

Organo Ufficiale
della Società Italiana
di Tabaccologia-SITAB

2
2005

Official Journal
of the Italian Society
of Tobaccology

ANNO III

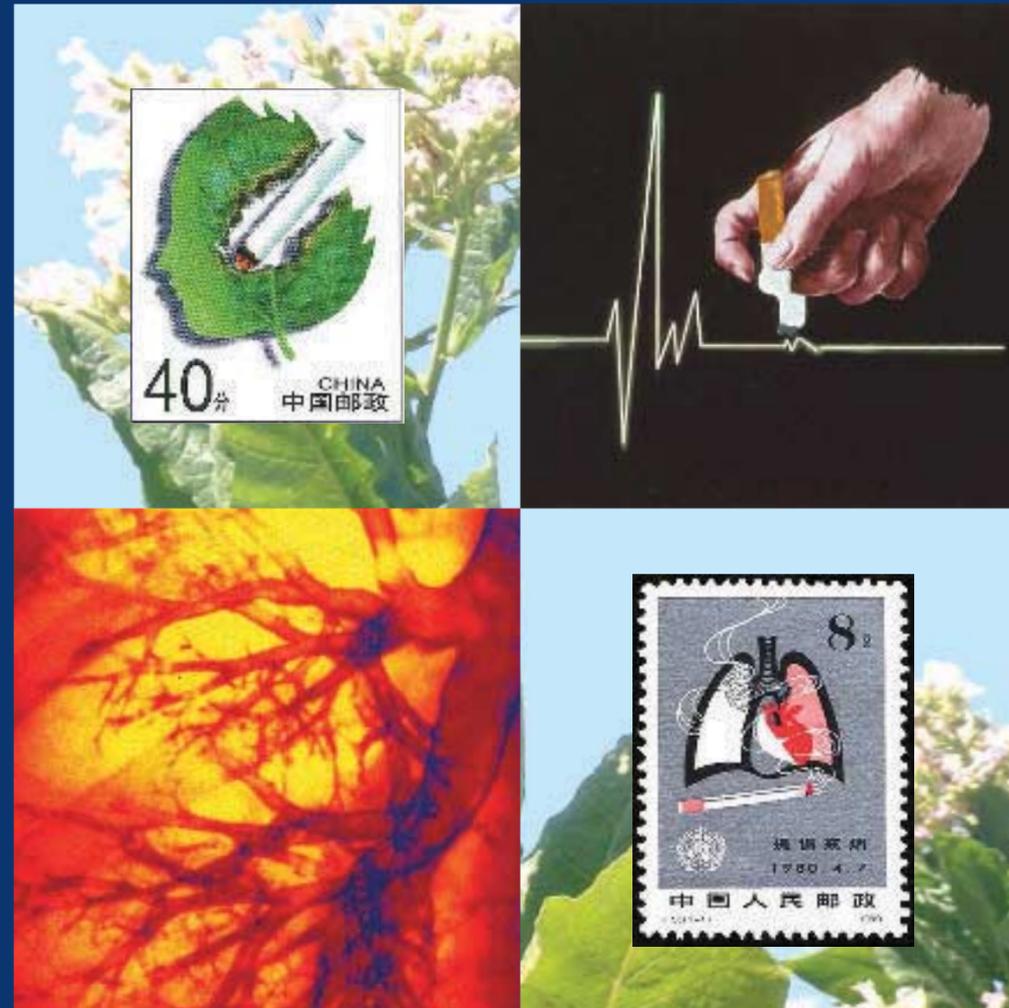
www.tabaccologia.org

Tabaccologia

tobaccology

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

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business - AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003



Speciale Italia no-smoking • Fumo passivo scolastico e domestico
Mucocinetici e BPCO • Progetto INSPIRO SITAB: i Centri Antifumo

SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA
SITAB

sommario

EDITORIALE

- 5 Fare centro (G. Mangiaracina)

SPECIALE 10 GENNAIO 2005

- 6 Tabacco: il lungo addio (Autori vari)

PRIMO PIANO

- 14 World NO Tobacco DAY - 31 maggio 2005 (D. Enea)

FOCUS ON

- 16 Gusto e galateo alla riscossa (E. Guberti, C. Rizzoli, V. Zagà)

- 17 **ABSTRACT & COMMENTARY - le ultime dalla ricerca**

PERSPECTIVES & RESEARCH

- 21 Multiple action model: una nuova ipotesi di ricerca propone le "neuroscienze ambientali" del tabagismo (C. Chiamulera)

ORIGINAL ARTICLE

- 23 Fumo passivo scolastico e domestico: studio epidemiologico su 608 alunni della V° classe delle Scuole elementari di Anzio e Nettuno (F. Salvati, V. Virgilio, M. A. Barbara)

REVIEW

- 27 Mucolitici e mucoregolatori nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (M. Mura)

- 31 **NEWS & VIEWS**

- 33 **SITAB HOME PAGE**

- 43 **TABAC MAIL**

- 50 **CONGRESSI & EVENTI**



Pagina 23



Pagina 33

Tabaccologia

Organo Ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia - SITAB

Direttore Responsabile:

Giacomo Mangiaracina (Roma)

Direttore Scientifico:

Gaetano Maria Fara (Roma)

CapoRedattori:

Biagio Tinghino (Monza - MI) btinghi@tin.it,
Vincenzo Zagà (Bologna) nosmoking@infinito.it.

Comitato

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

Comitato scientifico:

Riccardo Bartoletti (Sondrio), Elena Calvi (Milano), Laura Carrozzi (Pisa), Lorenzo Cima (Padova), Cristina Cinti (Bologna), Franco Salvati (Roma), Giuseppe Di Maria (Catania), Domenico Enea (Roma), Alessandro Gennai (Bologna), Auro Gombacci (Trieste), Maria Caterina Grassi (Roma), Paola Gremigni (Bologna), Maurizio Laezza (Bologna), Andrea Ledda (Chieti), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Stefano Nardini (Vittorio Veneto - BL), Margherita Neri (Tradate - VA), Emanuele Passanante (Torino), Mario Pulverino (Cava dei Tirreni), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia),

Stefano Vianello (Mirano - VE), Alessandro Zanasi (Bologna), Pier Giorgio Zuccaro (Roma), Francesca Zucchetto (Monza - MI).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente:
Umberto Veronesi (IEO Milano-Italy).

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 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).

Con il Patrocinio:

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

Segreteria di

redazione:
Livia Laurentino (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)
c/o Suoni Comunicazioni
Via Venturoli 38/D - 40138

Bologna
tel./fax +39 051 304737

Art direction:

Hotminds S.r.l.
Via B. Bottau 6
40055 Castenaso (BO)

Impaginazione:

Graph-X di Fabrizio Cani
www.graph-x.it

Ricerca iconografica:

Zagor & Kano

Stampa:

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

Pubblicità:

Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)
Via Venturoli 38/D
40138 Bologna
Tel/Fax 051-304737

Norme Redazionali per gli Autori

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

Il materiale va inviato al seguente indirizzo: Segreteria di Redazione: Livia Laurentino (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it) c/o Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, tel./fax 051 304737

La Rivista è protetta da Copyright.

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

Come ricevere la rivista

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

SITAB -Tabaccologia - c/c 010000001062 - CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - CAB: 02401; ABI: 03032 - CIN: U

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

Desidero sottoscrivere l'abbonamento alla rivista Tabaccologia per l'anno 2005 che sarà inviata al seguente indirizzo:

Cognome Nome

Via n° Città Provincia CAP

Tel. e-mail

Professione/specializzazione

desidero ricevere fattura

P.IVA

allego fotocopia di pagamento

Data

Firma



FARE CENTRO

Giacomo Mangiaracina

Qualcuno ci fa le campagne elettorali con questa parola. Centro. Nell'immaginario collettivo evoca positività ed equilibrio. Anche la saggezza del Buddha, l'illuminato per eccellenza, passa per la "via di mezzo". Identifica convergenza, indirizzo, orientamento, e soprattutto identità e affidabilità. Un laboratorio di estetica sembra promuovere più salute e fa più presa nel pubblico se si definisce "Centro Benessere". Quando parliamo di "Centro Antifumo", non facciamo l'eco né alla "Commissione Antimafia", né ai "Nuclei Anti-sostituzioni" né alla "Squadra Anti-crimine". Parliamo di luoghi deputati alla cura, alla prevenzione, alla promozione della salute che si identificano con i servizi di 2° livello per il trattamento del Tabagismo e delle patologie indotte dal Fumo, assumendo che il 1° livello si debba realizzare negli ambulatori dei medici. Talvolta fanno anche prevenzione, ma non sappiamo come e con quali risultati. Se dobbiamo essere sinceri, non sappiamo bene neppure come fanno terapia. Un Centro Antifumo è una realtà complessa in via di ri-definizione e di perfezionamento, ma con una quota di oscurità in quanto territorio confinato, spesso chiuso. Quando nel '73 cominciai ad interessarmi al problema e ad un "kit" americano di approccio gruppale in 5 giorni, non potevo avere la visione che ne ho oggi. Ci vollero dieci anni di utilizzo perché lo riadattassi e lo italianizzassi traducendolo nei GFT. Per arrivare al primo metodo istituzionale, quello della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, si dovette attendere il 1985. Divenne il cardine dei primi "Centri", che applicavano solo e rigorosamente "quel" metodo. Poi sono venuti tutti gli altri, negli ospedali, nei SERT, nelle ASL, pubblici e privati. L'ultimo censimento

dell'Osservatorio Fumo Alcol Droghe ne identifica oltre 300. Pochi. Rimane pure da vedere se sono anche "Buoni". Questo è un lavoro difficile e complicato. Stiamo parlando di accreditamento, o di conferimento di credenziali, che diventano garanzia per quelle persone affette da dipendenza tabagica, che desiderano confrontarsi, affrontare e superare la loro condizione patologica. Il "bollino blu" come sigillo di qualità non vale solo per le mele trentine o per i polli allevati a terra. Fu una delle prime proposte della Società di Tabaccologia al panorama scientifico italiano, che dalla "medicina delle conseguenze" si orientava molto lentamente verso il riconoscimento del Tabagismo come patologia da dipendenza muovendo i primi passi tra i fagocitati da condensato e nicotina. La Société de Tabacologie francese lo ha fatto sin dal 1986, creando il marchio "ExF" (ex Fumeur) da apporre nei luoghi censiti ed opportunamente valutati in base a delle credenziali minime di accreditamento: competenze professionali, formazione del personale, metodologie e casistica. A noi italiani non è mai piaciuto quell'ExF. Sul piano mentale, l'ex-qualcosa, riporta al legame con l'oggetto. Perciò preferiamo sempre e comunque "Centro Tabagismo".

I "Centri" e i suoi operatori approdarono solo in questi ultimi quattro anni al riconoscimento della rispettiva dignità di servizio e di professionalità, al punto da essere divulgati dal Ministero della Salute. Che il Ministero ne parli come fossero un fiore all'occhiello delle politiche della salute della nazione non deve apparire scontato. Per me che ho osservato e seguito lo scenario nazionale ed internazionale degli ultimi trent'anni, rappresenta una stupefacente novità. Nel gennaio del 2001 incaricai un mio collaboratore di esplorare se nel sito del Ministero della Sanità, inserendo le parole Fumo, Tabacco, Tabagismo, vi fossero dei riferimenti. Nulla di nulla. Inviai anche una lettera a cui Luigi Cacciapuoti, del

laboratorio multimediale del ministero, rispose testualmente:

"La informiamo che il sito del Ministero della Sanità non dispone ancora di una sezione espressamente dedicata al tabagismo", e concludeva: "nei prossimi giorni verrà avviato un nuovo servizio dedicato alla prevenzione dell'AIDS".

Mi sono sempre chiesto cosa c'entrasse quella informazione sull'AIDS col Tabagismo, e feci titolare nelle GeaNews: "Tabagismo? Non esiste. Parola di Ministero" (www.tabaccologia.org/letter19.html). Era chiaro che fino al 2001 il Ministero non si è occupato di informazione e documentazione sul Fumo diretta ai cittadini e agli operatori della salute. Oggi sì. Abbiamo i "Centri" e molto altro. Rimane però da fare tutto il resto: verifica, aggiornamento, formazione continua, tutoraggio, scambio e confronto delle esperienze. In più c'è da attuare una politica di promozione e diffusione di questa neonata cultura scientifica della terapia del Tabagismo. In altre parole occorre creare servizi Tabagismo in tutto il territorio italiano. Ove esiste un ospedale ci dev'essere un Centro per il trattamento del primo fattore di rischio correlato alle maggiori patologie. Ma non vogliamo che si prosegua su un terreno di lottizzazione di piccoli insignificanti poteri a circuito chiuso. Vogliamo poter fare Scienza seria. Per questo motivo ringrazio col cuore i responsabili dei 139 Centri Tabagismo che hanno aderito alla ricerca "Progetto Inspiro", da cui abbiamo tratto una mole di informazioni che ci permetteranno in breve di avere un panorama dettagliato di almeno un aspetto fondamentale, la modalità di valutazione del paziente fumatore in sede di colloquio clinico. Il passo successivo sarà quello del convegno, che ci permetterà di fare il punto e ripartire su basi di dialogo, collaborazione, integrazione delle risorse.

Giacomo Mangiaracina
(mangiaracina@globalink.org)
Presidente SITAB



Il lungo addio

Per la storia, per la vita

Cristina Vatteroni



È una data epocale che rimarrà negli annali storici di sanità pubblica oltre che di costume e di cui non ci si rende ancora conto della effettiva portata e importanza che avrà sulla salute degli italiani.

La Legge 3/2003, con l'art. 51, che dalle ore 00,00 del 10 gennaio 2005 è entrata in vigore è a ns avviso una grande legge che in Europa cominciano ad invidiarci, più completa e garantista, per non fumatori e...fumatori, di quelle in vigore in Norvegia e Irlanda. Non è una legge proibizionista, come ci ha tenuto a ribadire più

volte il ministro Sirchia, in quanto mettendo al primo posto la salute di chi non fuma, si salvaguarda anche il diritto di chi fuma ad avere spazi dedicati, ove possibile e secondo precise norme. "Chi fuma ci ringrazierà" ha detto Sirchia.

La notte tra il 9 e il 10 Gennaio 2005 gli italiani hanno dato il benvenuto alla tanto attesa "legge" sul divieto di fumo nei locali chiusi. Lo posso dire con fierezza: c'ero anch'io. Le virgolette sulla parola "legge" sono per accuratezza di informazione. Ciò che infatti è stata salutata da tutta l'Italia come "Legge Sirchia" in realtà non lo è affatto. Si tratta di un articolo della Legge sulla Pubblica Amministrazione del 16 gennaio del 2003, la n° 3. L'articolo è il 51. Il ruolo del ministro della Salute è stato proprio quello di aver creato quell'articolo, e di averlo fatto approvare dal parlamento. Poi c'è stato un viaggio lungo due anni, fatto di regolamenti, di convocazione della Conferenza Stato-Regioni, di pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale, di ulteriori attese di tempi canonici. Alla fine, mentre si attendeva il 29 dicembre del 2004 per l'entrata in vigore della norma, la notizia dello slittamento al 10 gennaio aveva creato un certo malumore tra noi militanti dell'associazionismo in difesa dei diritti dei non fumatori. Tuttavia abbiamo voluto accogliere con un minimo di benevolenza questa concessione del Ministro a chi chiedeva di lasciar trascorrere le feste di fine anno in modo tradizionale e senza traumi da cambiamento. Non potevamo immaginare che di lì a qualche giorno si sarebbe scatenata la più grande bagarre che avessimo mai potuto prevedere. Invece sì. Si è trattata di una vera e propria battaglia mediatica a colpi di lettere, sondaggi, petizioni, dibattiti, opinioni e interviste, durata all'ultimo sangue. Pro e contro. Soprattutto contro. Sapevamo che i sondaggi avevano dato una maggioranza schiacciante di consensi alla legge e dunque tutto puzzava di imbroglio. Ci siamo battuti anche noi per scongiurare il rinvio strumentale della entrata in vigore della normativa.

Anno 2005: fuga dal tabacco

Livia Elena Laurentino

Se è vero che, con il calo delle vendite di tabacco fra il 15 e 25%, sono aumentate le richieste di aiuto ai Centri Antifumo e, in farmacia dei sostituti nicotinici già fin dai primissimi giorni dalla entrata in vigore della legge, è altrettanto vero che questa legge ha fatto venire allo scoperto quella fascia di fumatori "contemplanti", come indicati nel modello transteorico di Prochaska e DiClemente, che *oborto collo*, sull'onda della pressione sociale, sono così passati alla fase della decisione di smettere o, per il momento, ad una progressiva riduzione.

Intanto la maggioranza dei ragazzi (e più esattamente il 51%) fra i 14 e i 20 anni si dice d'accordo sulla introduzione della nuova legge, contro il 39% che si dichiara contrario e il 10% indifferente. Un sondaggio condotto dal mensile Cream Magazine su un campione di 7.465 ragazzi, ha registrato anche una forte consapevolezza dei giovani sui pericoli per la salute. Inoltre i ragazzi hanno anche fiducia su un effetto benefico della legge: il 45% crede che continuerà a ridurre i fumatori, mentre il 26% scetticamente si dice convinto che lascerà tutto così com'è. Una legge infine che sembra incidere più di tutte le altre campagne, a detta degli stessi ragazzi. Ma cosa succede se gli under 20 vedono un fumatore con sigaretta accesa in un luogo pubblico? Non molto se è vero che ben 6 su dieci dicono di non fare assolutamente nulla contro il solo 15% che fa notare personalmente che deve essere spenta. Un punto questo su cui bisognerà lavorare al fine di aumentare la consapevolezza del diritto di ciascuno alla salute.

Fumatori e Confcommercio sull'orlo... di una crisi di nervi!

Torquemada

Hanno sognato, tramato, strillato, preteso, minacciato per un rinvio, fino all'ultimo momento, che non c'è stato. Ufficialmente un rinvio a termine, tre-sei mesi. Segretamente *sine die*. E la lobby pro-fumo ha dato il meglio di sé, richiamando a raccolta i suoi figli migliori. Il ministro Sirchia ha così dovuto fronteggiare levate di scudi di politici e ministri fumatori sostenuti, con mille distinguo,



da un fertile sottobosco di ex e non fumatori viscidamente basculanti fra garantismo e salutismo e da una FIPE e Confcommercio con l'ineffabile Billè, sinceramente preoccupato di un apocalittico quanto improbabile tracollo economico degli esercenti pubblici!

Ma l'ora X è finalmente arrivata, ineluttabile, a dispetto dei ns abituali andazzi levantini, grazie all'ostinata e granitica tenacia del ministro, prof. Girolamo Sirchia, a non cedere all'assedio mass-mediatico messo in atto e a, più o meno larvate, minacce di ricatti a vari livelli e di vario tipo...E forse qualcuno ha già iniziato a consumare la propria vendetta...Ma in questo assedio il Ministro non è rimasto solo grazie all'appoggio e solidarietà di Società Scientifiche come la SITAB che ha coinvolto il circuito internazionale di Globalink, Associazioni di ex e non fumatori, Associazioni di consumatori, personaggi mass-mediatici e soprattutto e degli italiani che invocavano l'applicazione della legge. A dispetto delle apocalittiche previsioni di FIPE e Confcommercio i locali pubblici sono ancora più pieni con, a parte qualche isolato fatto di intolleranza alla norma in vigore, un impensabile, per alcuni ma non per noi, senso di partecipazione e di civiltà. È consueto vedere disciplinatissimi clienti che si infilano il cappotto, estraggono dalle tasche accendino e pacchetto e vanno a fumarsi una sigaretta sul marciapiede. Sta diventando un tranquilla abitudine e in tutta questa vicenda, il popolo italiano sta superando se stesso ed i suoi stucchevoli cliché di levantino menefreghista e insubordinato. L'isteria collettiva dei fumatori, ma a questo punto ci corre obbligo di dire di alcune categorie di fumatori, è schizzata poi con l'estensione del divieto di fumo, come il Ministro della Salute ha chiarito in una lettera inviata all'ANACI (Associazione Nazionale degli Amministratori Condominiali e Immobiliari), anche negli androni dei condomini, sulle scale, negli ascensori e nelle sale riunioni, *"in quanto rappresentano luoghi frequentati dai condomini e da altri soggetti nello svolgimento della propria attività lavorativa (si pensi ad esempio agli addetti alle pulizie, alla manutenzione degli ascensori o caldaie, agli addetti alle poste) ai quali deve essere estesa la tutela prevista dalla legge"*.

Ci saranno minacce di Referendum abrogativo, ricorsi ai TAR, qualcuno già bocciato, e alla Consulta per supposte violazioni alla libertà di fumare. Concordiamo con Guglielmo Pepe, direttore di Salute Repubblica, quando in un suo editoriale asserisce che è *"una polemica ipocrita perché si appella a principi liberali, i quali vengono deformati a proprio uso e consumo...Ma quale libertà. È pura arroganza quella di chi rivendica la possibilità di fumare sempre e comunque, a dispetto di norme, regole e multe. La nostra libertà individuale ha dei confini che non vanno superati: chi lo fa deve conoscere le conseguenze e pagarne i prezzi"*. Pertanto che suonino pure le loro trombe. Noi suoneremo le campane del diritto. Infatti non ci risulta che la Costituzione Italiana preveda la libertà di fumare al contrario salvaguarda il diritto alla salute. E come scriveva l'11/01/05 sul Resto del Carlino il prof. Ugo Ruffolo *"Codice alla mano, le norme di Sirchia sono inattaccabili. La censura di incostituzionalità è francamente risibile. E l'eventualità di referendum abrogativo è altrettanto implausibile. Stavolta la lobby fumo deve arrendersi"*.

Appello di Intesa Consumatori per farmaci antifumo gratis per sei mesi

Livia Elena Laurentino

Farmaci per smettere di fumare gratis per sei mesi. La richiesta, rivolta al ministro della Salute, Girolamo Sirchia, viene da Intesa Consumatori (Adoc, Adusbef, Codacons e Federconsumatori), secondo cui, *"adesso che la legge anti-fumo, è entrata in vigore, occorre aiutare chi vuole smettere"*. Per la federazione di associazioni il provvedimento dovrebbe riguardare tutti i rimedi per tabagisti pentiti in vendita in Italia e, ci permettiamo di aggiungere, prescritti da operatori dei Centri Antifumo secondo le linee guida nazionale e internazionali per la smoking cessation. Questo perché, spiega l'Intesa, *"le cure per smettere di fumare risultano attualmente eccessivamente onerose, e c'è il rischio di speculazioni a breve termine sui prezzi da parte dei rivenditori, vista la tendenza di molti fumatori che in questi giorni stanno decidendo di smettere di fumare avvalendosi proprio di tali prodotti"*. Un appello viene rivolto da Intesa anche a Federfarma, cui si chiede di far vendere, con uno sconto del 50% sul prezzo, tutti i rimedi anti-fumo in commercio nelle farmacie italiane. Intesa Consumatori ribadisce inoltre *"la ferma intenzione di denunciare nelle sedi opportune tutti i soggetti, commercianti in testa, che speculeranno sulle spalle dei fumatori decisi a chiudere con il vizio delle sigarette"*. Il ministro Sirchia, in una intervista ad ANSA Salute, riferisce di avere chiesto alle aziende farmaceutiche che producono farmaci per smettere di fumare una *"collaborazione etica"*: *"non abbiamo la possibilità di introdurre tecnicamente rimedi in prontuario, ma abbiamo chiesto alle aziende di abbattere il prezzo del 50% per dare un segnale. Fino ad oggi non abbiamo avuto nessuna risposta e temo non arriverà"*.

OMS E GLOBALINK: complimenti a Sirchia

Massimo D'Angeli

L'Organizzazione Mondiale della Sanità si è congratulata con l'Italia per le nuove norme anti-fumo. Marc Danzon, direttore regionale dell'Oms per l'Europa, ha inviato al ministro della Salute Girolamo Sirchia una lettera nella quale esprime l'apprezzamento dell'Organismo per il suo impegno e per quello degli organismi sanitari nazionali in occasione dell'entrata in vigore della



nuova legge. "L'Italia è uno dei primi paesi in Europa - scrive Danzon a Sirchia - che ha introdotto un divieto generalizzato nei luoghi chiusi, inclusi bar e ristoranti, e speriamo sinceramente che questo importante movimento di salute pubblica possa crescere". Danzon assicura anche al ministro la cooperazione e il supporto tecnico nella lotta al tabacco. Congratulazioni con un pizzico d'invidia anche dai tabaccologi del circuito internazionale di Globalink. Eccone un campionario:

Fenton Howell (Irlanda): "L'Italia è appena diventata libera dal fumo e merita la nostra menzione. È una fantastica notizia: ben fatto a chiunque in Italia ne ha preso parte! Ora siamo proprio in attesa di venire in Italia".

Luk Joossens (Belgio): "Grazie Mille Italia, ben fatto: sei uno dei paesi più belli in Europa e adesso sei diventato anche libero dal fumo. È di cruciale importanza che questi progressi si compiano anche nei paesi latini e mediterranei, per convincere il resto d'Europa a diventare libero dal fumo: se lo hanno fatto irlandesi, norvegesi e italiani, il resto dell'Europa può seguire il vostro esempio".

Stella Aguinaga Bialous (USA): "È un meraviglioso passo in avanti... Concordo con gli altri che è eccitante veder crescere il numero dei paesi che diventano liberi dal fumo, ciascuno a modo suo e col proprio ritmo, ma sempre andando avanti".

Elif Dagli (Turchia): "È un buon esempio nel mediterraneo. Congratulazioni all'Italia per aver mostrato che questo si può fare anche nell'area mediterranea, dove il tabacco è una importante coltura e i medici fumano più che i cittadini. Noi useremo questi fatti per rilanciare l'idea al nostro Primo Ministro, che dice di essere un grande amico di Berlusconi. Grazie".

Wasim Maziak (Siria): "Italia, meriti un grande applauso. Complimenti a chi ha contribuito a questa vittoria".

Yussuf Saloojee (Inghilterra): "Congratulazioni per questo bel risultato".

Stelios G. Sycallides (Cipro): "Ci congratuliamo di cuore con chi in Italia, superando grandi ostacoli e difficoltà, l'ha resa libera dal fumo. Ci avete dato, soprattutto a noi mediterranei, una lezione molto buona ed un esempio da seguire".

June Blau (Canada): "Congratulazioni all'Italia senza fumo".

Herm Perlmutter (USA): "Congratulazioni per il vostro lavoro. Siamo molto orgogliosi dei vostri sforzi".

Nicolas Villain (Francia): "Congratulazioni a Lei (al presidente di Aria Pulita, Massimo D'Angeli che aveva rilanciato subito la notizia su Globalink n.d.r.). Così, sarà un piacere ancora più grande venire in Italia".

Marijke Huydts (Lussemburgo): "Calorose congratulazioni per il risultato di un duro lavoro, e per il coraggio e la determinazione di tutti voi".

Simon Chapman (Australia): "Calorose congratulazioni Massimo!!!" (al presidente di Aria Pulita, n.d.r.)

Gerard Dubois (Francia): "Congratulazioni. Ora siamo proprio indecisi se andare in Irlanda o in Italia".

Alberto Polli (Svizzera): "La situazione italiana sta influenzando positivamente la decisione che il Parlamento ticinese prenderà nei prossimi mesi e che, secondo le previsioni, seguirà la vostra linea" (www.nonfumatori.ch).

Joseph W. Cherner (USA): "Dateci l'indirizzo del Ministro Sirchia. Siamo in molti a volergli inviare una lettera di congratulazioni!" (Fatto: la sottoscrizione per chi volesse ancora inviare le congratulazioni al ministro Sirchia, è on line: www.smokefree.net/Italy).

Legge antifumo, numeri verdi per i cittadini

A partire dal 10 gennaio, data di entrata in vigore della legge 16 gennaio 2003 per la tutela della salute dei non fumatori, il Ministero della Salute ha attivato il numero verde 800.571.661 per avere chiarimenti sulle nuove regole e altre informazioni utili. In concomitanza è partita anche un'altra iniziativa: una grande campagna di informazione promossa dalla Lega italiana per la Lotta ai Tumori (LILT). Caratterizzata dallo slogan "Liberi di non fumare", anche la campagna ha l'obiettivo di diffondere attraverso televisione, radio e stampa, delucidazioni e spiegazioni ai fini di una corretta applicazione della legge da parte di operatori del settore e di cittadini.

Il Codacons, con GEA Progetto Salute hanno istituito lo Sportello per il Risarcimento dei Danni per le Vittime del Tabacco. La sentenza 1015/2005 della Corte d'Appello di Roma, ha dato il via ai ricorsi per i risarcimenti per danni da fumo di sigaretta. Per informazioni e per intentare azioni giudiziarie tese ad ottenere i risarcimenti per danni, giuristi e medici tra i maggiori esperti della materia, indicano, valutando i profili giuridici (es. prescrizione del diritto) e quelli medico-legali (esistenza del nesso di causalità tra la patologia insorta ed il fumo di sigaretta), caso per caso, se è proponibile o meno l'azione giudiziaria. Lo sportello è accessibile sia dal sito GEA (www.gea2000.org) che da quello del Codacons (www.codacons.it). Compilando il modulo che si trova in internet, un esperto consiglia successivamente cosa e come fare.



La Guerra dei 30 Giorni

Anteus

Il 20 Gennaio 2005, dopo soli 10 giorni dalla entrata in vigore dell'art.51 della Legge n.3/2003, l'agenzia di stampa nazionale ANSA ha diffuso questo comunicato: "Crollano le vendite di sigarette. Per la federazione dei pubblici esercenti, il calo è del 23%. I tabaccaj preannunciano mobilitazioni". Ovviamente non abbiamo creduto alla rapidità con cui è stato rilevato e diffuso il dato. Eravamo certi che il calo c'era stato, ma attendevamo dati più precisi da Assotabaccaj. Sono arrivati: 19%. Un dato di incredibile rilevanza nel campo della salute pubblica. La "legge antifumo", non solo ha dato garanzia di respirare aria pulita nei luoghi chiusi, ma ha dimostrato che si può ridurre fortemente il consumo di tabacco. Sta pure aiutando migliaia e migliaia di persone a liberarsi dalla dipendenza dal tabacco. Senza dubbio una delle migliori misure di prevenzione che abbiano prodotto risultati immediati e di grandi proporzioni, per il benessere di una intera nazione.

Ma una cronaca degli eventi che hanno preceduto questo fatto epocale, va fatta.

Ai primi di dicembre 2004, il governo approva uno slittamento della entrata in vigore, dal 29 dicembre, al 10 gennaio 2005. Da quell'istante, nei 30 giorni che hanno preceduto l'entrata in vigore della legge, c'è stata una vera guerra, e in molti abbiamo militato orgogliosamente nella resistenza. Fino all'ultimo istante, un manipolo di coraggiosi, uomini di scienza, di legge, della stampa, del no-profit, e attivisti sensibili al problema fumo, hanno svolto una operazione di "intelligence" mai realizzata. Non sappiamo se vi siano state esperienze simili in altri Paesi, ma la sinergia che si è creata tra organizzazione di medici e organizzazione dei consumatori si è rivelata produttiva. La SITAB, Società Italiana di Tabaccologia, ha fatto da supporto tecnico-scientifico al Codacons, la principale organizzazione dei consumatori italiani. Abbiamo lavorato nella convinzione che tutta l'agitazione e il clima di tensione generale che sono stati creati in questi 30 giorni, erano un enorme falso. In quel periodo, un sondaggio popolare commissionato dal Ministero della Salute, aveva dimostrato che l'80% degli italiani era favorevole alla entrata in vigore della legge antifumo. In considerazione del fatto che i non fumatori italiani rappresentano il 75% della popolazione, il sondaggio dimostrava che vi era anche il consenso di una parte degli stessi fumatori. Come mai dunque tutta la stampa italiana riportava la "ribellione" delle associazioni di categoria ed in particolare degli esercenti pubblici? Tutti i dibattiti televisivi e radiofonici, nelle principali reti, hanno ospitato i rappresentanti "dei fumatori" e "delle categorie professionali". Tutto falso. Quegli spazi erano stati "comprati". Tra i maggiori oppositori alla legge, Sergio Billè, presidente della confederazione dei commercianti e dei pubblici esercenti (Confcommercio e Confesercenti). La spiegazione degli attacchi di Billè al Ministro della Salute, prof. Girolamo Sirchia, sta nel fatto che la Confcommercio comprende anche i produttori del tabacco (www.assotabaccaj.it, assotabaccaj@confesercenti.it). Gli altri attaccanti erano giornalisti, politici, uomini di cultura, e soprattutto i rappresentanti delle organizzazioni al servizio della potente lobby del Tabacco. Considerando le manifestazioni che hanno organizzato in tutta Italia, abbiamo calcolato che, lavorando a tempo pieno, hanno investito davvero molto denaro in risorse umane e materiali, non considerando le spese "occulte".

• La nostra strategia

- 1) Tutto è iniziato con un'informazione ricevuta "ufficiosamente". Qualcuno dal Senato ci ha informato che si stava discutendo di una ulteriore proroga della legge di sei mesi. L'informazione portava con sé una considerazione: se la proroga fosse stata approvata in Parlamento, si sarebbe posta la questione della sostituzione del ministro della Salute e l'ulteriore rinvio ad una data imprecisata. Quando mi è pervenuta l'informazione, è cominciata la mobilitazione.
- 2) La prima cosa era far circolare la notizia e far capire ai deputati che gli italiani erano al corrente delle manovre "interne". Abbiamo inviato vari comunicati alle agenzie di stampa e ai media. Il forum dell'associazione "Aria Pulita" (www.ariapulita.org) ha contribuito a divulgare l'informazione.
- 3) Contemporaneamente abbiamo attivato due petizioni, una nazionale e una internazionale tramite Globalink (www.globalink.org).
- 4) Lo step successivo è stato il coinvolgimento dei movimenti dei consumatori (Codacons), che hanno attivato il loro ufficio stampa.
- 5) Infine sono state contattate altre organizzazioni mediche e società scientifiche. Una di queste, di Milano, che collaborava con il senatore Antonio Tomassini (medico), presidente della Commissione Sanità del Senato, ha parlato direttamente col senatore.
- 6) La Lega Italiana per la Lotta contro I Tumori ha contattato alcuni uomini di Governo e inviato un comunicato stampa alle 103 sezioni provinciali.
- 7) Alcuni giornali dell'opposizione e siti web hanno collaborato (www.kataweb.it/spec/home_speciale.jsp?ids=737233).
- 8) Abbiamo partecipato a varie trasmissioni televisive, radiofoniche e le nostre dichiarazioni sono state riportate da molti giornali.

• Il blitz

Il 13 Dicembre, il senatore della Lega Nord, Alessandro Cè (medico), presenta la proposta di proroga fino al 30 giugno. La maggioranza di governo si trova divisa e l'opposizione vota contro. Il governo viene battuto e la proposta non passa. Da quel momento abbiamo avuto la certezza che il 10 gennaio la legge sarebbe entrata in vigore.



Strategia 2

Il Codacons diffonde ai media la notizia che è stato creato il corpo degli "Smokebusters" (www.smokebusters.it), con lo scopo di vigilare che la legge venga rispettata e applicata. Si aggiunge che il 9 gennaio si sarebbe organizzata a Roma una conferenza stampa e, dopo la mezzanotte, gli Smokebusters sarebbero andati per ristoranti e locali notturni a controllare, con la testimonial SITAB, miss Universo smoke-free Silvia Cecon. Quella sera si è avuta una presenza mai vista della stampa italiana e internazionale. Gli Smokebusters, con un logo creato dal bravissimo cartoonist Roberto Mangosi (www.robortomangosi.com), hanno conquistato la stampa nazionale. Anche la BBC ha fatto un servizio in merito, reperibile in internet al seguente indirizzo: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/europe/4161245.stm>.

Altri Smokebusters e associazioni antifumo si sono organizzati a Milano e Bologna. Il 29 gennaio, a Roma abbiamo organizzato il primo corso di formazione per Smokebusters. Medici e avvocati hanno insegnato ai primi 30 allievi a capire il problema del Tabacco, e a vigilare sull'applicazione della legge.

In verità tutto questo è servito a creare un certo clamore mediatico. Quanto agli italiani, hanno accettato più che favorevolmente la legge. Finalmente aria pulita e sana in ristoranti, pub, bar, condomini e luoghi di lavoro. Qualche eccezione c'è... ma abbiamo sempre gli Smokebusters, con un servizio di pronto soccorso; basta inviare una e-mail a: help@smokebusters.it e la macchina del controllo si mette in moto. Il logo Smokebusters è disponibile per ogni gruppo o sezione che vogliono attuare un simile progetto.

Il logo Smokebusters è stato creato e offerto in uso gratuitamente alla SITAB dal cartoonist Roberto Mangosi (www.robortomangosi.com), che ringraziamo.

Notte brava con veglie, feste e smokebusters

Cristina Vatteroni e Livia Elena Laurentino

Nella lunga notte dell'addio, in varie città italiane si sono consumati derby tra fumatori e non fumatori tra feste per l'arrivo della nuova legge e veglie d'addio. Domenica 9 gennaio, a Roma, si è conclusa con una serata celebrativa al Coctail Bar Opera nel centro storico di Roma. Clima di soddisfazioni e meritato compiacimento di tutti. La serata è stata organizzata da SITAB, Lilt, Codacons e Aria Pulita presenti con i loro rispettivi rappresentanti, Mangiaracina, Arcidiacono, Rienzi e D'Angeli, e relativi collaboratori. Un'ampia conferenza stampa ha occupato la parte centrale della serata, con la bellissima testimonial Silvia Cecon a ribadire la contraddizione fra fumo e bellezza.

Il vignettista Mangosi ha disegnato in modo incredibile le sue micidiali vignette antifumo in diretta, davanti alle telecamere di La7, offrendo a tutti brio e sorrisi. Suggestivo il falò nel quale all'esterno del locale è stato simbolicamente bruciato qualche chilo di sigarette, dopo che l'avvocato Rienzi ebbe spezzato persino l'ultimo sigaro.



Bologna, 9 gennaio 2005. Foto di gruppo Smoke Free.

La vita si sa è fatta di opposti, bianco e nero, pieno e vuoto, sì e no, e dal fatidico 10 gennaio è arrivato il NO per i fumatori, che equivale al SI aria pulita per coloro che fino adesso hanno subito. Indispensabile sottolineare l'evento che a Bologna ha visto le due fazioni festeggiare entrambe. I non fumatori hanno scelto la linea "istituzionale" con una cena smoking free a base di pesce, nelle accoglienti sale del ristorante La Paranza. Tra gli altri, a festeggiare la vittoria erano presenti il vice presidente del Codacons Barbieri, il presidente ALIBERF Moruzzi ed inevitabilmente il vicepresidente SITAB, Zagà. Al Pavese.it Club invece si sono radunati gli "sconfitti", sicuramente più numerosi, per un party all'insegna dell'ultima sigaretta, protagonista anche della mostra fotografica che Giorgio Rapezzi ha dedicato al "vizio" del fumo.



Silvia Cecon
Miss Universo Smoke Free
Testimonial SITAB

Nuovo codice tributo 697T per multare infrazioni a divieto

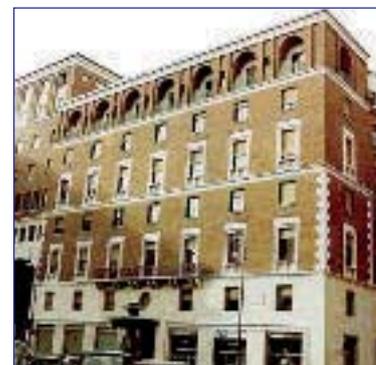
Tempestivo adeguamento della **burocrazia fiscale** alla nuova legge anti-fumo che regola la materia dalla mezzanotte scorsa del 10 gennaio u.s. L'Agenzia delle Entrate, che dovrà incassare le sanzioni di chi è stato sorpreso a violare la normativa, ha emanato una risoluzione che istituisce un **nuovo codice tributo ("697T")** per versare le sanzioni stabilite dalla legge 311 del 30 dicembre scorso (l'ultima Finanziaria). Il codice tributo dovrà essere riportato sul modulo F23 ed è intitolato "Aumento del 10% delle sanzioni amministrative per infrazioni al divieto di fumare".

(Fonte AGI)



Tar Lazio: stop ai distributori dalle 7 alle 23 accolto il ricorso dei consumatori, con la consulenza della SITAB, contro circolari dei monopoli

La seconda sezione del Tar del Lazio, presieduta da Domenico La Medica, ha accolto il ricorso del Codacons e ha ordinato lo stop alle macchinette automatiche distributrici di sigarette dalle ore 7 alle ore 23. I Monopoli dello Stato, ricorda l'associazione, con una prima circolare, avevano imposto la chiusura delle macchinette automatiche dalle ore 7 alle ore 23, al fine di tutelare la salute dei giovani e impedire ai minori di anni 16 di avere libero accesso all'acquisto di sigarette. Tuttavia, con successiva circolare, resa nota ai primi di gennaio 2005, quasi a dispetto della nuova legge che stava per entrare in vigore, i Monopoli avevano fatto dietrofront, autorizzando la vendita delle sigarette a mezzo dei distributori automatici "nelle ore di chiusura e nei giorni di chiusura dei rivenditori autorizzati" (tabaccai), ossia in qualsiasi ora del giorno e della notte. Nel ricorso del Codacons, rappresentato dagli avvocati Carlo Rienzi e Vincenzo Masullo e basato tra l'altro su approfondite ricerche sui danni da fumo condotte dalla Società scientifica di Tabaccologia (SITAB), si contestava proprio tale contraddizione delle due circolari dei Monopoli, e si richiamava l'attenzione sulla necessità di tutelare la salute dei giovani che sempre più numerosi si avvicinano al fumo. Ora la II sez. del TAR del Lazio, accogliendo le tesi difensive del Codacons, "considerato che la tutela dei minori è prioritaria e che la chiusura degli esercizi è diretta a vietare l'acquisto dei tabacchi ai minori di anni 16", ha disposto la chiusura delle macchinette automatiche distributrici di sigarette sempre dalle ore 7 alle ore 23, anche quando i tabaccai sono chiusi. Il Codacons "esulta per l'importante vittoria e annuncia da domani raffiche di blitz nelle città per accertare il rispetto dell'ordinanza del TAR, denunciando gli esercizi in violazione e chiedendo il sequestro delle macchinette ancora in funzione negli orari vietati".



La sede del Tar Lazio

Fonte: ANSA - ROMA, 24 FEB. 2005

Smoke free world Smoke free world Smoke free world Smok



1° Anniversario per l'Irlanda smoke-free

Quando anche l'Irlanda ha approvato (1/04/04) una legislazione smoke-free per i luoghi pubblici, alcuni irritati proprietari di pub hanno "borbottato" definendola spazzatura. Tuttavia, questa nazione di 10.000 pub ha in generale reagito con stoicismo ed inventiva, cosicché terrazze riscaldate, marciapiedi protetti da tende e persino autobus a due piani equipaggiati con portacenere sono apparsi fuori dai pub per accogliere i fumatori. Un gesto di adattamento e di tolleranza che...non infrange la legge. È nato così il neologismo *SMIRTING*, nuova espressione alla moda, dalla contrazione fra *smoking* e *flirting*. Intanto anche la Scozia si è dotata di una legge che protegga i non fumatori dal fumo passivo nei luoghi pubblici. Spagna e Inghilterra ci stanno pensando seriamente. In Italia invece dal 10 gennaio 2005...rien ne va plus.

(Fabrizio Cani)



ITALIA... chiama CUBA

Il fumo di tabacco vietato anche a Cuba dal 7 febbraio. Il lider maximo, Fidel Castro, con una decisione politica a dir poco scioccante, ha varato una norma che ha suscitato scalpore nell'isola caraibica, nota in tutto il mondo per la qualità e la fattura del suo tabacco. E così, il fumo sarà proibito nei teatri, negozi, bus, taxi ed altre aree pubbliche, aeroporti e linea aerea di bandiera. Il fumo sarà inoltre bandito nei ristoranti, fatta eccezione per quelli che hanno sale riservate ai fumatori. Eliminati anche i distributori automatici e sarà vietata la vendita ai ragazzi sotto i 16 anni d'età. È proibita, inoltre, la vendita di sigarette in aree che si trovano nelle vicinanze di istituti per ragazzi.

(V.Z.)

Fonte: Adnkronos



Smoke free world Smoke free world Smoke free world Smoke



Prima nazione al mondo totally tobacco-free

Bhutan: Nirvana per i non fumatori

Come Bhutanesi di origine mi fa molto piacere riferire la notizia di questo piccolo e lontano regno himalayano, situato tra l'India e la Cina, un po' più grande della Svizzera, nazione buddista di circa 734.000 abitanti, il quale ha già preso la decisione di diventare il primo paese al mondo libero dal tabacco.

Infatti, questa decisione è già diventata legge, votata all'unanimità dal parlamento locale, ed è già applicata in tutti i 20 distretti Bhutanesi dal 17 dicembre 2004. A partire da questa data tutti i negozi, hotel, ristoranti e bar non potranno più tenere e vendere prodotti per fumatori.

L'unica eccezione al divieto del fumo è lasciata ai turisti, ai diplomatici e ai rappresentanti stranieri delle organizzazioni non governative presenti sul territorio.

Il ministro Jigme Thinley spiega che questa decisione è stata presa "per il bene della salute dei suoi concittadini e contro l'inquinamento". Non a caso nel comunicato governativo si legge che questa drastica misura servirà ad aumentare "la felicità nazionale lorda". Infatti il nostro Re Jigme Singhe Wangchuk del Bhutan conosciuto anche come Druk Yul "il Regno del Drago" è interessato alla "Gross national happiness" piuttosto che al PIL.

Anche le conseguenze, per chi dovesse essere sorpreso a vendere dei prodotti a base di tabacco sottobanco, sono severe: la perdita della licenza commerciale ed una multa equivalente a 173 euro, somma particolarmente elevata visto che da sola rappresenta circa 14 mensilità di uno stipendio medio. Invece, per i Bhutanesi sorpresi ad importare sigarette per uso personale ci sarà una tassa pari al 100% da pagare; mentre per i cittadini stranieri sorpresi a vendere sigarette ci sarà l'accusa di un reato equiparato al contrabbando.

Intanto, dal 17 dicembre i prezzi dei pacchetti di sigarette e similari sono quasi raddoppiati. Chissà se questo piccolo Regno riuscirà ad essere un esempio trainante per altre Nazioni più grandi e più ricche nel dimostrare che la lotta antifumo non è solo questione di PIL...



Elizabeth Tamang

Director Centro Regionale di riferimento per Prevenzione (CRP) Venezia-Italy



In Norvegia ormai l'unica cosa che fuma è...il salmone!

"Benvenuti in Norvegia dove l'unica cosa che fuma è...il salmone"

È lo slogan ad effetto della nuova campagna antifumo lanciata in Norvegia, con una evidente striz-zatina d'occhio promozionale per l'elemento trainante dell'economia norvegese. Il salmone appunto. Come dire: con una fava...due salmoni!

Questa campagna antifumo è partita a fine maggio 2004, qualche giorno prima dell'entrata in vigore della legge che interdice il fumo in tutti i luoghi chiusi pubblici del Paese. Così da martedì 1° giugno la Norvegia è diventata la seconda nazione europea, dopo la Repubblica d'Irlanda, che ha bandito totalmente il tabacco dai luoghi pubblici. (V.Z.)

Fonte: Direction norvégienne des Affaires sociales et de la Santé, 27 mai 2004



Capezzonate

Pasquinus

Negato da Pannella, Bonino, Bernardini, De Lucia e Taradash (tabagisti che rifiutano le cure e affumicano gli altri), il 9 Gennaio il tabagismo ottiene in extremis un po' d'attenzione dai radicali, dopo che mai hanno perso l'occasione di deridere chi lo affrontava. La loro avversione alle iniziative di medici e scienziati per affrontare l'epidemia tabagica li ha portati a dichiararsi esplicitamente ostili alla legge 3/2003 contro il fumo passivo. Il Segretario Capezzone a riguardo ha detto "Nel partito radicale fumano quasi tutti, io no, ma di fronte a questa sirchia, quasi quasi inizio a fumare" (1).

Abbiamo raggiunto Capezzone a 7 ore dall'entrata in vigore della 3/2003, a Largo Torre Argentina, all'uscita di una riunione tra i famosi paladini della libertà.

Capezzone: "Libertà? Sì, ma non esageriamo: anche quella di respirare? Mi va bene che gli italiani possano scegliere sui Grandi Temi [Capezzone qui parla con le maiuscole] come l'Aborto, gli Anticoncezionali, il Divorzio e la Fecondazione Assistita, ma respirare non mi sembra nemmeno un diritto civile: c'era proprio bisogno di una sirchiata come questa? Anche l'ONU è con noi, Kofi Annan afferma che fumare è un diritto civile da tutelare, mentre respirare viene dopo."

Pasquinus: "Beh, veramente ... un respiro ogni tanto ... non chiamiamolo diritto ma ogni tanto potreste tollerare che i non fumatori facciano un respiro!"

Capezzone: "E dove sta il problema? Prima di quel talebano proibizionista di Sirchia si viveva bene, i ristoranti e gli uffici erano belli e accoglienti con quel grigio-giallo che solo il fumo sapeva dare; le poltrone bucate, quei romantici colpetti di tosse, quegli occhi arrossati ...".

Pasquinus: "Ma gli affumicati non erano mica contenti di questo!"

Capezzone: "I conflitti e le discussioni rendevano l'Italia un paese caldo e mediterraneo.

Vede, il salutismo integralista prima di Sirchia non c'era, si stava proprio bene,



fumatori e nonfumatori vivevano insieme in perfetta armonia"

Pasquinus: "Certo, come «ebony and ivory», ebano e avorio, cioè i neri e i bianchi cantati da Jackson e McCartney..."

Capezzone non capisce l'ironia: "Esattamente! ma ora quel talebano di Sirchia fomentato dai Forastiere, Lo Presti, Agabiti, Rapiti e Perucci, (2), e poi da Mangiaracina, Garattini, Boffi, Mazza, Invernizzi, Arcidiacono,..."

Pasquinus: "Guardi che così i medici dovrà citarli tutti!"

Capezzone alza un po' la voce: "Senta: Primo, domani io e degli intellettuali (3) come Taradash e Pannella, Lottieri, l'economista Ricossa e l'on. Rivolta, poi Curzi, Parlato, Giannino, Capuozzo, Bruno Guerri e Diaco, il regista Squittieri, Facci, Villaggio e Funari, faremo disobbedienza civile fumando in un bar dopo aver chiamato i NAS. Secondo, dovrei citare solo i medici salutisti e talebani, non quelli libertari come i 78 premi nobel a favore del Nostro Referendum contro la legge sulla Fecondazione Assistita [riparla con le maiuscole]"

Pasquinus è sbigottito ma contrattacca: "Ah !!! Primo punto: ma quelli lì quando uno gli dice «intellettuale» non rispondono «guardi che si sbaglia!» ?? Secondo, tra i suoi nobel c'è pure Veronesi che ..."

Capezzone interrompe e si erge a mistico illuminato, fa realmente impressione e sembra quasi più alto: "Veronesi sulla fecondazione è uno scienziato competente e libertario, mentre sul tabagismo è un ignorante talebano integralista."

Pasquinus: "Ah, quindi c'è Veronesi1 e Veronesi2, il lunedì esperto scienziato e il martedì incompetente, e come fa? Beve

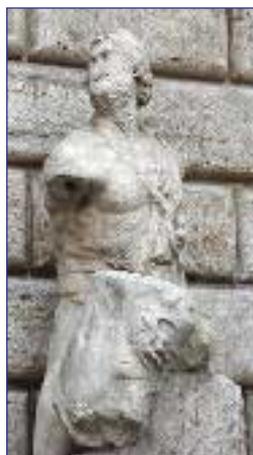
la pozione del dottor Jeckyll?!"

Una forte luce, un suono assordante, Capezzone levita di mezzo metro, apre le braccia come padre Pio, poi ...

Capezzone: "Ragazzo, noi ci occupiamo di cose serie come la Droga, non di banalità come le sigarette, che non a caso [ridacchiando] hanno un nome solo in diminutivo: «sigarette». Noi ci stiamo battendo nientepopodimeno che per la libertà di fare ricerca sulle Cellule Staminali Embrionali, da cui si potrebbe trovare una cura per salvare milioni di persone."

Pasquinus ingenuo "Bene, cioè ... nel senso che la cura del tabagismo è già stata trovata: non fumare. Non si tratta di "fare" ma di "non fare" proprio nulla! Non le sembra interessante e piacevolmente sconvolgente?!"

Capezzone un attimo prima di volare dice: "Certe cose sono difficili da capire..." e vola via insieme a tutti i radicali, lasciando in noi uno stupore quasi di ammirazione, che va a sostituire il logico disprezzo che avevamo prima.



Lasciamo a chi legge - non a chi ha scritto - la responsabilità di scegliere cosa è vero, cosa è verosimile e vero, verosimile ma falso, e cosa è inventato; cosa è meglio e cosa è peggio; cosa è "razionale", cosa è "folle", cosa è patologico, eccetera. Nel prossimo numero Pasquinus vi porterà con Edwin A. Abbott a Flatlandia, il paese a 2

sole dimensioni dove i Quadrati e i Capezzone salgono in cattedra a spiegare che ...

(1) Daniele Capezzone a "Telecamere" (programma RAI di divani, tappeti e conduttrici tutti stesi) poco prima del 10 Gennaio.

(2) Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N., Rapiti E., Perucci CA., autori della ricerca "Impatto sanitario dell'esposizione al fumo di sigaretta in Italia" Epidemiol Prev 2002;26(1):18-29.

(3) Quelle persone, definite "intellettuali" da "Il Giornale", avrebbero fumato in un bar alla stazione Termini il 10 gennaio "contro il nuovo proibizionismo" avvertendo la Polizia.

World **NO** Tobacco DAY 31 maggio 2005

Health professionals and tobacco control

"Ruolo dei professionisti della salute nelle strategie di Controllo del Tabacco"



Domenico Enea

Il tema della Giornata Mondiale senza Tabacco che si svolgerà, com'è ormai tradizione, il prossimo 31 maggio, è "Il ruolo dei Professionisti della Salute nelle politiche di contenimento del consumo di tabacco".

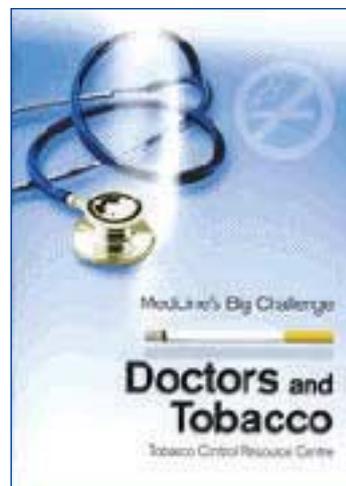
Dal 28 al 30 Gennaio si è tenuto a Ginevra un incontro organizzato dalla "Tobacco Free Initiative" per esaminare come le varie organizzazioni di professionisti della salute presenti (medici, farmacisti, dentisti, infermieri, ostetriche, chiropratici) potessero contribuire al contenimento dell'abitudine al fumo di tabacco. In particolare, sono state proposte una serie di regole fondamentali che i membri di tali associazioni dovrebbero osservare, onde rappresentare modelli positivi per favorire una cultura senza tabacco:

- evitare di fumare;
- promuovere ricerche sull'abitudine al fumo da parte dei membri delle organizzazioni stesse;
- eliminare il fumo nei propri ambienti professionali e in occasione di manifestazioni scientifiche;
- seguire la politica delle 5A (ask-advise-assess-assist-arrange follow-up) nella propria pratica clinica. A questo proposito, è utile ricordare che è dimostrato come un intervento minimo (tre minuti) comporti la cessazione dal fumo da parte del 3% di pazienti;
- promuovere e sviluppare programmi sul tema del Tabagismo e Patologie

fumo-correlate nell'ambito dei corsi e manifestazioni ECM;

- partecipare attivamente ai No Tobacco Day ogni 31 Maggio;
- rifiutare supporti e finanziamenti, a ogni titolo, da parte di aziende coinvolte con l'industria del tabacco;
- attivarsi per far pressione sui governi affinché sottoscrivano, ratifichino e facciano applicare la FCTC (Convenzione Quadro sul "Tobacco Control").

Questa, adottata nel maggio 2003, è stata firmata da 87 nazioni, oltre che dalla Comunità Europea, e stabilisce le regole per vari aspetti del problema in oggetto, come aumenti di prezzo, contrabbando, scritte sui pacchetti di sigarette e altri prodotti del tabacco, pubblicità e sponsorizzazioni, fumo passivo. Le nazioni che hanno sottoscritto la Convenzione si impegnano a legiferare in accordo con i principi stabiliti in essa.



L'O.M.S. afferma che, incredibilmente, in molte nazioni la prevalenza di fumatori tra i professionisti della salute è molto alta, addirittura superiore a quella della popolazione generale: per esempio in Albania 44% contro 39%, in Arabia Saudita 20% contro 13%. Anche in Italia le cifre in merito sono scandalose, perché si calcola che il 40% dei medici e il 60% dei paramedici fumi regolarmente,

a fronte di un 26% nella popolazione totale.

Malgrado questa spiacevole realtà, se guardiamo a un passato anche recente vediamo che i comportamenti sono molto cambiati. Personalmente ricordo che, solo 15-20 anni fa, nel mio ospedale, l'Umberto I° di Roma, tutti (compreso ahimé il sottoscritto) fumavano allegramente, in ogni ambiente. Quando ero "di accettazione", se durante la notte mi chiamavano 5 volte, erano 10 sigarette: 1 prima della visita e una dopo. Perfino in sala parto si fumava senza porsi particolari problemi. Ho anch'io quindi i miei bravi motivi per vergognarmi, e forse anche il senso di colpa per questo inqualificabile comportamento mi rende più sensibile al tema. Il prendere coscienza di quanto non si è saputo (voluto?) vedere rende ancora più arrabbiati quelli che si rendono conto di essere stati "messi in mezzo" (come diciamo a Roma) dalla politica delle multinazionali del tabacco, aiutate dall'esempio dato dagli utili idioti di turno: genitori, insegnanti, personaggi dello spettacolo e della politica, medici...tutta gente convinta che fumare sia una libera scelta, come portare l'orologio al polso destro o sinistro, e non invece una triste condizione di dipendenza.

In base alle considerazioni esposte, assieme ad altri colleghi di buona volontà ci siamo attivati, il 31 maggio 2003, inviando una lettera ufficiale, con in calce numerose e prestigiose firme, al Presidente dell'Ordine dei Medici, con preghiera di diffondere la stessa presso le varie sedi provinciali. Si chiedeva in particolare che l'Ordine si esprimesse ufficialmente sul comportamento di medici che fumano in pubblico, ostentatamente, nei luoghi di lavoro, ma non ci è pervenuta alcuna risposta. Il 31 maggio

2004 la fotocopia della stessa lettera, è stata inviata di nuovo, con analogo (non) risultato.

A dire il vero, per l'impegno del Collega Vincenzo Cilenti, Primario Pneumologo presso l'Istituto "Regina Elena", l'Ordine dei Medici di Roma, (del cui Consiglio il suddetto Collega fa parte), ha definito "censurabile" - in una nota pubblicata nel numero di Agosto 2004 del Bollettino - tale comportamento da parte dei medici, senza peraltro prevedere o suggerire sanzioni in merito.

Una cosa è sicura: il 31 maggio 2005 la stessa lettera sarà inviata di nuovo, o, se avremo occasione di incontrare in occasioni ufficiali il Presidente o chi per lui, verrà consegnata a mano. Chissà se, nel nuovo clima culturale favorito dall'impegno dimostrato dal Ministro Girolamo Sirchia nel fare approvare la legge (n°3 del 2003) che porta il suo nome, avremo il piacere di una risposta, da parte dell'Ordine che ci rappresenta, che sosteniamo con i nostri contributi, e che è deputato anche a dettare regole deontologiche ai suoi iscritti.

In caso contrario, ogni 31 maggio successivo, la lettera verrà riproposta, facendo nostra in tal modo una delle direttive che la FCTC ha suggerito a Ginevra il 28 Gennaio 2005 per i professionisti della Salute Pubblica.

Domenico Enea

Ginecologia e Ostetricia, responsabile del Centro Policlinico senza fumo - Policlinico Umberto I°, Roma, Consigliere Nazionale SITAB



I MEDICI INGLESI PRENDONO POSIZIONE

La **British Medical Association** ha consegnato, il 6 luglio scorso, 4.500 lettere di medici al Primo Ministro, Tony Blair, al 10 di Downing Street di Londra. Queste lettere costituiscono un appello al Governo per vietare il fumo in tutti i luoghi di lavoro nel Regno Unito. Queste lettere sono state inserite in un grande pacchetto di sigarette con la scritta: "Passive smoking kills. Smokefree workplaces save lives".

Come cambia il gusto degli italiani a tavola

Gusto e galateo alla riscossa

Scusi Le dispiace se mangio mentre fuma?

Emilia Guberti, Chiara Rizzoli, Vincenzo Zagà

Intimamente legati, gusto e olfatto si completano l'un l'altro al fine di fornirci una degustazione più completa. Quando il naso annusa i profumi che si sprigionano dalle pietanze finemente preparate, le papille gustative permettono di discernere i sapori. L'essere umano ha sulla lingua più di 9000 papille gustative che racchiudono fino a 500000 "gemme del gusto". Il gusto è il complesso delle sensazioni tattili, termiche e chimiche avvertite con i quattro sapori fondamentali: salato, dolce, amaro e acido, (con)fuse con la sensazione olfattiva retronasale o sensazione gustolfattiva.

Anche se non sempre consapevoli, i fumatori sono privati di una parte delle loro capacità gustative. Studi che hanno comparato le capacità gustative dei fumatori a quelle dei non fumatori, asserisce Daniel Picard medico dentista di sanità Pubblica di Montreal, concludono che i fumatori hanno una soglia di percezione dei sapori più alta. In altre parole per poter adeguatamente gustare un piatto hanno bisogno di maggior condimento. Non è raro vedere dei fumatori salare o zuccherare in eccesso i loro alimenti.

Varie inchieste epidemiologiche hanno, peraltro, dimostrato che il tabagi-

smo rappresenta una causa importante di lesioni della lingua, la maggior parte di natura infiammatoria. Se il deficit gustativo dei fumatori è sufficientemente documentato, le motivazioni esatte non sono state ancora precisate.

Vi è motivo di ritenere che almeno 5 meccanismi possano contribuirvi:

- **Reazioni infiammatorie** causate dal fumo di sigarette. Le sostanze tossiche che si sprigionano dalla combustione delle sigarette, favoriscono la comparsa di reazioni infiammatorie a carico degli organi gustativi e olfattivi. Le mucose del naso si arrossano con lieve edema, la colorazione della lingua può alterarsi e le papille filiformi possono gonfiarsi. La presenza di una flogosi della lingua e del naso contribuisce evidentemente a diminuire la sensazione gustolfattiva, simulando le condizioni di un normale raffreddore.

- **La secchezza della bocca.**

Anche questo sintomo, talvolta, può giocare un ruolo nella diminuzione delle capacità gustati-

ve. Meno saliva in bocca implica minor potere di favorire la soluzione dal cibo delle sostanze responsabili del gusto ed il loro contatto con le papille, ne consegue una percezione del gusto inferiore.

- **Il sapore pronunciato del tabacco.** A causa dell'aroma molto forte il tabacco può mascherare il sapore degli alimenti. Più è forte l'odore che si sprigiona con la combustione del tabacco, più il gusto sarà alterato.

- **Il sapore persistente del tabacco.** Il sapore del

tabacco non solo è più pronunciato ma è anche più persistente: agli eventuali residui sulla lingua si aggiungono i molti composti presenti nel fumo di sigaretta che si ritrovano nella saliva.

- **Eventuali malattie associate al tabagismo.** Non bisogna dimenticare che il tabagismo può causare numerose malattie suscettibili di influenzare negativamente le capacità gustative e olfattive.

Fortunatamente per i fumatori, i danni gustativi e olfattivi causati dal tabacco non sono permanenti. Quando il paziente smette di fumare in un lasso di tempo che può andare da una settimana a tre mesi, a seconda del carico tabagico accumulato, è in grado di recuperare la propria capacità gustolfattiva ricominciando ad apprezzare appieno i sapori e gli odori.



Tratto dal film *Constantine* di Francis Lawrence



Particolare di papilla gustativa al microscopio elettronico

Emilia Guberti

Medico, Direttore U.O. Igiene, Alimenti e Nutrizione AUSL di Bologna

Chiara Rizzoli

Dietista U.O. Igiene, Alimenti e Nutrizione-AUSL di Bologna

Vincenzo Zagà

Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo-AUSL di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia-SITAB

Abstract & Commentary

le ultime dalla ricerca



A cura di C. Chiamulera



Alessia Verduri

Fumo: un'epidemia contemporanea

Fa male soprattutto alle donne

Tumore polmonare tra le donne in aumento

Patel JD, Bach PB, Kris MG. Lung Cancer in US Women.

A Contemporary epidemic. JAMA. 2004; 291: 1763 -1768.

Il tumore polmonare è la principale causa di morte per cancro tra le donne statunitensi ed è responsabile di numerose morti così come il tumore al seno e tutte le neoplasie di tipo ginecologico associate. La maggior parte dei tumori polmonari è causata dal fumo di sigaretta. Nonostante tutto ciò che è noto sugli effetti devastanti delle sigarette, 1/4 delle donne negli Stati Uniti continua a fumare. Le donne sono bersaglio privilegiato nella pubblicità del tabacco e le ragazze giovani sono spesso attratte a fumare sigarette sotto varie pressioni sociali.

Il tabacco dunque più pericoloso per le donne che per gli uomini? Sembra proprio di sì! Seguendo l'incremento del fumo, la frequenza di morte per tumore polmonare tra le donne statunitensi è aumentata del 600% dal 1930 al 1997. Anche secondo un recente studio olandese, si riduce di undici anni l'aspettativa di vita delle donne e "solo" di tre quella degli uomini. In Olanda, dagli anni Settanta ad oggi, ad un aumento del numero delle fumatrici si è accompagnato un incremento dei tumori polmonari nelle donne, mentre **tra gli uomini**, che in percentuale hanno smesso di fumare più delle donne, **si verificano meno casi della stessa malattia**. "Le donne morte di cancro ai polmoni erano più giovani degli uomini morti per la stessa causa: questo

significa che per le donne il danno del fumo è più consistente", si legge nella ricerca, condotta dalla società demoscopica CBS. Purtroppo, al momento, non c'è una plausibile spiegazione razionale a questo fatto. Molte e suggestive le ipotesi a questa maggiore suscettibilità alle proprietà cancerogene del fumo di sigaretta. Nella biologia del tumore polmonare, per esempio, esistono differenze tra i due sessi con più alti livelli di formazione di addotti di DNA, aumentata espressione di CYP1A1, ridotta capacità di riparazione del DNA e aumentata incidenza di mutazioni del gene *K-ras* nelle donne. Un nuovo recettore per gli estrogeni è stato recentemente riscontrato nei tumori polmonari e ciò suggerisce che il segnale estrogenico possa avere un ruolo biologico nella cancerogenesi. Vari

studi pubblicati su *Cancer Research* suggeriscono che gli estrogeni potrebbero essere la causa della maggiore suscettibilità delle donne, rispetto ai maschi, per questo tipo di tumore. Pertanto secondo questi studi, nuovi ed efficaci trattamenti per il cancro del polmone potranno basarsi sulla loro capacità di bloccare l'azione degli estrogeni sulle cellule polmonari. Ciò, secondo ricercatori del-

l'Università di Pittsburgh (USA), potrebbe migliorare la sopravvivenza degli ammalati. Date queste differenze e dato l'enorme costo che questa malattia ha sulle donne statunitensi, intraprendere una ricerca sesso-specifica sarebbe veramente cruciale sotto vari punti di vista. In quest'ottica si inserisce l'Early Lung Cancer Action Project (ELCAP), un programma per valutare l'utilità di screening TC-Torace nei pazienti più a rischio. Secondo

questo studio americano, durato 10 anni, condotto mediante l'uso della tomografia computerizzata (TC), rispetto agli uomini, le donne presentano una probabilità doppia di sviluppare un tumore del polmone a causa del tabacco. La ricerca ha anche scoperto che il rischio di questo tipo di tumore cresce con l'aumentare della quantità di tabacco

fumato e con l'età del fumatore. Lo studio, parzialmente finanziato dai *National Institutes of Health* (NIH), ha riguardato 2968 fra uomini e donne di età dai 40 anni in su e fumatori da tempo, allo scopo di determinare quali indicatori di rischio (età, sesso, numero di anni trascorsi a fumare) risultavano associati con la dimensione e il tipo di noduli individuati con la TC per influenzare la probabilità di





sviluppare un tumore dei polmoni. Fra tutti i soggetti, sono stati diagnosticati in totale 77 tumori. Claudia Henschke, del Cornell Medical Center Hospital a New York, che ha collaborato alla ricerca, è

categorica: « I risultati sono inequivocabili. Le donne presentano un rischio doppio, rispetto all'uomo, di sviluppare un tumore polmonare e le cifre parlano chiaro ».

(Alessia Verduri)

Complicanze post-operatorie nei fumatori

Bluman LG, Mosca L, Newman N, Simon DG. Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications. *Chest*. 1998 Apr;113(4):883-89.

Galway Muiris Houston. Stopping smoking could speed recovery after operations. *BMJ*, 16 Agosto 2003 (<http://bmj.com/cgi/content/full/327/7411/360-d>).

Il fumatore ha un **rischio 6 volte più elevato** di avere complicanze polmonari nel post-operatorio di tutti gli interventi chirurgici. È quanto emerso in uno studio di Bluman LG e coll. (Chest 1998) del Comprehensive Cancer Center, Duke University Medical Center di Durham (NC, USA), effettuato su 410 pazienti in lista per intervento chirurgico "non-cardiac elective". Infatti complicanze polmonari post-operatorie si sono verificate nel **22% (31/141) dei fumatori correnti**, nel **12,8% (24/187) degli ex-fumatori** e nel **4,5% (4/82) dei non fumatori**. Smettere solo 1 mese prima di un intervento chirurgico non modifica in maniera significativa la percentuale delle complicanze, cosa che invece avviene se il tempo di astensione è di almeno 6 settimane come dimostrato da un recente studio dell'Herber University Hospital, Denmark. Smettere di fumare da 6 a 8 settimane prima di un intervento chirurgico può ridurre le complicazioni associate allo stesso intervento. Questa ricerca, condotta nell'ambito di tre ospedali danesi, ha coinvolto 166 fumatori che avevano subito operazioni all'anca o al ginocchio.

(Massimo Corliano)

Fumo e mutazioni genetiche nella oncogenesi polmonare

Buccheri G., Ferrigno P. Familial and personal history of cancer in bronchogenic carcinoma-frequency and clinical implications. *Acta Oncol* 2004 43(1):67-72.

Olivier M., Hussain F.P., Caron de Fromentel C., Hainaut P., Harris C. TP53 mutation spectra and load: a tool for generating hypotheses on the etiology of cancer. *IARC Sci Publ* 2004 (157):247-70.

Un aspetto dibattuto e piuttosto controverso, è quello relativo ad una possibile maggiore aggressività della malattia tumorale broncopolmonare in rapporto sia a fattori anamnestici familiari, sia a fattori anamnestici fisiologici personali. In proposito su un numero di *Acta Oncologica* del 2004 Buccheri e Ferrigno riferiscono di uno studio da loro effettuato su 1.277 casi consecutivi osservati dal 1989 al 2002, le cui conclusioni sono di estrema chiarezza: nessuno dei due fattori anamnestici considerati esplica un ruolo clinicamente significativo.

Al contrario, un aumentato rischio di carcinoma broncogeno (come del resto di tutte le neoplasie maligne che colpiscono l'uomo) può essere individuato – peraltro in ipotesi, come precisato da M. Olivier et al. (*IARC Sci Publ* 2004) attraverso la determinazione di specifiche mutazioni di TP53, gene oncosoppressore che risulta mutato in circa la metà di tutti i

portatori di neoplasie, mutazioni che in particolare nel cancro del polmone sono provocate dal fumo di sigaretta.

Anche da questi recenti contributi che ancora una volta sottolineano il ruolo etiopatogenetico del fumo nel carcinoma broncogeno si conferma con chiara evidenza in campo pneumoncologico l'importanza della prevenzione, non soltanto di quella secondaria rappresentata dalla cessazione del fumo, ma soprattutto da quella primaria che attualmente è eccessivamente trascurata nella sostanza, soprattutto a livello scolastico dove si hanno giovanissimi fumatori anche nelle quinte classi della scuola elementare: segno, questo, di grave irresponsabilità da parte di Presidi e di Insegnanti, anch'essi in grande maggioranza fumatori (talora anche nell'ambito degli edifici scolastici), e con il tacito avallo dei vertici ministeriali e con il quasi inesistente intervento dei NAS, non sufficientemente stimolati dal Ministero della Salute.

(Franco Salvati)

Fumo & infertilità

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Smoking and infertility *Fertil Steril* 2004 82 Suppl 1:S62-7.

Secondo la Society for Reproductive Medicine, approssimativamente il **30%** delle donne in età riproduttiva e il **35%** degli uomini in età fertile negli Stati Uniti d'America sono fumatori abituali di sigarette. I notevoli effetti nocivi del fumo della sigaretta sulla fecondità e sulla riproduzione pur essendo ormai diventati evidenti sono purtroppo generalmente poco considerati dai fumatori. Da qui la necessità di un'informazione più precisa, puntuale e capillare da parte degli operatori sanitari.

(M.C.)



Fumo passivo e danno fetale

Finette B.A., O'Neill JP, Vacek PM, Albertini RJ. Gene mutations with characteristic deletions in cord blood T lymphocytes associated with passive maternal exposure to tobacco smoke. Nature Medicine 1998;4:1144-51.

Josefson D. Passive smoking may harm babies in utero. BMJ 1998;317:903 (October).

I Secondo uno studio, apparso su *Nature Medicine* nel 1998, l'esposizione prenatale al fumo passivo può causare mutazioni carcinogeniche. Tale studio ha dimostrato per la prima volta che l'esposizione materna al fumo è sufficiente a causare queste mutazioni.

Ricercatori dell'Università del Vermont hanno confrontato il tasso e il tipo di mutazioni nel sangue ombelicale di feti esposti e non esposti. L'esposizione al fumo di sigaretta in casa e nell'ambiente di lavoro è stata determinata mediante questionari distribuiti alle madri. Le concentrazioni di cotinina, un metabolita della nicotina, nei campioni di sangue ombelicale sono servite a confermare i risultati dei questionari. I ricercatori non hanno trovato alcun significativo aumento del tasso di mutazioni nei feti esposti, ma hanno tuttavia riscontrato un significativo aumento delle delezioni potenzialmente pericolose

nel gruppo esposto al fumo.

Questo studio benché ben condotto presenta alcune limitazioni. Il campione era limitato a 24 bambini in ciascuna coorte e ad alcuni di essi hanno contribuito a più di una mutazione isolata, portando al rischio di qualche condizionamento legato alla selezione dei soggetti. Inoltre la mutagenesi e la carcinogenesi sono processi multifattoriali e lo studio non era controllato per altri fattori ambientali e



genetici. Da ultimo, diversi metodi per la rilevazione delle mutazioni sono stati usati nei maschi e nelle femmine.

Stephen Hecht, studioso dello

University of Minnesota Cancer Center,

ha poi riscontrato la presenza di bioprodotto del derivato nicotinic NKK nelle prime urine di bambini nati da madri che avevano fumato durante la gravidanza. 22 su 31 soggetti sono risultato positivi, nessuno tra i controlli non esposti al fumo. L'NKK è contenuto solo nel tabacco ed è cancerogeno. I livelli di NKK riscontrati erano pari al 10% di quelli negli adulti, fumatori, un livello allarmante se si tiene conto delle dimensioni dei neonati. La sostanza inoltre non solo passa nel sangue fetale ma viene anche elaborata nel feto stesso, secreta nel liquido amniotico e riassorbita nuovamente. Questi risultati non fanno che sottolineare l'importanza di sensibilizzare le madri fumatrici a smettere almeno durante la gravidanza.

University of Minnesota Cancer Center, ha poi riscontrato la presenza di bioprodotto del derivato nicotinic NKK nelle prime urine di bambini nati da madri che avevano fumato durante la gravidanza. 22 su 31 soggetti sono risultato positivi, nessuno tra i controlli non esposti al fumo. L'NKK è contenuto solo nel tabacco ed è cancerogeno. I livelli di NKK riscontrati erano pari al 10% di quelli negli adulti, fumatori, un livello allarmante se si tiene conto delle dimensioni dei neonati. La sostanza inoltre non solo passa nel sangue fetale ma viene anche elaborata nel feto stesso, secreta nel liquido amniotico e riassorbita nuovamente. Questi risultati non fanno che sottolineare l'importanza di sensibilizzare le madri fumatrici a smettere almeno durante la gravidanza.

(Marco Mura)



Asmatico e BPCO fumatori: occhio alla corticoresistenza

Thomson et coll.: "The influence of smoking on the treatment response in patients with asthma" Curr Opin Allergy Clin Immunol 2005 ; 5 : 57-63.

Barnes PJ, Ito K, Adcock I. Corticosteroid resistance in chronic obstructive pulmonary disease: inactivation of histone deacetylase. Lancet 2004 363(9410):731-3.

Nel mondo occidentale il tabagismo interessa il 25% della popolazione. Il tasso dei fumatori è pressoché simile negli asmatici. La prevalenza del tabagismo è particolarmente elevata nei giovani, in certi paesi europei (Germania 38%) , ancora più elevata, nei paesi in via di svi-

luppo. Se si confrontano gli asmatici fumatori e non fumatori, si nota un minor controllo dei sintomi respiratori, un declino accelerato della funzione respiratoria e una mortalità aumentata. Pochi sanno che il tabagismo ha una influenza sul metabolismo di certi farmaci. Se l'aumen-

to della clearance della teofillina da parte del fumo di tabacco per induzione metabolica enzimatica è ben conosciuto da tempo, questo studio recente, come già altri, rimette in discussione l'efficacia dei corticosteroidi inalati negli asmatici fumatori di sigarette. Tutti questi studi



hanno sempre interessato pazienti asmatici con una storia di asma di almeno 10 anni. Resterà da chiarire se questa resistenza si ritrova anche negli asmatici recenti. È stato inoltre dimostrato che anche l'efficacia dei corticosteroidi orali è ugualmente diminuita negli asmatici fumatori. L'effetto del tabagismo sulla resistenza dell'asma ai corticosteroidi è parzialmente reversibile con la sospensione del fumo. I meccanismi che stanno alla base di questa corticoresistenza sono poco studiati e ancor meno conosciuti. Essi potrebbero essere in relazione con un'alterazione dei fenotipi delle cellule infiammatorie, una inversione del tasso di recettori dagli alfa verso i beta, così come una riduzione dell'attività dell'isto-

ne-deacetilasi. Decisamente schierato per quest'ultima ipotesi etiopatogenetica è Peter Barnes in un lavoro sulla corticoresistenza nella BPCO pubblicato su Lancet nel 2004. Popolazione target dello studio i BPCO, in gran parte fumatori o ex fumatori, notoriamente con scarsa reattività all'azione antinfiammatoria dei corticosteroidi, e quindi con scarso beneficio. Sia nell'asma che nella BPCO, numerosi geni pro-infiammatori risultano attivati, con conseguente acetilazione degli istoni intorno ai quali il DNA viene danneggiato. L'acetilazione apre la struttura della cromatina permettendo la trascrizione dei geni e la sintesi di proteine infiammatorie. I corticosteroidi attivano l'espressione della istone-deacetilasi 2 (HDAC2), che

antagonizza il processo di acetilazione e blocca la trascrizione dei geni infiammatori. Nei pazienti BPCO la funzione della HDAC2 potrebbe essere inibita dal fumo di sigaretta e dallo stress ossidativo respiratorio, portando ad una riduzione della risposta ai corticosteroidi. Lo stress ossidativo può inoltre generare perossinitrito, il quale riduce l'attività della HDAC2. Questa ipotesi suggerisce la possibilità di nuove strategie terapeutiche, volte ad eliminare il problema della resistenza ai corticosteroidi nel trattamento della BPCO e dell'asma bronchiale nei fumatori da parte dello stress ossidativo respiratorio e del fumo di tabacco che ne è la fonte principale.

(Vincenzo Zagà, Marco Mura)



POLIAMBULATORIO PRIVATO
CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO

Direttore Sanitario: Dott. Lucio Maria Manuelli Medico Chirurgo
Spec. Fisiokinesiterapia Ortopedica - Ortopedia e Traumatologia

CONVENZIONI
 AICI - APE BIOLOGIA - ASSIAI - ASSIT - TRIP ASSISTANCE
 COME - COSMET - CURISOFICA - CNA - CONNESSIONI
 C.S.A. ITALIA - DAY MEDICAL - EMVA ASSOCIATI
 EUROIN ASSINCO - F.A.R.I. - FASOL - FISI
 FALC ILLUSTRI - FIMI - FISE - INTERPARTNER ASSISTANCE
 J JONS CLUB - MEDICAL ASSISTENZA - NEW MED
 CHIRURGI INLEGRE - P.A.S. - QUIS - ROTARI CLUB
 SINDACATO - SEDI ASSICURAZIONI - UNISERVIZIO - U.P.P.

SPECIALITÀ PRATICATE

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

DIAGNOSTICA

Densitometria Ossea - ECG - Ecocardiogramma - Ecocolordoppler - Elettromiografia - Ecografia generale - Ecografia vascolare
 Ecografia muscolo-tendinea - Ecografia ostetrica-ginecologica - Istero-sonografia

Autorizzazione Comune di Bologna PG 36193 del 05/03/2001

FKT E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Onde d'urto - ALGONIX - Laser Neodimio: YAG - Laser CO2 - TECAR - Ipertermia - Magneto
 T.E.N.S. - T.E.N.S. Acustico - Elettrostimolazioni - Elettrostimolazioni Complex
 Correnti diadinamiche - Correnti interferenziali - Correnti faradiche - Correnti galvaniche
 Idrogolfano - Ionoforesi - Infrarossi - Ultravioletti - Ultrasuoni - Paraffina - Radur - Massaggio
 Massaggio Linfodrenaggio Manuale - Trazioni Vertebrali - Kinesi - Riabilitazione funzionale
 Riduzione neuromotoria - Riabilitazione respiratoria - Manipolazioni Vertebrali Mani Medica
 R.P.G. Riduzione Posturale Globale - Isocinetica - Palestra generale

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

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

20% DI SCONTO
 AI SOCI
 STEAB
 SOCIETÀ ITALIANA
 DI TABACCOLOGIA

ALIBERI
 ASSOCIAZIONE
 LIBERI DAL FUMO

Multiple action model: una nuova ipotesi di ricerca propone le “neuroscienze ambientali” del tabagismo

Christian Chiamulera

In una recente rassegna pubblicata per la rivista *Brain Research Reviews*, sono raccolti e descritti i numerosi studi effettuati negli ultimi anni sul fenomeno della *cue reactivity* ovvero della sensibilità che i fumatori - ma anche gli ex-fumatori - mostrano nei confronti di stimoli e situazioni associati al fumare tabacco. La pubblicazione riporta di studi clinici, così come di ricerche in vitro con cellule e molecole. L'analisi spazia volutamente in modo trasversale attraverso discipline psicologiche, comportamentali, fisiologiche e molecolari, con lo scopo di proporre un'ipotesi che offra un modello di ricerca integrata della *cue reactivity*. Perché i fumatori sono sensibili e reagiscono - con diverse modalità - agli stimoli associati alla sigaretta? Studi di visualizzazione cerebrale (come per esempio la risonanza magnetica) dimostrano che specifiche zone del cervello 'si accendo-

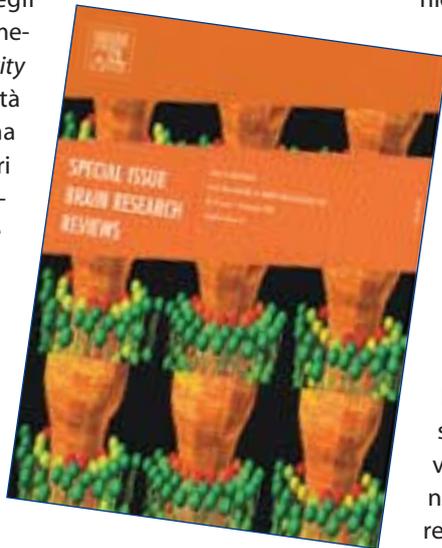
no' - cioè aumentano di attività - quando il fumatore vede una sigaretta, si trova in compagnia di altri che fumano, o in tanti altri contesti associati al fumo. Queste aree del cervello sono normalmente dedicate a mettere assieme ricordi e sensazioni, ma sono anche quelle zone esposte cronicamente agli effetti della nicotina assunta fuman-

do. La nicotina induce un 'neuroadattamento' - ovvero un riarrangiamento delle connessioni tra le cellule - stabilendo così nel tempo una diversa modalità di funzionamento del cervello del fumatore. Da ciò derivano i pensieri (per esempio "ho voglia di fumare", "che nervi, ho finito le sigarette", ecc.) ed i comportamenti (un esempio fra tutti, "scroccare" una sigaretta ad un passante

sconosciuto - lo si farebbe mai per una caramella o una gomma?) tipici del tabagista.

Il problema della *cue reactivity* è che contribuisce a mantenere la dipendenza dalla sigaretta ed a facilitare la ricaduta. Quest'ultimo è un aspetto fondamentale, in quanto molti ex-fumatori mantengono un ricordo piacevole di quando fumavano, e quando sono esposti a

Chiamulera C. Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "multiple-action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli Brain Research Reviews, 2005; 48(1): 74-97.



"Dimmi dove fumi, e ti dirò come smettere"

situazioni a rischio possono subentrare pensieri e desideri incontrollabili (il cosiddetto *craving*) che portano a fumarne una, e poi un'altra, e via si ricomincia. L'ipotesi *multiple action model* propone questo: ripetute associazioni tra fumare e assumere nicotina non solo fa star "bene" in molteplici situazioni, ma anche ne crea e rafforza il ricordo. La nicotina, e forse anche altri mediatori, favoriscono la formazione di questi ricordi piacevoli. L'articolo descrive diversi circuiti cerebrali e meccanismi biologici che si sono visti funzionare in modo più efficace nell'elaborare le informazioni e gli stimoli associati alla sigaretta analogo, sia che ci sia la nicotina sia no. Emerge quindi, a livello di processi più complessi, che la nicotina non è più lo stimolo principale, ma è la sostanza che innesca il desiderio – o il completamento – per tanti altri 'piaceri della vita' (il caffettino, l'aperitivo, Eros, ecc.).

La *cue reactivity* è solo uno dei fattori che caratterizzano l'insorgenza del tabagismo, come anche la sua prevenzione e disassuefazione. Tuttavia, l'ipotesi *multiple action model* indica delle strategie di ricerca che possono essere applicate anche ad altri aspetti della complessità del fumo, come per esempio le motiva-

zioni o l'affettività. Infatti, l'obiettivo di questa ipotesi è quello di stimolare nuovi approcci – quanto possibile multidisciplinari – per lo studio delle relazioni tra il fumatore ed il suo ambiente. Relazioni che intercorrono a diversi livelli, con l'ambiente che permette l'espressione di meccanismi biologici, e con questi meccanismi che a loro volta sono alla base di pensieri e comportamenti che agiscono sul fumatore e sul suo stesso ambiente.

Questa visione di stretta interazione tra ambiente e corpo si sta rivelando anche in molti campi dello studio della psiche, rendendo discipline apparentemente distanti come la psicologia e le neuroscienze, semplicemente come due modalità complementari di lavoro, tendenti ad una reciproca validazione circolare, ermeneutica.

'Neuroscienze ambientali': un nome per una nuova disciplina o l'ennesimo neologismo? Se servirà a facilitare le sinergie ed a migliorare gli interventi e la ricerca, ben venga!

Christian Chiamulera

Sezione di Farmacologia - Università di Verona,
Consiglio Direttivo - Società Italiana di Tabaccologia SITAB,
European Board - Society for Research on Nicotine &
Tabacco SRNT.



Tabacco utilizzato per un vaccino contro i tumori

Dal **Los Angeles Times**: "Tutti i farmaci biotecnologici attuali approvati dalla Food and Drug Administration sono ottenuti attraverso la ricombinazione genica di tratti di DNA con cellule vive, generalmente cellule di criceto, e la conversione di queste ultime in *mini-industrie cellulari* che producono uno specifico farmaco. Tuttavia gli Scienziati di Large Scale ritengono che un vaccino creato attraverso l'utilizzo di organismi vegetali potrebbe essere maggiormente puro ed evitare i difetti di copia riscontrati nei mammiferi. Questi hanno scelto la pianta del tabacco in quanto economica e capace di crescere rapidamente; essa rappresenta quindi un promettente veicolo per

la produzione di numerose piccole quantità di vaccino ad un prezzo accettabile... Large Scale utilizza un nemico naturale del tabacco, il Tobacco Mosaic Virus, per produrre il proprio vaccino. La compagnia inserisce geni riciclati da tumori di pazienti in copie del virus, un germe assai virulento che rappresenta un flagello per gli agricoltori. Il virus alterato infetta così le piante e produce piccoli frammenti di tumore che crescono negli steli e nelle foglie di tabacco... Nella serra della compagnia giovani piante con foglie ingiallite e chiazze crescono in ordinate file su lunghi tavoli di legno. Le piante sono cugine di quelle del tabacco coltivato per usi commerciali.

Fumo passivo scolastico e domestico: studio epidemiologico su 608 alunni della V° classe delle Scuole elementari di Anzio e Nettuno

School and domestic passive smoking: epidemiological study on 608 pupils in the 5th class of Anzio and Nettuno primary Schools



Franco Salvati, Vanni Virgilio, Maria Antonietta Barbara

Riassunto

Scopo dello studio. La prevenzione primaria nei confronti del fumo di tabacco nei giovanissimi, viene affrontata con scarsa determinazione sia nella Scuola che nelle famiglie: scopo di questo studio è quello di valutare le conseguenze di tale negativo atteggiamento e di individuarne le responsabilità.

Metodi. A 608 alunni delle V° classi delle Scuole elementari delle città di Anzio e Nettuno è stato sottoposto un questionario, auto-gestito ed anonimo, con 8 domande; le risposte sono state poi valutate a cura del locale Lions Club.

Risultati. I dati più significativi emersi sono i seguenti: 1) il 64% degli alunni è fumatore passivo in quanto convive con genitori fumatori attivi in casa; 2) il 65% è fumatore passivo a causa del fumo attivo dei loro Insegnanti; 3) il 14,3% dei giovani alunni è risultato essere fumatore attivo; 4) il 73,68% ha iniziato a fumare nella loro casa o nella Scuola con motivazioni varie esplicitate dal 63% di essi.

Conclusioni. L'indagine rende una concreta idea della irresponsabilità dei genitori; conferma la mancanza di incisive, concrete iniziative educazionali da parte degli insegnanti nei confronti del fumo e dimostra sia il ruolo negativo degli uni e degli altri nell'approccio al fumo dei giovanissimi alunni, sia la mancanza di un reale, efficace e responsabile impegno delle Autorità della Pubblica Istruzione, nonostante sterili Protocolli d'intesa con le Autorità preposte alla Salute.

Parole chiave: fumo, classe V elementare, prevenzione primaria.

Summary

Aim of the study. The primary prevention against the tobacco smoking in pupils is tackled too softly in School as well as at home: aim of this study is to evaluate the consequences of a such negative attitude.

Methods. We used a self-administered and anonymous questionnaire prepared by Lions Club Task Force against smoke for 608 pupils in the 5th class of Anzio and Nettuno primary Schools.

Results. The most significant data resulted as follows: 1) 64% of the pupils are passive domestic smokers because of their Relatives are active smokers at home; 2) 65% of the pupils are passive school smokers because of their Teachers are active smokers at school; 3) 73,68% of the pupils begun to smoke at home or school; 4) 14,3% of the pupils became an active smoker.

Conclusions. Therefore there is a negative role of School as well as of family, but it is heavy also the essential absence of Public Education Authorities in real smoking prevention initiatives.

Keywords: smoke, primary school, smoking prevention.

Introduzione

Uno studio effettuato dai Cardiologi dell'Ospedale A. Cardarelli di Napoli i cui

risultati sono stati pubblicati nel 1988 evidenziava in un gruppo di giovani di età 13-14 anni, una prevalenza di fuma-

tori pari all'8,1 per cento, la quasi totalità dei quali aveva iniziato a fumare tra i 10 ed i 12 anni di età (1). Nel 2000 da una

Franco Salvati

Lions Club Anzio e Nettuno, Primario pneumologo emerito, Ospedale Forlanini, *past president* FONICAP, Responsabile Area Scientifica SITAB Fumo e Oncologia

Vanni Virgilio

Lions Club Anzio e Nettuno

Maria Antonietta Barbara

Lions Club Anzio e Nettuno

ricerca condotta dalla Task Force "Lotta al fumo" del Lions Club Anzio e Nettuno in collaborazione con la Forza Operativa Nazionale Interdisciplinare contro il Cancro del Polmone (FONICAP) risultava tra la popolazione scolastica delle Scuole medie superiori di quel territorio della provincia di Roma, che nella fascia di età 11-12 anni v'era una prevalenza di fumatori pari al 4,7 % (2).

Questi dati relativi all'abitudine al fumo nei giovanissimi già sono indicativi, a titolo di esempio, di quanto la Prevenzione primaria dei danni indotti dall'abitudine tabagica sulla salute (danni relativi a tutto l'arco della vita) sia necessaria tanto più che la Prevenzione secondaria, cioè la cessazione del fumo, dà risultati relativamente modesti, data la difficoltà che la maggior parte dei fumatori incontra sia nel decidere di smettere di fumare sia nel riuscire a metter fine alla loro abitudine tabagica.

Dai dati sopra riferiti, si evidenzia chiaramente che il "punto nodale" per la Prevenzione primaria delle numerose malattie fumo-correlate a carico dell'Apparato cardio-circolatorio, dell'Apparato respiratorio, dell'Apparato genito-urinario, ecc, è rappresentato sia dall'ambiente domestico- familiare che dall'ambiente scolastico in quanto è in questi ambiti che si determinano il più frequentemente sia le condizioni per cui i più giovani cominciano a fumare (divenendo così fumatori attivi) sia le condizioni per cui essi divengono – loro malgrado – fumatori passivi, avviandosi pertanto ad essere esposti a quelle sostanze nocive che con meccanismi patogenetici svariati li metteranno a rischio di subire le citate malattie fumo-correlate.

Sulla scorta di tali evidenze la Task Force "Lotta al fumo" del Lions Club Anzio e Nettuno si è proposta di condurre un'indagine volta a rilevare se nella popolazione scolastica della V° classe delle Scuole elementari, di età quindi inferiore agli 11 anni precedentemente citati, fosse presente l'abitudine al tabagismo; ciò al fine di poter contribuire a delineare la miglior strategia possibile per realizzare un'opera di Prevenzione primaria in grado di conseguire risultati di reale, concreta efficacia.

Metodologia dello studio

A 608 alunni, (304 femmine e 304 maschi) della V° classe delle Scuole elementari facenti capo a 5 Circoli Didattici delle città di Anzio e di Nettuno è stato sottoposto un Questionario con le seguenti domande: 1) I tuoi genitori fumano (sì, no, uno solo)? 2) In casa tua ci sono altri familiari che fumano (sì, no, quali)? 3) nella tua scuola ci sono fumatori (sì, no e quali)? 4) Hai mai provato a fumare (sì, no, perché e dove)? Se sì... (una volta, più volte, più sigarette ogni giorno)? 6) Conosci amici che alla tua età hanno già provato a fumare (sì, no)?

I Questionari sono stati affidati al Preside di ciascuna Scuola che a sua volta li ha affidati a un'Insegnante delle singole classi affinché li consegnasse a tutti gli alunni della classe stessa, assistendoli, eventualmente e soltanto, nella compilazione del Questionario, con l'intesa di non interferire sul contenuto della risposta affinché questa venisse espressa con totale spontaneità. L'indagine ha avuto inizio a metà dell'Anno scolastico 2003-2004 dopo che il Consiglio d'Istituto delle singole Scuole aveva dato il suo benestare all'indagine proposta dal Lions Club Anzio e Nettuno; quest'ultimo non ha svolto alcun ruolo nella raccolta dei dati, terminata la quale ha provveduto a ritirare le schede del Questionario ed a procedere alla loro valutazione.

Risultati

Tutti i 608 alunni intervistati hanno risposto ai quesiti loro rivolti.

Dalle risposte alla 1° domanda è risultato che soltanto il 42,5 % degli alunni (pari a 259) non era sottoposto al fumo passivo dei genitori mentre ben il 57,5% di essi (pari a 349) lo subiva, in parte da un solo genitore ed in parte da entrambi in misura sostanzialmente equivalente (184 versus 165, rispettivamente). A questo carico di "fumo passivo" da parte dei genitori si è aggiunto quello dovuto ad altri conviventi della famiglia: è emerso infatti dalle risposte alla 2° domanda che il 64 % (pari a 389) degli alunni convive in casa con nonni, zii e fratelli/sorelle dispensatori di fumo passivo domestico (36,6 % nonni; 38,7% zii/zie; 24,7% fratelli/sorelle).

Di ancor più rilevante interesse è la disamina delle risposte alla 3° domanda: 67,3 %

di risposte affermative per quanto concerne la presenza di fumatori nell'ambito dell'edificio scolastico, con prevalenza degli Insegnanti (55%) sul personale non insegnante (43%) e su compagni di scuola (1,8%).

Dalle risposte relative al fumo attivo tra gli alunni è emerso che la quota complessiva di fumatori, occasionali e non occasionali, è del 9,2%: di questi, 56 alunni fumatori (a larga prevalenza maschi: 43 rispetto alle femmine 13) il 14,3 % ha dichiarato di essere fumatore abituale.

Alla ultima domanda del Questionario, il 42,7% degli alunni ha risposto di avere amici coetanei fumatori.

Strettamente collegata con le domande 4) e 5) del Questionario era la richiesta, posta a quegli alunni che avevano comunque fumato, di esplicitare il motivo che li aveva spinti a farlo ed in quale situazione ambientale questo fosse avvenuto. Hanno fornito risposta oltre i 2/3 di essi e dalla disamina delle loro dichiarazioni è emerso – per quanto concerne il dove? – che il 68,42 % aveva iniziato a fumare nella propria casa, il 26,2 % in strada o comunque in "luoghi aperti" ed il 5,26 % nella loro scuola.

Quanto al motivo per cui avevano cominciato a fumare, il 63 % degli alunni ha fornito le seguenti risposte: "ero curioso", "volevo provare", "volevo sentire che gusto avesse". Tra le risposte fornite dal restante 37% ("non saprei", "per divertimento", "mi piaceva"), sono degne di particolare segnalazione sia la risposta chiaramente espressa da 4 alunni "sono stato/stata invitato/a a farlo" sia la precisazione da chi fosse partito tale invito: non c'è che da rimanere sconcertati di fronte al fatto che gli inviti erano partiti da una madre, da un padre, da una sorella e da un fratello, rispettivamente.

Discussione

I numerosi Programmi che si sono succeduti negli anni per realizzare una efficace Prevenzione primaria dei danni arrecati alla salute dall'abitudine tossico-voluttuaria tabagica, hanno presentato tutti, senza eccezione alcuna, un macroscopico "tallone di Achille" qual è quello costituito dall'assenza sostanziale di concrete ed efficaci iniziative rivolte al contesto familiare ed al contesto scolastico.

È questo un aspetto quantomeno sconcertante se si tiene conto dell'impegno con cui, al contrario, si opera nell'ambito della Prevenzione secondaria, relativa cioè alla cessazione dal fumo e che è rivolta – in assoluta prevalenza - agli adulti, ma soprattutto se si tiene presente l'età assai giovane che caratterizza l'iniziazione al tabagismo, età che è certamente di molto inferiore a quella alla quale si limitano a fare riferimento anche autorevoli Organismi statali pur creati con l'apposita finalità di svolgere attività osservazionale sul fenomeno in questione.

A questa realtà fa riscontro l'evidenza che la quasi totalità delle segnalazioni riportate in letteratura al riguardo, sono caratterizzate da indagini svolte su studenti delle Scuole medie e superiori tra i quali si registrano rilevanti quote di fumatori: ad esempio il 64% emerso dallo studio di recente (2003) condotto, in collaborazione, da FONICAP e Lions Club Anzio e Nettuno nel locale Istituto Professionale (3).

La sopra lamentata "assenza sostanziale di concrete, efficaci iniziative rivolte al contesto familiare ed al contesto scolastico" per quanto concerne la Prevenzione primaria del tabagismo (e quindi la incontestabile necessità di intervenire con determinazione a livello di entrambi questi contesti) è ampiamente confermata dai risultati del presente studio epidemiologico che è stato eseguito dal Lions Club Anzio e Nettuno in una popolazione scolastica di ben 608 alunni della V° classe delle Scuole elementari.

Tale conferma è sostanziata sia dal rilievo che già all'età di 10 anni si è registrato su un così significativo campione il 9,2% di fumatori attivi sia dal fatto che il 57,5% di essi subisce nella propria casa il fumo passivo dei propri genitori ed il 67 % anche quello di altri familiari conviventi. È un fenomeno che si configura come un vero e proprio attentato alla salute di giovani dell'età di 10 anni e che pur rientrando nell'ambito del "privato" esige che da parte del "pubblico" sia individuata una razionale strategia di intervento di Prevenzione: infatti l'effetto dei modelli parentali è stato dimostrato attraverso l'osservazione che gli alunni i cui genitori fumano finiscono inevitabilmente con il percepire il fumo di sigaretta come un'abitudine accettabile (e quindi da

praticare, da imitare) in misura assai maggiore rispetto ai compagni coetanei i cui genitori non fumano (4): è una percezione che si dilata ancor più negativamente quando anche altri familiari conviventi arricchiscono l'ambiente domestico di fumo passivo.

Il fatto che il Ministro della Salute abbia riferito (5) che, secondo una recente indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, all'età di 11 anni fuma la prima sigaretta il 13,4 % dei giovani è da un lato in linea con quanto rilevato nel nostro studio attuale e da altro lato dimostra che l'Osservatorio sul Fumo, Alcool e Droga (OSSFAD) dell'Istituto stesso ha evidentemente recepito la giustezza del suggerimento critico a suo tempo formulato dalla FONICAP circa l'impostazione dell'indagine campionaria commissionata in proposito nel 2003 alla DOXA dall'OSSFAD stesso (6).

Ci si introduce quindi (al di là delle responsabilità morali della sfera "privata", familiare) nell'ambito in cui la responsabilità ricade sulla sfera del "pubblico" con chiaro riferimento al fumo passivo al quale gli alunni sono risultati esposti negli edifici scolastici nei quali essi vivono per alcune ore ogni giorno.

È stato autorevolmente sottolineato che "la larga diffusa inosservanza del divieto di fumo nelle Scuole da parte di Insegnanti e di personale non insegnante costituisce un più che insidioso danno formativo in quanto l'esempio negativo, soprattutto dell'Insegnante - che dovrebbe costituire un modello comportamentale esemplare - è infinitamente più dannoso di quello di uno sconosciuto fumatore che si incontra per caso in un locale pubblico" (4). Ed è proprio la larga inosservanza rilevata dal presente studio a comprovare la sostanziale inefficienza delle Autorità dirigenziali e degli operatori della Pubblica Istruzione preposti - ai vari livelli - a tutelare la salute nelle Scuole: ci si riferisce evidentemente

alla inefficacia di vecchi e nuovi Protocolli d'intesa in particolare tra Ministero della Pubblica Istruzione e Ministero della Salute.

Oltretutto a questi Dicasteri "sfugge", altrettanto evidentemente, che le Scuole sono a pieno titolo anche "luoghi di lavoro" e pertanto sotto questo profilo sono soggette alla normativa per la tutela dei danni provocati dal fumo passivo; inoltre in tali luoghi di lavoro non dovrebbe mancare il costante, dovuto controllo anche da parte dei



NAS. (7) È da sottolineare comunque, come suggerito dall'autorevole fonte citata, che un'eventuale "ammenda agli Insegnanti fumatori (così come al personale non insegnante) - anche se poco più che simbolica sul piano monetario - avrebbe tutte le caratteristiche di un forte messaggio educativo in quanto il gesto, apparentemente innocente, di accendere una sigaretta - se praticato nella Scuola - infrange le norme della civile convivenza e quindi va sanzionato." (4)

Altro importante elemento meritevole di attenzione è quello relativo ai coetanei fumatori, segnalato nelle risposte fornite nel Questionario sia per quanto concerne i coetanei compagni di scuola sia quelli frequentati al di fuori della scuola. L'elevata percentuale di questi fumatori evidenziata dal presente studio conferma i risultati di altre indagini epidemiologiche che in proposito hanno dimostrato che gli alunni più giovani, sono soggetti ad essere influenzati dal comportamento dei propri coetanei in misura che, secondo alcuni di tali studi, è superiore all'influenza esercitata dal fumare di un solo genitore. (7) Se si considera che tale negativa influenza va ad aggiungersi a quella educativamente ancor più negativa esercitata su di essi dai loro insegnanti dediti all'abitudine tossico-voluttuaria tabagica, "coltivata" in tanto larga misura nell'ambito scolastico, ci si può rendere ben conto di come la Scuola e la sua

caratteristica socializzante invece di costituire baluardo socio-culturale della Prevenzione primaria, si possa trasformare in fattore di rischio di assoluto rilievo non soltanto sotto il profilo della salute, ma anche sotto il profilo dell'etica.

In questo contesto, che oggettivamente deve essere ritenuto di estrema gravità (e non soltanto per quanto attiene all'aspetto sanitario), è doveroso porsi l'interrogativo con quale convinzione e con quale efficacia venga di fatto svolta nell'ambito scolastico in genere, ma in particolare nelle ultime classi delle Scuole elementari, una costante attività di adeguata, corretta e completa informazione sui danni da tabagismo, informazione tale quindi da trasfondere educazionalmente in questi alunni di 10 anni non già l'idea di "terrorismo", beceramente evocata - vero e proprio falso ideologico - anche da molti Insegnanti fumatori (Presidi e Direttori/Direttrici compresi), ma tale da trasfondere oltre alla consapevolezza generale degli effetti del fumo sulla salute - anche la percezione esatta dei rischi di sviluppare non solo nell'immediato, ma anche in età adulta una delle numerosissime malattie fumo-correlate.

È ammirevole che il Prof. Girolamo Sirchia, Ministro della Salute, annunci una "ulteriore campagna di comunicazione" specificamente dedicata ai più giovani: ma come e da chi verranno veicolate nelle Scuole le relative, essenziali informazioni con la dovuta consapevolezza e preparazione? È proprio senza significato che a fronte di un Ministro della Salute che (è doveroso dargliene atto!) si fa promotore di iniziative è rimasta sempre nel buio la figura del Ministro della Pubblica Istruzione? Eppure in una situazione come quella risultante non solo dal nostro studio, ma - con sfaccettature diverse - anche da altre indagini epide-

miologiche, tale figura autorevole avrebbe pure il dovere non soltanto istituzionale, ma anche etico di impegnarsi personalmente a fondo sul "campo" e con convinzione: *exempla traunt!*

Peraltro, nel segno della concretezza che vada al di là di vacue parole e di pressoché inutili carte, dai risultati della nostra indagine e dalle considerazioni sin qui offerte alla discussione, emerge la necessità inderogabile che in questa specifica opera di Prevenzione primaria nei giovanissimi alunni vengano coinvolti non soltanto i Medici generalisti di base, (che già, sia pur parzialmente, si impegnano nel conseuling antifumo con i loro assistiti adulti, genitori, nonni, zii), ma ancor più gli specialisti Pediatri affinché intervengano con il loro conseuling sia sulle madri fumatrici che sottopongono al loro controllo medico i figli in età pediatrica (nella quale oltretutto sono compresi ancora gli alunni della 5° classe come quelli presi in considerazione nel presente studio) che le madri non fumatrici: in tal modo le une e le altre, ed eventualmente i loro consorti, potranno a loro volta sensibilizzare le amiche fumatrici con cui hanno spesso, se non quotidianamente, occasione di intrattenersi insieme ai loro piccoli figli. Attualmente non risulta che gli specialisti Pediatri, al di fuori di sporadiche occasioni si siano mobilitati con determinazione - attraverso le loro Associazioni di vario tipo - per promuovere una sistematica azione, diffusamente capillare, nel loro ambito di attività professionale, come sin dal 2001 fu proposto alla loro Associazione regionale Lazio della FIMP dalla Forza Operativa Contro il Cancro del Polmone (FONICAP) in occasione del III° Convegno promosso dall'ISS per la Giornata Mondiale senza Tabacco dell'OMS tenuta alla presenza dell'allora Ministro della Sanità Prof. Umberto Veronesi.

Conclusioni

In conclusione è da riaffermare il concetto che in via prioritaria nella Prevenzione del tabagismo, non si può prescindere dalla tempestività dell'intervento, imposta dalla constatata realtà che l'iniziazione al fumo è già avviata all'età di 10 anni. Si tratta di un concetto ribadito in una delle più autorevoli sedi mondiali in campo oncologico generale e pneumoncologico in particolare, l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) nel maggio 2004 nei seguenti termini (9): dato che una consistente percentuale di giovani fumatori ha già iniziato a fumare ben prima dei 12 anni di età, si rende necessario che al fine di impedire che questi giovanissimi incorrano nel rischio di contrarre l'abitudine tossico-voluttuaria tabagica sia avviata assai precocemente (già prima di questa età) l'opera di Prevenzione e che essa venga condotta con determinazione e costanza intensificando con grande impegno gli sforzi. (10)

Se sinora, a livello mondiale, come constata la UICC nel suo Manuale per l'Europa sulle Strategie di Prevenzione, non è ancora risultato efficace il tentativo di impedire il consumo di tabacco fra i giovanissimi (10), evidentemente è necessario migliorare e perfezionare tali strategie: la presente indagine epidemiologica del Lions Club Anzio e Nettuno sta a dimostrare che nelle Scuole elementari già almeno nella 5° classe di esse si deve intervenire attivamente, in primo luogo preparando specificamente e professionalmente gli Insegnanti ad un comportamento antifumo che debba riflettersi positivamente sui loro piccoli discenti oltre che - direttamente o indirettamente - anche sui loro genitori e familiari in genere anch'essi veicoli, attualmente troppo numerosi, di cattivo esempio e di dannoso fumo passivo.

Bibliografia:

1. Gaeta G., Del Castello F. Familiari ed amici fumatori: influenza sugli adolescenti in Campania. *G. Ital Cardiol* 1998; 28:259-266
2. Salvati F., Petrelli F., Visconti C. Indagine sul fumo di sigarette nei Licei delle città di Anzio e Nettuno. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*; 2000; 15: 68-71.
3. Salvati F. Una "voragine" informativa e educativa. *Prevenzione Respiratoria* 2003; 2/3:42-45.
4. Schmid G. Giovani fumatori... *Prevenzione Respiratoria* 2003; 2/3:5.
5. Sirchia G. Tabagismo: una battaglia da vincere. *Tabaccologia* 2003; 4-5
6. Pacifici R., Zuccaro P. I giovani ed il fumo. Indagine DOXA 2003. Osservatorio Fumo, Alcool e Droga, ISS: V Convegno nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale" Roma 31 Maggio 2003.
7. Salvati F. Una Giornata particolare per la tutela della Salute. Opere ed omissioni nel "World Tobacco Day 2003". *Annali degli Ospedali San Camillo e Forlanini* 2003; 2:97-99.
8. Libro Bianco sul Fumo - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori 2004: 32.
9. Seth, Kotwala A, Thakur R. Understanding factors which influence tobacco (smoking and smokeless) in secondary school children in Dehli. 40th ASCO Annual Meeting Proceedings 2004, New Orleans.
10. UICC. Strategie di Prevenzione dei tumori e prove di efficacia. Manuale per l'Europa 2004:64.

Mucolitici e mucoregolatori nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva

Mucolytic and mucoregulators agents in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease

Marco Mura

Riassunto

L'infiammazione delle vie aeree nella bronchite cronica (BC) e nella broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) determina una ipersecrezione di muco da parte delle cellule caliciformi e delle ghiandole submucose. Tali secrezioni bronchiali presentano inoltre proprietà reologiche anormali, con una aumentata viscoelasticità, per cui la clearance muco-ciliare risulta ridotta. Gli agenti mucoattivi sono in grado di modificare le proprietà fisico-chimiche delle secrezioni bronchiali, facilitandone l'espettorazione o riducendone la produzione. Nei soggetti affetti da BPCO, vari agenti mucolitici e mucoregolatori utilizzati a lungo termine si sono inoltre dimostrati in grado di ridurre significativamente il numero delle riacutizzazioni bronchitiche. La presente rassegna prende in esame i meccanismi d'azione e le evidenze clinico-sperimentali di vari agenti mucoattivi. Le proprietà mucoattive, antinfiammatorie ed antiossidanti della carbocisteina, della N-acetilcisteina e dell'erdosteina rendono questi farmaci i più promettenti per un loro impiego nel trattamento della BC e BPCO, soprattutto nei soggetti con riacutizzazioni frequenti e che richiedono l'ospedalizzazione.

Parole chiave: bronchite cronica, BPCO, mucolitici, mucoregolatori, antiossidanti.

Abstract

Airway inflammation in chronic bronchitis (CB) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) determines mucus hypersecretion from goblet cells and sub mucosal glands. These secretions are characterized by abnormal rheologic properties, with increased viscosity and elasticity; therefore the mucus clearance is impaired. Mucoactive agents can modify the physical and chemical properties of bronchial secretions, increasing their expectoration and decreasing their production. In COPD patients, various mucolytic and mucoregulators agents have shown the capacity of significantly reducing the number of exacerbations. The present review analyses the effects and the clinical-experimental evidences regarding various mucoactive agents. The mucoactives, anti-inflammatory and anti-oxidant properties of carbocysteine, N-acetylcysteine and erdosteine provide the stronger rationale for their use in patients affected by CB and COPD, especially in those with frequent exacerbations that require hospitalisation.

Keywords: chronic bronchitis, COPD, mucolytic, mucoregulators, anti-oxidants.

Introduzione

Circa la metà dei fumatori sviluppa la bronchite cronica (BC) e circa il **15%** di chi fuma un pacchetto al giorno e il **25%** di chi ne fuma due è a rischio di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (1).

L'infiammazione delle vie aeree in entrambe le condizioni porta ad una ipersecrezione di muco da parte delle cellule caliciformi e delle ghiandole submucose, che presentano iperplasia e ipertrofia (2). Tali secrezioni bronchiali pre-

sentano proprietà reologiche anormali, con una aumentata viscosità ed elasticità, e conseguentemente la clearance muco-ciliare risulta ridotta.

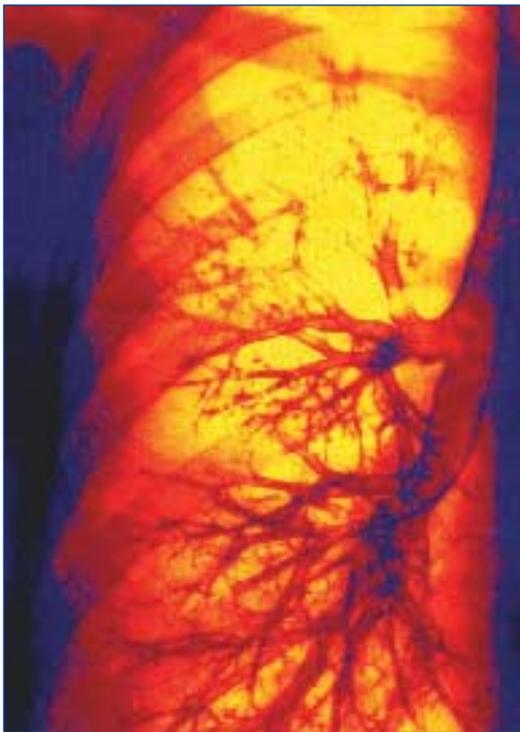
Sia i pazienti bronchitici che quelli broncopneumopatici lamentano esacerbazio-

Marco Mura

Dottorato di Ricerca in Scienze Pneumo-Cardio-Toraciche, Università degli Studi di Bologna
Research Fellow, Thoracic Surgery Research Laboratory, University of Toronto, Canada

ni ricorrenti con peggioramento dei sintomi ed aumento del volume di secrezioni nelle vie aeree. Tali riacutizzazioni sono associate ad infiammazione delle vie aeree (3) e contribuiscono alla morbidità, al peggioramento della qualità di vita (4) e ad un aumento dei costi per il servizio sanitario (5). La severità delle riacutizzazioni dipende dalla severità della malattia ostruttiva (6).

Le esacerbazioni da bronchite e BPCO vengono comunemente trattate con antibiotici e steroidi, ma appare di essenziale importanza avere a disposizione dei farmaci in grado di ridurre la frequenza delle riacutizzazioni. I farmaci mucoattivi determinano un incremento della espettorazione agendo sulle secrezioni bronchiali (7). Una rassegna sistematica dei 20 trial clinici più significativi condotti sugli agenti mucoattivi nella BC e BPCO ha rivelato che questi farmaci sono in grado di ridurre la frequenza di riacutizzazioni del 29% rispetto ai controlli non trattati, con una riduzione media di 0,07 esacerbazioni al mese e di 0,79 all'anno (1). Inoltre tutti gli studi senza eccezione hanno riportato una riduzione della frequenza delle riacutizzazioni. In particolare, nei due studi in cui soggetti arruolati presentavano



un FEV₁ inferiore al 50% del predetto, la riduzione della frequenza di esacerbazioni è stata di 0,13 al mese e 0,8 in 6 mesi, suggerendo un maggiore effetto per quei pazienti più compromessi dal punto di vista funzionale (8-9). È interessante notare che oltre la metà degli studi considerati (11 su 20) sono stati effettuati in Italia (1).

Come agiscono i farmaci mucoattivi?

Gli agenti mucoattivi sono in grado di modificare le proprietà fisico-chimiche delle secrezioni bronchiali, facilitandone l'espettorazione o riducendone la produzione (2).

Tra questi agenti possiamo distinguere i mucolitici e i mucoregolatori.

Proprietà viscoelastiche delle secrezioni bronchiali

I maggiori determinanti della viscosità ed elasticità delle secrezioni dell'apparato respiratorio sono le fucomucine e le immunoglobuline IgG (10).

Le fucomucine sono presenti nelle glicoproteine purificate dal muco respiratorio (GM) e sono assenti nel siero (11). Le GM prodotte localmente dalle cellule caliciformi e dalle ghiandole submucose sono in gran parte responsabili della elevata viscoelasticità delle secrezioni bron-

chiali in condizioni di infiammazione delle vie aeree (11).

Le IgG invece sono largamente derivate dal siero e solo in parte prodotte localmente.

Benché il meccanismo attraverso cui le IgG aumentano la viscoelasticità delle secrezioni non sia chiaro, il controllo dell'infiammazione risulta in

grado di ridurre la viscoelasticità del muco attraverso una riduzione delle IgG (11).

Le subunità delle GM possono essere identificate in due diverse regioni peptidiche. La prima è costituita da un polipeptide arricchito da gruppi oligosaccaridici, attaccato alla serina e alla treonina; esso è resistente all'attacco proteolitico.

La seconda è invece priva di glucidi e sensibile agli attacchi proteolitici (11).

Le proprietà viscoelastiche del muco non dipendono solo dalla quantità di GM, ma anche dalla formazione di interconnessioni mediante legami molecolari nell'ambito del muco stesso. Le GM si formano attraverso l'associazione di subunità mediante ponti disulfidici, diventando in tal modo molecole molto grandi (11). Anche altri legami intermolecolari, quali i legami ionici, legami idrogeno e le forze di Van der Waal possono contribuire alla formazione di strutture complesse.

N-acetilcisteina

La N-acetilcisteina (NAC) è dotata di un gruppo sulfidrilico libero che interrompe i legami disulfidici sulle GM, rompendo le strutture glicoproteiche in componenti meno viscosi (12). La NAC viene prima metabolizzata in cisteina ed aumenta i gruppi sulfidrilici tissutali. La NAC diminuisce pertanto la viscosità delle secrezioni. In uno studio *in vitro* la somministrazione di una soluzione di NAC al 10% ha determinato una diminuzione assai significativa della viscoelasticità del muco nasale mucopurulento (13). La NAC è dotata anche di proprietà antiossidanti, essendo deacetilata in cisteina, che è un importante precursore del sistema del glutatione (14).

Erdosteina

L'erdoesteina è un agente espettorante derivato dalla omocisteina. L'erdoesteina alla dose di 100-600 mg/kg si è dimostrata in grado di attenuare l'inibizione della clearance muco-ciliare e l'infiltrazione di cellule infiammatorie in ratti sottoposti ad instillazione intratracheale di lipopolisaccaride (15). Tuttavia, nessun effetto veniva osservato sull'aumento della albumina e dei mucopolisaccaridi nel lavaggio broncoalveolare (BAL) (15).

In uno studio clinico randomizzato, controllato e in doppio cieco, condotto su 155 pazienti affetti da BPCO la somministrazione di erdoesteina 300 mg per 8 mesi ha determinato una riduzione significativa delle riacutizzazioni bronchitiche, assenza di perdita funzionale e miglioramento della qualità di vita, valu-

tata con questionari specifici, rispetto ai controlli trattati con *placebo* (16).

L-cisteina etil estere idrocloride

L-cisteina-etil-estere-idrocloride (CEE) è un altro mucolitico sulfidrilico utilizzato per via orale, soprattutto in Giappone. In uno studio, la CEE 300 mg/die per 4 settimane ha determinato una riduzione della viscoelasticità del muco in pazienti affetti da sinusite cronica (17). La CEE somministrata oralmente viene biotrasformata in NAC (11). Mancano però degli studi sulla BC e la BPCO.

Deossiribonucleasi

La deossiribonucleasi ricombinante umana è un enzima proteolitico che *in vitro* riduce l'adesività, viscosità ed elasticità delle secrezioni provenienti da pazienti con fibrosi cistica (11). Successivi studi clinici ne hanno documentato l'efficacia e la sicurezza nei pazienti con fibrosi cistica (18). Uno studio *in vitro* ne ha dimostrato l'efficacia anche sulle secrezioni ottenute da pazienti con BC (19). Anche in questo caso sono necessari trial clinici per valutarne l'efficacia nei pazienti con BC e BPCO.

Ambroxolo

L'ambroxolo (trans-4-(2-amino-3,5-dibromobenzilamino)-cicloesano idrocloride) stimola la secrezione mucosa promuovendone anche una normalizzazione della viscosità (20). L'ambroxolo ha anche azione antinfiammatoria, inibendo la produzione di citochine e di metaboliti dell'acido arachidonico, ed antiossidante, agendo da scavenger del radicale idrossile e dell'acido ipocloroso (20). Il trattamento con ambroxolo (72 mg 2 v./die) per un anno di 242 soggetti affetti da BPCO non ha però determinato una significativa diminuzione delle riacutizzazioni bronchitiche rispetto ai soggetti trattati con il *placebo* (21). Un effetto vantaggioso in termini di giorni liberi da malattia veniva tuttavia osservato nei 45 pazienti più compromessi dal punto di vista funzionale (21). Questi risultati dovrebbero essere quindi confermati da studi più ampi e focalizzati su popolazioni di soggetti con incapacità ventilatoria ostruttiva più pronunciata.

Carbocisteina: un agente mucoregolatore e antiossidante

La carbocisteina (SCMC) è un derivato della cisteina in cui i gruppi sulfidici sono bloccati da un residuo di acido carbossilico (22). SCMC svolge una differente azione sulle secrezioni, modificandone l'equilibrio della sintesi delle glicoproteine a livello delle cellule secernenti il muco nelle vie aeree (23). SCMC può quindi essere definita un **agente mucoregolatore**, capace di correggere i disordini nella sintesi delle glicoproteine e normalizzando la funzione secretoria della mucosa bronchiale (22).

Meccanismi di azione della carbocisteina

La ingestione di SCMC 50 mg/kg/die determina una aumentata sintesi delle mucine ricche di acido sialico (sialomucine) e una riduzione delle fucomucine. A causa dei loro gruppi carbossilici periferici le sialomucine si possono attaccare a numerose molecole, quali acqua, proteine, peptidi (22). La struttura viscoelastica delle secrezioni mucose bronchiali ne risulta modificata, facilitandone l'espettorazione e la clearance muco-ciliare e diminuendo il rischio di sovrainfezione e di rimodellamento delle vie aeree.

Più recentemente il gruppo tioetere contenuto nella SCMC sale di lisina monoidrato (SCMC-Lys) ha mostrato la capacità di ridurre l'infiammazione delle vie aeree (24). In modelli animali SCMC-Lys somministrata oralmente (300 mg/kg) si è dimostrata in grado di ridurre l'infiltrazione di neutrofili ed eosinofili indotta da instillazione intratracheale di interleuchina 1 beta (5 ng) o ad instillazione intrapleurica di *carragenina* (200 ml di soluzione al 2%) (25). Nello stesso studio SCMC-Lys si è rivelata capace di contrastare in modo dose-dipendente la ipereattività bronchiale e l'infiltrazione di eosinofili indotte dalla esposizione sperimentale al fumo di tabacco per 10 minuti consecutivi (25). I meccanismi alla base di questa azione antinfiammatoria rimangono tuttora da chiarire completamente; tra di essi vi potrebbero essere un effetto broncodilatatore diretto sulla muscolatura liscia delle vie aeree, gli effetti sulle secrezioni mucose

e gli effetti antiossidanti, discussi di seguito (25).

Un recente studio ha evidenziato anche un possibile effetto diretto sull'attivazione dei neutrofili. Neutrofili isolati da campione di sangue umano sono stati preincubati con diverse concentrazioni di SCMC ed incubati con N-formil-metionil-leucil-fenilalanina (FMLP), un peptide chemiotattico in grado di attivare i neutrofili. Il trattamento con 10 mg/ml o più di SCMC ha determinato sui neutrofili una riduzione dell'attività chemiotattica e dell'aderenza FMLP-mediata alle cellule endoteliali dei vasi polmonari e una riduzione della produzione di inositolo 1,4,5-trifosfato e di diacilglicerolo, due marker dell'attivazione dei neutrofili (26).

Proprietà antiossidanti di SCMC-Lys sono state suggerite da studi *in vitro* condotti su polimorfonucleati neutrofili attivati, in cui la SCMC-Lys si è dimostrata un efficiente scavenger di radicali liberi dell'ossigeno quali il radicale idrossile e l'acido ipocloroso (27). Questa proprietà viene svolta attraverso l'ossidazione del gruppo tioetere della SCMC-Lys (27). L'attività di scavenger si accompagnava inoltre alla riduzione della produzione di interleuchina 8, uno dei maggiori mediatori del reclutamento dei neutrofili, da parte delle cellule mononucleate del sangue periferico (27). Simili osservazioni sulle proprietà antiossidanti della SCMC-Lys sono state riportate su altri sistemi produttori di ROS (BAL da pazienti con BPCO e siero umano trattato con ultrasuoni e cellule endoteliali in coltura trattate con elastasi) (28). In questo caso l'azione inibitrice si svolgeva anche sulla produzione di anione superossido (28).

A conferma degli studi sperimentali, uno studio clinico condotto su 40 soggetti con BPCO riacutizzata, di cui 15 trattati con SCMC-Lys 2,7 g/die per via orale per 6 mesi, ha dimostrato una marcata riduzione dello 8-isoprostano, un marcatore dello stress ossidativo, e della interleuchina 6 (IL-6), un marcatore dell'infiammazione, nell'esalato condensato dei pazienti trattati con SCMC-Lys rispetto ai livelli riscontrati al momento della riacutizzazione e rispetto ai controlli non trattati (29). È stata

anche evidenziata una correlazione significativa tra i livelli di 8-isoprostano e IL-6 (29). Questo è il primo studio clinico che ha messo in evidenza le proprietà non solo mucoregolatrici ma anche anti-ossidanti della SCMC-Lys. Dato il riconosciuto ruolo oncogenetico dei ROS contenuti nel fumo di tabacco (30), queste osservazioni sul ruolo antiossidante, oltre che mucoregolatore e antinfiammatorio, della SCMC-Lys rivestono una particolare importanza nella prevenzione della BPCO e del cancro del

polmone nei soggetti fumatori ed ex-fumatori.

Conclusioni

Gli agenti mucoattivi possono limitare o prevenire l'ostruzione bronchiale normalizzando le caratteristiche reologiche delle secrezioni bronchiali e riducendo l'edema della mucosa e il broncospasmo. La **carbocisteina**, la **NAC** e la **erdosteina** hanno mostrato le proprietà e le evidenze clinico-sperimentali più promettenti per un loro impiego nel trattamento

della BPCO. Le loro proprietà antinfiammatorie potrebbero rivelarsi molto utili anche nel trattamento dell'asma e della panbronchiolite diffusa (2). Futuri trial clinici su larga scala e multicentrici sono comunque richiesti per valutare il ruolo definitivo dei mucoattivi nei pazienti con riacutizzazioni bronchitiche frequenti e prolungate o che richiedono l'ospedalizzazione.

Corrispondenza: Dr. Marco Mura
marcomura@hotmail.com

Bibliografia:

- Poole J, Black, PN. Oral mucolytic drugs for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review. *British Medical Journal* 2001;322:12171-1276.
- Rubin BK. The pharmacologic approach to airway clearance: mucoactive agents. *Respir Care* 2002;47(7):818-22.
- Wedzicha JA, Donaldson GC. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care* 2003;48(12):1204-13; discussion 1213-5.
- Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157(5 Pt 1):1418-22.
- Feinleib M, Rosenberg HM, Collins JG, Delozier JE, Pokras R, Chevarley FM. Trends in COPD morbidity and mortality in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1989;140(3 Pt 2):S9-18.
- MacNee W, Calverley PM. Chronic obstructive pulmonary disease. 7: Management of COPD. *Thorax* 2003;58(3):261-5.
- Del Donno M, Olivieri D. Mucoactive drugs in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Monaldi Arch Chest Dis* 1998;53(6):714-9.
- Committee BTSR. Oral N-acetylcysteine and exacerbation rates in patients with chronic bronchitis and severe airways obstruction. *Thorax* 1985;40:832-835.
- Petty T. The national mucolytic study: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study of iodinated glycerol in chronic obstructive bronchitis. *Chest* 1990;97:75-83.
- Majima Y, Harada T, Shimizu T, Takeuchi K, Sakakura Y, Yasuoka S, et al. Effect of biochemical components on rheologic properties of nasal mucus in chronic sinusitis. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160(2):421-6.
- Majima Y. Mucoactive medications and airway disease. *Paediatr Respir Rev* 2002;3(2):104-9.
- Sheffner AL. The reduction in vitro in viscosity of mucoprotein solutions by a new mucolytic agent, N-acetyl-L-cysteine. *Ann N Y Acad Sci* 1963;106:298-310.
- Rhee CS, Majima Y, Cho JS, Arima S, Min YG, Sakakura Y. Effects of mucokinetic drugs on rheological properties of reconstituted human nasal mucus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125(1):101-5.
- Mura M, Zaga'V, Fabbri M. Strategie di oncoprevenzione con antiossidanti nei confronti dei radicali liberi del fumo di tabacco. *Tabaccologia* 2003;3:23-28.
- Hosoe H, Kaise T, Ohmori K. Erdosteine enhances mucociliary clearance in rats with and without airway inflammation. *J Pharmacol Toxicol Methods* 1998;40(3):165-71.
- Moretti M, Bottrighi P, Dallari R, Da Porto R, Rholetti A, Grandi P, et al. The effect of long-term treatment with erdosteine on chronic obstructive pulmonary disease: the EQUALIFE Study. *Drugs Exp Clin Res* 2004;30(4):143-52.
- Majima Y, Hirata K, Takeuchi K, Hattori M, Sakakura Y. Effects of orally administered drugs on dynamic viscoelasticity of human nasal mucus. *Am Rev Respir Dis* 1990;141(1):79-83.
- Zahm JM, Girod de Bentzmann S, Deneuille E, Perrot-Minnot C, Dabadie A, Pennaforte F, et al. Dose-dependent in vitro effect of recombinant human DNase on rheological and transport properties of cystic fibrosis respiratory mucus. *Eur Respir J* 1995;8(3):381-6.
- Puchelle E, Zahm JM, de Bentzmann S, Grosskopf C, Shak S, Mougel D, et al. Effects of rhdNase on purulent airway secretions in chronic bronchitis. *Eur Respir J* 1996;9(4):765-9.
- Gillissen A, Nowak D. Characterization of N-acetylcysteine and ambroxol in anti-oxidant therapy. *Respir Med* 1998;92(4):609-23.
- Malerba M, Ponticciello A, Radaeli A, Bensi G, Grassi V. Effect of twelve-months therapy with oral ambroxol in preventing exacerbations in patients with COPD. Double-blind, randomized, multicenter, placebo-controlled study (the AMETHIST Trial). *Pulm Pharmacol Ther* 2004;17(1):27-34.
- Puchelle E, Aug F, Polu JM. Effect of the mucoregulator S-carboxy-methyl-cysteine in patients with chronic bronchitis. *Eur J Clin Pharmacol* 1978;14(3):177-84.
- Garcet S, Servin A, Huyen VN. [Effect of a prolonged treatment by S-carboxy-methyl-cysteine on the disturbances of the pulmonary protein synthesis induced by sulfur dioxide in the rat]. *C R Seances Soc Biol Fil* 1974;168(1):43-6.
- Barnes PJ. New concepts in chronic obstructive pulmonary disease. *Annu Rev Med* 2003;54:113-29.
- Asti C, Melillo G, Caselli GF, Daffonchio L, Hernandez A, Clavenna G, et al. Effectiveness of carbocysteine lysine salt monohydrate on models of airway inflammation and hyperresponsiveness. *Pharmacol Res* 1995;31(6):387-92.
- Ishii Y, Kimura T, Morishima Y, Mochizuki M, Nomura A, Sakamoto T, et al. S-carboxymethylcysteine inhibits neutrophil activation mediated by N-formyl-methionyl-leucyl-phenylalanine. *Eur J Pharmacol* 2002;449(1-2):183-9.
- Brandolini L, Allegretti M, Berdini V, Cervellera MN, Mascagni P, Rinaldi M, et al. Carbocysteine lysine salt monohydrate (SCMC-LYS) is a selective scavenger of reactive oxygen intermediates (ROIs). *Eur Cytokine Netw* 2003;14(1):20-6.
- Pinamonti S, Venturoli L, Leis M, Chicca M, Barbieri A, Sostero S, et al. Antioxidant activity of carbocysteine lysine salt monohydrate. *Panminerva Med* 2001;43(3):215-20.
- Carpagnano GE, Resta O, Foschino-Barbaro MP, Spanevello A, Stefano A, Di Gioia G, et al. Exhaled Interleukine-6 and 8-isoprostane in chronic obstructive pulmonary disease: effect of carbocysteine lysine salt monohydrate (SCMC-Lys). *Eur J Pharmacol* 2004;505(1-3):169-75.
- Zaga'V, Mura M, Fabbri M. Ruolo oncogenetico dei radicali liberi nel fumo di tabacco. *Tabaccologia* 2003;2:27-32.
- Fletcher C., Peto R, Tinker C., et al., The Natural History of Chronic Bronchitis and Emphysema. Oxford, Oxford University Press, 1976.

News & Views

A cura di Zagor & Walls

(in collaborazione con GEA Progetto Salute e Globalink)



Convenzione Quadro Mondiale per il Controllo del Tabacco (Framework Convention on Tobacco Control)

FCTC operativa nei Paesi ratificatori dal 27 febbraio 2005

Sono 168 i firmatari dell'FCTC (www.fctc.org), di cui 50 hanno ratificato la Convenzione che permette di applicare norme condivise a livello internazionale sulla pubblicità del tabacco e sulle politiche di controllo dell'epidemia che sta uccidendo oltre 4 milioni di persone l'anno. Il numero complessivo dei partner è comunque 52, in quanto due paesi, il Nauru e l'Armenia, l'hanno ratificata senza esserne firmatari (tramite la cosiddetta "accession"). I numeri si riferiscono al 24 gennaio 2005. Per questi paesi che hanno ratificato, la Convenzione è operativa da domenica 27 febbraio u.s.

I 52 partner costituiscono il 37,0% della popolazione mondiale (2,360 miliardi su

6,378 miliardi), fra cui il più popoloso è l'India con i suoi 1,065 miliardi di abitanti, ovvero il 16,7% della popolazione mondiale. I 168 firmatari più i 2 paesi che hanno aderito con "accession", rappresentano il 91,4% della popolazione mondiale. I partner potenziali sono 192, ovvero i 192 membri dell'OMS più la Comunità Europea, più il Lichtenstein, che non è membro dell'OMS ma membro dell'ONU. La 40° ratifica dell' FCTC è avvenuta il 29 Novembre 2004, appenna 18 mesi dopo la sua nascita dell'FCTC, il 21 Maggio 2003.

Purtroppo l'Italia, che aveva sottoscritto la Convenzione il 16 giugno 2003, non l'ha ancora ratificata. Con una lettera inviata al

Ministro Sirchia, e che potrete leggere in SITAB home page, l'Associazione nazionale dei malati di BPCO con il supporto di alcune società scientifiche (ERS, SITAB, AIPO etc.) sollecita un decisione rapida affinché il nostro Paese possa dotarsi quanto prima delle misure necessarie all'applicazione della Convenzione e possa contribuire a svolgere un ruolo importante a difesa della salute dei cittadini. Il Ministero della Salute ci ha informato che tutte le relazioni tecniche necessarie per ratificare la Convenzione sono state preparate e trasmesse al Ministero degli Esteri, che è competente del successivo iter procedurale.

Bologna 2 aprile-31 maggio

Le vie del fumo - Rassegna didattica multimediale per la prevenzione del tabagismo

"Le vie del fumo" è una rassegna didattica multimediale dedicata alla prevenzione dell'abitudine al fumo negli adolescenti. È nata da un'idea della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Reggio Emilia nell'ambito del Progetto Tabagismo della Regione Emilia-Romagna. Ha un duplice obiettivo: offrire strumenti metodologici e tematici innovativi a operatori sociali, sanitari e docenti per contrastare le dipendenze da sostanze legali; offrire ai giovani studenti (13-18 anni) la possibilità di affrontare il problema fumo con una modalità emotivamente più coinvolgente. I percorsi interattivi comprendono giochi, laboratori, mostre espositive che trattano

questi aspetti: il fumo nella letteratura, la storia dell'arte, le conoscenze scientifiche sul tabagismo, le problematiche della dipendenza, il fumo e la fisiopatologia del respiro. Sono previsti due percorsi: uno per docenti ed operatori sanitari, l'altro per i giovani. Ogni percorso è dotato di laboratori interattivi che utilizzano i linguaggi seguenti: informatico, scientifico, psicologico, simbolico, metaforico e di documentazione video.

"Le vie del fumo" offre la possibilità di riflettere in modo originale e completo sui diversi aspetti che caratterizzano la simbologia e l'immaginario legato alla sigaretta. Nonostante, infatti, siano chiariti gli effetti

nocivi che il fumo attivo e passivo provoca alla salute, smettere di fumare è una scelta estremamente impegnativa ed ambivalente. Ogni fumatore vuole abbandonare la sigaretta ma non sa decidersi a farlo. Attraverso le rassegne espositive e le attività dei laboratori si evidenzia quanto siano ancora forti e radicate le immagini positive che influenzano le idee e il gesto del fumare.

La mostra itinerante, dopo Reggio Emilia, Rimini, Ravenna, Scandiano e di recente a Napoli, sarà aperta a Bologna dal 2 aprile al 31 maggio 2005 presso l'Istituto Tecnico Agrario "A. Serpieri", Via Vittorio Peglion 25 - Bologna. Orari: Lu-Ma-Me (9,00-17). Visite organizzate in 3 turni, previo appuntamento per le classi delle scuole medie sup. di BO e Provincia. Info: LILT-Sez. Bo: tel. 051-309172/300857 (ore 10-12).

(Mario Lavecchia)

Ismigen

107AX
comprresse
Lisato batterico liofilizzato

RISUMMO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

ISMIGEN compresse

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

1 compressa di ISMIGEN contiene:

Principali:

Lisato batterico liofilizzato mg 50 di cui 7 mg corrispondono a:

Streptococcus aureus

8 miliardi

Streptococcus pyogenes

8 miliardi

Streptococcus pyogenes

8 miliardi

Streptococcus pneumoniae

8 miliardi

31 miliardi T_H1 CD11⁺ miliardi - T_H2 CD22⁺ 1 miliardo

YSB27 1.1 miliardo - YSB216 1 miliardo - YSB223 1 miliardo

Y4ATC24 1 miliardo) e 40 mg di sorbato di liofilizzazione giocattolo

3. FORMA FARMACEUTICA

30 compresse per confezione.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Infezioni acute subacute recidivanti e ricorrenti delle vie aeree superiori e del faringe (occlusione) come immunomodulatore (ISMIGEN riduce il numero e l'intensità degli episodi, salvando anche alcuni di essi) e, se richiesto, il prodotto può essere, in caso di necessità, associato ad altri trattamenti (antibiotici, mucolitici).

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Trattamento degli episodi acuti:

una compressa al giorno a digiuno, da assumere sciogliendo sotto la lingua (per un minimo di 10 giorni) sino alla scomparsa dei sintomi.

Trattamento a lungo termine:

una compressa al giorno, da lasciare sciogliere sotto la lingua per 10 giorni consecutivi al mese, per la durata di tre mesi.

4.3 Controindicazioni

Non sono state segnalate controindicazioni.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni d'uso

Tenerle fuori dalla portata dei bambini.

Non assolvere specie al momento del "uso".

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione

Non sono note a tutt'oggi interazioni farmacologiche, incluse gli antibiotici.

4.6 Gravidanza ed allattamento

Pur non essendo ingraini negli animali da esperimento effetti di tipo tossico nel corso della gravidanza, è sconsigliabile il trattamento con ISMIGEN nei primi tre mesi di gravidanza accertata o in caso di gravidanza presunta.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Nessuno nota.

4.8 Effetti indesiderati

A tutt'oggi le sperimentazioni cliniche non hanno segnalato effetti indesiderati relativi all'impiego di ISMIGEN.

4.9 Sovradosaggio

Non sono stati segnalati a tutt'oggi casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

Proprietà farmacodinamiche

ISMIGEN, è un vaccino immunostimolante, ottenuto per lisi batterica meccanica,

che agisce aumentando i poteri di difesa dell'organismo verso i microrganismi responsabili delle infezioni delle vie aeree superiori e del faringe (occlusione). ISMIGEN ha dimostrato attività protettiva nelle infezioni sperimentali con induzione di anticorpi specifici dimostrata con immunomodulazione e risposta cellulare (p.e. stimolazione dei linfociti specifici con formazione di "celle").

Sono assenti effetti depressivi o stimolanti sul apparato cardiovascolare e respiratorio. Le proprietà immunostimolanti di ISMIGEN sembrano essere dovute:

- all'azione delle proprietà cellulari delle membrane dei linfociti T durante i contatti antigenici di IgA;

- all'azione stimolante della risposta non specifica ai mitogeni polimerici (sia nel soggetto sano sia nel malato).

- all'incremento degli immunocomplessi circolanti.

La risposta specifica anticorpale da soggetti trattati con ISMIGEN, è dimostrata dalla stimolazione in vitro del loro siero, in presenza di lisato batterico che esercita un effetto avverso sul sistema anticorpi-microbi.

Proprietà farmacocinetiche

Dalla lettura del prodotto, costituito dai lisati batterici liofilizzati, non è stato possibile approntare studi di farmacocinetica.

Dati preclinici di sicurezza

La tossicità acuta, è stata studiata nel topo e nel ratto per via orale (p.e. per via orale) e si è verificata nei alti farmacodinamiche di tossicità del trattamento per le dosi massime utilizzabili. Nell' studio di tossicità per somministrazione ipodermica (10-100 mg nel topo e nel ratto) ISMIGEN è risultato privo di effetti tossici e non sono evidenziate alterazioni macroscopiche, ematologiche e analitico-patologiche macro e microscopiche di rilievo. La tossicità totale o lo studio della letalità nel topo, nel ratto e nel coniglio a quella posologia per via orale nel topo non hanno evidenziato, rispetto ai controlli, alterazioni di rilievo.

6. INFORMAZIONI FARMACUTICHE

6.1 Lista degli eccipienti

Cellulosa microcristallina 100 mg, Calcio fosfato bivalente 35 mg, Eosina di sodio 10 mg, Magnesio stearato 3 mg, Ammonio glicinato 12 mg, Eosina di sodio 0.8 mg

6.2 Incompatibilità

Non sono state segnalate incompatibilità con altri medicinali.

6.3 Validità

36 mesi, la data di scadenza indica nel confezione e riferisce al prodotto in confezionamento integro correttamente conservato.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

La stabilità deve essere conservata nella confezione originale, a temperatura non superiore a 25°C.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

30 compresse in blister di alluminio/PAO, inserite in astuccio di cartone liofilizzato

7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio

ZAMBON ITALIA S.p.A.

Via della Chimica 9 - 41019 PISA (PI)

8. Numero di autorizzazione all'immissione in commercio

A.I.C. n. 03824016

9. Data di prima autorizzazione/ rinnovo dell'autorizzazione

10 Luglio 2000

10. Data di (perizia) revisione del testo

10 Luglio 2000



Zambon Italia



homepage

PROGETTO INSPIRO: Completata la fase di raccolta dati

Il Progetto d'indagine Inspiro sui centri antifumo italiani, realizzato da SITAB in collaborazione con Link e con il supporto di Dompè, ha terminato la prima fase di raccolta dei dati. L'adesione è stata di 139 Centri Antifumo che hanno inviato i questionari compilati. L'elaborazione dei dati è stata effettuata dalla Link, portando alla stesura di un report voluminosissimo. L'impressione a caldo è proprio quella di aver ricevuto una quantità tale di dati che – oltre al tempo necessario per lo studio – richiederà un lavoro di analisi accurato ma nel frattempo permetterà diversi livelli di indagine ed interpretazione. Infatti, i dati raccolti sono inquadrabili nelle seguenti macro-aree:

- 1) Dati anagrafici
- 2) Dati istituzionali e organizzativi
- 3) Risorse umane
- 4) Attività di cura e assistenza
- 5) Risorse del Centro Antifumo
- 6) Altre aree di interesse
- 7) Attività di formazione
- 8) Aree di implementazione

Alcune informazioni definitive sono già disponibili sulla provenienza regionale e di tipologia del Centro Antifumo.

Dal punto di vista geografico, come già visto nell'analisi ad-interim, il maggior numero di questionari compilati sono arrivati dalle regioni del Nord (71), seguiti dal Sud (40) e dal Centro (28). Da evidenziare, tuttavia, una graduatoria definitiva dei contributi a livello delle prime



6 regioni mostra un grado di partecipazione diffuso in tutto il Paese:

- I Lombardia
- II Emilia-Romagna
- III Lazio
- IV Puglia, Campania
- V Veneto

In proporzione al totale, i questionari da Centri Antifumo di tipologia pneumologica/malattie respiratorie sono stati il 34,53%, seguiti e dai dipartimenti delle dipendenze/SerT (28,06%) e della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (13,53%). I restanti contributi sono arrivati da altre tipologie specialistiche, per esempio cardiologico, ma anche poli-specialistiche come i Centri Antifumo del AUSL formati da professionisti con qualifiche diverse.

Si stanno adesso definendo le strategie di analisi in modo tale da ottenere non solo le informazioni primarie relative alle macro-aree, ma anche confronti incrociati e correlazioni tra di esse.

Christian Chiamulera

Responsabile Centro ricerche e documentazione SITAB
Membro del board internazionale della Society for Research on Nicotine and Tobacco - SNRT.

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

Presidente:

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

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dott. Vincenzo Zagà (Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL 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)
- Prof. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo, SRNT)
- Dott. Mario Del Donno (Direttore U.O. Pneumologia –Osp. Rummo, Benevento)
- Dott.ssa Margherita Neri (Direttore U.O. Pneumologia, Fondazione Maugeri di Tradate, Varese)

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

Servizi ai Soci

I soci della SITAB sono professionisti, ricercatori e soggetti a vario titolo coinvolti nei programmi di controllo del tabagismo. La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

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

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



Centri Antifumo aderenti al Progetto INSPIRO-SITAB

Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
Abruzzo	Chieti (CH)	Ospedale San Camillo De Lellis	U.O.C. di Pneumologia Centro Antifumo	via C. Forlanini, 50	Fernando De Benedetto	0871/358635-358641
	L'Aquila (AQ)	ASL 4 P.O. S. Maria di Collemaggio	Centro Prevenzione Malattie Respiratorie Centro Antifumo	via Bellisari	Vincenzo Colorizio	0862/368929 - 368979
	Teramo (TE)	Presidio Pneumotisiologico Territoriale	Centro Antifumo	v.le Crucoli, 171	Carmela De Iulii	0861/250685 - 244315
Basilicata	Matera (MT)	P.O. di Matera - ASL 4	Dipartimento di Cardiologia e di Prevenzione Centro Antifumo	via Montescaglioso	Giuseppe Tartariello	0835/243685 asl4.prevenzione@retebasilicata.it
Calabria	Catanzaro (CZ)	A.O. Pugliese-Ciaccio	Divisione Medicina Generale Ambulatorio Tabagismo	v.le Pio X	Antonio Costantino	0961/883423 - 883497 - 883498
	Cosenza (CS)	P. O. Mariano Santo A.O. di Cosenza	U.O. Pneumologia Oncologica Centro Antifumo	via dr. M. Piccolo, 1	Francesco Romano	0984/681781
	Cosenza (CS)	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Cosenza	via Monte Grappa, 35/B	Francesco Martire Francesco Romano	0984/28547 legatumoricosenza@libero.it
Campania	Benevento (BN)	A.O. G.Rummo	Dipartimento Servizi Ambulatorio di Medicina Non Convenzionale	via dell'Angelo, 1	Luigi Coppola	0824/57215
	Camaldoli (NA) A.O. V. Monaldi	Il U.O.C. Pneumologia Oncologica	Centro per la cura del tabagismo	via L. Bianchi	Luigi Brancaccio	081/7062481 napoli5@pneumonet.it
	Castelmorrone (CE)	Casa di Cura Villa delle Magnolie	ASL CE 1 Unità Riabilitazione Cardio- Respiratoria Ambulatorio Antifumo	via Ciummiento	Giacomo Grande	0823/320186 - 391313 - 391506
	Napoli (NA)	ASL NA 1 - Distretto 47	Ambulatorio Tabagismo Ser.T.	via S. Gennaro ad Antignano, 42	Antonio Silvestri	081/2549773 - 2549774 - 2549775 nonfumodistretto47@katamail.com
	Napoli (NA)	ASL NA1 Ospedale S.Gennaro	U.O. di Cardiologia Area di Epidemiologia e Prevenzione Cardiovascolare	via S.Gennaro Dei Poveri, 25	Cosimo Fulgione	081/2545399 info@cardiologia-sangennaro.it
	Napoli (NA)	A.O.R.N. A.O. A. Cardarelli	U.O. Pneumologia Oncologica Centro Prevenzione e Cura del Tabagismo	via A. Cardarelli, 9	Arcangelo Sena	081/7473326 - 7473371
	Pomigliano D'Arco (NA)	ASL NA 4 - Distretto 71	Ambulatorio Tabagismo	p.zza S. Agnese	Antonio Perillo	081/3173202 sert.pom@libero.it
	Pregiato di Cava de' Tirreni (SA)	Centro Regionale ad Alta Specializzazione	Ospedale S. Maria Dell'Olmo Struttura Complessa di Fisioterapia Respiratoria	via Santoriello, 2	Domenico Giannattasio	089/4455052
	S. Maria Capua Vetere (CE)	P.O. S.Giuseppe e Melorio ASL CE 2	Ambulatorio Terapia Antifumo	via Melorio	Teresa Buonanno	0823/891295
	Salerno (SA)	OORR Riggio D'Aragona S. Leonardo - A.O. A. Salerno	UO Pneumologia Centro Antifumo	via San Leonardo	Brunello D'Urso	089/672630 - 672703-791912
	Salerno (SA)	Presidio Ospedaliero Giovanni da Procida ASL SA 2	U.O. Pneumologia Centro Dissuasefazione dal Fumo e Cura delle Patologie Respiratorie Correlate	via Salvatore Calenda, 160	Natalino Barbato	089/693304
	San Giuseppe Vesuviano (NA)	Centro Medico Focus	Ambulatorio antifumo	via Roma 60	Gennaro Martino	081/5298306-8284140



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
Emilia Romagna	Bologna	AUSL di Bologna	Presidio di Pneumotisiologia Dip.Cure Primarie - Centro Prevenzione e Disassuefazione dal Fumo di Tabacco	via Tiarini, 10	Vincenzo Zagà	051/706269 pneumo.tiarini@ ausl.bologna.it
	Bologna	AUSL di Bologna	P.O. Bellaria U.O. Pneumotisiatria Centro Antifumo	via Altura, 3	Luigi Tosto	051/6225602
	Bologna	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Bologna	via Argelati, 17/A	Domenico F. Rivelli Simone Storani	051/300857 bologna@iilt.it webmaster@ legatumoribologna.it
	Codigoro (FE)	AUSL di Ferrara Distretto Sud-Est	Programma Dipendenze Patologiche - Ser.T. Centro Antifumo	via Kennedy, 4/a	Franca Baraldi	0533/729737 sert.codigoro@ ausl.fe.it
	Copparo (FE)	Presidio ASL Ospedale San Giuseppe	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	via Roma, 18	Viviani Urbano	0532/879933
	Ferrara	AUSL di Ferrara	Programma Dipendenze Patologiche - Ser.T. Centro Antifumo	via Mortara, 14	Renzo Marsili	0532/235070 - 235076 sert.farmacoterapia @ausl.fe.it
	Gaiato-Pavullo (MO)	Ospedale Privato Accreditato Villa Pineta srl	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	via Gaiato, 127	Daniela Lugli	0536/42039 info@villapineta.it psico@villapineta.it
	Modena	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Modena	Policlinico, via Del Pozzo, 71	Gianluca Grazioli	059/374217 info@ legatumori.mo.it
	Parma	A.O. Universitaria di Parma	Dip. Scienze Cliniche Centro Antifumo Padiglione Rasori	via Rasori, 10	Emilio Marangio	0521/703494
	Piacenza	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Piacenza	via Taverna, 49	Rodolfo Canaletti	0523/384706 lega.tumori.pc@ virgilio.it
	Portomaggiore (FE)	AUSL di Ferrara Distretto Sud-Est	Programma Dipendenze Patologiche - Ser.T. Centro Antifumo	via De Amicis, 22	Franca Baraldi	0532/817551 817548 sert.pm@ausl.fe.it
	Reggio Emilia	Azienda USL di Reggio Emilia	Ser.T. Distretto RE Centro Antifumo	via Amendola, 2 "Padiglione Tansi"	Roberto Bosi	0522/335569- 335257
	Riccione (RN)	Istituto Oncologico Romagnolo	Corsi per Smettere di Fumare	p.zza Matteotti, 5	Maura Muccini	0541/606060
	Rimini	Istituto Oncologico Romagnolo	Corsi per Smettere di Fumare	c.so D'Augusto, 213	Maria Silvia Di Marco	0541/ 29822 rimini@ior-forli.it
	Tabiano (PR)	Terme di Tabiano spa	Terme di Tabiano spa	v.le Alle Terme, 32	Flavio Strinati	0524/564104- 564111 dirsan@ termeditabiano.it
Friuli Venezia Giulia	Gemona del Friuli (UD)	ASL N. 3 Alto Friuli	Azienda per i Servizi Sanitari	via Battiferro, 15	Gianni Canzian	0432/982312 ddd@ass3.sanita. fvg.it
	Gorizia	USL 2 Isontina	Dipartimento Dipendenze Ambulatorio Antitabagico	via Vittorio Veneto, 174	Andrea Fiore	0481/592782 alcolgorizia@tin.it
	Trieste	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Trieste	via Rossetti, 62	Teresa Vivante	040/398312 legatumorits@ libero.it
	Udine	Policlinico Universitario	Istituto di Farmacologia Clinica e Tossicologia Ambulatorio Tabagismo	via Colugna, 50	Massimo Baraldo	0432/559833



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Udine	ASS 4 Medio Friuli	Dipartimento Dipendenze - Ser.T. Centro di Prevenzione e Trattamento del Tabagismo	via Pozzuolo, 330	Maria Maisto	0432/806649 806650
Lazio	Frosinone	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Frosinone	c.so Lazio, 17	Angela Spano	0775/841083- 857695
	Rieti	Ospedale Generale Provinciale - ASL Rieti	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	v.le Kennedy	Shokoofe Eslami Varzaneh	0746/278354
	Roma	SITAB, Società Italiana di Tabaccologia	Ricerca, documentazione, formazione su Tabagismo e problemi Fumo-correlati	via Giorgio Scalia, 39	Paola Lancia	06/39722649 tabaccologia@ fastwebnet.it
	Roma	Ospedale S. Filippo Neri	Unità di Broncopneumologia Ambulatorio per il Tabagismo Diagnosi precoce delle patologie Fumo-correlate	via G. Martinotti, 20	Sergio Cacciari Stefano Cademartori	06/33062301
	Roma	GEA Progetto Salute (ONLUS)	Prevenzione e trattamento multimodale del Tabagismo	via G. Scalia, 39	Greta Cerretti	06/39722649 centrostudi@ tabagismo.it terapia@tabagismo.it
	Roma	ASL RM B Poliambulatorio	Ambulatorio Tabagismo	via Filippo Meda, 35	Italia Protani	06/23230177 41435874
	Roma	ASL RM C - Ser.T	Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo Centro Antifumo	via Appia Antica, 220	Claudio Leonardi	06/7803405
	Roma	ASL RM C - Direzione Distretto IX	Centro Antifumo "Vita Ariosa"	via Monza, 2	Elisabetta Fusconi	06/51006632 51006620 vitariosa.distretto9@ aslrnc.it
	Roma	IRCCS Regina Elena Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Servizio Fisiopatologia Respiratoria Ambulatorio per la Cessazione dal Tabacco	via E. Chianesi, 53	Vincenzo Cilenti	06/52666902
	Roma	Azienda Policlinico Umberto I	Centro Policlinico Senza Fumo	v.le del Policlinico, 155	Domenico Enea	06/49972519
	Roma	ASL RM C U.O. Medicina Preventiva età evolutiva	Distretto Sanitario XI	via S. Nemesio, 28	Anna Maria Di Mauro	06/51003781- 51003785- 51003788
	Roma	AO S. Camillo-Forlanini	Dipartimento di Malattie Polmonari	via Portuense, 332	Giuseppe De Angelis	06/55180421
	Roma	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Roma	via Alessandro Torlonia 15	Silvio Arcidiacono	06/442597-442591 sede.centrale@ liit.it
	Viterbo	ASL Viterbo - S.P.I.S.L.L.	Dipartimento di Prevenzione Centro Antifumo	via L. Garbini 29/G	Fabio Dominici	0761/339707-339717 dip.prevenzioneaslvt@ libero.it
Liguria	Genova	A.O. Villa Scassi	U.O. Pneumologia Ambulatorio Tabagismo	c.so Onofrio Scassi, 1	Giovanni Paolo Ivaldi	010/4102494 4102485
	Genova	A.O. San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate	P.O. Clinica Pneumologica Centro Antifumo	l.go Rosanna Benzi	Giovanni Palacqua	010/5552105 5552739
	Imperia	Ospedale Civile	U.O. Pneumologia	via S. Agata, 57	Antonella Serafini	0183/537029 im.pneumologia@ asl1.liguria.it
	La Spezia	Ospedale Civile S. Andrea AUSL 5 Spezzino	U.O. Malattie Apparato Respiratorio Felettino Centro Antifumo	via del Forno, 5 Felettino	Vincent Eze Ahanonu	0187/533639



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Savona	Poliambulatorio - ASL 2 Savonese	Dipartimento per le Dipendenze Ambulatorio Tabagismo	via S. Lucia, 11/1	Roberto Carrozzino	019/8489170
Lombardia	Bergamo	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Bergamo	via Malj Tabaiani, 4	Anna Contilli	035/242117 251322 legatumoribg@tin.it
	Bormio (SO)	ASL Provincia di Sondrio Distretto Bormio	Servizio Dipendenze Ambulatorio per la Cessazione dal Fumo	v.lo del Ginnasio, 3	Marina Compagnoni	0342/909143 sert.bormio@asl.sondrio.it
	Brescia	A.O. Spedali Civili di Brescia	Divisione di Pneumologia Ambulatorio per la Disassuefazione dal Fumo	p.le Spedali Civili, 1	Maria Cristina De Leonardis	030/302381 302382
	Brescia	IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli	Progetto Antifumo	via Pilastroni, 4	Sergio Monchieri	030/35011 3501555
	Busto Arsizio (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento per le Dipendenze Ser.T. Centri Antifumo	via Novara, 48	Banfi Giovanni Pietro	0331/353759 sertbusto@asl.va.it
	Crema (CR)	ASL provincia di Cremona	Servizio per le Tossicodipendenze Ambulatorio Tabagismo	via Medaglie d'Oro, 9	Antonio Prete	0373/893611 sert.crema@aslcremona.it
	Cremona	ASL provincia di Cremona	Servizio Dipendenze Ser.T	via Postumia, 23/G	A. Maria Camisani	0372/497551 sertcremona@aslcremona.it
	Cremona	A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona	Presidio Pneumopatie e Specialistica Extraospedaliera Centro Antifumo	v.le Trento e Trieste, 15	Mauro Parpanesi	0372/405853
	Gallarate (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento delle Dipendenze Ser.T Centro Antifumo	via Cavallotti, 21	Tarcisia Conti	0331/777895 sertgallarate@asl.varese.it
	Gazzaniga (BG)	ASL provincia di Bergamo	Dipartimento Dipendenze Ser.T Gazzaniga	via Manzoni, 134/A	Paolo Donadoni	035/712935 sert_gazzaniga_segreteria@asl.bergamo.it
	Lecco	ASL provincia di Lecco	Ambulatorio SerT Servizio Tossicodipendenze	via Ghislanzoni, 22	Asghar Masoudi	0341/353033
	Magenta (MI)	ASL provincia di Milano 1	Dipartimento di Prevenzione Ambulatorio di Disassuefazione dal Fumo per Scuole	via Al Donatore di Sangue, 50	Aquilele Campiotti	02/97973537 prevenzione.magenta@asلمي1.mi.it
	Mantova	ASL provincia di Mantova	Ser.T di Mantova Centro Antifumo	via Miran Hrovatin,2	Laura Bini	0376/375906 375911
	Mantova	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Mantova	via Portichetto, 9	Giuseppe Cesa	0376/369177 221519 info@legatumori.mantova.it
	Milano	IEO. Ricerca, aggiornamento e formazione sul tabagismo e le patologie Fumo-correlate	Unità Cardiologia Centro Antifumo Sanità senza Fumo	via G. Ripamonti, 435	Carlo M. Cipolla	02/57489539
	Milano	Asl Città di Milano Distretto III	Ambulatorio per la Disassuefazione dal Fumo	l.go Volontari del Sangue 1	Federico E. Perozziello	02/85785450
	Milano	A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento	Clinica del lavoro Centro Prevenzione Diagnosi e Cura Tabagismo	via S. Barnaba, 8	Giuseppe Rivolta	02/57992615 icpantifumo@hotmail.com
	Milano	A.O. Ospedale San Carlo Borromeo	Servizio di Psicologia Ospedaliera Centro Ambulatoriale per la Disassuefazione dal Fumo	via Pio II, 3	Giorgio De Isabella	02/40222832 40222497 seg.psicologia@sancarlo.mi.it



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Monza	ASL provincia di Milano 3	Dipartimento Dipendenze - Ser.T. Centro Antifumo	v.le Elvezia, 2	Biagio Tinghino	039/2384711 2384744
	Pavia	A.O. provincia di Pavia	Presidio Pneumotisiologico Ambulatorio per Fumatori	v.le Gorizia, 97	Marco Consiglio	0382/432763
	Rho - Passirana (MI)	A.S. Salvini di Garbagnate P.O. Casati Passirana	U.O. Pneumologia Riabilitativa Ambulatorio Pneumologico Antifumo	via Settembrini, 1	Silvia Viola	02/9994304451 994304459 994304596
	Saronno (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento delle Dipendenze Ser.T Centro Antifumo	via Varese, 196	Fabio Reina	02/9626478 9626445 sertsaronno@asl.varese.it
	Tradate (VA)	ASL provincia di Varese	Dipartimento delle Dipendenze Ser.T Centro Antifumo	via Monte Nevoso, 6	Alberto Ferarari	0331/817255 serttradate@asl.varese.it
	Vigevano (PV)	ASL provincia di Pavia	Dipartimento Dipendenze Ser.T. Centro Antifumo	via Trieste, 23	Paolo San Bartolomeo	0381/697711
Marche	Ascoli Piceno	Ospedale C. e G. Mazzoni	U.O.C. Pneumologia Ambulatorio Antifumo	via degli Iris, 6	Riccardo Pela	0736/358258
	Jesi (AN)	ASUR Zona Territoriale 5	P.O. Murri UO Pneumologia	via dei Colli, 52	Carmine Grimaldi	0731/534157 centropsicoterapia@mercurio.it
	Pesaro	A. O. Ospedale San Salvatore	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	p.le Cinelli, 5	Aldo Rossi	0721/362277
	Pesaro	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Pesaro Ospedale S. Salvatore Servizio Oncologico	via Lombroso	Giuseppina Catalano	0721/364124
	Porto S. Giorgio (AP)	ASUR Zona Territoriale 11 Fermo	Ambulatorio Pneumotisiologia Consultorio Antifumo	via della Misericordia, 1	Anna Maria Calcagni	0734/6252617 6252618 pneumologia.psg@asl11.marche.it
Molise	Agnone (IS)	ASL N. 1 Alto molise	Ser.T. Agnone	p.zza XX Settembre	Rita Rosato	0865/7222367 7222236 aslset@virgilio.it
Piemonte	Alessandria	A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	Centro di Fisiopatologia Respiratoria	via Venezia, 16	Biagio Polla	0131/206331
	Asti	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Asti	via Bigatti, 14	Fernando Sorisio	0141/595196 878348
	Biella	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Biella	via Belletti Bona, 20	Riccardo Zaffalon	015/8352111 hospicebiella@tin.it
	Casale Monferrato (AL)	Ospedale S. Spirito ASL 21	U.O. Pneumologia	v.le Giolitti, 2	Ezio Piccolini	0142/434246 pneumo@asl21.piemonte.it
	Novara	ASL 13-Ser.T	Ambulatorio di disassuefazione Tabagica	via Monte San Gabriele, 4	Liborio Martino Cammarata	0321/374354
	Orbassano (TO)	ASL 5 - S.C. Ser.T Sangone	Dipartimento Patologia delle Dipendenze	via Papa Giovanni XXIII, 9	Daniele Pini	011/9003611 34988089 asl5.orbassano@sert.piemonte.it
	Torino (TO)	Ospedale S. Giovanni Bosco ASL 4	U.O.A Otorinolaringoiatria Centro Antifumo	I.go Donatore di Sangue, 3	Fabio Beatrice	011/2402225 2402225



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
Puglia	Acquaviva delle Fonti (BA)	Ente ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli	UO Pneumologia Poliambulatorio Centro Antifumo	via Maselli Campagna, 104	Pietro Schino	080/2301467 2301468-2301715
	Bari	A.O. Policlinico Consorziale	Malattie Apparato Respiratorio II U.O. Servizio di Pneumologia Centro Antifumo	p.zza G. Cesare, 11	Agostina Martinelli	080/5592964 5594167
	Bari	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Bari	c.so Benedetto Croce, 32	Michele Quaranta	080/5575436 5565477 bari@liit.it
	Casamassima (BA)	ASL BA 5 Poliambulatorio Casamassima	Dipartimento di Prevenzione U.O. Pneumologia Territoriale Centro di Riferimento per la Lotta al Tabagismo	via Lecce, 5	Nicola Partipilo	080/4530040
	Cerignola (FG)	Ospedale Civile G. Tatarella	Medicina Interna Centro Antifumo	via Trinitaroli	Antonio Perchinunno	0885/419411 419478
	Foggia	ASL FG 3 - Distretto Socio Sanitario N.2	U.O. VII - Centro Antifumo per la Cura e Prevenzione del Tabagismo	via Grecia - Palazzina Poliambulatori	Michele Cusano	0881/733455 733457
	Foggia	A.O. Universitaria O.O.R.R. di Foggia	Cattedra di Malattie Apparato Respiratorio Ospedale Davanzo	via degli Aviatori, 1	Maria Grazia Cagnazzo	0881/733040 733037
	Lecce	AUSL Lecce 1	Servizio Pneumotisiologico	p.zza Bottazzi	Leonardo Donateo	0832/215261
	Mesagne (BR)	P.O. San Camillo De Lellis	Centro Antifumo	via Panareo	Eugenio Sabato	0831/739382
	Molfetta (BA)	AUSL BA/2 Ospedale Civile	Ser.T Molfetta	via Per Terlizzi	Antonio Taranto	080/3357541
	San Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza	Ambulatorio antifumo	v.le Padre Pio	Vito D'Alendro	0882/416888
	Trani (BA)	AUSL BA/2	Dipartimento Dipendenze Patologiche Centro Antifumo	via Marsala ex ospedale pediatrico	Leonardo Rutigliano	0883/483437
Sardegna	Alghero (SS)	ASL 1 Distretto di Alghero	Presidio Tisio Pneumologico Centro Antifumo	via Manzoni, 66	Giovanni Peana	079/996312
	Cagliari	Ospedale Roberto Binaghi AUSL 8	II Divisione Pneumologia Ambulatorio Tabagismo	via Guadazzonis, 2	Lidia Ada Pau	070/6093044- 6093047-6093048- 6093049-6093050
	Carbonia (CA)	ASL 7 Carbonia	Ser.T. - Servizio Tossicodipendenze Centro Clinico Terapia Dipendenza da Nicotina	via Trexenta, 1	Estello Massimo Diana	0781/22330 sert.iglesias@ asl7carbonia.it
	Pirri (CA)	I.N.R.C.A sede Cagliari	U.O. di Pneumologia Ambulatorio Antifumo	via Delle Cicale, 11	Nicola Spingola	070/55991
Sicilia	Agrigento (AG)	Poliambulatorio V. Alletto ASL 1	Servizio Prevenzione e Terapia del Tabagismo	via Essemeto, 8	Gabriella Sacchi	0922/407111 ausl1@libero.it
	Leonforte (EN)	Ospedale civico Ferro Banciforti Capra	U.O. di pneumologia	c.da San Giovanni	Mario Laporta	0935/664216
	Montelepre (PA)	AUSL 6 Ser.T distretto 7	Servizio di Tossicodipendenze	p.zza della Vittoria, 14	Giuseppe Filippone	091/8984659 monsert@tin.it



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Palermo	P.O. Civico ARNAS di Maurizio	U.O. Broncopneumologia Ambulatorio Dissuasione Fumo	via C. Lazzaro	Giuseppe Madonia	091/6663488
	Palermo	Ospedale G.F. Ingrassia AUSL 6	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	c.so Calatafimi, 1002	Vincenzo Di Pietro	091/7033777
	Palermo	Presidio Ospedaliero Vincenzo Cervello	U.O. IV Pneumologia Centro Dissuasione Fumo	via Trabucco, 180	Renzo Modica	091/6802919 6810751
	Palermo	SITAB. Società Italiana di Tabaccologia	Prevenzione e trattamento del Tabagismo - Terapie di gruppo per fumatori	via Trasselli Carmelo, 3	Giacomo Zichichi	091/485659
Toscana	Firenze	Azienda USL 10 Firenze	UFM SERT B Centro Antifumo	lungarno Santa Rosa, 13	Rosario Cutri	055/2285667 centro.antifumo.sert3 @asf.toscana.it
	Firenze	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Firenze	v.le Alessandro Volta, 173	Rosangela Terrone	055/576939 info@ legatumorifirenze.it
	Grosseto	P.O. Misericordia	U.O. Fisiologia Respiratoria Centro Antifumo	via Senese, 169	Luigi Rizzello	0564/485450 0566/909316 2022
	Livorno	AUSL 6 Livorno	Centro Antifumo di Livorno c/o Presidio Ospedaliero U.O. Pneumologia	v.le Alfieri, 36	Nolita Pulerà	0586/223453 centro.antifumo@ nord.usl6.toscana.it
	Montepulciano (SI)	AUSL 7 Siena - Ospedali Riuniti Valdichiana Località Nottola	Centro Antifumo Valdichiana Senese		Licia Avallone	0578/719751
	Prato	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Prato	via Firenze, 40/c	Eleonora Cacioli	0574/572798 info@ legatumoriprato.it
Trentino Alto Adige	Bolzano	Servizio Pneumologico Interaziendale - Azienda Sanitaria di Bolzano	Centro Antifumo	via Amba Alagi, 3	Paolo Pretto	0471/909600 pneumot@asbz.it
	Borgo Valsugana (TN)	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (A.P.S.S.)	Servizio Alcologia	via Roma, 12	Cinzia Grandelis	0461/753861
	Trento	Associazione Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.) ONLUS		via Torre D'Augusto, 2/A	Stefano Bertoldi	0461/239640 ama.trento@tin.it
Valle d'Aosta	Aosta	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Aosta	via Tourneuve, 16	Roberto Croatto	0165/31331 legatumoriaosta@ libero.it
Veneto	Belluno (BL)	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Belluno c/o Associazione Volontariato	via del Piave, 5	Sgarlon Chiara	0437/944952 942836 belluno@lilt.it
	Bussolengo (VR)	Ospedale di Bussolengo ULSS N.22	U.O. Pneumologia Centro Antifumo	via Ospedale, 2	Fiorenza Trevisan	045/6712228 6712696
	Camposampiero (PD)	AULSS 15 Alta Padovana	Dipartimento Dipendenze - Ser.T. Corsi per Smettere di Fumare	via Cosma, 1	Giorgio Cuccia	049/9324965
	Castelfranco Veneto (TV)	ULSS 8 Servizio di Alcologia	Ambulatorio Il Livello per la dismissione dal Tabagismo	via Cazzaro, 7	Maristella Giunta	0423/732759 serat@ ulssasolo.ven.it
	Dolo (VE)	P.O. ULSS 13	U.O. Pneumologia Ambulatorio Tabagismo	via 29 Aprile, 2	Emilio Melica	041/5133338



Regione	Città	Istituzione	Unita Operativa	Indirizzo	Responsabile	Telefono E-mail
	Mestre-Venezia (VE)	AULSS 12 Veneziana	U.O. Prevenzione Dipendenze Ser.T Terraferma	via Don Tosatto, 147	Daniela Orlandini	041/2608807 2608808-2608809 uoprevenzione@ ulss12.ve.it
	Monselice (PD)	Azienda ULSS 17 Este	Dipartimento Dipendenze Ser.T.	via Rovigana, 5	Giancarlo Zecchinato	0429/788398 788399 sert@ulss17.it
	San Donà di Piave (VE)	AULSS 10 Bassano Piave	U.O. Ser.T.	via Verdi, 2	Davide Banon	0421/227743 sert.sandona@ aulss10.veneto.it
	Taglio Di Po (RO)	ULSS 19 Adria	Dipartimento Dipendenze Servizio Tossicodipendenze Ambulatorio per smettere di fumare	via G. Matteotti, 14	Andrea Finessi	0426/660555 sert@ulss19adria. veneto.it
	Treviso (TV)	Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori	Sezione Provinciale di Treviso	p.zza S. Leonardo, 15	Maria Teresa Villanova	0422/591737 legatutv@tin.it
	Villafranca (VR)	ASL 22 Regione Veneto	Dipartimento Dipendenze Ser.T - Servizio Ambulatoriale Antifumo	c.so Vittorio Emanuele, 169	Margherita Residori	045/6338459 6338450-6338482 sert.villa@ ulss22.ven.it

FCTC: appello per la ratifica dell'Italia

Signor Ministro G. Sirchia
Ministro della Salute
Lungotevere Ripa 1 - 00153 Roma

Signor Ministro,

in base alle informazioni al 31 gennaio 2005 55 paesi membri dell'OMS hanno ratificato la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco dell'OMS.

In Europa, 16 paesi, dei 54 aderenti all'OMS, hanno completato la procedura di ratificazione: Armenia, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Islanda, Lituana, Malta, Norvegia, San Marino, Slovacchia, Spagna, Turchia e Regno Unito. L'Italia che aveva firmato la Convenzione il 16 giugno 2003 non l'ha ancora ratificata. L'European Respiratory Society-ERS ha rivolto un appello pressante ai paesi europei che non hanno ancora ratificato la Convenzione affinché completino senza ritardare le procedure di ratificazione. Grazie alla Sua iniziativa per una maggiore tutela dei non fumatori, l'Italia è oggi lodata da molti paesi europei per questa importante misura di sanità pubblica. Quindi, la ratifica di FCTC dovrebbe essere vista dall'Italia come un mezzo ulteriore di riconoscimento del suo ruolo nella lotta anti-fumo. La nostra Associazione, anche a nome del Presidente eletto dell'ERS, Prof. Giovanni Viegi, e del Comitato medico-scientifico, sottoscrive l'appello dell'ERS e sollecita un decisione rapida affinché il nostro paese possa dotarsi quanto prima delle misure necessarie all'applicazione della Convenzione e possa contribuire a svolgere un ruolo importante a difesa della salute dei cittadini del mondo.

Nel ringraziarla della Sua attenzione, La preghiamo gradire i sensi della nostra più alta stima.

Mariadelaide Franchi

Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO

Prof. Giovanni Viegi

Presidente eletto dell'ERS

Il Comitato Medico Scientifico

Germano Bettoncelli-SIMG; Lorenzo Corbetta-Delegato Nazionale GOLD;
Giuseppe Di Maria-SIMeR; Giacomo Mangiaracina-SITAB; Margherita Neri-AIPO;
Claudio M. Sanguinetti-AIMAR

FLUIFORT^D

R05CB03

Carbocisteina sale di lisina monoidrato

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. Denominazione della Specialità

Fluifort 2,7 g granulato.

2. Composizione qualitativa e quantitativa in principi attivi ed eccipienti

1 bustina da 5 g contiene: Principio attivo: carbocisteina sale di lisina monoidrato pari a 2,7 g di carbocisteina sale di lisina; eccipienti: acido citrico, mannitolo, polivinilpirrolidone, aroma naturale di cedro, aroma naturale di arancia, succo di arancia, aspartame.

3. Forma farmaceutica

Granulato: Scatola da 30 bustine - 2,7 g.

4. Proprietà farmacologiche e tossicologiche ed elementi di farmacocinetica

Carbocisteina sale di lisina monoidrato ristabilisce in modo dose-dipendente la viscosità e la fluidità di tutte le secrezioni mucose e, grazie alla sua azione specifica sulle cellule mucosecerneti, normalizza la qualità e la quantità delle sialomucine, componente essenziale di tutte le secrezioni delle vie aeree sia bronchiali, di pertinenza pneumologica, che superiori, di pertinenza otorinolaringoiatrica. Tale effetto si protrae, in particolare dopo monosomministrazione di dosaggi elevati per parecchi giorni dopo la sospensione. La DL₅₀ del principio attivo nel ratto e nel topo è superiore a 2000 mg/kg. Il trattamento cronico nel cane fino a 6 mesi non ha dato luogo a manifestazioni tossiche. Il prodotto non è mutageno e non risulta strutturalmente correlato chimicamente con prodotti ad attività cancerogena. *Farmacocinetica.* Il principio attivo dopo somministrazione orale viene assorbito in modo pressoché totale e rapidamente. Il picco ematico si ha in circa 1 ora. L'emivita plasmatica è di circa ore 1,30. La sua eliminazione, e quella dei suoi metaboliti, avviene essenzialmente per via renale. Il prodotto è escreto tal quale nelle urine per circa il 30-60% della dose somministrata; la rimanenza è escreta sotto forma di vari metaboliti. Il principio attivo si fissa in modo specifico sul tessuto broncopulmonare, come tutti i derivati a gruppo tiolico bloccato: la carbocisteina sale di lisina monoidrato raggiunge nel muco concentrazioni medie di 3,5 mcg/ml, con un tempo di dimezzamento di circa ore 1,8 (dose 2 g/die).

5. Informazioni cliniche

5.1 Indicazioni terapeutiche

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

5.2 Controindicazioni

Il farmaco è controindicato nella ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto; ulcera gastroduodenale.

5.3 Effetti indesiderati

Dagli studi clinici e dalla farmacovigilanza successiva all'immissione in commercio risulta che la carbocisteina è ben tollerata. Quattro su cento pazienti che hanno assunto il farmaco hanno lamentato sintomi di tipo gastrointestinale quali gastralgia, nausea, diarrea, vertigini di intensità lieve o moderata e di tipo transitorio, che scompaiono con la riduzione della posologia. Molto raramente è stato rilevato rash cutaneo.

5.4 Speciali precauzioni d'uso

Il prodotto non è raccomandato per l'uso in neonati e in bambini sotto i 2 anni.

5.5 Uso in caso di gravidanza e di allattamento

Sebbene il prodotto non risulti né teratogeno né mutageno e non abbia mostrato effetti negativi sulla funzione riproduttiva nell'animale, non è raccomandato l'uso nel primo trimestre di gravidanza.

Poiché non sono disponibili dati relativi al passaggio della carbocisteina nel latte materno se ne sconsiglia l'uso durante l'allattamento al seno.

5.6 Interazioni medicamentose ed incompatibilità

Non sono note, allo stato attuale delle conoscenze, incompatibilità né tra la somministrazione della carbocisteina e i più comuni farmaci di impiego nelle terapie delle vie aeree superiori ed inferiori, né con alimenti e test di laboratorio.

5.7 Posologia e modo di somministrazione

Adulti - 1 sola bustina al giorno o secondo prescrizione medica

Sciogliere il contenuto della bustina in circa mezzo bicchiere d'acqua mescolando bene. In considerazione delle caratteristiche farmacocinetiche e della tollerabilità del principio attivo, tale posologia viene mantenuta anche in pazienti con insufficienza renale ed epatica. Fluifort 2,7 g granulato può essere utilizzato anche in pazienti diabetici.

5.8 Sovradosaggio (sintomi, interventi d'emergenza, antidoti)

In caso di sovradosaggio con esaltazione degli effetti secondari, può essere utile praticare una lavanda gastrica seguita da una terapia collaterale sotto il controllo del medico. Non esiste un antidoto specifico.

5.9 Avvertenze (rischio di assuefazione, di dipendenza, ecc.)

Fin dai primi giorni è osservabile l'aumento dell'espettorato dovuto alla migliorata eliminazione delle secrezioni. Fluifort 2,7 g granulato contiene Aspartame come dolcificante: tale sostanza è controindicata in soggetti affetti da fenilchetonuria. Non sono noti effetti di assuefazione o dipendenza.

5.10 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine

Non sono noti effetti sul grado di attenzione.

6. Informazioni farmaceutiche

6.1 Incompatibilità

Nessuna.

6.2 Durata di stabilità a confezionamento integro

Il farmaco ha una stabilità di 3 anni. Il periodo di validità si intende nelle normali condizioni di conservazione.

6.3 Speciali precauzioni per la conservazione

Nessuna.

6.4 Natura del contenitore e confezioni

Bustine in carta/alluminio/politene conformi alla circ. 84/1977 del Ministero della Sanità. 30 bustine g 5.

6.5 Nome, ragione sociale e domicilio del responsabile dell'autorizzazione all'immissione in commercio

Dompé farmaceutici s.p.a - Via San Martino, 12 - Milano.

Concessionario per la vendita: Dompé s.p.a. - Via Campo di Pile - L'Aquila.

6.6 Numero di registrazione e data di prima commercializzazione

30 bustine da 5 g - Codice n. 023834056.

Prima commercializzazione: Gennaio 1988.

6.7 Tabella di appartenenza secondo il DPR 309/90

Non pertinente.

6.8 Regime di dispensazione al pubblico

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

Tabac M@il

lettere a tabaccologia



A cura della redazione di Tabaccologia

Opportunismo tra virtù e scienza (Pecunia non olet?)

In seguito all'editoriale di Mangiaracina "Diritti e Rovesci" della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" (www.gea2000.org) di Ottobre 2004, c'è stata la reazione del prof. Riccardo Polosa, dell'Università di Catania, presidente della LIAF (Lega Italiana Anti Fumo), finanziata dalla Philip Morris. Pur con la più adamantina delle onestà, della quale non dubitiamo, la posizione della Società di Tabaccologia, in linea con i principi condivisi dalla maggioranza delle organizzazioni mondiali che si occupano di strategie di controllo del Tabacco, non condivide che uomini di scienza possano accettare finanziamenti dai grandi produttori del tabacco a scopo di ricerca e attività "preventive", con l'argomentazione che "in Italia le iniziative che apportano sviluppo, soprattutto scientifico, hanno vita difficile non solo per la mancanza di mezzi ma soprattutto per la mancanza di idee..." Chi persegue il machiavellico "fine che giustifica i mezzi" dovrebbe forse fare i conti anche con la saggezza popolare che avverte: "Quando il diavolo accarezza il pelo... vuole l'anima!" ovvero, per stare più sul classico, "Timeo Danaos et dona ferentes" (Virgilio, Eneide, lib.II, v. 49): "Temo i Greci anche quando portano doni", è il grido inascoltato con cui il povero Laocoonte cerca vanamente di convincere i Troiani a non accogliere nelle mura il fatale cavallo. Il finale è a tutti noto! Dunque "Pecunia non olet" non può essere un principio condiviso dalla SITAB. Di seguito riportiamo in cronologia l'editoriale di Mangiaracina, la lettera di replica del prof. Polosa, la conseguente risposta e il punto di vista dell'AIPO.

Nel BOX riportiamo le reazioni del Cancer Research UK e del Raleigh News & Observer ai tentativi della Phillip Morris di entrare con finanziamenti nella ricerca universitaria americana e internazionale.

Diritti e Rovesci

Nel Gennaio del 2000, scrissi un editoriale dal titolo "Oro o Princisbecco". Parlavo della difficoltà a distinguere il vero dal falso. Avrei potuto intitolarlo pure "smoking in your eyes"; o fumo negli occhi. Perché così ancora avviene. Da un lato le istituzioni e le Società scientifiche hanno permesso di costruire la prevenzione e la terapia del Tabagismo, mediante la ricerca e le esperienze prodotte negli ultimi anni; dall'altro, una certa informazione continua a propinare noiosi "metodi per smettere di fumare". Persino Aziende Sanitarie si alleano con quelli dell'antismoking center, che sul "soddisfatti o rimborsati" ha fatto fortuna, riproponendo in chiave di marketing un antico ritornello, l'elisir di Dulcamara. Bufale. Scienza a gogò. Inganni belli e fatti dai quali è bene che imparino a difendersene anche coloro che ci cascano in buona o mala fede. Si sappia chi sono gli impostori. La corretta informazione deve saper distinguere la Scienza dall'empirismo settecentesco.

Regna purtroppo sovrana l'ignoranza che fa comodo a molti. Regna sovrana anche e purtroppo negli ambienti scientifici, da studenti di medicina, a medici e psicologi. Figure chiave, di riferimento, che lasciano il campo all'improvvisazione. E dunque, per stimolare l'attenzione pubblica, degli ambienti scientifici e politici, ci affidiamo anche agli eventi. Il 5 Novembre di ogni anno, da 5 anni, siamo invitati dalla collettività internazionale, a fare Prevenzione efficace. E' la "Giornata Nazionale per i Diritti dei Non fumatori", momento in cui affermiamo con maggiore forza il Diritto alla Salute. Lo invociamo semplicemente quando viene violato. Ci inquinano l'acqua? Ci appestano l'aria? Le etichette dei prodotti alimentari mentiscono? La frutta è inzuppata di pesticidi? Quanto metanolo c'è nel vino che beviamo? (abbiamo forse scordato la strage dei 50 morti dell'86? E quella più recente in Iran?). Noi ci occupiamo del Tabacco, dei suoi fatti e dei suoi misfatti, e il 5 novembre, con la sua "Giornata" è al suo 5° anno, ha superato in Italia le 50 organizzazioni aderenti. Ma proprio in queste occasioni di maggiore incisività comunicativa, si avverte più forte la necessità di additare i "Rovesci". Sono quelli che ci vanno di traverso, che inquinano gli animi prima ancora che la salute, che ci motivano a combattere col coraggio dei cavalieri di Artù. Tanti i ricordi e tante le storie infami, dal bieco "giuramento" dei grandi del Tabacco, agli sporchi intrighi della connivenza con la grande criminalità organizzata, negli affari del contrabbando. Non è un caso la corruzione sistematica di scienziati (Raylander, Vettorazzi), ma tocca l'apice dello stupore la notizia che la Philip Morris si propone addirittura leader nella lotta contro il Fumo. Proprio così. Fa parte delle sue strategie di "Friendly Marketing" educare col bolino blu dell'informazione. Almeno così crede e fa credere. Un esempio è quello della LIAF (Lega Italiana Anti-Fumo) e del prof.

Polosa. I giornali ne hanno parlato a raffica. E persino gli ambiti scientifici, che in quanto al Fumo difficilmente distinguerebbero un occhio da un ginocchio, lo danno con le credenziali. Eppure è finanziato dalla Philip Morris. Il prof. Polosa, della facoltà di Medicina dell'Università di Catania, giura su tutto che non è minimamente influenzato, né condizionato dalla multinazionale, ma qualcosa lo tradisce. Non per i 400 mila dollari che ha dichiarato di avere ottenuto (www.liaf-onlus.org/not_home.asp?id=496&tipo=1), ma per il fatto che si sia guardato bene dallo stabilire contatti con gli esperti del campo. Dice che vuol fare ricerca. Diffido della purezza delle sue intenzioni. Ma ormai fanno tutti così. Persino le istituzioni dello Stato. (Editoriale di G. Mangiaracina in e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di Ottobre 2004).

Tabac Mail
tabaccologia@infinito.it



Dal film Troy di Wolfgang Petersen

Timeo Danaos et dona ferentes

(Virgilio, Eneide, lib.II, v. 49)

La lettera del Professor Riccardo Polosa

Presidente LIAF (Lega Italiana Anti Fumo)
www.liaf-onlus.org

Catania, 18.12.2004

Gentile Direttore,

Ho appreso, con stupore, misto a rassegnazione, del contenuto del suo Editoriale intitolato "Diritti e Rovesci" sul numero di Ottobre 2004 della rivista Tabagismo & PFC. Stupore, per la disinformazione che permea tutto l'articolo, rassegnazione per l'ennesima dimostrazione, che in Italia, anziché documentarsi e poi formulare eventualmente corrette accuse, si preferisce assalire verbalmente e creare clamore su fatti a volte inesistenti. Ritengo pertanto che la vis polemica usata nell'articolo avrebbe raggiunto maggiori risultati se indirizzata verso soggetti più idonei.

La verità è, che in Italia le iniziative che apportano sviluppo, soprattutto scientifico, hanno vita difficile non solo per la mancanza di mezzi ma soprattutto per la mancanza di idee; il sottoscritto non solo ha cercato di promuovere con il Centro Antifumo Universitario una strategia per combattere al meglio il fenomeno del tabagismo, ma soprattutto ha creato una équipe di professionisti che quotidianamente mettono a disposizione le proprie conoscenze mediche per la lotta al fumo di sigaretta.

Il paradosso di una multinazionale del tabacco che finanzia la ricerca contro l'uso stesso della sostanza che promuove e vende, è solo la dimostrazione che si possono ottenere, "lecitamente", anche dai soggetti meno ipotizzabili, finanziamenti che altre organizzazioni non sono disposte a fornire. Magari se avessi svelato che a finanziare il progetto fosse stata una compagnia di liquori o una fabbricante di pipe o il cartello di Cali, ci sarebbe stato meno clamore.

Il problema è che, come al solito, è più facile soffermarsi alle apparenze piuttosto che arrivare al cuore del problema ed evidenziarne pregi e difetti. Direttore, la invito pertanto a venire a trovarci a Catania, magari con il pretesto di una conferenza antifumo (ne stiamo organizzando una in collaborazione con la SIMG), per vedere con quale senso del dovere operiamo al Centro Antifumo Universitario. Badi bene, non è mia intenzione mitizzare il nostro impegno di medici, ricercatori, ed educatori, cerco semplicemente di difendere un operato onesto associato ad un impegno costante finalizzato al benessere di una società che ancora oggi ha difficoltà a riconoscere la dipendenza dal fumo di sigaretta come una malattia vera e propria.

Nell'interesse delle nostre finalità, Le suggerisco piuttosto di impiegare le sue energie per formulare accuse contro coloro i quali a parole dimostrano impegno ma che in realtà non considerano minimamente il problema (i nostri politici ne sono un chiaro esempio). Direttore, crede veramente che il denaro elargito dalla Philips Morris a seguito di una selezione effettuata da una Commissione Scientifica che si avvale di referee internazionali sia stato "intascato" dal sottoscritto per finanziare i suoi diletta o per chissà quali bieche manovre politiche? Pensa di conoscere così bene il sottoscritto da mettere in dubbio l'esistenza di canali di comunicazione con altri esperti del settore?



Mi permetta di replicare ad entrambe le accuse e soprattutto mi consenta di farmi conoscere meglio.

Il finanziamento del progetto è stato interamente destinato al Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Catania, cosa facilmente verificabile dai libri contabili, e per via di questo finanziamento il sottoscritto 1) ha avviato l'attività di del nuovo Centro Antifumo Universitario di Catania (con oltre 300 prime visite all'anno è uno dei centri antifumo più attivi d'Italia), 2) ha cofinanziato insieme con l'Assessorato all'Ambiente del Comune di Catania due campagne antifumo cittadine, 3) sta promuovendo attivamente la legislazione antifumo a Palermo, 4) ha organizzato nella provincia di Catania e di Ragusa un network collaborativo di medici di medicina generale per la attivazione di programmi per la cessazione del fumo di sigaretta; 5) ha stipulato accordi di cooperazione per la conduzione di progetti antifumo con la Fagerstrom Consulting, il California Department of Health Services (Tobacco Control Section), l'Azienda Ospedaliera 3, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Catania, i Leo Club del Distretto 108yb, e i Club Kiwanis della provincia di Catania, 6) persegue attivamente e senza compenso le finalità istituzionali della Lega Italiana Anti Fumo – LIAF Onlus mediante conferenze che promuovono la ricerca scientifica e l'educazione del pubblico.

Gentile Direttore, sappiamo benissimo tutti e due che le multinazionali del tabacco non sono enti filantropici e se finanziano nel mondo la ricerca scientifica su tematiche legate ai danni relativi al fumo di sigaretta devono avere i loro buoni (quanto oscuri) motivi, che io sconosco. Personalmente, per quanto mi riguarda, ho la coscienza a posto. Con i soldi delle multinazionali del tabacco sento di aver realizzato molto di più per la società che non quanto abbiano voluto fare i nostri governi.

Direttore, io sono ben conosciuto a livello nazionale ed internazionale principalmente per le mie ricerche su asma bronchiale, rinite e BPCO e sui meccanismi biomolecolari della flogosi allergica (può verificare digitando il mio nome sul motore di ricerca PubMed). Il mio coinvolgimento nel mondo della ricerca legata al fumo di sigaretta è storia recente (ca. 3 anni) e può intuire che ancora troppo presto per avere una ricaduta significativa in termini di pubblicazioni scientifiche. Nello specifico, il nostro progetto scientifico finanziato dalla Philip Morris vedrà la sua conclusione solo per la fine del 2005. Dovrà avere la pazienza di aspettare il 2006 per vedere i risultati di questa ricerca (sono a sua completa disposizione se vorrà visionare il progetto per intero). Nel corso di questo anno ho stabilito in prima persona contatti con altri centri e con gli opinion leaders della materia in Italia e soprattutto all'Estero (principalmente Stati Uniti, Svezia, e Inghilterra) dove la scienza della [disassuefazione dal vizio del fumo](#) è in atto già da diversi decenni. Questi contatti sono del tutto verificabili; chiedo loro se conoscono il Prof. Polosa e cosa ne pensano:

Dr. Stefano Nardini (Primario U.O. di Pneumologia – Ospedale Civile; Vittorio Veneto)

Dr. Piergiorgio Zuccaro (Istituto Superiore di Sanità – Direttore, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga)

Dr. Karl Fagerstrom (Direttore – Smokers Information Center, Helsingborg – SWEDEN)

Prof. David Burns (Professore di Igiene – UCSD School of Medicine, San Diego – USA)

Dr. Nicholas Maniatis (Senior Scientist in Genetica Umana – University of Southampton, GB)

Prof. Ian Campbell (Direttore – Dept. of Respiratory Medicine – Llantough Hospital, WALES)

Prof. Yves Martinet (Presidente – Assembly Tobacco Control of the European Respiratory Society)

Prof. Christina Gratziou (Direttore – Asthma & Allergy Center, Athens Medical School - GREECE)

Direttore, non è per giustificarmi che le scrivo questa lettera, ma è per darle la opportunità di conoscere meglio il mio operato e quello dei miei collaboratori con la speranza di poter contare anche sul suo appoggio per lo sviluppo di attività congiunte contro il fumo di sigaretta. La prego inoltre di voler dedicare alcune righe della sua stimata rivista per una chiarificazione sul mio ruolo nella lotta contro il fumo di sigaretta, poiché la valutazione che traspare dal suo Editoriale è lesiva non solo per la mia persona ma anche per la LIAF stessa.

Prof. Riccardo Polosa
Presidente LIAF

La risposta di Mangiaracina

Gentile Collega,

Se non ha ricevuto e letto direttamente le nostre News, ma ne è stato informato, probabilmente non sapeva dell'esistenza di una informazione periodica sul Tabagismo che da 63 mesi consecutivi raggiunge migliaia di persone tra medici, psicologi ed educatori in Italia. Facciamo anche informazione scientifica con la rivista "Tabaccologia", il cui Comitato scientifico, diretto dal Prof. Umberto Veronesi, annovera alcuni tra i nomi che lei cita. Se li avesse collocati direttamente nel suo sito come referenti avrebbe avvantaggiato



to i visitatori, comunque ora lo sappiamo e la ringrazio per l'informazione. Quanto a dare del "disinformato" a me ci vuole coraggio o incoscienza. È vero, non conosco Lei, ma so della sua organizzazione per come l'ha presentata all'opinione pubblica. Capisco il suo risentimento. Ritratto il termine "intascare", che seppure in tono con la passionalità del mio stile, si presta ad ambiguità non volute, e per questo le chiedo scusa. Lei dice di avere la coscienza a posto e noi ci crediamo. Rimane la sostanza. La posizione etica internazionale in merito al finanziamento della ricerca e delle azioni "antifumo" da parte dei colossi del Tabacco, è nota, anche se non universalmente condivisa. Lei l'ha ignorata, o si è schierato dalla parte opposta, o non l'ha neppure presa in considerazione. Mi perdoni, sarà forse una svista, ma seguo da trent'anni lo scenario nazionale e internazionale in materia di strategie di controllo del Tabagismo, e il suo nome non l'ho mai visto tra gli specialisti del Tobacco Control. Ad ogni modo, le sue parole sono chiarissime a riguardo:

*"Gentile Direttore, sappiamo benissimo tutti e due che **le multinazionali del tabacco non sono enti filantropici e se finanziano nel mondo la ricerca scientifica su tematiche legate ai danni relativi al fumo di sigaretta devono avere i loro buoni (quanto oscuri) motivi, che io sconosco**".*

Qui è la sintesi di tutto. Io conosco sia i motivi "buoni" che quelli "oscuri" che spingono i colossi del Tabacco a finanziare la ricerca scientifica e ne so quanto basta per farci convegni e denunciare. Perciò non condivido le sue scelte e non potrà contare sul mio appoggio. Vede, oltre agli aspetti etici e al politically correct, vi è quella Scienza di cui lei, da internista, ed io, da specialista in Salute pubblica, ci facciamo portavoci, e che non consente neppure di chiamare "vizio" una patologia da dipendenza nosologicamente codificata. Siamo però attenti ai risultati e volentieri vorremmo conoscerli a fine anno. Quelli del mio lavoro si trovano nei miei volumi più recenti, "Curare il Fumo" (2003) e "La Prevenzione del Tabagismo" (2004), pubblicato dalla istituzione dello Stato che in Italia si è occupata della "lotta al Fumo", ininterrottamente, dagli anni 70 ad oggi, la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Lo fa ancora oggi, su recente delega del Ministero della Salute, e con il mio supporto.

Molto cordialmente,
G.M.

L'opinione AIPO di Anna Maria Moretti e Margherita Neri

L'opinione dell'associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) è quella che deriva dall'evidenza: quello che è il più importante (ed impressionante) studio prospettico in materia di fumo (1), tra l'altro condotto su una vastissima popolazione di 50.000 medici e per 50 anni, conferma drammaticamente il nostro dovere di lottare contro il fumo con tutti i mezzi (2). Quando il cittadino comune dice magari al suo medico: "Ma anche i dottori fumano!", forse è ora di incominciare a ribattere: "Ed anche i dottori si ammalano e muoiono di fumo!". In questa guerra non è certo facile combattere accettando di allacciare rapporti con soggetti dal potere economico e finanziario immenso e continuare ad operare in maniera indipendente. Il primo passo è certamente quello di dichiarare preventivamente e pubblicamente il rapporto che, in quanto ricercatori, ci lega a tutti i finanziatori, ma certo occorrono enorme intelligenza, lungimiranza, capacità di previsione di visione amplissime oltre ad una grande forza d'animo ed una dirittura morale immensa per non correre il rischio di comportarsi da "utili idioti". In certi casi la buona fede non basta perché dall'altra parte non c'è mai stata e non potrà mai esserci, data la grandezza degli interessi in gioco. Riguardo alla sua posizione, AIPO ha già dato una risposta inequivocabile in tempi non sospetti istituendo, a fianco del Gruppo di Studio "Attività educativa" il Gruppo "Fumo di tabacco" che ha collaborato e collabora anche con l'Istituto Superiore di Sanità ed ha prodotto ricerche e materiale didattico che è a disposizione di chiunque ne faccia richiesta come strumento di supporto per la lotta alla dipendenza da nicotina. Non abbiamo ricevuto grandi finanziamenti né proposte di finanziamenti, ma continuiamo serenamente a fare il nostro lavoro, confortati dalla messe di dati che conferma ogni giorno l'assoluta necessità di operare quotidianamente in questo senso.

(1) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors BMJ 2004 26; 328 (7455):1519.
(2) Roussos C. Banning tobacco advertisements: is there a question? Eur Respir J. 1998 Mar;11(3):517-9.

Anna Maria Moretti (Presidente AIPO)
Margherita Neri (Direttivo Nazionale AIPO e SITAB)



Tabaccologia

Moige e Philip Morris, educano "il MINORE"



È partita dalla scuola "De Amicis" di Lecce, la terza tappa della campagna informativa sul fumo minorile chiamata "Lascia il fumo al capolinea", che fino a maggio girerà le scuole elementari e medie di Puglia, Campania, Sicilia, Calabria, e Basilicata, coinvolgendo circa 10.300 bambini. L'iniziativa è organizzata dal Moige, Movimento Italiano Genitori, con il contributo economico di Philip Morris Italia. Philip Morris International e le sue affiliate sostengono circa 100 programmi di prevenzione al fumo giovanile in quasi 90 paesi. "Lascia il fumo al capolinea" è partito l'8 marzo 2004 ed ha già raggiunto, nelle zone del centro Italia, circa 9.500 bambini. Alla fine di questa terza tappa ad avere visitato la mostra saranno stati oltre 20.000 bambini, tutti di età compresa tra gli 8 e i 13 anni. Ora, con questa nuova tappa, anche i piccoli studenti del sud avranno la possibilità di visitare la mostra - bus con giochi interattivi e testimonianze di personaggi dello sport - ed assistere, senza alcuna spesa per le scuole, ad un teatrino di marionette i cui protagonisti sono "Pol" e "Mon", il polmone sano e quello malato a causa del fumo. La campagna del Moige nasce dalla necessità di prevenire l'abitudine del fumo tra i minori; vari studi dimostrano infatti che la prima sigaretta si accende spesso prima dei 14 anni. L'ultima indagine Oms sostiene che su 100 ragazzi di 11 anni 4 fumano (3,43%) e che la percentuale sale al 33% a 15 anni (uno su tre). Secondo l'Istat la media italiana di quanti hanno cominciato a fumare prima dei 14 anni è del 6,2%. In testa, ben al di sopra della media, ci sono proprio i ragazzi delle regioni coinvolte da questa terza tappa: la Campania (8,6%); la Calabria (7,4%); la Basilicata (7,3%); la Puglia (6,6") e, unica al sud in linea con la media nazionale, la Sicilia (6,2%). Supera tutti solo la Sardegna, con il 9%, che verrà raggiunta dal bus in una tappa successiva. La campagna ha riscosso ampio consenso da parte di istituzioni e specialisti fin dalla sua partenza. Alla conferenza di presentazione è intervenuto, tra gli altri, il sottosegretario all'Istruzione Valentina Aprea, che ha sottolineato la necessità di "inserire nella scuola secondaria di primo grado anche obiettivi specifici di apprendimento relativi all'educazione, tra cui l'informazione e la prevenzione sul tabagismo e i danni che procura".

Fonte: www.genitori.it/documento.asp?sotto=36&articolo=644

Risposte e commenti

- Dove sta il trucco? Semplice. Basta usare in prima evidenza la parola "minore" e "fumo minorile" nella comunicazione pubblica e creare un impatto mediatico sufficiente a permeare proprio il loro target per eccellenza, quello giovanile. Sembra poco? Eppure è una delle più efficaci strategie di marketing che si possano immaginare, elaborata da grandi esperti del colosso Philip Morris. Perché lascia passare il messaggio "gli adulti possono", dunque un incentivo a vedere la sigaretta come simbolo di autoaffermazione, messaggio che si infila persino nei luoghi sacri, nelle scuole, con il beneplacito di organizzazioni apparentemente al di sopra di ogni sospetto. Invece, non solo i sospetti li abbiamo eccome, ma anche la certezza che l'azienda Philip Morris continuerà anche in questo modo, a fare i propri interessi commerciali. La SITAB chiede pertanto alle scuole di non aderire alla campagna "educativa di prevenzione del tabagismo" del MOIGE e di organizzazioni colluse con i produttori di tabacco. Inoltre chiede al Ministro Letizia Moratti di farsi portavoce

Raleigh News & Observer

Dal Raleigh News & Observer: "I ricercatori universitari sono consapevolmente cauti nei confronti dei fondi messi a disposizione dalle industrie private. Le compagnie hanno spesso il loro tornaconto commerciale quando assegnano dei fondi. Pertanto le Università dovrebbero essere particolarmente caute quando è il tabacco ad essere nella lente di ingrandimento. L'annuncio che la Philip Morris USA pagherà 17,6 milioni di dollari alla N.C. State University per mappare il genoma della pianta del tabacco, tuttavia, ha superato l'iniziale "test dell'olfatto" a cui questi tipi di rapporti devono essere sottoposti... La Philip Morris, naturalmente, ripone un interesse economico nel trovare strade che conducano ad una riduzione dei pericoli associati al fumo o a sviluppare utilizzi del tabacco fino ad ora mai immaginati...; sarà importante quindi che l'N.C. State University, così come la Philip Morris, risponda ai critici conducendo una onesta indagine scientifica. L'Università e la compagnia hanno inoltre saggiamente e di comune accordo deciso che la ricerca, sia che dia buoni o cattivi frutti, sarà resa disponibile al pubblico. L'Università non deve diventare una sorta di arma presa a noleggio per favorire la Philip Morris ad abbindolare il pubblico con giochi di prestigio pseudo-scientifici"

Cancer Research UK

Prendendo spunto dal rapporto di Glantz e coll., pubblicato di recente su Lancet (29 January 2005, vol. 365, number 9457), a proposito dei diversi tentativi delle multinazionali del tabacco messi in essere per insinuare dubbi sull'associazione tra fumo di tabacco e mutazioni cancerogene del p53, Cancer Research UK, una delle fondazioni no-profit maggiormente impegnate nella ricerca oncologica a livello mondiale, ha esortato le università a rifiutare i finanziamenti dalla major del tabacco, supportando, nel contempo i giornali scientifici che si rifiutano di pubblicare ricerche finanziate da tale industria.



di un messaggio chiarificatore presso le scuole di ogni ordine e grado affinché verifichino la trasparenza e la proprietà di progettualità in ambito di prevenzione del tabagismo. In merito a tale problematica infine la SITAB si riserva di valutare l'opportunità, i modi e i tempi di un'azione legale.

G.M.

- Vorrei aggiungere qualcosa a quanto detto già da Mangiaracina. Bisogna infatti conoscere a fondo la ricerca sull'argomento. È vero che le prime sigarette si sperimentano più spesso prima dei 14 anni, ma questo è un dato di per sé insufficiente a giustificare programmi di "prevenzione" dagli 8 ai 13 anni. Infatti, le ricerche hanno dimostrato: 1. è praticamente impossibile evitare che i giovani "sperimentino" le sigarette; 2. solo una parte degli "sperimentatori" diventa poi fumatore abituale; 3. possono passare molti anni dalla sperimentazione della prima sigaretta all'abitudine al fumo; 4. è dimostrato che quest'ultimo passaggio (da sperimentatore a fumatore abituale) invece è prevenibile con programmi appositamente studiati e validati, realizzabili nella scuola (programmi che non si basano esclusivamente sull'apprendimento dei danni del tabacco!); 5. concentrarsi invece sull'obiettivo di impedire l'assaggio delle prime sigarette (più spesso un'esperienza sgradevole) non solo è destinato a fallire (v. punto 1), ma alimenta la curiosità verso le sigarette in una età in cui il fumo può non essere ancora nella sfera di interessi dei ragazzi. La conclusione non cambia, ma a mio avviso è bene essere almeno altrettanto informati quanto lo sono le multinazionali del tabacco!

Saluti

Lucio Sibilia

Docente di Psichiatria Dipartimento di Scienze Cliniche - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS)

- ...è come se si autorizzasse un pedofilo dichiarato a fare educazione sessuale in una scuola elementare!!

Vincenzo Cilenti

Responsabile Servizio di Fisiopatologia Respiratoria-Istituto Regina Elena-Roma

- Sfortunatamente le multinazionali non si impegnano in campagne che rischiano di fargli ridurre le vendite, quindi si può stare tranquilli che se si impegnano in campagne all'apparenza educative, come questa, è perché sanno che non solo non saranno ridotti i consumi, ma forse saranno addirittura aumentati, attraverso l'immagine di azienda responsabile che acquisteranno presso l'utenza. Succede la stessa identica cosa nel campo dell'alcol, le multinazionali si impegnano solo nelle campagne di educazione che non rischiano di fargli ridurre le vendite, ma nel contempo migliorano la loro immagine di azienda responsabile, un esempio per tutti, le cosiddette "Bob Campaign" cioè il guidatore designato (quello che non beve per riportare tutti a casa sani e salvi) non riduce per nulla i consumi, tutt'altro, perché gli altri bevitori, sapendo di essere accompagnati da uno che non ha bevuto, bevono fino a ubriacarsi, senza nessun freno, quindi le industrie attraverso questo stratagemma, vendono di più. Ecco come si impegna l'industria "responsabile", la protezione della salute è l'ultima cosa che gli viene in mente. È per questo che anche in sede europea (siamo membri della Commissione alla Salute sul tema alcol, a Lussemburgo) abbiamo sempre dichiarato "L'industria deve rimanere fuori da qualunque progetto di educazione o sensibilizzazione". Non cadete nella trappola.

Ennio Palmesino

Presidente A.I.C.A.T.

Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento - Genova

www.aicat.net info@aicat.net

- Spettabile MOIGE
(p.c. SITAB, lista non-fumatori, stampa)

Molto brevemente, prendendo spunto da quanto riportato sopra circa l'iniziativa di prevenire il tabagismo nelle scuole insieme a Philip Morris Italia, chiedo spiegazioni sull'iniziativa. Il motivo è che Philip Morris PRODUCE tabagismo, perciò non solo non può avere interesse reale a prevenirlo, ma l'unico suo interesse plausibile sembra esser quello di rifarsi la faccia; questo secondo me. Questa vostra iniziativa inoltre contrasta con quelle precedenti, tra cui "Lascia il fumo al capolinea" e quella bellissima per gravide senza fumo. Chiederei spiegazioni.

Saluti

Massimo D'Angeli

Dottore in Psicologia

Presidente di Aria Pulita - Associazione Non Fumatori - ONLUS



Tabacc Mail

tabaccologia@infinito.it

Capena. No ai Baby fumatori

Egregio Direttore

Mi chiamo Riccardo Benigni e sono il Sindaco del Comune di Capena, una tranquilla cittadina di circa 7000 abitanti a trenta chilometri da Roma, ricca di cultura e di tradizioni. La nostra storia risale al 600 a.c. epoca dei primi nuclei abitativi nei pressi del Lucus Feroniae, importante e conosciuta area archeologica, e le nostre tradizioni quindi affondano le loro radici fin dall'epoca degli etruschi nella quale si narra che il popolo Capenate fosse antico rivale di Roma. Tra le usanze tradizionali della nostra città ce n'è una che, sicuramente di origine pagana, è stata associata in epoca più tarda al culto in onore di Sant'Antonio realizzando così una sorta di sincretismo simile a tanti riti tuttora esistenti in molte parti del mondo. La festività di Sant'Antonio, che ricorre il 18 gennaio, è associata in tutta Italia, oltre al rito della benedizione degli animali, anche all'accensione di grandi falò presso i quali i cittadini sono soliti riunirsi anche per far fronte all'inclemenza del tempo di quel periodo. A Capena, presso il grande ciocco che viene acceso nell'occasione, in tempi remoti è invalso l'uso di accendere pipette costruite in coccio o in canna di bambù all'interno delle quali venivano fatte bruciare essenze (rosmarino, menta ed altro) il cui fumo aveva un significato beneaugurante ed anche foriero di fortuna, salute e fertilità; per questo motivo si faceva fare anche ai bambini un "tiro" dalla pipa. Purtroppo in epoca recente la difficoltà di realizzare le pipette ed una cultura distorta, indotta da messaggi fallaci sul fumo della sigaretta (non è un caso che la liberazione da parte degli Americani sia stata associata dagli Italiani alla cioccolata ed alle sigarette!), hanno portato gli adulti ad accendere presso il falò le loro sigarette e, purtroppo, anche a consentire che i bambini facessero altrettanto. Ed è stato così che Suzanne Bush, una inviata della BBC, il 18 gennaio 2004, giustamente sorpresa e scandalizzata dal fatto, ha pubblicato un articolo che ha fatto in poco tempo il giro delle agenzie, delle televisioni e delle radio di tutto il mondo rendendo così Capena tristemente famosa come "il paese dove anche i bambini fumano".

Tale notorietà non fa certo piacere ad un Sindaco e soprattutto ad un Sindaco medico non fumatore colpito negli affetti familiari a causa del fumo, per cui ho capito che era giunto il momento di agire per restituire a Capena ed ai Concittadini quella immagine di civiltà e di cultura che ne ha contraddistinto la storia. Ho chiesto collaborazione alla Società Italiana di Tabaccologia nella persona del Presidente Prof. Mangiaracina ed al Prof. Enea Responsabile Clinico del Centro Policlinico senza fumo e, con il patrocinio della Regione Lazio e della ASL Rm F, in occasione dell'entrata in vigore della nuova legge antifumo, si è svolta a Capena una giornata di studio sul tabagismo che ha interessato gli studenti della scuola media, più direttamente a rischio rispetto al problema. Il convegno, al quale ha partecipato l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio On. Verzaschi, ha visto la presentazione di un Progetto di Formazione per Operatori da realizzare in collaborazione con la ASL Rm F per la quale erano presenti il Responsabile del SERT Dr. Barletta ed il Direttore Sanitario Aziendale Dr. Quintavalle raggiungendo così il duplice obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica e di creare le condizioni per un intervento a lungo termine attraverso la creazione di un Centro di Cura per il tabagismo, servizio questo carente nella nostra ASL. Intanto per la Festività di Sant'Antonio 2005 ho deciso di ripristinare l'antica abitudine per cui ho "commissionato", coinvolgendo un gruppo di ragazzi, un migliaio di pipette in canna di bambù ed abbiamo raccolto il rosmarino che, opportunamente essiccato, è stato messo nelle pipette e fumato con grande curiosità da tutti i Cittadini ed dai molti Visitatori accorsi in occasione dell'accensione del consueto ciocco accanto al quale peraltro sono stati posti cartelli che mettevano in guardia sui danni del fumo di tabacco.

Anche quest'anno i mass media sono tornati ad occuparsi della Festa che si è svolta il 16 Gennaio ed anche sul sito della BBC è comparsa la notizia del ritorno alla vecchia usanza e delle iniziative educative e terapeutiche intraprese. Onestamente credo che lo "scandalo" dello scorso anno sia servito a dare un impulso per il recupero delle vecchie tradizioni ottenendo anche lo scopo di creare una situazione locale di consenso alle iniziative contro il fumo di tabacco e quindi, poiché non tutti i mali vengono per nuocere, come primo cittadino di Capena posso affermare con soddisfazione che... "il fumo non abita più qui".

Dr. Riccardo Benigni - Sindaco di Capena

Risposta

Gentile Collega, purtroppo i "baby fumatori" li ho visti anch'io lo scorso gennaio a Capena. E il prossimo anno ci saranno le cineprese. Avremmo voluto filmare quella madre che incoraggiava a fumare la figlioletta di 6-7 anni contro ogni sua voglia di farlo. La pipetta di bambù col rosmarino secco acceso, ovvio. Ma lei, la madre, al ceppo si è accesa la sigaretta, come tanti altri. Abbiamo visto bimbi fare capannello nell'intento di dimostrarsi l'un l'altro di essere bravi ad aspirare fumo. Anche se si tratta di rosmarino e non di tabacco, non sanno che un "fil di fumo", ogni anno nel mondo, fa una strage di 4 milioni e mezzo di vite umane. Lei non può in alcun caso esserne responsabile, anzi, responsabilmente, da Sindaco dei suoi concittadini, ha disposto che si facesse qualcosa di concreto per arginare questo comportamento confuso o "deviante" legato ad una tradizione religiosa. Continui ad adoperarsi perché la prevenzione nella scuola si faccia davvero, e che venga creato un servizio per la cura del Tabagismo nella ASL territoriale. Noi siamo con lei in questa lotta di civiltà e di buona pratica in Medicina.

G.M.

Congressi & Eventi

ITALIA

• 2 aprile - 31 maggio 2005

Bologna: Le vie del fumo. Mostra didattica e multimediale sulla prevenzione del tabagismo. Sede: Istituto Tecnico Agrario "A. Serpieri", Via Vittorio Peglion 25 - Bologna. Orari: Lu-Ma-Me (9,00-17). Visite organizzate in 3 turni, previo appuntamento per le classi delle scuole medie sup. di BO e Provincia. LILT: Tel. 051-309172/300857 - (ore 10-12)

• 30 maggio 2005

Milano: La prevenzione del Tabagismo. Convegno organizzato dalla Regione Lombardia. Sede: Tensostruttura Regine Lombardia, via Restelli - Milano

• 9 - 10 aprile 2005

Bologna: 1. XIV Congress on Sports Rehabilitation and Traumatology The Accelerated Rehabilitation of the Injured Athlete. Convention Centre - Trade Fair District Bologna, Italy. Dott. Francesco Cervellati Education & Research Department Isokinetic Tel.: 051-6112568 Fax 051-6112567 Email: congressi@isokinetic.com (<http://www.isokinetic.com>)

• 12 - 14 aprile 2005

Bari: Federasma "Asma ed Allergie: Conoscere, Ascoltare e intervenire" Segreteria Organizzativa del Convegno: *Intermeeting S.r.l.* Executive Center Tel.: 080-5482005 - 080-5461653 Fax 080- 5529862 Email: stafania.cafforio@intermeetingbari.it

• 28 maggio 2005

Roma: XI Giornata Nazionale del Respiro Inquinamento e Malattie Respiratorie Centro Congressi "Raffaele Bastianelli" IFO-Istituti Fisioterapici Ospitalieri via Fermo Ognibene, 23A Segreteria scientifica: Fausta Franchi Vicepresidente Associazione Italiana Pazienti BPCO - cell. 335 1684090 - E-mail: franchima@tin.it Franco Pasqua - Presidente AIPO-Regione Lazio Tel.: 06 96104569 E-mail: franco.pasqua@sanraffaele.it

• 30 giugno - 1 luglio 2005

Siena: Nebulizzatori nella pratica clinica respiratoria. Come adottare le linee guida ERS in Italia. E-mail: a.melani@ao-siena.toscana.it

• 25-28 ottobre 2005

Venezia, Lido: XXXVIII Congresso Nazionale

AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri VI Congresso Nazionale UIP Unione Italiana per la Pneumologia. Segreteria Organizzativa Effetti Divisione Congressi Via Gallarate n° 106 - 20151 Milano Tel.: 02.3343281 - fax 02.38006761 Email: aipo2005@effetti.it

ESTERO

• 20-23 march 2005

Prague (Czech): Hotel Hilton. SRNT's 11th Annual Meeting and 7th Annual European Conference. Contact Information: SRNT Tel.: 608-836-3787, ext. 130 - Fax: 608-831-5485 Email: meetings@srnt.org (<http://www.srnt.org/meeting/2005/2005.html>)

• 21-25 march 2005

Cairo (Egitto): Conference on Cancer in the developing World by International Union Against Cancer (UICC) & Arab Medical Association Against Cancer (AMAAC). (<http://www.uicc.org>)

• 17-21 settembre 2005

Copenhagen, Denmark: European Respiratory Society-ERS. (<http://www.woco.dk>)

• 13 - 16 July 2006

Washington DC, USA: 13th World Conference on Tobacco Or Health.

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 2005 e versa la propria quota di iscrizione di 52 Euro (26 euro per laureandi, specializzandi, dottorandi) sul c/c 010000001062 - CREDEM di BOLOGNA Ag.2 - codici CAB:02401;ABI:03032 - CIN:U;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