

Organo Ufficiale
della Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

2
2003

Official Journal
of the Italian Society
of Tobaccology

ANNO I

www.tabaccologia.org

Tabaccologia

tobaccology

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



L'insostenibile leggerezza delle light • Miss Universo Smoke-Free
Oncogenesi dei radicali liberi • Fitoterapia & disassuefazione

DVD

TECHNICAL PUBLISHING

COMMUNICATION LEARNING

MARKETING

INTERNET BUSINESS CONSULTING

DIGITAL DESIGN

VIDEO VIRTUAL ANIMATION

LEARNING

SOFTWARE



Q:2003

MULTIMEDIA

MARKETING SOFTWARE

TECHNICAL PUBLISHING

TECHNICAL PUBLISHING

VIDEO

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

“Out of the ordinary
Inside the Business”



HOT MINDS SRL

VIA SPERANZA, 35

40068, SAN LAZZARO DI SAVENA BOLOGNA ITALY

WWW.HOTMINDS.IT

TEL +39 051 62 71 163 FAX +39 051 62 71 140

sommario

EDITORIALI

- 4 Scienza sovversiva (G. Mangiaracina)
5 A tutto campo (Tabaccologia Editorial)

PRIMO PIANO

- 6 Campagna tabagismo europea: Feel-Free (Tabaccologia Editorial Board)
9 L'intervento clinico del medico generale (A. Codifava)
11 Lasciateci puliti (C. Monti, F. Gentilini)

FOCUS ON

- 13 L'insostenibile leggerezza...delle light (V. Zagà, M. Mura)

ORIGINAL ARTICLES

- 15 Valutazioni preliminari relative al progetto "Miss Universo Smoke-Free - Italia"
(S. Nicoletti, I. Taroni, V. Zagà, G. Mangiaracina)
21 Efficacia dei corsi per smettere di fumare: verifica a 2 anni
(G. L. Montina, M.L. Onor, C. Poropat, E. Cariello, P. Todaro, F. Pivotti, E. Aguglia)

REVIEWS

- 27 Ruolo oncogenetico dei radicali liberi nel fumo di tabacco
(V. Zagà, M. Mura e M. Fabbri)
32 La fitoterapia nella disassuefazione da tabagismo (B. Tinghino)

39 ABSTRACT & COMMENTARY - le ultime dalla ricerca

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

41 NEWS & VIEWS

SITAB HOME PAGE

- 46 Medici che fumano (D. Enea, B. Tinghino)
47 La SITAB chiede l'inserimento del termine "Tabaccologia" nella Treccani
48 Congressi & Eventi



Cover. Concato/ Novartis



Miss Universo Smoke-Free



Fitoterapia. Pianta di Tarassaco

Tabaccologia Organo Ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia - SITAB	(Monza), Vincenzo Zagà (Bologna).	Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Stefano Vianello (Mirano - VE), Giovanni Viegi (Pisa), Alessandro Zanasi (Bologna), Pier Giorgio Zuccaro (Roma), Francesca Zucchetta (Monza - MI).	and Fagerstrom Consulting-Sweden), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital Stockholm-Sweden), Carlo Giuntini (Pisa University-Italy), Martin Jarvis (University College, London-UK), Jacques Le Houezec (NRST, Paris-France), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Paris-France), Dario Olivieri (Parma University-Italy), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma-Italy), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha-USA).	Segreteria di redazione: Livia Laurentino (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it) c/o Suoni Comunicazioni - Via Venturoli 38/D - 40138 Bologna tel./fax +39 051 304737
Direttore Responsabile: Giacomo Mangiaracina (Roma)	Comitato scientifico: Riccardo Bartoletti (Sondrio), Elena Calvi (Milano), Laura Carrozzi (Pisa), Lorenzo Cima (Padova), Cristina Cinti (Bologna), Franco Salvati (Roma), Giuseppe Di Maria (Catania), Domenico Enea (Roma), Alessandro Gennai (Bologna), Auro Gombacci (Trieste), Maria Caterina Grassi (Roma), Paola Gremigni (Bologna), Maurizio Laezza (Bologna), Andrea Ledda (Chieti), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Stefano Nardini (Vittorio Veneto-BL), Margherita Neri (Tradate-VA), Emanuele Passanante (Torino), Mario Polverino (Cava dei Tirreni), Eugenio Sabato (Mesagne-BR),	Comitato scientifico d'onore: Umberto Veronesi (IEO Milano-Italy).	Presidente: Amanda Amos (University of Scotland, Edinburgh-UK). Lucio Casali (Perugia University-Italy), Simon Chapman (Australia), Mario De Palma (Federazione TBC-Italy), Carlo DiClemente (USA), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra-Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic	Art direction e grafica: Hotminds S.r.l. Via Speranza 35 S. Lazzaro di Savena - 40068 (BO)
CapoRedattori: Biagio Tinghino (Monza - MI) btinghi@tin.it, Vincenzo Zagà (Bologna) nosmoking@infinito.it.			Con il Patrocinio: • Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tubercolosi • Lega Italiana per la lotta contro i Tumori	Stampa: Ideostampa Via del Progresso Calcinelli di Saltara 61030 (PU)
Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Giovanni Forza (Padova), Giovanni Invernizzi (Milano), Claudio Poropat (Trieste), Biagio Tinghino				Pubblicità: Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it) Via Venturoli 38/D 40138 Bologna Tel/Fax 051-304737

Scienza Sovversiva

tabacologia: hoc est tabaci, seu nicotianae descripti medico-chirurgico-pharmaceutica vel eius praeparatio et usus in omnibus ferme corporis humani incommodis.
per johannem neandrum bremenum.
(neander johann, 1626).

G. Mangiaracina

Con la sapienza di un sommelier, il cerusico annusava ed assaggiava l'orina del malato raccolta nel palmo della propria mano. Poi decretava: "Mellitus". Questa esemplare diagnosi di diabete appartiene alla storia della medicina. Furono questi gli albori della scienza medica? No affatto. Più che "scienza di allora", si trattava della scienza di sempre. Dai sacerdoti di Asclepio del VII secolo prima di Cristo, fino ad oggi, il processo di conoscenza e' andato avanti tra scoperte e invenzioni, tra certezze assolute e angoscianti dilemmi, tra conquiste ed errori, ma soprattutto col suo metodo di indagine, di verifica, di conferma, con i suoi principi fondati, e fortemente ancorati, sul dubbio come motore della ricerca incessante. E' andata avanti ed ancora oltre, con il retaggio delle paure di Frankenstein, degli uomini bionici, tra gli incubi di Allan Poe, fino alle legittime angosce bioetiche. Simulando l'effetto di una sonda spaziale è stata raccolta una infinità di informazioni e si continua a farlo senza sosta, in qualunque luogo si trovino degli umani.

Ma la scienza porta con sé le sue logiche contraddizioni. L'ungherese Ignaz Semmelweis (1818-1865) morì in manicomio incompreso e deriso dai colleghi contemporanei, per avere imposto il lavaggio delle mani come profilassi delle morti puerperali. Solo uno non rise, il chimico francese Louis Pasteur (1822-1895), che si preoccupò di dare una forma concreta all'intuito, dimostrando la presenza di un microcosmo popolato da piccolissime creature capaci di dominare il mondo. E il mondo, da quel momento fu diverso. La scienza cominciò a competere persino con Dio, e ci volle il naufragio del Titanic per ridurre a più miti consigli i deliri di onnipotenza di fine Ottocento.

Oggi siamo nell'era della Metanalisi, la scienza dell'analisi della scienza. Tutto diventa sicuramente discutibile nel santuario delle certezze, un processo dialettico e democratico dove grandi e piccoli si confrontano, dove tutti possono dire qualcosa, dove la scienza accusa di aneddotismo la non-scientificità e viceversa l'empirismo ed il "magico" trionfano in barba al tecnicismo scientifico. Non mancano i profittatori di questo sistema, gli sciacalli, i detrattori delle cifre, coloro che obbietano e criticano per interesse più che per disfattismo, che conquistano spazi preziosi sui media, che fanno la voce forte. Sono i furbi per professione, infiltrati negli ingranaggi come un virus informatico, abili piromani della Tabaccologia, nemico da combattere con tutte le forze, secondo uno schema strategico promosso dall'industria del Tabacco, che ha il solo scopo di fomentare il dubbio senza un fine, nella pubblica opinione.

Ma siamo anche nell'era dei principi definiti, delle "linee-guida", che hanno lo scopo di creare concordanze e fronti comuni. Su questa base 192 stati membri dell'OMS, dopo quattro anni di lavoro e sacrosante discussioni, hanno siglato una convenzione epocale. Non appena ratificata da 40 nazioni dell'ONU (l'Europa ha già approvato), renderà visibile la linea comune contro il Fumo. Crolleranno i miti e ogni atteggiamento culturale davanti ad uno spiegamento di forze così massiccio ma soprattutto univoco e incontestabile.

Perché la scienza ha i suoi tempi. C'è stato il tempo dell'ignoranza, quello della verifica e della consapevolezza, il tempo dell'asservimento alla cultura dominante e quello della scienza libera, anche se sono innegabili le pressioni del capitale e del profitto, tendenziosamente protese a creare una scienza serva e subalterna. Ogni regola ha sempre eccezioni. Una di queste in particolare mi interessa, quella che definisco con fierezza "scienza sovversiva e reazionaria", quella che rompe gli schemi rigidamente precostituiti e una certa prassi, che ha il coraggio dell'audacia, che approda persino su Novella2000. Di "Miss Universo Smoke-Free" hanno parlato i media, e pure tanto, come inaugurazione di un modo innovativo e ostentatamente "avanzato" di fare prevenzione.



Necessità di interventi globali per una prevenzione primaria più efficace nei giovani

A tutto campo

Tabaccologia Editorial

G

li interventi sui ragazzi in età scolare contro il tabacco sono numerosi e di questi alcuni molto interessanti per efficacia; ma un intervento di questo tipo per essere pienamente efficace, dovrebbe essere integrato con un insieme di misure suscettibili di rendere il tabacco "socialmente inaccettabile".

E' questa la conclusione di una metanalisi realizzata ad Oxford in Gran Bretagna. L'Hutchinson Smoking Prevention Project ha analizzato i dati di 76 studi randomizzati, nei quali gli interventi erano diretti ai ragazzi da 5 a 12 anni ed agli adolescenti da 13 a 18 anni. Risultato: gli interventi antifumo sulle abitudini dei ragazzi (5-12 aa.) in materia di tabagismo in ambito scolare sarebbero efficaci solo a lungo termine. Tuttavia non per questo gli autori si lasciano andare alla rassegnazione.

Come essi sottolineano "questi programmi in ambito scolastico hanno il merito di toccare e raggiungere tutti i ragazzi ma essi, per essere veramente efficaci, devono essere combinati a delle azioni più globali". Il loro impatto sarebbe più importante se "gli insegnanti fossero essi stessi formati e non fumatori, se l'ambiente familiare fosse anch'esso attivo nella lotta contro il tabagismo e se globalmente la società non moltiplicasse le sue iniziative per rendere il tabagismo socialmente inaccettabile". In parole povere si tratta innanzitutto di agire più incisivamente sul piano normativo:

- applicazione piena del regio decreto del 1934 sulla vendita ai minori di 16 anni
- eliminare o normare in qualche modo i distributori automatici di sigarette
- far rispettare il divieto di pubblicità diretta delle sigarette dal 1962 anche in Formula 1 e nelle gare di motociclismo e comunque in tutte quelle competizioni dove in maniera più o meno occulta si cerca di far passare un certo messaggio
- far rispettare le norme antifumo soprattutto in quegli ambiti pubblici in cui gli operatori assumono per il ragazzo il ruolo di modelli e di educatori, come operatori sanitari e insegnanti
- adottare nelle scuole progetti antifumo di provata efficacia (Smoke Free Class competition Progetto Waterloo-Lasciateci puliti).

Di pari passo, come suggerisce anche l'OMS, il ragazzo "va attaccato" sul suo stesso terreno sfruttando il veicolo mass-mediale dei modelli per non dare messaggi negativi e per lanciarne di positivi: cinema, televisione, moda, concorsi di bellezza e sport.

E allora ben vengano gli incoraggiamenti all'autocensura nel cinema e in televisione per ridurre al minimo gli atti fumo (1 atto fumo ogni 36 minuti è ancora troppo alto); ben vengano gli sportivi testimonial antifumo e le manifestazioni sportive dichiarate libere dal fumo; e non c'è nulla di male se poi la prevenzione si tinge di glamour con testimonial del mondo dello spettacolo e della moda. Ed è in quest'ottica di attacco globale, per una efficace prevenzione primaria del tabagismo che la Società Italiana di Tabaccologia-SITAB ha iniziato, nel suo piccolo, a promuovere eventi sportivi liberi dal fumo come la maratona, progetti europei di sensibilizzazione dei giovani (Feel free to say no) ed eventi-spettacolo smoke-free come Miss Universo-Italia.

Ci rendiamo conto che sono ancora azioni a macchia di leopardo nel tessuto sociale e mass-mediale ma che comunque, sulla scorta delle incoraggianti analoghe iniziative straniere come avviene in Svezia, serve a tenere vivo un problema che potrà avere una spallata più decisa se si stabiliranno più intese e sinergie fra organizzazioni governative e non governative.

Campagna Tabagismo Europea: Feel-Free

Tabaccologia Editorial Board

Alla vigilia della Giornata Mondiale senza Tabacco, e all'inizio della Coppa del Mondo 2002, la Commissione Europea, sotto la guida del Commissario alla sanità e alla tutela dei consumatori, **David Byrne**, ha lanciato la prima campagna contro il Fumo, mirata sugli adolescenti. Nasceva così "Feel Free to Say No", con un posizionamento preciso del messaggio nell'ambito della libertà della persona. Il messaggio è stato opportunamente elaborato dagli specialisti tedeschi di Media Consulta, agenzia che ha guadagnato la gara d'appalto pubblica. La campagna si è rivolta ai 36,2 milioni di giovani tra 12 e 18 anni, presenti in tutta l'UE. L'investimento globale è stato di 18 milioni di Euro in 3 anni (6 milioni all'anno), corrispondenti all'accantonamento del 2% degli aiuti che l'UE dà ai produttori di tabacco. Lungi dall'apparire consistente, l'investimento è scarso per due motivi: primo perché la campagna si svolge contemporaneamente in tutti i paesi dell'UE; secondo perché è prevalentemente mediatica, dunque ad alto costo. C'è comunque al Parlamento Europeo la proposta di elevare opportunamente la trattenuta dal 2 al 5%. Nonostante l'esiguità del budget si è scelto di procedere su un piano di multimodalità coinvolgendo testimonial che, gratuitamente, hanno offerto la propria collaborazione. Si parla di grossi nomi, di calciatori come Zidane, Raul, Figo, Mpenza, Ballack, Maldini ed altri campioni europei di Coppa del Mondo, che insieme alla UEFA, hanno testimoniato il loro "NO" alle sigarette in uno spot speciale trasmesso principalmente

su MTV, canale televisivo più gettonato dai giovani, ma pure in altre importanti reti televisive nazionali.

Il Problema

Otto fumatori su dieci iniziano a fumare tra i 12 e i 18 anni. L'età è cruciale per il rifiuto o l'accettazione del Fumo nella loro vita. Dai dati OMS, rilevati in tutti gli stati europei, si conferma la riduzione dell'età in cui i giovani sperimentano il tabacco mentre aumenta il tasso di giovani fumatori. Le stime indicano che la percentuale dei quindicenni che fumano tabacco almeno settimanalmente è del 33% in Austria, del 28% in Belgio, del 24% in Danimarca, del 29% in Inghilterra, del 29,5% in Francia, del 30,5% in Germania, del 18,5% in Grecia, del 25% in Irlanda, del 16,5% in Portogallo e del 21% in Svezia. A parte il "prodigio" portoghese e greco che andrebbe rivisitato o interpretato, i dati indicano in media che ogni tre ragazzi se ne trova uno che fuma. Fra questi adolescenti fumatori, uno su due morirà proprio a causa del fumo figurando nella grande ecatombe che vede ogni anno 500.000 decessi prematuri nell'UE.

La Campagna

Con forme di comunicazione creative ed emozionali si è tentato di trasmettere ai giovani una nuova immagine, quella "giusta" di chi non fuma, un'immagine moderna, giovane e al tempo stesso assolutamente progressista. Sono stati consapevolmente evitati gli ammonimenti o i divieti sul modello delle campagne antidroga tradizionali. Si promuove invece attivamente l'immagine dei non fumatori per avviare finalmente un'inversione di tendenza nell'accettazione sociale del consumo di tabacco.

Con recenti e raffinate strategie di marketing, per la prima volta ci si è portati sullo stesso terreno delle campagne pubblicitarie milionarie degli industriali delle sigarette. Il fatto di non fumare, in quanto atteggiamento consapevole e al tempo stesso compreso fino in fondo, è ora associato ad emozioni positive, che accrescono specificamente l'autostima dei giovani, rendendo chiaro il concetto che non hanno bisogno di fumare. In effetti, l'aspirazione dei giovani alla libertà e all'indipendenza è assolutamente incompatibile con le conseguenze del consumo di tabacco. Il messaggio base lanciato dalla campagna agli adolescenti è: se vuoi far parte del gruppo, lascia la sigaretta nel pacchetto.

La vera libertà è dire "No".

Lo scopo di fondo è elevare la consapevolezza degli adolescenti sugli effetti negativi del tabacco. La strategia di comunicazione integrata fa ricorso alla pubblicità classica, a spot televisivi, cinematografici e radiofonici, ad inserzioni e cartelloni pubblicitari nonché alle pubbliche relazioni classiche e ad eventi. Un altro aspetto di punta della campagna è costituito da un formidabile sito web in undici lingue (www.feel-free.info), che contiene anche collegamenti a quit-line, ONG, autorità nazionali e siti web dell'UE. "Feel Free to Say No" va intesa come campagna di immagine. Il messaggio è: "chi fuma non è libero, è schiavo della sua dipendenza; le sigarette non risolvono, bensì causano, i problemi!". I messaggi chiave della campagna sono comunicati non sotto forma di divieto o di avvertimento, ma puntano sul richiamo emotivo e sulla comunicazione creativa. I giovani che iniziano a fumare mettono a repentaglio la loro salute e la loro vita.

Il fatto che personaggi di grande calibro, calciatori e cantanti, si siano associati alla lotta contro il fumo tra i giovani parla chiaro sulla funzionalità della testimonianza diretta. Il calcio europeo e i suoi giocatori sono un modello per i giovani di tutta Europa. L'impegno, la volontà di eccellere e le capacità dei giocatori sono caratteristiche positive con le quali i giovani si identificano. Dichiarazioni forti contro il fumo sosterranno i giovani nella loro decisione di non cominciare. La UEFA ha espressamente invitato le associazioni calcistiche nazionali a sostenere la campagna antifumo dell'UE per contribuire a combattere il tabagismo tra i giovani. L'accordo di cooperazione tra UEFA e Commissione è stato formalmente siglato dal presidente Lennart Johansson e dal commissario David Byrne il 17 maggio 2002.

Anche la musica svolge un ruolo importante nella vita dei giovani, che spesso si identificano con determinati artisti e conoscono a memoria i nomi e le canzoni di Moby, Sophie Ellis Bextor, Tiziano Ferro, A-Teens, Liberty X, Loona, Billy Crawford, Natural e molti altri. Perciò uno speciale appello è stato fatto agli artisti noti al mondo giovanile, ed hanno aderito in molti. Gli artisti in questione hanno accettato di realizzare un secondo spot⁴ che è stato trasmesso da 38 canali televisivi e proiettato in 5.000 sale cinematografiche. La notevole credibilità degli artisti è dovuta al fatto che sono essi stessi non fumatori, e questo ha contribuito a rafforzare il messaggio, facendo risaltare che il non fumare è un comportamento "giusto" e "alla moda". Come per i campioni del calcio, le dichiarazioni forti rese da questi idoli dei giovani e da questi modelli di ruolo hanno avuto il compito di sostenere i giovani nella scelta di non fumare. Il gruppo dei "B44" (Before Four) hanno inoltre creato un pezzo ad hoc, divenuto l'inno

ispiratore ed ufficiale della campagna Feel-Free. A gennaio del 2003 si è imposta all'attenzione pubblica, specie in Canada, dove nei mesi successivi ha raggiunto un ottavo posto nella hit parade nazionale ed un'ascesa nelle classifiche europee.

Il terzo spot infine, più diretto e a spicco contenuto drammatizzante, oscillante tra techno ed un fanta heavy metal, è stato realizzato e diffuso a maggio, in occasione della Giornata mondiale sen-

za Tabacco 2003.

Altri interventi

Si descriveva la campagna come "multimodale" ed in effetti lo è nel senso più autentico del termine. Dopo l'impatto mediatico, il progetto europeo si è diretto sui giornali, in particolare sulle riviste lette dai giovani, a testimoniare della vocazione teenageriale del target. La rassegna delle uscite pubblicitarie si trova sempre su internet e le locandine

"Il mio stile lo decido da sola."

FEEL FREE TO SAY NO

Mi, 18 anni di basta, si pace con
con il, anticonformista, vado, pena di
entusiasmo. I suoi, amici concordano.
E allora perché cambiare? Le sigarette
non sono il suo stile, punto e basta.
Feel free to say no.

WWW.FEEL-FREE.INFO

La dipendenza da nicotina crea uno stato di dipendenza
dentro e quello della caccia e dell'innanzi. L'industria
del tabacco utilizza molte strategie per attirare ed insediare
il fumatore, al grado di rafforzare la dipendenza
dal fumo.

SITAB

L

GEA

Sentiti libero di dire no. Pagina pubblicitaria della campagna Feel Free.

possono essere richieste in formato elettronico.

Accanto ai media, gli eventi locali, ed una stimolante curiosità, è stato realizzato un "Truck Tour", un autocaravan di 30 tonnellate ha fatto il giro d'Europa, percorrendo 30.000 chilometri, e portando Feel-Free in 40 città, per l'Italia Rimini e Padova. Equipaggiato con la tecnica multimediale più moderna e dotato di un proprio palcoscenico, il caravan ha pubblicizzato a milioni di giovanissimi uno stile di vita *cool* senza la stampella delle sigarette, attraverso gruppi musicali che si sono esibiti in piazza, e con la distribuzione di materiale illustrativo.

I Partner

Un punto di forza della campagna, sempre in considerazione della limitatezza dei fondi stanziati, sono stati i contatti stabiliti con le autorità sanitarie nazionali e con associazioni non governative (ONG). I media hanno fornito poi ulteriori contributi concedendo tempi di trasmissione a titolo gratuito per un valore, finora, di oltre 4 milioni di Euro. Una collaborazione particolare a livello europeo è stata realizzata con l'European Network on Young People and Tobacco (ENYPAT) e con il programma

pluriennale "Smoke-Free Class Competition". Lo scorso anno questo progetto ENYPAT ha coinvolto 375.000 giovani. Per l'Italia hanno aderito alla partnership l'associazione "GEA Progetto Salute", la SITAB e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Commento

"Feel Free to Say No" è la prima campagna istituzionale europea contro il Tabacco. Da un canto questo fa sperare bene, significa che finalmente vi è una concreta mobilitazione degli organi governativi europei nei confronti di un problema tanto "condannato" ma sempre fortemente vivo nel tessuto sociale, economico e politico. Ma si tratta solo di speranze. La stessa Commissione Europea, che ha pure affidato alla società "Evalua" la valutazione dei risultati della campagna, non si attende risultati di rilievo circa la possibilità di modifica dei dati di prevalenza e di incidenza del tabagismo tra i giovani. Non vi è neppure la pretesa di porre obiettivi di questa portata. Perché? Una cosa salta subito all'occhio in questa organizzazione, e cioè che questo esordio è stato talmente soft, che in alcuni stati la campagna non si è proprio vista. Ben congegnata, ma non sufficiente-

mente divulgata per mancanza di risorse economiche. Perché la partita si gioca non solo sul terreno della qualità delle strategie e delle capacità organizzative, ma anche su quello meramente economico. In altre parole un prodotto di buona fattura che raggiunge a mala pena un soggetto su 100.000.

Uno degli obiettivi posti dal commissario David Byrne era quello di confrontarsi con i grandi produttori del tabacco sullo stesso terreno. Sul piano della enunciazione ci siamo, su quello della realizzazione no. E la differenza è costituita solo e unicamente, ancora una volta, dalla posta in gioco. Pochi spiccioli contro capitali da capogiro. Il confronto non reggerà mai fino a quando i governi non accantoneranno una quota parte degli introiti fiscali sul tabacco, per finanziare i progetti di prevenzione. Rimane una traccia su cui proseguire con il lavoro, rimangono soggetti esperti coinvolti nel lavoro, e rimangono degli strumenti da usare ancora in questo cantiere aperto dell'UE. In altre parole è solo l'inizio. Si spera cresca rapidamente la disponibilità delle nazioni ad intervenire in modo proporzionato rispetto ad obiettivi di reale contenimento del consumo e del danno.

XIX SECOLO. TABACCO & IMPOTENZA

"Si è dimostrato che l'abuso del fumo di tabacco indebolisce o distrugge le facoltà virili, ma non conosco alcuna prova che dimostri che il tabacco eserciti tale influenza sugli organi genitali e, soprattutto, che produca effetti negativi quando lo si fuma con moderazione. I tedeschi, che vengono considerati dei forti fumatori, non si mostrano per niente inabili alla riproduzione. Nei riguardi del nostro paese (n. d. r. Francia), sebbene l'importanza del fumo sia molto aumentata in questi ultimi anni, le statistiche non indicano alcuna corrispondente diminuzione della popolazione. Comunque, l'uso non moderato di questa sostanza, soprattutto del tabacco da masticare, provoca delle alterazioni agli organi digestivi e deprime il sistema nervoso; quindi non vi è dubbio che questa azione depressiva non si traduca in una diminuzione della potenza virile. Ho visto molti uomini dai 30 ai 40 anni affetti da impotenza e allo stesso tempo da dispepsia e ho riscontrato che qualcuno aveva da molto tempo l'abitudine di fumare o di masticare tabacco (uno di questi malati era un marinaio ame-

ricano): nessuna terapia ha avuto successo se non è stata fatta coincidere con un calo significativo di questa abitudine. Il fumo o la masticazione dell'oppio risultano ancora più nocivi del tabacco relativamente a questo rapporto: è ampiamente dimostrato che l'impotenza è un effetto normale di questa pericolosa sostanza farmaceutica".

(Traité pratique des maladies du testicule du cordon spermatique et du scrotum avec de nombreuses figures. Par T. B. Curling, F.R.S., Chirurgien de l'hôpital de Londres, Professeur de chirurgie au Collège médical de cet hôpital, Président de la Société Hunterienne de Londres, etc. Traduit de l'anglais sur la deuxième édition, avec des addictions et des notes, par L. Gosselin, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, chevalier de la Légion d'Honneur, Membre de la Société de Chirurgie, de la Société de Biologie et de la Société Anatomique de Paris, etc. Paris, Labè éditeur, librairie de la Faculté de l'École de médecine, 1857).





Bologna
by night
Le due torri
con sullo sfondo
le torri di
Kenzo Tange,
sede Regione
Emilia Romagna

L'intervento clinico del medico generale per la disassuefazione dal fumo: due diverse modalità di impegno secondo il progetto regionale Emilia Romagna

A. Codifava

“Non possiamo più stare a guardare mentre avanza un'epidemia che già ora uccide 4,9 milioni di persone l'anno, e che arriverà ad ucciderne 10 milioni entro il 2030, metà dei quali moriranno durante la mezza età, non da anziani “ Così apriva Gro Harlem Brundt-

land direttore generale OMS la Conferenza globale sul tabacco il 6-8 2000, a riprova che il tabagismo, nonostante sia ormai da molti anni la principale causa conosciuta di malattia, disabilità e morte nei paesi industrializzati, non segue il trend di calo auspicato.

Anche in Italia siamo ben lontani dal raggiungimento degli obiettivi che auspicavano entro il 2000 il calo dei fumatori al

di sotto del 20% negli uomini e del 10% nelle donne, e se è vero che sono in aumento gli ex fumatori di età compresa tra i 45 - 65 anni (in percentuale maggiore per gli uomini che per le donne), è altrettanto vero che sono in preoccupante aumento i giovani di età inferiori ai 24 anni che fumano e che, se questa tendenza non si modificherà, i danni del fumo saranno in drammatica ascesa nei prossimi decenni. E' quindi necessario aumentare l'impegno da parte di tutti coloro che si interessano di salute, ora più che mai.

L'astensione dal fumo è l'intervento preventivo che ha dimostrato il miglior rapporto costo-beneficio, tra tutti quelli attuati nel mondo occidentale, e il medico generale si è dimostrato di fondamentale importanza nell'aiutare i fumatori a smettere e a mantenersi astinenti. Nella letteratura scientifica, infatti, è stato ampiamente dimostrato che se i MG fornissero in modo continuativo consigli per smettere raggiungerebbero circa 10.000.000 fumatori all'anno e accrescerebbero del 2-5% il tasso naturale di cessazione a sei mesi.

A Modena, una iniziativa volontaria condotta da 11 medici nel 2001 ha raggiunto percentuali decisamente maggiori e ha confermato un alto gradimento da parte dei pazienti ad iniziative del loro medico per promuovere la loro salute. Non è quindi un caso che il PSN e i vari progetti dei Piani per la Salute raccomandino, con sempre maggior insistenza, forme di coinvolgimento dei medici generali per eliminare la dipendenza al fumo dei loro pazienti.

La regione Emilia Romagna col progetto regionale Tabagismo (Delibera di Giunta 785/99) persegue l'obiettivo di promuovere la cessazione al fumo e ridurre il numero di chi inizia, con iniziative in vari settori. Una di questi, è specifica per la Medicina Generale e prevede la promozione dell'intervento clinico breve che riprende operativamente le linee guida internazionali adottate e raccomandate dal Ministero della Salute per favorire la disassuefazione.

Il coinvolgimento dei medici generali è indispensabile nella lotta al fumo per almeno quattro motivi:

- la cura di molte patologie respiratorie e

Angela Codifava

Medico di Medicina Generale - Modena

cardiache, ad elevata frequentazione negli studi della Medicina generale, prevede l'abolizione del fumo come atto terapeutico fondamentale

- esistono documentate prove di efficacia dell'intervento del M.G, che praticato con modalità personalizzate e continuative nel tempo risponde ai due principali indicatori di efficacia del trattamento del tabagismo e del mantenimento in astensione

- esistono trattamenti farmacologici che aumentano la possibilità di successo nella cessazione che vanno individualmente vagliati

- un numero sempre maggiore di fumatori vuole smettere e chiede aiuto medico per poterlo fare

Su queste premesse, si è svolto a **Bologna** in novembre un corso regionale per formatori al fine di promuovere, in ogni azienda, attività formative per i Medici di Medicina generale suddivisa in due livelli di competenza. Questi prevedono differente impegno del Medico nei confronti del fumatore e si attua in due progetti distinti per gradi e impegno professionale.

- Il primo definito **"Studi medici senza fumo"** prevede un più modesto impegno lavorativo per il medico definito Minimal Advise. Riguarda tutti i medici di medicina generale, necessita di una formazione di base realizzata durante l'aggiornamento obbligatorio aziendale, non prevede retribuzione specifica.

- Il secondo più impegnativo rivolto solo a medici che intendono occuparsi del trattamento del paziente tabagista con la **"Presa in carico del fumatore che decide di smettere"**, è inserito in un sistema di rete con altre strutture come i Centri anti-fumo e necessita di un livello di formazione più elevato, teso a sviluppare competenze professionali specifiche.

Quest'ultima modalità operativa **prevede un'organizzazione che necessita di specifico progetto, che va concordata a livello aziendale con coinvolgimento sindacale.**

La realizzazione del primo Progetto definito "STUDI MEDICI SENZA FUMO" identifica **compiti del Medico che possono essere riassunti in:**

1. OPERARE IN UN AMBULATORIO DOVE NON SI FUMA

Non fumare mai davanti ai pazienti

Fare rispettare da tutti nei locali dell'ambulatorio il divieto di fumo esponendo cartelli di divieto ed eliminando i posacenere.

Esporre nella sala d'attesa riviste e materiale informativo sui danni del fumo e i benefici dello smettere, questionari di autovalutazione sul fumo e sulle motivazioni a smettere

2. CHIEDERE A TUTTI I PAZIENTI SE SONO FUMATORI

Evidenziare il fumo nella cartella personale e tenere aggiornati i dati

Valutare le condizioni cliniche di ciascun fumatore definendo il rischio personale in rapporto alle altre patologie presentate o ai fattori di rischio.

Informare sui danni del fumo e i benefici a smettere con particolare riguardo alle donne in gravidanza, ai ragazzi, a coloro che presentano altri fattori di rischio.

Chiedere a tutti i fumatori se vogliono fare un tentativo per smettere.

I compiti dell'Azienda si riassumono in:

1. ORGANIZZARE CORSI AZIENDALI di formazione di base per tutti i medici di medicina generale

2. FORNIRE cartelli di divieto e materiale informativo per la sala d'aspetto e per i fumatori

La **Ausl di Modena**, in collaborazione con Mgform (agenzia di formazione dei medici generali), ha già inserito una mattina nel programma di aggiornamento obbligatorio aziendale del 2003 per tutti i 550 medici della provincia coordinato dalla dott. Angela Codifava che sarà terminato entro novembre.

Anche le Ausl di Bologna Città e Bologna Nord formeranno in questo modo tutti i medici generali entro l'anno.

Il secondo progetto la **PRESA IN CARICO DEL FUMATORE** che decide di fare un tentativo per smettere è ancora in fase di elaborazione per quanto riguarda la fase esecutiva, mentre già ben definitiva nei dettagli la fase formativa. Questa dovrà supportare il piano di intervento del Medico, da realizzare in almeno cinque incontri ambulatoriali col fumatore, per concordare una data precisa per smettere, le modalità personalizzate per farlo, secondo le raccomandazioni delle linee guida esistenti, la verifica dell'andamento a date prefissate e che possono essere riassunti nei seguenti punti.

Contatto ambulatoriale N 1

- . Appuntamento specifico per iniziare il programma di cessazione

- . Consegna questionari per accertare la dipendenza, la motivazione a smettere la tipologia del fumatore

- . Informazioni sulla disponibilità di farmaci efficaci e valutazione dell'opportunità di usarli

- . Offerta di disponibilità e sostegno nel percorso di disassuefazione

- . Previsione di una data precisa per smettere e del secondo contatto

Contatto ambulatoriale N 2

- . Commentate i risultati dei questionari, consegnati la volta precedente, sulla dipendenza e la motivazione a smettere

- . Prescrizione, nei casi previsti, di farmaci efficaci spiegandone effetti, modalità e tempi di assunzione

- . Spiegazione sui tempi e modi del programma di cessazione servendovi di un opuscolo apposito

- . Formalizzazione della data di cessazione e accordo su successivo appuntamento entro 24- 48 ore dalla sospensione

- . Consegna l'opuscolo di self help

Contatto ambulatoriale N 3

Il paziente ha smesso?

NO:

- . Sdrammatizzare, connotando in modo positivo il tentativo, offrire rinforzo motivazionale, proporre di ripetere un tentativo entro una settimana, valutare eventuale associazione di più farmaci o l'opportunità di invio al Centro Specialistico

SI:

- . Complimenti e incoraggiamento a proseguire (rinforzo motivazionale)

- . Monitoraggio sulla eventuale farmacoterapia

- . Proposta di utilizzo schede sui sintomi d'astinenza e benefici con opuscolo di self help

- . Prescrizione di dieta contenuta in apposito opuscolo

- . Prossimo appuntamento dopo 15 giorni

Contatto ambulatoriale N 4

Il paziente si mantiene astinente?

SI:

- . Incoraggiamento a proseguire (rinforzo motivazionale)

NO, è in ricaduta:

- . Vedi sopra ed eseguire intervento motivazionale riprendendo le schede compilate dal paziente su sintomi d'astinenza e benefici della cessazione

Lasciateci puliti

C. Monti, F. Gentilini

“Lasciateci Puliti” è un programma di prevenzione dell'abitudine al fumo per gli studenti della scuola Media Inferiore progettato dall'Università di Waterloo in collaborazione con il Ministero della Sanità Canadese, con la Società Cardiologica per la prevenzione della patologia cardiovascolare e l'Istituto Nazionale degli U.S.A. per la lotta al cancro. La guida del programma canadese è stata liberamente tradotta e utilizzata in Lombardia dal Servizio di Medicina di Base dell'USL di Rozzano (Mi) con la consulenza del Dr. Fabio Focarile, che ha condotto lo studio e ne ha dimostrato l'efficacia anche in Italia. In Emilia-Romagna sono state condotte due esperienze di applicazione: la prima da parte del Gruppo Romagnolo per l'educazione alla salute oncologica promosso dall'Istituto Oncologico Romagnolo in collaborazione con le aziende USL della Romagna (Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini); la seconda dall'Azienda USL di Ferrara nell'ambito dell'iniziativa “Ferrara Città Sana-Provincia senza fumo” realizzato in collaborazione con l'Amministrazione Comunale (progetto “Città Sane” dell'O.M.S.),

ed Enti e Istituzioni locali.

Il programma si propone di aiutare i ragazzi a comprendere il complesso di fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare ed a sviluppare le conoscenze e le capacità necessarie per identificarli e reagire positivamente. L'argomento principale trattato non è costituito dagli effetti del fumo sulla salute, ma dalle pressioni sociali che spingono a iniziare a fumare individuabili nel gruppo dei coetanei, nei modelli familiari e nella promozione pubblicitaria.

I ragazzi non sono molto interessati alle cose che possono succedere in un lontano futuro e non imparano concetti sulla salute né interiorizzano comportamenti sani solo perché viene loro detto ciò che fa bene e ciò che fa male, cosa si deve o non si deve fare (i programmi di prevenzione che sono centrati sulla descrizione meticolosa dei danni da fumo si sono infatti dimostrati inefficaci).

I ragazzi imparano dall'esperienza, attraverso una partecipazione attiva, dalla riflessione, dalla discussione e dalle persone che prendono a modello. I valori importanti su cui fare leva sono: l'amizizia, i modelli, il provare se stessi, la realizzazione di sé, l'essere sportivi, l'essere di moda.

Programma di prevenzione dal fumo di tabacco

Progetto “Lasciateci puliti”
Diffusione regionale Emilia-Romagna
Alunni e insegnanti coinvolti nell'anno scolastico 2002/2003

Azienda USL	N scuole	N scuole	N alunni	Insegnanti
RIMINI	8	32	700	25
CESENA	10	14	340	28
FORLÌ	4	18	405	22
RAVENNA	16	62	1289	108
IMOLA	2	5	110	17
BOLOGNA SUD	2	6	141	6
BOLOGNA CITTA'	3	10	250	12
BOLOGNA NORD	1	4	69	4
MODENA	28	68	1530	71
REGGIO EMILIA	9	45	1275	100
PARMA	2	6	250	12
FERRARA	13	33	660	37
Totale	98	321	7019	442

Claudia Monti e Franca Gentilini
Istituto Oncologico Romagnolo - Faenza (RA)



Un aspetto molto importante dell'intervento educativo è il valorizzare l'immagine del non fumatore evitando il più possibile comunicazioni negative. Il non

fumare deve essere presentato come un attributo desiderabile, brillante, da persona matura, mettendone in evidenza gli aspetti positivi: mantenimento della forma fisica, maggiore rendimento sportivo, fattori estetici, stile di vita salutare, libertà (in opposizione alla dipendenza del fumatore), amicizia, rispetto per gli altri, fattori ecologici, fattori economici (risparmio del proprio denaro, usi alternativi di risorse agricole nei Paesi poveri per la produzione di cibo).

Nel corso del programma viene sviluppata la capacità di far fronte alle pressioni sociali e di comportarsi da non fumatore anche in situazioni in cui ciò è difficile simulando, anche attraverso la rappresentazione di scenette, situazioni reali e frequenti, discutendo scelte alternative e valorizzando il rispetto di sé e della propria opinione.

L'obiettivo formativo finale è quello di aiutare i ragazzi a sviluppare com-

portamenti adeguati affinché sappiano rifiutare l'offerta del fumo e possano invogliare anche altri ragazzi a non fumare.

Il programma fornisce una guida didattica che si articola in cinque lezioni, gestite direttamente dagli insegnanti per classi di ragazzi, preferibilmente, di seconda media inferiore.

Contenuti

LEZIONE N°1

"COME MAI SI COMINCIA A FUMARE?"

I ragazzi mettono in comune le opinioni e le esperienze che hanno nei confronti del fumo e vengono aiutati ad identificare le ragioni per le quali i giovani cominciano a fumare.

LEZIONE N°2

"COSA POSSO FARE IO?"

Gli studenti discuteranno le loro interviste sul fumo fatte a persone adulte; valuteranno in previsione la percentuale di fumatori nei diversi gruppi di età e impareranno che fumare non è statisticamente il comportamento più diffuso per la loro età. Ci sarà anche una discussione sulle situazioni di pressione in generale, sulla pressione esercitata dai

coetanei e sulle strategie di rifiuto.

LEZIONE N°3

"IL CUORE DEL PROBLEMA"

Gli studenti impareranno a riconoscere i tre tipi di influenze esercitate dai coetanei, i messaggi persuasivi che potrebbero spingere a fumare e discuteranno sulle possibili argomentazioni contrarie. Si inizierà la preparazione di alcune scenette in cui verranno rappresentati i tipi di pressione esercitata dai coetanei e le tecniche di rifiuto.

LEZIONE N°4

"IMPARARE A DIRE: NO, GRAZIE!"

Gli studenti presenteranno le scenette alla classe e spiegheranno le varie tecniche di rifiuto utilizzate nelle diverse situazioni.

LEZIONE N°5

"SIAMO DIVENTATI PIÙ LIBERI DI SCEGLIERE?"

Gli studenti discuteranno le loro interviste fatte ai genitori; impareranno come comportarsi con le pressioni che spingono a fumare esercitate dall'interno della famiglia e come analizzare e quindi rifiutare la pubblicità delle sigarette. Gli alunni prepareranno un progetto pubblicitario "antifumo".

Metodologia

Gli insegnanti utilizzano una metodologia attiva che prevede discussioni in classe, lavoro di gruppo con l'ausilio di schede predisposte, drammatizzazioni ed elaborazione di materiale grafico. Vengono inoltre forniti riferimenti di banche dati su cd e siti internet su cui trovare informazioni e supporti didattici.

Valutazione

Il progetto prevede la somministrazione di un questionario iniziale anonimo per individuare gli atteggiamenti dei ragazzi verso il fumo, e una verifica con lo stesso questionario a 12 mesi dall'intervento (fine terza media). Sono previste verifiche a random a 3 anni dall'intervento, in seconda superiore.

L'insostenibile leggerezza delle...light

Sigarette a basso contenuto di catrame (Low-Tar Cigarettes - LTC): le evidenze non indicano un beneficio per la salute pubblica



V. Zagà, M. Mura

Dal punto di vista scientifico il verdetto di condanna ci sta tutto in quanto ormai tutte le ricerche concordano che le sigarette lights non limitano i danni del fumo di tabacco. Anzi, secondo un rapporto ufficiale del Governo degli USA, pubblicato nel 2001 a cura del National Cancer Institute, da quando sono entrate in commercio le bionde in versione light o superleggera, le malattie fumo correlate sarebbero addirittura in aumento. Tra la popolazione femminile, le morti per cancro polmonare da 44 ogni 100 mila a metà degli anni '60, sono salite a 119 ogni 100 mila a metà degli anni '80. Un trend analogo è stato registrato anche per gli uomini.

Nella monografia del National Cancer Institute (NCI), intitolata **"Rischio associato al fumo di sigarette a basso contenuto di catrame e nicotina"**, gli Autori concludono che le evidenze non indicano un beneficio per la salute pubblica derivante dai cambiamenti nel design e nella produzione delle sigarette negli ultimi 50 anni.

Scott Leischow, direttore del NCI Tobacco Control Research Branch, ha affermato che **"la monografia dimostra chiaramente che chi passa dalle sigarette**

"regolari" alle LTC, inala sostanzialmente la stessa quantità di tossine cancerogene e rimane allo stesso livello di rischio di sviluppare tumori ed altre patologie fumo-correlate"

Effetti sulla salute pubblica

Studi epidemiologici condotti negli anni '60 e '70 avevano invece dimostrato che i fumatori di LTC o di sigarette con filtro hanno un rischio relativamente inferiore di sviluppare un cancro rispetto agli altri fumatori. Rilievo questo, fatto però su studi di soggetti fumatori di LTC da un periodo relativamente breve. Fu così ipotizzato che quanto più fumatori avessero usato le LTC per periodi più lunghi, tanto maggiore sarebbe stato il beneficio per la salute pubblica e tanto minori sarebbero stati i tassi di incidenza di cancro.

Sfortunatamente queste riduzioni di patologie non sono state poi osservate. Anche se la popolarità delle LTC è molto cresciuta - oggi il 97% delle sigarette vendute negli USA sono sigarette con filtro - i tassi di incidenza del cancro polmonare hanno continuato a salire fino ai primi anni '90. La monografia dimostra poi che la diminuzione di incidenza, che è stata osservata negli anni '90, può essere attribuita alla diminuzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo, e non ai cambiamenti apportati nella produzione

delle sigarette.

La monografia ha inoltre raccolto i dati pubblicati in letteratura sui tassi di mortalità negli USA e nel Regno Unito: in particolare 2 studi condotti dall'American Cancer Society più di 20 anni fa hanno dimostrato un incremento, anziché una diminuzione, dei rischi connessi al fumo proprio nel periodo in cui le sigarette LTC si andavano diffondendo; l'incremento del rischio veniva osservato anche dopo aver normalizzato le differenze nel numero di sigarette fumate al giorno e nella durata dell'abitudine al fumo.

Lo studio dell'NCI ha quindi dimostrato che la riduzione attesa nel rischio di cancro, prevista dagli studi epidemiologici, non è stata poi osservata nei tassi di mortalità per cancro polmonare.

Gli studi hanno indicato che tra i 47 milioni di adulti fumatori negli USA quelli più sensibilizzati verso i rischi connessi al fumo e/o più intenzionati a smettere di fumare, utilizzano sigarette denominate **"light"** o **"ultra-light"**. Purtroppo la monografia mette in rilievo come **questa scelta non porti poi ad una riduzione dell'assunzione di catrame o dei rischi di malattia.**

Inoltre **la messa in commercio delle LTC può ritardare i genuini propositi di smettere di fumare.** Non esistono infatti evidenze che il passaggio a sigarette **"light"** o **"ultra-light"** portino poi il soggetto a smettere di fumare con maggiore probabilità.

Come afferma David M. Burns, editore scientifico della monografia, **"l'unica via provata per ridurre i rischi di malattia è smettere di fumare"**.

Necessità di nuovi metodi di quantificazione

Attualmente le misurazioni delle quantità di catrame, nicotina e monossido di

Vincenzo Zagà (nosmoking@infinito.it)

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

Marco Mura

Dottorato di Ricerca in Scienze Pneumo-cardio-toraciche, Università degli Studi di Bologna

carbonio (CO) sono ottenute in maniera automatizzata utilizzando il metodo della Federal Trade Commission (FTC). Tuttavia gli studi mostrano che il metodo FTC non riproduce accuratamente il comportamento umano nell'atto di fumare. La monografia conclude che "le misurazioni delle quantità di catrame e nicotina effettuate con il metodo FTC non offrono informazioni utili sulla dose di catrame e nicotina a cui le diverse marche di sigarette espongono i fumatori".

Secondo Leischow "vi è la necessità urgente di sviluppare nuovi test di quantificazione che forniscano informazioni significative. **I fumatori non dovrebbero credere che le quantità di catrame e di nicotina riportate sulle etichette corrispondano alle dosi realmente inalate.**" A questo scopo l'FTC ha chiesto assistenza al Department of Health and Human Services (DHHS) per sviluppare nuovi tecniche di misurazione.

Compensazione da parte dei fumatori

La monografia descrive varie ragioni per cui i livelli di catrame e nicotina misurate col metodo FTC non riflettono le dosi inalate reali.

- I filtri delle LTC includono spesso delle aperture che, quando aperte, permetto-

no all'aria di entrare e di diluire il fumo. Tuttavia molti fumatori coprono queste aperture con le labbra e le dita. Quando invece le sigarette sono testate dalla macchina, le aperture non sono ostruite, cosicché vengono ottenuti livelli artificialmente bassi di catrame e di nicotina.

- In più i fumatori che passano dalle sigarette "normali" alle LTC **compensano il più basso livello di nicotina inalata**, inalando più profondamente, con boccate più numerose e più rapide o aumentando il numero di sigarette fumate al giorno. Di conseguenza i fumatori cancellano tutti i benefici potenzialmente derivanti dalle LTC.

La pubblicazione descrive le strategie pubblicitarie e promozionali utilizzate dalle industrie del tabacco per vendere le LTC. Concludendo che tali strategie sono tese a rassicurare il fumatore, in modo che **non smetta di fumare; l'obiettivo è quello di far sembrare le LTC e le sigarette con filtro come un'alternativa più sicura alle sigarette normali.**

La monografia cita inoltre documenti interni di una industria del tabacco, che mostrano come la compagnia fosse già in precedenza a conoscenza della discrepanza esistente tra le quantità di catrame e di nicotina misurate col metodo FTC e quelle realmente inalate.

Evidentemente ulteriori ricerche su

soggetti che hanno fumate esclusivamente sigarette "light" sono necessarie nel futuro.

Per saperne di più:

- To view a series of Questions and Answers related to this monograph, please visit <http://newscenter.cancer.gov/pressreleases/lowtarQA.html>.
- For more information about Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine and to view the complete monograph online, please visit http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/nci_monographs.
- To order a copy of the monograph, please call NCI's Cancer Information Service at 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237) or visit NCI's Publications Locator Web site at <http://www.cancer.gov/publications>.
- To learn about the monograph series and tobacco control programs at the NCI, please visit NCI's Tobacco Control Research Branch at <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb>.
- To learn about tobacco control programs at the Office on Smoking and Health (OSH) at the Centers for Disease Control and Prevention, visit OSH's Web site at <http://www.cdc.gov/tobacco>.

Sigarette, light nel gusto ma ugualmente dannose Decisioni e sanzioni dell'Antitrust Italiana, dell'UE e del Tribunale dell'Illinois-USA

Bocciata" la scritta "lights" sui pacchetti di Marlboro. Secondo un pronunciamento dell'Antitrust italiana, del settembre 2002, infatti, si tratta di una "pubblicità ingannevole", perché induce a pensare che queste sigarette siano meno dannose delle altre. La decisione dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato arriva dopo la denuncia di un'associazione di consumatori. Prima di pronunciarsi, l'Antitrust ha commissionato due sondaggi ad altrettante società di rilevazione statistica, dai quali è emerso come "una parte significativa del campione intervistato - si legge in una nota del Garante - associ alla dicitura 'light' una valenza di minor pericolosità del prodotto per la salute". Nella sua valutazione, l'Autorità si è anche basata sui risultati "del dibattito e della ricerca scientifica disponibili in ambito internazionale", da cui emerge come le sigarette "leggere" non possano essere considerate meno dannose per la salute rispetto a quelle normali o full flavour.

Quindi il Garante ha stabilito che "la dicitura riportata sulla confezione delle sigarette Marlboro lights è idonea a indurre in errore i consumatori sulle effettive caratteristiche del prodotto e, pertanto, costituisce una fattispecie di pubblicità ingannevole. L'azienda ha dunque un anno di tempo per l'eliminazione del termine lights dai pacchetti di sigarette".

Il divieto di attribuire alle sigarette definizioni come "mild/light" (leggere) o "low tar" (poco catrame) scatterà in tutta l'UE dal settembre 2003.

Nel frattempo ha suscitato clamore ma anche soddisfazione nella lobby antifumo la condanna della Philips Morris (multa da 10 milioni di euro!) da parte di un Tribunale dell'Illinois: "Le sigarette lights sono un inganno in quanto non è vero che fanno meno male." Motivazione della sentenza: "...per aver fuorviato i fumatori promovendo le proprie sigarette leggere e facendo credere ai consumatori che fossero meno dannose".

Valutazioni preliminari relative al progetto "Miss Universo Smoke-Free - Italia"

Preliminary evaluation of the "Miss Universo Smoke-Free - Italia"

S. Nicoletti, I. Taroni, V. Zagà, G. Mangiaracina

Sommario

SCOPO. Tra le strategie di intervento diversificate ed a larga capacità di impatto sulla popolazione generale e giovanile in particolare, il Ministero della Salute Svedese ha proposto nel 1995 un concorso di bellezza "Smoke-Free" che in Italia è stato riproposto con il concorso "Miss Universo Smoke-free". Lo studio si propone di indagare sulle abitudini, gli atteggiamenti e i comportamenti di un campione costituito dalle finaliste di Miss Universo relative al consumo di tabacco. Si propone altresì di illustrare una modalità innovativa di intervento nel campo della prevenzione del Tabagismo tra i giovani.

METODO. Oltre ad una analisi descrittiva del progetto "Miss Universo Smoke-Free", è stata condotta un'indagine sulla base di un questionario somministrato nel contesto di un incontro diretto con 50 ragazze finaliste di miss universo.

RISULTATI. La stragrande maggioranza del campione è costituita da non fumatrici. Molte ragazze hanno provato a fumare ma non hanno continuato, di quelle che hanno fumato circa la metà ha smesso. Tra le motivazioni prevalenti a non consumare tabacco prevale la mancanza di "bisogno". Una forte carenza, riveste, invece la percezione della gravità della problematica tabagica in rapporto ad altre problematiche sociali.

CONCLUSIONE. La scarsa prevalenza di Tabagismo tra le finaliste del concorso depone per una ridotta richiesta di consumo di tabacco allorché prevalgono motivazioni di forte desiderio di autoaffermazione ed autostima. Il concorso "smoke-free" ha riscosso rilevante attenzione da parte dei media che ne hanno parlato in termini positivi contribuendo a dare una immagine positiva e giovane della prevenzione.

Parole chiave: tabagismo, fumo, prevenzione, giovani, società.

Summary

AIM. Among the different intervention strategies with a strong impact on general and, in particular, youth population, there is the Swedish Ministry of Health's 1995 proposal for the beauty contest "Smoke-Free". The initiative has been also proposed in Italy as the "Miss Universe Smoke-Free" contest. The present study aims to investigate tobacco-related habits, attitudes and behaviours in a sample of 2003 Miss Universe finalists. Furthermore, an innovative tobacco intervention modality among teenagers is presented.

METHOD. Descriptive analysis of the "Miss Universe Smoke-Free" project, followed by a survey based on a questionnaire directly administered to 50 finalists of the Miss Universe contest. **RESULTS** - Most of the subjects are non-smokers. Among them, several had exploration with cigarette smoking but none maintain the habit. Approximately half among subjects who smoked are currently abstinent. The main motivations to not consume tobacco was the lack of "need". However, it appears that there is a weak belief about the tobacco problem in comparison with other social problems.

CONCLUSION. The low prevalence in tobacco consumption among the young finalists of the contest suggest a reduced need of smoking in the presence of a strong desire for self-establishment and self-esteem. The "smoke-free" contest raised media attention, that used positive terms about it giving a contribute to the positive and young image of prevention.

Keywords: tabagism, tobacco, smoke, prevention, young people, kids, society.

Simona Nicoletti, Irene Taroni

Facoltà di Psicologia Università La Sapienza-Roma, stagiste c/o GEA Progetto Salute.

Vincenzo Zagà (nosmoking@infinito.it)

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

Giacomo Mangiaracina (mangiaracina@globalink.org)

Presidente SITAB, Coordinatore Area Tabagismo Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori



L'incoronazione di Laia Manetti, Miss Universo Smoke-Free 2003/04.

Introduzione

La prevenzione rappresenta il cardine dei programmi di controllo del Tabagismo. Il quadro generale della situazione in Italia mostra una situazione contrastante della distribuzione del Fumo tra i giovani. Uno studio di La Vecchia, riferito ad una indagine DOXA nel periodo marzo-aprile 2002(1), nella fascia di età 15-24 anni, riporta una percentuale di fumatori del 31,2% per i maschi e del 26,9% per le femmine.

Il confronto con il 2001 lascia intravedere una prospettiva rassicurante. Il trend sembra infatti essere positivo, con un calo complessivo dei giovani fumatori dal 34,1% al 29,1%, oltre 6 punti percentuali fra i ragazzi e di 3,5 punti fra le ragazze. L'indagine DOXA 2003 (2) confermerebbe da un lato il sorpasso delle giovani fumatrici rispetto ai maschi fumatori nel 2002, dato peraltro già segnalato da una indagine dell'OMS nel 2001 (3), ma evidenzia anche la riduzione del numero di giovani fumatori negli ultimi due anni (2002 e 2003). Il dato è di notevole interesse se confermato da ulteriori indagini su un più vasto campione di popolazione. Tuttavia, da una stima indiretta, si rileva il dato dissonante e discordante dei profitti delle compagnie del Tabacco, che non permette di formulare previsioni ottimistiche. Dopo l'acquisizione dell'Ente Tabacchi Italiano (ETI) da parte della British American Tobacco (BAT), il mondo della produzione, ormai in prevalenza anglo-americano, registra un deciso incremento

dei profitti. Nel 2001 gli italiani hanno speso 13 milioni di euro per acquistare 103.000 tonnellate tra sigari e sigarette (10 miliardi di sigarette e 63 milioni di sigari). Parimenti, L'ETI, nella gestione 2001, riferisce un aumento delle vendite nel complesso del 2,8% rispetto all'anno precedente (4) con un sensibile incremento sia delle sigarette (0,5%) che dei sigari (1,4%). Vanno anche considerate in questo scenario le campagne di promozione del tabacco rivolte ad un target ormai giovanissimo. E' noto che se un giovane non comincia a fumare prima dei 20 anni, è meno probabile che lo faccia dopo. Per rimanere ancorati a questo terreno di diretta competizione, è necessario possedere e perfezionare strumenti di indagine che permettano di approfondire gli atteggiamenti e i comportamenti dei giovani nei loro contesti, definendo chiaramente gli obiettivi che si intendono raggiungere ed indicatori di valutazione sia del fenomeno che degli interventi atti a modificarlo.

Le azioni in ambito di prevenzione attuate negli ultimi anni possono essere distinte per criteri ed obiettivi:

1. Approccio mediatico rivolto alla popolazione generale (5).
2. Approccio mediatico mirato sugli adolescenti (6).
3. Interventi in ambito scolastico a carattere puramente informativo.
4. Interventi incentrati sull'effetto premiante, dove si privilegia l'aspetto competitivo, favorevole all'età evolutiva,

non escluso anche ludico (Smoke Free Class Competition, Quit & Win).

5. Approccio multimodale (informazione, laboratorio, educazione socio-affettiva, peer education, educazione critica).

6. Partecipazione ad eventi speciali: "Giornata Mondiale senza Tabacco" (31 maggio), "Giornata Nazionale per i Diritti dei Non-fumatori" (5 novembre).

7. Azioni normative:

- divieto di pubblicità
- leggi a tutela dei minori e dei non-fumatori (spazi liberi dal Fumo)
- misure repressive e sanzionatorie.

8. Incremento della tassazione sul Tabacco.

9. Progetti circoscritti a realtà specifiche (Ospedali senza Fumo, Scuole libere dal Fumo, Aziende senza Fumo).

Tali interventi, in sinergia tra loro, producono certamente dei risultati. Quanto ai progetti in ambito scolastico, uno studio di Tinghino (7), considera che il 71% dei ragazzi inizia a fumare addirittura prima dei 18 anni, per cui di conseguenza i programmi di prevenzione dovrebbero iniziare quanto più precocemente possibile. Un suggerimento ormai prevalente è quello di intervenire tra i 9 e i 10 anni di età e non oltre i 14 anni, coinvolgendo tutti gli attori del contesto scolastico, familiare e sociale. Tenendo presente che un approccio educativo basato sulla mera informazione, ammessa comunque la validità dell'informazione, non è in grado di per sé di modificare determinati atteggiamenti, né tantomeno i comportamenti a rischio, ma che c'è bisogno di coinvolgere le famiglie, le istituzioni, il gruppo dei pari, con metodi interattivi che tendono ad elevare la consapevolezza dei ragazzi rispetto alle pressioni sociali.

L'esperienza svedese

Nel quadro delle progettualità in prevenzione vi è necessità di esplorare modelli di intervento innovativi che rispondano a criteri di validità sul piano strategico e tecnico scientifico.

L'idea di rendere la rassegna Miss Svezia Smoke-Free si ebbe per la prima volta nel 1995, con l'elezione di Petra Hultgren. Petra era una fumatrice all'epoca, ma si rese conto che durante il suo

“anno” di detenzione del titolo avrebbe avuto molta attenzione da parte dei media, e che fumare avrebbe in una qualche maniera danneggiato la sua immagine. Petra smise dunque di fumare e contattò l'Istituto Nazionale Svedese di Salute Pubblica, ed il Bonnier Media Group che aveva curato la campagna di comunicazione. Venne organizzata di conseguenza una squadra di specifica competenza in materia, ed a seguito di ciò, dal 1996, tutte le candidate di Miss Svezia devono essere non fumatrici e devono assumere il ruolo di testimonial nelle scuole della loro zona veicolando il messaggio antifumo per un minimo di 4-6 settimane. Nel 1996 il ministero della salute svedese propose l'organizzazione di un concorso di bellezza completamente smoke-free, finanziandolo del tutto. L'esempio fu seguito da Islanda, Francia, Tailandia e Norvegia fino ad approdare alla finale mondiale di Miss Universo. I motivi che avevano condotto alla scelta erano:

1. Esplorazione e verifica di nuove modalità di intervento.
2. Far parlare l'opinione pubblica.
3. Agire sui giovani con un messaggio positivo veicolato da un evento molto seguito a livello nazionale.

La prima eletta “Miss Svezia Smoke-Free” venne assunta dal Servizio Nazionale di Salute Pubblica. Dopo un'iniziale scetticismo da parte dei media nei confronti della campagna, il sostegno alla manifestazione si caricò di ulteriore entusiasmo. L'opinione pubblica ne venne fortemente coinvolta, nel 1996, al punto che la manifestazione venne divulgata da 65 articoli in quotidiani locali, 30 programmi radio e 10 programmi in TV locali. Un certo vago iniziale scetticismo ci fu da parte dei media, e anche degli insegnanti, ma gli atteggiamenti mutarono dopo i primi interventi delle miss nelle scuole. Un sondaggio su 340 insegnanti tendente a rilevare le opinioni riguardo alla collaborazione delle ragazze con la scuola, a complemento alle tradizionali attività educative, evidenziò che il 90% degli insegnanti riteneva la collaborazione delle ragazze un valido aiuto. Il sondaggio sulle opinioni degli alunni evidenziò che il 60% di essi riteneva “gradito” l'intervento delle ragaz-

ze nella scuola: il 34% “bene accolta” e l'1% “accolta con scetticismo”. Un'altra domanda del questionario era: “Una candidata di Miss Svezia è un modello di buon comportamento per i giovani?”. Il 90% degli insegnanti rispose affermativamente, mentre il 9% non era sicuro e solo l'1% considerò che non si trattasse di modello efficace. Venne anche chiesto quale fosse la loro opinione sull'impiego delle “miss” in una campagna contro il fumo.

In una scala da 1 a 5 il voto dato alla campagna è stato 4,58. La medesima scala di valutazione venne utilizzata per valutare se la campagna dovesse essere ripetuta l'anno dopo ed il risultato è stato 4,20. In conseguenza al successo ottenuto in Svezia, l'idea dell'iniziativa si diffuse anche all'estero. La prima opportunità si ebbe con Miss Svezia 96, Annicka Duckmark, che fu invitata alla “Conferenza Mondiale sul Tabacco e la Salute” in Cina nel 1997. Il suo discorso ebbe grande attenzione da parte dei media e dei partecipanti. Invitata anche alla conferenza di Parigi nel 1998 su “Tabacco e Donne - Capire il passato per cambiare il futuro”, ancora una volta riscosse rilevante attenzione. Nel 1997 il Parlamento Europeo invitò Viktoria Lagerstrom, miss Svezia 97, a parlare del suo lavoro come testimonial contro il Tabacco. L'idea di associare un serio impegno sociale ad un contesto più carico di fascino e glamour, con maggiore attenzione da parte dei media e degli adolescenti, si rivelò di notevole interesse in quanto usciva dai vecchi stereotipi della prevenzione. Dopo vari anni di supporti economici alla manifestazione, il progetto Miss Svezia Smoke-free, non riceve attualmente finanziamenti dal ministero della salute svedese, ma è comunque appoggiato e sostenuto. In altre parole il progetto procede ormai con risorse proprie. Per le oggettive difficoltà a valutarne l'efficacia a breve, medio e lungo termine nel suo impatto massmediatico sulla popolazione e degli interventi frontali con gli adolescenti, non è mai stata fatta un'analisi del rapporto costo-beneficio.

Un dato però è significativo: rispetto ai paesi del Nord Europa, dalla Danimarca alla Norvegia dove fumano più femmine che maschi, la Svezia è l'unico paese ad avere negli ultimi anni abbattuto e man-

tenuto il tabagismo al di sotto del 20%. In un'ottica di approccio globale alla problematica tabagica, si può ritenere che anche miss Svezia Smoke-free abbia avuto e continua ad avere la sua parte.

Materiali e metodi

Sulla base di questa esperienza, la SITAB ha voluto esplorare un modello riveduto di questa modalità di intervento, tenendo presenti alcune opportune “correzioni”, ad esempio:

1. l'abbattimento dei costi organizzativi attraverso un accordo formale “alla pari” con una organizzazione che si occupi nello specifico di concorsi di bellezza;
2. fare delle “miss” delle testimonial contro il tabacco nella scuola e nella comunità;
3. selezionare un campione idoneo tra le finaliste, compresa la neo-vincitrice;
4. organizzare un programma di formazione e di “addestramento” del testimonial;
5. promuovere l'immagine delle ragazze “smoke-free”;
6. promuovere una immagine giovane, fresca e gioiosa della Prevenzione.

L'accordo è stato realizzato nei termini previsti con la Clarissa Burt Management. La fase che potremmo definire “promozionale” del progetto è iniziata nel Febbraio 2003, e si è conclusa il 7 giugno con la finale del concorso, andata in diretta su Canale 5. Nel periodo febbraio-maggio, la SITAB ha presentato, con un proprio delegato, alla maggior parte delle selezioni regionali, dove è stato divulgato, in accordo con gli organizzatori, un messaggio di promozione della libertà e della bellezza che fanno a meno dell'uso del tabacco.

In quella occasione è stato distribuito materiale informativo sui danni da fumo e sul progetto Miss Universo smoke free.

Il 25 maggio, a pochi giorni dalla finale televisiva, è stato effettuato un incontro informativo con le 50 finaliste, per una selezione preliminare. E' stato dunque somministrato un questionario di 20 domande dove venivano indagate le loro abitudini e lo stile di vita.

Questionario per il concorso di Miss Universo 2003

Nome e Cognome

Hai provato a fumare? SI NO A che età?.....
 in quale occasione?

Hai continuato? SI NO Perché?.....

Fumi attualmente? SI NO Perché?.....

Un tuo giudizio sul Fumo:

Un tuo giudizio sul fumatore:

Indica per ciascuna di queste problematiche il valore di importanza sociale che tu dai con un punteggio da 1 a 5 (1=importanza minima; 5=importanza massima):

Problematiche sociali	1	2	3	4	5
1. AIDS					
2. INQUINAMENTO AMBIENTALE					
3. INCIDENTI STRADALI					
4. ELETTROMAGNETISMO					
5. COLTIVAZIONI TRANSGENICHE					
6. MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE					
7. FAME					
8. TOSSICODIPENDENZA					
9. ALCOLISMO					
10. TABAGISMO					
11. SOVRAPOPOLAZIONE					
12. CLONAZIONE					
13. GUERRA					
14. CRIMINALITÀ					
15. PROSTITUZIONE					

Vero o falso?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | V | F |
| A. Bush è stato eletto con il supporto economico delle Multinazionali del Tabacco. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Un pacchetto di Marlboro da 20, all'ingrosso costa 25 centesimi di euro. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Lo stato incassa il 73% di tasse sul costo di un pacchetto di sigarette. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Il tabacco è fortemente radioattivo (20 sigarette al giorno=300 radiografie l'anno) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Fumare in casa inquina fino a 200 volte più del peggiore inquinamento ambientale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. L'asma nei bambini è dovuto in massima parte al fumo dei genitori. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Il target dei colossi del Tabacco sono i bambini. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Come ti sembra l'idea di un concorso di bellezza "Smoke-Free"?

strana non male furba ottima

Se potessi convincere un ragazzo a non fumare ed hai solo tre parole a disposizione cosa gli diresti?

1 2 3

Cosa diresti ad un ragazzo che fuma?

.....

Per chi fuma. Tre buone ragioni per smettere:

1 2 3

Per chi non fuma. Tre motivi per non cominciare:

1 2 3

Analisi del questionario

1. Hai provato a fumare?

Si: 32

No: 18



2. A che età?

Età media: 16 anni

3. In quale occasione?

- amici: 38

- a scuola: 3

- altro: 1



4. Hai continuato?

Si: 14

No: 8



5. Perché sì?

- per amicizie: 8

- mi piaceva: 2

- altro: 4



6. Perché no?

- non mi è piaciuto: 10

- fa male: 6

- altro: 2



7. Fumi attualmente?

Si: 9

No: 41



8. Perché sì?

- per calmarmi: 3

- per abitudine: 6



9. Perché no?

- per problemi fisici: 4

- non ne ho bisogno: 16

- fa male: 5



10. Un tuo giudizio sul Fumo?

negativo: 41

altro: 7



11. Un tuo giudizio sul fumatore?

negativo: 28

altro: 19



12. Indica per ciascuna di queste problematiche il valore di importanza sociale da 1 a 5?

- Inquinamento: importanza Massima o Grande

- Elettromagnetismo: importanza Media

- Tossicodipendenza: importanza Medio-Grande

- Tabagismo: importanza Media

13. Bush è stato eletto con il supporto economico delle multinazionali del Tabacco?

- Vero: 24

- Falso: 20

- Non so: 6



14. Un pacchetto di Marlboro da 20, all'ingrosso costa 25 centesimi di euro?

- Vero: 25

- Falso: 20

- Non so: 5

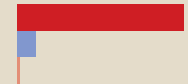


15. Lo Stato incassa il 73% di tasse sul costo di un pacchetto di sigarette?

- Vero: 44

- Falso: 5

- Non so: 1



16. Il tabacco è fortemente radioattivo (20 sigarette al giorno = 300 radiografie l'anno)?

- Vero: 37

- Falso: 13

- Non so: 0

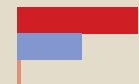


17. Fumare in casa inquina fino a 200 volte più del peggiore inquinamento ambientale?

- Vero: 32

- Falso: 17

- Non so: 1



18. L'asma nei bambini è dovuto in massima parte al fumo dei genitori?

- Vero: 24

- Falso: 22

- Non so: 4



19. Il target dei colossi del Tabacco sono i bambini dai 4 agli 8 anni?

- Vero: 8

- Falso: 38

- Non so: 4



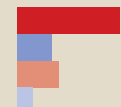
20. Come ti sembra l'idea di un concorso di bellezza Smoke-Free?

- Strana: 27

- Non Male: 9

- Ottima: 11

- Furba: 4



Risultati e Discussione

Il campione esaminato è del tutto particolare e merita attenzione non tanto sul piano rigorosamente scientifico, data l'esigua numerosità, quanto sulla particolarità del campione stesso, costituito da un gruppo di ragazze altamente selezionato su basi casuali attraverso votazioni di pubblico e giurie regionali. Per la prima volta nella storia dei concorsi di bellezza, almeno nel nostro paese, si è voluto

timidamente esplorare questo mondo così particolare e precedentemente imperscrutabile, almeno sotto il profilo del consumo di tabacco.

I dati indicano che 32 su 50 ragazze (64%) ha provato almeno per una volta a fumare. Il contesto in cui si è verificata la prova è stato quello grupppale dei pari (amici). L'età media in cui ha avuto luogo la prova è stata di 16 anni. Tra le ragazze che hanno provato, 14 (meno della metà)

hanno continuato a fumare e 5 hanno smesso dopo qualche tempo. Coticché le fumatrici nel campione esaminato erano 9 su 50 (18%). Il valore è di molto inferiore rispetto ai dati di un pari campione relativo alla popolazione generale. Questo induce a formulare una prima ipotesi. Può essere verosimile che le rilevanti motivazioni di autoaffermazione presenti nel gruppo esaminato, giochino un ruolo significativo nella scelta delle

modalità di coping e nella opzione verso il consumo di droghe. In altre parole si potrebbe ipotizzare che ad una maggiore intensità di autoaffermazione possa corrispondere una maggiore autostima e di conseguenza una minore ricerca di "stampelle sociali". Inoltre più del 70% delle ragazze non fuma attualmente, ed esprime un giudizio negativo nei riguardi del fumo e del fumatore. Fra coloro che non hanno continuato, la motivazione di maggiore rilievo è stata la mancanza di piacere (non mi è piaciuto) e la percezione del danno presunto (perché fa male) piuttosto che di quello sperimentato personalmente. Sembra addirittura che viga la norma della rimozione del malessere ricevuto dal fumare le prime sigarette, essendo noto che nella quasi totalità delle situazioni, le prime sigarette determinano malessere e disturbi fisici rilevanti o che comunque non passano inosservati.

Riguardo alle motivazioni addotte verso la scelta di fumare, le 9 fumatrici hanno risposto "per abitudine" e "per calmarmi", mentre le motivazioni relative alla scelta di non fumare propendono nella maggior parte dei casi sulla consapevole mancanza di funzionalità (non ne ho bisogno). L'indagine ha messo in evidenza il fatto che le ragazze esprimono un pesante giudizio negativo principalmente sul Fumo (82%), meno sul fumatore (56%). È importante rilevare che il Tabagismo viene considerato come problematica minore rispetto all'inquinamento ambientale e alle tossicodipendenze in generale, e viene invece equiparato al problema sociale dell'Elettromagnetismo. Sebbene si tratti di un campione di esigue proporzioni, è interessante notare la dimensione della percezione sociale della problematica "elettromagnetica", che ha riscosso attenzione e preoccupazione più di quanto non ne

Foto grande.
Vista di Le Castella
(Capo Rizzuto).
In basso.
Le aspiranti miss
posano per una
foto di gruppo.



riscuota il tabacco nonostante le campagne di sensibilizzazione e le avvertenze sui pacchetti. Questa riduzione della percezione del problema sociale si sovrappone al recente studio della Fondazione Pfizer condotto su 17.000 ragazzi, in cui da un lato si ha percezione della dipendenza da Fumo tra le maggiori e diffuse nel mondo giovanile, ma minimizzazione sulla portata sociosanitaria del problema.

Infine, le candidate a Miss Universo hanno dimostrato di avere una discreta conoscenza generale di notizie riguardanti le multinazionali del Tabacco, la tassazione sulle sigarette e i danni generali da Fumo. Invitate ad esprimere un giudizio sul valore complessivo dell'iniziativa, che si è equamente ripartito tra una forma di incertezza ed una di entusiastica accoglienza.

Conclusione

Al di là della rilevanza sul piano epidemiologico, anche in considerazione della speciale tipologia del campione, i dati rilevati permettono di attivare una riflessione sui gruppi "chiusi" ed un confronto di dati con le realtà generali di determinati problemi di ampia prevalenza sociale, specie nel campo delle dipendenze, che rappresentano un sfida per la salute pubblica.

Il dato di maggiore evidenza può ritenersi quello della ridotta prevalenza di tabagismo in questi gruppi, dove senza dubbio prevalgono elementi di autoaffermazione correlati con il senso dell'autoefficacia e dell'autostima, validi deterrenti contro scelte perniciose.

Bibliografia

1. L1. La Vecchia C - Il Fumo in Italia, Osservatorio Fumo Alcol Droga, Istituto Superiore di Sanità, pubblicazione via internet, www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0002.pdf, 2002; pag. 3.
2. Istituto per le ricerche statistiche e l'analisi dell'opinione pubblica "DOXA" - Il Fumo in Italia, Aprile 2003.
3. WHO - World Health Organization, European Centre for Environment and Health. Il Fumo si espande tra i giovani e invade l'Europa. Comunicato stampa del 15 febbraio 2002.
4. ETI, Ente Tabacchi Italiano- Relazione sulla gestione di esercizio 2002; pag. 6.
5. Ministero della Salute - Campagna per la dissuasione dal Fumo, 2003.
6. European Commission - (<http://web138.s4.typo3server.com/it/06info/txt-01-a-07.html>) "Feel-Free to Say No" Tobacco Campaign, 2002-2004.
7. Tinghino B: Efficacia della prevenzione del tabagismo. Tabaccologia, 2003; 1: 33-36.

Efficacia dei corsi per smettere di fumare a Trieste. Verifica a 2 anni

Effectiveness of courses conducted to stop the smoking habit in Trieste (Italy). A 2 years follow-up

G. L. Montina, M.L. Onor, C. Poropat, E. Cariello, P. Todaro, F. Pivotti, E. Aguglia

Riassunto

Premessa. La cessazione del fumo è spesso un compito difficile, specialmente a causa della dipendenza psicologica. Si è visto che fornire counseling a piccoli gruppi di fumatori è efficace in una misura del 10 - 25% dei casi ad un anno di follow-up.

Scopo dello studio. Valutare l'efficacia dei gruppi per smettere di fumare nell'area di Trieste a distanza di uno e due anni.

Materiali e metodi. Sono stati studiati 117 soggetti (63 maschi e 54 femmine, età media 45,51 anni, SD 12,36) che hanno partecipato a tre corsi intensivi per smettere di fumare condotti da tre Associazioni attive a Trieste (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – LILT, Lega Vita e Salute – LVS ed Associazione Hyperion – AH); tutti i protocolli includevano dei questionari che misuravano il grado di dipendenza (Fagestrom) e le motivazioni al fumo (Perché fumo? – American lung Association). Non sono stati usati farmaci.

Risultati. Il punteggio medio del Fagestrom è stato di 6.43, 53% dei soggetti fumavano più di 20 sigarette al giorno e la motivazione al fumo più frequentemente riportata dalle femmine è stata la "riduzione della tensione" (81%), mentre per i maschi la "ricreazione" (73%). Dopo 2 anni sono stati rintracciati con interviste telefoniche 90 dei 117 soggetti (76,92%). Di questi 90, 67 (71,1%) avevano smesso alla fine del corso (tempo 0), gli astinenti a tre mesi erano il 34,4%, a dodici mesi il 26,6% ed a due anni il 17,8%.

Conclusioni. I risultati del presente studio sono coerenti con quelli riportati dalla letteratura. L'alta percentuale di ricadute (67%) entro tre mesi dall'abbandono del fumo, e l'analisi dei questionari somministrati durante i corsi, sottolinea l'importanza di un supporto continuo psicologico e forse anche farmacologico durante la fase precoce dell'astinenza. Sono pure importanti le percentuali di ricaduta dopo un anno che non sono molto documentate in letteratura.

Parole chiave: fumo di tabacco, disassuefazione, corsi di disassuefazione, counseling, follow-up a distanza.

Summary

Background. Smoking cessation is often a difficult task, due mainly to psychological addiction. It has been shown that the provision of advice and counseling to small groups of smokers is effective in 10 to 25% of cases at 1 year follow-up.

Aim of the study. To evaluate the effectiveness of counselling group therapy at the 2-year follow-up.

Materials and methods. All the subjects who attended the intensive smoking cessation groups, held in Trieste in 1996 by 3 different Associations, were enrolled in this study. The three Associations' interventions are different in some aspects, but they share a behavioral group approach.

Each subject was administered a questionnaire, investigating both the degree of addiction (by Fagerström test) and the motivations to smoke (by the "Why do I smoke?"-American Lung Association- test). No pharmacotherapy for smoking cessation was provided during the courses.

The follow-up was performed by phone interview both one year and two years after courses' termination.

Results. 117 subjects, 63 males and 54 females, mean age 45.5 ± 12.4 yrs., were studied. The mean Fagerström score was 6.43, 53% smoked more than 20 cigarettes/die. Females reported "reduction of anxiety" (81%) and males "recreation" (73%) as the most important reason for smoking.

At the 2 year follow-up, 90 out of 117 subjects (76.9%) were interviewed by a phone call. Sixty-seven of them (71,1%) had quit

Gian Luigi Montina: A.S.S. n.1, Dipartimento di prevenzione, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
MariaLuisa Onor: Clinica Psichiatrica, Università di Trieste
Claudio Poropat: A.S.S. n.1, Dipartimento delle Dipendenze, Centro per la prevenzione e cura del tabagismo
Ernestina Cariello: Associazione volontariato Hyperion
Paolo Todaro: Lega Vita e Salute
Fulvio Pivotti: A.S.S. n. 1 Centro Cardiovascolare
Eugenio Aguglia: Direttore della Clinica Psichiatrica - Università di Trieste

at the end of courses (time 0); 34,4% of them was abstinent 3 months after courses' termination, 26,6% after 12 months, and 17,8% at the 2 year follow-up.

Conclusions. The results of this study are in accordance with previous data reported in the literature. The high percentage of relapses within three months after quitting (65,6%), and the analysis of the questionnaires filled up during the courses, emphasize the importance of an ongoing psychological, and probably pharmacological, support during the early phase of abstinence.

Key words: tobacco smoking, smoking cessation, , group therapy, counseling, long-term follow-up.

Introduzione

I fumatori presentano grandi difficoltà a smettere a causa della dipendenza prevalentemente psicologica legata a tale comportamento (9) e dal momento che il sostegno e l'incoraggiamento fornito dai Corsi per smettere di fumare si è spesso rivelato determinante per raggiungere questo obiettivo (1,2,3), si è voluto verificare se questo era vero (4) anche tra i partecipanti ai corsi per fumatori tenuti nella provincia di Trieste misurando le relative percentuali di successo.

Sulla base di queste considerazioni abbiamo svolto uno studio su un campione di 117 soggetti che avevano partecipato ai corsi per fumatori nella provincia di Trieste nel 1996 organizzati da tre associazioni (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Lega Vita e salute ed Associazione Hyperion) che operano nell'ambito del Centro per la prevenzione del Tabagismo nel A.S.L. n.1 Triestina.

Lo scopo della ricerca è quello di valutare (4) attraverso la somministrazione di alcuni test le caratteristiche del soggetto fumatore che si rivolge ai corsi per smettere di fumare e di monitorare a distanza dei due anni la percentuale di soggetti che sono ancora astinenti dalla fine dei corsi.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto su un campione di 117 soggetti, di cui 63 maschi e 54 femmine, che hanno partecipato nel 1996 ai corsi per fumatori organizzati della LEGA ITALIANA per la LOTTA contro i TUMORI, dalla LEGA VITA e SALUTE e dall'ASSOCIAZIONE HYPERION. Le metodologie proposte dalle tre associazioni vengono descritte di seguito.

CORSO DELLA LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI (LILT):

Il corso è tenuto da personale qualifica-

to (medici, insegnanti, ecc.) nonché specificatamente formato dalla LILT. Il corso ha una struttura omogenea su tutto il territorio nazionale, viene effettuato per piccoli gruppi (7-15 persone) ed è articolato in 10 incontri della durata di circa 90 minuti distribuiti nell'arco di tempo di 2-3 mesi con cadenza variabile.

Ai corsisti viene fornito uno specifico materiale didattico. La metodologia applicata è di tipo cognitivo-comportamentale (7) e tiene conto sia delle componenti cognitive-educative che clinico-fisiologiche e psicologiche, al fine di permettere a tutti i partecipanti di trovare una "strada personale" per superare la dipendenza da sigaretta.

Durante i corsi non è stato impiegato alcun farmaco come ad esempio il Bupropione o i sostituti della nicotina.

CORSO DELL'ASSOCIAZIONE HYPERION :

Il corso è tenuto da psicoterapeuti e viene indirizzato a gruppi di circa 20 persone. Il corso è articolato in diversi moduli.

Il primo modulo denominato "ho smesso di fumare" è comune a tutti i percorsi ed è costituito da un corso intensivo articolato in quattro serate consecutive, che alterna didattica e terapia psicologica in e di gruppo. La valutazione delle motivazioni sensoriali, farmacologiche e psicosociali permette di predisporre un trattamento integrato ed individualizzato che si avvale anche di tecniche di programmazione neuro-linguistica, di rilassamento, fitoterapia, auricoloterapia, ecc.

In tal modo i corsisti possono costruire una dimensione psicologica che permette loro smettere, perché "smettere mi procura piacere". Al corso segue un secondo modulo ottimizzato per le caratteristiche dei diversi tabagisti articolato su 10 incontri a cadenza settima-

nale, con caratteristiche di "self-help" che prevede per i tabagisti con difficoltà all'astinenza o in ricaduta un supporto medico-farmacologico e un trattamento per ex-tabagisti disassuefatti che sviluppano problemi di fame compulsiva.

CORSO DELLA LEGA VITA E SALUTE:

Il Corso è gestito da personale specificatamente preparato e viene offerto a gruppi di 40-50 persone. Esso si basa sul "Piano dei 5 giorni" di Mc Farland e Folkenberg che dal 1991 è stato adeguato alle nuove esigenze dell'utenza.

Il metodo impiegato è adattato alle esigenze italiane ed applicato in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. E' articolato su una seduta preliminare cui fa seguito un trattamento "Full immersion" con 5 sedute serali successive della durata di due ore.

Questa fase che comporta un approccio abbastanza "deciso" ha l'obiettivo di fornire ai corsisti la consapevolezza della loro situazione e la capacità di superarla con un opportuna dieta e specifici aiuti di tipo psicologico e spirituale.

Il corso si avvale della proiezione di audiovisivi per la didattica e di colloqui-riflessioni sul tema della dipendenza. Non prevede l'uso di farmaci.

Al corso intensivo seguono "Gruppi di Fumatori in Trattamento" composti da 15-20 persone che effettuano 8-10 sedute nell'arco di 2-3 mesi con la finalità di consolidare i risultati raggiunti.

In sostanza, a parte Hyperion che offre la possibilità di uso di farmaci dopo il primo modulo intensivo, ma che nella presente sperimentazione non ha avuto applicazione, si tratta di Corsi in cui viene misurata l'efficacia della sola attività di gruppo, senza l'uso di farmaci.

Durante la prima fase dello studio ai soggetti che hanno partecipato ai corsi è stata somministrata un batteria di test:

- 1) Questionario anamnestico sui comportamenti familiari del fumatore redatto in base all'esperienza maturata dai conduttori dei corsi.
- 2) Test di Fagestrom sulla dipendenza fisica da nicotina
- 3) Test sulla motivazione al fumo dell'American Lung Association (A.L.A.) denominato "Perché Fumo?"

Nella seconda fase dello studio a distanza di due anni (1998) è stato condotto un follow-up per valutare l'efficacia dei corsi in termini di soggetti rimasti astinenti in tale periodo dopo la conclusione dei corsi.

Per conseguire questo fine ogni soggetto rintracciato è stato sottoposto ad un'intervista telefonica costruita dalle seguenti sei domande definite in base all'esperienza degli operatori:

- 1) Ha smesso durante il corso?
- 2) Ha ripreso a fumare dopo la fine del corso?
- 3) Se sì quanti mesi dopo il corso?
- 4) Se sì come mai? (stress, offerta, noia, non so, altro)
- 5) Vorrebbe riprovare a smettere?
- 6) Se non ha ripreso a fumare ne sente ancora la mancanza?

L'intervista è stata effettuata da uno psicologo.

Le risposte sono state quindi informatizzate ed elaborate mediante tecniche statistiche che prevedono l'applicazione del T-test di Student per il confronto fra le medie

Risultati

Il campione dei soggetti è costituito da 117 soggetti che hanno compilato i tre questionari all'inizio dei corsi nel 1996. Di questi 63 erano maschi e 54 femmine.

Il test QUESTIONARIO SUI COMPOR-TAMENTI FAMILIARI DEL FUMATORE prevede una serie di domande che permettono di individuare alcune caratteristiche del fumatore, tra le quali la presenza nella famiglia di origine o attuale di altri soggetti fumatori, il condizionamento che i familiari hanno sul comportamento del fumatore, i precedenti ten-

tativi di smettere di fumare e la durata degli stessi. Il questionario è stato definito dagli operatori.

L'età media dei maschi era di 46,01 anni con una DS di 13,19, l'età delle femmine era di 44,94 con una DS di 12,36. L'età media del campione era di 45,51 con una DS di 12,77.

I soggetti del campione fumavano mediamente da 26,71 anni con una DS di 11,88.

Il 72% dei soggetti aveva genitori fumatori, contro il 24 % che non ne aveva (2% di non risposte).

Il 52% dei soggetti viveva con persone che fumavano contro il 47% che viveva con persone che non fumavano (1% di non risposte).

Il 67% dei pazienti (N=76) aveva già tentato con successo (almeno tre giorni) ed almeno una volta di smettere di fumare, contro il 34% che non aveva mai tentato.

Tra coloro che avevano già tentato di smettere, il tentativo risaleva mediamente a 42,49 mesi prima del Corso.

Ventisei soggetti su 76 avevano smesso a causa di problemi di salute, 4 a causa di problemi economici, 7 su pressione dei familiari e 42 per altri motivi non precisati (possibilità di risposta multipla).

Mediamente i soggetti erano rimasti astinenti per 264,29 giorni con una DS di 440,91; cioè con un range che va da un minimo di alcuni giorni ad un massimo di 6 anni.

L'86% dei soggetti non aveva coinvolto i familiari nel momento in cui aveva deciso di smettere di fumare.



Il TEST di FAGESTROM prevede una serie di domande che mirano a valutare la dipendenza fisica del soggetto dalla nicotina.

Il 7% dei soggetti fumava meno di 10 sigarette al giorno contro il 40% che fumava tra le 10 e le 20 sigarette al giorno ed il 53% che ne fumava più di venti.

Il 28% dei soggetti fumava sigarette

con meno di 0,5 mg di nicotina per sigaretta, il 57% con un contenuto compreso tra i 0,6 mg e 1.1 mg ed il 15% con più di 1,2 mg.

L'86% dei soggetti aspirava il fumo quasi sempre, contro il 9% che lo aspirava talvolta ed il 5% che non lo aspirava quasi mai. Il 71% dei soggetti fumavano allo stesso modo durante tutto il giorno, mentre il 29% fuma di più al mattino. Il 60% avrebbe rinunciato con più fatica alla sigaretta della mattina, contro il 40% che considerava ogni sigaretta difficile da rinunciare.

Il 75% dei soggetti desiderava la prima sigaretta entro mezz'ora dal momento del risveglio.

Il 67% non trovava difficile non fumare nei luoghi in cui è vietato. Il 67% non fumava quando si trovava a letto per malattia.

Il punteggio medio ottenuto al Test di Fagestrom è stato di 6,43 (dipendenza di grado alto) con una DS di 1,41.

Il Test "PERCHE' FUMO?" ci permette di determinare le motivazioni del fumatore valutando sei possibili spinte che inducono il soggetto a fumare: stimolo, piacere, ricreazione, calo della tensione, dipendenza psichica e abitudine.

L'81% delle femmine fumava per cercare di ridurre la tensione interna, il 65% a scopo ricreativo ed il 56% per dipendenza psichica.

Il 73% dei soggetti maschi fumava a scopo ricreativo, contro il 63% per dipendenza psichica ed il 63% per ridurre la tensione.

Nota: il test dà la possibilità di ottenere punteggi significativi su più di una scala.

Risultati del follow-up

A distanza di due anni sono stati rintracciati 90 dei 117 soggetti che avevano compilato tutta la batteria di questionari all'inizio dei corsi corrispondenti al 76,9% del campione iniziale. Il campione verificato dopo due anni era costituito da 49 maschi e 41 femmine.

Le percentuali di astinenza, riferite al campione iniziale e con la consueta valutazione dei drop-outs come ricadute, erano del 20,5% ad un anno e del 13,6% a due anni.

Procediamo ora ad un'analisi più dettagliata facendo riferimento al campione verificato (100%). Di questi 90 soggetti il 28,9% (N=26) non era riuscito a smettere durante i corsi. Si rileva che gli astinenti erano una percentuale del 71.1% (N 64) alla fine dei corsi (tempo "0") e che decresceva al 34.4% dopo 3 mesi, al 26.6% entro 1 anno per attestarsi al 17.8% a 2 anni.

Procedendo ad uno studio delle ricadute si rileva che dei 64 soggetti astinenti alla fine dei corsi considerati pari al 100%, 33 (pari al 51.5%) riprendevano a fumare entro i primi 3 mesi, altri 7 (11%) riprendevano entro un anno per cui la percentuale di astinenti a quella data era del 37.5% ma altri 8 (12.5%) ricadevano nel periodo tra 1 e 2 anni per cui a 2 anni di distanza 16 persone erano ancora astinenti per una percentuale corrispondente del 25% degli astinenti iniziali.

Inoltre si rileva che dei 48 soggetti (75%) che avevano ripreso a fumare dopo la fine dei corsi ben il 67% lo ha fatto entro 3 mesi, il 16% entro il primo anno ed il restante 17% entro il secondo anno.

Tra i ricaduti dopo la fine dei corsi 30 soggetti hanno ripreso a fumare a causa dello stress, 12 dopo aver accettato una sigaretta su offerta, 7 per noia e 10 per altri motivi (possibilità di risposta multipla).

Dei 26 soggetti che non hanno smesso durante il corso, il 53,9% non vuole riprovare a smettere.

Dei 48 soggetti che hanno smesso con i corsi ma che hanno ripreso a fumare entro i 2 anni, il 56,2% vorrebbe riprovare a smettere.

Dei sedici soggetti ancora astinenti a due anni dalla fine dei corsi, 5 non sentono più il bisogno del fumo, 4 sentono ancora lo stimolo a fumare e 7 non hanno risposto.

A questo punto abbiamo voluto caratterizzare i soggetti astinenti e valutare se vi siano delle differenze rispetto ai soggetti non astinenti.

Il primo parametro preso in considerazione è stata l'età. I soggetti astinenti ed i fumatori non differivano per tale

parametro.

Il secondo parametro considerato sono stati gli anni di fumo, neanche in questo caso la differenza fra astinenti e non si è rivelata statisticamente significativa.

Il terzo aspetto considerato è stata la dipendenza fisica valutata attraverso i punteggi ottenuti al Fagestrom, non vi è differenza statisticamente significativa tra i soggetti astinenti e non astinenti rispetto ai livelli di dipendenza fisica.

Infine abbiamo considerato i livelli di motivazione al fumo valutando se i punteggi ottenuti al Test "Perché Fumo?" nelle diverse sottoscale manifestano delle differenze.

In questo confronto i soggetti ricaduti avevano ottenuto dei punteggi significativamente superiori alle sottoscale Stimolo ($p < 0,005$) e Calo Tensione ($p < 0,05$). Per le altre sottoscale: Piacere del gesto, Ricreazione, Dipendenza Psichica e Abitudine le differenze non si sono dimostrate statisticamente significative.

Discussione

Ai fini dello studio, i drop-out vengono considerati come ricadute per quanto, nonostante la prassi invalsa nella letteratura internazionale, niente ci permette di considerarli tali, anzi sembra più probabile che rientrino nella media dei risultati non essendo particolarmente distinguibili nei test d'ingresso. I drop-out non sono stati rintracciati per vari problemi di lavoro e cambio di residenza legati al lungo periodo di follow-up. Ci sembra pertanto più corretto definire i risultati sulla base dei 90 soggetti rintracciati.

Dai dati fin qui esposti si può concludere che i soggetti che accedono ai Corsi per fumatori sono dei soggetti di mezza età (circa 45 anni di media) e che hanno alle spalle una storia piuttosto lunga di fumo, (circa 26 anni).

Molti di questi hanno già fatto almeno un tentativo di smettere di fumare (66%), che è fallito.

La maggior parte di coloro che smettono (67% circa) ha ripreso a fumare entro i primi tre mesi, per cui viene riaffermata la necessità, già emersa da

molti studi in letteratura (1-2-5-8) di supportare gli ex fumatori particolarmente nei primi mesi di astinenza che risultano essere il periodo più critico.

Una considerazione merita di essere fatta anche sulla motivazione che porta il soggetto fumatore a persistere nell'uso del tabacco ed i soggetti astinenti a riprendere a fumare.

Dai risultati ottenuti ai questionario "Perché fumo?" emerge il fatto che i soggetti che non sono riusciti a mantenersi astinenti per il periodo del follow-up avevano ottenuto nelle scale Stimolo e Calo tensione dei punteggi significativamente più alti rispetto ai soggetti rimasti astinenti e questo potrebbe rappresentare un'indicazione per una particolare attenzione terapeutica.

Tale dato suggerisce che alla base della dipendenza da nicotina vi sia una maggiore spinta di ordine psichico piuttosto che fisico dal momento che non emerge nessuna differenza al Test di Fagestrom tra astinenti e non. Tutto ciò rafforza l'ipotesi della presenza di una dipendenza prevalentemente psico-comportamentale.

I soggetti che non sono riusciti a smettere di fumare durante il corso, manifestavano una bassa motivazione ad intraprendere ulteriori tentativi, mentre coloro che avevano smesso durante il corso, ma che avevano ripreso in un momento successivo manifestavano la volontà di fare altri tentativi dimostrando dei livelli di motivazione più alti.

Infatti, anche nel momento in cui la

dipendenza fisica è stata superata, il craving per la sostanza rimane comunque forte, al punto da sembrare un mezzo necessario per alleviare l'ansia e la tensione.

Il tasso di ricadute tra il primo ed il secondo anno potrebbe riflettere questo aspetto, anche se i dati a due anni della letteratura internazionale sono particolarmente scarsi.

Conclusioni

A due anni dalla fine dei corsi, tenuti nella nostra città, si può dire che la reale efficacia degli stessi, sia pur eseguiti con tecniche e modalità diverse, sia piuttosto buona e corrispondente ai migliori risultati ottenuti nelle varie parti d'Italia (1-2-5), specie se si considera che quasi tutte le verifiche sono state fatte dopo un anno (1-5) mentre la nostra è stata effettuata dopo 2 anni rilevando il 25% di astinenti tra coloro che avevano smesso grazie ai corsi e confermando in tal modo l'utilità di questa metodica..

L'attività dei gruppi riuniti nei corsi si è dimostrata pertanto in linea con quanto recentemente consigliato a livello internazionale (8).

Non va tuttavia dimenticato che tra quelli che non avevano smesso entro la fine dei corsi vi è un'alta percentuale di "irriducibili" molto difficili da recuperare; per essi si potrebbe proporre l'abbinamento del Corso con il supporto farmacologico (10) che pare in grado di aumentare del 19% l'efficacia del counseling di gruppo, ma questo a sua volta creerebbe problemi in ordine all'omo-

geneità del gruppo stesso ed alla metodica del Corso .

In generale, e data la limitatezza delle risorse, gli sforzi maggiori andrebbero indirizzati su coloro che dei corsi si sono giovati in quanto più motivati e quindi con migliori probabilità di rimanere astinenti nel lungo periodo.

In questi soggetti sarebbe perciò utile mantenere o incrementare gli incontri di rinforzo (5) nel periodo più critico ossia nei primi tre mesi di astinenza.

Tuttavia date le difficoltà di gestire i suddetti incontri da parte delle Associazioni andrebbero ricercate delle soluzioni alternative che stendano, attorno al fumatore che intende smettere, una specie di "rete" di sicurezza a cui fare riferimento.

Tali soluzioni potrebbero essere costituite da "gruppi aperti" gestiti da Ambulatori per la cessazione del fumo . A giudizio degli Autori andrebbe inoltre strutturato un rapporto organico con i Medici di Medicina Generale (MMG) che potrebbero intervenire con una specifica azione aggiuntiva di "counseling" di tipo individuale e/o con terapia sostitutiva farmacologica, essendo ormai provata l'efficacia di questi interventi (5-6-8-9).

Corrispondenza: dr Claudio Poropat, via Sai 5, S Giovanni, 34126 Trieste
Tel. 040/3997371, EM : claudio.poropat@ass1.sanita.fvg.it

Bibliografia

1. ATTI del Convegno "IO NON FUMO" Politiche ed azioni contro il fumo di tabacco nella Regione Veneta, Padova 13 maggio 1997, Centro di educazione alla salute - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
2. ATTI del Convegno SUL TABAGISMO, Napoli 15-16 novembre 1991, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
3. BOLOGNA SENZA FUMO, Raccolta di testimonianze delle iniziative Antifumo promosse e realizzate a Bologna dal 1970 ad oggi, A.S.L. Bologna, 1994
4. Focarile F, Ferro S, Monti C, Donato F, Gambi A, Gentilini F.: A proposal for monitoring smoking prevention programs with the use of indicators. *Epidemiol Prev.* 1997 Apr-Jun;21(2):137-45
5. Gorini G, Chellini E, Terrone R, Ciraolo F, Di Renzo L, Comodo N.: Course on smoking cessation organized by the Italian League against Cancer in Florence: determinants of cessation at the end of the course and after 1 year. *Epidemiol Prev.* 1998 Jul-Sep;22(3):165-70
6. Law M, Tang JL.: An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med.* 1995 Oct 9;155(18):1933-41
7. Morasso G. : Interventi per la disassuefazione del fumo. applicazione di un approccio psico-comportamentale a gruppi di fumatori. *Federazione medica* 1990, XLIII, 6
8. Raw M, McNeill A, West R.: Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax* 1998 Dec;53 Suppl 5 Pt 1:S1-19
9. Wong J.G.: Come aiutare i pazienti a smettere di fumare. *Stampa Medica* 1993, vol. 38 n. 2
10. Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE, Wetter DW, Smith SS, Baker TB.: Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest.* 1994 Feb;105(2):524-33.

Ruolo oncogenetico dei radicali liberi nel fumo di tabacco

Oncogenic role of reactive oxygen species in tobacco smoke

V. Zagà, M. Mura, M. Fabbri

Riassunto

I radicali liberi dell'ossigeno (reactive oxygen species - ROS) sono specie molto reattive poiché possiedono un numero dispari di elettroni e tendono facilmente ad accoppiare l'elettrone spaiato nell'orbita esterna, dando origine a reazioni a catena in grado di automantenersi e amplificarsi. Lo stress ossidativo deriva da uno squilibrio tra specie ossidanti e difese antiossidanti all'interno dell'organismo e può essere definito come una aumentata esposizione agli ossidanti e/o una ridotta capacità di difesa degli antiossidanti. Il fumo di sigaretta rappresenta una formidabile sorgente di ROS (10^{15-17} per aspirata), i quali si possono suddividere in due differenti gruppi: radicali a lunga emivita nella fase corpuscolata (fase tar) e radicali ad emivita breve nella fase aeriforme (fase gas). Essi contribuiscono a rendere il fumo di sigaretta un carcinogeno completo, dal momento che può agire sia come iniziatore che come promotore. I ROS infatti non agiscono solo danneggiando direttamente l'epitelio polmonare, ma possono anche modificare il DNA, inducendo mutazioni che comportano un aumento del potenziale neoplastico.

Parole chiave: radicali liberi, stress ossidativo, fumo di sigaretta, danno genotossico, N-acetil-L-cisteina.

Abstract

Reactive Oxygen Species (ROS) are very reactive molecules and atoms, due to an odd number of electrons and they easily tend to couple the unmatched electron, giving rise to chain reactions that are able to automaintain and amplify themselves. The oxidative stress results from an imbalance between oxidative species and antioxidants defences in the human organism, and it can be defined as an increased exposure to oxidants and/or a reduced defensive capacity of the antioxidants. Cigarette smoke is an extraordinary source of ROS (10^{15-17} for every aspiration), that can be subdivided in 2 groups: radicals with long half-life in the corpuscular phase (tar phase) and radicals with short half-life in the aeriform phase (gas phase). These radicals contribute to make cigarette smoke a complete carcinogen agent, as it can act both as initiator and promoter. ROS in fact do not operate only by damaging directly the pulmonary epithelium, but also causing alterations of DNA, and therefore inducing mutations that imply an increased neoplastic potential.

Key words: free radicals, oxidative stress, cigarette smoke, genotoxic damage, N-Acetyl-Cysteine.

Introduzione

Il crescente interesse in campo medicoscientifico e lo studio dei meccanismi patogenetici mediati dai radicali liberi costituisce oggi un argomento di viva attualità ed interesse per le recenti e numerose conferme di una loro implicazione nella patologia umana, anche neoplastica.

Le prime osservazioni sulla riduzione dell'ossigeno molecolare e delle sue

capacità di ossidare composti organici ed enzimi risalgono al 1931, ad opera di Haber e Willstatter. In seguito Haber e Weiss nel 1934 spiegarono la conversione dell'ossigeno in radicali idrossilici. Ma la reale portata di queste reazioni fu compresa soltanto in seguito alla scoperta nel 1969, da parte di McCord e Fridovich, dell'enzima superossido dismutasi (SOD) e della descrizione della reazione di trasformazione (1). Ciò permise di spiegare

come i metaboliti dell'ossigeno siano prodotti normalmente nella cellula vivente e che una famiglia di superossido dismutasi, di catalasi e di perossidasi agisca come meccanismo di difesa intracellulare nei confronti della trasformazione di potenti composti ossidanti. In seguito apparve chiaro che estesi danni tissutali potessero riferirsi sia ad una sovrapproduzione di prodotti intermedi dell'ossigeno che ad una diminuzione di questi

Vincenzo Zagà: Presidio Pneumotisiologico, Azienda ASL Città di Bologna

Marco Mura: Dottorato di Ricerca in Scienze Pneumo-cardio-toraciche, UNIBO

Mario Fabbri: Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio, UNIBO

enzimi intracellulari, che con un termine piuttosto colorito sono stati chiamati scavenger (spazzini). Nel 1976 fu evidenziato da Babior et al. che i neutrofili, attivati in seguito ad uno stimolo come il fumo di tabacco o una infezione microbica, producono una quantità notevole di radicali liberi dell'ossigeno (2).

I radicali liberi dell'ossigeno: origine e meccanismo d'azione

I radicali liberi dell'ossigeno (reactive oxygen species - ROS) sono atomi e molecole che possiedono un elettrone spaiato nell'orbita esterna ed includono l'anione superossido (O_2^-), il radicale idrossile (OH^\cdot) e il radicale perossidrilico (HO_2^\cdot); il perossido d'idrogeno (H_2O_2) e gli acidi ipotalosi, come l'acido ipocloroso

(HOCl), non sono ROS ma vengono classificati come tali, in quanto derivano dall'ossigeno e prendono parte alla tossicità dell'ossigeno. Esistono inoltre anche altri metaboliti derivati dall'ossigeno, come l'ossigeno singoletto, l'ozono e i radicali perossili ($R-OO^\cdot$) ed alcossili ($R-O^\cdot$).

I ROS svolgono un ruolo fondamentale in molte reazioni utili all'interno dell'organismo, come le ossidazioni mediate dal citocromo P450, distruggendo i microrganismi e consentendo un buon funzionamento della muscolatura liscia (3).

Il citocromo P450 è una proteina contenente il complesso eme e trae vantaggio dalla reattività della combinazione ferro-ossigeno per catalizzare l'ossidazione di vari composti endogeni e xenobiotici. Il citocromo P450, inoltre, agisce come una perossidasi in cui i perossidi

vengono utilizzati come donatori di ossigeno. Quando l'ossidazione di un substrato viene catalizzata dal citocromo P450, con NADPH/O₂ o perossidi come donatori, i ROS svolgono un ruolo fondamentale nel ciclo della reazione (3).

I radicali liberi esplicano la loro azione tossica solo quando sono prodotti con una velocità o in una quantità tale da non poter essere inattivati dai sistemi di difesa cellulare.

Gli organismi aerobi infatti sono dotati di valide difese antiossidanti che bilanciano la produzione radicalica legata al metabolismo di sostanze endogene ed esogene: esiste quindi un equilibrio tra sostanze ossidanti ed antiossidanti; lo stress ossidativo può essere definito come una aumentata esposizione agli ossidanti e/o una ridotta capacità di difesa degli antiossidanti (Tab.1).

TAB. 3. Principali ROS e sostanze antiossidanti nell'organismo umano (Del Donno et al 1999, modificata).

specie reattive all'ossigeno (ROS) coinvolte nei processi ossidoriduttivi		sostanze antiossidanti: concentrazioni nel plasma e nel fluido di rivestimento epiteliale		
radicale anione superossido	O_2^-		plasma	ELF
radicale idrossile	OH^\cdot	acido ascorbico	40	100
radicale perossidrossile	HO_2^\cdot	glutazione	1,5	100
perossido d'idrogeno	H_2O_2	acido urico	300	90
acidi ipotalosi	HOCl	bilirubina	10	-
	HOBr	α -tocoferolo	25	2,5
radicali perossili	$R-OO^\cdot$	β -carotene	0,4	-
radicali alcossili	$R-O^\cdot$	albumina SH	500	70
idroperossidi	$R-OOH$			

Con il termine di antiossidante si definisce qualunque sostanza che, presente in basse concentrazioni rispetto alle concentrazioni di un substrato ossidabile, ritarda o previene in misura significativa l'ossidazione del substrato in questione. Il termine "substrato ossidabile" comprende quasi tutto ciò che si trova nelle cellule viventi, comprese le proteine, i lipidi, i carboidrati e il DNA (5).

Le difese antiossidanti sono incentrate sul sistema del glutatione, che rappresenta il principale donatore tiolico intracellulare a basso peso molecolare; questo tripeptide è caratterizzato da un gruppo tiolico e da un legame peptidico gamma-glutamilico peptidasi-resistente. Il pool cellulare del glutatione è il risultato di un equilibrio dinamico fra la sua sintesi ed il turnover correlato; quest'ultimo consiste principalmente nella liberazione di glutatione ridotto (GSH) della cellula (6).

Il GSH svolge un ruolo importante nei meccanismi di detossificazione e nella protezione delle cellule contro gli ossi-

danti. La rimozione dei ROS viene catalizzata dalla GSH-perossidasi che utilizza come substrato il GSH; quest'ultimo viene rigenerato dalla forma ossidata (GSSG) per azione della GSH-reduttasi con il NADPH, i cui livelli vengono mantenuti dal ciclo dei pentoso-fosfati (7)

Le specie radicaliche sono molto reattive perché possiedono un numero dispari di elettroni e tendono facilmente ad accoppiare l'elettrone spaiato, sia prelevando un elettrone da un'altra molecola sia cedendo il proprio elettrone. Qualunque sia la reazione che si verifica (cessione o acquisizione dell'elettrone), la specie non-radicalica si trasforma in radicale libero capace di estendere e propagare il danno, in una reazione a catena in grado di automantenersi e amplificarsi. La reazione termina in una fase in cui i radicali liberi vengono "consumati" attraverso una ricombinazione in prodotti stabili, detto processo di arresto della reazione a catena (8).

I processi quantitativamente più

importanti nell'innesco e mantenimento di queste reazioni sono la riduzione mono-elettronica dell'ossigeno e la perossidazione lipidica.

Infatti l'azione catalitica di una grande quantità di enzimi cellulari implica il trasferimento di singoli elettroni con la conseguente produzione di intermedi radicalici; allo stesso risultato porta l'attività delle catene respiratorie di trasporto elettronico (4).

Numerose sono quindi le fonti intracellulari di radicali liberi: la membrana plasmatica, il reticolo endoplasmatico, i mitocondri, i perossisomi e la frazione citoplasmatica solubile (4).

Oltre a questo molti idrocarburi aromatici policiclici (PAH), presenti nel fumo di tabacco, vengono trasformati nel corso del loro metabolismo cellulare in intermedi radicalici del sistema microsomiale, che dipende dagli isoenzimi del citocromo P450 (4). L' O_2^- viene generato da reazioni di autoossidazione, come l'ossidazione dei chinoni e dei polifenoli, da rea-

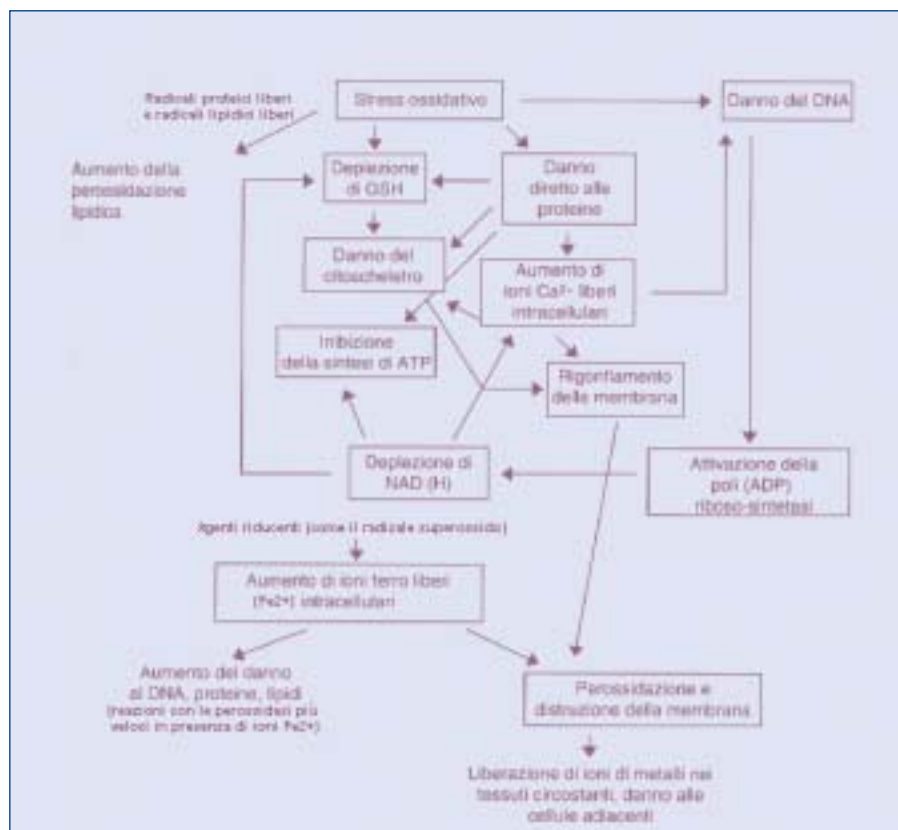


FIG. 1: Meccanismi di interazione che causano un danno ossidativo cellulare (Halliwell in Allegra et al 1992, modificata).

zioni enzimatiche, come la dissociazione della xantina da parte della xantina ossidasi, da fattori ambientali, come le radiazioni ultraviolette e gli ioni metallici o dall'attivazione metabolica dei polimorfonucleati neutrofilici (PMN) e dei macrofagi, attraverso l'attivazione della NADPH ossidasi, un complesso enzimatico legato alla membrana (9,10).

Infatti la vita dei radicali liberi è molto breve e si svolge nelle immediate vicinanze della sede di produzione. Tuttavia, se non sono neutralizzati da un accettore fisiologico, i radicali attaccano i diversi costituenti endocellulari entro un raggio d'azione variabile a seconda del tipo di radicale stesso (13). Qualunque sia il meccanismo d'azione attraverso cui si formano, i radicali idrossilici reagiscono velocemente con la maggior parte delle molecole che incontrano nelle cellule viventi, soprattutto con le proteine, con i carboidrati e con il DNA, dando origine a radicali proteici liberi, radicali lipidici liberi e radicali DNA liberi. I primi due tipi di radicali sono responsabili rispettivamente di inattivazioni enzimatiche metaboliche di ogni tipo e di interazioni con le membrane cellulari e formazione di lipidi perossi-

di. I radicali DNA liberi, attraverso la formazione di mutageni, sono in grado di provocare rotture e modificazioni.

L'OH[•] è il ROS più reattivo e può essere generato attraverso la radiolisi dell'acqua da parte delle radiazioni ionizzanti; tuttavia la maggior parte del radicale idrossilico si origina in vivo dalla dissociazione dell'H₂O₂. Tale molecola è estremamente reattiva ed è in grado di danneggiare o modificare biomolecole quali acidi nucleici, proteine, polisaccaridi, acidi grassi insaturi di membrana; l'emivita dell'OH[•] è pari a 10⁻⁹ secondi e pertanto la formazione dell'OH[•], per poter causare danni, deve avvenire nelle vicinanze del target (DNA o altro) ed essere quindi "site-specific". Se l'OH[•] reagisce col DNA, questo può portare alla formazione di basi del DNA idrossilate o a strand breaks (11,12).

Per quanto riguarda la quantificazione dello stress ossidativo in vivo, la scoperta degli isoprostani (IsoPS) quali prodotti della perossidazione lipidica non enzimatica, ha aperto nuove prospettive nello studio del ruolo dei ROS nella fisiopatologia e nello studio della patogenesi di varie malattie. Gli F₂-isoprostani sono del-

le prostaglandine che si originano dalla perossidazione dell'acido arachidonico; la loro valutazione quantitativa nel plasma sanguigno mediante spettrofotometria di massa si è dimostrata essere una accurata misura dello stress ossidativo in vivo (14).

Nei soggetti fumatori, infatti, i livelli di IsoPS sono significativamente più elevati che nei controlli, mentre si riducono altrettanto significativamente dopo astinenza dal fumo per 2 settimane (14).

Il surfattante polmonare, le cellule epiteliali e le cellule endoteliali del polmone contengono substrati per gli agenti ossidanti in elevate concentrazioni.

Il fumo di sigaretta contiene altrettanto elevate concentrazioni di ROS (40), in grado di deteriorare il patrimonio di agenti antiossidanti contenuti nelle cellule epiteliali del parenchima polmonare attraverso meccanismi legati all'aumentato stress ossidativo. Inoltre l'abitudine al fumo di sigaretta determina un incremento del numero di PMN nel fluido broncopulmonare e i particolati del fumo possono attivare queste cellule, che quindi produrranno maggiori quantità di ROS (15).

Ciò è stato evidenziato in una diminuzione dei livelli di Vitamina C e di glutazione e in un aumento dei livelli di perossidazione lipidica nel sangue in un gruppo di fumatori adulti (16).

Anche il materiale estratto dal catrame contenuto nel fumo si è dimostrato in grado di produrre H₂O₂ e conseguente danno al DNA (4-17). Un radicale semichinone contenuto nel catrame, infatti, è indefinitamente stabile e può essere osservato con metodi ESR (electron spin resonance); estratti acquosi di catrame, che contengono questo radicale, riducono l'ossigeno a O₂⁻ e perciò producono H₂O₂ e OH[•] (18).

Fumo di sigaretta e danno al DNA

Pryor e collaboratori hanno identificato nel fumo di sigaretta due differenti gruppi di radicali liberi: radicali a lunga emivita nella fase corpuscolata (fase tar) e radicali ad emivita breve nella fase aeriforme (fase gas). Il principale radicale della fase tar è costituito dal complesso chinoneidrochinone (10¹⁷ spin/g), un sistema

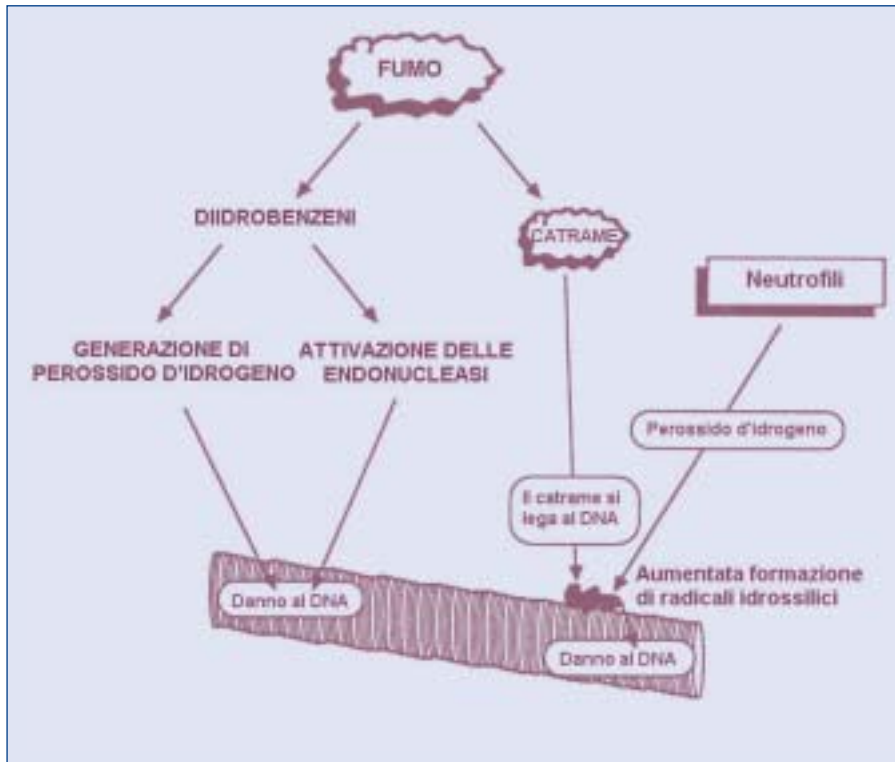


FIG.2: Meccanismi di interazione che causano un danno ossidativo cellulare (Halliwell in Allegra et al 1992, modificata).

redox molto attivo e in grado di ridurre l'ossigeno molecolare a radicale superossido e quindi a perossido di idrogeno e a radicale idrossilico. La fase gas del fumo di sigaretta contiene invece una gran quantità di piccoli radicali alchilici e alcossilici (10^{15-17} per aspirata di fumo di sigaretta) dotati di una reattività di gran lunga superiore ai radicali della fase corpuscolata (8,19,20). Anzi, recenti studi hanno evidenziato che il carico sequenziale di ROS che si sviluppa ad ogni aspirata di sigaretta è di gran lunga superiore a quello finora conosciuto, a causa di una reazione *buia*, che per essere evidenziata con la tecnica di chemiluminescenza ha bisogno della presenza di uno scintillante come il 2,5-difenilossazolo (40).

Il fumo di sigaretta è una miscela carcinogena completa, dal momento che può agire sia come iniziatore che come promotore, e contiene numerosi composti cancerogeni, quali PAH, diidrobenzene, N-nitrosamine, amine eterocicliche, Polonio 210, aldeidi e appunto i ROS (21).

Il danno al DNA può essere causato sia da sostanze mutageniche dirette e indirette prodotte dall'uomo con il fumo di tabacco, che da agenti endogeni come i ROS, o ancora può essere dovuto all'azione di endonucleasi DNA-specifiche (22).

Recentemente è stato evidenziato da più parti che i ROS sono coinvolti sia nell'iniziazione che nella promozione e/o progressione della carcinogenesi chimica.

La formazione di strand-breaks indotti dall'esposizione al fumo su DNA cellulare isolato viene inibita parzialmente dalla catalasi, suggerendo che l' H_2O_2 e l' $OH\cdot$ rivestono un ruolo importante nel danno genotossico (23).

L' H_2O_2 ha di recente mostrato di indurre metaplasia squamosa in un modello colturale di trachea di criceto. Visto che la metaplasia squamosa è associata con lo sviluppo del carcinoma broncogenico, la presenza di H_2O_2 nel fumo di tabacco può rivestire un ruolo rilevante per le sue proprietà carcinogeniche (24).

Secondo le osservazioni di Leanderson, che ha studiato la formazione di DNA-single strand breaks (DNA-SSB) e della base modificata 8-idrodeossiguanosina (8-OH-dG), entrambi marker di danno ossidativo del DNA, in cellule polmonari umane in coltura dopo esposizione al fumo di tabacco, la formazione di DNA-SSB osservata era dose- e tempo-dipendente dall'esposizione. Lo stesso accadeva dopo esposizione a H_2O_2 ed a idrochinone (un diidrobenezene), ma in

questo caso il danno non aumentava col passare del tempo (25). Anche Kiyosawa e coll. hanno riscontrato un aumento di 8-idrossi-ossiguanosina, uno dei prodotti del danno ossidativo a carico del DNA, in leucociti umani periferici (26).

La catalasi annullava quasi totalmente la formazione di DNA-SSB dopo esposizione all' H_2O_2 e ne causava una riduzione anche dopo esposizione a fumo di tabacco; anche l'agente chelante lipofilico del ferro o-fenantrolina e lo scavenger dell' $OH\cdot$ (altamente permeabile e non tossico) dimetiltiourea si sono dimostrati in grado di ridurre la formazione di DNA-SSB in entrambi i casi, mentre il trattamento con acido aurintricarbossilico (AT) (un composto noto per le sue capacità di ridurre l'attività endonucleasica) era efficace solo dopo la esposizione al fumo di tabacco (25).

La formazione dell'addotto 8-OH-dG veniva osservata solo successivamente ad esposizione al fumo di tabacco; si ritiene che questo tipo di mutazione del DNA sia mediata dall' $OH\cdot$. La ragione per cui non si osservava formazione di 8-OH-dG dopo esposizione all' H_2O_2 forse è costituita dal fatto che l'esposizione ad un singolo agente quale l' H_2O_2 non disturba i sistemi riparativi intracellulari del DNA e che quindi l'8OHdG eventualmente formato si viene immediatamente riparato (25).

L'incorporazione di un gruppo OH nella posizione C-8 della guanosina modifica il campo elettrostatico della molecola e può pertanto modificare i sistemi riparativi del DNA o l'azione della DNA polimerasi durante la replicazione. Recentemente la formazione di addotti 8-OH-dG si è dimostrata mutagenica nel genoma del fago M13mp19 (1-41) ed in grado di causare sostituzioni guanosina_timina e adenosina_citosina nel DNA M13mp2 dell'E. Coli (27).

Lo stesso Leanderson ha studiato anche il danno al DNA prodotto su cellule polmonari umane in coltura dal catrame delle sigarette, e in particolare la formazione di DNA-SSB indotte da PMN e dall' H_2O_2 (25).

L'estratto di catrame da solo non causava alcun danno genotossico, ma si osservava un significativo aumento di DNA-SSB quando le cellule venivano anche esposte all' H_2O_2 dopo l'estratto di

catrame. Lo stesso fenomeno si osservava anche nelle cellule esposte a PMN attivati con forbolo miristato acetato (PMA) (25).

È possibile che le cellule il cui DNA è stato "impresso" dal catrame o altri composti organici unipolari derivati dal fumo siano più sensibili al danno genotossico causato dai ROS generati dai PMN durante l'infiammazione (25).

Nessuna formazione di DNA-SSB veniva osservata invece in presenza di catalasi, indicando che l' H_2O_2 è importante per il danno al DNA indotto dai PMN (25).

Questi risultati suggeriscono che la formazione di DNA-SSB fumo-indotta sia legata all'azione dell' OH^{\cdot} generato dopo la dissociazione di H_2O_2 sito-specifica e forse all'azione delle endonucleasi che possono essere attivate dai diidrobenceni quali l'idrochinone. Quest'ultimo agisce in senso genotossico probabilmente non solo attivando le endonucleasi ma anche attraverso la sua azione autoossidante e generante H_2O_2 (25).

In effetti l'idrochinone ha mostrato di poter indurre foci caratterizzati da alterazioni enzimatiche nei ratti e scambi di materiali tra coppie di cromatidi nei linfociti umani (28-29); può inoltre legarsi al DNA e formare addotti deossiguanosina-idrochinone (30).

Il condensato di fumo di sigaretta, ed in primo luogo la frazione acida che contiene diidrobenceni quali l'idrochinone e il catecolo (o pirocatechina), si è dimostrato essere direttamente mutageno, portando alla inattivazione di geni soppressori importanti nella carcinogenesi polmonare (31).

Recenti studi in vivo effettuati utilizzando il metodo TUNEL (terminal deoxynucleotidyl transferase-mediated dUTP-nick end labeling) e le microscopia a trasmissione elettronica (TEM) hanno confermato i risultati in vitro, vale a dire che **la formazione di DNA-SSB e la necrosi sono i meccanismi preminenti del danno prodotto dal fumo sulle cellule epiteliali polmonari** (32).

Un'altra ipotesi sul potenziale di danno genotossico del fumo è quella legata al recettore aril-idrocarbure (Ahr), che sembra potenziare in vivo la tossicità genetica del benzopirene (un PAH) e del condensato di fumo di sigaretta.

Utilizzando un antagonista di tale recettore, il 3'-metossi-4'-nitroflavone (3'M4'NFR), a varie dosi sui topi esposti al benzopirene, il danno cromosomico è stato valutato mediante uno score della frequenza di micronuclei nei reticolociti del sangue periferico delle cavie; è stata così confermata l'azione protettiva dell'antagonista sul danno citotossico e genotossico indotto dal benzopirene (33).

Una documentata azione del benzopirene, tra l'altro, è costituita dalla formazione di addotti non solo del DNA nucleare (nDNA) ma soprattutto del DNA mitocondriale (mtDNA); la formazione di addotti, che sono ritenuti essere gli iniziatori della carcinogenesi polmonare, è stata misurata in vari organi di ratto, tra cui il polmone, attraverso tecniche molecolari dosimetriche, quali la spettrofotometria a fluorescenza sincrona. Ad ulteriore riprova di questo, lo stesso fenomeno è stato osservato anche dopo esposizione al fumo di sigaretta (34).

In uno studio condotto su organi isolati di ratto esposti per 5 giorni alla settimana e 6 ore al giorno al fumo di sigarette Kentucky 2R1 (particolato totale pari a 73-93 mg/m) la formazione di DNA addotti è stata misurata mediante (32)P-postlabelling. Le modificazioni del DNA raggiunsero i massimi livelli dopo 4-5 settimane di esposizione, non solo nel polmone ma anche a livello dell'epitelio tracheale, delle cellule del lavaggio broncoalveolare (BAL), del cuore, fegato, vescica e testicolo (35).

Il danno ossidativo correlato al fumo fu dimostrato attraverso il rilievo di un significativo incremento della 8-idrossi-2'-deossiguanosina nel DNA polmonare; contemporaneamente venivano riscontrate una induzione progressiva nel tempo dell'attività delle aril-idrocarbure idrossilasi microsomiali, un aumento dell'attività della glutatione-S-transferasi citosolica e una moderata ma progressiva deplezione del glutatione ridotto. Interrompendo l'esposizione per una settimana, i livelli di DNA-addotti si riducevano significativamente nel polmone ma non nel BAL. La selettiva localizzazione e la differente persistenza di queste modificazioni nucleotidiche nei vari organi di ratto suggeriscono che l'esposizione al



Cristallografia della struttura della Vitamina C

fumo ad elevate concentrazioni espone al rischio di sviluppare malattie legate alle mutazioni genetiche (36).

L'esposizione sistemica a carcinogeni derivati dal tabacco è dimostrata dalla osservazione di elevati livelli di DNA addotti anche in tessuti non direttamente esposti al fumo di tabacco (37).

Anche altri tipi di addotti contribuiscono all'instabilità genomica ed all'aumentato rischio di carcinoma polmonare; gli addotti O4-etilimidina (O4-etT), infatti, mostrano una correlazione altamente significativa con gli addotti PAH-DNA (35).

Un'altra interessante metodica per valutare il danno al DNA indotto dal fumo di sigaretta è rappresentata dalla elettroforesi su gel a singola cellula (SCG, o Comet assay); questa rapida e sensibile indagine fluorescente microscopica potrà in futuro essere impiegata nella sorveglianza contro la cancerogenesi (38).

La contemporanea ingestione di etanolo sembra inoltre determinare un incremento degli addotti di DNA fumo-indotti attraverso un aumento della biodisponibilità dei componenti del fumo che si legano al DNA, favorendone anche la distribuzione sistemica (39).

Nel polmone esistono diversi meccanismi antiossidanti intracellulari ed extracellulari di difesa, destinati al mantenimento della normale funzionalità cellulare polmonare. Il muco respiratorio possiede proprietà antiossidanti che forniscono uno schermo protettivo contro il fumo di sigaretta e i inquinanti atmosferici. La SOD, la catalasi e la GSH-perossidasi sono i principali sistemi di difesa antiossidante intracellulare che eliminano i radicali $O_2^{\cdot-}$, H_2O_2 e gli idroperossidi lipidici (7).

Il mantenimento di un bilancio adeguato dei livelli intracellulari di GSH è critico

per il sistema di difesa antiossidante. La mancanza di precursori, principalmente di L-cisteina, può provocare uno squilibrio del delicato sistema di difesa intracellulare (7).

I ROS sembrano essere in definitiva un importante fattore nella carcinogenesi indotta dall'infiammazione: l'attivazione

dei PMN e dei macrofagi dà origine ad una aumentata produzione di O_2^- , che può portare alla formazione di H_2O_2 , che si dissocia quindi in OH^- (25).

Conclusione

Il fumo di sigaretta rappresenta una importante sorgente di ROS. Questi non

solo agiscono danneggiando direttamente l'epitelio polmonare, ma, attraverso la formazione di DNA-single strand breaks e la necrosi, possono anche modificare il DNA, inducendo mutazioni che comportano un aumento del potenziale neoplastico.

Bibliografia

- McCord SM, Fridovich I. Superoxide dismutase. An enzymic function for erythrocyte (hemocuprein). *J Biol Chem* 1969 Nov;244(22):6049-55.
- Babior BM, Curnutte JT, McMurrich BJ. The particulate superoxide-forming system from human neutrophils. Properties of the system and further evidence supporting its participation in the respiratory burst. *J Clin Invest*. 1976 Oct;58(4):989-96.
- Bast A, Haenen GRMM, Doelmann CJA. Ossidanti e antiossidanti: stato dell'arte. In: Allegra L, Crystal RG, Grassi C. GSH System - Glutathione in antioxidant defense. 1992 Excerpta Medica, ed. italiana; pp.5-19.
- Del Donno M, Verduri A. I radicali liberi ed i meccanismi ossido-riduttivi. *European Respiratory News* 1999; n.3: pp.238-43.
- Halliwell B. Le specie reattive dell'ossigeno nei sistemi viventi: origine, biochimica e ruolo nelle malattie dell'uomo. In: Allegra L, Crystal RG, Grassi C. GSH System - Glutathione in antioxidant defense. 1992 Excerpta Medica, ed. italiana; pp.24-38.
- Albertini A. Ossidanti e antiossidanti: determinanti fisiopatologici e agenti terapeutici. In: Allegra L, Crystal RG, Grassi C. GSH System - Glutathione in antioxidant defense. 1992 Excerpta Medica, ed. italiana; pp.20-23.
- Grassi C. Specie reattive dell'ossigeno e malattie polmonari. In: Allegra L, Crystal RG, Grassi C. GSH System - Glutathione in antioxidant defense. 1992 Excerpta Medica, ed. italiana; pp.59-62.
- Pryor WA.: Free radicals in biology. Vol. 1, 3. Academic press, New York, 1976.
- Di Guiseppi J, Fridovich I. The toxicology of molecular oxygen. *CRC Crit Rev Toxicol* 12 :315-342.
- Fisher AB. Oxidants and antioxidants : Transatlantic Airway Conference 2002 – Chairman's Summary. *Am J Respir Crit Care Med* Vol.166.pp.S2-S3, 2002.
- Aruoma OI, Halliwell B, Gajewski E, Dizdaroglu M. Damage to bases in DNA by hydrogen peroxide and ferric ion chelates, *J Biol Chem* 1989; 264:20509-12.
- Bradley MO, Erickson LC. Comparison of the effect of hydrogen peroxide and X-ray irradiation on toxicity, mutation, and DNA damage/repair in mammalian cells (V-79). *Biochem Biophys Acta* 1981;654:134-41.
- Bielski B.H.J.: Reactivity of H_2O_2/O_2^- radicals in aqueous solution. *J Phys Chem Ref Data*, 1985; 14: 1041-1100
- Morrow JD, Jackson Roberts L. The Isoprostanes - Their role as an index of oxidant stress status in human pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* Vol.166; pp.S25-S30, 2002.
- Moldeus P, Berggren M, Gravstrom R. N-acetylcysteine protection against the toxicity of cigarette smoke and cigarette smoke condensate in various tissues and cells in vitro. *Eur Respir Dis* 1985;139:123-129.
- Banerjee KK, Marimuthu P, Sarkar A, Chaudhuri RN. Influence of cigarette smoking on Vitamin C, glutathione and lipid peroxidation status. *Indian J Public Health* 1998;42(1):20-3.
- Izzotti A, Balansky RM, Blagoeva PM, Mircheva ZI, Tumilero L, Cartiglia C, De Flora S. DNA alterations in rat organs after chronic exposure to cigarette smoke and/or ethanol ingestion. *FASEB J* 1998 Jun;12(9):753-8.
- Pryor WA. Biological effects of cigarette smoke, wood smoke and the smoke from plastics: the use of electron spin resonance. *Free Radic Biol Med* 1992 Dec;13(6):659-76.
- Church D.F., Pryor WA.: Free radicals chemistry of cigarette smoke and its toxicological implications. *Environ Health Perspect*, 1985; 64: 111-126.
- Pryor W.A., Hales B.J., Pnemovic P.I., Church D.F.: The radicals in cigarette tar: their nature and suggested physiological implications. *Science*, 1983; 220: 425-427.
- IARC. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol.38. Tobacco smoke. 1986 IARC. Lyon France.
- Orrenius S, McConkey DJ, Bellomo G, Nicotera P. Role of Ca^{2+} in toxic cell killing. *Trends Pharmacol. Sci.* 1988;10:281-5.
- Borish ET, Cosgrove JP, Church DF, Deutsch A, Pryor WA. Cigarette tar causes single strand-breaks in DNA. *Biochem Biophys Res Commun* 1985;133:780-6.
- Radosevich CA, Weitzman SA. Hydrogen peroxide induces squamous metaplasia in a hamster tracheal organ explant culture model. *Carcinogenesis* 1989;10:1943-6.
- Leanderson P. Cigarette smoke-induced DNA damage in cultured human lung cells. *Annals New York Academy of Sciences. Ann N Y Acad Sci.* 1993 May 28;686:249-59; discussion 259-61.
- Kiyosawa H, Suka M, Okudaira H, Murata K, Miyamoto T, Chung HH, Kasai H, Nishimura S: Cigarette smoking induces formation of 8-hydroxy-deoxyguanosine, one of the oxidative products of DNA damage in human peripheral leukocytes. *Free Radical Res Commun* 1990; 11: 1-3.
- Cheng KC, Cahill DS, Kasai H, Nishimura S, Loeb LA. 8-Hydroxyguanine, an abundant form of oxidative DNA damage causes G_T and A_C substitutions. *J Biol Chem.* 1991;267:166-72.
- Stenius U, Warholm M, Rannug A, Walles S, Lundberg I, Hogberg J. The role of GSH depletion and toxicity in hydroquinone-induced development of enzyme-altered foci. *Carcinogenesis* 1989;593-9.
- Morimoto K, Wolff S, Koizumi A. Induction of sister-chromatid exchanges in human lymphocytes by microsomal activation of benzene metabolites. *Mutat Res.* 1983;119:355-60.
- Jowa L, Wits G, Snyder R. Synthesis and characterisation of deoxyguanosine-benzoquinone adducts. *J Appl Toxicol* 1990;10:47-54.
- Matsukura N, Willey J, Miyashita M, Taffe B, Hoffmann D, Waldren C, Puck TT, Harris CC. Detection of direct mutagenicity of cigarette smoke condensate in mammalian cells. *Carcinogenesis* 1991;12:685-9.
- Jung M, Davis WP, Taatjes DJ, Churg A, Mossman BT. Asbestos and cigarette smoke causes increased DNA strand breaks and necrosis in bronchiolar epithelial cells in vivo. *Free Radic Biol Med* 2000 Apr 15;28(8):1295-9.
- Dertinger SD, Nazarenko DA, Silverstone AE, Gasiewicz TA. Aryl hydrocarbon receptor signaling plays a significant role in mediating benzo[a]pyrene- and cigarette smoke condensate-induced cytogenetic damage in vivo. *Carcinogenesis* 2001 Jan;22(1):171-7.
- Balansky R, Izzotti A, Scatolini L, D'Agostini F, De Flora S. Induction by carcinogens and chemoprevention by N-acetylcysteine of adducts to mitochondrial DNA in rat organs. *Cancer Res* 1996 Apr 1;56(7):1642-7.
- Godschalk R, Nair J, Van Schooten FJ, Risch A, Drings P, Kayser K, Dienemann H, Bartsch H. Comparison of multiple DANN adduct types in tumor adjacent human lung tissue: effect of cigarette smoking. *Carcinogenesis* Dec 2002; vol.23(12):2081-6.
- Izzotti A, Bagnasco M, D'Agostini F, Cartiglia C, Kelloff GJ, De Flora S. Formation and persistence of nucleotide alterations in rats exposed whole-body to environmental cigarette smoke. *Carcinogenesis* 1999 Aug;20(8):1499-505.
- Phillips DH. Smoking-related DNA and protein adducts in human tissues. *Carcinogenesis* Dec 2002;vol.23(12), 1979-2004.
- Poli P, Buschini A, Spaggiari A, Rizzoli V, Carlo-Stella C, Rossi C. DNA damage by tobacco smoke and some antitubercular drugs evaluated using Comet assay. *Toxicol Lett* 1999 Sep;108(2-3):267-76.
- Van Schooten JV, Besarati N, De Flora S, D'Agostini F, Izzotti A, Camoirano A, Balm AJM, Dallinga JW, Bast A, Haenen GRMM, Van't Veer L, Baas P, Sakai H, Van Zandwijk N. Effects of oral administration of N-acetyl-L-cysteine: a multi-biomarker study in smokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 Feb;11(2):167-75.
- Zagà V, Gattavecchia E. Radicali liberi e fumo di sigaretta. *Giorn It Mal Tor* 2002; 56, 5: 375-391.

La fitoterapia nella disassuefazione da tabagismo

Phytotherapy in smoking cessation

B. Tinghino

Riassunto

Sebbene non esistano, eccetto la nicotina, principi attivi di origine vegetale di provata efficacia nella disassuefazione da fumo, è possibile evidenziare numerose sostanze estratte da piante capaci di intervenire su alcuni specifici sintomi della crisi d'astinenza da tabacco. Vengono ricordate le proprietà terapeutiche di droghe ansiolitiche (come Valeriana officinalis, Passiflora incarnata, Melissa officinalis, Crataegus oxiacanta, Eschscholtzia californica) e di droghe ad effetto antidepressivo e adattogeno (Panax Ginseng, Rhodiola rosea, Hypericum perforatum etc.), ovvero di estratti ad effetto antiepatotossico (Cynara scolymus, Taxacum officinalis etc.) che possono essere usate come supporto nel trattamento dei pazienti fumatori.

Abstract

Although nicotine represents at the moment the only vegetal drug tested as effective for smoking cessation, several substances extracted by plants could act on specific symptoms of tobacco withdrawal. In this review the therapeutic properties of the following substances are described: anxiolytic drugs (e.g. Valeriana officinalis, Passiflora incarnata, Melissa officinalis, Crataegus oxiacanta, Eschscholtzia californica), antidepressant and adaptogenic drugs (e.g. Panax Ginseng, Rhodiola rosea, Hypericum perforatum etc.) and antihepatotoxic extracts (Cynara scolymus, Taxacum officinalis etc.).

Introduzione

Se è vero che la tabaccologia è una scienza in continua evoluzione è anche vero che proprio per questo non può ritenersi estranea alle controversie. Per esempio la discussione sulle medicine "alternative": agopuntura e fitoterapia in primo piano. Da quello che sappiamo, tenendo come riferimento gli standard della Cochrane, sono pochi i farmaci che hanno dimostrato di essere efficaci nella disassuefazione da fumo. Clonidina, NRT e Bupropione sono quelli più conosciuti. Nonostante questo riferimento scientifico, numerose sono le esperienze seguite da diversi centri antifumo, talora con dati di un certo rilievo sul piano statistico. La fitoterapia, in particolare, è una branca che sta faticosamente costruendo la sua immagine di attendibilità agli occhi della medicina ufficiale, in un travaglio denso di polemiche tra detrattori e fin troppo entusiastici estimatori. Da quello che

ha appurato un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, condotta nel 2001 in collaborazione con l'ISTAT, ben il 4,8% degli Italiani usa piante medicinali per curarsi e l'Europa sta pensando ad una regolamentazione che permetta una registrazione dei preparati vegetali ad uso curativo.

Una scienza tra luci ed ombre

La fitoterapia in realtà ha alle spalle migliaia di anni di osservazioni empiriche e tradizionali, alcune delle quali sono state controllate e verificate come efficaci dalla scienza sperimentale. Prima di esaminare i principi attivi che possono essere di supporto alla disassuefazione da tabacco, è il caso di ricordare ai più scettici quali e quanti principi attivi di derivazione vegetale la nostra farmacopea comprenda. Partiamo dall'acido acetilsalicilico (all'inizio estratto dalla corteccia di Salix

alba) e dai glucosidi della digitale (Digitalis purpurea L.), due farmaci che hanno cambiato la vita di milioni di persone. Ricordiamo il chinino, ancora usato nel trattamento della malaria (più recentemente è stata usata l'artemisina sul plasmodium falciparum in donne gravide) e comprendiamo tra questi esempi i numerosi antitumorali ancora attuali (vincristina, vinblastina), derivati dagli alcaloidi della Vinca, senza parlare del recente taxolo (estratto dal Taxus brevifolia), chemioterapico ad azione antitumorale efficace nei carcinomi dell'ovaio. Nella lista degli esempi potremmo includere l'efedrina, i flavonoidi, le cumarine, la teofillina, i sennosidi, gli estratti di Serenoa repens utilizzati ancora per l'ipertrofia prostatica benigna. Ma la storia della medicina è così intrecciata alle piante medicinali che ogni lista sarebbe necessariamente incompleta. Il problema piuttosto è sapere per quali dei principi attivi oggi

conosciuti esistono dati di efficacia paragonabili a quelli che confortano l'uso delle sostanze prima citate. Anche il capitolo delle sperimentazioni delle droghe vegetali (droga intesa come "parte che contiene il principio attivo") è un capitolo difficile, anche perché non è semplice trovare le risorse economiche per effettuarle, visto che le aziende farmaceutiche trovano probabilmente più vantaggioso brevettare molecole di origine chimica e, solo in pochi casi, quelli di origine vegetale. Ciò è dovuto sia all'alta efficienza raggiunta dai processi di ricerca di laboratorio, sia al fatto che alcune sostanze naturali sono così diffuse e così accessibili che un forte investimento non porterebbe ad un vantaggio commerciale esclusivo: penso alle mucillagini della Malva o agli antocianosidi del Mirtillo.

Dall'altra parte occorre ricordare che solo di recente si sta risolvendo uno dei problemi più complessi della farmacognosia, cioè quello della titolazione e della standardizzazione dei principi attivi. Sono in commercio, oggi, preparati vegetali con composizione nota e verificabile, sia in forma di compresse, capsule ed estratti, in cui la quantità dei principi attivi è dichiarata. L'uso delle piante medicinali è stato finora quasi privo di normativa, per cui erboristi poco preparati, medici disinvolti e altre figure "professionali" hanno potuto

usare infusi, decotti, estratti senza alcuna formazione specifica. Solo poche Università, ad oggi, hanno attivato corsi parauniversitari, mentre in genere i medici concludono il loro corso di studi senza aver mai dovuto studiare niente di specifico. Da qui una comprensibile diffidenza verso una materia che resta per loro, a meno di un interesse personale selettivo, sconosciuta.

Le piante medicinali come supporto nella disassuefazione

Non esistono evidenze di efficacia diretta di principi attivi vegetali (se vogliamo escludere la nicotina!), nella disassuefazione da fumo. È possibile però trovare in letteratura numerose evidenze relative a piante che possono essere utilizzate come supporto alla disintossicazione da tabacco, ossia capaci di intervenire su alcuni sintomi che si evidenziano durante il periodo più critico dell'astinenza da nicotina. In questo senso - in alcune fasi della detossicazione - può essere utile l'impiego di piante ad attività ansiolitica e ipnoinducente (per es. Valeriana, Passiflora, Escolzia, Melissa) o di quelle che contengono un insieme di principi attivi (fitocomplesso) capace di utilizzare un'azione multipla sul metabolismo: epatoprotettrice, coleretico-colagoga, digestiva, diuretica (per es. Tarassaco, Carciofo, Bardana, Genziana,

Cardo Mariano, Cicoria). Quest'ultima categoria può aiutare il paziente nel risolvere piccoli problemi dispeptici o di riduzione della peristalsi intestinale (stipsi) associati frequentemente all'astinenza da fumo. Un aiuto alla ripresa della clearance mucociliare dell'albero respiratorio può essere fornito con piante ad azione balsamica (Timo, Eucalipto, Pino silvestre) o mucolitica (Altea, Malva, Lichene islandico, Tiglio, Farfara). I momenti di calo del tono dell'umore e di astenia possono trovare un rimedio molto efficace nell'uso del Ginseng, dell'Iperico e dell'Eleuterococco. Ricordiamo infine che gli antiossidanti vegetali (vitamine, flavonoidi, antocianosidi, etc...) o minerali svolgono un ruolo attivo nei processi di riparazione dei danni cellulari ed endoteliali indotti dal fumo, per cui possono trovare un razionale utilizzo nelle terapie di "supporto" alla cessazione.

Conclusione

In generale, le piante menzionate sono dotate di pochi o nulli effetti collaterali, rispondono al bisogno del paziente di un aiuto rispetto a singole manifestazioni sintomatiche, sono dotate di un effetto blando e non producono dipendenza. I dosaggi, in fitoterapia, fanno riferimento al contenuto di principi attivi del prodotto, ma hanno margini terapeutici molto ampi.

PIANTE AD AZIONE SUI DISTURBI ANSIOSI, DEL SONNO E DEL TONO DELL'UMORE

ESCOLZIA

Eschscholtzia californica è una papaveracea di cui si usa la parte aerea fiorita e che ha un'azione ipnoinducente e sedativa. Altri effetti riconosciuti sono quelli anticefalalgici e spasmolitici sulla muscolatura intestinale. I principi attivi sono degli alcaloidi a nucleo isochinolinico (protopina, chelidonina sanguinari-na, criptopina, allocriptopina, marcapi-na). Altri alcaloidi identificati sono la 10-OH-diidroanguinarina e la 12-OH-diidrochelirubina.

Impieghi clinici

L'Escolzia è usata nel trattamento del-

l'ansia e dell'insonnia, spesso in associazione ad altre piante, di cui parleremo più avanti. Alcuni principi attivi presenti nell'estratto idroalcolico sono in grado di inibire la degradazione enzimatica e la sintesi di catecolamine, oltre che inibire la dopamina-beta-idrossilasi e le monoamminossidasi B. Un altro meccanismo dell'Escolzia è quello di ridurre i processi di perossidazione e dimerizzazione delle encefaline, prolungandone di fatto l'azione. Una certa analogia esistente tra gli alcaloidi dell'Escolzia e quelli del Papaverum sonniferum ha fatto supporre, da parte di alcuni autori, un'azione simile. In effetti l'Escolzia è dotata anche di un effetto spasmolitico

sulla muscolatura liscia dell'ileo oltre che di azione sedativa e ipnoinducente. Non esistono però dati che documentino l'instaurarsi di dipendenza nei confronti dell'Escolzia o dei suoi estratti. L'attività anticefalalgica di questa pianta è più specifica per le forme vasomotorie. Non sono noti studi sulle donne in gravidanza o durante l'allattamento, per cui se ne sconsiglia l'uso in questi soggetti.

Posologia consigliata

Concentrato totale: capsule od opercoli da 220 mg (titolati allo 0.045% in protopina, metodo di determinazione HPLC) corrispondente a 0,1 mg di principi atti-

NOME DELLA PIANTA	FORMA FARMACEUTICA	TITOLAZIONE	POSOLOGIA	AZIONE FARMACOLOGICA
Passiflora	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Tintura Madre	5% di flavonoidi totali, metodo HPLC	3-4 capsule al di 20-30 gocce 3 volte al di	Ansiolitica e sedativa, smasmolitica
Valeriana	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Tintura Madre	0,24% di acidi valerениci F.U.; metodo HPLC	3-4 capsule al di 20-30 gocce 3 volte al di	Sedativa, ansiolitica, ipnoinducente, spasmolitica
Escolzia	Capsule od opercoli di concentrato totale da 200-250 mg circa	0,045% in protopina, metodo HPLC	3 capsule al di	Iпноinducente, sedativa, anticefalalgica, spasmolitica
Biancospino	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Tintura Madre	1,0% in flavonoidi totali calcolati come Iperoside, metodo F.U.	3-4 capsule al di 20-30 gocce 3 volte al di	Ansiolitica, blandamente antipertensiva, cardiotonica, blandamente antiaritmica
Melissa	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa	6,5% in acido rosmarinico; metodo HPLC	4 capsule al di	Moderatamente ansiolitica, spasmolitica intestinale
Rhodiola rosea	Tavolette od opercoli di estratto totale da 50-100 mg	1% in rosavin	2-4 opercoli o tavolette al di	Adattogeno, antidepressivo, stati di esaurimento psicofisico
Ginseng	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Estratto secco	2,7% in ginsenoidi totali	3-4 capsule al di (non la sera) 0,4 g due volte al di 0,2 g due volte al di 3-4 capsule al di	Antidepressiva e adattogena nei disturbi depressivi minori e negli stati di esaurimento psicofisico
Iperico	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Tintura Madre	0,2% di ipericina totale; metodo HPLC	20-30 gocce 2-3 volte al di	Antidepressiva nei disturbi depressivi minori, moderatamente ansiolitica

vi: 3 capsule al di.

Estratto idroalcolico: 20-30 gocce 2-3 volte al di.

PASSIFLORA

Della Passiflora si usa la sommità e i principi attivi più importanti sono costituiti da flavonoidi (schaftoside, isoschaftoside, isovitexina-2"-O-glucopiranoside, isoorientina-2"-O-glucopiranoside, crisina etc...). La titolazione con metodiche di spettrofotometria di massa e HPLC ha evidenziato una certa variabilità nella composizione dei flavonoidi a seconda delle varie fasi della crescita della pianta e quindi occorre standardizzare bene i preparati.

Impieghi clinici

La Passiflora è dotata di attività sedative, ansiolitiche, ipnotiche e spasmolitiche. Sperimentazioni cliniche effettuate in doppio cieco hanno confermato l'efficacia della Passiflora, usata sia singolarmente che in associazione con altre piante, nel trattamento dei disturbi ansiosi. Nelle sperimentazioni effettuate su ratti l'estratto idroalcolico di Passiflora esercita una attività sedativa e una riduzione dell'attività locomotoria spontanea, effetto che si quadruplica con l'uso di estratto secco. L'Escolzia antagonizza l'effetto consulsivante

indotto da pentametilentetrazolo e prolunga il sonno indotto da barbiturici. I flavonoidi di questa pianta mostrano affinità (meccanismo di agonismo) rispetto ai recettori dei benzodiazepinici. Nel ratto, dopo 3 settimane di somministrazione di alti dosaggi, la Passiflora non ha provocato modifiche dei traccati EEG, né riduzioni sull'accrescimento corporeo, della sensibilità nocicettiva. Esiste una controindicazione, riportata da alcuni autori, per le donne in gravidanza, dovuta all'idea che la droga contenesse alcaloidi armanici in quantità rilevanti, cosa che è stata smentita di recente. Non sono noti effetti collaterali alle dosi consigliate.

Posologia consigliata

Concentrato totale: capsule od opercoli da 300 mg (titolati al 5% di flavonoidi totali, con HPLC), corrispondente a 15 mg di principi attivi: 3-4 capsule al giorno.

Estratto idroalcolico: 20-30 gocce 3 volte al giorno.

VALERIANA

La Valeriana officinalis (radici e rizoma) è usata da secoli (sin dal tempo dei Greci e dei Romani) per le sue proprietà sedative e ipnoinducenti, nonché come antispastico intestinale. I principi attivi più



Pianta di Valeriana

importanti sono rappresentati dai sesquiterpeni presenti nell'olio essenziale, soprattutto acido valerениco, valerianone, acetato di bornile, isovalerianato di bornile, acido ossivalerениco, l'acido acetossivalerениco, il valerianale. Sono presenti tracce di alcaloidi e valepotriati (monoterpeni biciclici).

Impieghi clinici

Numerosi studi hanno confermato gli effetti sedativi e spasmolitici della droga, attribuiti principalmente agli acidi valerениci. Sono state osservate inoltre delle interazioni tra GABA e acidi valere-

nic, sebbene questi principi attivi non siano in grado da soli di spiazzare le benzodiazepine nel SNC, per cui il loro meccanismo d'azione resta sconosciuto, se si esclude una loro affinità per i recettori dell'adenosina, la quale è dotata di azione inibitoria sul SNC.

Studi condotti su campioni numerosi di pazienti, alcuni dei quali in doppio cieco, hanno dimostrato una buona efficacia degli estratti di Valeriana, una riduzione significativa della latenza del sonno senza interferenze sulla qualità dello stesso (attività onirica normale, non alterazioni dell'attività cerebrale registrabile con EEG). La Valeriana, peraltro, non sembra interferire con la funzione visiva ed influenzare la guida di autoveicoli o l'uso di macchinari, né sviluppa attività sinergica all'alcol, quanto agli effetti deprimenti. La tossicità è molto bassa e la sicurezza d'uso elevata.

Posologia consigliata

Concentrato totale: capsule od opercoli da 250 mg (titolati allo 0,24% di acidi valerici totali, determinazione HPLC della Farmacopea Italiana), corrispondente a 0,6 mg di principi attivi: 3-4 capsule al dì.

Estratto idroalcolico: 30-40 gocce 2-3 volte al dì, oppure 40 gocce prima di andare a dormire.

BIANCOSPINO

Il Biancospino (*Crataegus monogyna* J.) è una rosacea di cui si usano le foglie e le sommità fiorite. I principi attivi contenuti sono soprattutto flavonoidi (iperoside, vitexina-2"-ramnoside), glicosilflavoni, procianidine, triterpeni pentaciclici (acido ursolico, acido crategolico, acido oleanolico, acido acantolico, acido neotegolico). Il titolo in flavonoidi della droga dovrebbe essere almeno dello 0,7%.

Impieghi clinici

Uno degli effetti più sfruttati del Biancospino è quello di blando ansiolitico, come dimostrato anche su lavori effettuati su cavia. Uno studio multicentrico condotta con placebo ha dimostrato l'efficacia del Biancospino (associato a Valeriana, Passiflora, Ballota, Cola e Paullinia) nei disturbi di tipo ansioso.

Occorre conoscere, però, anche altre importanti azioni del Biancospino, che sono quelle antiipertensive e cardiotoniche. Questa droga, infatti, dimostra di essere un discreto vasodilatatore, è dotata di attività inotropica positiva e batmotropa negativa. Esperienze cliniche ne hanno dimostrato l'efficacia in pazienti con forme lievi di insufficienza cardiaca (classe I-II NYHA) in particolare in quelli con lievi disturbi del ritmo. La sua attività si esercita attraverso un effetto inotropo positivo sui cardiomiociti, aumentando l'ampiezza della contrazione, con un dispendio energetico minore. L'azione batmotropa negativa è stata verificata attraverso l'osservazione che la somministrazione di preparati di biancospino prolungano il periodo refrattario assoluto, cosa che protegge il miocardio dall'insorgenza di aritmie come può succedere con altri farmaci. Numerose sperimentazioni (tra cui alcune con placebo) hanno appurato l'utilità del Biancospino nel miglioramento delle condizioni emodinamiche dei soggetti con scompenso lieve, modesti segni di coronaropatia e ipertensione arteriosa. L'effetto ansiolitico può essere sfruttato in associazione con altri prodotti.

E' stata descritta una attività ipolipemizzante, in particolare sulle LDL e VLD, e antiaterosclerotica del Biancospino, nei ratti alimentati con dieta iperlipemizzante. Questa azione è stata poi verificata sulla capacità dei principi attivi di prevenire la formazione di placche aterosclerotiche in un modello sperimentale. Sono possibili interazioni con glucosidi digitali e antiaritmici.

Posologia consigliata

Opercoli o capsule di 250 mg concentrato totale (titolato all'1% di flavonoidi totali calcolati come iperoside): 3-4 capsule al dì.

Tintura madre: 20-30 gocce 3 volte al dì.

IPERICO

L'*Hypericum perforatum* L. è una pianta erbacea di cui si usano le sommità fiorite, dotata di azione antidepressiva e riequilibrante il tono dell'umore. I principi attivi sono in particolare costituiti dai

derivati naftodiantronici (definiti "ipericine") che comprendono l'ipericina, la pseudoipericina, la isoipericina, la protoipericina, la ciclopseudoipericina. Sono presenti anche flavonoidi glicosidi, biflavoni, procianidine felilpropani (in quantità modesta), acilfloroglucianoli, iperforina.

Impieghi clinici

L'azione antidepressiva dell'iperico è stata confermata da numerosi studi condotti sia con placebo che attraverso il confronto con antidepressivi noti, quali la sertralina, la fluoxetina e la paroxetina, tanto che in Germania l'iperico è approvato dalla farmacopea per il trattamento della depressione e dell'ansia. L'efficacia dell'iperico è paragonabile a quella della imipramina e maprotilina. E' stata effettuata una metanalisi di 23 studi randomizzati con Iperico, che hanno coinvolto un totale di 1757 pazienti con depressione lieve e moderata. La conclusione è stata che l'estratto di Iperico, valutato dopo 2-4 settimane, è superiore al placebo ed efficace quanto gli antidepressivi classici. Il meccanismo di azione di *Hypericum perforatum* è quello di inibizione del re-auptake di serotonina a livello postsinaptico, di inibizione della captazione di norepinefrina e dopamina e di legame (in vitro) coi recettori del GABA. Alle dosi terapeutiche non c'è inibizione delle MAO, anche se l'ipericina in vitro le inibisce. E' riferita da alcuni autori una certa azione ipotensiva. Se ne sconsiglia l'uso in gravidanza, in assenza di studi specifici. Sono possibili reazioni di fotosensibilizzazione e di interferenza con i farmaci antiretrovirali per l'HIV. L'Iperico può interferire col metabolismo della carbamazepina, chinidina, calciantagonisti, losartan, steroidi, tamoxifene, taxolo, digossina, teofillina, ciclosporina, estroprogestinici, warfarin, fenitoina, tolbutamide, digossina.

Posologia consigliata

Opercoli o capsule di concentrato totale da 250 mg (titolazione allo 0,2% di ipericina totale, metodo HPLC): 3-4 capsule od opercoli al dì.

Tintura Madre: 20 gocce 3 volte al dì.

PIANTE AD AZIONE EPATOPROTETTRICE E DIGESTIVA

CARCIOFO

Il *Cynara scolymus* L. appartiene alla famiglia delle Compositae e di esso vengono utilizzate le foglie. I principi attivi sono soprattutto acidi caffeilchinici (acido clorogenico, criptoclorogenico, neoclorogenico) e acidi dicaffeilchinici (cinarina), eterosidi flavonoidici, lattoni sesquiterpenici.

Impieghi clinici

Il Carciofo è noto per la sua azione coleretica e colagoga, epatoprotettrice ed ipocolesterolemizzante, blandamente ipoglicemizzante e diuretica. L'azione ipocolesterolemizzante è dovuta ad un effetto di inibizione della HMG-CoA reductasi pari al 20% per una dose di estratto acquoso di *Cynara scolymus* di 7-100 microM. Il suo effetto è meno potente rispetto a quello delle statine, sebbene il meccanismo d'azione sia simile, ma più paragonabile a quello dei fibrati (circa la metà). In compenso la tollerabilità è alta in quanto il Carciofo esercita una azione epatoprotettrice, cosa accertata anche in situazioni sperimentali come il danno da CCL4 e altri agenti epatotossici. È importante sottolineare l'efficacia del Carciofo come coleretico e colagogo, cosa che lo rende indicato nelle dispepsie, nelle forme di stitichezza dovuta a ipotonia colecistica. La droga risulta altresì utile nelle forme di steatosi epatica e nelle sindromi metaboliche, in quanto esercita un effetto ureolitico (abbassamento dei valori azotemici negli iperazotemici trattati per 4-6 settimane), ipoglicemizzante (inibizione della formazione del glucosio endogeno, dell'idrolisi del glucosio-6-fosfato, modesta inibizione dell'acido

clorogenico sul trasporto del glucosio sulla mucosa intestinale), diuretico.

Posologia

Concentrato totale: capsule od opercoli da 250 mg (titolato al 3.0% in acidi caffeilchinici come acido clorogenico) 3-4 capsule od opercoli al dì.
Succo fresco di foglie: 3-4 cucchiaini al giorno



TARASSACO

Il *Taraxacum officinalis* W. è una pianta erbacea della famiglia delle Compositae di cui si utilizza la radice. I principi attivi sono costituiti in modo particolare dai sesquiterpeni lattonici (eudesmanolidi e germacranolidi), triterpeni, acidi organici, steroli, inulina.

Impieghi clinici

Il tarassaco è noto da secoli per la sua attività "digestiva" e "depurativa". In realtà questo effetto è determinato da una azione importante sulla cinesi colecistica e sulla secrezione biliare. L'azione del tarassaco può incrementare la colesesi di quattro volte rispetto al normale e si esplica in modo blando anche sulle ipercolesterolemie, iperglicemie, iper-

A sinistra: Piante di Tarassaco.
Sotto: Illustrazione di Tarassaco



azotemie. È descritto un effetto diuretico. Nell'insieme, vista l'azione del fitocomplesso, le indicazioni principali sono i disturbi digestivi (dispepsie iposteniche), in particolar modo da lievi insufficienza epatica e da discinesie delle vie biliari. Sindrome plurimetabolica. Da evitare nei soggetti con microlitiasi e sabbia delle vie biliari, in quanto l'azione

NOME DELLA PIANTA	FORMA FARMACEUTICA	TITOLAZIONE	POSOLOGIA	AZIONE FARMACOLOGICA
Carciofo	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Succo fresco	3,0% di acidi caffeilchinici come acido clorogenico	3-4 capsule od opercoli al dì 3-4 cucchiaini al dì	Epatoprotettrice, colagoga e coleretica, ipocolesterolemizzante e diuretica
Tarassaco	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Succo fresco	0,094% in sesquiterpenlattoni come diidrohelenalina acetato	3-4 capsule al dì 3-4 cucchiaini al dì	Coleretica, colagoga, digestiva, diuretica e antiurolitiasica
Bardana	Capsule od opercoli di concentrato totale da 250-300 mg circa Succo fresco	1,9% acidi caffeilchinici come acido clorogenico	3-4 capsule al dì 3-4 cucchiaini al dì	Epatoprotettrice, antiflogistica, diuretica

colagoga potrebbe scatenare delle coliche.

Posologia

Opercoli o capsule di 250 mg (titolati allo 0,009% in sesquiterpenlattoni calcolati come diidrohelenalina acetato, metodo spettrofotometrico): 3-4 caspuel od opercoli al dì

Tintura madre: 30 gocce 3 volte al dì

Succo fresco: 3-4 cucchiaini al dì.

BARDANA

L'*Arctium lappa* L. è una Composita di cui si usa la radice e i cui principi attivi sono costituiti da acidi caffeilchinici (caf-

feico, clorogenico), mucillagini, inulina, acido gamma-guanidino-n-butirrico, oltre che da un olio essenziale.

Impieghi clinici

L'azione della Bardana è conosciuta dalla medicina popolare come "depurativo del sangue", diuretico e lassativo, oltre che per uso esterno nell'accelerare i processi di cicatrizzazione di feriti o lesioni cutanee. Di fatto gli estratti di Bardana proteggono gli epatociti dall'azione lesiva del tetracloruro di carbonio e riducono l'assorbimento intestinale di colesterolo e di lipidi. La Bardana ha una azione inibente la ialuronidasi ed antiossidante, da cui probabilmente derivano le

sue proprietà cosmetiche e dermatoparative. L'olio essenziale di Bardana ha un effetto antistafilococcico e sulle malattie metaboliche la pianta agisce come antiurolitiasica e antiinfiammatoria (riduzione della flogosi nel modello sperimentale di induzione con carragenina nel ratto). Non ci sono studi sugli usi in gravidanza.

Posologia

Concentrato totale: opercoli o capsule da 250 mg (titolazione all'1,9% di acidi caffeilchinici, calcolati come acido clorogenico): 3-4 capsule al dì

Succo fresco: 3-4 cucchiaini

Tintura Madre: 30 gocce 3 volte al dì.

Bibliografia

- Lipman M.M., McGuffin M., Wollschlaeger B.A., Goadsby P., Marcus D.M., Grollman A.P., Herbal medicine, *The New England Journal of medicine*, 2003 apr.; 348: 1498-1501
- De Smet P.A.G.M., *Drug Therapy: Herbal Remedies*, *The New England Journal of Medicine*, 2002 dec; 347:2046-2056
- Schafer HL, Schafer H, Schneider W, Elstner EF, Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Sedative action of extract combinations of *Eschscholtzia californica* and *Corydalis cava*, *Arzneimittel-Forschung Drug Research*, 1995; 15:124-126
- Vincieri FF, celli S., Mulinacci N., Speroni E., An approach to the study of the biological activity of *Eschscholtzia californica*, *Cham Pharmacol. Res Comm* 1998; 20(Suppl 5): 41-44
- Kleber E., Schneider W., Schafer HL, Elstner EF., Modulation of key reactions of the catecholamine metabolism by extracts from *Eschscholtzia californica* and *Corydalis cava*, *Arzneimittel-Forschung Drug Research*, 1995; 45:127-131
- Reimeier C., Schneider L., Schneider W., Schafer HL, Elstner EF, Effects of ethanolic extracts from *Eschscholtzia californica* and *Corydalis cava* on dimerization and oxidation of enkephalins. *Arzneimittel-Forschung Drug Research*, 1995; 45:132-136
- Capasso A., Pinto A., Experimental investigations of the synergistic-sedative effect of *Passiflora* and *Kawa*, *Acta Therapeutica* 1995; 21:127-140
- Bourin M., Bougerol T., Guitton B., Broutin E., A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol* 1997; 11:127-132
- Speroni E., Minghetti A., Meuripharmacological activity of extracts from *Passiflora incarnata*. *Planta medica* 1998; 54:488-491
- Medina JH., Paladini AC., Volfman C., Levi de Stein M., Calvo D., Diaz LE, Pena C., Chrysin (5,7-di-OH-flavone), a naturally-occurring ligand for benzodiazepine receptors, with anticonvulsant properties, *Biochem Pharmacol* 1990; 40: 2227-2231
- Santos MS., Ferreira F., Cunha AP., carvalho AP., Ribeiro CF, Macedo T., Synaptosomal GABA release influenced by valerian root extract: involvement of the GABA carrier. *Arch Int Pharmacodyn* 1994; 327:222-231
- Leathwood PD., Chauffard F., Heck E., Munoz-Box R., Aqueous extract of valerian root (*Valeriana officinalis* L.) improves sleep quality in man. *Pharmacol Biochem Behav* 1982; 17:65-71
- Wagner J., Wagner ML., Hening WA, Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents of the treatment of insomnia, *Am Pharmacother* 1998; 32: 680-691
- Weilmayr T., Ernst E., Therapeutic effectiveness of *Crataegus*. *Fortschr med* 1996; 114-27-29
- Weigl A., Assmus KD., Neukum-Schmidt A., Schimitz J., Zapfe G., *Crataegus* Special Extract WS 1442. Assessment of objective effectiveness patients with heart failure (NYHA II). *Fortschr Med* 1996; 114:291-296
- della Loggia R., Tubaro A., Redaelli C., Evaluation of the activity on the mouse CNS of several plant extracts and a combination of them. *Rivista di Neurologia* 1981; 51:297-310
- Harrer G., Schulz V., Clinical investigation of the antidepressant effectiveness of hypericum. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1994; Suppl 1:S6-8
- Harrer G., Hubner WD, Podzuweit H., Effectiveness and tolerance of the hypericum extract LI160 compared to maprotiline: a multicenter double-blind study. *J Geriatr Psychiatry neurol* 1994; Suppl 1: S:24-28
- Perovic S., Muller WE. Pharmacological profile of hypericum extract. Effect on serotonin uptake by postsynaptic receptors. *Arzneimittelforschung* 1995; 45: 1145-1148
- Pieralisi G., Ripari P., Vecchiet L., Effects of a standardized ginseng extract combined with dimethylaminoethanol bitartrate, vitamins, minerals, and trace elements on physical performance during exercise. *Clin Ther* 1991; 13:373-382
- Caso Marasco A., Vargas Ruiz R., Salas Villagomez A., Begona Infante C., Double-blind study of a multivitamin complex supplemented with ginseng extract. *Drugs Exp Clin Res* 1996; 22:323-329
- Abe K., Cho SI., Kitagawa I., Nishiyama N., Saito H., Differential effects of ginsenoside Rb1 and malonylginsenoside Rb1 on long-term potentiation in the dentate gyrus of rats. *Brain Res* 1994; 649: 7-11
- Sayed MD. Traditional medicine in health care. *Journal of Ethnopharmacology* 1980; 2: 19-23
- Gebhardt; Inhibition of cholesterol biosynthesis in primary cultured rat hepatocytes by artichoke (*Cynara scolymus* L.) extracts. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 1998; 286:1122-1128
- Hemmerle H., Burger HJ., Below P., Schubert G., Rippel R., Schindler PW, Paulus E., Chlorogenic acid and synthetic chlorogenic acid derivatives: novel inhibitors of hepatic glucose-6-phosphate translocase. *J Med Chem* 1997; 40:137-145
- Williams CA, Goldstone F., Greenham J. Department of Botany, University of Reading, Berks, U.K. *Phytochemistry* 1996; 42:121-127
- Basnet P., Matsushige K., Hase K., Kadota n., Namba T. Potent antihepatotoxic activity of dicafeoyl quinic acids from propolis. *Pharm Bull* 1996; 19:655-657
- Facino RM., carini M., Aldini G., Saibene L., Pietta P., mauri P., Echinacoside and caffeoyl conjugates protect from free radical-induced degradation: a potential use of Echinacea extract in the prevention of skin photodamage. *Planta med* 1995; 61:510-514
- Grases F., Melero G., Costa-Bauza A., Prieto R., Urolithiasis and phytotherapy. *International Urology and Nephrology* 1994; 26:507-511

Abstract & Commentary

le ultime dalla ricerca



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

L'allarme che si scatena nei periodi di scarsa ventilazione e poveri di precipitazioni, come accaduto lo scorso inverno nelle grandi città, è un fenomeno che trova tutti d'accordo. I danni alla salute provocati dalle emissioni degli autoveicoli si inquadrano nel contesto più generale dell'inquinamento da polveri sottili, il cosiddetto particolato fine. Di cosa si tratta? Il particolato fine è il pulviscolo prodotto dalla combustione di benzina, legna, carbone, che possiamo vedere a occhio nudo come fumo. Ci siamo abituati a considerare il fumo come un gas, mentre in realtà è composto da un aerosol di particelle solide piccolissime, del diametro inferiore ai 10 micron (1 millesimo di millimetro, da cui il nome di PM10) dovute all'aggregazione di molecole di carbonio, ossidi di zolfo e di azoto. Tutti i combustibili producono grandi quantità di particolato, i motori diesel più degli altri, e per questo sono più incriminati per i danni alla nostra salute, anche se rappresentano solo una delle tante fonti di inquinamento veicolare e industriale. Numerosi studi epidemiologici effettuati in Europa e negli Stati Uniti negli ultimi 20 anni infatti hanno dimostrato che l'inquinamento da PM10 è associato non solo all'aumento delle malattie respiratorie e cardiache, ma anche all'aumento della mortalità per analoghe patologie. Si è potuto calcolare che un aumento di 10 microgrammi/m³ di PM10 nelle giornate precedenti è associato all'aumento delle patologie cardiorespiratorie dello 0,60%. Questi dati giustificano l'introduzione di livelli di attenzione e di allarme (attualmente 50 microgrammi/m³ e 75 microgrammi/m³ rispettivamente per il PM10) che comportano provvedimenti di restrizione del traffico in caso di superamento delle condizioni critiche. Come proteggersi dall'inquinamento da polveri fini? Non c'è dubbio che la soluzione non è facile: sappiamo tutti quanto può essere benefico trasferirsi al mare o in montagna dalla città, ma questo non è sempre possibile sia per motivi economici che di lavoro. Il PM10 tra l'altro si diffonde ampiamente nel territorio e staziona a lungo prima di essere spazzato finalmente via dalle piogge o dal vento. Tra l'altro riesce benissimo a penetrare all'interno delle nostre case attraverso le fessure di porte e finestre, in modo tale da inquinare soprattutto i piani bassi delle abitazioni. Certo è importante tenere chiusa la casa quasi ermeticamente, e non stazionare proprio in prossimità di aree di traffico intenso. Le nostre preoccupazioni per l'aria esterna sono giustificate scientificamente e condivise dai cittadini e dagli amministratori. Ma cosa succede dentro le nostre case, negli uffici, nei luoghi pubblici e nei mezzi di trasporto: com'è la qualità dell'aria indoor? Le analisi effettuate proprio sulle concentrazioni di PM10 indoor hanno rivelato che l'inquinamento indoor è molto spesso più intenso di quello outdoor. Questa situazione è da mettere in relazione soprattutto al fumo di sigaretta, che produce notevoli quantità di PM10 che, negli ambienti confinati, tende a concentrarsi e a permanere per lunghi periodi. Già nel 1980 James Repace, pioniere in questo tipo di studi, aveva pubblicato su Science dati molto chiari sulla situazione preoccupante della qualità dell'aria indoor: tuttavia la possibilità di un monitoraggio ambientale indoor sistematico a quel tempo era reso impossibile dalla complessità degli strumenti di analisi. Nuove tecnologie hanno portato alla produzione e alla commercializzazione di strumenti di analisi delle polveri facili da usare, portatili e in grado di misurare il PM10 ogni 4 minuti: in questo modo si è aperto un nuovo scenario di rilevazioni indoor che permettono di valutare in pochi minuti la qualità dell'aria e di toccare con mano il grado di inquinamento prodotto dal fumo passivo di sigaretta. Ne forniamo un esempio nella figura allegata, che mette a confronto le concentrazioni di PM10 nell'arco di 24 ore tra l'aria esterna del centro di Milano e l'aria all'in-



Fumo passivo ed inquinamento ambientale: possibilità attuali di rilevamento dell'inquinamento indoor

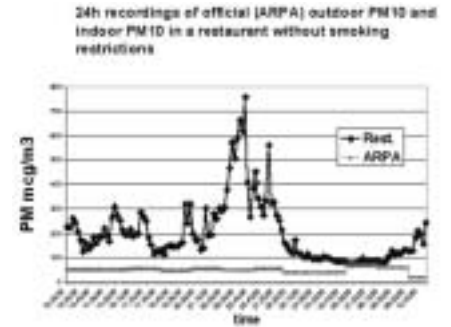
Invernizzi G, Ruprecht A, Glaviano B, Mazza R, Rossetti E, Berrino F, Boffi R. Particulate matter produced by environmental tobacco smoke and by exhausts from diesel cars: an ecological perspective. Eur Resp J 2003, in press.

Giovanni Invernizzi

Task Force per il Tabagismo-Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Società Italiana di Medicina Generale - Sanità senza Fumo, Milano

terno di un famoso ristorante cittadino dove non sono previste restrizioni rispetto al fumo: come si può vedere, la sala del ristorante risulta inquinata in modo molto superiore all'outdoor per l'intero arco di osservazione, con concentrazioni di picco estremamente elevate, molto al di sopra della soglia di attenzione che regola l'aria esterna per legge. Dati analoghi sono stati rilevati all'interno di uffici, treni, automez-

zi, case private: di fronte a un quadro tanto preoccupante, l'introduzione della legge "Sirchia" sul fumo passivo dovrebbe trovare d'accordo tutte le persone ragionevoli (non fumatori e fumatori) e la sua applicazione nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro a partire dal 2004 dovrebbe essere benvenuta da tutti i cittadini come una pietra miliare nel segno del progresso della medicina preventiva nazionale.



Bibliografia

1. Clearing the smoke. Assessing the science base for tobacco harm reduction. Institute of medicine. National Academy Press. 2001. Chapt. 10 Tobacco smoke and toxicology.
2. Zhang JJ, Morawska L. Combustion sources of particles. Emission factors and measurement methods. Chemosphere. 2002 Dec;49(9):1059-74.
3. Samet JM, Dominici F, Currier FC, Coursac I, Zeger SL. Fine particulate air pollution and mortality in 20 U.S. cities, 1987-1994. NEJM 2000;

343:1742-49.

4. Repace JL, Lowrey AH. Indoor air pollution, tobacco smoke, and public health. Science 1980; 208: 464-472.

5. Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, Majno E, Rossetti E, Paredi P, Boffi R. Real-time measurement of indoor particulate matter originating from environmental tobacco smoke: a pilot study. Epidemiol Prev 2002; 26: 30-34.

6. Invernizzi G, Ruprecht A, Boffi R, Villani F,

Bettoncelli G, Paredi P, Mazza R, Rossetti E, Heverly M, Nardini S. Real-Time Measurement of Particulate Matter Produced by Environmental Tobacco Smoke: A New Way To Monitor Indoor Air Quality. Am J Crit Care Med 2003; 167: A500.
7. Canadian Center for Occupational Health and Safety Resources. Disponibile online: http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/et_s_health.htm

Alopecia e tabagismo: una nuova opportunità educativa nella prevenzione del tabagismo?

Trueb RM: Association between smoking and hair loss: another opportunity for health education against smoking? Dermatology 2003; 206: 189-91.

L tabagismo, si sa, è la prima causa di morbi-mortalità evitabile fra tutte le cause non infettive. Pur tuttavia le campagne di lotta al tabacco hanno ancora un impatto insufficiente specie sulla popolazione più giovane. Un dermatologo di Zurigo ha proposto, in un editoriale di Dermatology 2003, di utilizzare le relazioni tra alopecia e tabagismo come un nuovo argomento per incitare i pazienti a smettere di fumare, in particolare i più giovani. Uno studio epidemiologico recente ha in effetti messo in evidenza una relazione significativa tra consumo di tabacco e caduta di capelli. Ma attraverso quale meccanismo il tabagismo può favorire l'alopecia? Per Trueb il tabagismo potrebbe intervenire su numerosi sistemi che contribuiscono al benessere del cuoio capelluto:

- azione sulla microcircolazione cutanea delle papille dermiche del capello,
- alterazione del DNA delle cellule del follicolo pilifero,
- azione sul sistema proteasi/antiproteasi che controlla il ciclo di crescita del capello,
- effetto pro-ossidante del fumo di sigaretta che contribuisce a liberare delle citochine pro-infiammatorie con, per conseguenza, una micro-infiammazione e una fibrosi,
- aumento dell'idrossilazione dell'estradiolo e inibizione dell'aromatosi con conseguente stato di ipo-estrogenia relativa.

Quale che sia il meccanismo in causa, per Trueb, in ragione dell'impatto psicologico dell'alopecia androgenetica maggiore nei soggetti più giovani, la messa in guardia della popolazione sulle relazioni tra tabacco e caduta dei capelli potrebbe avere un'influenza molto favorevole sul consumo di tabacco. La caduta dei capelli è in effetti una evenienza più immediatamente percettibile per gli adolescenti ed i giovani adulti che le complicanze vascolari e polmonari il cui rischio è percepito come molto lontano per questa popolazione. (V. Zagà)

Il cerotto alla nicotina è sicuro nel soggetto cardiopatico

Joseph A.M. et al.: The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. NEJM 335:1792-8, 1996.

Smettere di fumare è un imperativo nei fumatori ad alto rischio come i cardiopatici, i diabetici, i soggetti affetti da BPCO. Tuttavia gli effetti cardiovascolari della nicotina contenuta nei prodotti sostitutivi inducono alla prudenza nel loro impiego, specialmente nel soggetto cardiopatico. Una studio multicentrico USA ha affrontato il problema randomizzando 584 fumatori motivati a smettere di fumare, con

una storia di pregresso infarto, chirurgia coronarica o angina. Il protocollo prevedeva l'utilizzo per 24 ore al giornodi cerotto alla nicotina di 21mg per 6 settimane, poi quello da 14 mg per 2 sett., in seguito quello da 7mg per 2 sett. Al gruppo di controllo veniva somministrato un cerotto placebo da usare in modo analogo. A tutti i partecipanti venivano fornite informazioni sui danni da fumo con incontri alla 1a, 6a e 14a

set. Il cerotto alla nicotina non ha prodotto differenze significative negli end-point cardiologici rispetto al placebo, e presenta un ottimo profilo di sicurezza anche nei pazienti ad alto rischio. Tuttavia il risultato sulla cessazione del fumo non è stato brillante: sebbene la differenza sia stata significativa a 3 mesi (21% di stop fumo vs 9% nel gruppo placebo), a 6 mesi la differenza non è risultata significativa. (M. Mura)

Repubblica Ceca: salute batte fumo 13-1

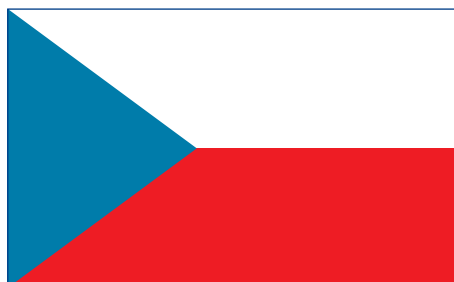


C. Bates. Study shows that smoking costs 13 times more than it saves. *BMJ* (2001) 323:1003.
Letterlink: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7319/1003> 1172.

“Il fumo fa risparmiare!” aveva concluso la Phillip Morris sulla base dei dati di uno studio condotto nella Repubblica Ceca. I ricercatori affermerebbero che i fumatori hanno una minore aspettativa di vita: in questo modo la Repubblica Ceca risparmia su pensioni, assistenza sociale e sanitaria circa 40 miliardi di dollari (circa 90.000 miliardi di lire). Certamente la Phillip Morris parla in modo interessato, ma il dato sarebbe comunque rilevante... se fosse vero. Infatti, indubbiamente per una svista, non sono stati riportati i dati sulla maggiore spesa che lo stato deve affrontare per le maggiori malattie, incidenti stradali, incendi etc... causati dal fumo di sigaretta.

Il *British Medical Journal* riporta una lettera di Clive Bates, direttore dell'“Action on Smoking and Health”. Rifacendo i conti sulla base dello stesso articolo, questi costi sono stimabili in 517 miliardi di dollari (oltre 1.000.000 di miliardi di lire). Quindi i costi sulla salute battono il risparmio ricavato (cinicamente) sulla morte precoce dei fumatori per 13 a 1.

Lo studio ceco afferma infine che, in base alle tasse sul tabacco, lo stato ha comunque un guadagno netto. Ma, si potrebbe obiettare, se la gente non fumasse in ogni modo acquisterebbe altri beni, e su questi lo stato incamererebbe comunque le relative tasse. E forse non saremmo qui a discutere (senza nemmeno dire tutta la verità) se si può risparmiare qualche soldo sulla pelle dei fumatori. (G. Forza)



Contributo dalla ricerca socio-cognitiva: il comportamento del fumare nei film “modella” il fumo adolescenziale

JD Sargent, MA Dalton, ML Beach, LA Mott, JJ Tickle, MB Ahrens, and TF Heatherton. Viewing tobacco use in movies: does it shape attitudes that mediate adolescent smoking? *Am J Prev Med* (2002) 22(3): 137-145.

Teorie di scienze cognitive propongono che i bambini sviluppano intenzioni e aspettative positive riguardo al fumo, prima di iniziare a fumare. Ciò si instaura nell'osservazione di comportamenti di riferimento negli altri. Lo studio qui riportato indaga per la prima volta l'effetto del comportamento del fumare osservato nei film.

3766 studenti delle medie inferiori furono selezionati per lo studio. Ai ragazzi veniva richiesto di identificare i film visti recentemente (tipico adolescente non fumatore ne aveva visti tra 15 e 50) mentre i ricercatori contavano i comportamenti del fumare riprodotti all'interno di questi film (mediana di 5 per film). L'esposizione a queste imma-

gini sono state poi correlate con misure di suscettibilità al fumare, aspettative positive, percezione del fumo.

I risultati hanno dimostrato una correlazione significativa tra la prevalenza alla suscettibilità e la quantità totale di comportamenti di fumare visti nei film. Analoga correlazione significativa tra il numero di aspettative positive e l'esposizione a questi comportamenti. Molto interessante è stato l'evidenziare una correlazione positiva con la percezione che gli adulti fumano ma non i propri coetanei. In conclusione, si è dimostrato come il fumo nei film proponga dei modelli ‘adulti’ che predispongono allo sviluppo di aspettative ed intenzioni negli adolescenti non fumatori. (C. Chiamulera)

Fumo ed infiammazione delle vie aeree nei pazienti asmatici

GW Chalmers, KJ MacLeod, L Thomson, SA Little, C McSharry and NC Thomson.
Smoking and Airway Inflammation in Patients With Mild Asthma. *Chest* (2001) 120:1917-1922.

Il fumo di sigaretta è nonostante tutto, comune tra i pazienti asmatici. Uno studio su *Chest*, ne ha studiato l'effetto a livello dei processi infiammatori. Pazienti con asma cronico, stabile e non in trattamento con steroidi orali o inalatori durante lo studio, sono stati confrontati contro controlli sani, fumatori e non. Sono stati misurati sia la conta delle cellule sia i livelli di interleuchina 8 (IL-8) e della proteina cationica eosinofila (ECP) nell'escreato indotto. I fumatori asmatici presentavano un maggior numero di cellule nell'escreato indotto rispetto ai soggetti sani, sia fumatori che non. Il fumo era associato ad una maggiore neutrofilia nell'escreato indotto sia nei soggetti asmatici che nei soggetti non asmatici rispetto ai non fumatori. I valori di IL-8 erano elevati nei fumatori rispetto ai non fumatori, sia nei soggetti con asma che nei soggetti sani. Gli eosinofili nell'escreato e i livelli di ECP erano più elevati nei soggetti asmatici sia fumatori che non fumatori rispetto ai soggetti non fumatori sani. Interessante che nei soggetti asmatici fumatori, la funzionalità polmonare (valutata con la percentuale di FEV1 rispetto al valore predetto) era in correlazione negativa sia con i livelli di IL-8 nell'escreato ($r = -0,52$) che con la percentuale di neutrofili nell'escreato ($r = -0,38$), mentre i livelli di IL-8 correlano positivamente con il numero di pacchi/anno ($r = 0,57$) e con la percentuale di neutrofili ($r = 0,51$). In conclusione, è emerso che in aggiunta all'infiammazione eosinofila osservata nei pazienti asmatici, il fumo induce infiammazione neutrofila delle vie aeree. Nei soggetti asmatici e fumatori appare evidente una relazione tra abitudine al fumo, infiammazione delle vie aeree e funzionalità polmonare. (V. Zagà)

Stai smettendo di fumare?



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOtabac®

www.notabac.com

e-mail: info@notabac.com

News & Views



A Bologna un dolce al tabacco. Ci mancava!

Confessiamo che ci mancava il dolce al tabacco! Ora questa grave lacuna gastronomica è stata colmata. Infatti in un noto ristorante di Bologna (e ci risulta anche in uno di Bolzano) viene servito un dessert a base di "crema leggera al rhum con infuso di sigaro di cuba". La guarnizione è preparata utilizzando le foglie essiccate di un sigaro medio cotte con succo d'arancia, acqua e zucchero (basta per 150 porzioni); il Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione dell'AUSL città di Bologna Responsabile la dr.ssa Emilia Guberti, con la consulenza del coordinamento dei Centri Antifumo dell'Azienda, ha proceduto ad accertare l'entità della presenza di nicotina. Ebbene, questa volta, con buona pace dei consumatori golosi, il contenuto in nicotina rilevato mediante esame analitico è risultato inferiore ai limiti di rilevabilità dello strumento ovvero < 0,01 mg/kg. Un'attenzione al problema tabacco che SITAB & Tabaccologia non potevano non notare e segnalare. (V. Zagà)



Battesimo da 8 e 1/2... su La 7 per Tabaccologia

Non potevamo né osavamo sperare tanto. Ma è accaduto e ne siamo sommatamente contenti. Tabaccologia, evento editoriale targato SITAB, era appena stata finita di stampare da appena 3 giorni e inaspettatamente d'un colpo ce la ritroviamo, giovedì 28 maggio alle ore 20.30 a 8 e 1/2 su La 7, esposta in favore di telecamera e presentata da Luca Sofri, non fumatore, che con Giuliano Ferrara, fumatore, ossessionato da fantomatico proibizionismo antitabagico, è co-conduttore della trasmissione televisiva.

Per noi c'era il Presidente SITAB, dr. Giacomo Mangiaracina, che ovviamente, tra tanti squali, non poteva non fare gioco di squadra col prof. Silvio Garattini, in collegamento da Milano. La serata è stata interessante, ma, senza scendere nel merito delle inevitabili polemiche che l'argomento fumo suscita, suggerirei agli organizzatori di dibattiti come questi, prima di invitare certi personaggi della controparte di interrogare il motore di ricerca www.pmdocs.com e... vedere cosa viene fuori! (V. Zagà)

Framework Convention Italia e Unione Europea hanno firmato la Convenzione Antitabacco

L'Unione Europea e l'Italia sono state le prime delle 28 nazioni che a Ginevra hanno firmato la Convenzione antitabacco, adottata il 21 maggio scorso dai 191 Paesi membri dell'OMS. La Convenzione entrerà in vigore quando sarà ratificata da almeno 40 Stati. Il documento è stato aperto alla firma fino al 22 giugno a Ginevra; dal 30 giugno è aperto alla firma a New York. Ricordiamo tra i punti 'chiave' dell'intesa: il divieto di pubblicità a tabacco e derivati, la messa al bando delle denominazioni ingannevoli, avvertimenti delle minacce per la salute sui pacchetti di sigarette e aumento delle tasse sul tabacco. (V. Zagà)



Tabaccologia... on the beach!

Vernissage estivo per la neonata Tabaccologia anche sulla mondana e bellissima spiaggia Ira di Portorotondo dove, guarda caso, è partita la campagna ecologica: spiaggia senza cicche... ovvero la spiaggia non è un posacenere!



Napoli Scienza ed Arte nella Prevenzione e Cura del Tabagismo

TORINO Il grigio e il nero del fumo contro i colori della vita

Nell'ambito di questo tema conduttore della Fiera Internazionale del Libro di Torino, si è svolto al Lingotto il 16 maggio u.s. si è svolto un interessante meeting organizzato dalla SITAB-Piemonte e da Psicologiasalute.it nella persona del ns attivissimo rappresentante regionale Emanuele Passanante. Nello stand della Provincia di Torino in cui è stato presentato il progetto "Internet e salute, oltre il fumo", da poco realizzato nella scuola media Leon Battista Alberti e nel Liceo D'Azeglio, col contributo della fondazione CRT-Cassa di Risparmio di Torino. E' un progetto che punta sulle risorse personali, sull'autonomia e sull'autoefficacia. Infatti vivere le dipendenze è come vivere per conto terzi. Unico antidoto, la conquista dell'autonomia. Il Progetto propone un percorso educativo-formativo articolato in cinque incontri di due ore. E' un percorso che aiuta a conoscersi meglio e a monitorare la propria autonomia per promuovere la salute a livello fisico, psicologico e sociale. Per coinvolgere la scuola tutta viene proposto su www.psicologiasalute.it un test sperimentale interattivo per valutare l'autonomia personale (dal cibo, dalla TV, dal fumo, etc.).

(Branka Brkic-Giornalista free lance)

Si è svolto a Napoli il 20 e 21 giugno, nel panoramico Eremo dei Camaldoli, il Congresso Nazionale "Scienza ed Arte nella Prevenzione e Cura del Tabagismo" organizzato dal dottor Arcangelo Sena e dalla dottoressa Paola Martucci, responsabili del Centro di Prevenzione e Cura del Tabagismo del Dipartimento di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli di Napoli diretto dal Dottor Antonio Granata. Il Congresso è stato seguito con estremo interesse in entrambe le giornate da numerosi specialisti del campo medico nonché da psichiatri e psicologi interessati agli argomenti trattati. In considerazione della grande risonanza che, specie in questo periodo, il tema fumo di sigaretta e lotta al fumo sta riscuotendo in tutti gli ambienti non solo quelli della sanità, gli organizzatori hanno riunito a convegno i più autorevoli esperti della materia a livello nazionale che, grazie alla loro esperienza, hanno contribuito al successo di questo primo congresso organizzato in Campania. Gli argomenti di rilievo affrontati hanno riguardato gli effetti delle politiche socio sanitarie ed il ruolo delle società scientifiche nel controllo del tabagismo con le interessanti relazioni dei dottori Mangiaracina, Zagà, Sabato, Laezza e Talamo. La seconda sessione ha abbracciato il tema circa la diagnosi ed il trattamento del tabagismo con la presenza di esperti come il professor Nardini, lo psichiatra dottor Forza ed i dottori Laccetti e Puoti, mentre gli aspetti dietologici sono stati discussi dalla dottoressa Auriemma. La terza ed ultima sessione relativa al primo giorno del congresso ha visto a confronto diverse specialità mediche che hanno discusso sulle opportunità cliniche di intervento per il controllo del tabagismo: la dottoressa Martucci per le malattie respiratorie, il dottor Gaeta per la prevenzione cardiovascolare, il dottor Romano per gli aspetti in oncologia, il dottor Enea, ginecologo, per la salute delle donne, il dottor Landolfi per gli aspetti riguardanti fumo e sport, il dottor Parancandolo e la dottoressa Fagioli per la patologia del cavo orale ed infine la dottoressa Mannelli su fumo e chirurgia. Il 21 giugno, giornata conclusiva del congresso, si è trattato degli aspetti educazionali nelle strategie di prevenzione e trattamento del tabagismo con l'apporto di esperienze personali di autorevoli relatori quali i dottori Tinghino, Del Donno, Melani, Sena, De Angelis, Ciurluini, Invernizzi, Rosa e Laezza. Infine, in contemporanea, si sono svolte: una tavola rotonda sul controllo del tabagismo nella pratica clinica con esperienze a confronto delle varie realtà ambulatoriali antifumo in Campania, moderata dai dottori Mario Polverino e Felice Vigorito, ed una sessione poster molto interessante, moderata dal Dottor Vincenzo Zagà con la discussione di dieci poster presentati da diversi autori di tutta Italia. Il congresso (patrocinato dall'AIPO, dalla SITAB, dalla Consulta Italiana sul tabagismo, dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, dall'Istituto Superiore di Sanità Osservatorio fumo, alcol e droga, dalla Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis) ha riscosso un notevole successo con grande soddisfazione di tutti gli intervenuti per l'importanza degli argomenti trattati con l'auspicio di ulteriori futuri incontri inerenti il tema del tabagismo. (C. Olla)

New York: la grande mela che non fuma più

Con una mossa ad effetto da parte di George Patagi, Governatore dello Stato di NY, il 26 luglio 2003, tutti i newyorkesi si vedranno garantito il diritto a respirare un'aria libera dal fumo sul posto di lavoro. Sarà così l'ultimo dei tre Stati dell'Unione "senza tabacco" in ordine di tempo, dopo lo Stato della California e del Delaware. Tutti gli spazi ad uso professionale sono interessati dal testo della nuova norma, compresi quelli considerati ad uso "ricreativo". I locali interessati saranno dunque anche i ristoranti, i bar, le sale di Bingo, i Bowlings ed altri ritrovi notturni. Una vittoria importante per i tenaci sostenitori dei diritti dei non-fumatori.

Ai tre Stati già operativi con questa legislazione presto se ne aggiungeranno altri quattro, tutti situati sulla costa: New Jersey, Connecticut, Vermont e Rhode Island.

(Branka Brkic-Giornalista free lance)

Fonte: www.smokefreetiz.org



Losanna 1997
Bizzarria (o cinismo !?) della pubblicità



Nella stupenda cornice di Le Castella di Capo Rizzuto, il 7 giugno, è stata eletta la bellissima Laia Manetti (Milano, 26 maggio 1981, gemelli) quale sfidante italiana per Miss Universe 2004 (diretta TV in prima serata su Canale 5). Nell' Hotel Le Castella le candidate a Miss Universo-Italia sono state asserragliate per più di dieci giorni per prepararsi alla faticosa finale. Per le concorrenti sono state giornate di impegno e di apprendimento; hanno imparato a sfilare, a fare un servizio fotografico, a comunicare con i media e tante altre cose. In questa sorta di West Point

della bellezza, al Concorso di Miss Universo-Italia da quest'anno in particolare si aggiungono contenuti socio-culturali. Grazie al protocollo d'intesa con la Clarissa Burt Management le ragazze concorrenti sono state informate e rese partecipi che Il Concorso di Miss Universo, in quanto smoke-free, è testimonial antifumo sia nei riguardi dei mass-media che dei ragazzi e adolescenti. In questa prima fase è stata fatta una preselezione di massima in base al loro rapporto col fumo, alla loro capacità comunicativa e alla personale disponibilità a fare da testimonial antifumo nelle scuole e nei vari eventi scientifici e di spettacolo, in cui ci sarà bisogno di testimonianze smoke free. Durante l'incontro con esperti della Società Italiana di Tabaccologia-SITAB (G. Mangiaracina e V. Zagà), ottima ed entusiasta è stata l'accoglienza a questa nuova veste di testimonial antifumo tesa a far passare il messaggio che si può "essere belle e vincenti senza farsi del male col fumo di tabacco". In autunno mini-corso di formazione per le ragazze scelte, Miss Universo eletta in testa. Insomma è il caso di dire che la prevenzione si tinge di glamour. *(Cinzia Gubbini-Giornalista free lance)*

Miss Universo Smoke-Free

Un tocco di glamour nella prevenzione primaria del tabagismo

È quanto si sostiene in uno studio presentato dall'università di Salford nel Regno Unito, durante l'annuale meeting della British Psychological Society. Ormai irrinunciabile per 800 milioni di persone nel mondo, il telefonino è diventato una sorta di droga. Talmente potente da sostituirsi, soprattutto nei più giovani, a vizi ben più dannosi come il fumo di sigaretta. Il cellulare come status symbol è diventato un autentico oggetto del desiderio, e il fatto di "pavoneggiarsi" parlando al telefono portatile si trasforma in una dipendenza positiva perché strappa gli adolescenti dall'attrazione per la "bionda". Partendo dalla considerazione che il boom del cellulare, alla fine degli anni '90, è coinciso con una riduzione dell'abitudine al fumo, i ricercatori hanno pensato di verificare l'esistenza di un legame tra i due fenomeni. Cioè, se davvero l'uso del telefonino e l'immagine sociale che ne deriva possano sostituirsi al fascino della sigaretta. È stato quindi chiesto a 110 studenti universitari, di cui solo 8 non possedevano un cellulare personale, di raccontare come giudicavano chi usava il telefonino. Ebbene, quasi tutti esprimevano un parere positivo: l'impiego del portatile veniva definito divertente,



Giada Biasia. Finalista Miss Universo Smoke-Free 2003/04

amichevole, familiare e "di tendenza". Automatica la conclusione. Il cellulare può rappresentare un valido concorrente della sigaretta, pur condannandone

l'utilizzo mentre si guida e ammettendo che "i danni cerebrali legati al suo impiego eccessivo restano da approfondire".

www.staibene.it

Telefonino, l'antidoto alla sigaretta!?



homepage

D. Enea, B. Tinghino

MEDICI CHE FUMANO

Proposta di
licenziamento o
forte richiamo alla
coerenza?
Le soluzioni
ipotetiche sono
tante, ma è ora di dare
un segnale chiaro...

Tra il dire e il fare, si sa, c'è una bella differenza. Anche perché l'esempio conta, a volte, più delle parole e delle belle prediche. Si può dire ai propri pazienti che fumare fa male e che occorre smettere, mentre si ha una sigaretta in bocca? Si può mandare un messaggio verbale e uno implicito, comportamentale che dice tutt'altra cosa? Nessuno, naturalmente, vuole invadere la vita privata dei colleghi, né sottoporli a rigide regole puritane. Ma la professione medica non è una di quelle che permette un asettico distacco tra gli aspetti tecnici e quelli umani, soprattutto quando alla base ci sono gli stili di vita, sui quali si gioca ormai gran parte della nostra salute futura. Una recente indagine Doxa ha fotografato il pianeta dei fumatori ed ha dimostrato che fumano tredici milioni e mezzo di italiani, il 30% della popolazione. Ma quel che più preoccupa è che anche tra i medici si è riscontrata la stessa prevalenza. Così è scattata la proposta del prof. Garattini: "licenziamo i medici che fumano". Per il noto farmacologo dell'Istituto Mario Negri "se un dottore fuma durante le ore di lavoro scatta il conflitto di interesse con il <padrone>, l'ospedale, il Servizio Sanitario nazionale". Infatti il cattivo esempio del sanitario induce a fumare il suo "cliente" e questo, a sua volta, costa di più a causa della malattie che sopravvivono per colpa della sigaretta. Per Garattini occorre "inserire una norma rigidissima nella prossima revisione del contratto di categoria. Una clausola che preveda l'esclusione, ossia il licenziamento, di chi fuma sul luogo di lavoro". Replica il ministro Sirchia: "Condivisibile nello spirito, ma impraticabile, perché troppo drastica" quella norma.

Ma la SITAB non ci sta e non vuole che l'argomento cada nel silenzio. E allora prende in mano l'iniziativa, insieme ad altre istituzioni, tra cui la Consulta Nazionale sul Tabagismo, e scrive (con la lettera che qui riportiamo) al presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, al Ministro della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità. Come dire: oltre alle dichiarazioni di intenti puntualmente contenuti in tutti i programmi sanitari nazionali, vogliamo passare ai fatti?

Roma, 02 Maggio 2003
Al Dott. Giuseppe Del Barone
Presidente FNOMCeO

OGGETTO: Tabagismo tra i medici e deontologia sanitaria.

e p.c.

Al Prof. Girolamo Sirchia
Ministero della Salute

Al Dott. Piergiorgio Zuccaro
Osservatorio Fumo Alcol Droghe
Istituto Superiore di Sanità

Loro sedi

Egregio Presidente,

come Lei sa, il Tabagismo è una patologia da dipendenza, descritta nel DSM IV dell'American Psychiatric Association, nonché nell'ICD-10 dell'OMS, e costituisce una causa diretta e accertata di circa 50 malattie respiratorie, cardio-vascolari, oncologiche, metaboliche. Essendo responsabile di 4.000.000 di morti all'anno nel mondo, 90.000 solo in Italia, l'OMS definisce il fumo di sigaretta la "**PRIMA CAUSA PREVENIBILE DI MORTE E MALATTIA**", e fa della lotta al Tabagismo la sua seconda priorità, dopo quella alla malaria.

Il Piano Sanitario Nazionale Italiano (PSN) 1998-2000 prevedeva di ridurre la prevalenza dei fumatori al di sopra dei 14 anni nella popolazione italiana, con particolare riguardo alle donne in stato di gravidanza, ma purtroppo, in tal senso è stato un fallimento; anche l'attuale PSN tiene comunque in gran conto tale obiettivo.

Numerose aziende ospedaliere e ASL si sono attivate negli ultimi anni per creare centri per la terapia del Tabagismo, impiegando risorse umane e finanziarie a tale scopo; lo stesso Ministero della Salute, segnatamente nelle persone dei ministri Veronesi e Sirchia (che, non a caso, sono medici di chiara fama), ha mostrato sensibilità rispetto a questa emergenza nazionale, che da sola provoca più vittime di inquinamento atmosferico, incidenti stradali, eroina, cocaina, alcool e suicidi, messi insieme. In particolare, il ministro Sirchia ha promosso l'attuale campagna per la "dissuasione dal Fumo e per la corretta alimentazione", che vede un certo numero di medici esperti in questi settori impegnati, per la cronaca gratuitamente, in interventi sui mass media.

In precedenza, peraltro, erano state elaborate da un'apposita commissione dell'Istituto Superiore di

Sanità le linee-guida per la terapia del Tabagismo, inviate ai medici di Medicina Generale e ad altri operatori sanitari di primo livello. Nei Paesi evoluti infatti la classe medica, in quanto responsabile della salute dei cittadini, è considerata un elemento chiave su cui lo Stato ha potuto e può contare per la realizzazione di programmi di controllo del Tabagismo, e ai Medici si devono quindi, in gran parte, i successi delle campagne antifumo (USA, Regno Unito, Paesi Scandinavi, ecc.).

Purtroppo, **IN ITALIA LA PREVALENZA DI MEDICI FUMATORI È ADDIRITTURA SUPERIORE A QUELLA DELLA POPOLAZIONE GENERALE, CON PUNTE CHE RAGGIUNGONO IL 40%, CONTRO IL 2% DEL DATO EPIDEMIOLOGICO STATUNITENSE.** Questo è un fenomeno oggettivamente grave, che è indispensabile correggere, pena la mancanza di credibilità dell'intera categoria.

Cosa ancor più grave è che i colleghi affetti da tabagismo quasi mai fanno mistero della loro abitudine, ma anzi la ostentano fumando in pubblico, addirittura all'interno di ospedali, ambulatori e altre strutture sanitarie, in aperta violazione della Legge 584/75 che lo vieta espressamente, e divulgando il messaggio di un comportamento "normale". Viceversa, **TALE COMPORTAMENTO NON DOVREBBE PIÙ ESSERE AMMISSIBILE:** è infatti altamente diseducativo, e in ogni caso in contrasto con gli sforzi di molti sanitari e ricercatori impegnati a vario titolo nei programmi di controllo del Tabagismo in Italia, e del Ministero della Salute che con l'attuale campagna si prefigge di ridurre i danni da Fumo nella popolazione.

Rappresenta, secondo noi, un esempio disastroso, un nonsenso deontologico, una giustificazione per i pazienti tabagisti e in generale per tutta la popolazione. Bambini e adolescenti in particolare vengono negativamente influenzati dal comportamento di figure di riferimento importanti come possono esserlo insegnanti e medici.

Per quanto precedentemente esposto, riteniamo perciò opportuno che l'Ordine prenda una chiara posizione in merito, e giudichi se comportamenti tabagici, come fumare nei viali di un ospedale in camicia o in ogni caso in abiti da lavoro, ammesso che rispettino i divieti imposti per legge, siano accettabili deontologicamente, o viceversa vadano censurati e opportunamente sanzionati. D'altro canto, se un medico fosse affetto da dipendenza da alcool o da altre sostanze d'abuso, e non ne facesse mistero in pubblico, per l'Ordine sicuramente sarebbe doveroso intervenire.

Signor Presidente, riteremmo molto significativa una Sua presa di posizione ufficiale riguardo al problema esposto, magari in occasione di una delle manifestazioni previste nelle prossime settimane, in vista del 31 Maggio, Giornata Mondiale senza Tabacco, indetta dall'OMS.

Le saremmo inoltre grati se questa nostra comunicazione potesse essere portata alle sedi provinciali degli Ordini.

Con tutta la nostra stima ed i più cordiali saluti.

Dott. Giacomo Mangiaracina

SITAB, Società Italiana di Tabaccologia – Roma

Prof. Silvio Garattini

Istituto Mario Negri- Milano

Dott. Maurizio Laezza

Consulta Italiana sul Tabagismo – Bologna

Prof. Domenico Enea

Centro Policlinico senza Fumo Policlinico Umberto I°-Roma

Prof. Ssa Maria Caterina Grassi

Servizio Speciale Antridrogena- Dipartimento di Fisiologia umana e Farmacologia Università "La Sapienza"- Roma

Prof. Francesco Schittulli

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Prof. Mauro Ceccanti

Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio

Prof. Walter Nicoletti

Prof. Ordinario di Medicina Legale e Medicina Sociale Università "La Sapienza" Roma

Dott.ssa Nicoletta De Luca

Servizio Speciale di Fisiopatologia Respiratoria - Policlinico Umberto I° Roma

Prof. Fausto Bardellini

Commissione Fumo della Società Italiana di

Chirurgia

Dott. Vincenzo Cilenti

Primario Servizio di Fisiopatologia Respiratoria – Istituto Regina Elena ROMA

Dott.ssa Anna Maria Moretti

Presidente A.I.P.O.

Dott. Mauro Nanni

Presidente O.N.L.U.S. Gea Progetto salute

Dott. Venanzio Gizzi Dott. Francesco Schito

Presidente e Vicepresidente ASSOFARM

Avv. Marco Ramadori

CODACONS

Dott. Ubaldo Taddeo

Direttore sanitario Ospedale di Teano (CE)

Dott. Giorgio Schiano

Segretario naz. AIES (Ass. Ital. Educatori Sanitari)

Prof. Franco Salvati

Past Presidente FONICAP

Dott.ssa Rosastella Principe

Responsabile per il Tabagismo Azienda S. Camillo –Forlanini ROMA

Dott. Stefano Nardini

Associazione Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Respiratorie (A.I.M.A.R.)

LA SITAB CHIEDE L'INSERIMENTO DEL NUOVO TERMINE, TABACCOLOGIA, NELLA TRECCANI

Al Presidente
dell' Istituto Giovanni Treccani
Prof. Francesco Paolo Casavola,

agli Organi competenti

OGGETTO:

Inserimento nuovo termine:
Tabaccologia

Caro Presidente,

la Tabaccologia è scienza giovane, ma aggrega oggi in forma multidisciplinare tutti gli studiosi che si occupano a vari livelli di ricerca e formazione, in prevenzione e terapia del Tabagismo e dei problemi Fumo-correlati.

La Società de Tabacologie è nata in Francia nel 1986, quella italiana nel 1999.

Ogni informazione sul sito della società scientifica italiana: www.tabaccologia.org

Un cordiale saluto.

Dott. Giacomo Mangiaracina

Presidente SITAB,
Società Italiana di Tabaccologia
Coordinatore Area Tabagismo
Lega contro i Tumori
Vicesegretario Consulta Italiana sul
Tabagismo (ENSP Italia)



TRECCANI

IN ITALIA

• 29-31 maggio 2003

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

• 20-21 giugno 2003

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

• 7 ottobre 2003

Reggio Emilia: Convegno "Ambiente e salute: nuove prospettive in sanità pubblica" (marco.vinceti@unimore.it).

• 16-19 ottobre 2003

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

• 20-22 novembre 2003

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

Congressi & Eventi

INTERNAZIONALI

• 30 Aprile - 02 maggio 2003

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

• 18-21 maggio 2003

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

• 03-08 agosto 2003

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

• 10-14 agosto 2003

Vancouver, Canada: 10th World Conference on Lung Cancer

• 11 ottobre 2003

Paris, France: 18e Journée de Tabacologie - Faculté de Médecine Paris-Sud

• 27 settembre - 01 ottobre 2003

Vienna, Austria: ERS-Europea Respiratory

Society

• 24-29 ottobre 2004

Jerusalem, Israel: 13th World Clean Air Congress and Exhibition
<http://www.kenes.com/cleanair/>

• 26-30 ottobre 2003

Orlando, Florida, USA: Chest 2003
<http://www.chestnet.org/CHEST/future.locations.html>

• 21-26 maggio 2004

Orlando, Florida, USA: American Thoracic Society International Conference
<http://www.chestnet.org/CHEST/future.locations.html>

• 21-28 maggio 2004

Seattle, WA, USA: Chest 2004
<http://www.chestnet.org/CHEST/future.locations.html>

• 17-21 settembre 2005

Copenhagen, Denmark: European Respiratory Society
<http://www.woco.dk/>

www.ecm-sanita.it
— Educazione Continua in Medicina —

Educazione Continua in Medicina

www.ecm-sanita.it

HOT MINDS
HotMinds s.r.l. - Via Speranza 35 - 40068 San Lazzaro di Savena (Bo) Italia - Tel. 051 6271163 - Fax 051 6271399 - info@ecm-sanita.it

Richiesta di adesione alla SITAB (Società Italiana di Tabaccologia)

Scrivere in stampatello e inviare a :

SITAB Comitato Direttivo: c/o Dr. Biagio Tinghino, Via Carvisi 2B; 24030 Terno D'Isola (BG); e-mail: btinghi@tin.it

Il sottoscritto Cognome Nome

Data di nascita

Via/Piazza n. cap città

Telefono (abitazione) (lavoro)

Cellulare e-mail Fax

Professione

Istituto/organizzazione

Indirizzo dell'organizzazione

Qualifiche in seno all'organizzazione

Chiede l'associazione alla SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) per l'anno 2003 e versa la propria quota di iscrizione di 52 Euro (26 _ per laureandi, specializzandi, dottorandi) sul c/c 1062 - CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - codici CAB:2401; ABI: 3032 In materia della vigente normativa sulla privacy accetta che i propri dati siano usati solo per motivi statistici e per comunicazioni interne all'associazione. Allega alla presente fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'iscrizione.

Data

Firma

Servizi ai Soci

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

La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

1. Supporto e patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
2. Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori.
3. Aggiornamento e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB.
4. Promozione delle attività e comunicazione attraverso i propri mezzi di informazione.
5. Disponibilità della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di "GEA Progetto

Salute" sia a scopo divulgativo delle proprie iniziative, sia come strumento di informazione per le scuole e per gli utenti dei programmi antifumo.

6. Pubblicazione di articoli e collaborazione con la rivista Tabaccologia e con il sito internet www.tabaccologia.org

7. Rivista "Tabaccologia", con accesso alla rivista "Tabaccologia On-Line"

8. Newsletter SITAB via email.

Tutti gli specialisti interessati alle problematiche da fumo di tabacco, possono entrare nel gruppo di discussione di Globalink-Italia. E' stata creata una sezione apposita su www.tabaccologia.org e su Gea per agevolare la registrazione: www.gea2000.org/globalink

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia www.tabaccologia.org

Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

Presidente:

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

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

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

Segretario:

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

Consiglieri:

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

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