

Tabaccologia

Tobaccology

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



Fumo e gravidanza
Comunicazione medico-paziente
Fumo, film, pubblicità e adolescenti

Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA - SITAB

Direttore Responsabile: Giacomo Mangiaracina (Roma)

Direttore Scientifico: Gaetano Maria Fara (Roma)

CapoRedattore: Vincenzo Zagà (Bologna)

Vice CapoRedattore: Biagio Tinghino (Monza)

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

Comitato scientifico: Kamal Chauouchi (Parigi - Francia), Massimo Baraldo (Udine), Lorenzo Cima (Padova), Domenico Enea (Roma).

Paola Gremigni (Bologna), Maurizio Laezza (Bologna), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Margherita Neri (Tradate -VA), Emanuele Passanante (Torino), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Franco Salvati (Roma), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Stefano Vinello (Mirano - VE), Pier Giorgio Zuccaro (Roma), Paola Martucci (Napoli), Riccardo Tominz (Trieste).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia),

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

Con il Patrocinio:

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

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

Art director: Fabrizio Cani
Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it - graph-x@fastwebnet.it



Ricerca iconografica: Zagor & Kano

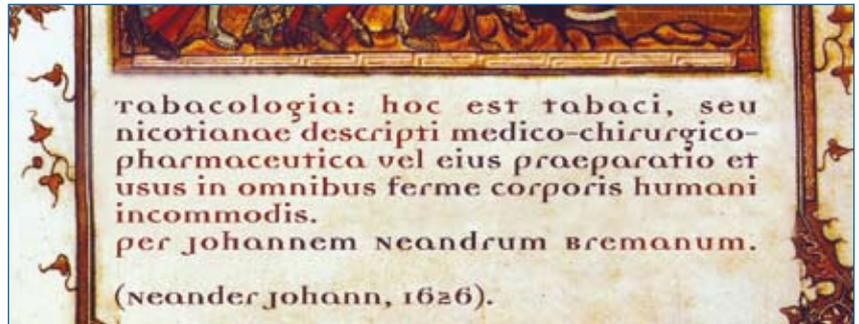
Stampa: Ideostampa - Via del Progresso s.n.
61030 Calcinelli di Saltara (PU)

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

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

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C.
Business - AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003
Finito di stampare nel giugno 2006. Tiratura: 10500 copie.

Sommario



EDITORIALE

- 3** Le Emozioni della Salute (G. Mangiaracina)

PRIMO PIANO

- 5** L'Empowerment dell'Operatore tabagismo (P. Lancia)

ABSTRACT & COMMENTARY

- 8** Le ultime dalla ricerca

FOCUS ON

- 11** Fumo nei film. Quali effetti sugli adolescenti?
(I. Baraldi)

- 14** La comunicazione tra medico e paziente
(L. Caterino)

ORIGINAL ARTICLES

- 17** La pubblicità contro il fumo nel segmento degli adolescenti (D. Vianelli)
- 29** Fumo e gravidanza: l'intervento del Ginecologo e dell'Ostetrica (F. Corsale, D. Enea)
- 34** Opinioni di un gruppo di giovani sul rapporto tra fumo e cancro orale (P. Bulgheroni, A. Bulgheroni, P. Giametta, M. C. Gandini)

37 NEWS & VIEWS

44 SITAB HOME PAGE

45 TABAC MAIL

48 CONGRESSI & EVENTI

Norme Redazionali per gli Autori

La rivista **TABACCOLOGIA**[®] viene pubblicata con cadenza trimestrale. Pubblica gratuitamente articoli originali, rassegne e saggi su argomenti inerenti il tabacco, il tabagismo e le patologie fumo-correlate. Il testo deve essere inviato via e-mail a liviaelena.laurentino@fastwebnet.it o spedito in 2 copie cartacee e su dischetto con programma Word e salvato in formato RTF alla Segreteria di Redazione. I lavori (articoli originali, reviews e saggi) devono essere redatti in lingua italiana oppure in inglese con traduzione in italiano e con sommario sempre in italiano e inglese. La prima pagina dovrà contenere: a) il titolo del lavoro (in italiano e inglese) b) gli Autori del lavoro c) l'Istituto (o gli Istituti) di appartenenza d) il nome per esteso e l'indirizzo completo di numero telefonico fax e/o e-mail dell'Autore per la corrispondenza. Gli **articoli originali** dovranno essere così suddivisi: Abstract, Parole chiave (da 3 a 5), Introduzione, Materiali e Metodi, Discussione e 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 allegata dagli Autori che inviano il testo e che avrà validità solo in caso di pubblicazione del lavoro. Il materiale inviato alla Redazione non viene restituito.

Come ricevere la rivista

La rivista Tabaccologia (4 numeri/anno + eventuali speciali) viene spedita gratuitamente ai soci SITAB o dietro versamento annuo di 26,00 euro tramite bonifico bancario intestato a:
SITAB -Tabaccologia - c/c 010000001062
CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - CAB: 02401;
ABI: 03032 - CIN: U
con invio di fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'abbonamento a: Segreteria di Redazione - Tabaccologia, Livia Laurentino c/o Suoni Comunicazioni - Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, unitamente al seguente tagliando.

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

Cognome..... Nome

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

Tel. e-mail

Professione/specializzazione.....

desidero ricevere fattura

P.iva.....

allego fotocopia di pagamento

Data Firma.....



Le Emozioni della Salute

Giacomo Mangiaracina

Molti anni prima che Golemann teorizzasse l'Intelligenza Emotiva, un medico meno conosciuto, Harold Shryock, morto nel 2004 all'età di 97 anni, si occupò per anni delle emozioni in relazione alla salute umana. Il suo volume "Emotions and Health" non ebbe molta fortuna, ma in Italia, nel 1981 era già alla quarta ristampa¹. Da allora molta strada è stata fatta in questo filone di ricerca, con valide applicazioni, ma il concetto di "emozioni della salute" è molto più recente e comunque attuale. Perché di concetto si tratta, una formula con un contenuto che racchiude un nuovo universo nel campo spinoso della Prevenzione. Tutte le teorizzazioni sulla prevenzione che abbiamo elaborato e raccolto in quarant'anni, devono cedere il passo alla concretezza dei fatti e alla spietata legge del risultato. Ormai nei congressi non si dovrebbe più pontificare la contrapposizione della "Promozione" alla "Prevenzione", quasi fosse una cosa meglio di un'altra. Tra solidi saperi (chi ha detto "soliti"?) e vacue parole, abbiamo perso punti però. In Italia e nei paesi industrializzati, la spesa sanitaria è eccessivamente focalizzata sulla cura delle malattie e non sulle azioni che potrebbero evitare il loro manifestarsi. È quanto emerge dal Rapporto 2005 «Health at a Glance» pubblicato ogni due anni dall'OCSE, organizzazione internazionale che raggruppa i 30 Paesi industrializzati del mondo. Secondo i dati del Rapporto, l'Italia si colloca agli ultimi posti per la spesa in prevenzione. I fondi dedicati raggiungono appena lo 0,6% della spesa sanitaria complessiva, molto al di sotto di Canada e Olanda che spendono in prevenzione rispettiva-

mente l'8 e il 5,5 per cento, dell'Ungheria (5%), della Germania (4,8), degli Stati Uniti (3,9), ma anche di Paesi come la Turchia (2,4%), la Corea (1,4%) e la Spagna (1,3%). La Conferenza Stato-Regioni del marzo 2005 ha approvato il Piano nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007. L'ipotesi di base è la constatazione che le malattie croniche sono in gran parte prevenibili. A questa conclusione giunge anche «Meridiano Sanità», un progetto con Veronesi e Guzzanti (ex ministri della salute), e 60 studiosi riuniti in sei tavoli di discussione, per fornire spunti di riflessione in materia sanitaria al nuovo governo.



Un chiaro esempio di prevenzione "soft" o "cautelativa" (qualcosa abbiamo fatto) è la campagna mediatica su alimentazione e fumo fatta dal Ministero della Salute nel 2003, ideata da Michelangelo Tagliaferri direttore dell'Accademia Nazionale della Comunicazione.



Costo, 12 milioni di euro ripartiti tra Rai e Mediaset. La commissione degli esperti, peraltro da noi sollecitata per quanto atteneva al tabagismo, venne convocata, ma dopo due mesi che la campagna era partita (sic!). Nessuno di noi ricevette compensi. Dissero che il nostro lavoro era "impagabile" perciò non ci pagarono. Alla prima riunione chiesi di conoscere gli indicatori di efficacia della campagna. Si rispose che si trattava di un "work-in-progress" e che ci si stava lavorando. Un caro collega e amico che mi sedeva accanto, mi pose una mano sul ginocchio destro bloccando la gamba che vibrava. Sapeva che stavo reagendo nel mio stile mediterraneo, e che la mia frase successiva, indirizzata alla rappresentanza ministeriale, avrebbe potuto mettere in crisi tutto. "Tieni presente che è la prima campagna del ministero..." mi sussurrò "È già qualcosa no?". Già. Era "qualcosa"; qualcosa che costava 12 milioni di euro agli italiani; qualcosa di appena utile, o di forse utile, o di inutile. O forse era un timido passo avanti rispetto alle commissioni tabagismo



dei ministri precedenti, Guzzanti e Bindi. Là c'erano solo parole e zero finanze. Quando penso a come fare prevenzione degli stili di vita patogeni, mi vengono in mente galassie e universi paralleli. Finché non ho intravisto un punto di fuga, di convergenza. Nel mio percorso professionale ho osservato tanto, col disincanto di chi guarda un fiume che scorre. Non sapevo che a Reggio Emilia si lavorava ad un progetto incredibile per

singularità, quanto credibile nelle sue finalità. Una preparazione di vari anni per sfociare in una mirabile armonica interazione tra idee, soggetti, professionalità e competenze, del pubblico e del privato: il festival "Prevenire creando: le Emozioni della Salute". Laboratori, sperimentazione, strategie, progettazione, coinvolgimento delle scuole, del comune, della regione, delle associazioni e della Lega contro i Tumori come capofila, con esperti e operatori. Tutto questo ha permesso finalmente la realizzazione dell'approccio complesso alla complessità dell'individuo, delle sue relazioni, delle sue scelte. Per osare tanto non serve solo sapere e saper fare. Ci vuole temerarietà, e questa ha un nome: Sandra Bosi, nonsolopsicologa di Reggio Emilia, una "macchina da guerra" la definisce Maurizio Laezza, del dipartimento delle Dipendenze della regione Emilia Romagna, altro grande esperto nello scenario della prevenzione e delle misure di controllo delle dipendenze legali. Proprio queste eliminano ogni anno in Italia una popolazione di cittadini pari agli abitanti di Reggio Emilia: 120.000 persone. Perciò diamo un ulteriore valore simbolico al suo festival e ai suoi "luoghi di prevenzione". Per ogni Reggio che muore c'è una Reggio che si impone da protagonista e grida forte.

Anche la SITAB offre di cuore il suo mattone per costruire la casa comune, e con le migliori intenzioni, per una prevenzione possibile, sostenibile, credibile. Il festival, appena alla seconda edizione, è già un modello da esportare, integrare e applicare in territori diversi. È la grande fiera del Ben Essere, che si costruisce passando per le emozioni, per le corde più profonde del nostro essere e del nostro agire. Chi mette piede in uno di questi laboratori della salute ne esce per forza diverso. Per i giovani è l'antidoto giusto alla cultura dell'ebbrezza e dello sballo. Per noi, un modo per renderci efficaci, parlo di operatori efficaci, in Prevenzione.

1. Shryock H. *Emozioni e Salute*. Edizioni ADV, Firenze, 1981.

Giacomo Mangiaracina
[mangiaracina@globalink.org]
Presidente SITAB

L'Empowerment dell'Operatore tabagismo

Paola Lancia

Due giornate intense e di alto livello formativo quelle del 12 e 13 maggio scorso alla prestigiosa Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria di Roma. Parteciparvi è stata un'esperienza arricchente per la qualità degli interventi degli esperti, relatori e psicologi interessati e per l'opportunità di confronto tra diverse professionalità e realtà territoriali. Senza alcun dubbio abbiamo avuto modo di accrescere le conoscenze e migliorare la professionalità con un aggiornamento mirato alla tipologia che ci troviamo a svolgere in pochi in Italia. La partecipazione è stata congrua alla indiscutibile qualità e al valore del programma.

Il **Programma** riproponeva l'ormai collaudato modello di Mangiaracina, che propone di distribuire lo stesso spazio formativo a quattro soggetti di fondo: il Problema, il Metodo, l'Operatore, il Lavoro sul territorio. Ogni intervento, seguito da discussione, ha messo a fuoco interessi, dubbi, curiosità.

Il prof. Angelo Capparoni, presidente dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, ha aperto il corso salutandoci i presenti incoraggiandoci a proseguire nel nostro lavoro.

Mangiaracina ha aperto le due giornate presentando con Enea il programma del corso ma è stato in effetti il regista di un'opera in cui i partecipanti erano attori. La metafora è appropriata se si pensa alla seicentesca Sala Alessandrina dell'Accademia, che durante l'intervallo è stata meta delle nostre visite. Con il Museo Storico Nazionale dell'Arte Sanitaria (v. box dedicato) raccoglie oggetti dell'arte sanitaria di vari secoli, dalla Roma imperiale ad oggi.



ALCUNI FLASH SUGLI INTERVENTI

Venerdì 12 Maggio 2006

Capire il contesto (Mangiaracina): il contesto è un'area problematica immensa. Occorre lavorare per cambiare i modelli. Il contesto sul fumo è cambiato grazie alle leggi iniziando dal 1975 data in cui il fumo viene vietato nelle sale cinematografiche. Interessante risulta la possibilità di rapportare gli interventi di prevenzione, terapia e strategie di controllo del tabacco, con le strategie aggressive di marketing delle grandi aziende produttrici. Ne risulta una ridotta capacità dello stato di incidere significativamente sui contesti al di là degli atti normativi, ma inducono a ritenere proprio per questo motivo che si debba tenere alto il livello di attenzione al problema.

Capire le cifre (Cattaruzza): Partendo dal concetto che le cifre sono importanti anche se non serve valutare qual è lo studio più esatto, vale la pena vedere la tendenza che ci indicano. Un dato certo è che negli ultimi 50 anni c'è stato un aumento di consumo tra le donne (dal 6% al 22% con un consumo medio da 7 a 13 sigarette al giorno) mentre è scesa la prevalenza del fumo tra gli uomini (dal 65% al 30% con un consumo giornaliero da 13 a 16 sigarette al giorno). Inoltre il 20% dei fumatori dichiara di aver iniziato prima dei 15 anni: ciò risulta utile per pensare al target della prevenzione che dovrebbe iniziare alle scuole elementari. Da un interessante studio di Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (*Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. BMJ 2004;328:1518) si è valutato che circa la metà dei fuma-

tori ha perso in media 10 anni di vita rispetto ai non fumatori. La relatrice ha terminato con la seguente e toccante diapositiva:

Fumare è come tentare il suicidio con tre differenze:

1. il tempo richiesto per morire è lungo
2. la probabilità di successo è maggiore (66% vs 33%)
3. è accettabile legalmente e moralmente

È stato calcolato che una sigaretta in media accorcia la vita di un fumatore di 5 minuti, circa lo stesso tempo che ci vuole a fumarla.

ciate al fumo che attiverebbe la memoria emozionale ossia i ricordi piacevoli. Altro concetto chiarito è la Cue Reactivity che rappresenta la vasta gamma di stimoli e situazioni (cues) precedentemente associati al fumare e quindi uno dei principali fattori della ricaduta.

In sintesi "dalla ricerca alla pratica":

Capire la Dipendenza... ed applicarla alla pratica ed alla comunicazione

- Disturbo del comportamento complesso e multidimensionale
 - Esistono 1,1 miliardi di tipi diversi di fumatore
- Ruolo centrale della dipendenza da nicotina, sostanza dai molteplici effetti cerebrali e periferici
 - La droga più complessa che esista
 - La dipendenza più duratura
- Modificazioni psicobiologiche persistenti
 - L'organismo acquisisce una nuova, diversa, omeostasi, difficile da normalizzare
- Interazione tra Ambiente e Psicobiologia del fumatore
 - Meccanismi neurobiologici, ma l'intervento è



Capire la dipendenza (Chiamulera): La presentazione chiara e precisa ha dimostrato la complessità della nicotina a livello dei recettori, dei sistemi cerebrali e degli effetti psicobiologici del fumare tabacco. Sono stati mostrati processi neuroanatomici e processi su cui agisce la nicotina con interessanti immagini delle aree limbiche dopo l'assunzione di nicotina. Gli aspetti comportamentali, fisiologici, biologici e psicologici concorrono alla formazione del fenotipo del fumatore.

La nicotina induce molti altri effetti, tra cui: potenziamento dell'elaborazione delle informazioni; facilitazione dell'attenzione; formazione e mantenimento delle memorie emozionali. Quest'ultimo aspetto conferma l'importanza della relazione tra ambiente e psicobiologia del fumatore: è dimostrata l'attivazione della corteccia cerebrale dei fumatori alla vista di un video con immagini asso-

psicologico

- Farmacoterapia con diversi meccanismi d'azione
- Disponibilità di un pacchetto terapeutico ampio e flessibile, da utilizzare in base a criteri di tollerabilità (ed efficacia)

Capire le patologie fumo correlate:

gli utili dettagli (Zagà): Ottimo excursus dalla pianta del tabacco, alla storia della nicotina, agli alcaloide del tabacco, alle 4000 sostanze presenti nel fumo di sigaretta, per arrivare alle 4 gruppi di sostanze più dannose: 1. NICOTINA, 2. MONOSSIDO di CARBONIO (CO) 3. OSSIDANTI e RADICALI LIBERI 4. Sostanze CANCEROGENE. Sappiamo bene, ma non fa male ricordarlo, che la nicotina dà una maggiore dipendenza rispetto ad altre sostanze quali eroina, cocaina, alcol, caffeina, marijuana. Oltre a questa azione, la più conosciuta, la nicotina

ha anche delle azioni sistemiche, a torto considerate di tipo ancillare. Infatti, il fumo di tabacco interferisce sul gusto, sull'olfatto, sulla pressione arteriosa, sulla coagulazione, sull'assetto lipidico, sul peso corporeo ed è il più importante fattore di rischio che contribuisce allo sviluppo della bronchite cronica ed enfisema, e all'aggravamento dell'asma bronchiale. Circa il 15% di chi fuma un pacchetto al giorno e il 25% di chi ne fuma due è a rischio di BPCO. Sono state sottolineate anche le Principali Patologie Fumo-correlate di seguito schematizzate:

L'apprendimento col metodo "Ambient":

una dimostrazione (Saetti) Il metodo illustrato consiste in una tecnologia di videocinematografia interattiva con riproduzione di scene della vita quotidiana e la possibilità di risposte multiple per gli utenti che possono essere da uno a molti. La verifica delle risposte e la formazione interattiva sono considerati nuovi mezzi di lavoro utili per l'informazione, la formazione e la prevenzione con il vantaggio di poter raggiungere ed essere utilizzate sia in contesti ampi che comodamente seduti a casa.

Capire il setting: il luogo, i pazienti, l'operatore

(Tinghino - Poropat - Enea) Ottimo confronto tra diverse realtà e diverse modalità operative. Si è evidenziata la necessità dell'investitura formale del centro e il coinvolgimento di diverse figure professionali. Occorre tenere sempre a mente l'efficacia del lavoro e la sua riproponibilità.

Come migliorare la relazione col paziente - Introduzione alla PNL

(Caterino) Un piccolo assaggio di come la Programmazione NeuroLinguistica sia utile nelle relazioni umane di cambiamento. La necessità di sintonizzarsi con l'interlocutore favorisce una relazione di fiducia prerogativa di ogni rapporto umano e la PNL si è dimostrata uno strumento utile. Conoscere il proprio sistema di rappresentazione (visivo, uditivo, cinestetico) e saper riconoscere quello dell'altro ne è un esempio. L'intervento è stato una premessa per il corso di perfezionamento e approfondimento sulla relazione operatore-paziente (PNL) del 16 giugno 2006.

Sabato 13 Maggio 2006

Identità, potere e limiti dell'operatore (Mangiaracina). Si sottolinea nuovamente la necessità di operatori formati e qualificati più che improvvisati.

Gestire le ricadute (Tinghino). Il relatore mostra i risultati di una ricerca tra dipendenze da tabacco e uso di sostanze stupefacenti. I tossicodipendenti (eroinomani e cocainomani) intervistati ritengono più difficile smettere di fumare che di usare droghe (v. Tinghino B. et al, Tabaccologia 2006; 1:23-25). È importante quindi valutare il vissuto nelle ricadute per ottimizzare l'intervento terapeutico che dovrebbe:

- Valutare: la posizione del paziente nel percorso di cambiamento
- Spiegare: i meccanismi della dipendenza fisica e la complessità/cronicità della patologia
- Recuperare: l'aggancio terapeutico
- Rinforzare: l'autostima
- Ricordare: il percorso già effettuato e le esperienze positive di disassuefazione
- Rimotivare: elencare i vantaggi del non fumare e sottolineare la possibilità di farcela

Zagà, a proposito delle ricadute, ha fatto sapere dell'Associazione LIBeri dal Fumo (**ALIBERF**), onlus di volontariato, il cui direttivo è formato da pazienti e non dei vari centri antifumo. L'ALIBERF permette di sostenere le "crisi di abbandono" dopo le terapie di tabagismo, garantisce un posto in prima fila nelle iniziative sul tabagismo e, cosa più importante, limita i danni da ricaduta.

Chiamulera ha illustrato i risultati sintetici dei questionari di risposta dei 139 centri che hanno aderito al Progetto "INSPIRO" sottolineando l'importanza che dei centri come punto di riferimento per la prevenzione del tabagismo, la promozione e l'educazione alla salute e la formazione e la ricerca. Il confronto tra i diversi centri dimostra modalità diverse di lavoro, il desiderio di crescita e confronto tra diverse realtà e la necessità di linee guida efficaci ed efficienti.

La parte finale dell'aggiornamento ci ha visto lavorare insieme in due gruppi con l'obiettivo di elaborare un intervento appropriato rispetto ad un caso clinico consegnato e rispetto al lavoro di

rete. La modalità di lavoro in gruppo ha permesso di confrontarci ancor più nei diversi modi di lavoro e nelle diverse realtà territoriali.

Gli "attori", riprendendo la metafora precedente, ricoprivano diverse figure professionali che sono fondamentali per affrontare la problematica del tabagismo: si intuiva l'interesse comune di voler affinare e confrontare la propria professionalità, il proprio operato per migliorarlo e renderlo più efficace.

L'opera teatrale è stata inoltre arricchita dai momenti, anch'essi curati nel dettaglio, conviviali e di relax, le pause pranzo, la cena.

Ci siamo salutati tenendo a mente la necessità di una verifica puntuale e continua della metodologia e dei risultati e l'attenzione alla formazione qualificata.

Paola Lancia
Psicologa - Roma

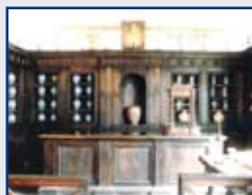
Museo Storico Nazionale dell'Arte Sanitaria

In questo museo di Roma, sono conservati i cimeli della storia dell'Arte Sanitaria. Nelle sale è presentata la medicina nel corso dei secoli, attraverso oggetti, libri, strumenti che sono serviti ai medici del passato. È inutile sottolineare la valenza storica ed artistica di una simile raccolta (che, oltre ad evidenti risvolti economici e culturali, reca con sé un valore scientifico immenso e di altissimo livello nei suoi contenuti). Particolare interesse hanno destato le preparazioni ostetriche che rappresentano le varie posizioni del feto nell'interno dell'utero materno, (che occupano un posto veramente importante nella storia dell'ostetricia sia a Roma, ma particolarmente in Italia, a dimostrare come abbia avuto origine l'ostetricia sperimentale). Proseguendo osserviamo una raccolta di recipienti in vetro ed in ceramica, usati un tempo, per la conservazione dei medicinali (molti di questi provengono dalla farmacia dei Cappuccini di via Veneto in Roma), una vasta collezione di stampe di medici illustri, lauree, editti sanitari ed altro completano questa importante collezione donata



da Capparoni alla sua morte. Al centro della sala il modello in legno della corsia Sistina, che costituisce l'esempio del primitivo modello dell'ospedale di S. Spirito, ed un esemplare di macchina per l'elettroterapia del XIX secolo. Alle pareti alcuni quadri di medici illustri. Maestosa si erge la cattedra di G.M. Lancisi dove lui ed i suoi successori tenevano le lezioni di medicina ai sanitari dell'ospedale di S. Spirito. Dalla sala Carbonelli si ammirano due ricostruzioni d'ambiente: una ANTICA FARMACIA del XVII secolo ed il suggestivo LABORATORIO CHIMICO-ALCHIMISTICO della stessa epoca. (P.L.)

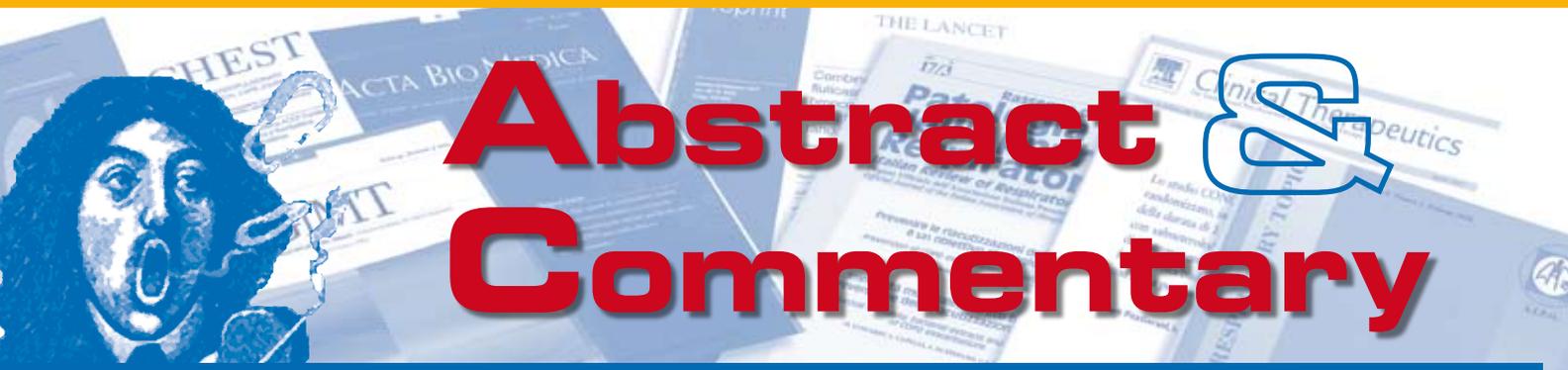
<http://www2.comune.roma.it/artesanitaria/>



Ricostruzione di una farmacia del XVII secolo

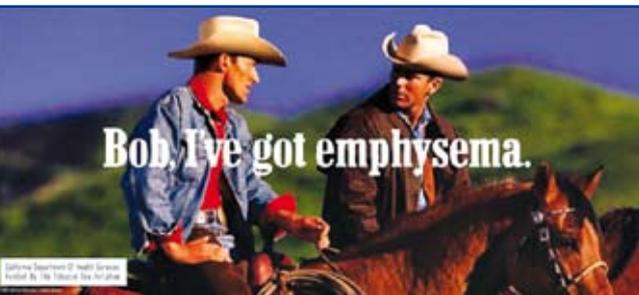


La Sala Flajani. Sui cavalletti, il modello dell'Ospedale San Giacomo



La pubblicità antifumo accresce negli adolescenti l'opposizione al tabacco

Sherry Emery, Melanie A. Wakefield, Yvonne Terry-McElrath, Henry Saffer, Glen Szczypka, Patrick M. O'Malley, Lloyd D. Johnston, Frank J. Chaloupka, Brian Flay. *Televised State-Sponsored Antitobacco Advertising and Youth Smoking Beliefs and Behavior in the United States, 1999-2000. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:639-645.*



Nel bene e nel male. La pubblicità, allo stesso modo in cui promuove il consumo di sigarette, è in grado di lanciare messaggi antitabacco influenti.

Un nuovo saggio esalta l'efficacia di alcune campagne pubblicitarie del Governo della Unione Europea allo scopo di ridurre la dipendenza e fare in modo che gli adolescenti scelgano il cammino contrario a questa droga. Sin dagli anni '90 le televisioni USA hanno mandato in onda annunci che segnalavano gli aspetti negativi del tabagismo. Negli ultimi

anni però le risorse economiche destinate a queste iniziative sono state decurtate per motivi politici ed economici.

Recentemente è stato pubblicato su *The Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* un interessante studio di correlazione tra impatto della pubblicità antifumo e tabagismo nei ragazzi.

Gli studiosi hanno analizzato l'audience ottenuta tra gli anni '99 e 2000 dalle varie pubblicità antitabacco delle TV di 75 mercati mediatici dell'Unione Europea e l'hanno messa a confronto con i dati di un'inchiesta realizzata tra gli studenti di 48 stati.

Oltre alle campagne statali gli esperti esaminarono anche la pubblicità patrocinata da altri organismi e gli annunci pubblicitari per la smoking cessation (come ad esempio le terapie sostitutive con nicotina).

Dei 51.085 studenti intervistati un 14% negò di aver visto un messaggio antifumo statale nei 4 mesi precedenti l'intervista. Un 65% ne vide una parte senza vederlo per intero e un 21% fece riferimento come minimo ad un messaggio visto. Da questi messaggi risultò che i ragazzi ebbero una maggiore percezione degli effetti dannosi del fumo sulla salute. "L'aver visto almeno un annuncio è stato associato con un minor tasso di tabagismo tra i ragazzi, una maggior percezione del danno che causa il tabacco aumenta l'intenzione di non fumare determinando una minore possibilità di diventare fumatori" fanno notare gli autori.

A seguito dei buoni risultati ottenuti da questi annunci pubblicitari governativi, gli autori concludono che sarebbe un suicidio la decurtazione dei fondi destinati alla pubblicità per la prevenzione del tabagismo. ■

(Ilaria Baraldi)

Peggior sopravvivenza per tumori di testa e collo



Pytynia KB, Grant JR, Etzel CJ, Roberts DB, Wei G, Sturgis EM. *Matched-Pair Analysis of Survival of Never Smokers and Ever Smokers With Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. J Clin Oncol 2004;22:3981-3988.*

In pazienti con carcinoma squamoso di testa e collo (SCCHN), l'abitudine al fumo è associata ad una riduzione della sopravvivenza. È quanto emerge da questo studio della University of Texas di Houston, che supporta precedenti studi

che indicavano che esistono differenze a livello molecolare fra i tumori dei fumatori e quelli dei non fumatori, e possono di fatto riflettere tipologie diverse di tumori di testa e collo. Il presente studio suggerisce che i cambiamenti che avvengono nei fumatori possono portare

a forme più aggressive della malattia, con una sopravvivenza più ridotta. Sono necessari ulteriori studi per identificare nei soggetti che hanno sempre fumato i fattori molecolari responsabili della prognosi più sfavorevole. ■

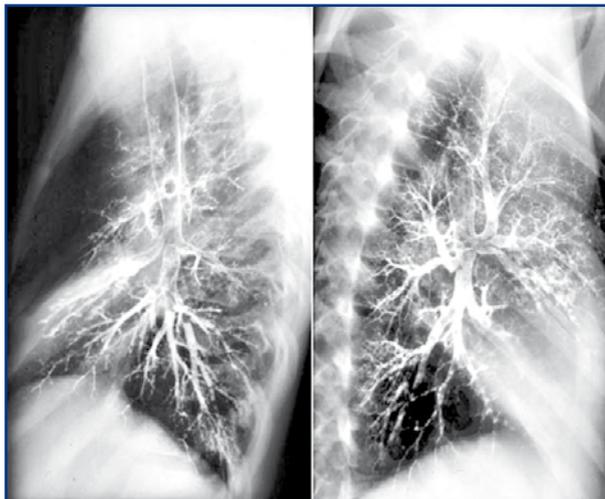
(Renato Scalia)



Epitelio bronchiale: danno ossidativo e antiossidanti

Piatti G. L'attacco ossidante sull'apparato respiratorio: la risposta del trattamento con carbocisteina sale di lisina. *Document of Therapy* 2003; 6: 3-7.
Blasi F. Attività antiossidante di carbocisteina sale di lisina. *Document of Therapy* 2002; 5: 3-7.

Nel corso delle patologie infiammatorie acute e croniche delle vie aeree numerose sostanze ossidanti (anione superossido, radicale idrossile, perossido d'idrogeno, acido ipocloroso, radicale perossidrile, etc.) vengono liberate da parte delle cellule infiammatorie (neutrofili, macrofagi, eosinofili), incrementando il danno alla mucosa bronchiale ed all'epitelio ciliato in particolare. L'azione degli ossidanti liberati durante la flogosi è stata correlata, negli ultimi anni, all'esacerbazione di diversi processi patologici a livello polmonare. Contro il danno ossidante si possono utilizzare composti dotati di attività riducente, quali quelli contenenti gruppi tioeterici. I tioeterici presentano una notevole reattività nei confronti degli ossidanti, generando per ossidazione solfossidi e solfoni.



L'acido ipocloroso (HClO) è una specie ossidante prodotta dalla mieloperoxidasi neutrofila in corso di infiammazione, ed è in grado di inattivare l'alfa 1-antitripsina, uno dei principali inibitori della elastasi. In esperimenti *in vitro* un tioetere, la carbocisteina sale di lisina (CSL), si è dimostrata in grado di recuperare il 65% dell'attività antielastica,

contro il 45% della N-acetilcisteina a pari concentrazione. La CSL compete con la metionina nel legame con l'HClO, proteggendo quindi la metionina dall'ossidazione. L'azione antiossidante della CSL è dose dipendente, ed una concentrazione di 10^{-5} M è sufficiente ad inibire il 62% dell'elastasi, percentuale che raggiunge il 78% a concentrazioni 10^{-4} M.

Il prodotto di reazione primaria della CSL con l'HClO è il corrispondente solfossido. Il solfossido e i suoi derivati sono i metaboliti della CSL nell'uomo, suggerendo la presenza di attività antiossidante anche *in vivo*. In uno studio effettuato su 600 pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), la somministrazione continuata di CSL ha ridotto la frequenza di riacutizzazioni del 30% rispetto all'uso del placebo. ■

(Marco Mura)

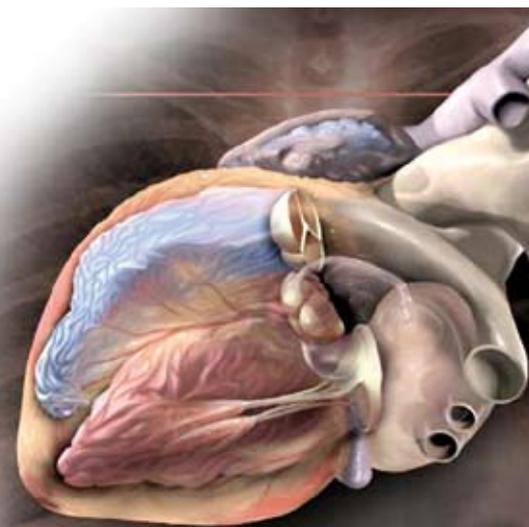
Rischio cardiovascolare e fattori di rischio emergenti

O' callaghan PA, Fitzgerald A, Fogarty J, Gaffney P, Hanbidge M, Boran G, Enright H, Murphy J, McCarthy B, Graham IM. New and old cardiovascular risk factors: C-reactive protei, homocysteine, cysteine, and von Willebrand factor increase risk, especially in smokers. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005 Dec;12(6):542-547

L'importanza relativa dei nuovi fattori di rischio cardiovascolare considerati singolarmente o in combinazione è ancora incerta. Gli Autori hanno indagato la relazione fra proteina C reattiva, omocisteina, cisteina, fattore von Willebrand, attivatore del fattore XII e patologia cardiaca, così come l'interazione con i fattori di rischio tradizionali.

È stato eseguito uno studio caso-controllo su 260 soggetti affetti da

malattia cardiaca stabile provenienti dal gruppo irlandese dello studio EUROASPIRE II coorte (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) e 260 soggetti di controllo accoppiati per età e sesso. I valori di proteina C reattiva, omocisteina, cisteina, fattore von Willebrand, attivatore del fattore XII e fattori rischio cardiovascolare





conven-
z i o n a -
li sono
stati do-
sati o re-
gistrati.

Effetti di

interazione fra fattori di rischio "emer-
genti" e tradizionali sono stati valutati
utilizzando modelli di analisi additiva
e moltiplicativa.

Proteina C reattiva, omocisteina, ci-
steina e fattore von Willebrand sono
risultati in maniera statisticamente si-
gnificativa più elevati nei casi rispetto
ai controlli.

Mettendo a confronto il quinto supe-
riore con i quattro quinti inferiori sono
emerse associazioni indipendenti fra
malattia coronarica e proteina C reatti-

va (odds ratio OR 1.79; 95% intervallo di
confidenza CI 1.12-2.86; $p=0.01$), cistei-
na (OR 2.00; 95%CI 1.25-3.0; $p=0.004$) e
fattore von Willebrand OR 8.0; 95% CI
1.9-4.8; $p<0.0001$). Per l'omocisteina,
l'associazione è risultata indipenden-
te comparando il decimo più alto con i
nove decimi più bassi (OR 1.95; 95% CI
1.02-3.41; $p=0.04$). L'attivatore del fat-
tore XII non è risultato associato con
il rischio.

L'associazione fra proteina C reatti-
va e patologia cardiaca ha mostrato un
andamento ad U e d è emersa l'esisten-
za di una associazione fra omocisteina,
cisteina, fattore von Willebrand e pato-
logia coronarica.

La proteina C reattiva, l'omocisteina,
la cisteina e il fattore von Willebrand
aumentano considerevolmente il ri-

schio associato agli altri fattori, parti-
colarmente il fumo.

In conclusione è risultato esserci
un'associazione indipendente fra ma-
lattia cardiaca stabile e proteina C reat-
tiva, omocisteina, cisteina e fattore von
Willebrand.

Sono stati osservati effetti combi-
nati considerevoli fra questi fattori di
rischio cardiovascolare emergenti e
quelli tradizionali, particolarmente con
il fattore fumo.

La cessazione dell'abitudine al fu-
mo può ridurre in maniera rilevante il
rischio di patologia cardiaca associato
alla presenza degli altri fattori. Non è
stata trovata evidenza di una relazione
fra fattore XII attivato e patologia car-
diaca. ■

(Chiara Mussoni)



Sigarette mentolate inibiscono il metabolismo della nicotina

Benowitz NL, Herrera B, Jacob P. Mentholated Cigarette Smoking Inhibits Nicotine Metabolism. *JPET*, September 2004; 310:1208-1215. (<http://jpet.aspetjournals.org/cgi/content/abstract/310/3/1208>)

in 14 fumatori sani, metà
bianchi e metà african-
americans. Questi soggetti,
in maniera random, erano
destinati a fumare sigarette
mentolate o non mentolate

per una settimana, incrociando l'altro
tipo di sigarette per un'altra settimana.
I soggetti venivano ricoverati nel Clini-
cal Research Center per 3 giorni di ogni
settimana, durante i quali venivano mi-
surati i livelli ematici di nicotina e di
CO durante il giorno e veniva sommi-
nistrata una infusione i.v. di nicotina e
cotinina marcate con deuterio per de-
terminare il tasso e il *pathway* del meta-
bolismo della nicotina. Si è così visto
che la diffusione sistemica della nicoti-
na e del CO, in media, non è influen-
zata dalla mentolazione delle sigarette. Il
fumo di sigarette mentolate, in questo

studio pubblicato sul *The Journal of Phar-
macology And Experimental Therapeutics*, ha
inibito, invece, significativamente, il
metabolismo della nicotina (clearen-
ce: 1.289 versus 1.431 ml/min, $p=0.02$).
Questa inibizione metabolica sembra
avvenire sia per un più lento metabo-
lismo ossidativo della nicotina in coti-
nina, sia per una sua più rallentata
coniugazione glucuroide. Come preci-
sano gli Autori, i dati di questo studio
non supportano l'ipotesi che il fumo di
sigarette mentolate determini l'assor-
bimento di una maggiore quantità di
sostanze tossiche del fumo di tabacco,
bensì che accresce l'esposizione siste-
mica alla nicotina per rallentato meta-
bolismo con l'ovvia ricaduta clinica in
smoking cessation. ■

(Vincenzo Zagà)



Focus On

Fumo nei film. Quali effetti sugli adolescenti?

Ilaria Baraldi

Capire i fattori che contribuiscono all'adozione del fumo da parte degli adolescenti è un elemento essenziale del controllo del tabacco. Una delle teorie più popolari che sono state proposte per spiegare l'uso di tabacco tra gli adolescenti è la teoria dell'apprendimento sociale di Albert Bandura che enfatizza l'interazione dell'individuo con l'ambiente. Importanti fattori d'influenza nell'apprendimento sociale degli adolescenti sono i genitori e i pari ma non bisogna dimenticare il ruolo dei mass media. Fumare è un comportamento sociale che è appreso in larga parte attraverso l'osservazione e l'imitazione: gli adolescenti imitano il comportamento dei loro modelli, specialmente quelli che ammirano o con cui si identificano.

Nel corso dello sviluppo delle norme, gli adolescenti, per concepire l'identità adulta, fanno attenzione al più ampio contesto sociale, in particolare al comportamento dei leader, degli eroi e degli attori del cinema; i film dunque hanno un importante ruolo di influenza sociale nelle contemporanee culture occidentali, non solo descrivendo le moderne norme sociali ma aiutando anche a definirle.

L'esposizione degli adolescenti ai film, dopo un forte decremento tra il 1950 e il 1990, è aumentata rapidamente negli ultimi 20 anni; nel 2002 l'uso del fumo nei film è stato frequente tanto quanto negli anni '50.

Ora i canali televisivi a pagamento che trasmettono i film e il noleggio di videocassette e dvd hanno ampiamen-

te aumentato l'accesso ai film; infatti una recente indagine ha mostrato che gli adolescenti americani guardano una media di 3 film a settimana, ovvero 150 l'anno.

Inoltre vedere i film è una delle attività preferite dagli adolescenti e il fumo nei film è molto diffuso; un recente studio di film usciti tra il 1990 e il 1996 ha stabilito che il 57% dei principali personaggi dei film usano tabacco.

Anche se il fumo nei film non è frequente nella prima serata televisiva, è usato in quasi tutti i film.

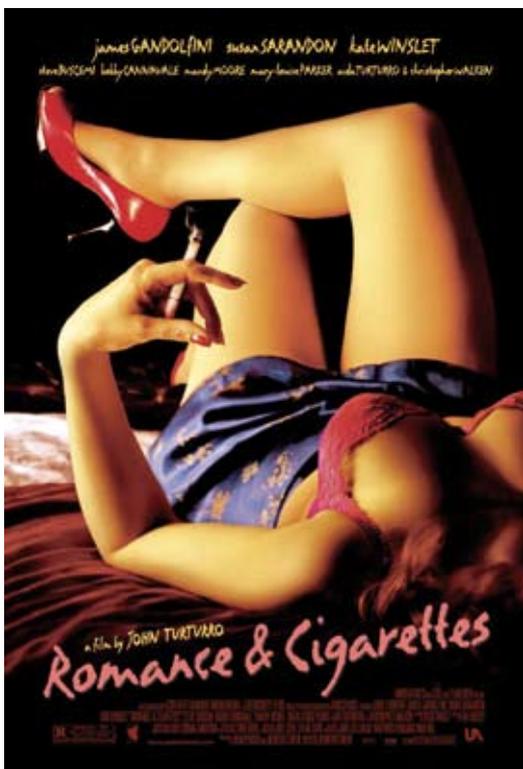
Gli adolescenti vedono gli attori che fumano nei film nel contesto della sessualità e della delinquenza, come caratteristica del fascino del romantico, dell'adolescente ribelle e percepiscono il fumo come un modo per alleviare lo stress.

Un recente studio ha identificato i contesti in cui il fumo è utilizzato nei film ed è emerso che le motivazioni del fumare sono l'agitazione (20,1%), la tristezza (5,1%), la felicità (15,3%) e il rilassamento (17,1%); i personaggi spesso fumano mentre si confidano con altri (30,7%) o in altre situazioni sociali. Le reazioni negative all'uso del tabacco sono raramen-





te mostrate (5.9%) e le conseguenze negative che risultano dall'uso di tabacco è rappresentato solo dal 3.4% dei principali personaggi che usano il tabacco. I



film continuano a presentare il fumo come un comportamento socialmente accettato e lo rappresentano per alleviare la tensione e qualche volta come facilitatore nelle interazioni sociali.

L'esposizione a film in cui i personaggi fumano crea negli spettatori atteggiamenti e credenze più favorevoli riguardo al fumo e ai fumatori ed ha una relazione dose-risposta con il comportamento degli adolescenti rispetto al fumo.

Descrivendo quindi l'immagine positiva dell'uso del tabacco, i film hanno il poten-

ziale di influenzare il comportamento degli adolescenti riguardo al fumo tanto quanto ogni altra esposizione ambientale come il fumare da parte dei familiari o degli amici.

Si può dunque ipotizzare che il fumo tra gli adolescenti possa essere associato al fumare da parte degli attori da loro preferiti.

Una recente ricerca ha riportato infatti una relazione tra la preferenza verso determinate star e la vulnerabilità al fumo in un campione di adolescenti californiani: gli adolescenti che fumano, nella scelta dei loro attori preferiti, selezionano star che sono fumatori nella vita reale o personaggi cinematografici che usano tabacco nei film; gli adolescenti non fumatori che scelgono le star preferite dai ragazzi fumatori hanno almeno 1.5 volte più probabilità di essere vulnerabili al fumo. Questa ricerca ha mostrato l'esistenza di un'associazione forte, diretta e indipendente tra una più alta esposizione all'uso di tabacco nei film e il fumo negli adolescenti.

Un'indagine, che ha messo in relazio-

ne la quantità di fumo vista nei film e i conseguenti tentativi di fumare sigarette tra gli adolescenti, ha evidenziato che vedere film con 51-150 scene in cui viene usato il tabacco duplica il tasso di provare a fumare e vedere film con più di 150 scene che rappresentano il tabacco triplica questo tasso di incidenza, paragonato ai ragazzi che vedono film con 50 o meno di queste scene.

Inoltre, l'associazione tra l'esposizione al fumo nei film e il fumo tra gli adolescenti appare essere indipendente da altri fattori conosciuti che predicono il fumo tra gli adolescenti, come il fumare da parte dei genitori, dei fratelli e dei pari. Quindi è stato dimostrato che gli adolescenti, i cui attori preferiti fumano nei film, hanno più probabilità di provare a fumare; inoltre vedere fumare anche in un solo film influenza l'atteggiamento verso il fumo. Queste scoperte supportano l'ipotesi che il fumo nei film abbia un ruolo nell'iniziazione al fumo tra gli adolescenti.

L'associazione tra il fumare da parte degli attori e gli atteggiamenti che predicono il fumo, ovvero la vulnerabilità, è forte sia tra i fumatori che tra i non fumatori e ciò suggerisce che l'influenza degli attori che fumano comincia prima della sperimentazione delle sigarette.

Dunque, modificare l'esposizione dei giovani adolescenti a film in cui si fuma potrebbe avere importanti implicazioni per la salute pubblica. Questo è un approccio indiretto, diversamente da quelli che si indirizzano direttamente al comportamento degli adolescenti.

Gli adolescenti vedono centinaia di rappresentazioni del fumo nei film e ciò influenza i loro atteggiamenti e i loro comportamenti ma l'esposizione al fumo nei film può essere ridotta quando i genitori limitano l'accesso a tali film.

È stato dimostrato attraverso uno studio che gli adolescenti che riportano le restrizioni genitoriali sulla visione dei film classificati con "R" (i ragazzi minori di 17 anni non sono ammessi senza un genitore) hanno meno probabilità di fumare.

I risultati della ricerca hanno mostrato che il tasso di iniziazione al fumo aumenta al diminuire delle restrizioni dei genitori riguardo ai film classificati con "R".





I tassi di iniziazione al fumo sono più alti negli adolescenti esposti a famiglie in cui si fuma rispetto a quelli non esposti. Sia nelle famiglie di fumatori che in quelle di non fumatori il fumo tra gli adolescenti aumenta se diminuiscono le restrizioni dei genitori. Gli adolescenti con poca autostima e alti livelli di ricerca delle sensazioni e ribellione hanno, significativamente, maggiori probabilità di provare a fumare.

Il rischio di provare a fumare è estremamente alto tra gli adolescenti con familiari che fumano, ma le restrizioni dei genitori ai film hanno un lieve impatto; invece, negli adolescenti i cui familiari non sono fumatori, il rischio di provare a fumare aumenta drammaticamente quando le restrizioni dei genitori diminuiscono.

L'esposizione ai film in cui si fuma diminuisce significativamente con l'aumento delle restrizioni dei genitori; ciò suggerisce che l'effetto protettivo delle restrizioni parentali è mediato da una ridotta esposizione ai film in cui si fuma.

Un'altra ricerca ha dimostrato che le restrizioni dei genitori alla visione di film classificati con "R" riduce del 50% l'esposizione al fumo nei film e la conseguente ricerca del fumo. Insegnare ai genitori a monitorare l'accesso ai film potrebbe ridurre il fumo degli adolescenti in modo indiretto ma potente.

Così i genitori sembrano influenzare il comportamento relativo al fumo dei loro bambini sia direttamente, attraverso il modellamento del loro comportamento,

sia indirettamente, attraverso il controllo dell'accesso ad altre fonti di influenza sociale come i film in cui si fuma.

Inoltre trasmettere pubblicità anti-fumo prima di mandare in onda i film in cui i personaggi fumano sembra attutire il loro effetto stimolante sul comportamento degli adolescenti.

Ancora migliorare il sistema di classificazione dei film indicando con "R" quelli in cui i protagonisti fumano, potrebbe ridurre l'esposizione degli adolescenti al fumo e il conseguente comportamento.

Agendo su un altro fronte nella lotta al fumo tra gli adolescenti, la sanità pubblica dovrebbe affrontare il fumo nei film come una strategia di vendita del tabacco.

Infatti le industrie del tabacco reclutano e mantengono i fumatori associando i loro prodotti all'eccitazione, al sesso, al benessere, alla ribellione e all'indipendenza e i film sono un modo potente e di grande successo per creare questa connessione.

Tali industrie hanno coltivato la loro relazione con Hollywood elargendo fondi per gli studios e distribuendo gratuitamente sigarette alle persone che lavorano alla produzione del film.

I film sono migliori di ogni altra pubblicità trasmessa in tv o sui giornali perché il pubblico è totalmente ignaro, inconsapevole di qualsiasi coinvolgimento dello sponsor.

Inoltre il fumo nei film è tipicamente associato a figure di successo e ciò è in contrasto con la realtà.

Hollywood ha affrontato le espressioni di preoccupazione della gente riguardo all'influenza che il fumo rappresentato nei film può esercitare sugli adolescenti utilizzando la retorica relativa alla "libera espressione" mentre, sfacciatamente, prepara film per massimizzare le entrate e nega che il fumo nei film contribuisce all'iniziare a fumare.

Fino al 1994 i dirigenti delle industrie produttrici di tabacco giuravano che la nicotina non creava dipendenza e al Congresso del 1989 non svelarono completamente il loro legame con Hollywood. Come parte dell'accordo con gli stati americani, tali dirigenti sono d'accordo sull'interrompere l'uso del tabacco nei film per promuovere le sigarette ma è molto difficile credere loro.

D'altro canto Hollywood dovrebbe dichiarare che nella produzione dei film non esiste alcun coinvolgimento delle industrie produttrici di tabacco e che nessuno riceve denaro, prestiti, sigarette, pubblicità, in cambio della rappresentazione del tabacco.

Inoltre dovrebbe trasmettere forti pubblicità anti-fumo prima di ogni film che contiene scene in cui si mostra il fumo (inclusi i film in tv, in vhs o in dvd) per proteggere il pubblico dalle influenze pro-tabacco presenti in tali film e classificarli con "R"(restricted).

Ilaria Baraldi
Psicologa, Bologna

Bibliografia

1. James D Sargent, Michael L Beach, Madeline A Dalton, Leila A Mott, Jennifer J Tickle, M Bridget Ahrens, Todd F Heatherton. Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *BMJ* 2001; 323:1394 (15 December).
2. Charlesworth A., Glanz S.A. Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics* 2005 Dec; 116(6): 1516-28.
3. Janet M. Distefan, John P. Pierce and Elizabeth A. Gilpin. Do Favorite Movie Stars Influence Adolescent Smoking Initiation?
4. *American Journal of Public Health* July 2004; Vol 94, No. 71239-1244.
5. Jennifer J Tickle, James D Sargent, Madeline A Dalton, Michael L Beach, Todd F Heatherton. Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control* 2001; 10: 16-22 (Spring).
6. Dalton MA, Tickle JJ, Sargent JD, Beach ML, Ahrens MB, Heatherton TF. The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988 to 1997. *Prev Med.* 2002 May;34(5):516-23.
7. James D. Sargent, Michael L. Beach, Anna M. Adachi-Mejia, Jennifer J. Gibson, Linda T. Titus-Ernstoff, Charles P. Carusi, Susan D. Swain, Todd F. Heatherton, and Madeline A. Dalton. Exposure to Movie Smoking: Its Relation to Smoking Initiation Among US Adolescents. *Pediatrics* Vol. 116 No. 5 November 2005, pp. 1183-1191 (doi:10.1542/peds.2005-0714).
8. Glantz A. Smoking in teenagers and watching films showing smoking. *BMJ* 2001; 323: 1378-1379 (15 December) Editorials.
9. James D. Sargent, Michael L. Beach, Madeline A. Dalton, Linda Titus-Ernstoff, Jennifer J. Gibson, Jennifer J. Tickleand, Todd F. Heatherton. Effect of Parental R-Rated Movie Restriction on Adolescent Smoking Initiation. *Pediatrics* Vol. 114 No. 1 July 2004, pp. 149-156.
10. James D. Sargent, Madeline A. Dalton, Todd Heatherton, Mike Beach. Modifying Exposure to Smoking Depicted in Movies. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157: 643-648.
11. Distefan JM, Gilpin EA, Sargent JD et al. Do movie stars encourage adolescents to start smoking? Evidence from California. *Prev Med* 1999;28:1-11.



La comunicazione tra medico e paziente

Luigi Caterino

La comunicazione tra medico e paziente è il cuore della pratica medica. È in quel momento che si costruisce un'alleanza terapeutica, si ottengono le informazioni, si fa una diagnosi, si condivide un piano di trattamento ed inizia proprio in quel contesto la guarigione. L'abilità del medico di comunicare in modo efficace con il paziente determina l'intensità della relazione, influenza il livello di motivazione del paziente a star meglio, contribuisce a far sì che il paziente aderisca al trattamento e aumenta il livello di soddisfazione di entrambi, medico e paziente.

Da alcuni anni una nuova consapevolezza dell'utilità di formare tutti gli operatori della salute come professionisti esperti della comunicazione sta prendendo lentamente piede negli istituti formativi, anche se c'è ancora molto da fare in questo senso.

Nel rapporto tra medico e paziente, i modi e i contenuti della comunicazione hanno una delicatezza e un peso maggiori rispetto a quanto avviene in quasi tutte le altre interazioni comunicative di tipo professionale.

Qualsiasi azienda che abbia un alto livello di profitto dedica tempo e risorse alla formazione del personale nelle abilità di relazione e comunicazione all'interno e all'esterno dell'organizzazione; la stessa attenzione viene dedicata da tutti coloro che lavorano nel campo della televisione, della radio, del cinema e dello spettacolo: si dà per scontato che dovendo "esporsi" ad un pubblico, visivamente e/o auditivamente, le capacità di comunicazione debbano essere sviluppate e raffinate.

Per qualche ragione, non appare altrettanto scontato che il compito delle facoltà universitarie di medicina sia anche quello di formare gli studenti nelle abilità di comunicazione con i pazienti.

I futuri medici, nel corso della loro professione, si troveranno a rivolgere

migliaia di domande, a formulare loro stessi delle risposte, a informare pazienti e familiari, a fornire delle indicazioni, a relazionarsi con il corpo medico e paramedico.

E l'oggetto della loro comunicazione non saranno indicazioni su "servizi e prodotti consigliati", come avviene con i clienti di un negozio di profumeria.

Forniranno, piuttosto, quelle informazioni che trasformano tutti i giorni la vita di migliaia di persone nel mondo: notizie sullo stato di salute, sulle possibilità di guarigione, sulla morte, sulle aspettative di vita, sul decorso di malattie note o poco conosciute.

L'ambito medico è quello in cui, più che in qualunque altro settore professionale, la capacità di comunicare una diagnosi o un percorso di trattamento senza provocare traumi e sofferenze inutili dovrebbe diventare un'arte.

I problemi di sfiducia e di incomprensione tra paziente e medico possono essere risolti attraverso lo sviluppo delle abilità di comunicazione di quest'ultimo.

L'obiettivo è migliorare la relazione tra le due parti: il paziente diventa più disposto ad affidarsi alle cure del medico, lo scambio di informazioni avviene in maniera più efficace e si riesce a porre rimedio all'avere a tempi di consultazione spesso molto limitati.

Il paziente vuole oggi considerare il medico come un proprio alleato. Piuttosto che un estraneo, sia pure competente, che lo faccia accomodare nel proprio ambulatorio con distacco, rimanendo concentrato a consultare la sua cartella clinica senza rivolgergli uno sguardo o un sorriso, desidera considerare il medico come un esperto della salute a cui sta a cuore lavorare con lui verso un obiettivo comune: la sua guarigione.

Forse è banale, ma pochi ci pensano. Il rapporto medico paziente è una delle poche forme di interazione umana in cui l'obiettivo è lo stesso: la salute del paziente.



Non si spiega come mai però l'aderenza alla terapia delle principali patologie croniche (asma, BPCO, diabete, ipertensione, ipercolesterolemie...) sia così bassa. Raramente si supera il 50%.

La compliance è uno degli elementi essenziali di quello che potremmo definire "iter della comunicazione medicopaziente": una comunicazione efficace aumenta la fiducia e il livello di comprensione del paziente; la fiducia e la comprensione del paziente aumentano le possibilità di una corretta compliance; una corretta compliance aumenta le possibilità di riuscita del trattamento e di soddisfazione del paziente, il quale probabilmente tornerà, fiducioso e collaborativo, in caso di necessità; il tutto con minori costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Lo sviluppo delle abilità di comunicazione del medico passa per una conoscenza accurata dell'esperienza e del linguaggio del paziente; in particolare, del modo in cui questi, attraverso il linguaggio, "racconta" la realtà a se stesso, alle altre persone e al medico.

Quando il paziente parla della sua esperienza, ne dà necessariamente una rappresentazione limitata: la sua "mappa del mondo", già di per sé imperfetta rispetto al mondo reale, deve essere trasmessa scegliendo alcune parole e piuttosto che altre, utilizzando delle modalità espressive e interpretative e scartandone altre, e così via.

A volte la necessità di semplificare la propria formulazione della realtà, per poterla condividere con gli altri, porta ad omettere dei dettagli importanti. Il medico può individuare e recuperare questi particolari avvalendosi in modo consapevole di uno strumento molto preciso: le domande.

Le domande consentono di ricavare delle informazioni che altrimenti rimarrebbero "sommerse" nella coscienza del paziente perché sottoposte a processi linguistici di generalizzazione, cancellazione e distorsione.

Il paziente, infatti:

- Generalizza alcune informazioni (nel senso che attribuisce a fatti, persone, eventi e principi un valore universale);
- Cancella alcune informazioni (nel senso che le esclude dal suo resoconto);

- Distorce alcune informazioni (nel senso che ne dà un'interpretazione che potrebbe essere scorretta o poco funzionale al miglioramento della sua condizione attuale).

Il medico interviene a "disattivare" l'effetto limitante di generalizzazioni, cancellazioni e distorsioni con domande appropriate, attraverso le quali realizza la raccolta delle notizie che gli occorrono.

Un ascolto efficace del paziente è un altro strumento di indagine del medico che contribuisce "attivamente" a realizzare la raccolta delle informazioni e a risparmiare tempo.

Durante i momenti che il medico dedica all'ascolto del suo resoconto, il paziente ha modo di rilassarsi e disporsi a fornire notizie sempre più pertinenti e qualitativamente migliori; da parte sua, il medico può rivolgere un'attenzione più focalizzata alle strutture verbali utilizzate ed eventualmente decidere di "ricalcarle" e riprodurle, per ridurre al minimo i rischi di distorcere i messaggi in arrivo (backtracking).

Tra i modelli linguistici utilizzati, il medico può rilevare una prevalenza di predicati visivi, auditivi o cinestesici, e quindi scegliere di adattare ad essi le proprie scelte lessicali e sintattiche, in modo da "parlare la stessa lingua" del paziente a partire dalla modalità in cui quest'ultimo struttura l'esperienza prima di rappresentarla verbalmente.

Ad esempio, se un paziente utilizza con prevalenza espressioni quali "mi faccia vedere", "a ben guardare", "me lo scriva così capisco con i miei occhi che cosa vuole intendere", molto probabilmente il suo modo di rappresentare la realtà a se stesso e agli altri, in quel momento e in quelle specifiche circostanze, è visivo.

Analoga operazione si può fare per le altre modalità di rappresentazione, individuabili anch'esse a partire dagli schemi linguistici prevalenti utilizzati da un determinato paziente, in una determinata situazione, parlando di un determinato argomento.

Conoscere questo tipo di preferenza consentirà al medico di strutturare adeguatamente il proprio modo di parteci-

pare all'interazione a livello sia verbale che non verbale.

La comunicazione non verbale è una fonte di conoscenze sulla storia del paziente dal valore inestimabile (si parla del 55% delle informazioni) ed è caratterizzata da un grado molto elevato di attendibilità.

In altre parole, attraverso gesti, postura e movimenti, il paziente esprime emozioni, sentimenti, preoccupazioni, desideri e così via dicendo; il medico, adattando la propria risposta a tali gesti, postura e movimenti, contribuisce a creare o a cementare la relazione.

Una condizione essenziale per raggiungere gli obiettivi di chiarezza e completezza delle informazioni che renderanno possibile una diagnosi rapida e corretta, oltre ad essere quella di una consapevolezza "tecnica" della comunicazione da parte del medico, è il sentimento di fiducia del paziente nei confronti di chi lo assiste e indaga sulla sua salute.

Gli obiettivi sono gli stessi enumerati per gli altri "strumenti" di lavoro del medico che fanno leva sulle competenze comunicative: informazioni più esaurienti e non contraddittorie, piena collaborazione del paziente, ottimizzazione e conseguente riduzione dei tempi delle singole visite e del numero degli incontri, aderenza totale alle prescrizioni del medico, miglioramento dello stato di salute del paziente e sua soddisfazione.

La fiducia si può costruire in vario modo. A volte è un sentimento spontaneo o indotto da un "passaparola" lusinghiero nei confronti del medico; in altre occasioni il medico ha bisogno di lavorarci su e di far sentire al paziente che è in mani esperte. In tutti i casi, la fiducia, una volta costruita, va nutrita e consolidata nel tempo.

Il ricalco e la guida sono un tandem di tecniche attraverso le quali il medico può riprodurre volontariamente gli schemi di una comunicazione caratterizzata da complicità e condivisione degli obiettivi.

Spesso, quando due persone si "ricalcano", si muovono spontaneamente e inavvertitamente allo stesso ritmo,



parlano con un tono di voce simile, assumono posture simmetriche, utilizzano espressioni linguistiche simili e un lessico ricorrente: tendono, complessivamente, ad assomigliarsi, e più si assomigliano, più aumenta la loro disponibilità ad affidarsi l'una all'altra. In presenza di queste condizioni, può accadere che una delle due decida di muovere in una determinata direzione, e che l'altra persona, sentendosi fiduciosa, si adegui al cambiamento proposto, più o meno esplicitamente.

In altre parole, una persona guida l'altra, e quest'ultima è disposta a seguirla.

Il medico può riprodurre deliberatamente gli schemi del ricalco e della guida: il primo ha lo scopo di creare un rapporto di affinità che tranquillizzi e renda fiducioso il paziente, in quanto gli trasmette il messaggio del medico "io sono come te e ho il tuo modo di essere e di sentire".

A questo punto è come se il medico ottenesse dal paziente il permesso non scritto di stabilire la direzione e di condurre il gioco, accompagnando il paziente, ormai fiducioso e collaborativo, nella cura e nelle successive tappe del trattamento.

Durante l'interazione con il paziente, il medico è consapevole della necessità di attivare dei comportamenti appropriati sempre diversi, a seconda delle diverse circostanze, fino ad individuare quello che "funziona" meglio.

Se un paziente oppone resistenza alla proposta di alleanza terapeutica del medico, quest'ultimo è capace di gestirla con risposte verbali e non verbali ogni volta differenti, fino a trovare quella adatta che dispone il paziente a partecipare al lavoro del medico in modo collaborativo. In fondo, non esistono modi giusti o modi sbagliati di comunicare; esistono modi meno efficaci oppure più efficaci.

Luigi Caterino

Master Practitioner e Coach
in Programmazione Neuro Linguistica
docente di "Metodologia ed Etica della Comunicazione" all'Università di Parma, Facoltà di Farmacia.

La pubblicità contro il fumo nel segmento degli adolescenti

Anti-smoking advertising targeting adolescents

Donata Vianelli

Riassunto

Premessa. I dati sul consumo di fumo in Italia, con un 25% dei fumatori di età inferiore ai 24 anni, sottolineano chiaramente la necessità di sviluppare efficaci messaggi pubblicitari contro il fumo, in particolare rivolti alla fascia adolescenziale che rappresenta il più delle volte la fase di inizio di un'eventuale dipendenza.

Scopo dello studio. Obiettivo del presente studio è l'analisi della valutazione delle pubblicità contro il fumo nel segmento degli adolescenti, in termini di gradimento, comprensione e impatto, anche in relazione alle loro diverse caratteristiche personali.

Metodologia. L'analisi empirica è stata svolta su un campione di 510 adolescenti tra i 12 e i 17 anni frequentanti alcune scuole medie inferiori e superiori della provincia di Trieste, a cui sono stati sottoposti, sotto forma di vignetta, 16 messaggi pubblicitari e un questionario strutturato. I dati, descritti con le tecniche della statistica descrittiva e multivariata, sono stati elaborati con il software SPSS attraverso l'analisi fattoriale e la cluster analysis.

Risultati. La ricerca ha evidenziato l'esistenza di molteplici segmenti che, dal punto di vista dell'approccio comunicazionale, possono essere significativamente diversi. In particolare, il segmento più a rischio è quello degli sperimentatori intenzionati a fumare, cui può essere indirizzata in particolare la campagna pubblicitaria di prevenzione, anche perché tali soggetti tendono per lo più ad agire come influenzatori.

Conclusioni. L'analisi dei risultati ha messo in evidenza come in generale, nello sviluppo della pubblicità contro il fumo rivolta agli adolescenti, alcuni messaggi debbano essere evitati. Vi sono delle linee guida omogenee rappresentate, ad esempio, dal fatto che non piacciono i messaggi troppo forti e sono preferiti quelli che evidenziano gli effetti positivi del non fumare. D'altra parte, a seconda dei segmenti, i messaggi dovrebbero essere differenziati in relazione al loro impatto sulla sfera individuale piuttosto che sociale, nonché sulle conseguenze del fumo sulla salute fisica piuttosto che mentale degli individui.

Parole chiave: *pubblicità antifumo, adolescenti, gradimento, efficacia della pubblicità.*

Donata Vianelli

(donata.vianelli@econ.units.it)

Professore Associato

Università degli Studi di Trieste

Facoltà di Economia

Dipartimento di Economia e Tecnica Aziendale

Abstract

Introduction. Data on the use of tobacco in Italy point out that 25% of smokers are less than 25 years old. As a consequence, it is necessary to develop effective anti-tobacco advertising campaigns targeting adolescents, who are more likely to become nicotine dependent.

Aim of the study. to analyse the effectiveness of anti-tobacco advertising campaigns among adolescents in terms of appreciation, comprehension and impact, also in relation to their personal characteristics.

Methodology. direct interviews were performed on a sample of 510 teens aged 12-17 attending secondary and high schools in Trieste, Italy. A structured questionnaire concerning 16 different advertisements was used.

Results. significantly different subgroups of adolescents were identified by the interviews. therefore the attitude of adolescents towards the anti-tobacco advertisements is not homogenous. The subgroup with the highest risk of becoming smoker is represented by the "experimenters". As these individuals also tend to influence other adolescents, anti-smoking campaigns are recommended.

Conclusions. in the development of anti-smoking advertisements, some messages should be avoided, such as those on mental health. On the contrary, soft messages and positive reinforcement (the positive physical effects of not smoking) should be promoted. In general, images and messages should be differentiated among the subgroups based on their impact on the personal (better than social) consequences.

Keywords: *anti-smoke advertising, adolescents, appreciation, advertisements efficacy.*

INTRODUZIONE

Negli ultimi vent'anni, nonostante le restrizioni legislative e i vari accordi volontari stretti tra le diverse multinazionali del tabacco con l'obiettivo di limitare le spese per la pubblicità sul fumo, a livello internazionale gli investimenti in comunicazione continuano ad essere cospicui, rendendo più che mai necessarie azioni di dissuasione soprattutto su alcuni target più critici. Anche se in Italia la pubblicità delle sigarette è vietata in tutte le sue forme e il governo è intervenuto in modo significativo per dissuadere la dipendenza da fumo, il numero di fumatori nel paese rimane elevato: più di 12 milioni, di cui circa il 25% di età inferiore ai 24 anni. Le campagne antifumo rivolte in particolare alla fascia dei giovani sono pertanto assolutamente necessarie, a patto che nascano da una reale valutazione dei loro comportamenti e delle loro caratteristiche.

La presente ricerca vuole verificare l'efficacia di alcuni messaggi pubblicitari contro il fumo, al fine di ottenere utili informazioni per lo sviluppo di campagne di comunicazione contro il tabagismo, in particolare sulla fascia di età tra i 12 e i 17 anni che tendenzialmente rappresenta la fase di "inizio" di un'eventuale dipendenza da fumo. A livello nazionale emerge infatti una quasi totale mancanza di studi [4, 5] non solo sull'efficacia delle campagne anti-fumo ma anche, a priori, sull'impostazione e la struttura del messaggio che può essere efficacemente rivolto ai giovani.

Dopo un'analisi della letteratura accademica e specialistica esistente a livello internazionale, e la presentazione dei risultati ottenuti nelle più recenti ricerche, l'analisi empirica è stata svolta su un campione di adolescenti frequentanti le scuole medie inferiori e superiori, a cui sono stati sottoposti molteplici messaggi pubblicitari rappresentativi di diversi approcci alternativi di pubblicità contro il fumo. L'efficacia di tali messaggi è stata valutata in termini di comprensione, impatto, gradimento e preferenza. Ulteriori informazioni utili per definire le caratteristiche della campagna pubblicitaria sono state raccolte relativamente alla valutazione della

pubblicità in generale, al rapporto dei giovani rispetto le autorità, alle opinioni sul fumo, allo spirito individualista o di gruppo, all'avversione al rischio e alle loro caratteristiche personali.

ADOLESCENTI E PUBBLICITÀ CONTRO IL FUMO: UN'ANALISI DELLA LETTERATURA

Negli ultimi anni la letteratura accademica estera ha proposto numerose ricerche volte ad analizzare l'efficacia dei messaggi pubblicitari contro il tabagismo, con particolare riferimento agli adolescenti che, come già sottolineato, rappresentano il segmento più critico in relazione all'inizio di un'eventuale dipendenza da fumo. Volendo concentrare la nostra analisi sugli studi più recenti, emerge in modo chiaro una significativa discordanza nei risultati ottenuti nonché, per molti studi, la mancanza di un reale contributo in termini di implicazioni manageriali. Ciò è dovuto principalmente al fatto che il tema della prevenzione è stato prevalentemente affrontato nelle ricerche di matrice psicologica e medica, più che in un'ottica di marketing finalizzata a fornire valide indicazioni per lo sviluppo delle campagne pubblicitarie. Vi sono tuttavia alcune ricerche, di seguito sintetizzate, che riteniamo possano essere valutate di rilievo per le conclusioni a cui sono pervenute, anche se è importante sottolineare come i risultati di tali studi, che sono stati prevalentemente condotti negli Stati Uniti, rispetto il caso italiano possano essere considerati solo in parte significativi in quanto analizzati in un contesto dove le campagne contro il fumo sono contrapposte a quelle, da noi proibite, delle sigarette.

Un primo gruppo di ricerche è focalizzato sulla valutazione dell'efficacia della pubblicità. Il loro principale limite, rinvenibile anche nel presente lavoro di ricerca, è legato al fatto che i fumatori possono solo dirci quello che sentono e provano di fronte un determinato messaggio e/o immagine, mentre l'efficacia reale andrebbe invece valutata studiando l'evoluzione dei loro comportamenti a seguito dell'esposizione ad una campagna pubblicitaria.

Un recente contributo di Pechmann et al si è ad esempio focalizzato sull'efficacia di 194 spot televisivi contro il fumo rivolti agli adolescenti. I messaggi sono stati classificati distinguendo quelli che mettevano in evidenza:

- la relazione tra il fumo e la morte o le malattie gravi;
- l'influenza negativa del fumo sulla salute delle persone (familiari, colleghi, ecc.) che vivono con un fumatore;
- gli effetti secondari del fumo (alito, ingiallimento dei denti, ecc.);
- la relazione tra il fumo e l'insicurezza psichica, la debolezza, ecc.;
- l'importanza di rifiutare il fumo, dimostrando di non essere passivi e influenzabili;
- l'importanza di saper riconoscere la negatività delle scelte di marketing delle multinazionali del tabacco.

Le tematiche che sono sembrate avere maggiore efficacia sugli adolescenti sono quelle che evidenziavano l'influenza negativa sulla salute degli altri, la relazione tra fumo e insicurezza nonché quelle focalizzate sulla capacità di rifiutare il fumo con determinazione.

Anche Andrews *et al* hanno affrontato l'analisi dell'influenza di una campagna pubblicitaria contro il fumo sul comportamento degli adolescenti. I risultati ottenuti intervistando più di 900 giovani sono stati positivi, in quanto hanno evidenziato l'efficacia dei messaggi sia in termini di prevenzione che di consapevolezza della negatività della dipendenza. Precedentemente altri studi sono giunti a conclusioni analoghe. Pechmann e Shih, ad esempio, hanno rilevato che la pubblicità contro il fumo proposta prima della proiezione di un film è in grado di ridurre in modo significativo l'intenzione al fumo evocata dalle immagini che appaiono durante la proiezione.

Non mancano tuttavia alcune ricerche dove l'efficacia appare più incerta. Innanzitutto, proprio in relazione al segmento degli adolescenti, alcuni Autori [10; 11] hanno evidenziato come la pubblicità contro il fumo sia maggiormente efficace se viene integrata con campagne di supporto sviluppate in ambito scolastico. Inoltre, Farrelly et al hanno ad esempio concluso come non

tutti i messaggi siano veramente efficaci, e che questo può essere ricondotto principalmente al fatto che le campagne vengono spesso sviluppate senza analizzare adeguatamente il target di riferimento e senza adeguare i messaggi alle sue caratteristiche in termini di aspetti psicografici, intenzioni al fumo, età, sesso, ecc.. Ma anche là dove l'efficacia viene riconosciuta, si è ad esempio dimostrato come spesso la pubblicità contro il fumo, pur avendo effetto, difficilmente riesca a prevalere sulle pubblicità di sigarette che, come hanno evidenziato Pollay et al., è addirittura tre volte più efficace sugli adolescenti rispetto ad un target adulto. Peraltro l'efficacia del messaggio deve essere valutata anche in relazione al ruolo assunto dai vari mezzi di comunicazione nel promuovere [15; 16; 17; 18; 19; 20] o, viceversa, limitare la dipendenza da fumo [21; 22; 23; 24; 25; 26].

Un secondo filone di ricerca analizza le opinioni e il rapporto con il fumo da parte degli adolescenti. Con particolare riferimento alla problematica pubblicitaria, è interessante ad esempio citare il recente contributo di Wang e Henley. Gli Autori hanno rilevato come le opinioni sul fumo possano variare significativamente a seconda dell'età: i bambini di circa 10 anni, che attraversano quello che viene definito uno stadio "logico concreto" (stadio di sviluppo meno evoluto), tendono infatti a concettualizzare le conseguenze del tabagismo in modo diverso rispetto ai ragazzi dai 15 anni in su, che attraversano uno stadio definito "logico formale". Il messaggio che deve essere convogliato dovrebbe quindi essere differenziato: da un lato il target più giovane si fa maggiormente influenzare dai messaggi che riportano gli effetti negativi del fumo, in particolare dal punto di vista fisico. Dall'altro il gruppo dei quindicenni tende invece ad evidenziare, oltre agli effetti negativi, anche quelli positivi del fumo sullo stress, dimostrando pertanto una buona consapevolezza dei risvolti di tipo psicologico.

Nell'analisi del rapporto con il fumo, un altro aspetto che va considerato in quanto può avere delle implicazioni sui contenuti del messaggio pubblicitario è sicuramente il contesto sociale, ovvero

le interrelazioni con altri adolescenti. A tale proposito Bauman et al. hanno evidenziato come le campagne antifumo non hanno tanto un effetto positivo sul comportamento del singolo, quanto piuttosto vanno ad aumentare la disapprovazione degli amici nei confronti di chi prova a fumare. Analogamente Stanton e McGee hanno riscontrato la tendenza sia per gli adolescenti fumatori che per quelli non fumatori di influenzare gli amici, rispettivamente nel senso di indurli a fumare o, per i secondi, di evitare il fumo.

Un'altra importante prospettiva di analisi, affrontata dalla letteratura accademica, riguarda il modo in cui i messaggi dovrebbero essere posti: in modo forte oppure pacato? Devono far paura oppure rassicurare? Hastings e MacFadyen affermano ad esempio come i messaggi aggressivi abbiano sicuramente un impatto molto diretto sul consumatore in termini di comunicazione: l'obiettivo è quello di inviare un messaggio che è udito dal consumatore il quale lo capisce e agisce di conseguenza. Tuttavia i limiti riconosciuti dagli Autori sono numerosi. Innanzitutto tale approccio implica l'esistenza di un soggetto passivo, che oggi poco ritroviamo in un target di adolescenti nei confronti del quale il messaggio deve essere negoziato, non imposto. In secondo luogo i messaggi forti si basano su un processo decisionale di tipo lineare, mentre la decisione di fumare non è presa razionalmente. Infine essi ritengono che oggi questo tipo di approccio forte ed aggressivo stia diventando meno efficace sia perché la maggior parte delle persone già sa che fumare ha delle serie conseguenze, sia perché essi sostengono che la ripetizione continua e forte del messaggio ne diminuisca l'efficacia.

Al contrario, alcuni studi evidenziano come più è la paura evocata dal messaggio, più quest'ultimo è persuasivo. Ma è importante che agisca sugli adolescenti a livello emozionale, perché è dimostrato come alla fine siano proprio i messaggi emozionali quelli più ricordati e in grado di attivare i maggiori processi cognitivi. Non solo: sono anche quelli che influiscono di più sulle motivazioni, le intenzioni e l'attenzione degli individui.

Infine, pur riconoscendo l'importanza di creare a livello emozionale una sensazione di paura legata alla salute fisica, essi sostengono anche come vi siano altri aspetti su cui bisogna agire, quali ad esempio la tristezza legata alla morte, causata dal fumo, di un membro della famiglia, oppure la rabbia legata ai profitti realizzati dalle multinazionali del tabacco a discapito della salute degli individui.

METODOLOGIA DELLA RICERCA

L'analisi empirica è stata svolta su un campione di adolescenti tra i 12 e i 17 anni frequentanti alcune scuole medie inferiori e superiori della provincia di Trieste¹, a cui sono stati sottoposti, sotto forma di vignetta, alcuni messaggi pubblicitari e un questionario strutturato. Agli studenti non venivano spiegati anticipatamente gli obiettivi della ricerca, ma anzi il messaggio pubblicitario (ogni individuo ne valutava solo uno) veniva proposto unitamente ad un articolo tratto dalla stampa economica, in modo da non concentrare la loro attenzione solo sulla vignetta proposta, come del resto avviene nella realtà dei media dove le pubblicità sono inserite all'interno di un contesto informativo più generale. Le vignette proposte, in totale 16, volevano rappresentare quattro diversi approcci alla pubblicità contro il fumo (tab. 1; appendice 1):

1. l'efficacia di un messaggio contro il fumo posto in termini positivi piuttosto che negativi;
2. gli effetti del fumo sulla sfera personale piuttosto che sociale dell'individuo;
3. gli effetti del fumo sulla salute fisica piuttosto che mentale;
4. l'efficacia di un messaggio che evidenzia le conseguenze del fumo in termini lievi o, all'opposto, gravi sull'individuo.

Dopo aver sottoposto il messaggio, si è richiesta la compilazione di un questionario che, sulla base dei contributi emersi nelle ricerche proposte dalla

¹ Le Scuole coinvolte nella ricerca, cui va il ringraziamento dell'Autore per la disponibilità accordata, sono state l'ITC Gian Rinaldo Carli, l'ITI Alessandro Volta e le Scuole Medie Statali Lionello Stock e Francesco Rismondo.

Tabella 1 – La struttura dei messaggi pubblicitari utilizzati nella ricerca empirica

N°	Messaggio	Pos.	Neg.	Sfera personale	Sfera sociale	Salute fisica	Salute mentale	Forte	Lieve
1	Chi non fuma è più sano	X		X		X			X
2	Chi non fuma pensa anche alla salute dei propri amici	X			X	X			X
3	Chi non fuma vive più a lungo	X		X		X		X	
4	Chi non fuma aiuta gli altri a vivere più a lungo	X			X	X		X	
5	I non fumatori hanno una maggiore stima di sé stessi	X		X			X		X
6	Chi non fuma è più apprezzato dagli altri	X			X		X		X
7	Chi non fuma è più felice	X		X			X	X	
8	Chi non fuma è più amato	X			X		X	X	
9	Chi fuma si ammala		X	X		X			X
10	I fumatori fanno ammalare gli altri		X		X	X			X
11	I fumatori muoiono giovani		X	X		X		X	
12	Chi fuma uccide gli altri		X		X	X		X	
13	Chi fuma è meno felice		X	X			X		X
14	Chi fuma è meno amato		X		X		X		X
15	Chi fuma si sente un perdente		X	X			X	X	
16	I fumatori rimangono soli		X		X		X	X	

letteratura, rilevava numerosi aspetti quali: la valutazione della pubblicità proposta; la valutazione della pubblicità in generale; il rapporto degli individui rispetto le autorità; le loro opinioni sul fumo; lo spirito individualista o di gruppo dell'individuo; la propensione al rischio, le caratteristiche personali e l'intenzione futura a fumare. Le risposte sono state raccolte utilizzando una scala semantica da 1 a 7. Nell'analisi degli aggettivi che descrivevano la pubblicità, 1 corrispondeva al giudizio più favorevole (ad esempio: "piacevole") e 7 corrispondeva al giudizio meno favorevole (ad esempio: "non piacevole"). Analogamente, nel valutare le diverse opinioni degli adolescenti, 1 corrispondeva a "per niente d'accordo" e 7 a "completamente d'accordo".

Il campione finale è risultato costituito da 510 soggetti, di cui il 54,9% maschi (n=280) e il 45,1% femmine (n=230). I soggetti sono in prevalenza non fumatori (83,5%), con una percentuale di fumatori maschi (41%) leggermente superiore alle fumatrici (59%). L'età, compresa tra i 12 e i 17 anni, è distribuita garantendo una rappresentatività abbastanza

uniforme delle varie classi.

Il lavoro di analisi si è articolato in diverse fasi e si è basato sull'utilizzo di SPSS 12.0. Dopo un'analisi descrittiva dei dati condotta attraverso la determinazione delle distribuzioni di frequenza e delle medie relative alle diverse variabili esaminate, l'analisi fattoriale ha consentito di identificare le variabili più importanti nel discriminare i soggetti. Successivamente, con l'analisi cluster, si è potuto segmentare il campione e analizzare le relazioni tra i cluster e le altre variabili significative nel definire la propensione al fumo, nonché evidenziare la loro preferenza con riferimento alle diverse pubblicità proposte.

RISULTATI DELLA RICERCA

I risultati della ricerca sono alquanto complessi, in quanto da un lato i dati raccolti mettono in evidenza le preferenze rispetto i diversi messaggi pubblicitari proposti, dall'altro sono state acquisite numerose informazioni legate a quelle caratteristiche psicografiche degli adolescenti che la letteratura ritiene possano essere considerate influenti sulla dipendenza da tabagismo per que-

sta fascia di età. Di conseguenza, l'analisi è stata articolata in tre parti. Nella prima sono stati presentati i risultati relativi alla valutazione della pubblicità contro il fumo, evidenziando le preferenze espresse dagli adolescenti che appartenevano al campione di riferimento. Nella seconda parte sono descritte le caratteristiche degli adolescenti, sia in termini di opinioni che di comportamenti. Infine nell'ultima parte sono state messe in relazione le valutazioni espresse relativamente ai messaggi pubblicitari proposti con le caratteristiche psicografiche e comportamentali del campione esaminato.

La valutazione della pubblicità contro il fumo

Per quanto riguarda la valutazione delle 16 vignette proposte, le medie ottenute mettono in evidenza, per ogni coppia di aggettivi, il punteggio più basso, che corrisponde al giudizio più favorevole (tab. 2).

Dal momento che ogni soggetto ha visionato una sola vignetta, i risultati non danno indicazioni su quale sia stata preferita rispetto alle altre, ma è

Tabella 2 – Giudizi sulla pubblicità contro il fumo (valori medi)

Pubblicità n°:	1	2	3	4	5	6	7	8
buona – cattiva	2,74	2,65	3,29	2,75	2,65	2,84	3,12	2,83
mi piace - non mi piace	3,35	3,03	3,74	3,31	3,24	3,77	3,42	3,17
interessante – noiosa	3,29	3,26	3,52	3,41	3,47	4,16	3,39	3,23
mi ha colpito – non mi ha colpito	4,32	4,00	4,55	4,34	3,85	4,74	4,12	3,20
chiara – non chiara	2,26	2,35	2,84	3,19	3,12	2,55	2,39	2,83
piacevole – non piacevole	4,32	3,56	4,16	4,28	3,88	4,16	3,45	3,37
vera – falsa	2,10	2,03	2,32	2,47	2,68	3,29	2,79	3,23
positiva – negativa	2,58	1,94	2,42	2,72	2,50	2,48	2,33	2,80
divertente - non divertente	5,35	4,79	4,97	5,22	4,82	4,39	4,09	3,87
<i>Media complessiva</i>	3,37	3,07	3,53	3,52	3,36	3,60	3,24	3,17
Pubblicità n°:	9	10	11	12	13	14	15	16
buona-cattiva	3,34	3,71	3,78	3,28	3,21	3,32	3,77	2,82
mi piace - non mi piace	3,69	4,00	3,81	3,75	3,68	4,23	4,19	3,64
interessante - noiosa	3,90	3,74	3,34	2,88	3,47	3,48	3,81	3,67
mi ha colpito-non mi ha colpito	4,59	3,71	3,03	3,34	3,38	4,23	4,10	4,61
chiara-non chiara	3,14	2,68	2,06	2,56	3,00	2,81	3,06	2,21
piacevole-non piacevole	4,28	4,35	5,09	4,88	4,85	3,81	4,84	4,24
vera – falsa	2,03	2,52	2,16	2,00	2,47	2,97	2,87	4,18
positiva – negativa	3,72	3,81	4,06	3,78	3,79	2,81	4,23	2,48
divertente - non divertente	5,07	5,13	5,31	5,97	5,59	4,58	5,97	5,39
<i>Media complessiva</i>	3,75	3,74	3,63	3,60	3,72	3,58	4,09	3,69

possibile determinare quali messaggi abbiano ottenuto le valutazioni migliori tenendo conto della media complessiva e classificandoli di conseguenza (tab. 3). Confrontando le due tabelle possiamo immediatamente notare come il messaggio preferito sia il n°2 “chi non fuma pensa anche alla salute dei propri amici” (tab. 3) che del resto già si distingueva rispetto gli altri messaggi negli attributi bontà, piacevolezza e positività (tab. 2) e che dal punto di vista della struttura rappresenta un messaggio lieve, posto in termini positivi, legato alla sfera sociale e alla salute fisica degli individui. La pubblicità meno apprezzata è invece la n°15 “chi fuma si sente un perdente”, che diversamente è posta in termini negativi, ha un approccio forte e coinvolge la sfera personale e mentale dell'individuo.

Opinioni e caratteristiche personali

Nell'analisi delle opinioni e delle caratteristiche personali, le macrovariabili esaminate sono state:

- l'atteggiamento verso la pubblicità;
- il grado di anticonformismo;

- le opinioni sul fumo;
- il grado di autonomia / influenza sociale;
- l'orientamento al rischio;
- le caratteristiche della personalità.

Tali variabili sono state analizzate considerando, rispetto la scala proposta da 1 a 7, le risposte collocate sui tre punti vicino ad entrambe le estremità delle scale di misurazione, trascurando in questo modo le risposte attribuite al valore medio che si sono ipotizzate neutrali (“né d'accordo, né contrario”).

L'atteggiamento verso la pubblicità è definito principalmente dalla percezione relativa alla credibilità e dalla funzione informativa attribuita alla pubblicità stessa. In generale, i risultati dimostrano come la maggior parte dei soggetti ritenga questi strumenti non sufficientemente affidabili: infatti, il 65,3% non reputa la pubblicità veritiera, mentre per il 47,2% è fuorviante. Inoltre essi ritengono che la pubblicità non sia uno strumento utile a veicolare informazioni importanti: per il 41,0% essa non dà molte informazioni, per il 59,0% non presenta una descrizione reale dei pro-

dotti, mentre il 53,4% pensa che fornisca indicazioni superficiali e non rilevanti.

Le variabili che identificano il grado di anticonformismo vogliono indagare sulla tendenza dei soggetti analizzati ad accettare l'influenza di fonti autorevoli e a conformarsi ad esse o, al contrario, a metterle in discussione e cercare il confronto con le stesse.

Dall'analisi delle frequenze si evidenzia un atteggiamento di rispetto verso l'autorità (per il 72% l'autorità va rispettata e per il 54,8% obbedire è una dote importante) ma allo stesso tempo i soggetti affermano la necessità di esprimere la propria autonomia (il 38,3% crede che le idee anticonformiste vadano accettate, il 47,2% ricerca il confronto con le autorità e il 57,8% ritiene importante discutere con chi sta al potere).

Alcuni risultati interessanti si riscontrano anche nell'analisi dei risultati sulla percezione e sulla connotazione valoriale attribuita al fumo. Quest'ultimo viene considerato “cattivo” (85,7%), dannoso (96,7%), rischioso (94,7%) e negativo (89,8%), probabilmente a dimostrazione del fatto che il campione, coerentemente con i risultati di alcune recenti ricer-

Tabella 4 - Anticonformismo, individualismo e orientamento al rischio: i risultati dell'analisi fattoriale - Matrice delle componenti ruotata

	Fattore 1 Bisogno di regole	Fattore 2 Sperimentazione	Fattore 3 Discussione e confronto	Fattore 4 Obbedienza	Fattore 5 Individualismo	Fattore 6 "Gruppismo"
• Se non conosco bene le regole, mi sento molto insicuro	0,776					
• Mi piace giocare in modo strutturato, dove le regole sono chiare	0,751					
• Sono molto prudente nel provare cose nuove e div.	0,479					
▪ Sono il tipo di persona cui piace provare le cose almeno una volta		0,808				
▪ Mi piace correre rischi nel fare cose che non ho mai fatto, giusto per cambiare		0,700				
▪ Discutere con chi sta al potere rientra nelle responsabilità di ogni persona			0,760			
▪ Mettersi a confronto con le autorità è un dovere di ogni cittadino			0,676			
▪ E' importante che la scuola mi lasci tempo sufficiente per coltivare i miei interessi personali			0,487			
▪ La capacità di obbedire è una dote personale molto importante				0,796		
▪ Le autorità vanno rispettate				0,758		
▪ I miei risultati personali sono meno importanti dei successi del gruppo					0,713	
▪ Se il gruppo mi fa rallentare, è meglio lasciarlo e lavorare da solo					0,700	
▪ Preferisco non assumermi la responsabilità delle mie decisioni personali						0,746
▪ I gruppi prendono decisioni migliori rispetto i singoli individui						0,602
▪ Discutere con chi sta al potere rientra nelle responsabilità di ogni persona						0,432

Metodo di estrazione: analisi componenti principali - Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.

che risulta informato sui danni derivanti da questo comportamento. È tuttavia significativo il fatto che una percentuale rilevante reputi il fumare un comportamento intelligente (83,3%), attraente (21,5%) e piacevole (22%).

Soffermandoci sugli aspetti relativi all'atteggiamento sociale e alla tendenza ad identificarsi con il gruppo piuttosto che affermare la propria indipendenza, dall'analisi degli adolescenti che costituiscono il campione di riferimento sono emersi alcuni aspetti interessanti.

I risultati rivelano infatti da un lato

una certa propensione all'individualismo, con un 63,3% che ritiene i risultati personali non meno importanti dei successi del gruppo, una maggioranza del campione disposta ad assumersi la responsabilità delle proprie decisioni (81,8%) e che ritiene necessario disporre di tempo libero per coltivare i propri interessi (82,4%). D'altra parte emerge anche una buona fedeltà al gruppo: il 49,1% non lo abbandonerebbe nemmeno se divenisse un impedimento; inoltre le decisioni del gruppo vengono considerate di pari qualità rispetto a quelle dei

singoli. Questo quadro risulta del resto coerente con l'età adolescenziale, dove tipicamente gli individui oscillano tra la ricerca di identità (un terreno di distinzione e di individuazione rispetto ai coetanei) e la ricerca di identificazione (un movimento che li spinge a uniformarsi ai valori del gruppo e alle sue logiche).

Un'altra variabile che deve essere presa in considerazione nell'analizzare la dipendenza al tabagismo soprattutto nei giovani è il loro orientamento al rischio o, al contrario, il bisogno di regole e di sicurezza. L'analisi delle frequenze fa

Tabella 5 - Anticonformismo, individualismo e orientamento al rischio: analisi di segmentazione

	SPERIMENTATORI	INSICURI	OBBEDIENTI
Bisogno di regole	-,28997	,28558	,01377
Sperimentazione	,47623	-,25913	-,29014
Discussione / confronto	,62482	,06234	-,89349
Obbedienza	-,12552	-,12050	,31713
Individualismo	,22979	,02929	-,33671
"Gruppismo"	-,49360	,96170	-,58275

emergere un campione tendenzialmente prudente e legato alle regole: il 60,1% si dichiara prudente nel provare cose nuove, il 54,3% apprezza giochi strutturati, con regole chiare, e il 44,1% si sente insicuro in mancanza di regole. D'altra parte, il 32,2% ama sperimentare le novità anche correndo alcuni rischi e al 61% piace provare le cose almeno una volta.

Infine, per quanto riguarda l'intenzione, nel futuro, di provare a fumare, è importante segnalare che, nonostante il 51,2% dichiara di non essere intenzionato a farlo, il 20,2% mette certamente in conto di provare (37,3%). Meno alta la percentuale di persone che pensano di poter fumare per un certo periodo (27,1%). Poco significativa sembra essere l'influenzabilità da parte del gruppo: infatti il 62,4% non accetterebbe una sigaretta offerta da un amico. Va comun-

que precisato che, ovviamente, i fumatori hanno espresso intenzioni più forti di fumare, mentre tra i non fumatori le intenzioni sono certamente più deboli.

Al fine di approfondire l'analisi delle tipologie di soggetti costituenti il campione, è stata condotta un'analisi fattoriale scegliendo di prendere in considerazione le domande riferite all'anticonformismo e al rapporto con le autorità, all'autonomia individuale/influenza sociale e alla propensione al rischio (tab. 4).

I sei fattori identificati con la precedente analisi sono stati trattati come sei nuove macro-variabili sulle quali è stata applicata una cluster analysis (distanza euclidea - metodo non gerarchico K-medie): in tal modo si sono potuti individuare e, successivamente, descrivere in modo approfondito i gruppi di

soggetti che presentano atteggiamenti simili rispetto al rapporto con l'autorità, all'autonomia individuale/influenza sociale e alla propensione al rischio. A seguito di una serie di prove effettuate fissando un numero diverso di gruppi, si è definito un numero di cluster pari a tre che, oltre a presentare un numero di osservazioni omogeneamente distribuito, è sembrato appropriato per diversi motivi. Innanzitutto è possibile ottenere una distribuzione migliore dei soggetti fumatori, che rispetto ai non fumatori sono numericamente pochi. In secondo luogo aumenta la probabilità di ottenere gruppi i cui soggetti abbiano visionato tutte le 16 vignette che rappresentano la variabile principale per la definizione del messaggio più appropriato ai fini di un'eventuale campagna di sensibilizzazione. Inoltre, dalla tabella di analisi della varianza (ANOVA), che valuta la qualità statistica della clusterizzazione, il test F di Fisher mostra valori validi: tutte le variabili presentano un livello di significatività osservato (Sig.) del test F pari a zero, inferiore alla soglia di accettabilità (0.05), e quindi presentano medie statisticamente diverse nei cluster. Infine, la tabella dei centri finali, che mostra la media dei cluster per ciascuna variabile, risulta efficacemente interpretabile (tab. 5, 6, 7 e 8).

Tabella 6 - Anticonformismo, individualismo e orientamento al rischio: caratteristiche dei segmenti

SPERIMENTATORI (N= 185)	
- Assegnano un'importanza elevata al fattore 3 (DISCUSSIONE/CONFRONTO)	Propensi a ricercare stimoli nuovi e a correre rischi, ritengono doveroso discutere con le autorità e sostengono che le idee anticonformiste vengano accettate. Gli appartenenti a questo gruppo si dimostrano molto sicuri di sé.
- assegnano un'importanza relativamente elevata al fattore 2 (SPERIMENTAZIONE)	
- assegnano un'importanza relativamente bassa al fattore 6 ("GRUPPISMO")	
INSICURI (N=181)	
- assegnano un'importanza elevata al fattore 6 ("GRUPPISMO")	Necessitano di regole e della presenza del gruppo per sentirsi protetti, preferiscono non prendersi responsabilità, sono prudenti e non amano provare cose nuove.
- assegnano un'importanza modesta al fattore 1 (BISOGNO DI REGOLE)	
OBBEDIENTI (N=142)	
- assegnano un'importanza relativamente elevata al fattore 4 (OBEDIENZA)	Sono maggiormente propensi, rispetto agli altri, a riconoscere e accettare l'influenza delle autorità, presentano un minor desiderio di cercare il confronto e di rendersi autonomi rispetto al gruppo e tendenzialmente apprezzano i giochi strutturati.
- assegnano un'importanza molto bassa al fattore 3 (DISCUSSIONE/CONFRONTO)	
- assegnano un'importanza relativamente bassa al fattore 6 ("GRUPPISMO")	

Tabella 7 – Profilo dei segmenti individuati

	SPERIMENTATORI	INSICURI	OBBEDIENTI
Fumatori/non fumatori	Fumatori: 21.6 % Non fumatori: 78.4 %	Fumatori: 14.4 % Non fumatori: 85.1 %	Fumatori: 12 % Non fumatori: 88 %
Intenzionati a provare	24 % dei non fumatori	16 % dei non fumatori	12 % dei non fumatori
Età	14-17 anni	Media	12-14 anni
Sesso	Femmine: 42.2 % Maschi: 57.8 %	Femmine: 34.8 % Maschi: 65.2 %	Femmine: 61.3 % Maschi: 38.7 %
Atteggiamento verso la pubblicità	Hanno bassa fiducia nella pubblicità, non ritengono dia informazioni importanti e fornisca descrizioni reali ma, al contrario, sostengono che sia fuorviante.	Pur scettici, sono quelli che in media si fidano di più, ovvero danno giudizi meno negativi sul fatto che la pubblicità sia veritiera, che dia molte informazioni e fornisca una descrizione reale del prodotto senza essere troppo fuorviante.	Non considerano la pubblicità particolarmente superficiale e poco informativa.
Atteggiamento verso il fumo	Presentano l'atteggiamento più positivo verso il fumo: rispetto agli altri gruppi lo trovano più buono, attraente, piacevole, non stupido, non negativo, non fa molto male e non è rischioso	Trovano che fumare sia buono, intelligente, abbastanza attraente, piacevole e positivo, anche se riconoscono che fa male ed è rischioso.	Credono che fumare sia stupido, negativo, faccia male, non sia né attraente né piacevole.

Caratteristiche dei segmenti e valutazione della pubblicità contro il fumo

Considerando che ogni soggetto ha preso visione di una vignetta soltanto e che in ogni messaggio è possibile evidenziare degli aspetti comuni quali gli effetti del fumo sulla sfera sociale piuttosto che personale dell'individuo, le ripercussioni sulla salute fisica piuttosto che mentale, l'efficacia di un messaggio posto in termini positivi piuttosto che negativi, con conseguenze lievi o, all'opposto, gravi sull'individuo (tab. 1), si è proceduto a valutare i giudizi del campione analizzato sia su ogni singolo aspetto, sia con particolare riferimento ai sottoinsiemi costituiti da fumatori, non fumatori e da quei ragazzi che hanno espresso l'intenzione di fumare. Lo stesso procedimento è stato poi seguito per ogni singolo cluster. Una sintesi dei risultati è riportata nelle tabelle 9 e 10.

Come si nota, il campione complessivo ha espresso una generale preferenza verso i messaggi posti in termini positivi ma non convogliati con molta enfa-

si, legati alla sfera sociale e alla salute fisica.

Questo risultato deriva principalmente dal fatto che, all'interno del campione analizzato, il gruppo dei non fumatori fosse prevalente. In realtà, come già sottolineato dalla letteratura, è importante estendere l'analisi ai diversi target identificati: infatti, la tabella 10 ben evidenzia il fatto che in generale il gruppo dei fumatori e degli intenzionati a fumare manifestino delle preferenze diverse. In particolare, pur prevalendo anche in questo caso l'apprezzamento degli adolescenti verso i messaggi positivi, emerge per entrambe i gruppi una forte tendenza all'individualismo con la preferenza di messaggi legati alla sfera personale piuttosto che sociale. È inoltre significativo il fatto che mentre gli intenzionati a fumare sono ancora legati, come i non fumatori, alla salute fisica, i soggetti che già fumano apprezzano di più quei messaggi che coinvolgono la sfera mentale ed emotiva. Infine, sono solo gli intenzionati a fumare quelli che prediligono un messaggio forte, quasi a

ricercare un freno a quel desiderio latente che ancora rimane non soddisfatto.

La tabella 10 evidenzia d'altra parte come, individuando ulteriori sottoinsiemi basati sui cluster derivati dall'analisi empirica, le preferenze emergono in termini ancor più analitici. Vi sono delle tendenze comuni ma anche delle profonde divergenze. Gli aspetti comuni sono legati innanzitutto alla preferenza, già evidenziata, verso messaggi posti in modo lieve, ovvero non imperativo. In secondo luogo è importante porre sempre il messaggio in termini positivi: solo negli sperimentatori intenzionati a fumare è infatti emerso l'apprezzamento verso un messaggio negativo. Per il resto le differenze sono evidenti sia tra i sottosegmenti più giovani degli obbedienti e quelli più maturi degli sperimentatori, sia all'interno di uno stesso segmento tra non fumatori, intenzionati a fumare e fumatori.

CONCLUSIONE

I dati rilevati attraverso quest'indagine mettono in evidenza un campione di

Intenzione di fumare	Decisamente disposti a fumare	No	No
----------------------	-------------------------------	----	----

Tabella 8 – Auto - descrizione dei segmenti individuati: valori medi

	Sperimentatori	Insicuri	Obbedienti
gentile – aggressivo	3,18	2,95	2,63
forte – debole	3,10	3,25	3,28
passivo – dominante	3,28	3,70	3,60
competitivo – remissivo	2,82	3,12	2,94
mascolino – femminile	3,20	3,07	3,79
fiducioso – non fiducioso in se stesso	2,62	2,91	2,67
prova – non prova pietà	3,24	3,16	3,12
Sicuro – insicuro	2,64	3,08	2,94
	Relativamente aggressivi, poco portati a provare pietà, fiduciosi nelle proprie capacità, forti, competitivi, dominanti e sicuri di sé	Passivi, remissivi, non hanno fiducia e sono insicuri delle proprie capacità (risultano i più mascolini, ma questo dato potrebbe essere spiegato dall'alta percentuale di maschi).	Deboli e femminili (anche in questo caso, però, va considerata la maggiore percentuale di donne), gentili, provano pietà, abbastanza fiduciosi in se stessi

soggetti caratterizzato da una forte ricerca di se stessi, in bilico tra il rispetto delle autorità e delle regole e la ricerca di un confronto con le stesse, desiderosi di diventare autonomi ma fedeli e legati al gruppo, prudenti ma anche disponibili a provare cose nuove. Rispetto alle comunicazioni persuasive della pubblicità, manifestano un forte scetticismo.

Essendo l'obiettivo principale di questa ricerca quello di trarre indicazioni utili alla formulazione di un'efficace campagna comunicativa contro il tabagismo, va tenuto in considerazione il fatto che i giovani adolescenti sono ben consapevoli delle problematiche relative al fumo. Ne deriva che la conoscenza degli effetti negativi del tabagi-

simo, pur essendo premessa necessaria per ogni discorso di prevenzione, non è sufficiente ad indirizzare e modificare il comportamento. In generale, quindi, occorre andare oltre un approccio basato esclusivamente sulla trasmissione di conoscenze circa i futuri effetti negativi di un comportamento, sia perché il fumo può svolgere negli adolescenti

Tabella 9 – Valutazione della pubblicità: le preferenze generali degli adolescenti

Totale campione	Non fumatori	Fumatori	Intenzionati a fumare
Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Sfera sociale	Sfera sociale	Sfera personale	Sfera personale
Salute fisica	Salute fisica	Salute mentale	Salute fisica
Messaggio lieve	Messaggio lieve	Messaggio lieve	Forte
 <p>Chi non fuma pensa anche alla salute dei propri amici</p>	 <p>Chi non fuma pensa anche alla salute dei propri amici</p>	 <p>I non fumatori hanno una maggiore stima di se stessi</p>	 <p>Chi non fuma vive più a lungo</p>

Tabella 10 – Valutazione della pubblicità e preferenze dei diversi segmenti

	Sperimentatori	Insicuri	Obbedienti
Fumatori	Positivo	Positivo	Positivo
	Sfera personale	Sfera personale	Sfera personale
	Salute fisica	Salute mentale	Salute fisica
	Messaggio lieve	Messaggio lieve	Messaggio lieve
			
Non fumatori	Positivo	Positivo	Positivo
	Sfera sociale	Sfera sociale	Sfera sociale
	Salute fisica	Salute fisica	Salute fisica
	Messaggio forte	Messaggio lieve	Messaggio forte
			
Intenzionati a fumare	Positivo	Positivo	Positivo
	Sfera sociale	Sfera personale	Sfera sociale
	Salute fisica	Salute fisica	Salute mentale
	Messaggio lieve	Messaggio lieve	Messaggio lieve
			

delle significative funzioni psicologiche e sociali i cui benefici immediati portano a rimuovere o sottovalutare i rischi a lungo termine per la salute, sia perché la conoscenza degli effetti negativi è del tutto priva di conseguenze se non acquisita per il soggetto realtà psicologica.

Per questo è utile prendere in considerazione le caratteristiche psicografiche emerse tra i cluster in cui si diversifica il campione analizzato.

I soggetti più "a rischio" sono risultati essere gli appartenenti al gruppo degli "sperimentatori" che hanno espres-

so l'intenzione di avvicinarsi al fumo. I giovani così definiti si descrivono relativamente aggressivi, sicuri di sé, dominanti, fiduciosi nelle proprie capacità, forti, competitivi, e quindi anche potenziali "trascinatori", leader, argomento in più per indirizzare proprio ad essi i

Appendice 1

<p>Publicità 1</p>  <p>Chi non fuma è più sano</p>	<p>Publicità 2</p>  <p>Chi non fuma pensa anche alla salute dei propri amici</p>	<p>Publicità 3</p>  <p>Chi non fuma vive più a lungo</p>	<p>Publicità 4</p>  <p>Chi non fuma aiuta gli altri a vivere più a lungo</p>
<p>Publicità 5</p>  <p>I non fumatori hanno una maggiore stima di se stessi</p>	<p>Publicità 6</p>  <p>Chi non fuma è più apprezzato dagli altri</p>	<p>Publicità 7</p>  <p>Chi non fuma è più felice</p>	<p>Publicità 8</p>  <p>Chi non fuma è più amato</p>
<p>Publicità 9</p>  <p>Chi fuma si ammala</p>	<p>Publicità 10</p>  <p>I fumatori fanno ammalare gli altri</p>	<p>Publicità 11</p>  <p>I fumatori muoiono giovani</p>	<p>Publicità 12</p>  <p>Chi fuma uccide gli altri</p>
<p>Publicità 13</p>  <p>Chi fuma è meno felice</p>	<p>Publicità 14</p>  <p>Chi fuma è meno amato</p>	<p>Publicità 15</p>  <p>Chi fuma si sente un perdente</p>	<p>Publicità 16</p>  <p>I fumatori rimangono soli</p>

Fonte: [32]

futuri interventi comunicativi, in modo da sensibilizzarli al cambiamento dello stile di vita riguardo alle dipendenze, potenziando le risorse di autonomia decisionale, la capacità e l'opportunità di esperire scelte di vita alternative. È significativo il fatto che tali soggetti

siano stati maggiormente colpiti da un messaggio posto in forma negativa, che aggredisce la salute fisica ed è inserito in un contesto sociale: ciò è coerente con quanto sostengono Mangiaracina e Ottaviano secondo i quali, affinché un'azione contro il fumo sia efficace, è

importante "rovesciare l'immagine sociale positiva del fumatore, contrastarne la suggestione, demolire il mito". D'altra parte, anche gli altri possibili destinatari di un messaggio contro il tabagismo vanno presi in considerazione, e nei loro confronti l'impostazione della

pubblicità potrebbe essere diversa, con un approccio positivo e con un forte avvicinamento alla sfera sociale.

In conclusione, per il campione di riferimento, la maggior efficacia sembra derivare da una campagna pubblicitaria che, pur impostata con uno stile omogeneo, convogli messaggi differenziati sui diversi target secondo le preferenze illustrate in tabella 10, evitando del tutto alcuni messaggi che non hanno riscontrato alcun apprezzamento (vedi Appendice 1).

La ricerca non è esente da limiti. Il principale, già sottolineato dalla letteratura, è legato al fatto che la reale efficacia di un messaggio contro il fumo può essere valutata solo monitorando la dipendenza da tabacco nelle sue varie sfaccettature (nuovi fumatori, riduzione della dipendenza, ecc.) e la sua evoluzione in presenza di una campagna pubblicitaria continuativa. Certo è che i dati ottenuti ci consentono almeno di individuare quei messaggi che, in ogni caso, tendono a colpire di più

i diversi target, sia positivamente che negativamente. Un secondo limite è sicuramente legato al campione di riferimento utilizzato, che prende in considerazione una determinata area territoriale: sarebbe infatti interessante poter estendere tale rilevazione a diverse aree geografiche, metropolitane e provinciali, del nord, centro e sud Italia, in modo da garantire una maggiore rappresentatività ai fini di una potenziale campagna di comunicazione sviluppata a livello nazionale. ■

Bibliografia

- DOXA. Il fumo in Italia. Sintesi dei risultati. Maggio 2005.
- Manske S, Dobbins M. Examining youth tobacco prevention: a discussion paper. University of Waterloo: Centre for Behavioural Research and Program Evaluation 2002.
- DOXA. Il fumo in Italia. Sintesi dei risultati. Maggio 2005.
- Mangiaracina G. Curare il fumo. Edup srl 2003.
- Mangiaracina G, Ottaviano M. La prevenzione del tabagismo: metodi, progettualità, esperienze. Lega Italiana per la lotta contro i tumori 2004.
- Hastings G, MacFadyen L. The limitation of fear messages. *Tobacco Control* 2002; Vol.11, 73-75.
- Pechmann C, Zhao G, Goldberg M, Reibling E. What to convey in antismoking advertisements for adolescents: the use of protection motivation theory to identify effective message themes. *Journal of Marketing* 2003; Vol.67, January: 1-18.
- Andrews J, Netemeyer R, Burton S, Moberg D, Christiansen A. Understanding adolescent intentions to smoke: an examination of relationships among social influence, prior trial behaviour, and antitobacco campaign advertising. *Journal of Marketing* 2004; Vol.68, July: 110-123.
- Pechmann C, Shih C. Smoking scenes in movies and antismoking advertisements before movies: effects on youth. *Journal of Marketing* 1999; Vol.63, July: 1-13.
- Flynn B, Worden J, Secker-Walker R. Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health* 1992; Vol.82, 827-834.
- Flynn B, Worden J, Secker-Walker R. Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: effects two years after completion. *American Journal of Public Health* 1994; Vol.84, 1148-1150.
- Farrelly M, Niederdeppe J, Yarsevich J. Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present, and future directions. *Tobacco Control* 2003; Vol.12, Suppl.1: 35-47.
- Straub D, Hills N, Thompson P, Moscicki A. Effects of pro- and anti-tobacco advertising on non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Journal of adolescent health* 2003; Vol.32, 36-43.
- Pollay R, Siddarth S, Siegel M, Haddix A, Merritt R, Giovino G, Eriksen M. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youth and adults, 1979-1993. *Journal of Marketing* 1996; Vol.60, April, 1-16.
- Donovan R, Jancey J, Jones S. Tobacco point of sale advertising increases positive brand user imagery. *Tobacco Control* 2002; Vol.11, 191-194.
- Henriksen L, Fortmann S. Young adults' opinions of Philip Morris and its television advertising. *Tobacco Control* 2002; Vol.11, 236-240.
- Luke D, Esmundo E, Bloom Y. Smoke signs: patterns of tobacco billboard advertising in a metropolitan region. *Tobacco Control* 2000; Vol. 9, 16-23.
- Borland R, Balmford J. Understanding how mass media campaigns impact on smokers. *Tobacco Control* 2003; Vol.12, Suppl. II: 45-52.
- Lancaster A, Lancaster K. Teenage exposure to cigarette advertising in popular consumer magazines. *Journal of Advertising* 2003; Vol.32, n°3: 69-76.
- Pucci L, Siegel M. Exposure to brand - specific cigarette advertising in magazines and its impact on youth smoking. *Preventive Medicine* 1999; Vol.29, n°5: 313-320.
- Ribisl K. The potential of the internet as a medium to encourage and discourage youth tobacco use. *Tobacco Control* 2003; Vol.12, Suppl. I: 48-59.
- Wakefield M, Durrant R, Terry-McElrath Y et al. Appraisal of antismoking advertising by youth at risk for regular smoking: a comparative study in the United States, Australia and Britain. *Tobacco Control* 2003; Vol.12, Suppl. II: 82-86.
- White V, Tan N, Wakefield M, Hill D. Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control* 2003; Vol.12, Suppl. II: 23-29.
- Perry C, Komro K, Dudovitz B et al. An evaluation of a theatre production to encourage non-smoking among elementary age children: 2 Smart 2 Smoke. *Tobacco Control* 1999; Vol.8, 169-174.
- Pechmann C, Reibling E. Anti-smoking advertising campaigns targeting youth: case studies from Usa and Canada. *Tobacco Control* 2000; Vol. 9, Suppl. II: 18-31.
- Smith K, Stutts M. Effects of short-term cosmetic versus long-term health fear appeals in anti-smoking advertisements on the smoking behaviour of adolescents. *Journal of Consumer Behaviour* 2002; Vol.3, n°2: 157-177.
- Wang C, Henley N. Why do children change their minds about smoking? Child development theory applied to social marketing practice. Unpublished working paper 2003.
- Bauman K, LaPrelle J, Brown J. The influence of three mass media campaigns on variables related to adolescent cigarette smoking: result of a field experiment. *American Journal of Public Health* 1991; Vol.81, 597-604.
- Stanton W, McGee R. Adolescents' promotion of non-smoking and smoking. *Addictive Behaviors* 1996; Vol.21, n°1: 47-56.
- Hastings G, MacFadyen L. The limitation of fear messages. *Tobacco Control* 2002; Vol.11, March: 73-75.
- Biener L, Taylor T. The continuing importance of emotion in tobacco control media campaigns: a response to Hastings and MacFadyen. *Tobacco Control* 2002; Vol.11, 76-77.
- Madera P, Fasoli S. Il fumo di sigaretta tra gli adolescenti: predisposizioni e atteggiamenti nei confronti del fumo e dei fumatori. *Tabaccologia* 2006; n°1, 18-22.
- Mangiaracina G, Ottaviano M. La prevenzione del tabagismo: metodi, progettualità, esperienze. Lega Italiana per la lotta contro i tumori 2004, p.80.
- Miller C. International research on anti-smoking advertising, work in progress 2004, Drake University, Iowa, USA.

Fumo e gravidanza: l'intervento del Ginecologo e dell'Ostetrica

Smoke and pregnancy: gynecologist's and midwife's role

Federica Corsale, Domenico Enea

Riassunto

Introduzione e scopo del lavoro. Per la realizzazione della tesi, effettuata presso il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Università "La Sapienza" di Roma, si è voluto indagare se, rispetto a un'analoga ricerca effettuata nel 1998, si fossero realizzati cambiamenti di percezione e di comportamento rispetto al problema fumo di tabacco da parte delle gestanti.

Materiale e metodi. A tale scopo è stato somministrato un questionario a 115 donne in gravidanza afferite alla sala da parto, nel periodo Gennaio-Settembre 2005.

Risultati. Dal questionario somministrato è risultato che:

- Il 51% erano fumatrici abituali (almeno 15 sig/die)
- Di queste il 60% aveva ridotto notevolmente il numero di sigarette fumate (<5)
n.b: nella ricerca del 1998 solo il 38% aveva effettuato un riduzione del genere;
- Analoga riduzione si è verificata nel numero delle donne che non ha effettuato nessuna riduzione, mantenendo invariato il numero delle sigarette fumate (1,9% rispetto al precedente 9%);
- Il 72% delle donne intervistate pensava di non ricominciare a fumare dopo la gravidanza. Purtroppo ciò significa che ben il 28% dei soggetti non aveva questa intenzione.
- Ben il 61% delle donne mostrava un punteggio di autoefficacia, in una scala da 1 a 10, superiore 6, e più del 21% addirittura pari a 10.
- Tutte le donne hanno ritenuto utile avere a disposizione un servizio che desse informazioni in merito e potesse eventualmente essere di supporto per una decisione di cessazione del fumo.

Conclusioni. Da quanto sopra, risulta importante che gli operatori sanitari a contatto con donne in gravidanza, e in particolare ginecologi e ostetriche:

- A) dovrebbero avere una conoscenza specifica rispetto al grave problema del fumo in gravidanza, e quindi dovrebbero avere la possibilità di frequentare corsi di formazione in merito;
- B) dovrebbero adottare un comportamento deontologicamente adeguato, per esempio evitando, se l'operatore fosse un fumatore a sua volta, di fumare in divisa o all'interno della struttura sanitaria;
- C) dovrebbero avere la possibilità, se il proprio intervento di counselling sulla paziente risultasse insufficiente, di poterla inviare presso un centro antifumo di II° livello, magari all'interno della struttura stessa dove opera.

Parole chiave: gravidanza, ginecologo, ostetrica, disassuefazione dal fumo di tabacco.

Abstract

Introduction. The Department of Obstetrics and Gynecology of the University of Rome "La Sapienza" has been carrying on an antismoking program among pregnant women admitted to the clinic.

Materials and methods. During the period Jan-Sept 2005 115 pregnant women were asked to complete a questionnaire regarding their perception of the smoking problem and their smoking behaviour. The results were compared with those of a similar study performed in 1998.

Results. The main results can be summarized as follows:

- 51% of the subjects were current smokers (15 cig/day or more)
- 60% had markedly reduced the number of cigarettes (5/day or less)
note: a similar pattern was found in the number of women who did not reduce the number of cigarettes smoked (1,9% vs 9%)
- 72% of the women examined were considering no resuming smoking after their delivery/breastfeeding). Unfortunately, as many as 28% did not plan to stop definitely.
- interestingly, 61% showed an Autoefficacy Score of >6, with 21% scoring 10.
- All participants thought that it would be helpful to refer to a centre providing informations and support for those interested in a smoking cessation program.

Conclusions. It is important that doctors and midwives:

- A) have a basic knowledge on the smoking issue in pregnancy, having taken specific courses.
- B) adopt a deontologically correct behavior if they are smokers, avoiding smoking in public when in uniform.
- C) in the case of poor results of counselling for pregnant smokers, can rely on a second level antismoking center where they can refer their patients, possibly in the same health structure.

Keywords: pregnancy, gynecologist, midwife, smoking cessation.

Federica Corsale

Ostetrica - Università La Sapienza, UNIROMA

Domenico Enea

Centro Policlinico Senza Fumo, Umberto 1°
La Sapienza, UNIROMA

INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco, come abitudine regolare, può essere considerato a tutti gli effetti una vera e propria malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità lo classifica infatti come tale (ICD 10) e, dato che in tale patologia è fattore determinante la dipendenza da nicotina, può rientrare tra i disordini psichiatrici (DSM IV).

Analizzando le cause per le quali un soggetto fuma regolarmente, si può affermare che:

- la nicotina, contenuta nel fumo di tabacco, è una sostanza che provoca dipendenza (Tabagismo), anche se tale dipendenza non è legata solo a questo aspetto, essendo in realtà molto più complessa: abitudine, ritualità, gestualità, problemi legati all'oralità, ecc.
- il fumare diventa parte integrante di molti aspetti della vita di un tabagista: per esempio, fumare insieme ad altri è un modo per socializzare;
- negli adolescenti in particolare il fumo di sigaretta può assumere carattere di rabbia, ribellione, potere, attrazione, indipendenza. È un modo per sentirsi "adulti", specialmente se fumano persone che sono per loro punti di riferimento (genitori, amici che ammirano, insegnanti, operatori sanitari come medici e ostetriche,

personaggi dello spettacolo e della politica, ecc);

- la sigaretta assume un valore strumentale, essendo utilizzata, per esempio, per ridurre l'appetito o per sentirsi meno goffi in alcune situazioni "sociali"; può inoltre essere collegata a momenti particolari, per esempio di tristezza o relax;
- la difficoltà nel decidere di smettere di fumare, e nel rimanere poi astinenti, deriva dalla mancanza di una motivazione abbastanza forte da vincere la dipendenza, e dalla paura di affrontare un cambiamento radicale.

Negli ultimi 15 anni la percentuale dei fumatori in Italia è notevolmente diminuita, passando da una prevalenza del 32% del 1990 al 25.6% del 2005. Nell'ultimo anno la flessione riguarda, fortunatamente, entrambi i sessi: gli uomini infatti continuano a far registrare piccole riduzioni (-0.7% rispetto al 2004), mentre le donne, dopo due anni di situazione stazionaria (22.5% nel 2003/2004) in quest'ultimo anno mostrano un primo leggero calo arrestandosi al 22.1% (1).

Analizzando il quadro complessivo delle abitudini al fumo degli Italiani (persone di 15 anni e più) si ha per il 2005 che i fumatori costituiscono, come già detto, il 25.6% della popolazione, e in particolare fumano il 29.3% degli uo-

mini e il 22.1% delle donne. Si stima che il numero delle fumatrici sia cresciuto del 60% negli ultimi anni e la quota delle grandi fumatrici, che consumano più di venti sigarette al giorno, è addirittura triplicata. Possiamo pensare che, da parte delle donne, il fumo sia un modo facile di ostentare l'avvenuto raggiungimento della parità sociale ma la realtà è invece, purtroppo, che il fumo di tabacco ha sulla salute della donna una specifica influenza negativa, che si esplica a vari livelli: costituisce infatti un fattore di rischio per molte patologie ginecologiche, potendo incidere sul normale funzionamento dell'apparato riproduttivo (dal menarca alla menopausa) e in gravidanza può interferire in tutte le tappe che attraversa il prodotto del concepimento, dalla fecondazione fino al suo completo sviluppo. (2-7)

EPIDEMIOLOGIA DEL FUMO DI TABACCO IN GRAVIDANZA

I dati epidemiologici forniti dall'ISTAT ci dispongono il seguente quadro (8):

1. il numero delle giovani donne fumatrici è aumentato in Italia (circa il 20% fuma). Un'uguale prevalenza è riscontrabile anche tra le donne che si avviano alla gravidanza;
2. in Italia il 62% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza;
3. di queste circa dal 70 all'80% riprende a fumare dopo il parto

L'insieme dei dati illustra una situazione contraddittoria che vede, a fronte di un elevato numero di donne che cessano di fumare durante la gravidanza, un'alta percentuale che riprende dopo il parto, sullo sfondo di una popolazione di giovani donne fumatrici in numero sempre crescente e di un numero elevatissimo di bambini esposti al fumo di tabacco nell'ambito familiare.

PROGETTO GRAVIDANZA SENZA FUMO

Il "Progetto Gravidanza senza fumo" è condotto nell'ambito del "Centro Policlinico senza Fumo" (Azienda Policlinico Umberto I° di Roma).

Lo scopo di tale progetto è di aiuta-

PERCHE' CONSIDERAZIONI SUL TABAGISMO IN GRAVIDANZA?

Lo studio è stato effettuato sulla base di una precedente ricerca svolta all'interno della Clinica Ginecologica e Ostetrica nell'anno 1998.

Il nostro scopo è quello di valutare se e come, a distanza di 7 anni, sia mutato il fenomeno, ovvero se le gestanti risultino maggiormente sensibili ai problemi fetali - neonatali legati al fumo di tabacco.



COME ABBIAMO SVOLTO LA RICERCA?

Sono stati somministrati 115 test tra Gennaio e Settembre 2005 a gestanti e puerpere (fumatrici e non) durante il loro soggiorno all'interno della sala parto.

re e sostenere la gestante desiderosa di smettere di fumare e i suoi familiari.

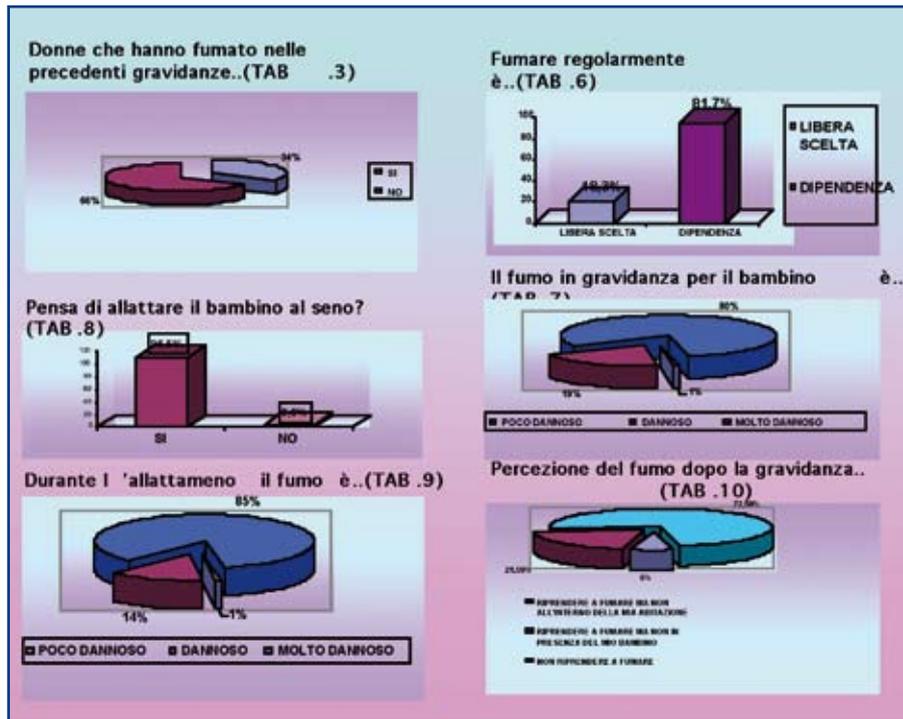
In particolare, vengono effettuati regolarmente interventi durante i corsi di preparazione al parto, ed è disponibile personale con specifica formazione per un servizio di counselling in gravidanza.

La fumatrice, se gestante, acquista in genere una forte motivazione a smettere, legata all'interesse per la salute del suo bambino e quindi la gravidanza è una situazione molto utile per aiutare la paziente ad attuare un cambiamento del suo stile di vita. Come già accennato poi, bisognerebbe esercitare un'azione preventiva, per indurle a una cessazione del fumo che persista anche dopo la gravidanza, onde evitare effetti dannosi sui figli.

Numerosi sono i motivi per i quali una donna desidera smettere di fumare in gravidanza, ma la gestante va resa maggiormente consapevole che il fumo può compromettere gli scambi metabolici e l'ossigenazione placentare; come già accennato infatti, i bambini sono spesso sotto peso ed inoltre si verificano più frequentemente aborti e parti prematuri. È importante comunque che la comunicazione non si basi tanto sui messaggi negativi (danni per i figli), quanto su quelli positivi (vantaggi che si hanno dallo smettere di fumare).

È da tener presente, a tale proposito, che, oltre ai danni diretti sui bambini (su cui esiste una ben consolidata letteratura scientifica), anche il cattivo esempio da parte dei genitori è da considerarsi altamente negativo, in quanto i loro figli avranno, da un punto di vista statistico, maggiori probabilità di diventare fumatori a loro volta (2). La donna può e vuole essere un esempio per i suoi figli e per un genitore che fuma è difficile essere credibile quando raccomanda ai figli di non fumare.

Smettere di fumare purtroppo può non essere facile, anche in presenza di forti motivazioni, in quanto, come premesso, si ha a che fare con una dipendenza, molto più subdola di altre, sotto vari aspetti. Molte persone hanno bisogno di un sostegno. È per questo che, oltre all'appoggio mediante incontri di counselling, che ogni operatore dovrebbe essere in grado di gestire, in alcune strutture pubbliche e private (tra le qua-

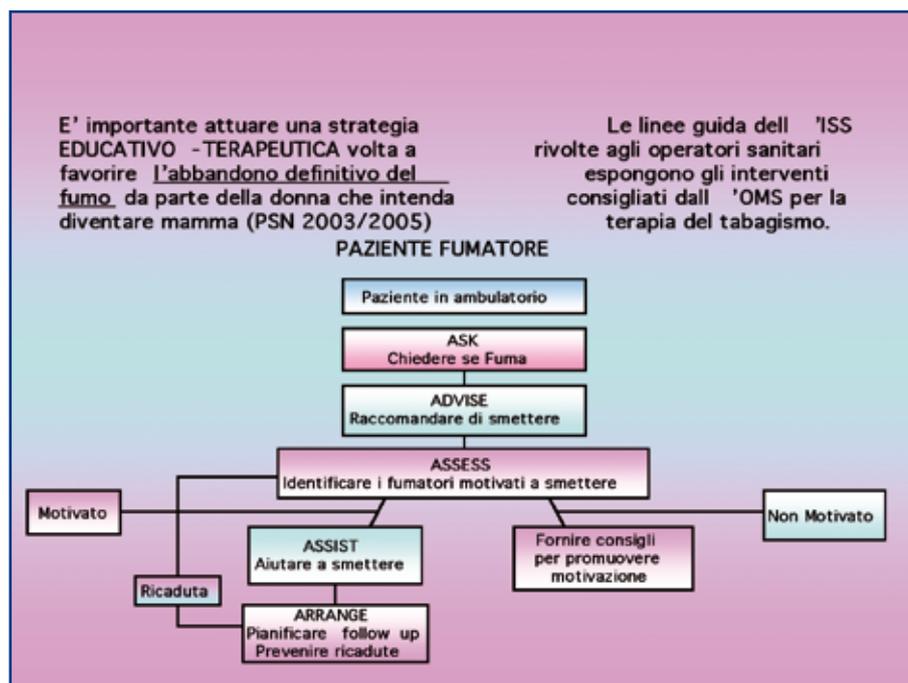


li anche la nostra) vengono organizzati periodicamente gruppi di terapia, cui anche le gestanti sono invitate a partecipare. Il nostro Centro, in particolare, utilizza per i gruppi di terapia, il metodo GFT, nato negli USA negli anni 50, e importato successivamente in Italia, adattandolo alla diversa realtà sociale e ai diversi tempi; alle gestanti e ai loro familiari viene data la precedenza nelle liste di attesa per la partecipazione ai gruppi di terapia. È condizione necessaria, per avere buone probabilità di successo, che il soggetto sia convinto della sua decisione fin dall'inizio.

Utilizziamo per tutti i pazienti una cartella, da noi elaborata alcuni anni fa, che prevede innanzitutto la raccolta dell'anamnesi. Vengono quindi somministrati ai pazienti vari test (Nicotine Addiction Test di Fagestrom, Severity Dependence Scale, Visuale Addiction Scale) per mettere a fuoco il grado della dipendenza tabagica, e il Beck Depression Inventory, per evidenziare un eventuale stato depressivo. Si procede quindi con l'esame obiettivo dove saranno valutati vari parametri: frequenza cardiaca, pressione arteriosa, tasso di CO espirato, peso, altezza, BMI (indice di massa corporea). Ove si ritenga opportuno, in accordo con il paziente, viene proposta anche una terapia farmaco-

logia, a base di Bupropione e/o terapia sostitutiva nicotinic (sotto forma di cerotti, compresse, chewingum).

Alle gestanti viene consegnato inoltre un manuale apposito, contenente test autovalutativi e informazioni e consigli per arrivare a una cessazione dal fumo. Il questionario di autovalutazione è composto da 15 domande con 3 possibili risposte (VERO, FALSO, TALVOLTA). Le 15 domande sono poi divise in 3 gruppi (1-4 / 5-10 / 11-15). Il gruppo 1-4 prende in considerazione gli aspetti abitudinari del fumatore e se il punteggio totalizzato è 40 o più significa che il fumo è la principale ragione; per il gruppo 5-10 se il paziente totalizza più di 30 punti significa che è fortemente dipendente dalla nicotina; infine per il gruppo 11-15 se il paziente ha totalizzato più di 25 punti significa che fumare è diventata parte integrante della sua vita sociale ed emozionale. Compilato il questionario viene esposto alla paziente un programma per i successivi 7 giorni. Si tratta di terapie brevi di tipo cognitivo-comportamentali. L'obiettivo principale del trattamento è quindi il problema comportamentale in se stesso, in cui occorre aumentare il livello di consapevolezza del soggetto, per poterne poi far modificare i comportamenti. I comportamenti che devono essere modificati



vengono di solito scomposti in singole componenti parziali, ognuna delle quali viene trattata con le procedure che si ritengono più adatte. Alle donne in gravidanza non vengono proposte terapie farmacologiche.

MATERIALI E METODI

Per effettuare la nostra ricerca, abbiamo somministrato, nel periodo gennaio - settembre 2005, 115 test a gestanti e puerpere, fumatrici e non, durante il loro soggiorno nella Sala Parto nel Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico Universitario Umberto I di Roma. Dobbiamo doverosamente segnalare che, in alcuni casi, abbiamo incontrato problemi di tipo relazionale, poiché i soggetti si mostravano ostili nei confronti di chi somministrava il test, mostrando riguardo all'argomento Tabagismo un atteggiamento difensivo e rigido, giustificato peraltro, almeno in parte, dalla situazione di scarsa privacy propria dell'ambiente ospedaliero.

Il test somministrato conteneva una prima parte riguardante le generalità della gestante, e una seconda con 11 domande a risposta multipla, di cui 8 riguardanti la percezione del problema Tabagismo e 3 che raccoglievano informazioni sul consumo di sigarette prima e durante la gravidanza. Infine, veniva richiesta una valutazione perso-

nale sulla propria capacità di risolvere definitivamente il problema, dandosi un punteggio da 1 a 10 (autoefficacia). Il test è stato somministrato generalmente a gestanti non in travaglio cui veniva richiesto di firmare un consenso al trattamento dei dati personali a fini scientifici e non commerciali. Il test è stato somministrato a donne fumatrici e non per confrontare la diversa percezione da parte delle gestanti riguardo i danni provocati dal fumo sul feto.

RISULTATI E DISCUSSIONE

L'età media delle pazienti intervistate è risultata essere 31 anni, la scolarità prevalente è stata quella medio-superiore, tutte le pazienti vivevano con il partner. La parità più frequente era 0/0/0/0 (prima gravidanza) e l'attività lavorativa più frequentemente svolta era quella impiegatizia. Sul totale delle 115 pazienti intervistate 51 (44%) sono risultate fumatrici e di queste 18 avevano smesso di fumare in gravidanza. La media di sigarette fumate prima della gravidanza è risultata 15 sigarette al giorno.

Per quanto riguarda le restanti 33, 17 donne (pari al 59%) intervistate avevano ridotto notevolmente il numero di sigarette fumate (5 o meno al giorno) mentre 12 gestanti avevano ridotto in maniera meno significativa il consumo di tabacco.

Spesso i partner delle nostre gestanti sono risultati essere non fumatori; la maggior parte delle intervistate ha affermato che il fumare regolarmente può essere considerato una dipendenza (tab. 6), e questo indica un buon livello di consapevolezza.

In generale, peraltro, il fumo viene considerato dalle pazienti molto dannoso sia durante la gravidanza, per i danni a carico del prodotto del concepimento, che al di fuori di essa (tab. 3). Le donne hanno tutte affermato di voler allattare il loro bambino (tab. 7) e, da quanto emerge dalla ricerca, tutte giudicano il fumo durante l'allattamento molto dannoso (tab. 9).

Il quesito "cosa pensi di fare riguardo al fumo dopo la gravidanza" le tre opzioni hanno portato ai seguenti risultati:

- Il 6% delle donne fumatrici pensa di riprendere a fumare ma non all'interno della propria abitazione;
- Il 21.5% delle donne fumatrici ritiene che riprenderà a fumare ma non in presenza del bambino;
- Il 72.5% delle gestanti che fumavano prima della gravidanza pensano di non ricominciare a fumare. (tab. 8).

Per concludere, riguardo l'autoefficacia, cioè quanto la paziente valuta la propria capacità (da 1 a 10) di riuscire a diventare non fumatrice abbiamo totalizzato i seguenti punti:

- 1_2 pazienti (3.9%)
- 2_1 paziente (2%)
- 3_6 pazienti (11.7%)
- 4_1 paziente (2%)
- 5_10 pazienti (19.6%)
- 6_4 pazienti (7.8%)
- 7_7 pazienti (13.7%)
- 8_8 pazienti (15.7%)
- 9_1 paziente (2%)
- 10_11 pazienti (21.6%)

Ben 31 pazienti (60.8%) si danno un voto alto, al di sopra del 6. Se aggiungiamo anche i 5, abbiamo addirittura l'80,4%. Questo va considerato un risultato molto positivo, perché un buon livello di autostima è essenziale per una buona riuscita nell'affrontare un problema di dipendenza.

Pur considerando che la condizione di non fumatrice risulta solo dalle dichiarazioni dei soggetti intervistati, l'aspetto che ci sembra decisamen-

te interessante è il fatto che, rispetto alla precedente indagine del 1998, si assiste, nel presente lavoro, a un calo notevole dell'incidenza del fumo in gravidanza, avendo solo l'1,9% di gestanti che non modificano il loro comportamento, rispetto al precedente 9%. Anche coloro che hanno ridotto notevolmente la quantità di sigarette fumate, risulta nettamente superiore rispetto allo studio del '98, poiché dal 38,2% siamo passati ad un valore pari al 59%.

Delle 115 donne intervistate solo di 85 siamo riusciti a distanza di tempo dalla somministrazione del test ad avere notizie riguardo il parto.

Delle 52 gestanti fumatrici intervistate solo di 41 abbiamo avuto informazioni; delle non fumatrici abbiamo avuto dati riguardanti il parto di 46 donne.

Delle gestanti fumatrici che in gravidanza avevano smesso di fumare l'età gestazionale media alla quale è stato espletato il parto è risultata 38 settimane; il punteggio medio di Apgar al 5' minuto è stato 9; il peso fetale medio è risultato 3016 gr. e l'espletamento del parto è risultato più frequente quello spontaneo (52,9%). Abbiamo riscontrato poi che nelle donne fumatrici che in gravidanza avevano ridotto la quantità di sigarette l'età gestazionale media alla quale è stato espletato il parto è risultata 36 settimane; il punteggio medio di Apgar al 5' minuto è stato 8; il peso fetale medio invece è risultato 2969 gr. e il taglio cesareo la modalità più frequente del parto (52,1%).

Per terminare, l'unica donna che in gravidanza aveva mantenuto inalterato il comportamento riguardo al fumo aveva partorito a 37 settimane di età gestazionale, con punteggio di Apgar al 5' minuto di 9; il peso fetale è risultato 2850 gr. e il parto è stato espletato spontaneamente.

Da quanto sopra esposto, si evince l'importanza di una strategia educativo-terapeutica volta a favorire l'abbandono definitivo del fumo da parte della donna che intenda diventare mamma e naturalmente analoga attenzione va ricercata nei rispettivi partner. In particolare, le linee guida dell'Istituto Superiore

di Sanità (9) rivolte agli operatori sanitari di primo livello fanno proprie le raccomandazioni sugli interventi consigliati dell'O.M.S. per la terapia del Tabagismo, si compendiano nelle classiche 5A:

CONCLUSIONI

Considerando la speciale condizione di grande motivazione di una donna in stato di gravidanza e del suo partner, il Ginecologo e, ancora di più l'Ostetrica, sono le figure chiave nella strategia terapeutica di un problema di dipendenza tabagica, per stimolare le gestanti a trovare altre valide motivazioni (di salute, di benefici fisici, estetiche, economiche, ecc), o, se già presenti, per rinforzarle e farle mantenere nel tempo.

Il personale dovrebbe avere una formazione di base in merito, da acquisirsi durante il corso di studi, ma ciò accade, nel nostro paese, abbastanza sporadicamente e solo per iniziativa di singoli docenti motivati rispetto all'argomento Tabagismo. Sempre più frequentemente, peraltro, vengono promossi e organizzati corsi di formazione para e postuniversitari sul come trattare la patologia tabagica. Ove si incontrassero particolari difficoltà nel processo di disassuefazione, la donna - eventualmente la coppia - può essere inviata presso un centro di I° e II° livello, ove presente sul territorio. A tal proposito, è da tenere presente che presso l'Istituto Sup. di Sanità è attivo uno specifico sportello, contattabile me-

Per la gestante, il Ginecologo e l'Ostetrica sono figure chiave nella strategia terapeutica di un problema di dipendenza tabagica.

Il personale dovrebbe avere una formazione di base in merito, da acquisire durante il corso di studi.

E' importante che tali figure professionali siano sensibilizzate perché assumano dei comportamenti deontologicamente corretti, almeno in presenza dei pazienti, e che ad essi vadano offerti corsi di formazione specifici per implementare la loro formazione professionale.

dante un "numero verde", che si occupa, oltre che di fare un corretto counselling, di dare informazioni sul come raggiungere il più vicino "centro antifumo".

Un problema che va tenuto presente è il fatto che, purtroppo, nell'ambito del personale sanitario, che dovrebbe essere formato da operatori sensibili e preparati rispetto al tema in questione, assistiamo a una prevalenza di fumatori addirittura superiore a quella della popolazione generale. E' evidente che un operatore sanitario fumatore non può essere credibile quando dà ai pazienti/utenti informazioni e consigli in fatto di tabagismo. Risulta pertanto importante che tali figure professionali superspecializzate siano sensibilizzate perché assumano dei comportamenti deontologicamente corretti, almeno in presenza dei pazienti, e che ad esse vadano offerti, oltre che corsi di formazione specifici per implementare la loro formazione professionale, programmi di terapia per risolvere il proprio problema tabagico. ■

Bibliografia

1. <http://progetti.iss.it>
2. Hruby D., Kachlik P.: Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborn. Cent Eur J Public Health 2000; 8(4): 249-52
3. Wisborg K., Kesmodel U., Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ: A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. Arch Dis Child 2000; 83:203-6
4. Carollo F.: "Fumo di tabacco e riproduzione umana"
5. Jedrychowski W. E coll.: "Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factor to acute respiratory infection", Environ Health Perspect, Mar, 105(3), p 302-6, 1997.
6. Van Voorhis B.J. e coll: "the effect of smoking on ovarian function and fertility during assisted reproduction cycles". Obstet Gynecol, nov, 88
7. Berta L. e coll.: "Smoking effects on hormonal balance of fertile women", Horm Res, 37 (1-2), p 45-8, 1992.
8. ISTAT 2004: "aspetti della vita quotidiana".

Opinioni di un gruppo di giovani sul rapporto tra fumo e cancro orale

Opinions of a group of young people on the relationship between tobacco smoking and oral cancer

Paolo Bulgheroni, Alberto Bulgheroni, Pasquale Giametta, Maria Cristina Gandini

Riassunto

Premessa. Il consumo di tabacco costituisce il principale fattore eziologico del carcinoma orale. Il presente lavoro illustra le conoscenze di un gruppo di studenti di una scuola media superiore della Provincia di Milano in relazione al rapporto fra consumo di tabacco e comparsa di tumori orali.

Metodo di indagine. Somministrazione di un questionario anonimo agli studenti.

Risultati. 136 soggetti valutati (maschi 49%, femmine 51%; età compresa tra 16-18 anni). Soltanto il 43% dei ragazzi considera il fumo di tabacco un fattore di rischio per il tumore orale. Il 37% degli intervistati fuma e il 38% beve abitualmente bevande alcoliche; nel 35% dei casi il fumo si associa all'utilizzo di alcool.

Conclusioni. Emerge una scarsa conoscenza del rapporto tra fumo di tabacco e sviluppo di cancro orale. Adeguati interventi di educazione sanitaria sono necessari per sensibilizzare i giovani circa il possibile ruolo che il consumo di tabacco può avere, oltre che per numerose altre patologie, anche sulla comparsa dei tumori orali.

Parole chiave: carcinoma orale, fumo di tabacco, giovani.

Abstract

Introduction. Tobacco consumption constitutes the main aetiological factor for oral cancer. The present work illustrates the knowledge about the relationship between tobacco smoking and oral cancer development in a group of secondary high school students in the Province of Milan.

Methods. An anonymous questionnaire was administered to the students.

Results. 136 subjects were evaluated (males 49%, females 51%; age ranging between 16-18 years). Only 43% of student think that tobacco smoking is a risk factor for oral cancer. 37% of the tested students smokes and 38% usually drinks alcoholic beverages; in 35% of the cases tobacco smoking is associated with alcohol consumption.

Conclusion. The survey evidences a poor knowledge about the relationship between tobacco smoking and oral cancer development. Proper interventions of health education are needed in order to advise the young people about the possible role that tobacco consumption can play in the onset of several human pathologies and oral carcinoma in particular.

Keywords: oral carcinoma, tobacco smoke, youth.

INTRODUZIONE

La grande maggioranza dei tumori che insorgono a livello del cavo orale è costituita da carcinomi spinocellulari (1). Il principale fattore di rischio per la comparsa di queste neoplasie è rappresentato dal consumo di tabacco (2, 3); si calcola che nel nostro Paese l'87% dei tumori orali negli uomini ed il 42% nelle donne sarebbe attribuibile a tale consuetudine (4). L'educazione sanitaria della popolazione, in particolare di quella giovanile, e la lotta al tabagismo costituiscono pertanto elementi essen-

ziali nella prevenzione primaria dei carcinomi orali, che in Italia rappresentano tumori con un forte impatto sociale: ogni anno sono infatti circa 6500 i nuovi casi accertati e 3000 i decessi ad essi correlati (5, 6, 7).

METODO DI INDAGINE

È stato effettuato uno studio su un gruppo di studenti di una scuola media superiore della Provincia di Milano allo scopo di sensibilizzare i ragazzi su tematiche riguardanti la salute orale.

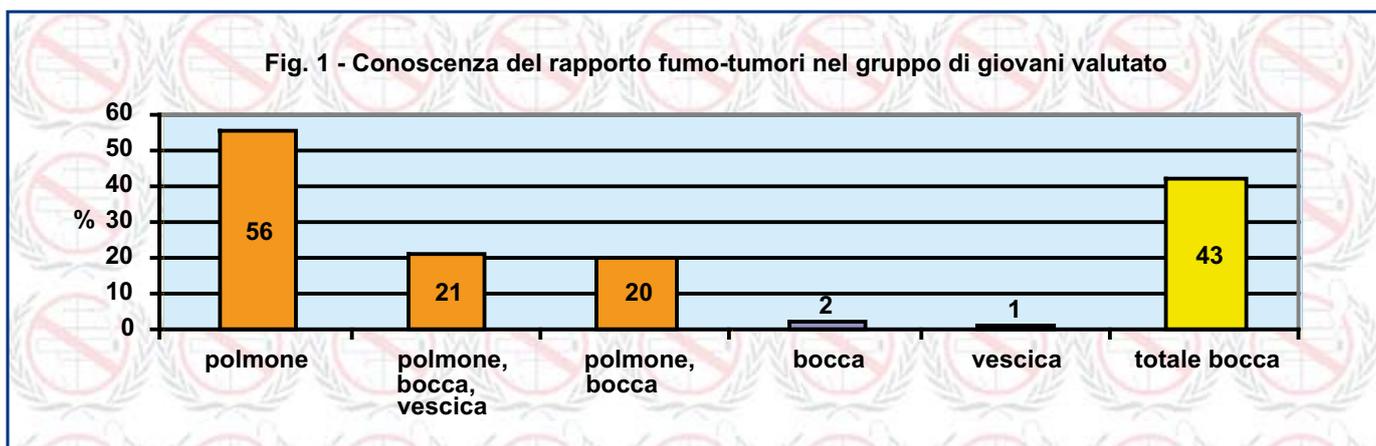
È stato somministrato in classe un questionario anonimo che mirava ad indagare le conoscenze, le attitudini ed i comportamenti dei ragazzi in relazione ad alcune problematiche di salute orale. Il questionario permetteva di raccogliere informazioni anche sulle conoscenze degli studenti circa l'importanza del fumo di tabacco nella comparsa di tumori del cavo orale, e sull'abitudine al fumo ed al consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani. È parso interessante presentare in questa sede i dati relativi a questa sezione dell'indagine.

Paolo Bulgheroni
(bulgheronip@asl.varese.it)
Dipartimento di Prevenzione
ASL della Provincia di Varese

Alberto Bulgheroni
ASL Milano 1

Pasquale Giametta
ASL Lodi

Maria Cristina Gandini
Biologa Igienista - Varese



RISULTATI

Sono stati valutati 136 studenti di età compresa tra 16 e 18 anni. I maschi erano il 49% e le femmine il 51%.

Alla domanda per quali fra i tumori del polmone, della bocca e della vescica il fumo di tabacco può avere un ruolo come possibile fattore di rischio, il 56% ha risposto il cancro del polmone solamente, il 21% il cancro del polmone, della bocca e della vescica contemporaneamente, il 20% il cancro del polmone e della bocca, il 2% unicamente il cancro orale e l'1% il cancro della vescica (Figura 1). Complessivamente, quindi, soltanto il 43% dei giovani ha riconosciuto una relazione fra consumo di tabacco e comparsa tumore orale (maschi 44%, femmine 43%).

Il 37% dei ragazzi testati ha dichiarato di fumare (maschi 44%, femmine 33%); inoltre, nella stessa indagine il 38% ha ammesso anche di consumare abitualmente bevande alcoliche (prevalentemente birra, vino, superalcolici). L'utilizzo di alcool si associa nel 35% dei casi all'abitudine al fumo (Figura 2).

DISCUSSIONE

Mentre appare consolidata la consapevolezza dell'influenza del fumo sul tumore polmonare, risulta evidente lo scarso livello di conoscenza della problematica fumo-cancro orale. Tale osservazione è valida anche per il tumore della vescica, che pure riconosce nel consumo di tabacco il principale fattore eziologico accertato. L'inadeguata percezione del rischio osservata nella nostra indagine riflette indubbiamente

una carenza di discussione specifica ed evidenzia la necessità della diffusione di una adeguata informazione tematica nel gruppo di giovani valutato. La comunicazione sui possibili danni correlati all'uso di tabacco deve essere pertanto finalizzata, nell'ambito di percorsi preventivi specifici, ad una corretta informazione/formazione che orienti le opinioni e le conoscenze spesso parziali diffuse tra i giovani.

I risultati della nostra indagine appaiono confermare le osservazioni di uno studio condotto piuttosto recentemente da Orlando et al. su un campione di giovani studenti liceali romani, che ha rilevato un ridotto livello di conoscenza del rapporto esistente fra fumo e cancro orale tra i giovani indagati (8). Analoghe evidenze provengono anche da studi condotti sulla popolazione generale in differenti paesi; tali indagini, che hanno focalizzato l'attenzione sulle conoscenze e sulle opinioni relative alle condizioni di rischio per i tumori del cavo orale, hanno infatti rilevato in generale una diffusa carenza di informazioni sulla problematica specifica fumo-cancro orale (9, 10, 11, 12, 13).

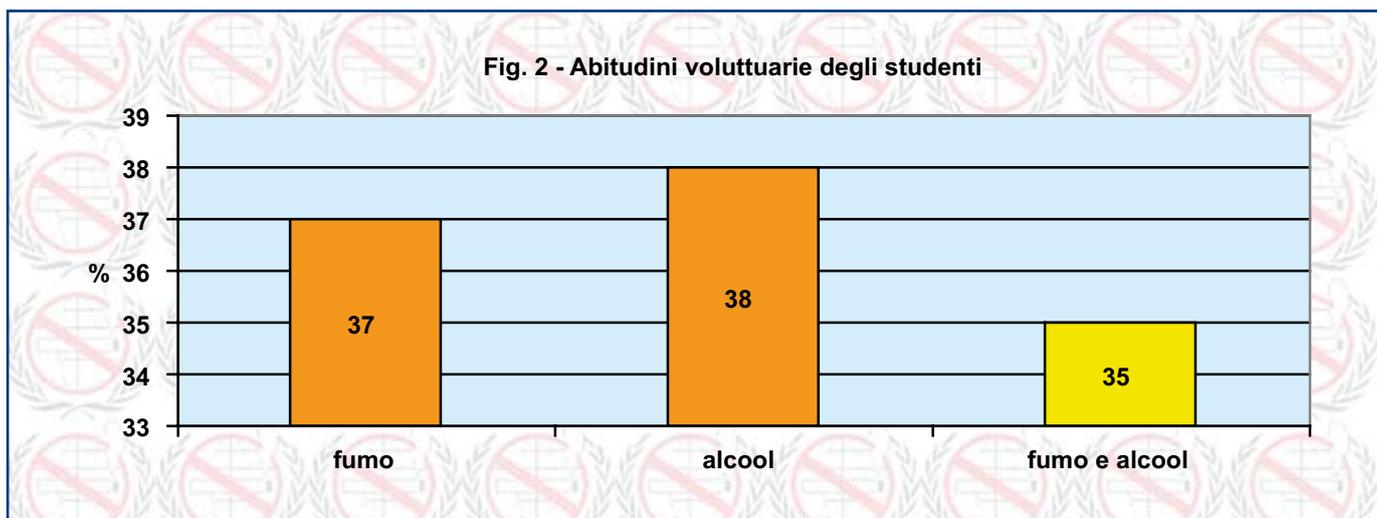
L'abuso di bevande alcoliche costituisce un altro riconosciuto fattore di rischio per il carcinoma orale (14); inoltre, il consumo elevato di alcolici associato all'uso di tabacco amplifica ulteriormente la condizione di rischio per tumori orali, in considerazione dell'effetto sinergico sulla cancerogenesi della mucosa orale posseduto dai due fattori agenti in maniera contemporanea (15). Il dato che emerge dalla

nostra analisi in relazione all'abitudine al fumo ed al consumo di bevande alcoliche appare sicuramente preoccupante, atteso che circa 1/3 del campione ammette l'abitudine consueta ad entrambe le pratiche. Soprattutto in considerazione della giovane età



dei soggetti valutati, appare evidente la necessità di correggere tali comportamenti scorretti, educando i ragazzi ad uno stile di vita sano.

L'età giovanile rappresenta infatti il momento migliore per ogni intervento a valenza preventiva, in quanto risulta più agevole intervenire quando abitudini e comportamenti scorretti



non sono ancora stati adottati o pienamente consolidati. Inoltre, i giovani rappresentano un importante veicolo di informazioni sanitarie nel proprio ambito sociale e familiare, facilitando pertanto una positiva diffusione di messaggi e informazioni a carattere preventivo ed attivando in questo modo la discussione e l'interesse su problematiche riguardanti la tutela della salute.

CONCLUSIONI

I risultati della nostra indagine sottolineano quindi l'importanza di promuovere azioni che sensibilizzino ulteriormente i giovani sugli effetti

dannosi che il fumo può determinare sulla salute, con particolare attenzione anche all'importante ruolo che il tabagismo può giocare nella comparsa di neoplasie maligne del cavo orale.

Progetti specifici di educazione sanitaria devono comprendere, sin dall'età più giovane, una comunicazione corretta e completa degli innumerevoli rischi che il consumo di tabacco può determinare praticamente su tutti gli organi ed apparati del corpo umano, compreso naturalmente il cavo orale, promuovendo l'adozione di stili di vita utili alla salvaguardia della propria salute.

Nella campagna contro il tabagismo tutti gli operatori sanitari devono essere attivamente coinvolti, mediante azioni di sensibilizzazione e di informazione continue verso la collettività. In tale contesto appare necessario in particolare enfatizzare il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri in considerazione del rapporto fiduciario che queste figure detengono nei confronti dei propri assistiti, e quindi della possibilità di veicolare, in maniera continuativa, messaggi corretti, incisivi e credibili riguardo i molteplici effetti nocivi collegati al consumo di tabacco. ■

Bibliografia

- Licitra L., Cantù G., Olmi P. Neoplasie del distretto cervico-facciale. In: Bonadonna G., Robustelli della Cuna G., Valagussa P., Eds. *Medicina Oncologica (VII° Edizione)*. Milano: Masson, 2003: 837-882
- EU Working Group on Tobacco and Oral Health. *Tobacco and oral health*. European Community Monograph. Bruxelles, 1999
- Warnakulasuriya S., Sutherland G., Scully C. Tobacco, oral cancer and treatment of dependence. *Oral Oncol* 2005; 41(3): 244-260
- Centro Nazionale Ricerche. *Basi scientifiche per la definizione di Linee guida in ambito clinico per i tumori epiteliali della testa e del collo*. CNR-ACRO. Roma, 1999
- Rosso S., Spitale A., Balzi D., Franceschi S., Zanetti R. Stima dell'incidenza dei tumori nelle regioni italiane nel 2001. *E&P* 2004; 28(4-5): 247-257
- La Vecchia C., Tavani A., Franceschi S. et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1997; 33: 302-312
- Sortino F., Milici A. Epidemiology of oral tumors. *Minerva Stomatol* 1998; 47(5): 197-202
- Orlando A., Salerno P., Tarsitani G. Opinioni e attitudini sul cancro della bocca in un campione di studenti di un liceo romano. *Minerva Stomatol* 2001; 50(5): 139-143
- Horowitz A.M., Nourjah P., Gift H.C. US adult knowledge of risk factors and signs of oral cancer: 1990. *JAMA* 1995; 126: 39-45
- Raczowska A., Zakrzewska J., Pogorzelska B. Pilot study on Polish knowledge and attitudes toward oral cancer. *Oral Dis* 1997; 3(2): 107-111
- Warnakulasuriya S., Harris C.K., Scarrot D.M. An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *British Dental J* 1999; 18(6): 319-322
- Humphris G.M., Field E.A. An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: results of two randomised controlled trials. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2): 143-149
- Patton L.L., Agans R., Elter J.R., Southerland J.H., Strauss R.P., Kalsbeek W.D. Oral cancer knowledge and examination experiences among North Carolina adults. *J Public Health Dent* 2004; 64(3): 173-180
- Odgen G.R. Alcohol and oral cancer. *Alcohol* 2005; 35(3): 169-173
- Boffetta P., Mashberg A., Winkelmann R., Garfinkel L. Carcinogenic effect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of the oral cavity and oropharynx. *Int J Cancer* 2002; 52: 530-533

News & Views



Prevenzione tabagismo

Livia Turco, neo-Ministro della Salute: Impegno per giovani e donne incinte

Donne incinte e giovani saranno gli obiettivi delle politiche di prevenzione contro il fumo del nuovo governo, ha detto il neo-ministro della Salute Livia Turco, al Convegno dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nella Giornata Mondiale senza Tabacco del 31 maggio scorso. L'ISS ha confermato i dati di riduzione del fumo e dei fumatori dopo un anno e mezzo dall'introduzione della "legge Sirchia" (Legge 3/2003, art. 51) che ha vietato il fumo nei luoghi chiusi aperti al pubblico. Secondo i risultati di un'indagine Doxa, elaborati dall'Istituto, diminuisce il consumo di sigarette tra il 2005 e il 2006 dell' 1,3%, in particolare per le donne (-1,8% rispetto al -0,7% degli uomini). Resta però preoccupante la situazione dei giovani fra i 15 e i 24 anni, che nel 2006 hanno fatto registrare un aumento nelle percentuali dei fumatori, nonostante la legislazione antifumo: <15 anni (18,9% vs 16,9% del 2005). "Credo che sia fondamentale che le politiche di prevenzione da ultime diventino prime fra le priorità del governo. In particolare, è importante agire affinché le donne in stato di gravidanza e i giovani smettano di fumare" ha detto Livia Turco. "La prevenzione sarà una nostra grandissima prio-



rità. Attualmente solo il 5% delle risorse impiegate è dedicato a questo capitolo e spesso finiscono per essere inutilizzate. Si tratta di una politica che va potenziata, anche con accordi interministeriali, ad esempio col ministero della Pubblica Istruzione" ha aggiunto il ministro a margine del convegno. Ed è andato via con una copia della rivista Tabaccologia sotto il braccio. *(Vincenzo Zagà)*

La Svizzera sulle orme di Sirchia

Dal 1° gennaio 2007 divieto di fumo in Svizzera



Divieto di fumo nei locali pubblici: adesso favorevoli anche la federazione degli esercenti e degli albergatori elvetici, che in un primo momento aveva avvertito il sostegno dato al divieto dalla sezione ticinese dell'associazione. GastroSuisse ha così clamorosamente cambiato idea, giustificando questo improvviso cambio di rotta con la mutata mentalità della maggior parte della popolazione. Dopo essersi opposta a lungo ai divieti generalizzati, ora si dichiara disponibile a entrare in materia, ma chiede che il tema sia regolato da una legge federale cui siano sottoposti tutti i ritrovi pubblici. Una proibizione che deve valere «per tutti o per nessuno», ha indicato a chiare lettere Frédéric Haenni, membro del comitato direttivo della federazione degli esercenti e degli albergatori. Per evitare favoritismi, a suo avviso, è quindi preferibile mettere in vigore un divieto di fumare in tutti i locali pubblici chiusi svizzeri, come richiesto da un'iniziativa popolare. *(Cinzia Marini)*

Fonte: La Provincia di Sondrio 15 maggio 2006



OMS in lutto

Il sudcoreano Lee Jong-wook, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è morto a causa di una embolia cerebrale. Il dr. Lee aveva 61 anni ed era a capo dell'OMS dal 2003. Era stato operato al cervello alcuni giorni prima. All'OMS e alla famiglia vanno le condoglianze di Tabaccologia.



World No Tobacco Day 2006 all'Istituto Superiore di Sanità

ROMA, 31 maggio 2006. La Giornata Mondiale senza Tabacco ha visto la partecipazione del neo Ministro della Salute Livia Turco all' "VIII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale" tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità a Roma.

Il Ministro ha espresso il suo impegno e quello del Governo

nei confronti dei programmi di prevenzione sanitaria, in particolare quelli riguardanti il tabagismo. I giovani e le donne in gravidanza, rappresentano, secondo il Ministro, i targets principali di tali programmi. L'impegno organizzativo passerà attraverso la formulazione progetti interministeriali (soprattutto con il Ministero dell'Istruzione),

Il Ministro ha sottolineato più volte che tutti i cittadini dovrebbero adottare stili di vita più sani, parlando a tal proposito non solo del diritto, ma anche del "dovere" alla salute di cui tutti dovrebbero farsi carico.

Tra i numerosi relatori che si sono avvicendati, la dottoressa Galeone ha sottolineato l'impegno nazionale ed internazionale del Ministero della Salute nei programmi di prevenzione nei giovani, nell'emanazione di leggi adeguate, nel sostegno alle Regioni e, di particolare rilievo, l'impegno a concludere rapidamente l'iter affinché anche l'Italia ratifichi la sua adesione alla FCTC.

La dottoressa Pacifici dell'ISS, ha fornito dati incoraggianti per quanto riguarda l'epidemiologia del fumo in

Italia (inchiesta DOXA 2005). Finalmente si è osservata una significativa riduzione nella prevalenza delle fumatrici (20.3%) rispetto agli anni precedenti. Persiste il problema delle fasce di età giovanili, anche se pare che l'aumento del prezzo delle sigarette sia un deterrente importante per i più giovani, tanto da auspicare ulteriori manovre economiche in tal senso. Confermato anche l'effetto positivo della cosiddetta "legge Sirchia", non solo perché rispettata aldilà delle previsioni, ma anche perché è stata capace di indurre un calo delle vendite di tabacco di oltre il 6%. Tra le criticità è stata sottolineata la scarsa iniziativa dei medici nel consigliare ai fumatori di smettere. Se ogni medico riuscisse ogni anno a far smettere di fumare dieci pazienti, avremo circa 500.000 fumatori in meno all'anno.

Il dottor Laezza della Regione Emilia Romagna ha illustrato due progetti pilota che vedono come Regioni capofila rispettivamente il Veneto, nel controllo della normativa, nel censimento e nella diffusione di progetti di prevenzione e trattamento del tabagismo, e l'Emilia Romagna, nel Piano di Formazione sul tabagismo rivolto ai pianificatori regio-



nali e agli operatori pubblici e del privato sociale.

Cinque anni di indagini sui medici inglesi, oggetto di studio di Doll e Peto, sono stati l'argomento trattato dal dottor La Vecchia dell'Istituto Negri di Milano, il quale ha sinteticamente ed

efficientemente illustrato i benefici della cessazione in termine di anni di vita guadagnati: mediamente un fumatore perde circa 15 anni di vita ma smettere a qualunque età, vuol dire ridurre, almeno in parte, il rischio di morire prematuramente.

Di notevole interesse l'argomento trattato dal Dott. Pastorino, chirurgo toracico all'Istituto Tumori di Milano. A tutt'oggi, i vari studi pilota condotti su numeri estremamente elevati di soggetti fumatori sottoposti periodicamente a TAC spirale per la diagnosi precoce di K polmonare, non hanno mostrato effetti significativi sulla riduzione della mortalità.

Lo studio MILD, in fase di preparazione, prevede oltre al monitoraggio tramite TAC spirale e/o PET dei fumatori partecipanti allo studio, anche interventi per la cessazione del fumo e indagini genomiche e proteomiche per l'individuazione del rischio individuale.

L'obiettivo è quello di ridurre del 50% la mortalità da fumo in 10 anni.

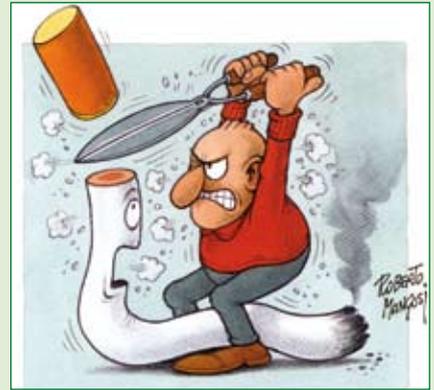
Il Dott. Nardini ha effettuato un escursus sui trattamenti farmacologici utili per la cessazione, soffermandosi sugli aspetti pratici, quali quelli della "riduzione del rischio", e sulle novità in campo terapeutico.

Infine il Prof. Mangiaracina, con la passionalità e il fervore che lo contraddistinguono, ha illustrato il ruolo delle Società Scientifiche, ed in particolare della SITAB di cui è Presidente, nell'ambito delle attività volte a ridurre i danni provocati dal tabacco, ponendo l'accento, tra gli ambiti operativi, sull'importanza della comunicazione efficace e della divulgazione da parte degli operatori del settore. Compito fondamentale della SITAB, ha sottolineato il Prof. Mangiaracina, è e sarà quello di "tenere alta l'attenzione" delle forze politiche e sociali, sui problemi legati al tabagismo in quanto emergenza sanitaria.

(Nolita Pulerà)

SENZA FILTRO

By Torquemada



rivolto al cielo e agli equipaggi delle tre caravelle: TIERRA, BELIN! Questo urlo poi divenne il grido di battaglia degli equipaggi di Cristoforo Colombo. Lo scaltro marinaio si guardò bene dal tradurmi questa incomprensibile parola, che solo un anno un anno dopo seppi essere una parola genovese ed il suo significato, perché un giro di ruota non glielo avrei di certo risparmiato!

Tierra, Belin! Correva l'A.D. 1496 e, benché afflitto da fastidiosi dolori reumatici, con dedizione mi adopravo a sconfessare apostati, lesto-fanti divulgatori di vangeli apocrifi ed eretici, per la maggior gloria di Santa Romana Chiesa e di nostro Signore. Fra questa ciurmaglia capitò forse per isbaglio, un marinaio, Sebastian de

Los Cocotes, mentre armeggiava con dei rotoli di quella pianta proveniente dalle Indie e chiamata *tabaco*. Codesto era un reduce della prima spedizione di Cristobal Colon, così nomato nella vulgata ispanica il vostro Cristoforo Colombo, impavido ammiraglio genovese al servizio della corona dei cattolicissimi Re di Spagna.

Questo marinaio reduce della scoperta delle Indie, prima di essere da Noi congedato, mi racconta, su mia sollecitazione, il momento clou dell'avvistamento del Nuovo Mondo. Tra l'euforia dell'avvistamento in quell'alba del 12 ottobre del 1492, fu l'ammiraglio Colombo a dare l'imprimatur alla scoperta con un urlo liberatorio



Fumatori attenti alle IENE!

Chapeau al team delle IENE! Ai miei tempi sarebbero stati arruolati come giannizzeri per l'intelligence della Santa Inquisizione. Italia1, 8 maggio 2006. Le Iene fanno irruzione nella Facoltà di Ingegneria dell'Università Federico II di Napoli, trasformata ormai da tempo in una tranquilla fumeria, alla faccia della legge. Il Preside di Facoltà, prof. Edoardo Cosenza, abbozza un timido "...noi facciamo quello che umanamente è possibile" (!?). Cosahhh!?!? E

così il Preside messo all'angolo dall'evidenza dei filmati e dall'incalzare dei nostri fa una mezza ammissione e una promessa: "...se però voi avete visto che il divieto non viene rispettato, allora vuol dire che ci impegneremo di più". Bontà sua! E noi lo prendiamo in parola. Federiciani no-smokers fateci sapere.



Iran: il Parlamento proibisce di fumare in pubblico

E così il Parlamento iraniano, nel Paese degli Ayatollah, fra deliri atomici e faide tra aspiranti laici e difensori dell'ortodossia islamica, ha approvato nel mese di maggio una legge che proibisce di fumare in pubblico, nei ristoranti e all'interno delle automobili, pena multe fino all'equivalente di 10 euro. La legge proibisce anche la vendita di sigarette ai minori con multe fino all'equivalente di 50 euro e il sequestro della merce.

Non è chiaro tuttavia se il provvedimento sarà approvato dal Consiglio dei Guardiani. L'organo di controllo in mano al clero conservatore, che può porre il veto su ogni legge, ha già respinto l'anno scorso un simile provvedimento affermando che era contrario agli interessi economici del Paese. Comunque vada a finire Torquemada vi terrà al corrente...

E pensare che l'integralista ero io. A confronto con gli Ayatollah mi sento tanto un educando!



Fumo al volante, pericolo costante

Si spera che il nuovo Parlamento riprenda in considerazione il progetto di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sui rischi del fumo al volante. Promosso da GEA Progetto Salute e dalla SITAB, con l'Agenzia Nazionale per la Prevenzione, il Codacons, l'associazione Articolo32, in collaborazione con Autostrade per l'Italia e Anas, e col patrocinio del Ministero della Salute, era stato presentato alla Camera dei Deputati nella scorsa legislatura come progetto: "Fumoalvolante pericolocostante", come già riferito nel n° 1/2006 di Tabaccologia. Tale Progetto si basa sul fatto che fumare una sigaretta alla guida di una vettura, aumenta il rischio di incidenti e può rappresentare un pericolo per il guidatore, i passeggeri e per l'incolumità degli utenti della strada. Da studi italiani, si stima che il 15% degli incidenti stradali causati dalla distrazione siano riconducibili al fumo di sigaretta. E' stato calcolato che per accendere una sigaretta alla guida dell'auto servono in media 2 secondi. In questo tempo l'attenzione del conducente è concentrata sulla sigaretta. Sembra nulla ma in due secondi è stato stabilito dagli esperti che un'auto procedendo a 100 Km/h percorre oltre 100 metri. Ci sono poi tutta una serie di altre operazioni che impegnano il conducente: prendere il pacchetto, estrarre la sigaretta, cercare l'accendino, ecc. Secondo Mangiaracina, direttore del progetto di ricerca, sarebbero molteplici i rischi legati al fumo in macchina e che elevano dimolto il livello di distrazione alla guida: il fumo negli occhi, la cenere che cade addosso, bruciature accidentali, e non ultimo gli incendi ai margini delle strade dovuti al lancio delle cicche ancora accese dal finestrino. Il progetto Fumoalvolante ha gli obiettivi di: condurre una ricerca per valutare con precisione la pericolosità del fumo in auto e i suoi danni potenziali e prevedibili alla persona e alla circolazione stradale; promuovere campagne pubblicitarie di sensibilizzazione sociale; arrivare ad una legge che abbia come scopo una integrazione al Codice della Strada, al fine di introdurre il divieto di fumo durante la guida, così come avviene per i cellulari.

Fonte: www.prevenzione.info

Fiumicino: i passeggeri dei voli nazionali potranno fumare in aeroporto

I fumatori sono discriminati in Italia? Niente panico. Ci pensa la British American Tobacco Italia a coccolarli con fior di investimenti. Infatti BAT Italia e Aeroporti di Roma (ADR) hanno inaugurato, il 15/05/06, la prima "smoking lounge" (sala fumatori) ai voli nazionali in un aeroporto italiano. La sala dedicata ai fumatori è stata realizzata al Terminal A dell'aeroporto di Fiumicino ed è la seconda realizzata da ADR e BAT Italia, dopo quella inaugurata a fine 2005

al molo B (voli UE). Nell'area, dedicata ai voli nazionali, transitano circa 12 milioni di passeggeri ogni anno, dei quali circa il 26% si stima siano fumatori (3 milioni l'anno, oltre 8.000 al giorno). Confortevole quanto le tradizionali sale Vip, la smoking lounge è innovativa per concezione e supporto tecnologico e si

pone come ulteriore possibile punto di riferimento anche per altri scali, viste le peculiarità che caratterizzano le norme applicative della Legge 3/2003: basti pensare che su 72mq, circa 13 sono occupati dall'impianto di ventilazione (6.000 metri cubi/ora), necessario al rispetto della normativa. Nei 59 metri quadrati a disposizione, i passeggeri, ma anche gli operatori aeroportuali, potranno fumare (non più di 41 nello stesso momento) nel rispetto degli altri. La sala, dotata di porte a chiusura automatica e di segnaletica luminosa, avrà anche un "multimedia point" (con informazioni su BAT Italia) e una "vending machine" (rivenditore automatico di sigarette). "Quella inaugurata oggi - ha dichiarato Francesco Valli, Amministratore Delegato di BAT Italia - è solo un'altra iniziativa concreta che abbiamo messo in campo per sostenere la libera scelta di chi vuole fumare. In sei mesi dall'apertura della lounge al molo B, peraltro, abbiamo assistito ad un transito all'interno della sala di oltre 300 fumatori l'ora, il che significa in totale più di un milione di passeggeri l'anno. Proprio i passeggeri - ha concluso Valli - attraverso i loro feedback spontanei hanno elogiato la realizzazione della prima lounge e chiesto espressamente di averne di più. Molti, infatti, pur in partenza da altri terminal si sono dovuti recare appositamente al molo B, con il rischio di perdere il loro volo, per poter fumare una sigaretta. La terza sala fumatori, prevista al Terminal C (voli extra UE), dove transitano ogni anno oltre 6 milioni di passeggeri, sarà realizzata entro il 2006.

(Cinzia Marini)



La SEPAR-Società Spagnola di Pneumologia favorevole al divieto di fumo al volante

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha espresso già dallo scorso anno il suo appoggio all'intenzione del Governo Spagnolo di proibire il fumo al volante, non solo per evitare distrazioni, intese come tutte quelle manovre di tipo fisico legate al gesto di fumare ma anche perché agendo sul sistema nervoso centrale riduce la sua capacità di attenzione. (V.Z.)





Aspettativa e stimolo visivo scatenano il fumatore

Un fumatore che sa che entro breve tempo potrà fumarsi la sua sigaretta, attenderà il momento opportuno e se vedrà qualcosa che stimoli il suo desiderio, il suo cervello reagirà allo stimolo attivandolo velocemente.

Questo è quanto emerge da uno studio realizzato dal Montreal Neurological Institute in collaborazione con il dipartimento di Psicologia della McGill University e pubblicato sulla rivista *Neuropsychopharmacology*. Nel-

la ricerca 20 fumatori "sani" sono stati divisi in due gruppi: attesa e non attesa. I primi potevano fumare subito dopo il test, gli altri dovevano aspettare altre quattro ore. I cervelli dei partecipanti sono stati scannerizzati con RM di fronte ad un video che mostrava gente che fumava. Nel gruppo di quelli "in attesa" le aree del cervello dell'attenzione, dell'eccitazione e del controllo cognitivo erano attive. Nel secondo gruppo invece, non era visibile alcuna risposta neuronale anche se il livello di desiderio e astinenza era uguale a quello dell'altro gruppo. "Le nostre scoperte confermano l'importanza dell'aspettativa nella risposta neuronale agli stimoli e supportano la teoria che questi stimoli attivino le aree cerebrali, in particolare la corteccia prefrontale, dell'eccitazione, dell'attenzione e del controllo cognitivo, che sono coinvolte nella pianificazione dei comportamenti di ricerca o rifiuto delle droghe", spiega Alain Dagher, un neurologo autore dell'articolo. "Le persone che smettono di fumare si aspettano di dovere essere esposti a persone che fumano e a situazioni in cui si fuma. Questa esposizione ha un effetto attivatore del cervello che può portare a una ricaduta. Quello che noi abbiamo scoperto non è solo la sensibilità allo stimolo visivo, ma anche che alcol o qualsiasi altro stimolo che attiva la corteccia pre-frontale può predisporre a una ricaduta". L'esposizione a stimoli associati al consumo di sigarette scatena una reazione psicologica che ha un ruolo fondamentale nel mantenere le abitudini nocive. Gli autori sperano che questa e altre ricerche dello stesso tipo servano per sviluppare un trattamento per combattere le dipendenze e nuovi progetti di prevenzione delle stesse. (V.Z.)

Fonte: Yahoo salute 27/4/2006

Modi di dire sul tabacco



FRANCIA

"Fumare come un pompiere!"

In Francia si usa dire "fumer comme un pom-

piere", fumare come un pompiere, alludendo al fumo non di tabacco ma di un incendio. Sempre in Francia la parola tabacco viene utilizzata anche in altri modi di dire. Più raramente si sente dire «*c'est le même tabac*», è lo stesso tabacco, per «*c'est la même chose*», è la stessa cosa. Nel mondo del teatro si usa dire «*faire un tabac*», fare un tabacco, per indicare un grande successo. Un «*coup de tabac*», un colpo di tabacco, è una tempesta sul mare o sul lago, breve ma violenta. In senso figurato questa espressione può anche indicare una tormenta politica come nel titolo di un recente articolo di storia nella rivista *Histoire*: «*Coup de tabac sur les relations France-USA*». Nel campo dell'aviazione la stessa espressione designerà un movimento di rollio impresso dal vento a un dirigibile. Tuttavia, le tre ultime espressioni passate in rassegna deriverebbero, secondo il Centre International d'Etudes Pédagogiques, non dal tabacco in sé ma dal verbo "tabasser" (19ème siècle) con lo stesso significato di «*passer à tabac*». I sostantivi corrispondenti sono: "tabassage" ou "tabassée" con una leggera sfumatura tra i due. Insomma, queste espressioni non hanno nessun rapporto etimologico con la pianta del tabacco. In conclusione, come nel caso del "pompiero fumoso" citato prima, la lingua francese sembra, attraverso sue espressioni popolari, argotiche o idiomatiche contenenti tutta o una parte del termine "tabac", aver adottato, rispetto al passato, una rottura con il senso effettivo della parola indicante la pianta o l'atto di fumare. Ed è per questo che attualmente queste espressioni sono correntemente ignorate dalla lingua francese. (Kamal Chaouachi)

Multa all'Italia sui prezzi minimi

La Commissione Europea ha avviato una procedura di infrazione contro l'Italia per aver stabilito un livello minimo per i prezzi delle sigarette. La messa in mora è stata inviata all'Italia ma anche all'Irlanda, primo passo dell'azione legale di Bruxelles che, in ultima istanza, potrebbe comportare il deferimento del Paese membro di fronte alla Corte Europea di Giustizia. Da Bruxelles hanno spiegato che la normativa in vigore nei due paesi non è compatibile con quella UE in quanto "distorce la concorrenza e va solamente a favore dei produttori che in questo modo salvaguardano i loro margini di profitto". Secondo la Corte UE inoltre i prezzi minimi non risultano necessari, visto che l'obiettivo di scoraggiare i fumatori si può raggiungere aumentando la tassazione. L'Italia ha due mesi di tempo per rispondere. (GEA-Progetto Salute)

Fonte: ASCA 15/05/2006



Il problema del fumo in Turchia

Fuma(va)no come turchi

In Turchia quando due amici si incontrano la prima cosa che fanno dopo i saluti è offrire una sigaretta l'uno all'altro. Quando una casalinga finisce i lavori di casa, invita la vicina a bere un caffè e come continuazione a fumarsi una "bella" sigaretta in santa pace. Molte persone poi si accendono una sigaretta non appena alzati da letto al mattino. Questi esempi fanno capire quanto sia radicata l'abitudine al fumo nella popolazione. Si stima che il 56% degli uomini ed il 30% delle donne in Turchia siano fumatori. L'età di inizio dell'abitudine al fumo è inoltre scesa a 14-15 anni, mentre la prevalenza del fumo negli ultimi 20 anni è aumentata addirittura dell'80%.

Le sigarette sono state portate per la prima volta ad Istanbul nel 17° secolo dai marinai veneziani e genovesi. Nel 1874 la produzione fu monopolizzata dal governo ottomano; nel 1884 alcune quote di queste industrie furono vendute a compagnie francesi, ma dopo la fine della guer-



ra di indipendenza (1922) la Repubblica riprese l'intero controllo della produzione. Nel 1924 fu fondata la società statale Tekel con lo scopo preciso di tenere fuori le società straniere dal monopolio statale. A partire dagli anni '70 cominciò l'importazione di contrabbando di sigarette, ma nel 1984 fu la stessa Tekel a cominciare ad importare ufficialmente sigarette straniere; infine nel 2004 la società è stata privatizzata. I turchi, come le altre popolazioni mediterranee, sono in genere abbastanza sensibili, e se si chiede loro perché fumano o bevono alcol, rispondono che lo fanno perché hanno molti problemi, e così cercano di consolarsi fumando. L'abitudine al fumo comincia spesso a scuola, sotto l'influenza degli amici; in più molti genitori a casa fumano e danno messaggi contraddittori ai propri figli. Di sicuro il padre consiglierà al figlio di non fumare, ma allo stesso tempo gli chiederà di andare a compargli un pacchetto di sigarette.

Come nel mondo occidentale, molto diffuso è anche il fumo in televisione, con i protagonisti dei vari film e sceneggiati che si accendono spesso una sigaretta in scena. In particolare il fumo è una caratteristica tipica dell'uomo turco, che ne va anche fiero. In Turchia circola un surreale detto che "il fumo uccide, ma i turchi non hanno paura di morire". Altrettanto bizzarro è vedere le insegne delle toilette per uomini rappresentate dal disegno di un signore con un elegante cappello stile Atatürk e una immancabile sigaretta accesa. Un'altra contraddizione è rappresentata dal fatto che gli adolescenti non possono fumare vicino ai genitori, in quanto è giustamente considerato una maleducazione, ma fumano di nascosto, benché i genitori ne siano perfettamente a conoscenza nella maggioranza dei casi. Essi non riprenderanno il maschio, ma faranno di tutto per impedire alla femmina di fumare, in quanto viene considerato indecoroso per una signorina (come se il fumo non facesse male anche al maschio!). Oltre il 90% della popolazione turca è musulmana, anche se solo la metà circa è praticante. Nell'ambito dell'Islam esiste un dibattito aperto riguardo al fumo: deve essere considerato "haram", cioè bandito, impuro e dannoso, oppure no? Il problema è che quando il Corano è stato rivelato il fumo non esisteva, e non esiste nessuna attività considerata haram assimilabile al fumo. Il fumo ha fatto la sua entrata nel mondo islamico nel 15° secolo. Alcuni studiosi sostengono che il fumo non è haram ma "mubah" e quindi consentito, in quanto non è esplicitamente bandito dal Corano. D'altra parte il Corano non elenca tutte le cose dannose una ad una; si può dunque fare un confronto tra le varie azioni o sostanze che sono haram, e considerare il modo e le ragioni per cui quella determinata sostanza è potenzialmente dannosa per la salute fisica o mentale. La maggior parte degli studiosi musulmani considerano quindi il fumo come haram al pari dell'alcol, oppure "mekruh", cioè quasi haram, poiché non viene menzionato apertamente nel Corano. Queste ultime posizioni sono in larga parte basate su alcuni versetti del Corano "Non metterti (volontariamente) nei guai" (2/195) e "Non uccidetevi l'un l'altro" (4/29), nonché su un detto del Profeta Muhammed ("hadith"), al quale è attribuita la seguente affermazione: "Non danneggiare direttamente né te stesso né gli altri". Le sigarette rappresentano anche un costo economico significativo; a questo proposito esiste un

altro versetto del Corano: "Mangiate, bevete, ma non sperperate" (7/31). Da ultimo è da segnalare che nell'Islam la responsabilità finanziaria della famiglia è interamente affidata al marito, per cui in questa ottica il costo delle sigarette rappresenterebbe uno spreco significativo e quindi un venir meno agli impegni presi.

Nella laica Turchia, d'altra parte, fino a poco tempo fa, i non fumatori erano considerati come cittadini "di serie B", quando invece nei paesi economicamente più sviluppati i fumatori appartengono molto spesso alle categorie sociali più deboli. Tuttavia a partire dagli anni '90 e nell'ambito del processo di avvicinamento all'Unione Europea, i vari governi hanno cominciato a fare passi significativi verso una legislazione smoke-free. Nel 1996 (governo Ecevit) il fumo è stato proibito negli uffici con più di quattro lavoratori, nelle scuole, ospedali, trasporti pubblici e sale d'attesa, senza che però tale legislazione venisse rispettata da gran parte della popolazione. Quest'anno (governo Erdogan) è stata approvata la legge che proibisce il fumo in tutti i luoghi pubblici, inclusi i ristoranti; resta ancora da verificare quale sarà l'impatto sull'opinione pubblica, anche se questa volta sembra essere stata raggiunta una larga intesa fra il governo di ispirazione islamica e l'opposizione socialdemocratica. Oltre a questo, recentemente il Ministero dell'Educazione ha davvero proibito il fumo nelle scuole e le municipalità promuovono seminari nelle scuole e nei luoghi di lavoro per educare la popolazione sui pericoli del fumo per la salute.

Nella storia della Turchia queste non rappresentano tuttavia le prime legislazioni contro il fumo; fino al 1617 non esisteva nessuna restrizione all'uso di tabacco, ma poi gli studiosi musulmani rendendosi conto dei danni per la salute cominciarono a promuoverne il bando, ed il sultano Ahmet I ne proibì la coltivazione nel 1617. Il sultano più severo riguardo alla legislazione anti-fumo fu però Murat IV che, dopo l'incendio del palazzo Cibali dovuto alle sigarette, lo proibì del tutto nel 1633. Al contrario di quanto erroneamente scritto da La Repubblica (29/03/06), Murat IV non consumava fumo o alcol e non morì di cirrosi epatica; promotore della scienza e conoscitore di varie lingue europee, cercò di pacificare l'impero, in quel periodo scosso da rivalità interne.

Seniha Yildiz Mura
9th September University, Izmir
(senihamura@hotmail.com)

Il nuovo corso della SITAB

Biagio Tinghino

La SITAB cresce e si rinnova. Questa la sintesi delle relazioni del presidente Mangiaracina, del vicepresidente Zagà e dal segretario Tinghino all'Assemblea dei Soci che si è tenuta a Roma, il



12 maggio, presso la sala Alessandrina dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. In questi ultimi tre anni la nostra società ha allargato i suoi orizzonti e soprattutto ha conquistato un posto di prestigio nell'ambito dell'informazione sui problemi tabacco-correlati, della formazione clinica e della ricerca, raccogliendo il contributo dei maggiori esperti in materia sia in ambito universitario che ospedaliero e del territorio. Delle tappe decisive sono state costituite dai numerosi protocolli di intesa firmati con altre società scientifiche ed enti di rilevanza nazionale. Uno dei maggiori strumenti del successo della SITAB è stata la rivista "Tabaccologia", trimestralmente diffusa in oltre 5.000 copie, destinate a pneumologi, cardiologi, medici dei servizi per le dipendenze, esperti dei centri per il trattamento del tabagismo. Il board editoriale di primo piano, l'impegno

dei redattori e la collaborazione di studiosi di fama ha fatto di Tabaccologia il veicolo privilegiato di comunicazione della nostra società nei confronti del mondo scientifico, uniti alla più recente diffusione della Newsletter "SITAB Studi e Ricerche", in collaborazione con Globalink-Italia, che per i soci si trasformerà in una più ricca e attuale Newsletter SITAB per i soci. A dimostrazione

che la strada intrapresa è quella giusta si rileva la crescita del numero dei soci, particolarmente nel primo semestre del 2006, anche come frutto dell'impegno investito nel Progetto Inspiro, che ha visto coinvolti ben 139 centri per il trattamento del tabagismo su tutto il territorio italiano, come ha sottolineato nella sua relazione il prof. Chiamulera. Proprio nell'ottica del rinnovamento è stato eletto il nuovo Direttivo nazionale, che si è arricchito di "quote rosa", e nel quale i consiglieri uscenti hanno chiesto che si sperimentasse una possibile alternanza nella cariche. Nuovo segretario nazionale è la dott.ssa Nolita Pulerà, a cui va il nostro caloroso augurio di buon lavoro. Ed un benvenuto anche alla new entry, dott.ssa Paola Martucci. Confermati Chiamulera, Zagà, Poropat, Del Donno, Tinghino, Enea e Mangiaracina che a fatica ha accettato la conferma della presidenza Sitab su unanime richiesta del neo eletto

Direttivo. Numerosi gli input per il nuovo Comitato, primo fra tutti il sostegno al lavoro di rete e al dialogo con le istituzioni che in Italia operano sia nel campo del tabagismo che della salute, la preparazione del prossimo convegno nazionale e l'impegno nel campo della formazione.

(Biagio Tinghino)

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Comitato Direttivo Nazionale (2006-2008)

Presidente:

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

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

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

Segreteria:

Dr.essa Nolita Pulerà (Responsabile "Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei Danni indotti da Fumo di Tabacco" - U.O. Pneumologia Ospedale di Livorno)
pulerana@globalink.org

Consiglieri:

- Dr. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 - Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia) btinghi@tin.it
- Prof. Domenico Enea (responsabile clinico Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo")
- Dr. Claudio Poropat (Direttore SERT-Trieste)
- Prof. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo, SRNT)
- Dr. Mario Del Donno (Direttore U.O. Pneumologia, Osp. Rummo, Benevento)
- Dr.essa Paola Martucci (Broncopneumologia, Ospedale Cardarelli)

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

Tabac Mail

lettere a Tabaccologia

tabaccologia@yahoo.it

@ Mistificazioni da smascherare

Riportiamo di seguito una lettera del nostro Direttore e Presidente SITAB, rivolta al Direttore di VITA (redazione@vita.it), che aveva riportato un'articolo divulgativo relativo alla campagna di sensibilizzazione contro il fumo tra gli adolescenti, lanciata dal MOIGE e dalla Federazione Italiana Tabaccai (FIT).

«Gentile Direttore, abbiamo già denunciato su "Tabaccologia", organo della Società scientifica di Tabaccologia. Il fatto che il Movimento Italiano Genitori (Moige) faccia una campagna "educativa" sul fumo nelle scuole, totalmente finanziata dalla Philip Morris, e ovviamente appoggiata dai tabaccai. In realtà si sta applicando una strategia di "friendly marketing" con cui i produttori del tabacco entrano subdolamente in contatto con il loro target di elezione: giovani e giovanissimi. D'altro canto le campagne suddette sono nate per fallire, in quanto non godono di supporti di autentici esperti e specialisti in materia, e non sono sottoposte a verifiche tecniche. Cordiali saluti.»

Giacomo Mangiaracina

Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica
2° Facoltà di Medicina Università "La Sapienza".
Presidente Società Italiana di Tabaccologia

@ Thank you very much, Tabaccologia is precious

Cari Presidente e Vicepresidente SITAB, ho appena finito di leggere l'articolo "Il controllo del tabacco in Cile" sull'ultimo numero di Tabaccologia (2006; 1:16-17).

Tutto il contenuto della rivista è molto interessante, avete fatto un buon lavoro. Sarei lieta di aiutarvi nella diffusione del vostro lavoro in Sud America.

Purtroppo non abbiamo ancora una rivista ufficiale della Società Cilena di Tabaccologia, ma nel 2007 lavorerò molto per la Società. Nel frattempo sto già organizzando il 1° Congresso Multidisciplinare sul Controllo del Tabacco in Cile.

Grazie ancora.

Maria Paz Corvarlan Barros

Globalink International Team - Noticias & Informacion Editor

Santiago del Chile

(covarlan@globalink.org)



Aderisci alla SITAB

Come da delibera del Comitato Direttivo Nazionale, l'iscrizione alla SITAB per l'anno 2006 è a titolo gratuito.

Per iscriverti compila la scheda che puoi trovare su:

www.tabaccologia.org e spediscila via mail alla segreteria SITAB: **pulera@globalink**.

Congressi & eventi

ITALIA

5-8 giugno 2006

Olbia: Corso Operatori per la creazione di un servizio territoriale per la cura del Tabagismo. Riservato a medici, psicologi e infermieri del Sert di Olbia.

Trainer: G. Mangiaracina

16 giugno 2006

Roma: Corso di perfezionamento di 2° livello "Il Coaching in Tabaccologia" per medici e psicologi. GEA, SITAB e Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Iscrizione gratuita, riservato a 20 operatori selezionati tra i partecipanti al corso del 12-13 maggio.

Info: 06 39722649. Email: centrostudi@tabagismo.it

17, 23 giugno 2006

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

Info: gea2000@fastwebnet.it

22-24 giugno 2006

Catania: Facoltà di Medicina: 3rd WASOG International Conference on Diffuse Lung Diseases. Programma: www.aimgroup.it/2006/wasog. Info: Mara Carletti, m.carletti@aimgroup.it, via Ripamonti 129, 20141 Milano. Tel. 02 56601 212, Fax: 02 56609045

4-7 ottobre 2006

Firenze: 7° Congresso Nazionale della Pneumologia UIP-SIMER.

INTERNAZIONALI

13 - 16 July 2006

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

(secretariat2006@cancer.org).

15-18 July 2006

Lausanne, Swiss: XVIII World Congress of Asthma

(www.worldasthma06.ch)

congress@conventus-swiss.com

30 August 2006

Madrid, Spain: Master en Tabaquismo.

2-6 September 2006

Monaco, Germany: ERS 2006

23-26 September 2006

Kusadasi/Ephesus, Turkey: 8th Annual Conference of the SRNT Europe (www.srnt2006eu.org). "The Biology of Tobacco Dependence: From the Laboratory to the Smoker". Pine Bay Holiday Resort.

E-mail: srnt2006@tpkon.com

14 - 19 November 2006

New Delhi, India: Global Youth Health Meet.

21-26 October 2006

Salt Lake City, USA: CHEST 2006

24-28 August 2007

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