è di 8-12 pastiglie al giorno. Generalmente, la dose massima giornaliera deve essere di 15 pastiglie. In alcuni casi, i fumatori con una forte dipendenza possono necessitare più di 15 pastiglie da 2 mg al giorno. In questi casi, e per una durata limitata, può essere utilizzato un massimo di 20 pastiglie al giorno. Si raccomanda di smettere di fumare quando si inizia ad utilizzare Nicotinell Mint 2 mg pastiglie. **Istruzioni per l'uso:** 1. Succhiare una pastiglia sino a che il sapore diventa intenso. 2. A questo punto mantenere la pastiglia tra la guancia e la gengiva. 3. Non appena il gusto svanisce, riprendere a succhiare la pastiglia. 4. La procedura da seguire per succhiare andrà adattata individualmente e deve essere ripetuta fino a che la pastiglia si dissolve completamente (circa 30 minuti). La durata del trattamento è individuale. Generalmente, il trattamento deve continuare per almeno 3 mesi. Dopo 3 mesi, si deve gradualmente ridurre il numero di pastiglie o in alternativa si deve passare a pastiglie da 1 mg e quindi ridurre gradualmente il numero di pastiglie al giorno. Quando il dosaggio è stato ridotto a 1-2 pastiglie al giorno, il trattamento deve essere interrotto. L'impiego di prodotti contenenti nicotina come Nicotinell Mint 2 mg pastiglie oltre i 6 mesi, in genere non è raccomandato. Alcuni ex fumatori possono necessitare di un trattamento più lungo con la pastiglia per evitare di riprendere a fumare. Nicotinell Mint 2 mg pastiglie non contiene zucchero. **4.3. Controindicazioni.** Ipersensibilità a qualsiasi eccipiente della pastiglia. Nicotinell Mint 2 mg pastiglie non deve essere usato dai non fumatori. L'impiego è controindicato in pazienti durante il periodo immediato post infarto, angina pectoris instabile o ingravemente (inclusa l'angina di Prinzmetal), aritmie cardiache gravi ed eventi cerebrovascolari recenti. **4.4. Avvertenze speciali e speciali precauzioni per l'uso.** La nicotina può stimolare la produzione di adrenalina. Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie deve essere impiegato con cautela nei pazienti con ipertensione non controllata, angina pectoris stabile, patologie cerebrovascolari, malattie arteriose periferiche occlusive, scompenso cardiaco, diabete mellito, ipertiroidismo o feocromocitoma e grave compromissione della funzionalità renale e/o epatica. L'ingestione di nicotina può esacerbare i sintomi in pazienti affetti da esofagite attiva, infiammazione orale e faringea, gastrite o ulcera peptica. Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie contiene aspartame che viene metabolizzato in fenilalanina, particolare di rilevanza nei pazienti affetti da fenilketonuria. **4.5. Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione.** Il fumo è associato all'aumento dell'attività del CYP1A2. Smettere di fumare può provocare la riduzione della clearance dei substrati di questo enzima. Ciò può portare ad un incremento del livello plasmatico di alcuni medicinali di potenziale rilevanza clinica, in caso di prodotti con una ristretta finestra terapeutica, quali ad esempio teofillina, tacrina e clozapina. Inoltre l'interruzione del fumo può aumentare la concentrazione plasmatica di altri medicinali parzialmente metabolizzati dal CYP1A2, quali ad esempio imipramina, olanzapina, clomipramina e fluvoxamina, sebbene i dati disponibili siano scarsi e il possibile significato clinico di questo effetto per tali medicinali sia sconosciuto. Un numero limitato di dati indica che il metabolismo del flecainide e della pentazocina può essere indotto dal fumo. **4.6. Impiego durante la gravidanza e l'allattamento. Gravidanza:** Nella fumatrice gravida lo scopo deve essere di raggiungere la completa cessazione del fumare prima del terzo trimestre di gravidanza per il rischio perinatale. Il fumare proseguito durante il terzo trimestre può portare a ritardo della crescita intrauterina o anche a nascita prematura o parto di feto morto, a seconda della quantità giornaliera di tabacco. Conseguentemente, • nelle donne gravide la completa cessazione del fumare tabacco deve sempre essere raccomandata senza terapia sostitutiva con nicotina; • comunque, in caso di fallimento in fumatrici gravide con elevata dipendenza, può essere raccomandata l'interruzione del tabacco attraverso terapia sostitutiva con nicotina. Infatti, il rischio fetale è probabilmente inferiore di quello atteso con il fumare tabacco, a causa di: - inferiore concentrazione plasmatica massima di nicotina rispetto a quella con la nicotina inalata - nessuna esposizione addizionale agli idrocarburi policiclici ed al monossido di carbonio - probabilità aumentate di smettere di fumare entro il terzo trimestre. L'interruzione del tabacco con o senza terapia sostitutiva con nicotina non deve essere intrapresa da sola ma come parte di un programma di cessazione del fumare con supervisione medica. Nel terzo trimestre la nicotina ha effetti emodinamici (ad esempio modifiche nella frequenza cardiaca fetale) che possono influenzare il feto in prossimità del parto. Perciò, dopo il sesto mese di gravidanza, la pastiglia deve essere usata solamente sotto supervisione medica nelle fumatrici gravide che hanno fallito di smettere di fumare entro il terzo trimestre. **Allattamento:** la nicotina è escreta nel latte materno in quantità che possono influenzare il bambino anche in dosi terapeutiche. La pastiglia, come il fumare di per sé, deve perciò essere evitato durante l'allattamento al seno. Se l'interruzione del fumo non dovesse essere raggiunta, l'uso della pastiglia da parte di fumatrici che allattano al seno deve essere iniziato dopo consiglio da parte di un medico. Nel caso in cui la terapia sostitutiva con nicotina venisse usata nel corso dell'allattamento al seno, la pastiglia deve essere assunta subito dopo l'allattamento al seno e non durante le due ore precedenti l'allattamento al seno. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.** La cessazione del fumo può provocare cambiamenti comportamentali. Quando la pastiglia è impiegata secondo il dosaggio raccomandato non c'è evidenza di alcun rischio associato alla guida o all'operare su macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie può causare reazioni avverse simili a quelle associate alla nicotina somministrata in altri modi. Queste possono essere attribuite agli effetti farmacologici della nicotina che sono dose-dipendenti. La maggior parte degli effetti indesiderati che sono stati riferiti dai pazienti si verificano generalmente durante le prime 3-4 settimane dopo l'inizio della terapia. La nicotina rilasciata dalle pastiglie può in qualche caso causare una leggera irritazione della gola e aumentare la salivazione all'inizio del trattamento. Un'eccessiva ingestione di nicotina rilasciata nella saliva può, all'inizio, causare singhiozzi. I soggetti con predisposizione alla indigestione possono soffrire, all'inizio del trattamento, di lieve dispepsia o bruciore di stomaco. Succhiare più lentamente la pastiglia generalmente permette di superare questo problema. È possibile che un eccessivo consumo di pastiglie da parte di soggetti non dipendenti dal fumo di sigaretta, provochi nausea, svenimento e cefalea. **Comuni (>1/100): Generali:** vertigini, cefalea. **Gastro-intestinali:** nausea, flatulenza, singhiozzi, epigastrite, secchezza delle fauci ed irritazione del cavo orale e dell'esofago. **Meno comuni (1/100 - 1/1000): Circulatori:** palpitazioni. **Rari (<1/1000): Circulatori:** aritmia atriale. Certi sintomi che sono stati segnalati come debolezza, cefalea e insonnia, possono essere ascritti tra i sintomi da astinenza a seguito dell'interruzione del fumo e possono essere causati da una insufficiente somministrazione di nicotina. Dopo aver smesso di fumare si possono sviluppare malattie da raffreddamento ma non è chiaro se vi sia una qualche relazione con il trattamento con nicotina. Il paziente potrebbe sentire ancora dipendenza da nicotina dopo aver smesso di fumare. **4.9. Sovradosaggio.** In caso di sovradosaggio, si possono manifestare i sintomi tipici provocati da fumo intenso. La dose letale acuta per via orale di nicotina è di circa 0,5-0,75 mg per kg di peso corporeo, corrispondenti in un adulto a 40-60 mg. Nei bambini anche piccole quantità di nicotina sono pericolose e possono dare luogo a sintomi gravi di avvelenamento che possono risultare fatali. Qualora si sospettasse un'avvelenamento in un bambino, si deve consultare immediatamente un medico. Un sovradosaggio da Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie si può verificare solamente nel caso in cui molte pastiglie vengano succhiate simultaneamente o in rapida successione. Un rischio da sovradosaggio è comunque basso poiché nella fase iniziale generalmente si manifestano nausea e vomito. Generalmente i sintomi di avvelenamento da nicotina includono: debolezza, sudorazione, salivazione, bruciore di gola, nausea, vomito, diarrea, dolore addominale, disturbi all'udito ed alla vista, cefalea, tachicardia e aritmia cardiaca, dispnea, prostrazione, collasso circolatorio, coma e convulsioni terminali. **Trattamento del sovradosaggio:** In caso di sovradosaggio, si deve indurre il vomito con sciroppo di ipocucaina o praticare una lavanda gastrica (dono tubo calibrato). Successivamente, inserire attraverso il tubo una sospensione di carbone attivo e lasciarla nello stomaco. In caso di bisogno si deve attivare la respirazione artificiale con ossigeno, continuandola fino a che è necessario. Altre terapie, che includono il trattamento dello shock, sono esclusivamente sintomatiche. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1. Proprietà farmacodinamiche.** Codice ATC: N07BA01. Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie mima gli effetti farmacologici della nicotina da fumo di sigaretta. Studi clinici hanno dimostrato che i prodotti sostitutivi della nicotina, alleviando i sintomi dell'astinenza, possono aiutare i fumatori ad astenersi dal fumare. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** La quantità di nicotina assorbita dipende dalla quantità rilasciata nella cavità orale e assorbita attraverso la mucosa boccale. La maggior parte di nicotina contenuta in Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie è assorbita attraverso la mucosa boccale. Una porzione, a seguito dell'ingestione di saliva contenente nicotina, raggiunge lo stomaco e l'intestino dove viene inattivata. La biodisponibilità sistemica della nicotina è bassa a causa dell'effetto da primo passaggio nel fegato. Di conseguenza, durante il trattamento con Nicotinell® Mint 2 mg pastiglie di rado si raggiungono l'alta e rapida concentrazione sistemica di nicotina osservata in caso di fumo. Il volume di distribuzione dopo somministrazione di nicotina per via endovenosa, è di circa 2-3 l/kg e l'emivita è di 2 ore. La nicotina è metabolizzata principalmente nel fegato e la clearance plasmatica è approssimativamente 1.2 l/min; la nicotina inoltre è metabolizzata nei reni e nei polmoni. La nicotina attraversa la barriera emato-encefalica. Sono stati identificati più di 20 metaboliti, tutti ritenuti essere meno attivi della nicotina. Il principale metabolita è la cotinina che ha una emivita di 15-20 ore ed una concentrazione plasmatica di circa 10 volte superiore a quella della nicotina. La nicotina legata alle proteine plasmatiche è meno del 5%. Non si prevede che cambiamenti nel legame della nicotina a seguito dell'uso contemporaneo di farmaci o per uno stato alterato dovuto a malattia, abbiano effetti significativi sulla cinetica della nicotina. I principali metaboliti nelle urine sono la cotinina (15% della dose) e la trans-3-idrossi-cotinina (45% della dose). Circa il 10% della nicotina è escreto immutato. In caso di aumentata diuresi e acidità al di sotto di pH 5, l'escrezione con le urine può aumentare fino al 30%. Il picco della concentrazione plasmatica di una pastiglia da 2 mg, dopo dose singola, è di circa 4,8 ng/ml e la massima concentrazione allo steady state è di circa 22,5 ng/ml (la concentrazione plasmatica media di nicotina dopo aver fumato una sigaretta è di circa 15-30 ng/ml). Il picco della concentrazione plasmatica si raggiunge circa 48 minuti dopo aver succhiato una singola pastiglia e dopo circa 30 minuti allo steady-state. Studi clinici hanno dimostrato che esiste una proporzionalità lineare dose-concentrazione tra le pastiglie da 1 mg e 2 mg di Nicotinell® Mint sia per C_{max} sia per AUC. I T_{max} sono simili per entrambe le concentrazioni. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** Non ci sono dati preclinici sulla sicurezza delle pastiglie di nicotina. Sebbene la maggior parte dei test genotossici effettuati abbia evidenziato risultati negativi, alcuni di essi sono stati positivi cosicché non può essere tratta nessuna conclusione definitiva sull'attività in senso genotossico della nicotina. Studi epidemiologici hanno evidenziato una certa correlazione tra il fumare ed una ridotta crescita e sviluppo del feto. Esperimenti animali hanno identificato che soprattutto la nicotina nel fumo di tabacco è responsabile di questi effetti, dal momento che induce perdite post impianto e riduce la crescita dei feti. I risultati dei saggi di carcinogenesi non hanno fornito alcuna evidenza chiara di un effetto cancerogeno della nicotina. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1. Elenco degli eccipienti.** Maltitolo, sodio carbonato anidro, sodio bicarbonato, dispersione di poliacrilato, gomma xantana, silice anidra colloidale, levomentolo, olio di menta piperita, aspartame, magnesio stearato. **6.2. Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3. Periodo di validità.** 36 mesi. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** Conservare a temperatura non superiore ai 25°C. Conservare nella confezione originale. **6.5. Natura del contenitore e confezioni.** 12, 36, 96 e 204 pastiglie confezionate in blister opaco costituito da un foglio di alluminio e un film in PVC/PE/PVDC/PE/PVC. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6. Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Novartis Consumer Health S.p.A., Largo U. Boccioni 1-Origgio (VA). **8. NUMERO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 12 pastiglie - A.I.C. n.; 36 pastiglie - A.I.C. n.; 96 pastiglie - A.I.C. n.; 204 pastiglie - A.I.C. n. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Dicembre 2003. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Dicembre 2003.

Congressi & eventi

ITALIA

28-29 marzo 2006

Bari: Hotel Excelsior Congressi: Forum ACCP - Patologie emergenti da sostanze d'abuso in pneumologia

9, 16, 30 gennaio; 6, 20 febbraio; 6, 13, 27 marzo; 3, 24 aprile; 8, 15, 31 maggio; 5, 19 giugno; 9 ottobre 2006

Firenze: Corso di Perfezionamento post-laurea in Problemi e Patologie Tabacco-correlati (PPTC). Info: m.ameglio@usl7.toscana.it

12-13 maggio 2006

Roma: Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria - L'Empowerment dell'Operatore Tabagismo - Corso di Perfezionamento. SITAB, Scuola di Spec. Igiene e Medicina Preventiva 2° facoltà di Medicina "La Sapienza", Centro Policlinico senza Fumo Umberto I, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. ECM per medici. Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, sala Alessandrina, Lungotevere in Sassia 3, complesso del Santo Spirito. Info: centrostudi@tabagismo.it. Info-tel: 340.7088301.

27 maggio 2006

Giornata Nazionale del Respiro - 27 maggio 2006. Informazioni: www.pazientibpco.it

31 maggio 2006

Roma: Giornata Mondiale senza Tabacco (OMS): "Mortale sotto qualsiasi maschera".

17, 23 giugno 2006

Campagna Tabagismo Europea "HELP". Stand e operatori in piazza: (Milano, "Notte Bianca", 17 giugno), (Firenze, 23 giugno), (Roma, 27 Maggio). Info: gea2000@fastwebnet.it

INTERNAZIONALI

14 march 2006

Lausanne, Switzerland: Colloque de tabacologie de 13h à 14h: "Smoking cessation clinics" en Suisse: rêve ou réalité?

Prof. C. Bolliger, Department of Internal Medicine, University of Stellenbosch, South Africa - Polyclinique Médicale Universitaire, salle Andros (08/1205).

31 march 2006

Birmingham, United Kingdom: Smoking relapse prevention and management. Info: info@pipmason.com

26 - 27 april 2006

Castellón (Universitat Jaume I), Spain: IV Congreso Valenciano y VI Jornadas Castellón Ciudad Sana Sobre Tabaquismo.

13 - 16 july 2006

Washington DC, United States : 13th World Conference on Tobacco Or Health (secretariat2006@cancer.org).

30 august 2006

Madrid, Spain: Master en Tabaquismo.

14 - 19 November 2006

New Delhi, India: Global Youth Health Meet.

24-28 August 2007

Beijing, China: 10th World Conference on Tobacco or Health.



Corso di aggiornamento per operatori e conduttori dei programmi antifumo

L'Empowerment dell'Operatore Tabagismo

Roma, 12-13 maggio 2006

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, sala Alessandrina, Lungotevere in Sassia 3, complesso del Santo Spirito. Info: centrostudi@tabagismo.it. Info-tel: 340.7088301

12 maggio ore 18.00: Assemblea ordinaria SITAB per il rinnovo del Consiglio Direttivo Nazionale, valutazione Progetti, varie. Hanno diritto di voto i Soci con iscrizione da almeno 30 gg.

