

# Tabaccologia

Tobaccology

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



Smoker face • TBC e fumo

Fumo e Islam • Tabagismo in Romania

Stereotipi del fumatore • Miss Mondo Smoke Free • Ratifica dell'FCTC

# Tabaccologia... la scienza senza filtro



[www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)



## Cosa bolle in redazione

Cari lettori, ormai ci siamo. Sul sito web della ns Società ([www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)) potete già trovare oltre ai pdf dell'intera rivista di Tabaccologia, anche quelli relativi a tutti gli articoli pubblicati fin dal primo numero (1/2003).

Come è ovvio ci saranno, strada facendo, dei fisiologici aggiustamenti grafici e di link ma il grosso è fatto.

E nelle prossime settimane Google Scholar li aggancerà con i suoi potenti motori di ricerca. Una bella soddisfazione in termini di visibilità anche per chi ha scommesso e scommette di collaborare con noi e di affidare i propri contributi scientifici a Tabaccologia. Un grazie a tutti ed un incoraggiamento ad osare sempre di più assieme a noi. Nell'ottica di rendere sempre più gradevole e fine lo stile della nostra rivista, da questo numero troverete le note bibliografiche presenti nel testo inserite in apice.

In questo numero, Focus su alcuni argomenti suggeriti dagli eventi politici: come un'attività voluttuaria, il fumo di tabacco, viene considerato dalla religione islamica e un report sul tabagismo in Romania, new entry, assieme alla Bulgaria, in U.E.

Gli articoli originali seguono il fil rouge degli stereotipi nel tabagismo passando attraverso l'evoluzione dei consumi nella difficile fascia degli adolescenti per finire nell'analisi di un gruppo selezionato di ragazze adolescenti partecipanti ad un concorso di bellezza, Miss Mondo, e possibili testimonial antifumo.

12 ottobre 1492 e 10 gennaio 2005. Sicuramente non potete immaginare la lettura astrale di queste due fatidiche date nella storia del tabagismo: la scoperta dell'America e quindi del tabacco e quella dell'introduzione della legge antifumo, fatta per noi da una giornalista di Sirio. Divertente.

Torquemada lancia un appello per controlli più serrati per il rispetto della legge antifumo (A.A.A. Cercasi NAS disperatamente).

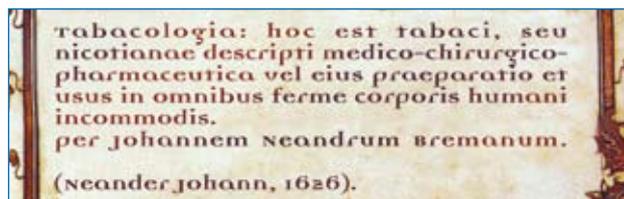
In SITAB Home Page leggerete l'appello della nostra Società per la ratifica dell'FCTC da parte del Governo Italiano; speriamo che quando leggerete questo numero ci sia già stata e che lo sconforto ironico che potete leggere in Tabac Mail si riveli un piacevole *divertissement*.

Non perdetevi l'arguto editoriale del ns. Direttore, quello molto interessante del Prof. Casali sui rapporti fumo/TBC e l'intervista a Liz Tamang, prestigiosa collaboratrice SITAB e presidente ENSP. Per finire ricordiamo il tema per il World No Tobacco Day 2007 del 31 maggio: SMOKE-FREE ENVIRONMENTS-Ambienti liberi dal fumo.

Buona lettura.

Vincenzo Zagà  
Caporedattore  
([redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it))

## Sommario



### EDITORIALI

Smoker face. (G. Mangiaracina) **3**

Il Fumo di tabacco come concausa di Tubercolosi. (L. Casali, F. Cari) **5**

### QUELLI CHE IL FUMO...

Un incontro con... Liz Tamang. (M. Giovenchi) **7**

### ABSTRACT & COMMENTARY

### FOCUS ON

Prevenzione dei danni da fumo di tabacco: un ruolo per l'islam? **20**

(N. Pulerà, K. Chaouachi)

Controllo del tabacco in Romania. **22**

(A. Trofor, C. Radu-Loghin)

### ORIGINAL ARTICLES

Fumo e adolescenti nell'Alto Friuli. **25**

*Tobacco smoke and adolescents in Alto Friuli Italy: evolution of consumption and correlation with other drugs' abuse.*

(G. Canzian)

Abitudine al fumo di tabacco e adesione a stereotipi anti-cessazione. **32**

*Tobacco addiction and use of anti-cessation stereotypes.*

(D. Enea, S. Palermo, R. Marchetti, N. De Luca)

Miss Mondo-Italia 2006 Smoke free: aggiornamenti e valutazioni. **36**

*Miss World-Italy 2006 Smoke free contest: update and analysis.*

(V. Zagà, L. Madera, P. Gremigni)

### NEWS & VIEWS

### SITAB HOME PAGE

### TABAC MAIL

### CONGRESSI & EVENTI

## Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA - SITAB

**Direttore Responsabile:** Giacomo Mangiaracina - Roma  
(info@tabaccologia.it)

**Direttore Scientifico:** Gaetano Maria Fara - Roma  
(gaetanomaria.fara@uniroma1.it)

**CapoRedattore:** Vincenzo Zagà - Bologna  
(redazione@tabaccologia.it)

**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:** Massimo Baraldo (Udine), Kamal Chauouchi (Parigi - Francia), Domenico Enea (Roma), Stefano Fedele (Londra), Paola Gremigni (Bologna), Giovanni Invernizzi (MI), Maurizio Laezza (Bologna), Paola Martucci (Napoli), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Margherita Neri (Tradate - VA), Emanuele Passanante (Torino), Francesco Romano (Cosenza), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Franco Salvati (Roma), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Riccardo Tominz (Trieste), Stefano Vianello (Mirano - VE), Pier Giorgio Zuccaro (Roma)

### 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), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société 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  
Cod. ISSN 1970-1187 (Tabaccologia stampa)  
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nell'aprile 2007. Tiratura: 5000 copie.

## 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 [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it) o spedito su dischetto (o Cd-Rom) in formato word .doc, alla Segreteria di Redazione. I lavori (articoli originali, reviews e saggi) devono essere redatti in lingua italiana o in inglese con traduzione in italiano e comprensivi di sommario (italiano e inglese). La prima pagina dovrà contenere: a) il titolo del lavoro (italiano/inglese) b) gli Autori del lavoro c) l'Istituto (o gli Istituti) di appartenenza d) il nome per esteso e l'indirizzo completo di 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, indicate nel testo in stile apice, 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. **Table e figure:** dovranno essere numerate consecutivamente con eventuale didascalia annessa. **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 ([redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.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.

### 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 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.



# Smoker face

**Giacomo Mangiaracina**

“**L**ei sta uncinando il fegato come un polo inferiore di milza”. La frase è di un vecchio luminare della scienza medica dell'ateneo palermitano. Era il 1970, era diretta a me, l'esame era quello di semeiotica, ed io avevo agganciato il bordo del fegato di un paziente allettato al Policlinico, ficcandogli sotto le costole le quattro dita della mano destra, anziché palpare con il bordo superiore della mano, lungo il decorso dell'indice.

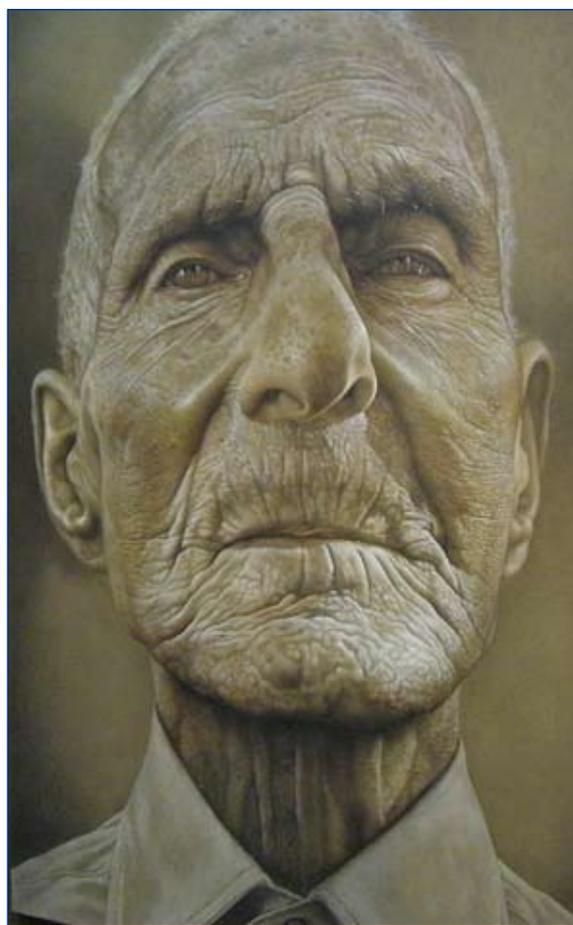
Da studente frequentai per un anno la “Semeiotica chirurgica” diretta dal prof. Sommariva prima che ottenesse l'agognata “Clinica”. Perché la semeiotica in verità appariva come qualcosa di fiacco, d'altri tempi, forse anche una materia meno importante e nobile di una Clinica. D'altro canto i baroni del Sessantotto soggiornavano proprio lì, arroccati nell'apogeo della diagnosi e della terapia. Ed era proprio la mancanza di speculazione diagnostica e soprattutto di potere prescrittivo che faceva diventare meno desiderabile la semeiotica per un medico in formazione e per un medico formato.

Eppure fu lì che imparai a toccare un paziente, e prima ancora, ad osservarlo. Ho un ricordo chiaro dell'esame e di quel particolare momento in cui mi venne rivolta quella precisa frase. Stavo in effetti contravvenendo ad una regola. Visitando qua e là alcuni pazienti, avevo trovato più agevole “sentire” il margine del fegato con la punta delle dita anziché con il bordo superiore della mano destra, perciò decisi di mantenere questa mia convinzione fino all'esame mettendo in discussione i diktat della semeiotica classica. Di fronte al mio “*Così mi viene meglio*”, persino il mio maestro dimostrò una inaspettata flessibilità, e compresi che l'opinabilità in medicina poteva diventare una buona prassi epistemologica.

Ciò non ha però minimamente intaccato la scienza dei segni e delle manovre. Distinguo una facies cushingoide da una adenoidea, un asfittico da un dispnoico, un renale, da un itterico, e nei cinque anni di giovane medico necroscopo imparai bene a differenziare facce diverse persino nei cadaveri. Gli occhi, le orecchie e le mani divennero le antenne in grado di percepire i segni e di orientarsi nei meandri della salute, della malattia e della morte secondo scienza e percorrendo la coscienza.

Un benefico choc lo ebbi vent'anni dopo, quando un medico armeno mi disse: “*In Italia i medici non visitano più i pazienti*”. Forse era vero o forse non del tutto. La padronanza della materia medica ci ha reso in verità dinamici e precisi, ma forse un po' più prescrittori e meno clinici nel senso pieno del termine. Fatto è che da quel momento ho osservato il viso, gli occhi e la lingua di un paziente con maggiore impegno di quanto non lo avessi fatto prima, immaginando un medico armeno che bacchetta i medici europei.

Ovviamente era più che naturale che mi soffermassi ad osservare in modo particolare i fumatori e la caratteristica *smoker face*. Fu nel 1985 che Douglas Model, un internista dell'Eastbourne General Hospital, nel sud-est britannico, coniò il termine “*smoker's face*” pubblicando un articolo sul *British Medical Journal* in cui evidenziava le stimmate del fu-





mo, ovvero quelle peculiarità del volto dei fumatori consolidati: riduzione della elasticità della pelle del viso che diventa molle e cedevole oltre che secca, ruvida e poco compatta, rughe più profonde specie quelle intorno agli occhi e quelle perpendicolari alle labbra, colorito a chiazze leggermente arrossate, di colorito arancio o violaceo, borse sotto gli occhi, pallore innaturale.



Silvia Cecon, Miss Universo, testimonial SITAB e portavoce della bellezza No-Smoking.

Il CO, la nicotina, le tossine e gli ossidanti del tabacco rendono cronicamente asfittica la pelle, creano spasmo vasale, riducono i nutrienti e le scorte di vitamina A (retinolo) e le capacità rigenerative e cicatrizzanti, distruggono il collagene con aumento di enzimi metalloproteinasi e riducono lo spessore della cute del 25-40% rispetto a chi non fuma. Dieci anni di sigarette bastano a far comparire inesorabili i segni sul viso del 100% dei soggetti fumatori. Si parla di donne per la rilevanza che assume il fatto estetico, ma gli uomini sono tutti coinvolti senza eccezione alcuna.

La definizione di Model è stata ripresa di recente da Gianni Ravasi e da Riccarda Serri, nel lancio di un progetto sul fumo "al femminile" della Lega contro i Tumori di Milano. Nulla di più appropriato che fare emergere questa con-

notazione semeiologica da inserire nei sacri testi universitari qualora non sia stato ancora fatto. Ancor più se consideriamo il recente documento sugli stili di vita "Guadagna salute", approvato il 16 febbraio scorso dal Ministero della Salute<sup>1</sup>, alquanto generico nel complesso, ma contenente i suggerimenti che come SITAB abbiamo fornito al ministro Livia Turco un mese prima, esattamente il 17 gennaio, tra cui questo: "Garantire la formazione universitaria attraverso l'inserimento nei corsi di studio per medici e altro personale sanitario di un insegnamento specifico sul tabagismo" (pag. 30).

All'università La Sapienza di Roma il corso è ormai strutturato da tre anni, per studenti di Medicina, specializzandi in Igiene, studenti di Scienze infermieristiche, e la *Smoker Face* campeggia finalmente fra i tratti semeiologici dei pazienti fumatori.

La *Smoker Face* può durare una vita, ma può scomparire in qualche settimana. È proprio questo uno dei più efficaci strumenti di verifica di un trattamento del tabagismo. Chi esce dalla dipendenza tabagica avverte una piacevole trasformazione del proprio essere che, se opportunamente percepita, diventa rinforzo terapeutico. Fa bene il conduttore-terapeuta ad evidenziare che smettendo di fumare si diventa "più belli", ma diciamo pure ai fumatori in trattamento che saranno proprio le persone con cui sono in contatto, nella famiglia e nel lavoro, soprattutto i bambini, i figli, ad avere il ruolo di inconsapevole supporter della terapia antitabagica, nel preciso istante in cui "scopriranno" il miracolo, e lo diranno. ■

Giacomo Mangiaracina  
([info@tabaccologia.it](mailto:info@tabaccologia.it))



1. [www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/salute\\_progetto/programma.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/salute_progetto/programma.pdf).



# Tabagismo e Tubercolosi

Lucio Casali, Francesca Cari

**A**lcuni anni fa Lancet ha pubblicato un lavoro molto vasto inerente un'ampia casistica studiata in India<sup>1</sup> in cui si focalizzavano abitudine al fumo e mortalità per Tubercolosi e altre malattie. Il rischio di morte per Tubercolosi in aree urbane era nei fumatori 4.5 volte superiore a quella dei non fumatori.

I dati di questo articolo sono stati ripresi e commentati su questa rivista poco tempo dopo<sup>2</sup> e da allora, soprattutto in ambito internazionale, si sta cercando con una certa frequenza di soppesare il ruolo del fumo di Tabacco non solo nei confronti della malattia, ma anche della malattia tubercolare o più semplicemente dell'infezione tubercolare, soprattutto rivedendo lavori e ricerche che in un primo tempo erano stati considerati di minore importanza. Una ricerca sistematica conclusa con una importante metanalisi è comparsa recentemente<sup>3</sup> e propone utili elementi di riflessione. Gli Autori hanno valutato inizialmente 1397 ricerche a condizione che fossero state redatte in inglese o in russo o in cinese e contenessero dati sufficienti a sviluppare considerazioni utili sostenute da un accettabile impianto statistico.

Alla fine solo 38 lavori hanno soddisfatto le premesse iniziali. Su questi dati si sono soppesate le interrelazioni tra fumo attivo e passivo, infezione tubercolare, malattia tubercolare, mortalità per Tubercolosi. Naturalmente è stato esplorato il ruolo dell'alcool e dell'inquinamento domestico come possibili fattori di confondimento.

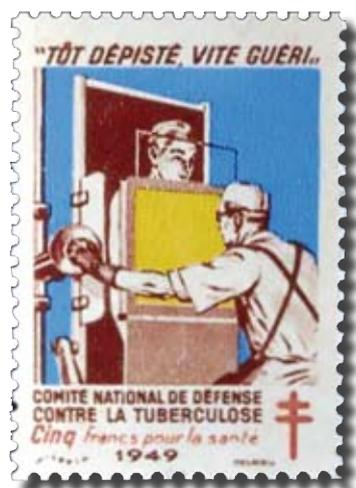
Da ciò è scaturito un corpo molto ampio di dati ancorché gravati da alcune limitazioni caratteristiche di un confronto tra ricerche non omogenee. Rimandando alla lettura del lavoro disponibile gratuitamente "on-line" ([www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)) per i dettagli in modo sintetico si può dire che esiste una evidenza forte nel rapporto tra fumo di tabacco e

Tubercolosi sempre presente sia che si consideri l'infezione, così come la malattia ed anche la mortalità per Tubercolosi. Il rapporto appare meno stretto non considerando l'associazione con l'alcool, da sempre un elemento cardine nella sua associazione con lo sviluppo di una Tubercolosi e quello dell'uso di biomasse come materiale di cottura dei cibi e come combustibile.

Le considerazioni sono numerose ma è sicuramente utile ricordare che il fumatore che contrae un'infezione tubercolare ha maggiori possibilità di sviluppare la malattia rispetto al non fumatore ed inoltre il fumo passivo, pur provvisto di un effetto meno pregnante rispetto a quello attivo, svolge comunque un'azione favorente direttamente correlabile con il numero di sigarette fumate in ambito domestico o di lavoro e con la vicinanza con la fonte inquinante. Questi dati appaiono veramente allarmanti se rapportati a certi ambienti e ai loro riflessi sui bambini. Si sono riportate succintamente le risultanze di questo lavoro molto recente in quanto è sembrato molto ben documentato ed esauriente nonostante alcuni limiti metodologici a cui si è fatto cenno. Comunque al di là delle evidenze epidemiologiche ci si può chiedere il motivo per il quale un forte fumatore esposto a fonti morbigne possa incorrere in uno dei seguenti eventi<sup>4</sup>: aumento del rischio di infezione, riattivazione di vecchie forme specifiche, trattamento antitubercolare di dubbia efficacia per una "debacillazione" più lenta rispetto ad un non fumatore e per la presenza di ampie lesioni polmonari, rischio di ricadute dopo il termine del trattamento. Al fumo si



*Rx-torace di paziente affetta da tubercolosi polmonare bacillifera.*



associano poi altri fattori importanti che possono reciprocamente interagire in modo additivo, ad esempio l'età ha un ruolo importante ove si pensi che su un campione molto vasto di anziani (42.655) preso in esame dai servizi sociali di Honk Kong i tassi di notifica per Tuberculosis erano stati 735/100.000, 427/100.000 e 174/100.000 rispettivamente nei fumatori, negli ex fumatori e nei non fumatori<sup>5</sup>. Dell'alcool si è già fatto cenno, mentre occorre rimarcare che lo stato sociale rappresenta ancora un fattore di rischio specie se si considera che l'estensione invasiva del mercato del tabacco coinvolge Paesi dove la Tuberculosis è endemica e dove il fenomeno dell'emigrazione è molto attivo.

La ricaduta prevedibile di quanto precede è quella di un aggravamento della situazione locale associato alla possibilità di una rapida esportazione della infezione verso altri territori.

Addentrando verso i possibili meccanismi che conducono a queste risultanze è utile ricordare che il fumo in quanto tale deprime la risposta immunologica dei macrofagi che attraverso una aumentata risposta immunologia locale possono incorrere in un'accelerata apoptosi e ciò si traduce in una liberazione di bacilli ancora in grado di essere attivi<sup>6,7</sup>. La nicotina a sua volta deprime il processo di presentazione dell'antigene minando alla base l'inizio

della risposta immunitaria<sup>8</sup> e il fumo decresce il numero dei linfociti CD 4 oltre a provocare danni importanti all'apparato muco-ciliare<sup>9</sup>. Naturalmente dobbiamo anche pensare che molti dei fumatori sono affetti da BPCO che oggi viene giustamente indicata come malattia sistemica con gravi ripercussioni sulla funzionalità di numerosi organi e ciò comporta riflessi intuitivi su qualsiasi tipo di risposta del soggetto ad aggressioni dall'esterno. Oltre a quanto ricordato relativamente alla depressione linfocitaria nel fumatore è utile citare un ridotto rapporto CD 4/CD 8 in questi soggetti ed una depressione dell'attività dei natural killers.<sup>10,11,12</sup>

In conclusione si può dire che sulla base di evidenze epidemiologiche anche molto recenti e in considerazione della compromissione dei meccanismi di difesa dell'organismo nei confronti dei vari momenti della storia naturale della Tuberculosis favorita dal fumo di tabacco si hanno solide ragioni aggiuntive per combattere questa abitudine che in modo subdolo ha ormai travalicato quelli che sono i suoi confini ben noti. ■

**Lucio Casali, Francesca Cari**  
*Università degli Studi di Perugia  
 Facoltà di Medicina e Chirurgia  
 U.C. Malattie dell'Apparato Respiratorio  
 Ospedale "S.Maria" Terni*

### Bibliografia

- Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka TS, Jha P. Smoking and mortality from Tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 4300 adult male deaths and 35.000 controls. *Lancet* 2003 362 507-515.
- Casali L, Pinchi G, Cerbini R. I rapporti tra fumo di tabacco e Tuberculosis. *Tabaccologia* 2003; 4: 36-39.
- Hsien- Ho L, Ezzati M, Murray M. Tabacco smoke, indoor air pollution and Tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine* 2007; 4: 173-189.
- Casali L, Zellweger JP. Tuberculosis re-exacerbation in an old smoker with COPD. *In press*.
- Leung Chi C, Li T, Lanitari H et Al. Smoking and Tuberculosis among the elderly in Hong Kong. *Am. J Resp. Crit. Care Med.* 2004 170 1027-1033.
- Upham JW, Srickland DH, Bilyk N et Al. Alveolar macrophages from human and rodents selectively inhibit T cell proliferation but permit T-cell activation and cytokine secretion. *Immunology* 1995 84 142-147.
- Keane J, Balcewics-Sablinska MK, Renold HG et Al. Infection by Mycobacterium Tuberculosis promotes human alveolar macrophages apoptosis. *Infect. Immun.* 1997 65 298-304.
- Nouri-Shirazi M, Guinet E. Evidence for immunosuppressive role of nicotine on human dendritic cell function. *Immunology* 2003; 109: 365-373.
- Rich EA, Ellner JJ. Pathogenesis of Tuberculosis In: Friedman LN ed: Tuberculosis current concept and treatment. Boca Raton, Fla: CRC press 1994; 27-31.
- Costabel V, Brass KJ Renter et Al. Alterations in immunoregulatory T cell subjects in cigarette smokers: phenotypic analysis of bronchoalveolar and blood lymphocytes. *Chest* 1986; 90: 39-44.
- Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch. Int. Med.* 2004; 164: 2206-2216.
- Tkeuchi M, Nagai S, Nakajima A et Al. Inhibition of lung natural killer cell activity by smoking: the role of alveolar macrophages. *Respiration* 2001; 68: 262-267.

# Un incontro con... Mary Elisabeth Tamang

intervista di **Manuela Giovenchi**

La dott.ssa Mary Elisabeth Tamang, medico, è direttrice del Centro Regionale di Riferimento per la Prevenzione (CRP) per la Regione del Veneto. Di recente ha assunto la prestigiosa presidenza europea dell'European Network for Smoking Prevention (ENSP). È membro della Advisory Board del International Network of Women Against Tobacco (INWAT), del Advisory Board per i progetti di prevenzione della Commissione Europea (campagna HELP) ed è anche vice-segretario della Consulta Italiana sul Tabagismo. Nell'ambito della SITAB dirige l'area dei rapporti con l'estero. Dal 1997 è coordinatrice per l'Italia del progetto internazionale "Smoke-Free Class Competition". La sua esperienza in materia per il controllo del Tabacco è fra le maggiori in Italia e a livello internazionale.

**TABACCOLOGIA:** Grazie per avere accettato l'intervista. Quale è stato il percorso che l'ha portata sulle "vie del Tabacco"?

**TAMANG:** Iniziai ad interessarmi del Tabacco quando ho cominciato la mia specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva nell'Università Pavloviana. Fu il prof. Bruno Paccagnella ad avviarmi su questa strada. Era tra i primi a studiare la prevalenza dell'abitudine al fumo tra i medici e gli insegnanti per conto dell'OMS. Ho capito subito che il tabacco era il problema più importante per la sanità pubblica, il killer numero uno dell'umanità e la maggiore causa di danni alla salute, che si poteva e si doveva prevenire.

**TABACCOLOGIA:** Difficoltà lungo questo percorso?

**TAMANG:** Naturalmente. L'uso del tabacco è spesso visto come qualcosa che riguarda il singolo individuo, tanto è vero che viene chiamato "vizio". Niente di più errato. Il tabacco viene

definito dall'OMS come "epidemia globale", una malattia, uno stile di vita, un problema sociale, sanitario, civile, giuridico, educativo, economico, ecologico, etico e politico. Una tematica così complessa per forza trova difficoltà e opposizioni, perciò si deve prevedere una strategia ed un impegno a lungo termine.

**TABACCOLOGIA:** E quali soddisfazioni?

**TAMANG:** Basti pensare ai cambiamenti delle norme sociali avvenute in questi ultimi anni nel nostro paese. Quando lavoravo per l'ufficio europeo dell'OMS circa dodici anni fa, era un dramma reperire qualsiasi tipo di informazione "nazionale" sul Tabagismo se non i dati di prevalenza ISTAT. Poi iniziarono le attività locali di prevenzione nelle diverse regioni e le azioni prodotte in ambito ospedaliero, nei servizi sanitari, nelle scuole, per la promozione della salute, con progetti "Liberi dal Fumo", compreso quello delle Città Sane dell'OMS. Oggi gli altri stati europei ci osservano meravigliati per il felice risultato ottenuto dalla legge "Sirchia" per la protezione dal fumo passivo. I miei colleghi raccontano di come sono soddisfatti di gustare la nostra ottima cucina in ristoranti completamente Smoke Free.

**TABACCOLOGIA:** Cosa vuol dire essere presidenti dell'ENSP?

**TAMANG:** ENSP è la rete europea per la prevenzione del fumo. Si tratta di una organizzazione non-profit istituita nel 1997 a Bruxelles.

È una delle reti più ampie nel campo del controllo del tabacco, oggi composta da più di 700 organizzazioni appartenenti a 30 paesi europei. La sua mission è sviluppare una strate-



gia di azioni coordinate tra le organizzazioni partecipanti condividendo informazioni ed esperienze. Cerca di creare maggiore coerenza tra le varie attività di prevenzione messe in atto, e di promuovere politiche globali per il controllo del tabacco a livello sia europeo che nelle singole nazioni.

ENSP è governata da una Assemblea Generale composta da due rappresentanti di ogni coalizione nazionale attiva nel controllo del tabacco e da un rappresentante delle varie Reti europea, ed è amministrata da un consiglio esecutivo, oggi da me presieduto.

La gestione amministrativa e il coordinamento sono affidati alla Segreteria di Bruxelles.

**TABACCOLOGIA:** L'Italia avrà un maggiore ruolo nel contesto ENSP? Prevede ci possano essere maggiori possibilità per i progetti italiani di essere presi in considerazione?

**TAMANG:** È una grossa responsabilità essere il presidente di una rete così prestigiosa, oltre che un grande onore essere stata eletta da tutti i colleghi degli altri stati europei. Mi piacerebbe dare più visibilità all'Italia e alle persone che lavorano da tanti anni sul problema del tabacco. Vorrei far capire agli altri paesi europei che la legge 3/2003 non è stato un caso fortuito all'italiana ma il risultato di un lungo cammino e di sforzi da parte di tante persone, uomini di scienza, politici, ricercatori, che han-

no dedicato e dedicano la propria vita a questo problema, insieme ad un impegno costante del Ministero della Salute.

Per quanto riguarda i progetti italiani, questi possono certamente avvalersi della rete, delle opportunità offerte, ed usufruire degli strumenti esistenti e delle competenze dei suoi membri per dare valori aggiuntivi e una maggiore significatività "europea" ai progetti nazionali. Ma i progetti verranno presi in considerazione per la loro bontà e qualità non certo perché il presidente dell'ENSP è italiano.

**TABACCOLOGIA:** *Da nove anni lei coordina in Italia il progetto Smoke-Free Class Competition. Può fare un bilancio di questa attività?*

**TAMANG:** Lo Smoke Free Class Competition è un progetto internazionale, nato in Finlandia, a cui partecipano 20 paesi europei. Esordì nel 1997 con i primi 7 paesi, per Italia partecipò la Regione del Veneto essendo da anni sensibile al problema di Tabagismo. Si inserì poi l'Emilia Romagna, ed altre regioni a seguire. Oggi sono 8 le regioni che partecipano allo SFC, con l'augurio che il prossimo anno la partecipazione possa estendersi a tutte le altre regioni. All'inizio ero dubbiosa sulla reale efficacia di questo progetto, ma devo dire che ho sempre avuto un

feedback positivo dai referenti regionali e locali delle ASL. Il progetto rientra nei modelli di prevenzione a componente "premiante", nello stile del concorso, ed ha regole di base uguali per tutti i paesi. Tuttavia, è possibile adattarlo localmente e regionalmente ed integrarlo con interventi di altro tipo. Infatti il materiale viene arricchito ogni anno con i contributi di tutti gli insegnanti e gli studenti che hanno partecipato al concorso. In questi anni abbiamo ospitato nel nostro paese una classe rumena vincitrice del premio internazionale, mentre due nostre classi, insieme agli altri paesi, hanno partecipato a due conferenze giovanili in Germania.

**TABACCOLOGIA:** *In linea di massima la prevenzione del Tabagismo si presenta come una strada in salita. C'è una ricetta speciale secondo lei? Di che tipo?*

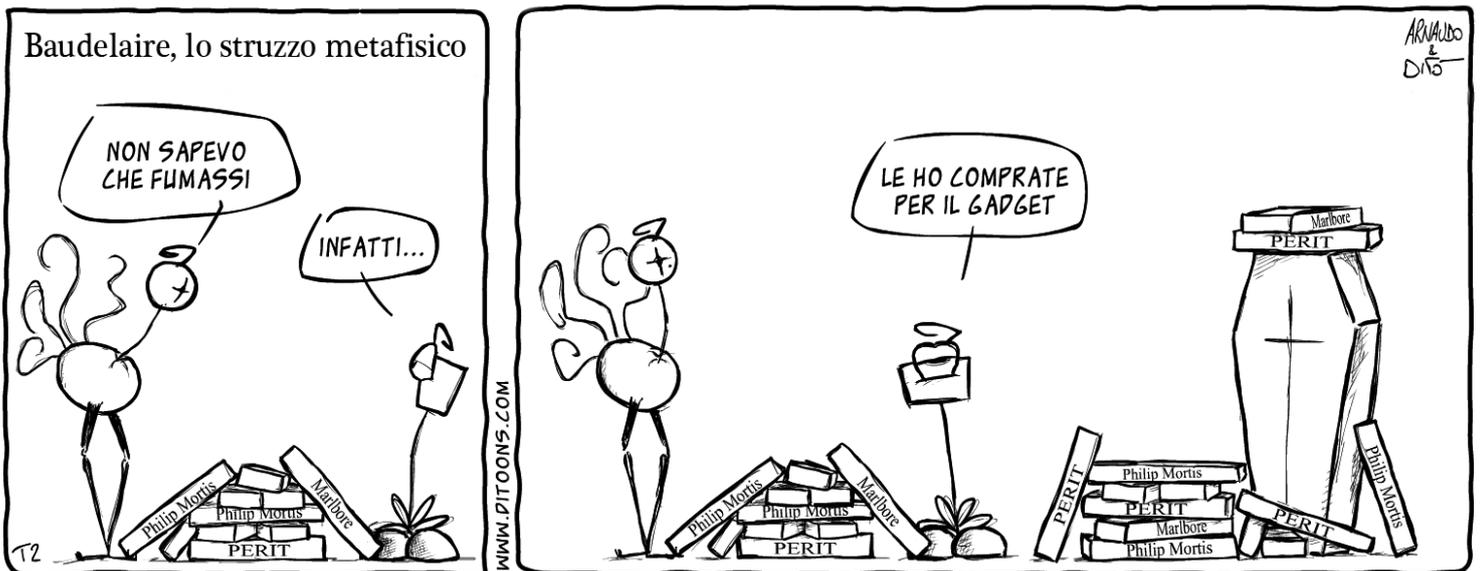
**TAMANG:** Se la prevenzione del tabagismo fosse una torta allora l'importante sarebbe che nella ricetta fossero presenti tutti gli ingredienti. Essendo una questione molto complessa, tutti devono fare la loro parte per quanto compete loro, in totale sinergia con gli altri. Lo Stato, con le leggi e la loro attuazione, attraverso l'imposizione di tasse, un maggiore utilizzo di risorse economiche che

siano utili allo scopo, deve attuare una strategia che veda coinvolti tutti i ministeri competenti interessati in qualche modo al problema. Le regioni a loro volta, le ASL, i comuni, il mondo educativo, scientifico, sociale, sanitario, lavorativo, ed anche il volontariato devono essere coinvolti in una strategia globale.

**TABACCOLOGIA:** *Quale progetto o situazione desidera vedere realizzati in un prossimo futuro?*

**TAMANG:** Ci preoccupiamo tanto per la SARS o per l'influenza aviaria. Quanti morti potrebbero causare? Si tratta di malattie che non sappiamo dove e chi colpiranno, e neppure sappiamo che fare. Mentre sappiamo esattamente dove e chi colpirà il Tabacco e cosa si può fare per contrastarne la pericolosità. E allora perché non stiamo facendo tutto quello che è in nostro potere di fare per evitarlo? Mi piacerebbe che tutti si rendessero conto di questo, 5 milioni di morti all'anno, è un numero altissimo e non possiamo continuare ad accettarlo.

*Abbiamo capito. È la coalizione delle forze, dei progetti e delle strategie ad essere la carta vincente secondo la dottoressa Tamang. La ringraziamo per questo messaggio, che vorremmo fosse augurale per il 2007. ■*





# Abstract & Commentary

## Esposizione a fumo di tabacco e ad aerosol di plutonio in lavoratori di un'industria chimico-metallurgia

Altynbayeva EI, Ignatova GL, Galimova OV. Combined effect of smoking and plutonium aerosol on development of bronchopulmonary pathology in workers of a large chemical-metallurgical facility. ERS, Copenhagen 2005; Abstract N° 1417.

Numerosi studi hanno dimostrato l'effetto nocivo del fumo, sia da solo che in combinazione con i rischi professionali, sui vari sistemi incluso l'apparato respiratorio. Tra questi rischi professionali per lo sviluppo di BPCO vi è l'inalazione di gas radioattivi, quali il plutonio, dimostrata tra i lavoratori nelle industrie chimico-metallurgiche. Scopo di questo studio era studiare gli effetti combinati del fumo e del plutonio aerosolizzato sulla funzionalità polmonare in un gruppo di lavoratrici di una grande industria chimico-metallurgica in Russia, il Mayak Nuclear Complex nella parte meridionale degli Urali.

Durante il periodo aprile-giugno 2004 120 lavoratrici di 20-56 anni (media 43.3) in un grande impianto per la produzione del plutonio sono state incluse nello studio. Alle partecipanti è stato somministrato un questionario computerizzato con domande sulla durata del lavoro nell'impianto nucleare e la storia di tabagismo. Le prove funzionali comprendevano la capacità vitale forzata (FVC), il volume espirato massimale al primo secondo (FEV<sub>1</sub>) e il rapporto FEV<sub>1</sub>/FVC (Indice di Tiffeneau). L'ostruzione bronchiale è stata definita come un indice di Tiffeneau <70%. Dieci soggetti sono stati sottoposti a biopsia polmonare. I risultati su questa popolazione sono stati paragonati con quelli di soggetti non fumatori e che lavoravano nello stesso impianto (80 controlli). Tutti i soggetti, fumatrici e non, sono state esposte ad aerosol radioattivo sul luogo di lavoro oltre all'esposizione.

La durata media del lavoro all'interno dell'impianto andava da 1 a 34 anni (media 23.4). Oltre a l'esposizione al plutonio radioattivo, l'abitudine al fumo media del gruppo di studio era di 12.1 anni, ed il numero medio di sigarette fumate era di 10.5±0.5.

La maggior parte delle donne che non fumavano (88.6%) presentava una funzionalità ventilatoria normale, così come l'aspetto morfologico alla biopsia polmonare (Fig. 1).

Tra i soggetti fumatori, il 65% presentava invece una ostruzione bronchiale Gold stage I-II, e, dal punto di vista anatomo-

patologico, deposizione di pigmento nero a livello subpleurico, ispessimento pleurico, enfisema centroacinare, pneumosclerosi nodulare, congestione vascolare (Fig. 2).

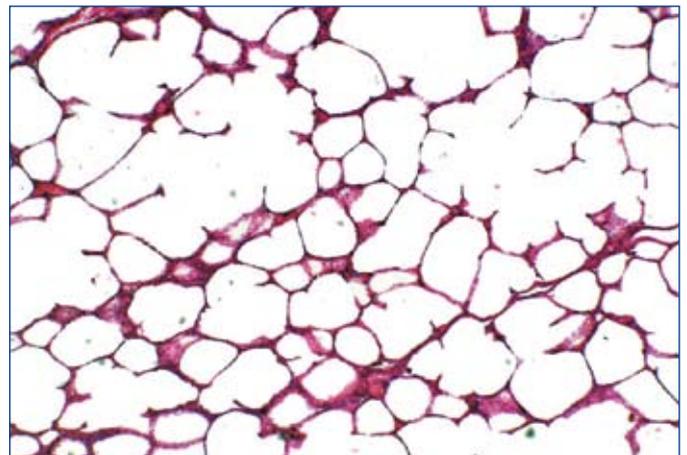


Figura 1: Polmone normale. Dotti alveolari ed alveoli sono visibili.

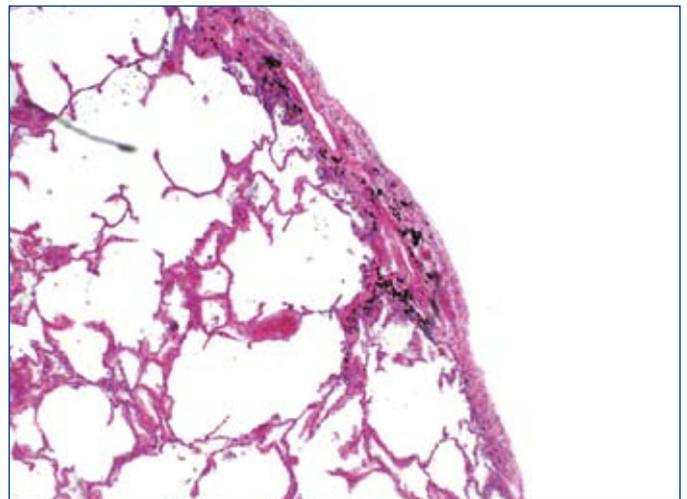


Figura. 2

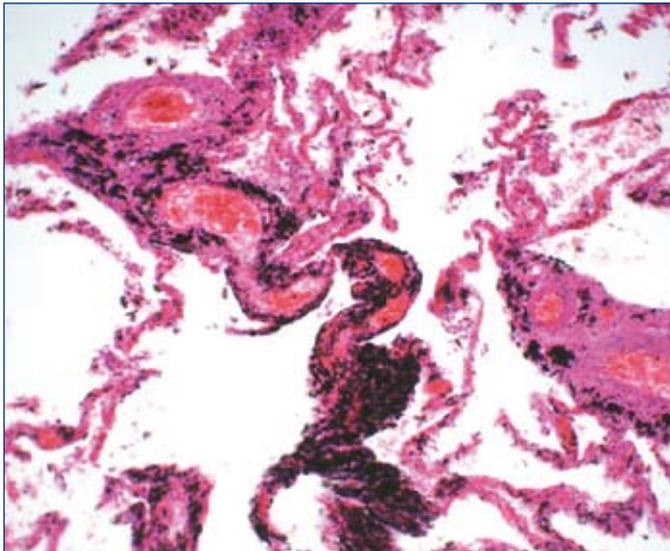


Figura. 3

L'ostruzione bronchiale veniva osservata nel 28% dei casi. I fumatori di lunga durata Gold Stage III presentavano oltre ad enfisema centroacinare, pneumosclerosi nodulare e congestione vascolare, noduli perivasali, atelettasia e deposizione perivasale di pigmenti neri (Fig. 3).

I risultati suggeriscono un possibile effetto additivo della inalazione di plutonio radioattivo sui danni polmonari indotti dal fumo, soprattutto a livello anatomo-patologico. ■

► Traduzione e redazione di **Marco Mura**

**Altynbayeva EI**

(katealt@mail.ru)

Altynbayeva EI - Polyclinic No. 3, Central Medical Sanitary Department No. 71, Federal Agency of Medical-Biological and Extreme Problems, Russian Federation Ministry of Health, Ozyorsk, Chelyabinsk Region, Russia.

**Ignatova GL, Galimova O.V**

Galimova O.V - Department of Therapy, Phthiisopulmology and Occupational Pathology, Urals State Medical Academy of Further Education, Chelyabinsk, Russia.

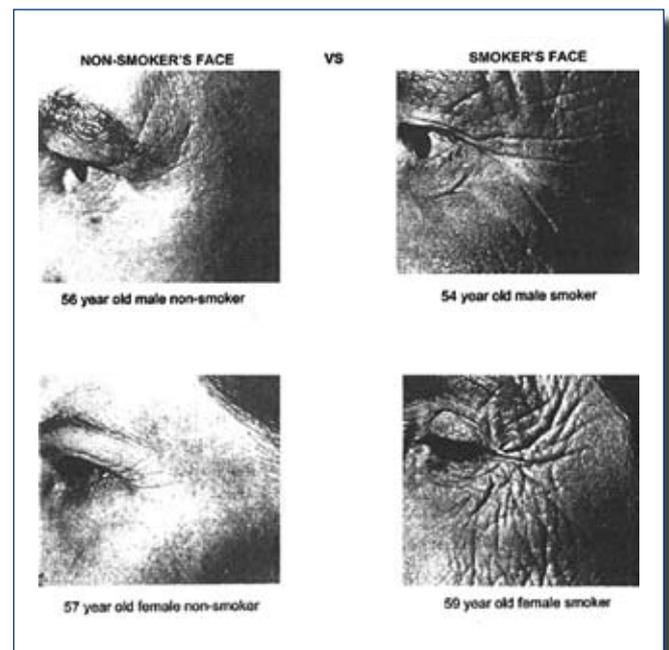
## Rischio BPCO per il fumatore con rughe

BD Patel, W J Loo, AD Tasker, N J Screaton, NP Burrows, EK Silverman, and DA Lomas. *Chronic obstructive pulmonary disease: Smoking related COPD and facial wrinkling: is there a common susceptibility? Thorax, Jul 2006; 61: 568 - 671.*

L'invecchiamento della pelle è un sintomo pericoloso. Fumatori quarantenni con profonde «zampe di gallina» attorno agli occhi sono più a rischio di danni a bronchi e polmoni rispetto ai coetanei, ugualmente schiavi delle sigarette, ma con la pelle liscia. Un precoce invecchiamento della pelle è associato ad una probabilità di andare incontro a problemi respiratori quali la BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva) maggiore di 5 volte rispetto a chi non presenta rughe. Di tre volte, invece, quella di ammalarsi di enfisema. I dati sono stati pubblicati dalla rivista *Torax* a seguito di uno studio condotto dal Royal Devon and Exeter Hospital di Exeter in Gran Bretagna su 149 fumatori ed ex fumatori appartenenti a 78 famiglie. Anche se è vero che spesso la BPCO è provocata dal fumo, non tutti i fumatori vanno incontro a questa malattia ma solo, in media, il 20-25% degli

stessi. Si sa anche che il fumo causa un invecchiamento precoce della pelle. Da qui i ricercatori sono partiti per la ricerca di una correlazione tra fumo/rughe/malattie polmonari ostruttive fumo-correlate. In questo studio l'80% delle persone prese in esame dalla ricerca (complessivamente 124) non avevano o avevano poche rughe, mentre le altre 25 ne avevano anche di molto profonde e 21 di queste mostravano anche i segni di una BPCO (su un totale di 68 casi di malattia).

Lo pneumologo Bipen Patel, che ha coordinato la ricerca, ritiene che esista una suscettibilità genetica alle broncopneumopatie e chi è predisposto a questa condizione è più soggetto ad un invecchiamento cutaneo precoce. Il fu-



mo non fa che esasperare ed amplificare una la situazione di base. Evidentemente lo stesso stress ossidativo provocato da ogni inalazione di fumo di tabacco come colpisce la cute così attacca il polmone con meccanismi in parte sovrapponibili e in parte analoghi (minore ossigenazione dei tessuti, minore blocco degli enzimi proteolitici). Pertanto i fumatori quarantenni che notano le rughe devono vederle come una spia di rischio. ■

**Vincenzo Zagà**

U.O. di Pneumatologia Territoriale  
AUSL di Bologna



## Effetto del fumo sull'invecchiamento della pelle anche non esposta ai raggi solari

Yolanda R. Helfrich, MD; Le Yu, MD; Abena Ofori, MD; Ted A. Hamilton, MS; Jennifer Lambert, MS; Anya King, MPH; John J. Voorhees, MD; Sewon Kang, MD. *Effect of Smoking on Aging of Photoprotected Skin. Evidence Gathered Using a New Photonumeric Scale. Arch Dermatol. 2007;143:397-402.*

Colorito giallognolo, rughe e invecchiamento precoce sono le caratteristiche della pelle dei fumatori, anche di quelli non esposti al sole. La conferma definitiva a quanto sostenuto da tempo arriva da uno studio della **University of Michigan** pubblicato sulla rivista *Archives of Dermatology*.

Già in passato si era paventata quest'ipotesi, però si doveva valutare anche l'impatto del sole e le sue conseguenze sull'invecchiamento della pelle. Questo studio dimostra che fumare danneggia anche la pelle del corpo di solito meno esposta alle radiazioni so-

lari. 82 i volontari reclutati per lo studio, dai 22 ai 91 anni, metà dei quali fumatori da tempo.

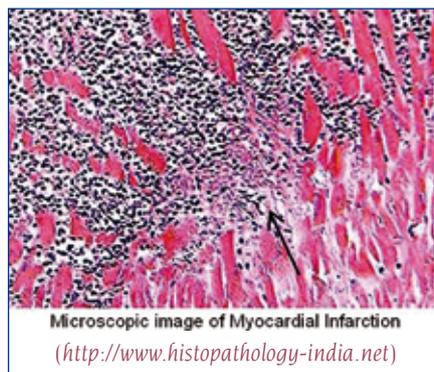
La zona di pelle presa in considerazione è stata quella della parte interna del braccio destro. L'invecchiamento è stato seguito nel tempo con delle foto e giudicato da osservatori imparziali che non erano a conoscenza delle abitudini della persona raffigurata. "Abbiamo esaminato una zona di pelle abitualmente protetta dal sole e abbiamo trovato che il numero totale di pacchetti di sigarette fumati al giorno e quello di anni tabagismo erano collegati con l'ammontare di danni der-

matologici subiti dalle persone", spiega Yolanda Helfrich, autrice principale dello studio. Anche l'età dei partecipanti è stata tenuta in considerazione nel valutare la ricerca. Ancora non è perfettamente chiaro il processo attraverso il quale il fumo provoca un simile danno. Secondo ricerche precedenti, il fumo ostruisce i vasi sanguigni sottocutanei riducendo l'afflusso di sangue (nicotina & adrenalina), sangue che peraltro risulta essere meno ossigenato (CO) e con enormi cariche di radicali liberi, danneggiando così, oltre gli organi interni, anche il tessuto connettivo di tutto il derma. (V.Z.)

## Tabacco e infarto miocardico (Studio Interheart)

Teo KK et al. *Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: A case-control study. Lancet 2006 Aug 19; 368:647-58.*

Nel 2004 è stato realizzato lo studio INTERHEART, un trial caso-controllo coinvolgente oltre 12000 pazienti affetti da infarto miocardico e oltre 14000 controlli sani parificati per sesso ed età, arruolati in 52 nazioni di 6 continenti: le conclusioni sono state che la maggior parte degli infarti miocardici sono dovuti a nove fattori di rischio modificabili, i più potenti dei quali sono l'iperlipemia e l'uso di tabacco. Adesso gli autori dello studio presentano un'analisi più dettagliata dell'associazione tra fumo e infarto. Nel complesso, i fumatori presentano un rischio tre volte superiore di infarto non fatale rispetto ai non fumatori; l'OR aumenta da 1,6 per chi fuma 3-4 sigarette al giorno fino a 9,0 per chi fuma oltre 40 sigarette al giorno. Rispetto a chi non ha mai fumato, i fumatori più giovani presentano maggior rischio di infarto rispetto ai fumatori più anziani, a parità di consumo di sigarette. Gli OR sono simili per maschi e femmine, sono indipenden-



ti dalla zona geografica, non sono legati alla presenza o meno del filtro e non sono legati alla forma di tabacco utilizzata (sigaretta, sigaro, pipa, pipa ad acqua, tabacco masticato). Nei soggetti che hanno cessato di fumare, il rischio di infarto cade rapidamente nei primi 3 anni dopo la cessazione e poi continua a scendere meno bruscamente: quelli che fumavano poco (meno di 10 sigarette al giorno) azzerano il loro rischio cardiovascolare dopo 3 anni; quelli che fumavano oltre

20 sigarette al giorno presentano invece ancora un aumento di rischio anche 20 anni dopo la cessazione del fumo. Tra i non fumatori si è registrato un aumento di rischio cardiovascolare esposizione (1-7 ore a settimana), da fumo passivo, con un aumento significativo del rischio (OR 1.2) anche con i più bassi livelli di esposizione (1-7 ore a settimana).

Dopo uno studio così potente, l'associazione tra fumo ed infarto miocardico non può più essere messa in discussione: il danno cardiaco del fumo è spalmato ormai in tutto il mondo ed è indipendente dalle varie forme di abitudine al tabacco. L'unica possibilità rimane quella di estirpare questa piaga a livello mondiale, educando e convincendo le nuove generazioni a non iniziare un'abitudine molto difficile a perdere. ■

**Pieraldo Canessa**  
U.O. Pneumologia, Ospedale S Bartolomeo  
ausl5 - Sarzana (SP)



# Curare anche il Tabagismo nel trattamento delle tossicodipendenze

**Risultati di una indagine condotta negli Stati Uniti, dove il progetto è già parte delle Linee Guida nazionali per il controllo della dipendenza da tabacco. Fattore condizionante: il personale sanitario.**

Fuller BE, Guydish J, Tsoh J, Reid MS, Resnick M, Zammarelli L, Ziedonis DM, Sears C, McCarty D. Oregon Health and Science University, Portland, OR 97239, USA. Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *J Subst Abuse Treat.* 2007 Jan;32(1):53-60. Epub 2006 Sep 26.

Negli Stati Uniti l'organizzazione per la sperimentazione clinica dei trattamenti delle dipendenze (National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network, CTN), patrocinata dal National Institute on Drug Abuse (NIDA), si occupa della verifica sperimentale di diversi modelli di trattamento, al fine di promuovere l'implementazione clinica di quelle strategie che si dimostrano maggiormente efficaci. Il dipartimento per la salute e le linee guida per il controllo della dipendenza da tabacco raccomandano particolare attenzione alla terapia anti-tabagica dei soggetti dipendenti da alcol e da sostanze, in quanto è noto che essi fanno un maggiore uso di tabacco, ne sono maggiormente dipendenti, e incontrano generalmente difficoltà maggiori nello smettere di fumare, rispetto alla media degli altri fumatori. È stato inoltre dimostrato che il cancro ha un'incidenza più alta tra gli alcolisti dipendenti da tabacco, ed essi muoiono più spesso per cause correlate al fumo che per l'alcol. I programmi per il trattamento della dipendenza da sostanze sembra si vadano configurando come contesto ottimale per attuare una terapia del tabagismo in questa particolare categoria di persone. Molti tra coloro che entrano in trattamento per la dipendenza da droghe, se consultati in proposito, sembrano essere propensi alla terapia anti-tabagica, ma non danno corso all'azione se indirizzati in strutture dedicate al tabagismo esterne al luogo del ricovero. Integrare pertanto un trattamento della dipendenza da Fumo all'interno di un programma contro la dipendenza da sostanze, oltre a minimizzare questi problemi logistici, incrementa il senso di autoefficacia dei

pazienti e rinforza il messaggio contro tutte le sostanze che danno dipendenza, prospettando un cambiamento globale dello stile di vita. A dispetto di ciò, e per quanto le Linee Guida nazionali negli Stati Uniti prevedano che i professionisti della salute affrontino la dipendenza tabagica nel contesto di una terapia per abuso di sostanze, si tende spesso ad affrontare il tabagismo con superficialità. In parte ne è causa la mancanza di risorse: la copertura assicurativa per la dipendenza da tabacco è mi-



nima o nulla, mentre esiste un costo per la terapia di sostituzione della nicotina e per altri farmaci come il Bupropione. Altri ostacoli includono il fatto che lo stesso personale sanitario comprenda un alto tasso di fumatori, approssimativamente il 40% (sic!) e che esista una consuetudine socio-culturale favorevole alla "pausa sigaretta", momento di routine quotidiana. Sembra documentato che un fronte di resistenza alla cura del tabagismo è ali-

mentato proprio dal personale sanitario: le motivazioni risiedono in parte nella tradizionale convinzione che cambiamenti importanti (incluso lo smettere di fumare) nella vita di coloro che seguono un trattamento contro l'abuso da sostanze, durante il primo anno di ricovero, possa compromettere la riuscita del programma. Inoltre lo smettere di fumare è percepito come uno scopo a bassa priorità rispetto ai rischi immediati derivanti dall'uso di alcool e droghe illegali. Alcuni terapeuti ritengono che i loro pazienti non siano interessati a smettere di fumare, e, soprattutto se sono essi stessi fumatori, possono dimostrarsi assai refrattari a considerare il tabagismo dei propri clienti come un ambito di trattamento.

Dunque l'atteggiamento del personale sanitario rappresenta un importante fattore predittivo nella disponibilità dell'offerta di un servizio per la cura della dipendenza da tabacco all'interno di un programma clinico contro l'abuso di sostanze. Dallo studio condotto dall'Università di Portland emerge che la maggioranza dei terapeuti che hanno avuto la possibilità di sperimentare l'inserimento di un trattamento anti-tabagico nel programma di disintossicazione ne valuta l'impatto, sui pazienti e sullo staff medico, positivo o non discernibile, solo il 10% lo considera negativo. In particolare i dati riferiti da questo studio, condotto sotto la supervisione dell'Oregon Health and Science University di Portland, sono stati collezionati tra il febbraio 2002 e l'agosto 2004, somministrando le interviste a diversi centri specializzati nel trattamento dell'abuso di sostanze diffusi sul territorio nazionale e differenziati per le caratteristiche del program-



ma terapeutico offerto, ma tutti aderenti al CTN (National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network). Su 342 unità di trattamento solo il 31% offre qualche tipo di terapia contro la dipendenza da nicotina, il restante 69% non contempla alcuna forma di intervento specifico per questa dipendenza. I risultati dell'indagine mostrano che la presenza di un programma di disintossicazione da tabacco è positivamente correlato a due importanti variabili: 1) l'atteggiamento dello staff clinico nei confronti del programma antifumo (se tale atteggiamento è positivo risulta più probabile che la terapia al tabagismo sia inclusa nel trattamento); 2) la presenza e il numero di servizi medici e d'igiene mentale collaterali alla terapia dell'abuso da sostanze offerti dalla struttura (le cliniche che offrono servizi ausiliari tendono a promuovere anche programmi antifumo). L'atteggiamento positivo degli staff nei confronti della terapia del tabagismo è associato a diversi fattori, il più significativo dei quali è la presenza di speciali categorie di persone (donne, donne in gravidanza e veterani) nel bacino d'utenza. È probabile che terapeuti che operino in ambienti dove sono presenti donne in gravidanza siano fortemente consapevoli degli effetti nocivi del fumo sullo sviluppo del feto e dunque favorevoli alle misure preventive. D'altronde le cliniche che provvedono a una terapia anti-fumo hanno la più alta probabilità di esibire uno staff supportivo verso questa pratica: naturalmente gli operatori che hanno un'opinione positiva nei confronti degli interventi anti-tabagici sono maggiormente inclini a inserire i propri pazienti in questi programmi. Rimane allora aperta la questione se la presenza di un trattamento per la dipendenza

da nicotina influenzi l'atteggiamento degli operatori o se sia l'atteggiamento positivo degli operatori verso questo trattamento ad incrementare la probabilità che il centro fornisca il servizio. Un ulteriore elemento può essere individuato nell'atteggiamento intellettuale degli operatori, di apertura o meno, nei confronti delle pratiche ad evidenza empirica (a tale categoria di pratiche appartenendo la terapia del tabagismo). Per quanto riguarda la presenza di servizi medici e d'igiene mentale, ausiliari al programma di disintossicazione da sostanze, essa appare sintomatica di una maggior disponibilità di risorse e dunque della possibilità di provvedere a un trattamento adeguato per la dipendenza da nicotina. In questo caso non è sempre chiaro se la terapia anti-tabagica sia concepita come uno dei servizi medici ausiliari, offerti dalla struttura, piuttosto che come elemento pregnante nel setting di cura dell'abuso di sostanze. L'obiettivo primario dello studio non concerne l'efficacia e la specificità dei trattamenti anti-tabagici offerti, pertanto è possibile soltanto rilevare che per alcune cliniche l'intervento si limita a fornire una terapia sostitutiva a base di nicotina durante il periodo di disintossicazione da sostanze del paziente, mentre in altri casi sono presenti gruppi di supporto sociale e colloqui psicopedagogici o medici. Se in generale è possibile concludere che la mancanza di una dimostrata efficacia terapeutica e la mancanza di interesse degli utenti sono importanti ostacoli all'implementazione di programmi di anti-fumo all'interno della terapia dell'abuso di sostanze, il fatto che una larga porzione del personale medico sia essa stessa fumatrice (non è raro che gli operatori descrivano come



'terapeutico' il momento di confidenza vissuto fumando insieme con il paziente) rende meno probabile la stimolazione dei pazienti a intraprendere questo tipo di percorso.

In ogni caso le ricerche dimostrano che il trattamento della dipendenza da nicotina non interferisce con il trattamento contro l'abuso da sostanze e anzi può aiutare il recupero. Di più: dagli studi emerge che le terapie antifumo, e non l'uso del tabacco, aumentano la probabilità di successo a lungo termine nell'astinenza da alcool e droghe. Tuttavia sono disponibili dati sull'efficacia della terapia antifumo nella cessazione della dipendenza da tabacco a breve (6 mesi) ma non a lungo termine (18 mesi). Non è chiaro quanto gli operatori dello staff medico siano consapevoli di questi risultati e dunque programmi educativi mirati sono altamente auspicabili. ■

**Stefania Palermo**  
Area Psicologia - GEA Progetto Salute  
[www.gea2000.org](http://www.gea2000.org)

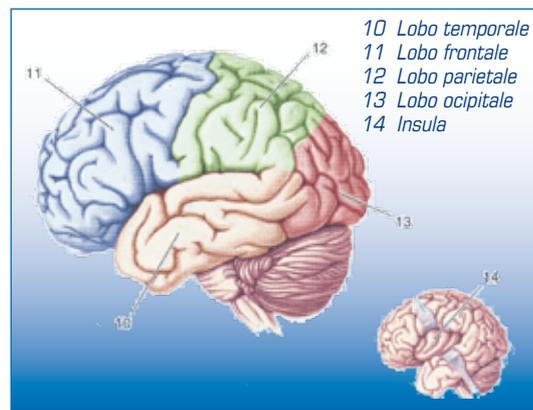




## Nuove frontiere in Tabaccologia

# L'insula... che c'è!

## Un'area encefalica torna alla ribalta in una recente ricerca



Naqvi NH, Rudrauf D, Damasio H, Bechara A. *Damage to the Insula Disrupts Addiction to Cigarette Smoking. Science* 26 January 2007; Vol. 315, n° 5811, pp. 531–534.

Si chiama insula ed è una piccola area situata in profondità nella nostra corteccia cerebrale ed è la responsabile numero uno della dipendenza da fumo. Lo rivela uno studio effettuato da alcuni ricercatori della University of Southern California di Los Angeles e dell'Iowa University di recente pubblicato su *Science*. La fonte d'ispirazione della ricerca è stato un paziente, un accanito fumatore che dopo aver subito un danno all'insula, a seguito di un ictus, ha smesso di fumare da un giorno all'altro senza più sentirne nessuna esigenza.

L'insula delle dimensioni di una grossa moneta, riceve segnali da tutto il corpo umano e si pensa che contribuisca alla conversione delle informazioni in sensazioni come fame, dolore e desiderio. "È una scoperta molto importante perché in un certo senso permette di rivolgere attenzione in un'area che prima non veniva presa seriamente in considerazione", ha detto in un'intervista uno dei ricercatori, Antoine Bechara, della Southern California University. L'insula potrebbe essere implicata direttamente nella dipendenza da sostanze da abuso come droghe e alcolici, e forse persino dal cibo. Bechara, racconta di come sia stato un paziente, un uomo che ha iniziato a fumare a 14 anni e che poteva fumare 40 sigarette in un giorno, a spingere i ricercatori a teorizzare l'importante ruolo dell'insula nella dipendenza da fumo di tabacco. "Anche quando è stato ricoverato per altre ragioni mediche, era solito uscire per fumare una sigaretta. Ma dopo che l'insula dell'uomo si è danneggiata, è stato come se si fosse spento un interruttore e non ha più voluto fumare", racconta Bechara. Gli scienziati autori dello studio raccontano che l'uomo ha spiegato che il suo "corpo

ha come dimenticato la necessità di fumare" e che ora trova persino disgustoso l'odore di fumo. "Nel nostro esperimento abbiamo visto che nella regione si vede un aumento di attività se il paziente sviluppa il desiderio di droghe e di sigarette" spiega Nasir Naqvi un altro degli autori.

Dopo aver osservato il caso del paziente che ha "dimenticato" di aver voglia di fumare, Nasir Naqvi e i suoi colleghi hanno preso in esame altri 69 fumatori che avevano subito danni cerebrali, 19 dei quali a livello dell'insula. Risultato: 13 avevano smesso di fumare e per 12 era stato facile e indolore. "Mettendo a confronto l'esperienza di pazienti con danni all'insula con quella di altri colpiti in zone cerebrali diverse, abbiamo visto che i primi avevano molte più probabilità di smettere di fumare dopo le lesioni", dice ancora Naqvi. La conclusione è quindi che questa sia un'area chiave, che gioca un ruolo importante nell'assuefazione alla nicotina e che sia necessaria per mantenere attiva la dipendenza dal fumo di tabacco.

A causare fermento non è l'eventualità di considerare una lesione volontaria del cervello quale intervento risolutivo per i fenomeni di dipendenza, ovviamente, quanto l'emergere di una precisa indicazione a focalizzare l'interesse della ricerca verso un target specifico. Fino a questo momento gli sforzi dei ricercatori si sono indirizzati verso aree della corteccia deputate alle operazioni di pensiero e decisionalità, ed è corretto ritenere che tali aree siano implicate in un'operazione di alto livello, quale è il mantenimento delle abitudini. Ora pare che, all'interno di un circuito neurale necessariamente prospettato come esteso e complesso, proprio la regione

definita dell'Insula svolga un ruolo centrale e di cruciale importanza: mettere fuori uso quest'area estinguerebbe il comportamento dipendente con rapidità ed efficacia.

Portata alla ribalta soprattutto dalle recenti ricerche di Damasio, l'Insula, come dicevamo, è una regione della dimensione di una prugna o grossa moneta, situata sotto i lobi frontali, in corrispondenza dell'orecchio, che mappa i segnali provenienti da vari distretti corporei e li integra, affinché il cervello cosciente possa interpretarli coerentemente in termini di emozione. Di fatto è largamente connessa sia "verso l'alto", ossia verso le regioni corticali del pensiero superiore, sia "verso il basso" ovvero verso le aree subcorticali del tronco dell'encefalo che regolano i sistemi di sopravvivenza primari (frequenza cardiaca, pressione sanguigna, temperatura corporea, ecc.).

Quando il battito cardiaco accelera, come ad esempio alla vista di un volto estraneo ed arrabbiato che muova verso di noi, oppure quando i muscoli del corpo si rilassano, come può verificarsi in risposta al piacere di un tiro dalla sigaretta, ciò avviene istantaneamente e inconsciamente, almeno fino a che l'Insula, lavorando dal basso verso l'alto, non integri e formatti la messe di input sensoriali periferici in un pattern di informazione adeguato alla fruizione da parte delle regioni del cervello cosciente. Questo spiega perché il "craving" sia un'esperienza così fisica, viscerale e difficile da combattere: prende le mosse dalle regioni più periferiche e oscure del nostro corpo, assai prima di diventare cosciente. Se l'Insula è una stazio-



ne di relais per le emozioni - in questa regione anticipiamo il dolore e il piacere connessi ai nostri comportamenti - essa influenza criticamente solo quei comportamenti che generano sul corpo effetti la cui valutazione di piacevolezza (o spiacevolezza) è il prodotto di un condizionamento appreso: proprio il fumare una sigaretta, o il mangiare cioccolato, o bere un bicchiere di vino, per esempio, ma non il nutrirsi. È stato dimostrato che anche situazioni spiacevoli, come un cattivo odore o l'anticipazione di uno shock doloroso o anche, in un negozio, l'accorgersi che il prezzo di ciò che desideriamo acquistare è troppo alto: tutto questo, ugualmente, provoca un'attivazione dell'Insula. In effetti alcune funzioni sociali possono subire un lieve deterioramento in conseguenza di un danno cerebrale in questa regione.

Anche se trattamenti specifici, basati su tali nuove informazioni, non sono ancora disponibili, gli autori suggeriscono l'utilità di palliativi fisici che procurino

una replica di alcune delle sensazioni che compongono l'abitudine, ad esempio una strategia sostitutiva che innesci un comportamento d'inalazione potrebbe essere indicata nella terapia del tabagismo. Inoltre potrebbe valere la pena ricordare che già sono stati pubblicati studi che documentano che le persone possono apprendere a modulare volontariamente l'attività di certe aree del loro cervello (ad esempio per alleviare la sensazione di dolore). In questi esperimenti un gruppo di volontari sani osservano in tempo reale le immagini di una Risonanza Magnetica di quelle regioni del proprio cervello legate alla sensazione di un dolore ai palmi delle mani, che è procurato loro artificialmente, dalla pressione di un apposito strumento. Se questi soggetti hanno dimostrato di poter apprendere a modulare l'attività neurale delle regioni interessate, perché non scommettere che i fumatori possano applicarsi per disattivare l'Insula? ■

*Altre Fonti:*

- Damasio A. *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano, 1995, pag. 245.
- Greg Miller, *Brain damage sheds light on urge to smoke*. *Science*; 26 gennaio 2007.
- *In Clue to Addictive Behavior, A Brain Injury Halts Smoking*. *The New York Times* - January 26, 2007.
- [www.nytimes.com/2007/01/26/science/26brain.html](http://www.nytimes.com/2007/01/26/science/26brain.html)
- *Damage to brain region helps smokers quit*. *ABC News/Reuters* - January 25, 2007. <http://abcnews.go.com>
- *Smokers' weak point identified*. *The Guardian* - January 26, 2007. <http://society.guardian.co.uk>
- *Surgery could help smokers quit*. *Ananova* January 26, 2007. [www.ananova.com](http://www.ananova.com)
- *Benedict Carey; In clue to addiction, brain injury halts smoking* *NewYorkTimes*; 26 gennaio 2007.

**Stefania Palermo**

Area Psicologia - GEA Progetto Salute

[www.gea2000.org](http://www.gea2000.org)

**Ilaria Baraldi**

Psicologa - Bologna

## Report da Aix En Provence (Marsiglia), 6 febbraio 2007

# Italia – Francia: 1 a 1

## 2ème colloque régional «Ecoles, entreprises... Vers un monde sans fumée!»

Inverno mite anche a Marsiglia il 5 febbraio 2007. Mi accoglie una giornata quasi primaverile all'aeroporto, dove Sabine Petit e Julie Le Fol mi attendono col cartello "SITAB". Mangiaracina sarebbe stato più lungo e difficile da scrivere, ma andava benissimo così. Julie si dimostra un'abile traduttrice. I sei anni vissuti in Italia la mettono in grado persino di raccontare barzellette in un approssimativo slang calabro-napoletano. Sono subito a mio agio.

La Clio blu ci porta subito a ad una ventina di chilometri da Marsiglia. Tra una battuta e qualche domanda, si arriva ad Aix En Provence in un attimo. Ero nella città di Paul Cézanne, dove nac-

que e morì dopo la parentesi parigina, dove tutto parla di lui, dove i marciapiedi sono contrassegnati da file di dischi di ottone con la P e la C, che indicano gli itinerari delle visite e delle mostre del grande artista. La città mi colpisce subito per il silenzio. Mi ricorda quello delle calle veneziane, dove ci sento il rumore dei miei passi. I piccoli bus elettrici delle grandi aree pedonali, non si sentono arrivare, e il conducente si sporge dal finestrino e dice: "Monsieur, sil vous plait...", e fa cenno di scansarsi.

Mi trovo in questo Paese per la seconda volta ospite, a portare l'esperienza italiana, quel *made in Italy* che abbiamo prodotto in dieci anni. Nel 2002 toccò a



*Una panoramica del centro congressi.*



*Intervista per i giornali francesi.*

Denise Da Ros, dirigente del Sert di Padova, andare per conto della SITAB e nel 2004 fu la volta di Vincenzo Zagà, nostro vicepresidente e caporedattore.

Ora l'occasione è quella dell'entrata in vigore della legge antifumo francese, celebrata a ragion veduta in un Convegno dal tema che non lascia dubbi: «**Ecoles, entreprises... Vers un monde sans fumée!**», organizzato dal "Centro nazionale di informazione sulle droghe e le dipendenze", del Sud della Francia, in collaborazione con l'Istituto francese contro il Cancro.

Invitati rappresentanti di varie organizzazioni, istituzioni, ricercatori e formatori, esperti del trattamento e della prevenzione, ed anche della comunicazione. Dopo l'Italia, la Francia: 1 a 1. Con la peculiarità che il 10 febbraio del 2006, una delegazione di deputati francesi si era incontrato a Roma con il prof. Sirchia, con me, con la dott.ssa Tamang, e con altri esperti, scoprendo che in Italia, "sorprendentemente" a loro dire, la legge sul fumo veniva osservata davvero.

Il giorno dopo, 6 febbraio, il convegno ha inizio. La sala del Centro Congressi di Aix En Provence è magnifica, con una prevalenza di azzurro che avvolge tutti. Alle 9 del mattino, è quasi piena, più di 300 persone, e osservo che l'organizza-

zione di M.me Petit è impeccabile.

Il mio powerpoint era già arrivato una settimana prima per la traduzione insieme con le 200 riviste "Tabaccologia" inviate da Bologna, che trovo disposte in più pile. Spariscono subito. La partecipazione ha superato le previsioni. Ci sono 100 congressisti in più, ed assisto con una punta di soddisfazione ad una

garbata contesa per l'ultima copia rimasta. E dire che di materiale buono, anzi eccellente, ce n'è tanto. Il *made in Italy* tira, e d'altro canto la mia relazione è un vero manifesto, in perfetta sintonia col tutto: «**Application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics: L'Italie en exemple**».

Si susseguono nomi di prestigio come Dominique MARANINCHI, presidente dell'Istituto nazionale contro il Cancro, Yolande OBADIA, direttrice dell'Osservatorio Regionale della Salute, Philippe

specialista di storia dei comportamenti, delle pratiche sociali e delle politiche in materia di salute pubblica, Simone DI NICOLA, presidente della commissione prevenzione della Mutualité Française, alcuni delegati della Commissione Europea, per presentare i risultati della campagna HELP. Straordinaria la relazione della giornalista e documentarista Nadia COLLOT, autrice di un documentario singolare quanto audace: «Tabac, la conspiracy», in cui mostra, attraverso interviste e documenti filmati, come l'organizzazione delle multinazionali del tabacco sia simile a quella mafiosa, con una "cupola" che detta ordini in periferia. È ciò che in altro linguaggio viene definito "Trust". La serata è dedicata proprio alla proiezione pubblica del documentario. La Collot mi regala una copia in francese e spero subito di trovare fondi per averne una versione italiana da portare nelle scuole.

Il mio intervento viene animato in apertura da un mio insolito lancio sul pubblico di uno speciale vecchio contenitore metallico cilindrico. Si tratta di un residuo bellico, uno di quelli che gli americani, entrando come liberatori in Europa, lanciavano dai carrarmati e dalle camionette sulla folla acclamante. Ho voluto far provare l'ebbrezza della presa annotando l'emozione che a suo tempo l'accompagnava.

Nacquero così i fumatori, destinati ad impossessarsi prepotentemente di tutti gli spazi privati e pubblici, ma costretti oggi a disciplinarsi con una legge.

Raccolgo molta attenzione e poi congratulazioni, con un unico apprezzamento inquietante: *Lei parla molto bene l'Italiano*. ■

*Per informazioni e dettagli:*

[www.cirdd-paca.org](http://www.cirdd-paca.org) e [www.ampta.org](http://www.ampta.org)



*Mangiaracina con Nadia Collot, giornalista e documentarista, autrice di "Stop Tabac, la Conspiracy".*

FENOGLIO, professore di Scienze Economiche dell'università di Nancy, Pascal MELIHAN-CHEININ, direttore del Bureau delle dipendenze presso Direzione generale della salute, Didier NOURRISSON, professore all'università di Lyon,

**Giacomo Mangiaracina**  
([info@tabaccologia.it](mailto:info@tabaccologia.it))



## Report da Casablanca, 7-10 dicembre 2006

# 1<sup>a</sup> Conferenza Africana Tabacco o Salute

Anche Tabaccologia era presente alla 1<sup>a</sup> Conferenza Africana Tabacco o Salute (Casablanca – Marocco, 7-10 dic 2006)<sup>1</sup>, organizzata dall'AMAPES (Associazione Marocchina di Prevenzione e Educazione per la Sanità) il cui presidente, il Pr. Mohamed Bertal, è stato autore di un intervento molto interessante su tabacco e tumori (7 dicembre). Le comunicazioni sono state molto numerose; fra queste vi riferiamo soprattutto di quelle che più strettamente sono in rapporto con la realtà africana. Questa 1<sup>a</sup> Conferenza Africana "Tabacco o Salute" è un evento importante perché l'Africa, oltre a soffrire di fame e malattie, è diventata ormai terreno fertile per l'industria del tabacco, che qui non subisce le limitazioni pubblicitarie di cui è oggetto negli altri continenti. Tra il 1995 e il 2000 il consumo di sigarette sarebbe addirittura raddoppiato. Interventi quali quelli del Pr DuBois (*Tabagismo passivo*, 7 dic.; *il marketing e le menzogne dell'industria del tabacco*, 8 dic.), di Inoussa Saouna, segretario dell'OTAF (*Osservatorio sul Tabacco nell'Africa Francofona*) (*Le nuove strategie di aggiramento della CCLAT ad opera dell'industria del tabacco in Africa*, 9 dic.) e anche il film di N. Collot (*Tabacco, la cospirazione*) hanno ampiamente svelato le pratiche immorali dei produttori internazionali di sigarette. K. Chami (direzione controllo dogane del Marocco) ha dichiarato che nel 2006 circa 45 milioni di sigarette del contrabbando sono state sequestrate e distrutte (*Il contrabbando del tabacco*, 8 dic.).

Parlando di Tanzania, L. Kagaruki ha segnalato che nonostante l'aumento degli introiti dovuti alla vendita del tabacco, i produttori di questo paese rimangono poveri come prima (*La cultura e la produzione del tabacco in Africa*, 8 dic.). Il senegalese Mor Ndiaye ha messo l'accento sul rischio che il tabagismo contribuisca ad aggravare seriamente la povertà e a paralizzare lo sviluppo (*Il tabagismo nell'Africa subsahariana*, 8 dic.). Per complicare ulteriormente il quadro,

il suo collega A. Kasse ha sollevato seri dubbi metodologici sugli studi disponibili (*Il tabagismo tra i giovani africani*, 8 dic.). A questa affermazione, una persona del pubblico ha esclamato: "Ci viene chiesto di compiere delle ricerche epidemiologiche, ma noi non disponiamo né di risorse, né di mezzi". In ultimo va anche citato il contributo di A. Issi (*Fattore di urbanizzazione e di morbilità*, 9 dic.). Occupandosi di povertà, J. Townsend (Medicine School, UK) ha fatto un incisivo intervento portando ad esempio il Malawi e il Bangladesh: ha criticato l'insufficiente interesse dei responsabili



Casablanca, moschea Hassan II.

della lotta al tabagismo (*Il tabacco nutre la povertà*, 8 dic.). Sul versante dell'operatività, Hamdi Cherif vede nell'OTAF, di cui è presidente (Algeria) una speranza per la lotta antitabacco in Africa, così come, all'estremo sud, Yussuf Saloojee (*Come rafforzare la Coalizione Africana Stop Tabacco*, 9 dic.)

In campo epidemiologico, M. Bennani (*Costruire un protocollo di inchiesta*, 7 dic.) e il suo collega N. Tachfouti, hanno insistito sulle difficoltà di comunicazione relative all'esistenza di diversi idiomi anche fra gli operatori africani del tabagismo, con l'aggravante della scarsa conoscenza della lingua inglese visto che il protocollo è redatto in inglese (*Inchiesta di prevalenza in Marocco*, 7 dic.). Riguardo gli aspetti patologici, il tabacco è, secondo Philippe Godard (France), un importante fattore eziologico per patologie respiratorie (*Fumo di tabacco e asma*, 8 dic.). Tuttavia, insiste, "l'asma allergico è una realtà a sé al di fuori del tabagismo" ma l'astensione dal tabacco rimane fondamentale. Alain Desjardins

(Canada) fa notare come, riguardo alla BPCO, i farmaci broncodilatatori possano essere utili, ma non arrivino a recuperare la parte persa della funzione polmonare (*Tabacco e BPCO*, 8 dic.). Ihsane Benyahya ha mostrato una serie di illustrazioni sui danni bucco-dentali causati dal tabagismo (*Tabacco e lesioni bucco-dentali*, 8 dic.). Il programma della conferenza era talmente vasto che ha anche toccato la tematica dell'incontro tra le religioni e il tabacco. Erano previsti svariati interventi in merito, ma solo Jean Marie Lemarie ha esposto delle riflessioni profonde da un punto di vista antropo-religioso basato sui testi dell'Antico e Nuovo Testamento (*Cristianesimo e tabacco: spirito, soffi, piacere e scambi*, 8 dic.). La libertà sarebbe un equilibrio tra piacere e rischio di dipendenza, una sorta di differenziale tra il soffio ricevuto (all'origine) e quello che l'essere umano ne avrebbe fatto. Per il prete, l'uomo sarebbe un "essere dipendente", conclusione che conferma quella di un recente studio polacco.<sup>2</sup> Tabaccologia peraltro già affronta nel Focus On del presente numero questa problematica.

### L'Africa di fronte ad una nuova forma di tabagismo: il narghilé

Anche come corrispondente di Tabaccologia ho partecipato alla seduta plenaria Tabacco e Salute,<sup>4</sup> trattando il problema narghilé nei suoi aspetti antropologici con particolare riguardo alla realtà africana, che ha molto interessato gli intervenuti. Questo tema era stato preceduto da un intervento sugli aspetti patologici del narghilé della dr.ssa Annie Sasco (INSERM, France).<sup>5</sup> Il sudanese Ibrahim Ginawi, nella sua presentazione, ha particolarmente insistito sul diffondersi dello shisha (narghilé) nel suo paese (*Risultati di studi sull'associazione tra tabacco e TBC*, 7 dic.). (V. anche l'interessante editoriale del Prof. Casali, presente in questo numero).

Anche M. Daouda (OTAF), dal Ciad, venuto per esporre un poster sul tabagismo nelle scuole di N'Djaména, si è particolarmente dimostrato interessato all'argomen-



to. Nel corso di un laboratorio organizzato dal Prof André, Sonia Mezghani, tabaccologa tunisina, ha descritto la sua attività anti-fumo e l'uso che fa del test di Fagerstroem (I professionisti della salute al servizio della lotta contro il tabacco: il ruolo di ciascuno operatore sanitario, 9 dic.). In sede di discussione abbiamo fatto notare alla relatrice che tale test non può essere correttamente applicato per valutare la dipendenza dei fumatori di narghilé, cosa su cui anche la relatrice si è trovata d'accordo. Anche i Marocchini si sono mostrati interessati al problema narghilé che, come in un gioco a domino, da qualche tempo, ha iniziato a coinvolgere il loro paese. Un giornalista marocchino scriveva poco prima della conferenza: "La shisha, o narghilé, ha fatto le sue prime apparizioni, nel 1999, in alcuni

hotel VIP di Casablanca. e qualche anno dopo lo si trova in più del 50% dei vecchi caffè. I caffè con shisha sono presenti in tutte le città del Marocco, comprese le piccole località, in tutti i quartieri, dai più esclusivi a quelli popolari".<sup>5</sup>

Non c'è quindi da stupirsi se il delegato marocchino dell'OMS abbia, durante il suo discorso, insistito su questa nuova forma di tabagismo e che nel discorso finale, i rappresentanti dei 29 Stati abbiano riconosciuto che "la lotta antitabacco deve riguardare tutte le forme di tabagismo, compreso il fumo non fumato e l'uso del narghilé". Tuttavia, dispiace constatare che lo SNUS svedese sia messo nello "stesso paniere" delle altre forme di tabacco non fumato. Ciò detto, lo stesso documento sottolinea la crescita della morbilità e della mortalità legate al

tabacco e le conseguenze economiche, sociali e ambientali, disastrose causate da quest'ultimo" e "il doppio peso epidemiologico determinato da un lato dal tabagismo, e dall'altro dalle malattie infettive, e particolarmente dalla tubercolosi, dall'HIV-AIDS e dalle polmoniti". La dichiarazione esprime l'inquietudine dei partecipanti davanti "agli sforzi delle industrie del tabacco per una pubblicità aggressiva e cinica che annienta le politiche di controllo del tabacco in Africa". Essa richiama "i governi a ratificare la convenzione quadro della lotta contro il tabacco (FCTC-OMS) e a includere le disposizioni di questa convenzione nelle legislazioni nazionali". ■

**Kamal Chauachi**

(kamcha@gmail.com)

Ricercatore in Antropologia e Tabaccologia - Parigi (Francia)

### Bibliografia

1. CATS (1<sup>ère</sup> Conférence Africaine Tabac ou Santé). Casablanca, 7-10 déc. 2006. [1st African Conference on Tobacco or Health (ACTH)]. [www.acthmorocco.org/2/index-1fr1D.htm](http://www.acthmorocco.org/2/index-1fr1D.htm)
2. Brusilo J. [Tobacco smoking-anthropological context of human dependence]. Przegł Lek. 2005;62(10):947-53.
3. Chauachi K. Narghilé: un problema di Sanità Pubblica [Narghile (Hookah) and Public Health]. Tabaccologia 2006;4. [www.tabaccologia.org/archivio.htm](http://www.tabaccologia.org/archivio.htm) (select item 2006/4)
4. Chauachi K. Le narghilé: une approche anthropologique, avec une référence particulière pour l'Afrique [Narghile: an anthropological approach with special reference to Africa]. ACTH (CATS), 7 déc. 2006.
5. Sasco A. Le narghilé, un nouveau fléau pour une coutume ancienne : réflexions et conséquences néfastes pour la santé [Narghile, a new hazard for an old custom : some thought and negative health consequences]. ACTH (CATS), 7 déc. 2006.
6. Kabbaj M. Chicha, narguilé. Nouvelle mode ou commerce juteux? Le Reporter (Maroc), lundi 20 novembre 2006.

## Curarsi con nortriptilina e nicotina

Prochazka AV, MD, MSc; Kick S, MD, MSPH; Steinbrunn C; Thomas M, MSW; GE Fryer. A randomized trial of nortriptyline combined with transdermal nicotine for smoking cessation. Arch Intern Med. 2004;164:2229-2233.

Già dagli anni '90 è noto il ruolo che possono giocare alcuni farmaci antidepressivi (Bupropione, Doxopina, Moclobemide) nella cessazione del fumo. Uno studio, condotto al Denver Veterans Affaire Medical Center, ha valutato l'ipotesi di associare la nortriptilina idrocloreide alla nicotina transdermica per aumentare i tassi di cessazione del fumo, a tutt'oggi sub-ottimali con la terapia convenzionale.

Il meccanismo d'azione della nortriptilina nel ridurre la dipendenza dal fumo rimane incerto. Vengono chiamati in causa la diminuzione dei sintomi depressivi e i vari effetti della molecola sugli equilibri neurorecettoriali, tra cui l'inibizione della ricaptazione della noradrenalina e in minor quantità della serotonina. Lo studio, randomizzato in doppio cie-

co, con placebo, ha sì dimostrato un tasso di cessazione del 23% a sei mesi nel gruppo trattato con nortriptilina e nicotina, contro un solo 10% del trattamento con placebo-nicotina, tuttavia nel primo gruppo non solo non si è osservata azione positiva sui sintomi da astinenza, ma soprattutto si è avuto un elevato numero di effetti collaterali (secchezza delle fauci, sedazione, costipazione, cardiopalmo, allungamento asintomatico del tratto QT). Questa combinazione potrebbe quindi rappresentare un'opzione per i fumatori nei quali la terapia standard ha fallito. Tale intervento con nortriptilina e nicotina risulta dunque proponibile in questa tipologia di pa-



zienti fumatori, ma solo se accompagnato da uno stretto monitoraggio per individuare precocemente gli eventuali effetti collaterali. ■

**Federica Zamatto**

Medico di medicina generale



### ETS e declino rapido delle funzioni respiratorie e cardiovascolari.

Ricercatori dell'Università della California a San Francisco hanno potuto dimostrare, mediante uno studio di coorte longitudinale, che l'esposizione cumulativa per tutta la vita, sia al lavoro che a casa, al fumo passivo determina un declino della funzione respiratoria (FEV1) maggiore del normale non esposto. L'esposizione a fumo passivo in casa è causa di maggior rischio di mortalità per patologia cardiovascolare. I dati sono stati elaborati in modo da tenere conto di fattori di confondimento e delle condizioni di partenza sia respiratorie che cardiovascolari. (*Ann Epidemiol* 2007 feb 12)

### I dati di prevalenza raccolti dai medici di famiglia differiscono dagli studi di popolazione.

Uno studio condotto nel sud-ovest degli Stati Uniti ha impegnato circa novanta medici di famiglia, collegati ad un network di ricerca (RIOSNet) della medicina di base. I dati raccolti in due settimane hanno mostrato importanti differenze nella prevalenza e nel pattern di fumo rispetto alle indagini sulla popolazione generale. Sono emerse importanti differenze soprattutto valutando separatamente gruppi etnici, età e sesso. Queste differenze possono avere importanti implicazioni nella programmazione di interventi preventivi nell'ambito della medicina di base. (*J Am Board Fam Med* 20 (2): 174-180; 2007)

### BPCO in India

Uno studio multicentrico condotto in India ha mostrato una prevalenza di BPCO del 4,1% in una popolazione studiata di 35.295 soggetti, con un rapporto maschio/femmina di 1,56:1. Tutti i tipi di prodotti da fumo, compresi i "bidis", hanno mostrato una stretta associazione con la diagnosi di BPCO. L'esposizione al fumo passivo ha dimostrato essere causa di malattia, con un odds ratio di 1,535. Mediamente, i pazienti affetti da BPCO in India spendono il 15% dei loro introiti nei prodotti del tabacco e circa il 30% per la gestione delle malattie indotte da fumo. (*Ind J Med Res* 124(6):619-630; 2006).

### Dimezzare non basta

La riduzione del fumo di sigaretta giornaliero del 50 % nei grandi fumatori non diminuisce significativamente il rischio di morte prematura né da malattie correlate spe-

cificamente al fumo né da altre cause.

Numerosi studi sulla popolazione hanno dimostrato che smettere del tutto di fumare determina una decisa diminuzione negli effetti patologici del fumo, ma finora nessuno studio prospettico di ampie dimensioni aveva esplorato gli effetti a lungo termine della riduzione non assistita del fumo.

In base al presente studio, dire al paziente che la riduzione del fumo è associata ad una riduzione dei suoi danni potrebbe dare al paziente stesso false speranze compromettendo anche lo stop definitivo.

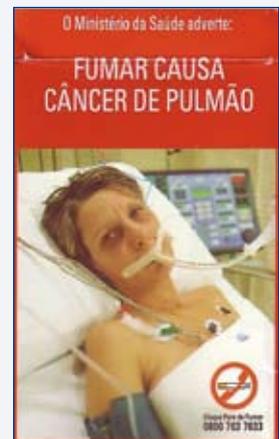
Indubbiamente, la riduzione del fumo ha un ruolo quale misura temporanea nell'ottica della sospensione totale di questa pratica, ma i risultati del presente studio portano a rivalutare il ruolo di questa raccomandazione quale misura permanente, e dimostrano che il solo modo di evitare i rischi derivanti dal fumo consiste nello smettere di fumare. (*Tob Control*. 2006; 15: 472-80)

### Immagini deterrenti sui pacchetti

La FCTC prevede che gli avvisi sui pacchetti di sigarette coprano dal 30 al 50% della superficie dell'involucro. L'utilizzo di immagini è opzionale.

A tutt'oggi, almeno 12 Paesi nel mondo hanno prodotto leggi che richiedono la presenza di immagini deterrenti sui pacchetti di sigarette: Australia, Belgio, Brasile, Canada, Cile, India, Giordania, Nuova Zelanda, Singapore, Thailandia, Uruguay e Venezuela. I Governi di Hong Kong, Repubblica Ceca, Iran, Irlanda, Lituania, Malesia, Messico, Portogallo, Romania, Sud Africa and Regno Unito hanno dichiarato pubblicamente che la presenza di immagini sui pacchetti è in fase di valutazione. Senza dubbio altri Governi dovrebbero aggiungersi a questa lista.

(Robert Cunningham, *Canadian Cancer Society*, marzo 2007)





# Focus On

## Islam & fumo

# Prevenzione: un ruolo per l'Islam?

Nolita Pulerà, Kamal Chaouachi

**U**n quinto della popolazione mondiale è rappresentato da musulmani, la maggior parte dei quali vive in paesi dove la prevalenza dell'abitudine al fumo è alta o addirittura in crescita.<sup>1</sup> Tra i molti musulmani che vivono in Europa (circa 9.500.000) il tasso di fumatori è alto, soprattutto tra gli uomini, spesso superiore a quello della popolazione generale, fenomeno, questo, caratteristico di tutte le popolazioni di immigrati. In Italia vivono, ufficialmente, circa un milione di seguaci dell'Islam, il 30% dei quali si dichiara non praticante.<sup>2</sup>

I principi della legge Islamica prevedono che sia permesso tutto ciò che non è espressamente proibito: dal momento che non esistono specifici riferimenti al fumo di tabacco nei testi fondamentali quali il Corano e la Sunna (il tabacco è stato introdotto tra le popolazioni musulmane intorno al 1600, quindi circa mille anni dopo la stesura dei sacri testi), storicamente molti giuristi hanno considerato lecito il fumare.<sup>3</sup> Nei paesi musulmani fumare rappresenta spesso un aspetto dell'ospitalità, e non offrire sigarette ad un ospite, o rifiutarle, è considerato scortese o addirittura offensivo. Con l'emergere di evidenze sui danni indotti dal fumo, tale abitudine, pur se considerata legale, è stata scoraggiata (*makrooh*). Negli anni recenti lo stato legale del fumare è stato ulteriormente modificato, tanto che autorevoli rappresentanti dell'Islam, per esempio della pre-

stigiosa Università egiziana Al-Azhar del Cairo, hanno emesso editti (*fatwa*) che dichiarano il fumare proibito (*haram*).<sup>4</sup> È interessante capire le motivazioni che hanno indotto nel tempo le diverse interpretazioni della legge islamica nei confronti del fumo.

L'Islam rappresenta una tradizione sia spirituale che legale, che impatta fortemente sul pensiero e sui comportamenti del musulmano praticante. Esprimendo il concetto in poche parole, si può dire che l'elemento centrale di questa religione è quello di minimizzare il rischio di danneggiare l'individuo e la società e massimizzare le possibilità di benessere individuale e collettivo. Gli obiettivi religiosi sono quindi quelli di proteggere la vita, il benessere e la proprietà, conservare l'intelletto, preservare l'onore e l'integrità morale.<sup>5,6</sup> L'Islam si appella a tre risorse fondamentali:

- il Corano, considerato la parola diretta di Dio;
- la Sunna, un insieme di comportamenti, azioni e atteggiamenti suggeriti dal profeta Maometto;



Mosque of Amr- Il Cairo (JL Gerome 1824-1904)



c) la Ijtihad, la legge della logica deduttiva, la quale, traendo risorse dalle due suddette fonti, consente agli studiosi e alle autorità competenti di esprimersi in merito alle novità e alle necessità di un mondo che modifica costantemente i suoi parametri. Questo giustifica l'evolutivezza e l'adattabilità della legge Islamica.

Le ragioni citate a supporto di una riclassificazione del fumo come proibito, sono in riferimento alla più generale proibizione di tutte le cose che provocano danno.<sup>2</sup> Ad esempio, danno alla religione e al culto: "chiunque mangi aglio o cipolla, eviti noi e la nostra preghiera e rimanga a casa; gli angeli sono sicuramente infastiditi da ciò che infastidisce gli esseri umani". È ovvio che l'odore emanato dalla bocca di un fumatore possa essere fastidioso per chi gli è vicino. Danno al corpo: "Non uccidetevi... Non conducetevi alla distruzione... Nessun danno deve essere inflitto a se stessi e agli altri"; le evidenze scientifiche che il fumo provochi danni organici sono tali, che solo questo aspetto potrebbe essere sufficiente a renderlo proibito. Danno alla mente e alla forza di volontà: il fatto che la dipendenza da nicotina provochi craving alla sua sospensione e che fumando, l'individuo subisca gli effetti eccitanti della nicotina, contrasta con le indicazioni della parola di Dio, che incita al mantenimento del controllo dell'intelletto, della ragione e dei sensi. Danno alla proprietà: "Allah odia tre cose: le chiacchiere, l'elemosinare e sprecare il danaro". Un fumatore dissipa le sue ricchezze in cose che provocano danno e non benessere; "Non dissipare le tue risorse in modo stravagante: coloro che sperperano sono fratelli dei demoni". Nelle fatwa vengono portate queste ed altre ragioni a supporto della necessità di proibire il fumo, ma è da sottolineare che ciò non è ri-

ferito solo alle sigarette, bensì a tutto ciò che ha simili effetti, compreso l'uso delle pipe ad acqua (narghilé, shisha, ecc) tipiche dei paesi di cultura araba. Inoltre, tale interpretazione non è limitata solo al consumo del tabacco, ma anche all'offrirlo, stare con chi fuma o venderne i prodotti. In realtà gli esegeti della religione islamica ci dicono che non si tratta di una vera e propria proibizione bensì di una interpretazione (ijtihad) da parte delle autorità religiose (Al Azhar etc.). Infatti, come già detto, non esiste una chiara proibizione al fumo né nel Corano né nella Sunna.

Le stesse ragioni interpretative portate a sostegno della necessità di proibire il fumo, si applicano ugualmente, e anche con maggiore forza, a vari tipi di droghe, quali la marijuana e l'hashish, in quanto il tabacco è considerato come una sostanza che provoca una forma ebbrezza (enivrement). E il Corano è chiaro a questo riguardo condannando gli stati di ebbrezza, cioè l'individuo che fa del male a sé e alla società nel consumare droghe.

Purtroppo, come già sottolineato, l'abitudine al fumo nei paesi di cultura islamica è estremamente diffusa nonostante le precise indicazioni delle autorità legali e religiose.<sup>3</sup> Questo può essere dovuto al fatto che fino a tempi relativamente recenti il fumo non era proibito, e che non tutti gli individui sono strettamente praticanti. Il motivo fondamentale, tuttavia, rimane la natura fortemente addittiva del tabacco. Tali paesi dovrebbero essere incoraggiati ad aderire alla Framework Convention on Tobacco Control-FCTC (a fine dicembre 2006 solo 14 paesi islamici avevano ratificato il trattato), in modo che legislazioni più rigide sulla pubblicità e restrizioni ambientali sull'uso del tabacco possano ridurre la possibilità di fu-

mare.<sup>9</sup> Questo aspetto è particolarmente rilevante, considerando che i paesi in via di sviluppo sono attualmente targets dell'industria del tabacco che investe grossi capitali in strategie per acquisire più ampie fette di mercato.

Nel 1999 si è tenuto a Ginevra, al quartier generale dell'OMS, un Meeting sul tema "Tobacco and Religion",<sup>10</sup> che ha valutato l'influenza della religione sulla salute pubblica come la nuova frontiera in fatto di cooperazione. La dimensione spirituale della salute e i valori etici ad essa connessi, così come il ruolo educativo che in alcune culture è proprio della religione stessa, potrebbero essere utilizzati per implementare corretti stili di vita. Ne è dimostrazione l'attuale iniziativa dell'*Indonesian Smoking Control Foundation*, definita "Safari Ramadhan". Si tratta di un discorso su "fumo o salute" tenuto in diverse scuole islamiche (*madrasa*) durante il mese di digiuno; per un musulmano questo è un periodo favorevole per la cessazione, in quanto è proibito fumare durante le ore del giorno.

In conclusione, le regole religiose da sole probabilmente hanno una limitata influenza sulla riduzione dell'abitudine al fumo. Tuttavia, queste possono essere utili se strategicamente incorporate in idonee campagne informative e nei programmi di supporto alla cessazione. ■

**Nolita Pulerà**

(centro.antifumo@nord.usl6.toscana.it)  
Responsabile del "Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei danni indotti da Fumo di Tabacco". UO. Pneumologia. Azienda USL6 - Livorno

**Kamal Chaouachi**

(kamcha@gmail.com)  
Ricercatore in Antropologia e Tabaccologia - Parigi (Francia)

## Bibliografia

1. GLOBALink. Tobacco control country profiles 2003. www.globalink.org/tccp/.
2. R. Gritti, M. Allam, "Islam. Italia", Guerini e Associati Ed, 2001.
3. Muhammad al-Jibaly "Smoking: a social poisoning". The Qu'ran and Sunnah Society, 1996. www.qss.org/articles/smoking.html.
4. WHO East Mediterranean Regional Office "Islamic ruling on smoking". Cairo: WHO East Mediterranean Regional Office, 2006.
5. AR Gatrad, A Sheikh. Medical ethics and Islam: principles and practice. Arch Dis Child 2001; 84:72-75.
6. AR Doi. Shariah: The Islamic Law .London: Ta Ha 1984: 2-84
7. A Hameed, MA Jalil, R Noreen, I Mughal, S Rauf. Role of Islam in prevention of smoking. J Ayub Med Coll Abbottabad 2002; 4(1): 23-25.
8. GN Radwan, E Israel, M El-Setouhi, F Abdel-
9. Aziz, N Mikhail, MK Mohamed. Impact of religious ruling (fatwa) on smoking. J Egypt Soc Parasitol 2003; 33:1087-1101.
9. N. Ghouri, M Atcha, A Sheikh. Influence of Islam on smoking among Muslims. BMJ 2006; 332: 291-294.
10. Tobacco Free initiative. Meeting on Tobacco and Religion. Geneva, Switzerland, 3May 1999. WHO/NCD/TFI/99.12



# Tabagismo in Romania: problemi seri, soluzioni difficili



Antigona Trofor,  
Cornel Radu-Loghin

**A**ttualmente oltre un terzo dei Rumeni fuma<sup>1</sup>. Il presente articolo cercherà di rispondere alle seguenti domande: è stato lo stesso nel passato? Se così non è stato, cosa ha causato questo problema così rilevante per la salute pubblica del paese? Abbiamo una politica forte su questo problema? E se sì, chi ne è responsabile? Come aiutiamo i fumatori a smettere? E quali sono i diritti dei non fumatori?



In particolare focalizzeremo l'attenzione su: 1) gli strumenti attualmente a disposizione per ottenere il controllo del tabagismo come problema di salute pubblica; 2) i punti deboli della strategia attuale; 3) gli obiettivi di breve e lungo termine per ottenere un ambiente senza fumo.

## INCIDENZA DEI FUMATORI IN ROMANIA

Fino al 1990 il consumo di sigarette era coperto dalla produzione interna. In seguito, i cambiamenti politici e sociali hanno determinato un impatto econo-

mico in molti settori, come l'apertura del mercato interno alle multinazionali del tabacco. Il facile accesso a nuove marche di sigarette, prima non facilmente reperibili, ha causato un aumento del numero di fumatori e conseguentemente delle malattie correlate al tabacco. Secondo il Centro Nazionale di Statistica Medica (NMSC) il tasso di prevalenza dei fumatori è aumentato a partire dal 1990 (Tabella 1).

La distribuzione dei fumatori tra i due sessi è mostrata nella tabella 2.

La prevalenza dei fumatori è elevata anche tra i medici, ed altrettanto elevato è purtroppo il grado di accettazione sociale del tabagismo, mentre si riscontra una carenza di esperti nella cessazione del fumo.

Secondo i dati raccolti nel 1999,<sup>2</sup> la prevalenza dei fumatori tra i medici era infatti del 43,2%, raggiungendo addirittura, dato sconcertante, il 60,5% tra gli pneumologi maschi e il 40% tra le donne.

La legislazione attuale non bandisce completamente le pubblicità delle sigarette, anche se proibisce il fumo nella maggior parte dei locali pubblici; tuttavia consente che queste regole vengano

Anno	Prevalenza del fumo
1989	25,9%
1994	28,0%
2001	36,0%

Tabella 1.

Anno	Maschi fumatori	Donne fumatrici
1989	43,9%	11,3%
1994	42,7%	15,2%
2001	48,0%	25,0%

Tabella 2 (NMSC-2001).



facilmente ignorate, data la mancanza di controlli e sanzioni efficaci.

In effetti, la pubblicità dei prodotti del fumo si trova dappertutto, nelle strade, nei mass media, ai concerti e durante gli eventi pubblici. Oltre a questo, un pacchetto di sigarette costa solo 0.5-1 euro, rendendole quindi accessibili a tutti gli strati sociali. Molto spesso i non fumatori non sono consapevoli dei propri diritti, in particolare quello di non essere esposti al fumo passivo quando condividono gli stessi ambienti con i fumatori.

## COME MIGLIORARE LA SITUAZIONE?

Il movimento rumeno di controllo del tabagismo è principalmente rappresentato dal **Romanian Network of Smoking Prevention** (RNSP), fondato nel 2004 in seguito alla fusione di **Aer Pur Romania** (la prima e più importante associazione volta a tutelare sin dal 1994 i diritti dei non fumatori e a combattere i rischi di cancro), **Romtens foundation** (volta a proteggere i diritti dei lavoratori) e **la Società Rumena di Pneumologia**. Grazie ad Aer Pur nuove ed importanti iniziative riguardanti la prevenzione e la cessazione del fumo hanno recentemente avuto luogo in Romania. Importante è stata la collaborazione con numerose istituzioni quali la American Cancer Society, American Advocacy Institute, Romanian Antidrug Agency, European Respiratory Society (ERS), Ministero della Sanità Rumeno, Dipartimento di Salute Pubblica, Open Society Institute. Questi sono i punti chiave dei provvedimenti presi.<sup>3</sup>

- Dicembre 2001: primo corso per la formazione degli pneumologi nella cessazione del fumo
- Febbraio 2002: corsi sulla cessazione del fumo per medici, infermieri, sociologi, psicologi
- Luglio-Novembre 2002: prima campagna antifumo in Romania, con il supporto di Open Society Institute e Ministero della Sanità Rumeno
- Creazione di uno **Smoking Cessation Experts Network** in molte città e associazione dei rappresentanti rumeni negli organi internazionali, quali OMS, ERS, ENSP, FCA, INGCAT, ecc.

- Nel 2005 la Romania ha preso parte a numerosi progetti europei (Smoke Free Class competition, Adolescents Smoking Cessation, Quit & Win for teenagers)
- Sin dal 2002, la **Giornata Nazionale Libera dal Tabacco** ha avuto luogo nel terzo giovedì di novembre (Figura 3), resa possibile dalla partnership del Ministero della Salute con il Canale 2 della TV di Stato. Tale evento assume ogni anno proporzioni maggiori, coinvolgendo sempre più singoli individui ed enti governativi e non.

Dal 9 all'11 marzo 2006 si è tenuta a Iasi la **Prima Conferenza Nazionale "Tabacco e Salute"**, promossa da tutte le forze impegnate nel controllo del fumo in Romania (Figura 1). Alla conferenza, ampiamente documentata dai media nazionali, hanno partecipato importanti rappresentanti di UICC, ERS, IARC, Danish Cancer Society, ecc.

## CHI SI OCCUPA DEI PROGRAMMI DI CESSAZIONE DEL FUMO IN ROMANIA?

I programmi di cessazione del fumo sono assicurati, nel 90% dei casi, dagli pneumologi che lavorano negli ospedali delle grandi città. Vi sono inoltre poche situazioni privilegiate, vale a dire dipartimenti regionali di cessazione dal fumo, gestiti indipendentemente e finanziati regolarmente, presenti a Iasi, Bucarest e Timisoara.

La cessazione dal fumo non viene rimborsata dal governo, per cui i medici lavorano in tali programmi volontariamente ed i pazienti devono pagare interamente le terapie sostitutive della nicotina. Un altro problema è rappresentato dalla scarsità di farmaci anti-fumo disponibili: nel 2006 soltanto il bupropione idrocloride era disponibile.

Nella realtà dei fatti, i pazienti arruolati in questi programmi ricevono o attività di counseling e terapia comportamentale oppure la prescrizione del Bupropione, a secondo del giudizio del medico.



Figura 1 - Prima Conferenza Nazionale "Tabacco e Salute".



La pubblicità del fumo è ormai presente.



Bucarest (Romania).

In futuro la situazione dovrebbe migliorare, con la creazione di Servizi di Cessazione dal Fumo (SC), che prevederebbero il rimborso totale per l'attività dei medici e il rimborso almeno parziale per i costi della terapia. Nonostante tutte queste difficoltà,

è incoraggiante il fatto che ogni anno sempre più medici chiedono di ricevere un training specifico per aiutare i fumatori a smettere. Da un punto di vista storico, la cessazione dal fumo è fornita ai pazienti sin dal 2001. Inizialmente se ne occupavano solo gli pneumologi, poi in seguito sono stati coinvolti anche medici di base, internisti, cardiologi e psicologi. Le varie figure professionali si stanno organizzando in un Network, in modo da organizzare i programmi di cessazione a tutti i livelli. Pertanto un breve counseling di routine verrà fornito da tutti i medici ed infermieri, poi il counseling di lungo termine ed il follow-up verranno assicurati dai dipartimenti SC.

Due eventi sono stati determinanti per raggiungere questo obiettivo:

- **L'Interactive Course of Smoking Cessation** organizzato dall'ERS a Bucarest nel Dicembre 2004.
- I corsi di **Smoking Cessation for Health Professionals**, un progetto sviluppato dalla Società Rumena di Pneumologia a Bucarest nel 2005.

In sintesi, nell'ultimo decennio sono stati costruiti un network di esperti di tabaccologia e di cessazione del fumo e una politica efficace di prevenzione.

## OBIETTIVI FUTURI

I prossimi obiettivi sono l'implementazione della FCTC in Romania, in modo da allinearci alla regolamentazione dell'Unione Europea sull'uso del tabacco, e la promozione degli ospedali smoke-free in tutto il paese.

## PUNTI DEBOLI NEL CONTROLLO DEL TABACCO IN ROMANIA ALLA FINE DEL 2006

I punti deboli possono essere indicati come segue:<sup>4</sup>

- elevati tassi di prevalenza dei fumatori nella popolazione generale e tra i medici in particolare;
- la pubblicità del tabacco ancora legale;
- mancanza di finanziamenti per i servizi SC;
- assenza di rimborso per le terapie previste dai SC;
- mancanza di opzioni terapeutiche variegata e integrata per la dipendenza dal fumo di tabacco.

In conclusione, sebbene ci sia ancora una elevata incidenza del fumo, il controllo del tabacco in Romania ha fatto grandi passi in avanti ed ha raggiunto elevati livelli di efficienza, soprattutto se si considerano le risorse a disposizione. Attualmente sia i fumatori che i non fumatori possono contare su un network di esperti che possono proteggere il loro diritto alla salute. ■

► Traduzione e redazione di **Marco Mura**

**Antigona Trofor**

*Clinica delle Malattie Polmonari, Iasi, Romania*

**Cornel Radu-Loghin**

*President of Aer Pur, Romania*

### Bibliografia

1. Mihaltan F., "What a Romanian smoker does not know?" Medical Publishing House, Bucharest, 2001, 11-25.
2. <http://www.nututun.ro>
3. Trofor A., Radu-Loghin C., "Smoking: from habit to disease - 101 questions about smoking", Tehnopress Publishing House-Iasi, 2005, 2-nd Ed, p. 173, 270-7.
4. Trofor A., Didilescu C., Radu-Loghin C., "Overview of last 20 years of tobacco control in Romania: achievements and future challenges": thematic poster at 16-th annual Congress of ERS in Munich, 2-6 sept. 2006, published in abstract in ERJ, vol. 28, suppl.50 sept. 2006, p.203s.

# Fumo e adolescenti nell'Alto Friuli Evoluzione dei consumi (1998-2005) e correlazione con altri comportamenti di abuso

## *Tobacco smoke and adolescents in Alto Friuli - Italy: evolution of consumption and correlation with other drugs' abuse*

**Gianni Canzian**

### Riassunto

**Introduzione.** Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n°3 "Alto Friuli" rileva periodicamente l'uso di tabacco, alcol e droghe illegali nelle scuole medie inferiori e superiori. Questo articolo riassume i risultati delle rilevazioni relativamente al fumo di tabacco e alle sue correlazioni con l'abuso di altre sostanze psicotrope e con altre variabili (famiglia, risultati scolastici, abitudini, ecc.).

**Metodi.** Le cinque rilevazioni riassunte nell'articolo hanno interessato gli studenti di terza media inferiore e di seconda e quarta media superiore di tutte le scuole del territorio. Tutte le rilevazioni sono state effettuate attraverso questionari anonimi distribuiti agli studenti da operatori del Dipartimento delle Dipendenze, compilati direttamente in classe e immediatamente raccolti dagli operatori. Il consumo di tabacco viene incrociato con molte variabili (consumo di alcol e di altre droghe, tabagismo e alcolismo nei genitori, rendimento scolastico, benessere percepito, ecc.).

**Risultati.** Oltre ad offrire dati aggiornati sull'uso di tabacco fra gli studenti (e fra i loro genitori), gli incroci evidenziano una stretta correlazione fra fumo di tabacco (nei ragazzi, ma anche nei loro genitori) e l'abuso di alcol e droghe illegali, nonché fra fumo e altre aree di disagio.

**Conclusioni.** Ne emerge una diversa lettura del tabagismo: non più "cattiva abitudine", ma vera e propria tossicodipendenza, correlata ad altri aspetti problematici della storia dei fumatori, e spesso primo gradino verso l'abuso di alcol e droghe illecite. Dalle rilevazioni emerge una evidente sottovalutazione della reale pericolosità del tabagismo, ma anche un forte apprezzamento, anche da parte dei fumatori, della nuova normativa sul fumo.

**Parole chiave:** fumo di tabacco, adolescenti, scuole, comportamenti a rischio, abuso di droghe.

### Abstract

**Introduction.** The Department of drugs addiction of the "Alto Friuli" Health Unit periodically evaluates the consumption of tobacco, alcohol and illegal drugs in junior and senior secondary schools. The present article summarizes the surveys' results, including an analysis of the extent of tobacco smoking and its correlations with abuse of other drugs, and other variables (including family, scholastic performances, habits, etc).

**Methods.** The five surveys summarized in the article examined students attending all junior and senior secondary schools on the territory. All surveys have been carried out through anonymous questionnaires distributed to students from Department's operators, filled in the classroom and immediately collected by the operators. Tobacco consumption was correlated with several variables (consumption of alcohol and other drugs, smoking and alcoholism among parents, scholastic performances, perceived well-being, etc).

**Results.** The results of the surveys provided an update of tobacco consumption among students and their parents, and the correlation with other variables demonstrated a strong relationship between tobacco smoke and abuse of alcohol and illegal drugs.

**Conclusions.** This study points out a different concept of smoking habit, not only as a "bad habit", but also as true drug addiction, correlated to other problematic aspects of smokers' history, and often as the first step towards alcohol and illicit drug's abuse. From the surveys a clear undervaluation of real tobacco's dangerousness, but also a strong appreciation by the smokers of the new legislation, are emphasized.

**Keywords:** tobacco smoke, adolescents, schools, risk behaviors, drug abuse.

## INTRODUZIONE

Questo lavoro riassume, per la parte relativa al fumo di tabacco, i risultati di 5 successive rilevazioni, effettuate dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n°3 "Alto Friuli", dal 1998 al 2005, fra gli studenti delle scuole medie inferiori e

superiori del territorio dell'Alto Friuli (corrispondente all'area montana e pedemontana della provincia di Udine). Le rilevazioni comprendevano anche l'uso di alcol, inalanti e droghe illegali, i livelli di soddisfazione in diverse aree di vita, le attività preferite, il consumo di alcol e tabacco fra i genitori, l'an-

damento scolastico, il tipo di scuola, le opinioni degli intervistati su aspetti quali la pericolosità, le cause e gli effetti dell'uso delle diverse droghe. Questo ha permesso di incrociare numerosi dati con le abitudini al fumo degli studenti; le correlazioni più significative verranno quindi di seguito descritte.

**Gianni Canzian**

psichiatra, responsabile del Dipartimento delle Dipendenze dell'A.S.S. n°3 "Alto Friuli"

## MATERIALI E METODI

Tutte le rilevazioni sono state effettuate attraverso questionari anonimi distribuiti agli studenti da operatori del Dipartimento delle Dipendenze, compilati direttamente in classe e immediatamente raccolti dagli operatori.

Questa modalità ha come limite una minor riservatezza nel corso della compilazione. Presenta peraltro il vantaggio di evitare gli errori statistici legati alla quota di non-responders, inevitabile quando consegna e raccolta dei questionari vengono effettuati in momenti diversi, e le possibili influenze da parte della famiglia, degli insegnanti o degli amici.

Le rilevazioni sono state effettuate nel 1998, 1999, 2001, 2002 e 2005, e comprendevano gli studenti di terza media inferiore e gli studenti delle seconde e quarte medie superiori. Non vi è stata necessità di randomizzare il campione, in quanto nella maggior parte dei casi per ciascuna classe è stata raggiunta l'intera popolazione di studenti del territorio.

Le prime rilevazioni differivano fra loro come contenuti e come target, mentre nel 2002 e 2005 i questionari, corretti dall'esperienza, sono stati riproposti alle stesse classi e con le stesse caratteristiche.

La rilevazione del 1998 era rivolta alla totalità degli studenti delle classi quarte superiori del territorio (n=572) e a circa la metà degli studenti di seconda superiore (n=271). Venivano raccolti dati sull'uso di tabacco, alcol e droghe illegali, nonché su abitudini, interessi e livello di soddisfazione in varie aree della vita.

La rilevazione del 1999 esplorava

gli stessi campi (limitatamente però alle droghe legali), ed era rivolta alla totalità degli studenti di seconda media superiore (n=543) e a circa la metà degli studenti di terza media inferiore (n=268)

La rilevazione del 2001 coinvolgeva gli studenti di terza media inferiore (n=376, due terzi del totale), ed esplorava il consumo di tabacco degli studenti e dei loro familiari.

Le rilevazioni del 2002 e del 2005 infine coinvolgevano la totalità degli studenti di seconda e quarta media superiore di tutte le scuole del territorio (nel 2002 n=1043, nel 2005 n=1052); riprendendo la rilevazione del 1998, venivano raccolti dati sull'uso di tabacco, alcol e droghe illegali, nonché sul livello di benessere in varie aree della vita.

## RISULTATI

### A) epidemiologia dell'abitudine al fumo

#### 1) Dati sul consumo di tabacco fra gli studenti di scuola media superiore.

Mentre dal 1998/99 al 2002 il numero di fumatori appare in crescita (le percentuali non sono peraltro direttamente confrontabili per la diversa metodologia di indagine), le rilevazioni, svolte con analogo metodologia, del 2002 e 2005 indicano un'inversione del trend di crescita, con un netto aumento (dal 49 al 56%) del numero di soggetti che dichiara di non aver mai fumato, né abitualmente, né in modo occasionale (tabella 1)

Il dato riguarda soprattutto le classi seconde, nelle quali la percentuale di

non fumatori sale dal 50 al 60%, con un calo sostanziale dei fumatori occasionali (dal 23 al 15%) e assai più ridotto (dal 25 al 23%) dei fumatori abituali, mentre la riduzione dei fumatori nelle classi quarte è molto ridotta e non statisticamente significativa.

Una possibile lettura di questa variazione può trovarsi nell'annuncio e poi nella realizzazione (nel 2005) della nuova normativa che vieta il fumo nei locali pubblici. Sembra infatti ridursi l'arruolamento di nuovi fumatori occasionali, arruolamento che con frequenza avveniva proprio nelle molte ore trascorse con gli amici in bar, pubs e altri locali. Poiché, come noto, in gran parte dei casi con gli anni il fumo occasionale si fa continuativo, questo dato può suggerire un effettivo rilevante impatto della legge sul numero di futuri nuovi tabagisti (confermando che in adolescenza un serio intervento normativo, condivisibile, al contrario delle attuali leggi sulla droga, anche dagli stessi consumatori, è probabilmente più efficace di molti pur raffinati progetti preventivi).

La tabella evidenzia anche l'avvenuto sorpasso delle fumatrici femmine sui fumatori maschi. La riduzione dei fumatori riguarda infatti soprattutto il sesso maschile, nel quale i non fumatori sono cresciuti di ben 10 punti percentuali, contro solo 3 punti nelle ragazze. Seguendo un trend iniziato ormai molti anni fa, le fumatrici donne per la prima volta hanno superato percentualmente i compagni maschi. Questo, purtroppo, si ripercuoterà sulla salute futura delle donne, in passato protette dalle tipiche malattie da fumo (tumori e malattie cardiovascolari) che colpiscono la popolazione maschile e che in parte, assieme

Tab. 1 Fumo di tabacco nelle medie superiori	Rilevazione 2002 (n=1043)					Rilevazione 2005 (n=1052)				
	Maschi	Femmine	classi 2°	classi 4°	Totale	Maschi	Femmine	classi 2°	classi 4°	Totale
Non ho mai fumato (o solo provato senza proseguire)	47%	51%	50%	47%	49%	57%	54%	60%	49%	56%
Fumo occasionalmente (non tutti i giorni)	21%	23%	23%	21%	22%	15%	19%	15%	20%	17%
Fumo abitualmente (tutti i giorni)	28%	23%	25%	27%	26%	25%	25%	23%	27%	25%
Fumavo in passato, ma ora non fumo	4%	3,1%	2,6%	4,7%	3,6%	3,2%	2%	2,3%	3,2%	2,7%

alle malattie da alcol, ne spiegano la minor aspettativa di vita. Un dato invece negativo, ma in linea con i dati nazionali, è l'anticipo dell'età di inizio: nel 2005 dice di aver iniziato prima dei 14 anni (per la quasi totalità fra gli 11 e i 13 anni) il 30,4% dei fumatori, dato molto superiore al 22,6% del 2002. Il dato preoccupa anche perché, come noto, la mortalità da fumo è fortemente correlata alla precocità dell'inizio.

Sempre nel 2005 fra i fumatori abituali il 46% (39% nei maschi e 55% nelle ragazze) fuma fra 1 e 5 sigarette al giorno, il 36% (40% nei maschi e 31% nelle ragazze) fuma fra 6 e 10 sigarette, e il 18% (21% nei maschi e 14% nelle ragazze) fuma fra 11 e 20 sigarette (quasi nessuno dichiara consumi superiori).

## 2) Dati sul consumo di tabacco fra gli studenti di scuola media inferiore.

I dati (tabella 2) si rifanno a due successive ricerche, svolte nel 1999 e nel 2001 (la prima coinvolgeva circa metà degli studenti di terza media delle scuole del territorio, la seconda circa due terzi).

A fronte del marcato aumento del fumo fra le ragazze, restano immutate le percentuali di fumatori fra i maschi. Anche qui i due sessi, nella prima rilevazione fortemente differenziati, nella

seconda presentano sostanzialmente le stesse percentuali. In parte si tratta probabilmente di un semplice anticipo dell'età di inizio fra le ragazze, in parte appare frutto dello stesso trend che, alcuni anni dopo (quelli necessari per passare alla seconda e quarta superiore), sarà riscontrato nelle due indagini sopra descritte del 2002 e 2005.

## 3) Desiderio di smettere (dati 2005, 2° e 4° superiore)

Nei fumatori abituali (tabella 3) prevale, come prevedibile per l'età, un atteggiamento pre-contemplativo (non mi pongo il problema) o "contemplativo" (prima o poi cercherò di smettere, ma non ora), mentre solo il 17% degli intervistati si dice determinato a smettere<sup>8</sup>. Va sottolineato, a conferma della forte e rapida potenzialità tossicomaniaca del tabacco, che già a 15-17 anni una percentuale significativa di fumatori dichiara di non riuscire a smettere pur volendolo.

## 4) Atteggiamento verso la nuova normativa sul fumo (dati 2002 e 2005)

Interessante, e confortante, è l'adesione (tabella 4) fortemente maggioritaria anche fra i fumatori abituali, alla recente legge che vieta il fumo nei locali pubblici, dato rilevato anche nel 2002, quando il

divieto era ancora solo un'ipotesi. In questo caso i cittadini, anche giovanissimi, si sono rivelati più maturi e sensibili dei legislatori, che solo per la forte (e spesso solitaria) pressione di due successivi ministri della salute (Veronesi e Sirchia) hanno infine varato, fra molti dubbi (di tipo elettorale), e qualche successivo ripensamento, l'attuale normativa<sup>10</sup>.

## 5) Percezione della pericolosità delle principali droghe

Nella rilevazione del 2002 (2° e 4° superiori, n=1043) alcuni items riguardavano la percezione di pericolosità delle principali droghe (mortalità correlata, capacità di indurre dipendenza, pericolosità complessiva). Nella tabella 5 vengono riassunte le valutazioni relative al numero di decessi. È evidente come il tanto "parlare di droga" che in questi anni riempie giornali, dibattiti televisivi, interventi politici, progetti preventivi, non abbia certo aiutato i giovani (ma anche gli adulti) a costruirsi un'opinione realistica. Colpisce infatti sia l'estrema dispersione delle risposte, sia la marcata sottovalutazione dei decessi da alcol e fumo (per entrambi il valore medio delle risposte è di "alcune migliaia"), sia la marcata sopravvaluta-

Tab. 2 - Fumo di tabacco nelle terze medie inferiori	Rilevazione 1999 (n=265)			Rilevazione 2001 (n=376)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Non fumo	78,9%	93,9%	86,3%	78,9%	79,5%	79,3%
Fumo occasionalmente (non tutti i giorni)	15,8%	4,6%	10,3%	15,8%	15,1%	15,4%
Fumo abitualmente (tutti i giorni)	5,3%	1,5%	4,4%	5,3%	5,4%	5,3%

Tab. 3 - Se già fumi abitualmente (almeno una sigaretta tutti i giorni), vorresti smettere?		
2005 (n=259)	No, fumare mi piace	6%
	Per ora non mi pongo il problema	34%
	Prima o poi sì, ma sono giovane e ci penserò fra qualche anno	30%
	Sì, voglio seriamente provarci	17%
	Vorrei smettere, ma non ci riesco	13%

Tab. 4 - Cosa ne pensi del divieto di fumare in tutti i locali pubblici?		Sono d'accordo	Sono contrario
2005 (n=966) P<0,0001	Non hanno mai fumato	98,3%	1,7%
	Solo sperimentazione (senza continuare)	96,8%	3,2%
	Fumo occasionale (non tutti i giorni)	85,8%	14,2%
	Fumo abituale (tutti i giorni)	70,7%	29,3%

Tab. 5 – Decessi droga-correlati	Nessun decesso	Alcuni decessi	Decine di decessi	Centinaia di decessi	Ca. 1000 decessi	Migliaia di decessi	10-20.000 decessi	30-40.000 decessi	50-100.000 decessi
Tabacco-correlati	1,7%	6,3%	7,3%	15,2%	10,9%	19,7%	14,4%	13,7%	10,8%
Alcol-correlati	1,3%	3,9%	7,8%	14,9%	11,2%	25,1%	15,1%	13,5%	7,2%
THC-correlati	10,1%	18,0%	15,7%	17,4%	9,1%	15,0%	7,5%	4,6%	2,6%
Ecstasy-correlati	0,3%	5,0%	14,8%	23,0%	13,2%	19,6%	11,2%	7,7%	5,1%
Eroina-correlati	0,3%	3,4%	9,4%	21,4%	12,9%	22,9%	12,6%	10,6%	6,5%
Cocaina-correlati	0,8%	4,1%	10,8%	21,1%	14,6%	20,4%	12,2%	9,7%	6,2%

Tab. 6 Fumo nei genitori	Terze medie inferiori 2001		2°/4° medie superiori 2002		2°/4° medie superiori 2005		Media delle tre rilevazioni		
	Padri	Madri	Padri	Madri	Padri	Madri	Padri	Madri	Totale
Non hanno mai fumato	33,0%	45,3%	31,4%	50,3%	33,3%	46,0%	32,6%	47,2%	39,9%
Fumo occasionale (non tutti i giorni)	9,4%	7,5%	7,3%	8,2%	7,4%	8,8%	8,0%	8,2%	8,1%
Fumo abituale (tutti i giorni)	29,2%	24,5%	25,2%	22,5%	25,1%	21,9%	26,5%	23,0%	24,8%
Fumavano, ma ora hanno smesso	28,3%	22,6%	36,1%	18,9%	34,2%	23,2%	34,2%	21,6%	27,9%

Tab. 7 – Rendimento scolastico e fumo (maschi 17-18 anni)		Mai fumato (o solo provato)	Fumo occasionale	Fumo abituale	Fumavo, ma ho smesso	(abusi alcolici frequenti)
2005 (n=271)	In regola con gli studi (n=170)	66%	16%	15%	3,7%	14%
	Ripetenti (n=81)	33%	15%	49%	3%	33%

zione dei decessi per uso di cannabis, cocaina ed ecstasy. È l'allarme mediatico, e non la realtà, a condizionare le risposte. Così all'ecstasy, che ha mortalità quasi nulla, vengono attribuiti migliaia di decessi; del resto quante volte abbiamo letto che è l'ecstasy la causa delle "stragi del sabato sera", in realtà per la quasi totalità causate da alcol e sonno? Solo il 10,8% degli intervistati valuta invece correttamente la mortalità da tabacco, mentre quasi un ragazzo su tre (il 30,5%) attribuisce al fumo al massimo qualche centinaio di decessi.

## 6) Dati sul consumo di tabacco fra i genitori degli studenti

Nelle ultime tre rilevazioni agli studenti è stato chiesto anche di indicare le abitudini al fumo dei genitori. Come si vede in tabella 6 i dati, sovrapponibili con qualche differenza (in parte legata anche alla diversa età degli studenti), indicano un 40% di genitori mai stati fumatori (con netta

prevalenza delle madri, 47,2% contro il 32,6% nei padri), un 8% di fumatori occasionali, un 25% di fumatori abituali (con modesta prevalenza dei padri) e un 28% di ex fumatori (fra questi, in linea con i dati nazionali, prevalgono nettamente i padri: 34,2% contro il 21,6% delle madri).

## B) correlazioni

### 1) Fumo e rendimento scolastico ( $p < 0,0001$ )

Così come l'abuso di alcol e di altre droghe, anche il fumo di tabacco è fortemente correlato al rendimento scolastico (tabella 7). Nella rilevazione sulle scuole medie superiori del 2005 (analogamente a quella del 2002) fra i ripetenti il numero di fumatori è doppio rispetto a chi è in regola con gli studi, e più che triplo se consideriamo solo i fumatori abituali. Vengono qui considerati solo i maschi (il dato sulle ragazze è analogo ma non statisticamente significativo per il basso nume-

ro di ragazze ripetenti), e un'unica fascia di età (17-18 anni) per evitare che sul dato giochi l'abituale maggior età dei ripetenti. La forte correlazione fra abusi e bocciature è verosimilmente frutto di tratti di personalità (impulsività, difficoltà cognitive, deficit dell'attenzione, ansia sociale, tono negativo dell'umore, orientamento al presente, ecc.) che, come molte ricerche confermano<sup>2,3,6</sup> sono alla base sia degli insuccessi scolastici, sia dell'uso di alcol, tabacco e droghe illegali.

### 2) Fumo e tipo di scuola ( $p < 0,0001$ )

Ritroviamo qui (tabella 8, riferita al 2005, ma con risultati sovrapponibili a quelli del 2002), pur se in modo meno marcato, la stessa distribuzione sopra indicata per il rendimento scolastico. Il dato qui comprende l'intera popolazione, maschile e femminile, ed è pesato per sesso per evitare che questo incida sul risultato. La spiegazione più probabile è che, come facilmente comprensibile, i tratti di personalità sopra elencati

Tab. 8 – Tipo di scuola e uso di tabacco		Mai fumato (o solo provato)	Fumo occasionale	Fumo abituale	Fumavo, ma ho smesso	(abusi alcolici frequenti)
2005 (n=1052)	Licei (n=344)	61%	20%	16%	3,8%	24%
	Ist. tecnici e professionali (n=708)	53%	16%	29%	2,1%	37%

Tab. 9 – Rapporto fra fumo nei genitori e fumo nei figli		Mai fumato	Solo provato	Fumo occasionale	Fumo abituale	Fumavo, ma ho smesso
2005 (n=578)	Nessun genitore ha mai fumato (n=208)	38%	29%	14%	17%	1%
	Uno o due genitori fumatori abituali (n=370)	21%	25%	17%	35%	3%

Tab. 10 – Fumo nei genitori e abuso di alcol, BDZ e droghe illegali nei figli		Abusi alcolici frequenti (almeno una volta al mese)	Uso di ansiolitici (spontaneo o su prescrizione medica)	Uso life-time (almeno una volta nella vita) di droghe illegali			
				Cannabis	Ecstasy	Cocaina	Popper
2005 (n=578)	Nessun genitore ha mai fumato	14%	4%	24%	0,5%	1,4%	2,9%
	Uno o due genitori fumatori abituali	24%	11%	42%	2,4%	4,4%	5,4%

Tab. 11 – Fumo e abuso di alcolici		Assenza di abusi alcolici	Abusi occasionali (- di una volta al mese)	Abusi frequenti (+ di una volta al mese)
2005 (n=1052) P<0,0001	Non hanno mai fumato	81%	16%	3%
	Solo sperimentazione (senza continuare)	44%	42%	14%
	Fumo occasionale (non tutti i giorni)	35%	42%	23%
	Fumo abituale (tutti i giorni)	16%	44%	40%

giochino un ruolo anche nella scelta del tipo di scuola. Anche qui troviamo un andamento analogo anche per gli abusi alcolici (il dato indica chi eccede con l'alcol almeno una volta al mese o più), nonché per l'uso di droghe illegali.

### 3) Influenza delle abitudini al fumo dei genitori (P<0,0001)

Qui vengono riportati i dati dell'ultima rilevazione (2005); anche qui comunque nel 2002 i risultati erano sovrapponibili. Per semplificare il confronto le coppie genitoriali sono state suddivise, rispetto al fumo, in tre categorie: nessuno dei genitori è mai stato fumatore, almeno uno (o entrambi) i genitori fuma abitualmente, e una terza categoria che raccoglie tutte le varie situazioni intermedie, categoria qui non considerata perché più ambigua.

In tabella 9 appare evidente l'importante correlazione fra fumo nei genitori e fumo nei figli, soprattutto per quanto riguarda i figli fumatori abituali (più del doppio fra i figli di fumatori). Qui gli stu-

denti non fumatori sono stati suddivisi in due gruppi: studenti che non hanno mai acceso una sigaretta e studenti che hanno provato ma senza poi proseguire. Mentre i primi prevalgono nettamente fra i figli di non fumatori, i secondi si collocano a metà strada (il fumo dei genitori favorisce quindi, come del resto prevedibile, anche la semplice "sperimentazione").

Mentre la correlazione fra fumo dei genitori e dei figli è tutto sommato prevedibile (emulazione, maggior tolleranza, predisposizione ereditaria, ecc.), è particolarmente interessante notare (tabella 10) come il fumo dei genitori sia fortemente correlato anche all'abuso di altre droghe, legali ed illegali (il doppio o il triplo fra i figli di fumatori rispetto ai figli di chi non ha mai fumato). Poiché qui emulazione e tolleranza ambientale non sono in gioco, il dato appare confermare l'esistenza di una generica predisposizione all'uso di droghe su base almeno in parte ereditaria. Per quanto

riguarda le droghe illegali è stato valutato l'uso life-time (almeno una volta nella vita) perché il numero dei consumatori frequenti, fatta eccezione per la cannabis, nel campione considerato è irrisorio.

### 4) Rapporto fra fumo e uso/abuso di alcol, inalanti e droghe illegali

Il rapporto fra fumo di tabacco e uso di alcol e droghe illegali è talmente stretto da poter dire che, almeno in adolescenza, chi non fuma è sostanzialmente immune dall'uso di altre droghe lecite o illecite (tabelle 11, 12, 13 e 14)

In tutte le tabelle sopra esposte la quasi totalità di chi non ha mai provato a fumare non ha mai sperimentato l'uso di inalanti e droghe illegali, né abusi alcolici non occasionali. Al contrario, fra gli adolescenti che già fumano quotidianamente l'abuso di altre droghe è frequentissimo: il 40% (contro il 3% di chi non ha mai fumato) è soggetto a frequenti abusi di sostanze alcoliche, il 73% (contro il 3%) ha fatto uso di hashish, il

Tab. 12 – Fumo e uso di hashish		Uso assente	Uso sporadico	Uso frequente
2005 (n=1052) P<0,0001	Non hanno mai fumato	97%	2%	1%
	Solo sperimentazione (senza continuare)	77%	17%	6%
	Fumo occasionale (non tutti i giorni)	61%	20%	19%
	Fumo abituale (tutti i giorni)	27%	21%	51%

Tab. 13 – Fumo e uso di inalanti		Mai usati	Usati almeno una volta
2005 (n=1052) P<0,0001	Non hanno mai fumato	96%	4%
	Solo sperimentazione (senza continuare)	95%	5%
	Fumo occasionale (non tutti i giorni)	86%	14%
	Fumo abituale (tutti i giorni)	76%	24%

Tab. 14 – Fumo e uso di qualsiasi altra droga (escluso alcol)		Mai usate	Usate almeno una volta
2005 (n=1052) P<0,0001	Non hanno mai fumato	93%	7%
	Solo sperimentazione (senza continuare)	73%	27%
	Fumo occasionale (non tutti i giorni)	56%	44%
	Fumo abituale (tutti i giorni)	26%	74%

Tab. 15 – 2° e 4° medie superiori: socialità e fumo di tabacco			Fumo assente	Fumo occasionale	Fumo frequente
1998 (n=840) P<0,0001	Quanto vai in discoteca?	Raramente o mai	58%	17%	25%
		Abbastanza o spesso	32%	20%	48%
	Quanto frequenti bar, pizzerie, altri locali pubblici?	Raramente	72%	14%	14%
		Abbastanza o spesso	40%	20%	40%

24% (contro il 4%) ha fatto uso di inalanti, e, escludendo l'alcol (il cui semplice uso di per se è poco significativo), complessivamente il 74% (contro il 7%) ha fatto uso di qualche droga.

Appare interessante come gli "sperimentatori" (chi non fuma, ma ha comunque provato senza poi continuare) siano comunque molto più a rischio, rispetto a chi non ha nemmeno provato, di sperimentare anche altre droghe, anche se molto meno dei fumatori e in genere comunque in modo occasionale e scarsamente problematico (più che una "propensione all'uso", si tratta quindi di una "predisposizione alla sperimentazione", caratteristica peraltro tipicamente frequente in adolescenza).

La strettissima e diretta correlazione fra fumo di tabacco e abuso di altre droghe, frequente fra chi fuma e quasi assente fra i non fumatori, porta a rivedere la vecchia e politicamente abusata affermazione che sia lo "spinello" la porta maestra d'accesso a tutte le

altre droghe. In realtà dai dati è del tutto evidente che il tabagismo (che, ricordo, è una delle poche vere tossicodipendenze, anche se quasi mai viene considerata sotto questa luce) è quasi sempre la prima vera droga di iniziazione per chi poi abuserà di alcol o droghe illegali (ovviamente non tutti i fumatori usano droghe, ma quasi tutti quelli che usano droghe hanno iniziato con il tabacco). Oltre alla stretta correlazione, è del resto evidente anche una sequenzialità temporale: considerando gli studenti di quarta superiore, 14.4 anni è l'età media di inizio del fumo abituale, 14.8 quella del primo episodio di ebbrezza, 15.4 quella della prima assunzione di cannabis.

Alla base di questo dato, già evidenziato, con risultati sovrapponibili, nell'analoga indagine svolta nel 2002, ci possono essere sia una predisposizione neurobiologica all'abuso (come suggerisce anche la già ricordata correlazione fra fumo nei genitori ed abuso di droghe e alcol nei figli), sia

un atteggiamento, caratteristico delle personalità "sensation seeking", portato alla continua ricerca di sperimentare comportamenti a rischio ed emozioni e sensazioni forti, sia più genericamente una scarsa attenzione alla propria salute e alle possibili conseguenze nel tempo dei propri comportamenti.

Ovviamente tutto questo non deve portare a criminalizzare il fumo di tabacco come si è fatto per il fumo di hashish, ma deve (o almeno "dovrebbe") evidenziare l'incoerenza di chi, spesso egli stesso tabagista, promuove politiche fortemente repressive verso i consumatori di cannabis e contemporaneamente frena su possibili leggi che tutelino maggiormente i cittadini dai rischi del fumo (e dell'alcol). Ovviamente va scoraggiato l'uso di qualsiasi droga, ma, in questi ultimi anni, sentire tanti politici tabagisti (e quindi affetti da una tossicodipendenza che ogni anno porta a morte 90.000 italiani, fra cui anche non

pochi fumatori passivi) spiegare che punire penalmente chi viene trovato a consumare spinelli "è doloroso, ma necessario per evitare che i giovani si facciano del male", è davvero, scientificamente ed eticamente, scoraggiante.

### 5) Rapporto fra fumo (e abuso di alcolici e cannabis) e benessere/malessere in altre aree esistenziali.

In modo sostanzialmente sovrapponibile, in entrambe le indagini del 1998 e del 2005 rivolte agli studenti di scuola media superiore, confrontando i consumi di alcol, tabacco e cannabis con i livelli di benessere percepito nelle varie aree della vita, emerge un dato interessante: mentre, come prevedibile, un minor benessere (in famiglia, a scuola, nelle aspettative verso il futuro) è associato a maggiori problemi di abuso, il dato si rovescia quando si parla di benessere relazionale con i propri coetanei. Gli abusi sono infatti maggiori fra chi dichiara di avere positive relazioni amicali e minori fra chi si dichiara più in difficoltà.

Questa apparente contraddizione nasce dalla doppia valenza delle droghe più diffusamente utilizzate (alcol, tabacco e cannabis): a volte (specie quando l'uso è massiccio) segno di disagio psicologico, altre volte semplice (anche se non scevro di rischi) rito giovanile, espressione di appartenenza al gruppo, di modelli condivisi, anche in persone emotivamente e socialmente integre. In quest'ultimo caso gli abusi alcolici (ma anche di droghe illegali) abitualmente si riducono fino a scomparire, senza strascichi negativi,

con la maturità, ma questo purtroppo non vale per il fumo, la cui potenzialità tossicomaniaca è tale da perpetuarne l'uso anche quando sono ormai scomparse le motivazioni che ne avevano portato all'inizio.<sup>7</sup>

Analogamente (tabella 15) anche la frequenza di occasioni di socialità fra pari (dati 1998, relativi alle classi 2° e 4° superiori) è correlata, sia nei maschi che nelle femmine, all'abuso di alcol, tabacco e cannabis, nettamente superiore in chi frequenta abitualmente locali pubblici. Analoghi risultati offre la ricerca svolta nel 1999 e rivolta ai soli studenti di 2° media superiore.

## CONCLUSIONI

Oltre a confermare sostanzialmente i dati epidemiologici<sup>4,5</sup> già noti a livello nazionale (a differenza di altre droghe, il numero di fumatori e il trend dei consumi non variano sostanzialmente nelle diverse aree nazionali), dalle varie rilevazioni emergono vari dati degni di nota.

Le strettissime correlazioni fra fumo di tabacco (sia negli intervistati, che nei loro genitori) e l'uso di alcol e droghe,<sup>9</sup> ma anche fra fumo e disagio e fra fumo e rendimento scolastico, confermano la necessità di superare la vecchia percezione del fumo come "pericolosa abitudine". Il tabagismo deve infatti essere connotato come una vera tossicodipendenza, condizionata da fattori ambientali e culturali, ma, in accordo con le più recenti acquisizioni sulle dipendenze, anche da fattori neurobiologici, in parte ereditari.

Il tabagismo, ben più della can-

nabis, va anzi letto come un indice di rischio anche rispetto agli abusi di alcol e droghe illegali (non tutti i fumatori usano altre droghe, ma, almeno nelle fasce di età considerate, chi non fuma ne è sostanzialmente immune). Politiche serie (come ad esempio il recente divieto di fumare nei locali pubblici) che disincentivano l'abuso di tabacco e alcol, potrebbero ridurre anche l'uso di droghe illegali ben più delle attuali costose, ideologiche e sostanzialmente inefficaci politiche repressive.

Del resto strategie coerenti e non demagogiche vengono apprezzate anche dagli stessi consumatori. I giovani intervistati infatti, compresi i fumatori abituali, in grande maggioranza apprezzano la recente normativa sul fumo (pur votata con tante esitazioni).

Va infine sottolineata l'assenza, già evidenziata in altre indagini<sup>4</sup>, di conoscenze realistiche sui pericoli connessi alle varie droghe, complice un'informazione che gioca sull'allarme sociale più che su una valutazione obiettiva dei rischi. Un'overdose da eroina, ad esempio, riempie le pagine delle cronache locali, ma quando mai si legge "ucciso dal fumo" o "famiglia distrutta dall'alcol"? Eppure sono situazioni centinaia di volte più frequenti.

C'è quindi ampio spazio per costruire strategie efficaci e scientificamente corrette, sia nel campo della prevenzione, che in quello delle tecniche di cessazione, della più diffusa, tenace, letale ma ancora misconosciuta tossicodipendenza. ■

## Bibliografia

- Bulgheroni P, Bulgheroni A, Giametta P, Gandini MC. Opinioni di un gruppo di giovani sul rapporto tra fumo e cancro orale. *Tabaccologia* 2006; 2: 34-36.
- Chiamulera C. Genetica & tabagismo. *Tabaccologia*, 2003; 1: 29-32.
- Chiamulera C. Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali. *Tabaccologia* 2005; 2s:33-37.
- Rossi S, Mortali C, Mazzola M, Mattioli D, Spoletini R, Pacifici R. Il fumo in Italia. OSFAD - Istituto Superiore di Sanità (<http://progetti.iss.it/ofad>)
- Zagà v. DOXA-OSSFAD. Rapporto 2006 sul fumo di tabacco in Italia. *Tabaccologia* 2006; 2: 11-12.
- Gerra G. et al. Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal humans. *Neuropsychobiology*. 1999; 39: 207-213.
- Poropat C. et al. Il fumo negli adolescenti: dall'uso alla dipendenza. *Tabaccologia* 2005; 1: 29-34.
- Prochaska e Di Clemente. Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consul Clin Psychol* 1983;51:390-395
- Tinghino B, Rossin L. Tabagismo: dipendenza minore? Correlazioni fra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti. *Tabaccologia* 2006; 1:23-26.
- Tomiz R, Poropat C. Effetti della legge 3/03 sul divieto di fumo nei locali pubblici. *Tabaccologia* 2005; 4: 5-6.

# Abitudine al fumo di tabacco e adesione a stereotipi anti-cessazione

## *Tobacco addiction and use of anti-cessation stereotypes.*

Domenico Enea, Stefania Palermo, Rosanna Marchetti, Nicoletta De Luca

### Riassunto

**Introduzione.** Il Tabagismo è definito nel DSM IV come una dipendenza patologica. Il comportamento tabagico provoca circa 5.000.000 di morti l'anno nel mondo, 80-90.000 in Italia. Frequentemente i fumatori sottovalutano i rischi derivanti dal fumo, e ricorrono all'uso di stereotipi per giustificare, a se stessi e agli altri, il loro comportamento.

**Metodi.** Nel periodo ottobre 2005-Marzo 2006 è stato somministrato un foglio contenente 22 stereotipi a 140 soggetti: 70 provenivano dal servizio di Fisiopatologia Respiratoria del nostro Ospedale, quindi erano soggetti "malati" (gruppo A), e 70 si erano presentati presso il Servizio antifumo dello stesso Ospedale per partecipare a un programma terapeutico di cessazione del fumo.

**Risultati.** Dai risultati del nostro studio si può notare che i soggetti volontariamente in terapia antitabagica avevano una visione del problema del tabagismo più oggettiva di coloro che non avevano maturato la scelta consapevole di smettere di fumare, anche se questi erano già affetti da patologie fumo-correlate (gruppo A): infatti, da un punto di vista qualitativo, i soggetti del gruppo A tendevano a utilizzare più frequentemente quasi tutti gli stereotipi proposti, anche se non sempre la differenza quantitativa, nelle risposte, è risultata significativa.

**Conclusioni.** Si conferma che il fumatore è spesso "costretto" a non prendere atto della realtà, a rifugiarsi in uno stato di non completa consapevolezza, per poter continuare a soddisfare la propria dipendenza minimizzando i propri disagi e sensi di colpa.

**Parole chiave:** *tabagismo, disassuefazione dal fumo, stereotipi*

### Abstract

**Introduction.** Tobacco addiction is defined by the DSM IV as a pathological dependency. Tobacco use causes 5.000.000 deaths yearly, 80-90,000 in Italy. Frequently, smokers underestimate the harm caused by smoke and resort to the use of stereotypes in order to justify, to themselves and to others, their behaviour.

**Methods.** During the period between October 2005 and March 2006, a form containing 22 stereotypes was distributed to 140 subjects: 70 from the Respiratory Physiopathology Service of our hospital, considered as the "sick" subjects (group A) and 70 subjects who had contacted the anti-smoking therapeutic program of the same hospital.

**Results.** The subjects who voluntarily went into a smoking-cessation program had a more objective view of the tobacco problem than those subjects who had not matured a choice to stop smoking, even though they were afflicted by smoke related pathologies (group A). In fact, from a qualitative point of view, the subjects of group A tended to use almost all the proposed stereotypes more frequently, even if the quantitative difference in the answers was not significant.

**Conclusions.** This research confirms that the smoker is often "forced" not to face reality, in order to take refuge in a state of incomplete awareness, in order to continue to satisfy his dependence, trying to minimize his discomforts and sense of guilt.

**Keywords:** *tobacco addiction, smoking cessation, stereotypes.*

## INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco costituisce, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la "prima causa di morte prematura e di malattia prevenibile",<sup>1</sup> essendo responsabile di circa 5 milioni di morti annue nel mondo, di cui 80-90000 solo in Italia.<sup>2,3</sup> Sempre secondo l'OMS, si calcola che nel mondo fumino attualmente 1,2 miliardi di persone, ovvero circa il 30% dei

soggetti al di sopra dei 15 anni e che, se la tendenza attuale si manterrà nel prossimo futuro, nel 2020 le morti saliranno a 10 milioni l'anno. In Italia, i fumatori sono stimati essere 12,2 milioni, cioè il 24,3% della popolazione al di sopra dei 14 anni.<sup>3,17</sup> Questa alta prevalenza di consumatori abituali di tabacco potrebbe apparire un fenomeno molto strano, se si considera che, per esempio, molte persone hanno un'avversione, quando

non un vero terrore, per gli OGM (per i quali, finora, non esistono evidenze certe di danni alla salute) e, anche se magari si tratta di fumatori, non consumerebbero mai prodotti di tal genere. Oppure si pensi ai comportamenti di massa totalmente irrazionali in occasione di recenti fenomeni epidemici, come nel caso del Morbo di Creutzfeldt-Jacob (più noto come "Mucca pazza"), che ha messo in crisi per un lungo periodo il

Domenico Enea, Stefania Palermo, Rosanna Marchetti  
Responsabile del Centro Policlinico senza Fumo - Azienda Policlinico  
Umberto I° Roma - Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, "La Sapienza"  
Università di Roma.

Nicoletta De Luca  
U.D.S. di Fisiopatologia Respiratoria - Azienda Policlinico Umberto I°  
Roma.

settore della carne bovina, malgrado, in Italia si sia verificato un solo caso di morte sicuramente riferibile alla malattia in questione. Analoga esperienza si è avuta peraltro con la SARS.

In realtà non si riesce a comprendere il fenomeno Tabagismo se non si considera che, come descritto nel DSM IV,<sup>4</sup> si tratta di una dipendenza. È da notare che, dopo essere stata costretta, dopo gli studi di Doll<sup>5</sup> ad ammettere i danni fumo-correlati, fino al 1994 l'Industria del Tabacco si era trincerata dietro l'alibi della libera scelta da parte del fumatore. Esiste una forte pressione pubblicitaria, più o meno occulta, da parte delle lobby del Tabacco. Se un numero così elevato di soggetti, anche di cultura e condizioni socio-economiche medie e medio-alte, continua a fumare, evidentemente lo fa per motivi di cui quasi mai ha una chiara coscienza.



Considerando l'estrema facilità con cui oggi è possibile approfondire i più svariati argomenti (vari media e internet), il "fumatore incallito" riesce a sfuggire all'informazione sui danni da fumo, per attenuare il suo disagio: tenta in pratica di eludere la dissonanza cognitivo-emozionale che deriverebbe dal suo indulgere a un comportamento nocivo per la salute.

Quando, malgrado tutto, non gli è più possibile ignorare l'argomento (specie se è già affetto da patologie fumo-correlate), per continuare a giustificare l'abitudine al fumo si costringe a una scorretta valutazione delle informazioni e si rifugia in un suo mondo fantastico, pieno di stereotipi e di "wishful thinking". Ciò è tanto più evidente, se si considera che un'elevata situazione socio-culturale, in alcuni contesti quali quello italiano, non mette al riparo da questo fenomeno, e che addirittura nel personale sanitario si ha una prevalenza superiore di fumatori che nella popolazione generale.<sup>6</sup> Perfino chi è stato operato per un cancro polmonare, come dimostrato da una recente ricerca,

riprende spesso a fumare entro un anno dall'intervento.<sup>7</sup>

Numerosi studi<sup>8,9,10,13,14</sup> documentano che i fumatori hanno una visione parziale e spesso scorretta del fenomeno tabagico e dei suoi effetti. La conoscenza esatta e completa delle cause e delle conseguenze dei comportamenti tabagici dovrebbe essere un fattore motivante di primaria importanza nel processo di cambiamento che gli individui compiono per diventare non-fumatori.<sup>13,15</sup> Tuttavia, come già spiegato, è diffusa tra i fumatori l'adesione a un set di stereotipi che sortiscono un effetto frenante sull'evoluzione lungo quegli stadi di consapevolezza (Prochaska-Di Clemente) che conducono alla cessazione della dipendenza da fumo.<sup>11,12</sup>

Secondo Friden<sup>8</sup> gli stereotipi sul fumo sono miti, mezze verità e bugie che incoraggiano a iniziare, motivano a continuare, prevengono dallo smettere di fumare. Sono una malaccorta interpretazione di quello che può essere considerato il senso comune e sono deliberatamente diffuse dall'Industria del Tabacco, sia per iniziare i giovanissimi al fumo che per mantenerne l'abitudine sui fumatori adulti. Gli stereotipi si prestano quindi come giustificazioni alle persone che li utilizzano per spiegare a sé stessi e agli altri il proprio comportamento. A fronteggiare la propria dipendenza per liberarsene è sicuramente fonte di stress, e la paura di soffrire costituisce uno dei principali fattori per cui il fumatore spesso afferma: "non voglio smettere di fumare". Gli stereotipi diventano razionalizzazioni con cui mascherare a sé stessi la propria realtà,<sup>14</sup> quindi funzionali al mantenimento del proprio comportamento tabagico". Risulta che, se sottoposti a un test sulle proprie conoscenze in materia, i fumatori tendono a sottostimare i rischi cui espongono la propria salute, rispetto ai non fumatori e a coloro che hanno smesso di fuma-

## "Centro Policlinico senza fumo" Stereotipi sul fumo

Nome .....  
n° cartella: ..... data: .....  
Sesso = m  f  Età: .....  
CO espirato: ..... n° sigarette: .....  
da quanti anni: .....  
Precedenti tentativi di smettere di fumare mai:  
1  2  3 o più   
Patologie respiratorie .....  
Altre patologie .....

### 1-Le sigarette con filtro sono meno dannose

Vero: .....  
Vero, ma: .....  
Falso: .....  
Falso, ma: .....

### 2-Le sigarette "leggere" (a basso contenuto di nicotina) sono meno dannose

Vero: .....  
Vero, ma: .....  
Falso: .....  
Falso, ma: .....

### 3-Pipa e sigaro fanno meno male

Vero: .....  
Vero, ma: .....  
Falso: .....  
Falso, ma: .....

### 4-È la carta delle sigarette che fa male

Vero: .....  
Vero, ma: .....  
Falso: .....  
Falso, ma: .....

### 5-Eppure ci sono fumatori molto anziani

Vero: .....  
Vero, ma: .....  
Falso: .....  
Falso, ma: .....

### 6-È inutile smettere di fumare, dato il forte inquinamento atmosferico

Vero: .....  
Vero, ma: .....  
Falso: .....  
Falso, ma: .....

re. Sebbene la differenza sia di modesta entità, essa testimonia un processo psicologico di autoinganno che rende accettabile una pratica evidentemente autolesionista. Nel nostro studio abbiamo voluto valutare il livello di adesione ad alcuni stereotipi concernenti la nocività del fumo, lo smettere di fumare, gli aspetti culturali e sociali dei comportamenti tabagici, in due differenti gruppi di pazienti.

**MATERIALE E METODI**

Nel periodo ottobre 2005-marzo 2006 abbiamo somministrato un questionario contenente 22 domande a risposta multipla (v. Scheda) a 70 pazienti che sono afferiti al nostro Centro per partecipare a programmi terapeutici antifumo, e contemporaneamente a 70 soggetti, apparentemente non motivati a smettere di fumare, che frequentavano l'U.O.S. di Fisiopatologia

Respiratoria, per malattie spesso dipendenti, o almeno aggravate, dall'abitudine al fumo. Tale questionario era autosomministrato.

Il gruppo (A) è costituito dai 70 soggetti "malati", mentre il gruppo (B) da quelli intenzionati a smettere di fumare.

Sotto il profilo demografico i due campioni sono risultati non significativamente differenti per quanto riguarda l'età media: (57,8 e 47,4 anni).

La composizione di genere dei gruppi risultava invece invertita: 44 maschi e 26 femmine nel gruppo A; 43 femmine e 27 maschi nel gruppo B.

I due gruppi non differivano significativamente per anni di dipendenza tabagica, rispettivamente 34,7 e 29,9 per numero di sigarette fumate, rispettivamente 21,6 e 23,4 e per numero di tentativi di smettere, rispettivamente 1,2 e 1,6.

**RISULTATI E DISCUSSIONE**

Nel complesso, osservando le risposte alle domande del questionario, non è possibile rilevare una marcata differenza quantitativa tra i due campioni. I soggetti volontari differiscono significativamente da quelli "malati", solo in risposta a quattro su ventidue stereotipi, e in particolare:

- è inutile smettere di fumare, dato il forte inquinamento atmosferico (tab 1) ( $\chi^2= 14,46; p< 0,05$ );

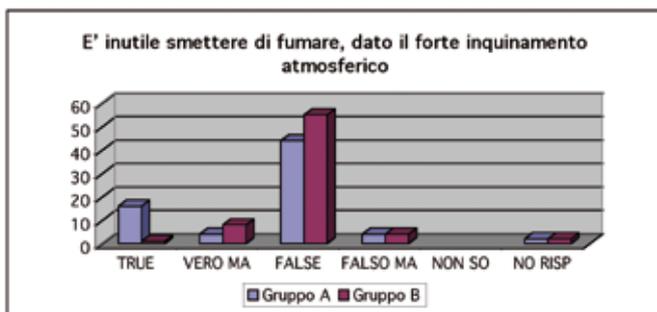


Tabella 1.



Tabella 2.

- non posso smettere, visto che vivo con altri fumatori (tab 2) ( $\chi^2= 12,43; p< 0,05$ );
- è inutile tentare di smettere, visto che ci ricascano tutti (tab 3) ( $\chi^2= 12,68; p< 0,05$ );
- faccio regolarmente dei controlli, smetterò appena scoprirò qualcosa che non va! (tab 4) ( $\chi^2= 11,8; p< 0,05$ ).

Comunque, da un punto di vista qualitativo, questa è una tendenza che si può osservare per quasi tutti gli stereotipi proposti, anche quando la differenza quantitativa, nelle risposte, non è risultata significativa.

**CONCLUSIONI**

È stata osservata una differenza sistematica, per quanto spesso lieve, nei com-

**7-Non serve smettere di fumare se ci sono già dei danni alla salute**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**8-Smettere di colpo è rischioso**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**9-Anche se comincio (o ricomincio) a fumare, potrò poi smettere quando lo deciderò**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**10-Meno di 5 sigarette al giorno non fanno male**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**11-Le avvertenze sui pacchetti di sigarette sono inutili**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**12-Il fumo fa dimagrire**

Vero: .....  
Vero, ma1: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**13-Fumare è fine, emancipa e rende interessanti**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....

**14-Dietro tutte queste campagne anti-fumo ci devono essere degli interessi di qualcuno**

Vero: .....  
Vero, ma: .....

Falso: .....  
Falso, ma: .....



Tabella 3.

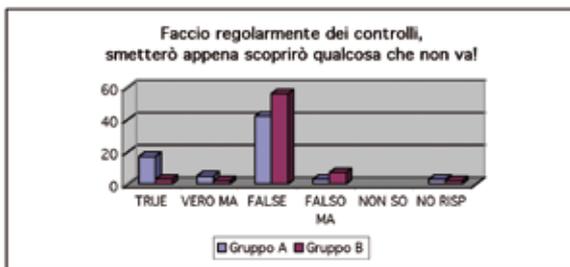


Tabella 4.

portamenti di risposta dei due gruppi di pazienti. Si può notare che i soggetti volontariamente in terapia hanno una visione del problema del tabagismo più oggettiva di coloro che non hanno maturato la scelta consapevole di smettere di fumare. Sembra che questi ultimi pazienti, mal-

grado i danni fumo-correlati già presenti, non abbiano ancora subito un processo maturativo personale, e mostrano quindi una tendenza più marcata ad aderire a stereotipi falsi e demotivanti: come se il processamento cognitivo dell'informazione attinente alle problematiche tabagiche, in fumatori che non hanno maturato la scelta volontaria di smettere, subisca un bias sistematico verso la minimizzazione dei rischi, il fraintendimento riguardo le effettive possibilità di riuscire a smettere, la malinterpretazione di alcuni dati della realtà sociale e culturale. Il fumatore è in pratica come "costretto" a non prendere atto della realtà, a rifugiarsi in uno stato di non completa consapevolezza, per poter continuare a soddisfare la propria dipendenza minimizzando i propri disagi e sensi di colpa. ■

## Bibliografia

- World Health Organization (WHO). Tobacco or Health: A global Status Report. Geneva: World Health Organization, 1997: 1-32.
- Linee guide concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia. Accordo tra il Ministero della Sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Suppl. 102 G.U.: n.100; 2 maggio 2001.
- Zagà V. DOXA-OSSFAD. Rapporto 2006 sul fumo di tabacco in Italia. Tabaccologia 2006; 3: 11-12.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Washington DC, 1997: 181-183.
- Doll R. e al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British Doctors BMJ. 1994 309:901-11.
- Nardini S. E al. Il progetto obiettivo AIPO "Ospedali senza Fumo": risultati descrittivi della prima fase epidemiologica. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2001; 16: 261-272.
- Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, Fisher EB. Smoking Relapse during the First Year after Treatment for Early-Stage Non-Small-Cell Lung Cancer Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006 Nov 28; [Epub ahead of print] Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(12):2370-7.
- Dillard, A.J. e al. Smokers 'misjudge health risks'. Journal of Health Communication 2005; (11,1): 933-102.
- Frieden, T.R. e Blakeman, D.E. The Dirty Dozen: 12 Myths That Undermine Tobacco Control. American Journal of Public Health 2005 (95,9) 1500-1505.
- Oncken, C. e al. Smokers' unrealistic optimism about their risk. Preventive Medicine. 2005 (40,6) 779-784.
- Weinstein, N.D. e al. Smokers' unrealistic optimism about their risk. Tobacco Control 2005 (14) 55-59.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., 'Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change'. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19(3), 1982, pp.276-288.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Velicer, W.F., Rossi, J.S., 'Standardized, Individualized, Interactive and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation', Health Psychology, 12 (5), 1993, 399-405.
- Gardner, A. Many Smokers Unaware of Cigarettes' Risk. Forbes/HealthDayNews, 9 Dicembre 2004.
- Huget, J. Smoke Gets in Their Eyes. The Washington Post, 29 Marzo 2005.
- Kleinjan, M. e al. Excuses to continue smoking: The role of disengagement beliefs in smoking cessation. Addictive Behaviors (31), 2006; 2223-2237.
- S. Rossi, C. Mortali, M. Mazzola, D. Mattioli, R. Spoletini, R. Pacifici. Il fumo in Italia. OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità (<http://progetti.iss.it/ofad>).

### 15-Non posso smettere, visto che vivo con altri fumatori

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 16-Attualmente ho troppi problemi per pensare a smettere di fumare

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 17-È inutile tentare di smettere, visto che ci ricascano tutti

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 18-Nella vita dobbiamo comunque affrontare dei rischi. E prima o poi ci tocca morire

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 19-Meglio vivere meno e godersi la vita, che privarsi di tutti i piaceri

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 20-Fumare non deve essere pericoloso, visto che molti dottori ed infermieri fumano

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 21-Idem... visto che lo Stato vende il tabacco

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

### 22-Faccio regolarmente dei controlli, smetterò appena scoprirò qualcosa che non va!

Vero: .....  
 Vero, ma: .....  
 Falso: .....  
 Falso, ma: .....

# Miss Mondo-Italia 2006 Smoke free: aggiornamenti e valutazioni

## Miss World-Italy 2006 Smoke free contest: update and analysis

Vincenzo Zagà, Loretta Madera, Paola Gremigni

### Riassunto

**Introduzione.** L'adolescenza, che è il periodo della sperimentazione e della transizione verso il fumo, rappresenta il bacino di drenaggio privilegiato delle multinazionali del tabacco. Pertanto questa fascia d'età può rappresentare anche il periodo ideale per avere maggiori opportunità di efficacia con i programmi di prevenzione primaria del tabagismo. In questa ottica si inserisce l'importanza comunicativa dei testimonial antifumo del mondo dello spettacolo, come appunto un concorso di bellezza.

**Materiali e Metodi.** Lo studio è consistito nella somministrazione ad un gruppo di 45 ragazze finaliste del concorso di bellezza Miss Mondo-Italia 2006-Smoke Free, future testimonial antifumo, di un questionario relativo agli atteggiamenti e ai comportamenti auto-riferiti nei confronti del consumo di tabacco. Il questionario era costituito da 19 domande con risposta a scelta dicotomica (sì-no), a scelta multipla o a risposta aperta. Il medesimo questionario era stato somministrato in analogo concorso nel 2003 e nel 2005.

**Risultati.** Nel campione oggetto dello studio, la percentuale delle ragazze fumatrici era pari al 24% (11 su 45). 37 ragazze su 45 (82%) hanno affermato di aver provato a fumare almeno una volta, contro il 64% del 2003 e il 70% del 2005. L'età media in cui avviene il primo contatto con il tabacco era pari a 16 anni. Tra le 37 ragazze che hanno provato a fumare, solo il 40% ha continuato, confermando così il dato del 2003.

**Conclusioni.** L'intervento di prevenzione del tabagismo deve coinvolgere soprattutto gli aspetti del fumo che si legano all'interazione sociale e alla sfera edonistica, ambiti per i quali è necessario programmare interventi specifici e mirati. In questo ambito si inserisce la promozione di testimonial smoke free nel mondo dello spettacolo.

**Parole chiave:** *Miss Mondo, adolescenti, prevenzione, tabagismo.*

### INTRODUZIONE

L'uso del tabacco rappresenta la prima causa di malattie croniche e di morte prevenibile, e quindi evitabile, al mondo, fra quelle non infettive, contribuendo ad una mortalità prematura di 5 milioni l'anno e di costi per miliardi di Euro.<sup>1,9,10,11</sup> Sebbene in molti Paesi sviluppati la prevalenza del fumo di tabacco sia in diminuzione nelle ultime decadi,<sup>2,12,13</sup> soprattutto tra gli uomini, tuttavia la prevalenza del fumo fra gli adolescenti è rimasta stabile o perfino aumentata negli USA

### Abstract

**Introduction.** Adolescence, a period of experimentation and transition towards tobacco dependence, is the main target of tobacco industries. Therefore this period may represent the ideal period to study the efficacy of smoke primary prevention programs, and tobacco-free testimonials in the fashion world, e.g. beauty contests, may play an important role in the prevention of tabagism.

**Materials and Methods.** The study consisted on the administration to 45 participants, that would become smoke-free testimonials, to the 2006 Miss World-Italy-Smoke Free, of a questionnaire regarding attitudes and behaviours towards tobacco smoke consumption. The questionnaire consisted of 19 items, including Yes/No questions, multiple choice questions and open questions. The same questionnaire was administered in the same beauty contest in 2003 and 2004.

**Results.** In the sample examined, the percentage of smokers was 24 (11/45). 37 subjects (82%) declared to have tried to smoke at least once; this percentage was 64% in 2003 and 70% in 2005. The mean age of the first contact with tobacco smoke was 16 years. Among the 37 subjects who made an attempt to smoke, only 40% went on smoking, confirmed the data collected in 2003.

**Conclusions.** The interventions of smoking prevention should target those aspects of smoke related to social interactions and hedonism, with specific aims and programs. The promotion of smoke-free testimonials in the entertainment world could be an effective strategy.

**Keywords:** *Miss World, adolescents, prevention, tobacco dependence.*

e in Europa negli anni '90.<sup>14,15,16,17</sup> Tale aumento è probabilmente connesso con le sottili ed efficaci strategie di marketing messe in campo dalle industrie del tabacco.<sup>19</sup> È evidenza comune che l'esperienza della prima sigaretta si consumi nella prima fase adolescenziale. Molti fumatori, infatti, sperimentano per la prima volta il fumo tra gli 11 e i 13 anni con un 10-15% che inizia dopo i 19 anni.<sup>2</sup>

In Germania, nel 2004, più del 41% degli adolescenti fra i 12 e i 15 anni avevano già sperimentato il fumo e il 16% di questi era fumatore abituale.<sup>20</sup> Questo dato, se paragonato

Vincenzo Zagà

(vincenzo.zaga@ausl.bo.it)

U. O. di Pneumotisiologia Territoriale - Azienda USL di Bologna, Società Italiana di Tabaccologia-SITAB.

Loretta Madera

Statistica Informatica - Bologna

Paola Gremigni

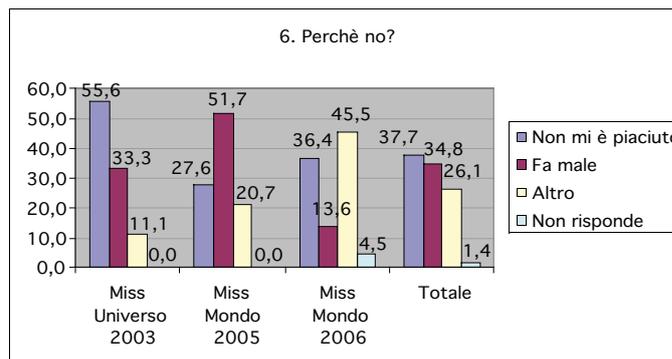
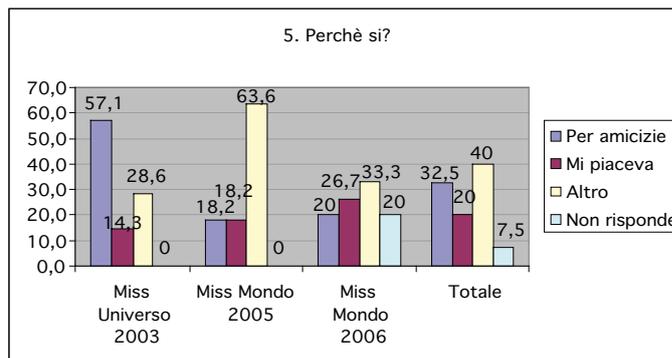
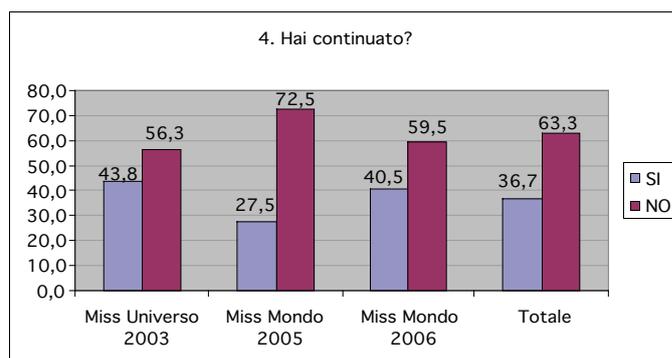
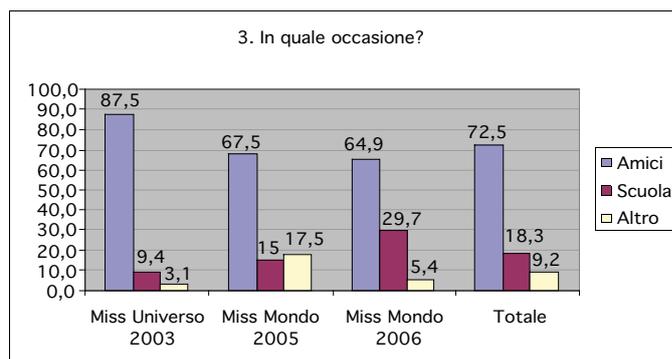
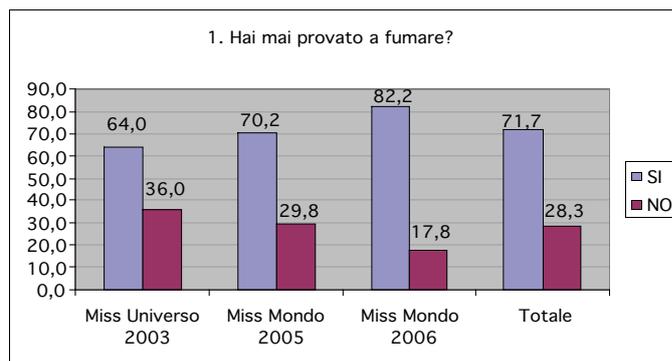
(paola.gremigni2@unibo.it)

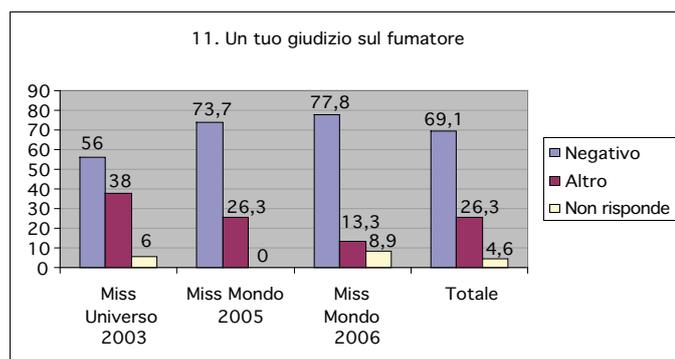
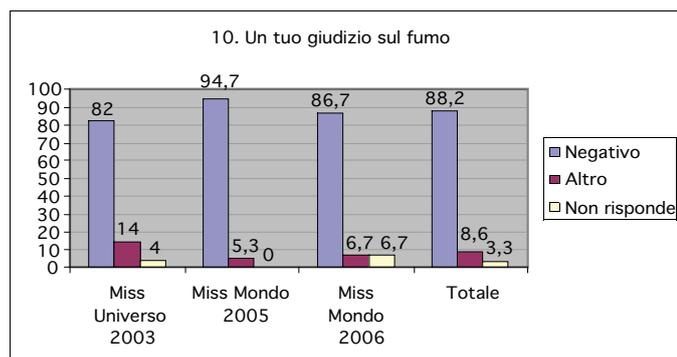
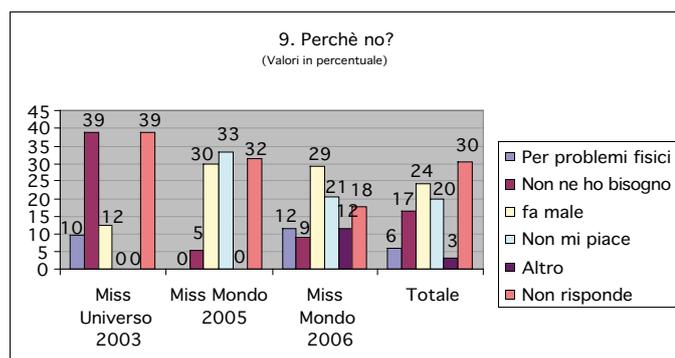
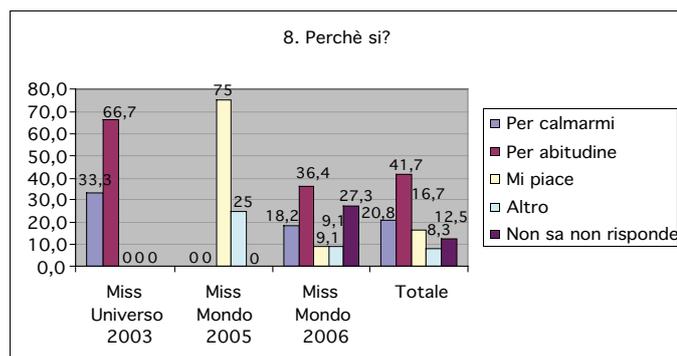
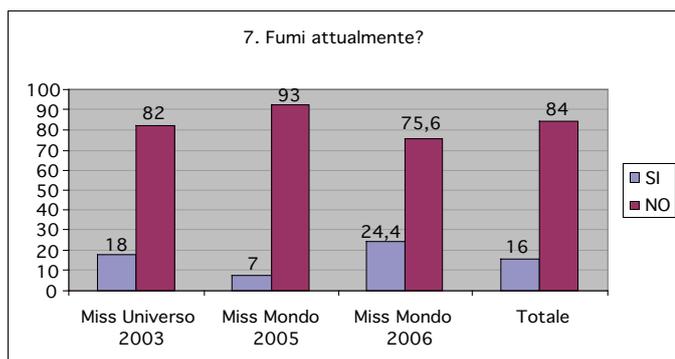
Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia sede di Cesena-Università di Bologna.

alla prevalenza fumo del 1989, che era del 10%, rappresenta un aumento del 60%.<sup>21</sup> Oggi l'età media dei giovani tedeschi che iniziano a fumare è sui 14 anni e più dell'80% degli adolescenti di 12-15 anni ha la prima esperienza di fumo prima dei 16 anni.<sup>20,21</sup> In Spagna, secondo una ricerca dell'Agencia de Salud Pública de Barcelona, il tabagismo nei giovani di età compresa tra i 16 e 24 anni, è sul 40%.<sup>18,22</sup> Per quanto riguarda l'età di inizio, sebbene uno studio condotto a Barcellona nel 1993 e 1999<sup>24</sup> mostri un trend in diminuzione (da 14 a 13 anni), i dati nazionali non confermano questa tendenza in calo per lo stesso periodo.<sup>23</sup> Anche in Francia, dopo uno storico ribasso registrato nel 2003 con il 20% (23% delle femmine 16% dei maschi) di fumatori vs il 25% (22% dei maschi e 27% delle femmine) degli anni '90, si registra in questi ultimi due anni un trend nuovamente in crescita, specialmente per le ragazze, come registrato da un sondaggio di Paris Sans Tabac condotto con CPAM e l'Académie nell'area parigina.

In Italia, secondo i recenti dati DOXA-ISS 2006<sup>3</sup>, l'età media di iniziazione al fumo è di 17,7 anni (17 per gli uomini e 18,9 per le donne); prima dei 15 anni inizia il 18,9% mentre tra i 15 e i 17 anni inizia a fumare il 39,9%. In generale, i giovani tra i 15 e i 24 anni che fumano hanno fatto registrare in quest'ultimo anno degli incrementi, anche se le percentuali restano ancora sotto i livelli del 2004. Tuttavia l'andamento della prevalenza dei fumatori nei giovani è altalenante, facendo registrare negli ultimi anni incrementi e diminuzioni alternati, per cui non è ancora possibile definire in modo chiaro le dinamiche che caratterizzano questa fascia di popolazione rispetto all'abitudine al fumo.

Il periodo dell'adolescenza e della prima gioventù rappresentano quindi il periodo della sperimentazione e della transizione verso il fumo, come verso altri comportamenti e per questo potrebbe rappresentare anche il periodo ideale per avere maggiori opportunità di efficacia con i programmi di prevenzione primaria tra i ragazzi. Un recente studio di Gervais e colleghi<sup>4</sup> evidenzia l'estrema delicatezza e pericolosità delle prime esperienze e sperimentazioni col fumo di tabacco, tanto da asserire che la prima aspirata di sigaretta potrebbe essere la peggiore. I programmi per aiutare i giovanissimi a smettere, o a non iniziare, non incontrano però grandi fortune in termini di efficacia come magistralmente riportato nel recente volume in italiano di Gremigni.<sup>26</sup> Questo accade perché i sintomi della dipendenza nei giovanissimi non seguono il classico percorso a 5 stadi, secondo i ricercatori canadesi della McGill University e dell'Agencia di Salute e Sicurezza sociale di Montreal.<sup>4</sup> Anzi, i primi segni possono manifestarsi molto prima che l'abitudine al fumo diventi regolare: a volte già dopo la prima boccata. Su queste prime sperimentazioni dei ragazzi gravano pesantemente, fra gli altri fattori, l'azione additiva della nicotina e i condizionamenti ambientali del marketing messi in essere dalle multinazionali del tabacco.<sup>25</sup> Queste ultime tendono a considerare la fascia d'età adolescenziale il solo bacino di utenza che può salvaguardare il loro business e che permette di "rimpiazzare" i fumatori che muoiono ogni anno (ad esempio in Italia circa 140 fumatori al giorno, 90 mila l'anno). Ecco quindi l'importanza e la ne-





cessità di fare prevenzione primaria del tabagismo per evitare che i ragazzi comincino a fumare. Pur essendo una lotta impari per forze e risorse messe in campo, questa, per essere efficace, deve essere condotta sullo stesso terreno di vita dei ragazzi: scuola, sport e spettacolo. È per questo che associazioni come la Società Italiana di Tabaccologia-SITAB si sono fatte promotrici di progetti ed eventi "Senza Fumo". L'elaborazione di tali strategie è in assoluta sintonia con i programmi di controllo raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalle direttive dell'UE. Ci si rende conto dell'importanza rivestita da testimonials come atleti, artisti e personaggi dello spettacolo, come esempi da seguire ed imitare, come potenziali vettori di uno stile di vita nuovo e sano da emulare. L'attuale ampia diffusione della televisione come canale di trasmissione dei messaggi persuasivi ha incentivato l'interesse degli studiosi nei riguardi degli effetti prodotti dalle caratteristiche fisiche e comportamentali della persona-fonte/modello.<sup>6</sup> Più il modello si presenta come una fonte attraente, più sembra aumentare la sua influenza, perché le persone tendono ad associarla ad altre caratteristiche che danno credibilità, quali la sicurezza di sé e l'intelligenza. Lo sfruttamento sociale di questo tipo di comunicazione rappresenta la ragione del coinvolgimento di modelli provenienti da vari ambiti fra cui moda e spettacolo, come appunto i concorsi di bellezza nel campo della prevenzione primaria del tabagismo.<sup>7</sup> Fu Albert Bandura<sup>8</sup> a coniare il termine "modeling" studiando sistematicamente il processo di apprendimento ("observational learning"). Secondo la teoria del modeling, la maggior parte dei comportamenti umani è il frutto di un processo di apprendimento e di esposizione a modelli comportamentali esterni. L'apprendimento può verificarsi o attraverso l'esperienza diretta ("learning by doing") o indirettamente osservando e modellando le proprie azioni su quelle di altri in cui ci si identifica (apprendimento vicario).<sup>5</sup>

Ed è in questa logica che anche il concorso di Miss Mondo-Italia è smoke free con le miss testimonial esse stesse per un nuovo stile di vita libero dal fumo.

Nell'ambito degli interventi che coinvolgono il mondo dello spettacolo e della comunicazione mass-mediatica, la SITAB ha siglato un protocollo d'intesa con l'organizzazione di Miss Universo prima e da due anni con Miss Mondo per attivare risorse e promuovere strategie di "peer education", ovvero di educazione tra pari, attraverso una vera e propria formazione di testimonial, di giovani ragazze in grado di comunicare con i giovani sui temi della promozione della salute e del consumo di tabacco in particolare.

## SCOPO, MATERIALI E METODI

Lo scopo di questo studio consiste nella semplice osservazione e descrizione degli atteggiamenti e dei comportamenti auto-riferiti nei confronti del consumo di tabacco di un gruppo di ragazze finaliste del concorso di bellezza Miss Mondo-Italia 2006 che dovranno essere esse stesse testimonial antifumo.

Il campione si compone di 45 ragazze, finaliste al concorso Miss Mondo-Italia 2006, alle quali è stata richiesta la com-

pilazione del medesimo questionario somministrato alle 50 ragazze finaliste del concorso 2003<sup>27</sup> e alle 57 ragazze del concorso 2005.<sup>28</sup> Ciò ha permesso di effettuare un confronto tra le risposte fornite dalle ragazze partecipanti ai diversi concorsi e di ipotizzare eventuali effetti dei processi di sensibilizzazione sociali e normativi a cui le ragazze e la popolazione generale sono state sottoposte.

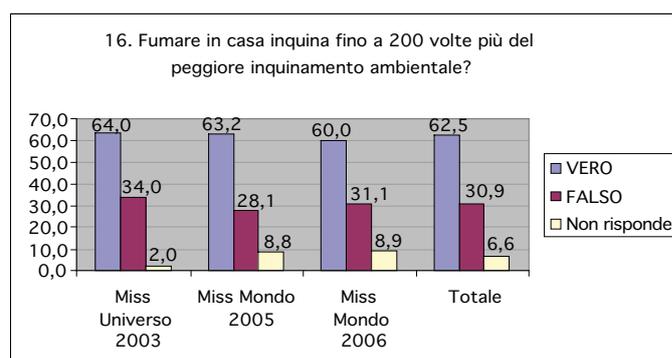
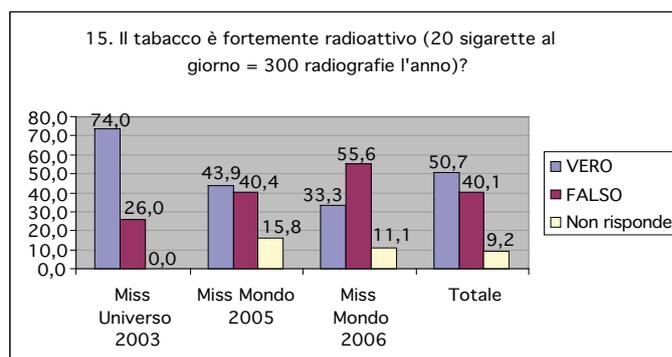
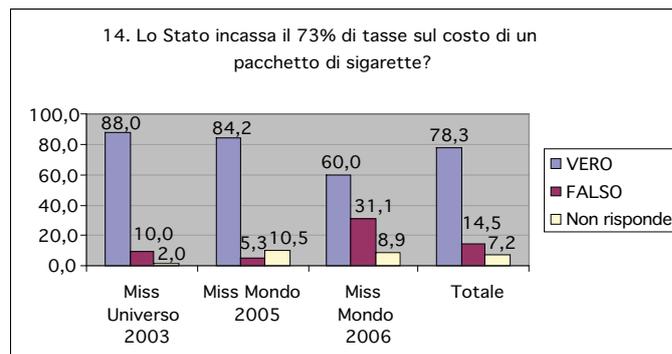
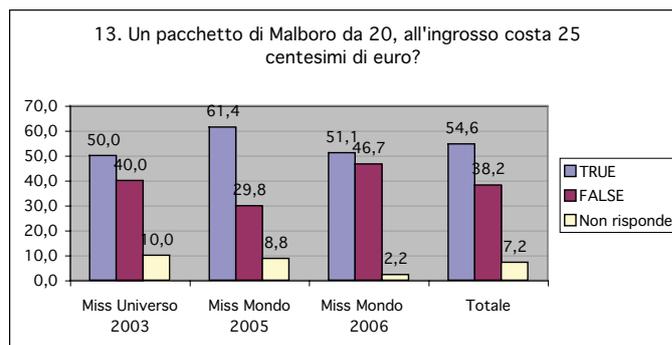
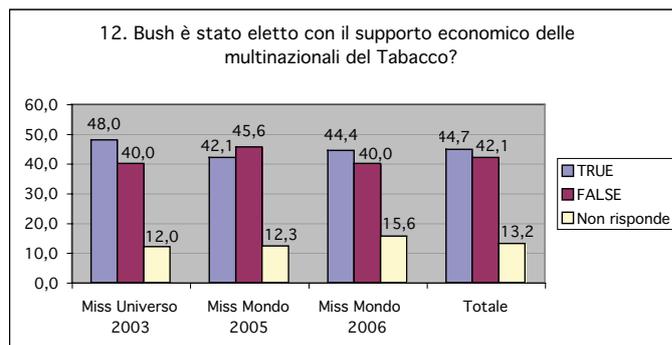
Ovviamente, tale gruppo non costituisce un campione casuale (che richiede il rispetto di regole di estrazione che ne rendono aleatorio l'esito) che, in quanto tale, renderebbe possibile calcolare il "rischio" dell'errore a cui si va incontro nella stima delle caratteristiche oggetto d'interesse e che fornirebbe la possibilità di estendere all'intera popolazione di riferimento i risultati ottenuti, ma si tratta di un campione fortemente selezionato e quindi non rappresentativo dell'abitudine al consumo di tabacco dell'intera popolazione giovanile.

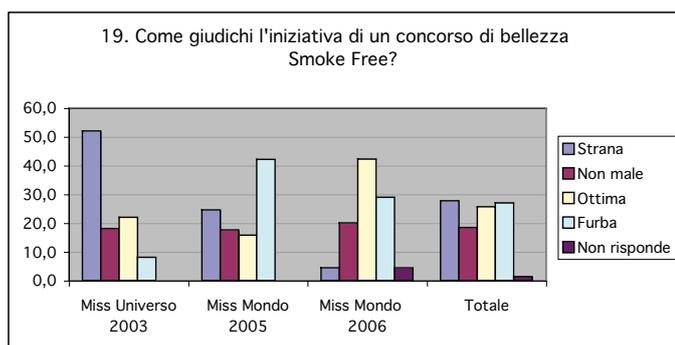
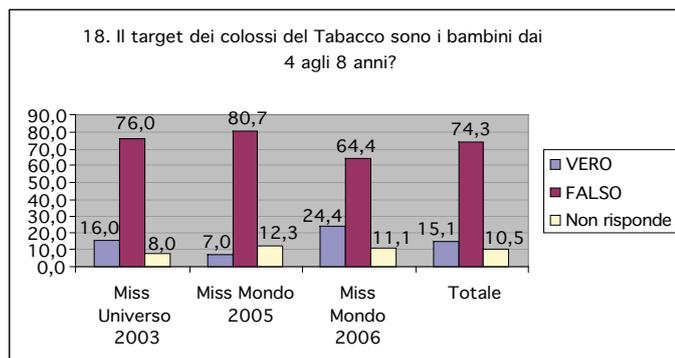
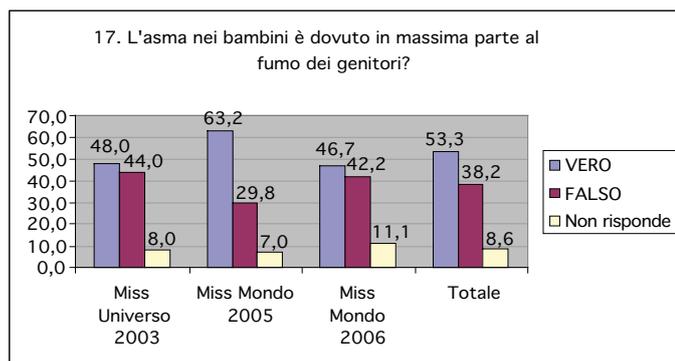
Inoltre, la numerosità del campione osservato non è sufficientemente ampia e tale da poter ritenere di cogliere per intero la variabilità del fenomeno oggetto di studio. Pertanto, dando seguito alle indagini dettate dalle iniziative intraprese per la prevenzione del tabagismo tra i giovani promosse nel 2003 nell'ambito del concorso Miss Universo Smoke Free Italia e nel 2005 nell'ambito del concorso Miss Mondo Smoke Free Italia, si è deciso di procedere ad una analisi descrittiva del gruppo osservato che non ha la pretesa di confutare o meno ipotesi circa l'attitudine al consumo del tabacco da parte dei giovani in generale, ma che tenta di fornire una "istantanea" del consumo di tabacco da parte del gruppo osservato e appartenente al mondo dello spettacolo. La tipologia di soggetti è piuttosto omogenea per quanto riguarda le principali variabili socio-demografiche.

Il questionario somministrato era costituito complessivamente da 19 domande con risposta a scelta dicotomica (sì/no), a scelta multipla o a risposta aperta. Le prime 11 domande riguardavano comportamenti, motivazioni o atteggiamenti auto-riferiti: se il soggetto abbia mai provato a fumare, in caso affermativo a che età, in quale occasione e se abbia continuato. Nel caso di consumo continuativo di tabacco o nel caso di interruzione del comportamento, quali ne siano stati i motivi; se attualmente il soggetto fumi e quali siano i motivi che sostengono la scelta di fumare o la scelta di non fumare; un giudizio personale sul fumo ed un giudizio personale sul fumatore. A queste domande ne sono state aggiunte 7 riguardanti aspetti conoscitivi del fenomeno fumo, quali ad esempio se l'asma nei bambini sia dovuta in massima parte al fumo dei genitori o meno oppure se fumare in casa inquina più di altri fattori ambientali. Infine l'ultima domanda chiedeva di esprimere una valutazione sull'idea di un concorso di bellezza "smoke-free".

## RISULTATI

Le analisi che sono state condotte sono di tipo descrittivo e si riferiscono alle percentuali di tipologia di risposta data ad ogni domanda del questionario dai tre gruppi di candidate partecipanti ai tre concorsi (2003, 2005 e 2006). Nel caso del-





le domande che riguardano l'aver provato a fumare e l'essere attualmente fumatrice è stato calcolato l'Odds Ratio (OR) delle differenze tra gruppi presi due a due, come indicatore dell'Effect Size. L'OR rappresenta il rapporto fra gli odds dei due gruppi confrontati rispetto all'outcome. Gli odds, a loro volta, rappresentano il rapporto tra la proporzione delle risposte positive e quella delle risposte negative date da un gruppo ad un quesito.

I risultati delle analisi descrittive indicano che, nel gruppo del 2006, 37 ragazze su 45 (82%) affermano di aver provato a fumare almeno una volta contro il 64% del 2003 e il 70% del 2005 (fig. 1). L'OR è rispettivamente 2,60 nel confronto fra 2006 e 2003 e 1,97 fra 2006 e 2005. Il risultato indica che la proporzione di tentativi di fumare fra le candidate del 2006 è di 2,60 volte superiore a quella del 2003 e di 1,97 volte superiore a quella del 2005.

L'età media in cui avviene il primo contatto con il tabacco è 16 anni, che rispetta il dato del 2003 e si discosta di un solo anno dal dato del 2005 (15 anni). L'occasione propizia si conferma essere la frequentazione degli amici e quindi il contesto del gruppo (64,9%), ma si rende necessario evidenziare come sia aumentata la percentuale delle ragazze che sperimentano

il consumo di tabacco nell'ambito della scuola: 30% contro il 9% del 2003 e il 15% del 2005 (fig. 3). Tra le 37 ragazze che hanno provato a fumare, solo il 40% ha continuato, confermando così il dato del 2003 (fig. 4), e le motivazioni prevalentemente addotte (33,3%) sono le più disparate: per abitudine, per curiosità, perché aiuta e perché si sottovaluta il grado di dipendenza provocato dal consumo di tabacco ("pensavo di poter smettere facilmente"), mentre il 27% dichiara che la motivazione determinante è il piacere tratto dal consumo di tabacco ("mi piaceva") ed il 20% la frequentazione degli amici e quindi del gruppo, che era la motivazione prevalente del 2003 (57%) (fig. 5). Si noti, però, che il numero delle mancate risposte a questo quesito è particolarmente alto.

Le motivazioni che hanno invece indotto le 22 ragazze su 37 a non continuare a fumare rientrano ancora nella classe "Altro", fra cui 7 su 10 reputano il consumo di tabacco semplicemente "inutile", mentre nel 2003 la motivazione prevalente era la mancanza di piacere tratto dal consumo del tabacco ("non mi è piaciuto": 56%) e nel 2005 era riconducibile prevalentemente ai danni provocati dal fumo ("fa male": 52%) (fig. 6).

Nel contesto generale, all'atto della compilazione del questionario, la percentuale delle ragazze fumatrici è pari al 24% (11 su 45, quindi 4 in meno rispetto a coloro che in seguito alla prima esperienza aveva continuato a fumare.<sup>15</sup> Tale percentuale è più alta rispetto al dato del 2003 (18%) e si discosta notevolmente dal valore del 2005 (7%) (fig. 7). L'OR è rispettivamente 1,45 nel confronto fra 2006 e 2003 e 4 fra 2006 e 2005. Il risultato indica che la proporzione delle fumatrici fra le candidate del 2006 è di 1,45 volte superiore a quella del 2003 e di 4 volte superiore a quella del 2005.

Le fumatrici del 2006 dichiarano prevalentemente di essere tali per "abitudine" (36%), così come riscontrato per le fumatrici del 2003 (67% fumava per "abitudine"), ma anche per l'effetto rilassante derivante dal consumo di tabacco (18%) e per il piacere tratto dal fumo (9%), che era la motivazione prevalente per le fumatrici del 2005 (75%). Vi è, però, una alta percentuale di fumatrici che non sa o non risponde (fig. 8).

Per ciò che riguarda le motivazioni che inducono a non consumare tabacco sembra confermato prevalentemente il quadro del 2005, quindi non si fuma per salvaguardare la salute e per i danni causati dal fumo (29%), perché non è di proprio gradimento (21%) e perché non se ne sente la necessità (9%). C'è però chi rinuncia al fumo per problemi di salute in atto (fig. 9).

Come è lecito attendersi, viene rispecchiato nel tempo il giudizio negativo nei confronti del fumo (87%) (fig. 10) e la maggiore magnanimità nei confronti del fumatore poiché solo il 78% esprime un giudizio negativo sul fumatore definendolo dipendente, debole, poco intelligente, autolesionista e incosciente, con un 9% che preferisce astenersi (fig. 11).

Il questionario predisposto consentiva di indagare anche la sensibilità delle ragazze nei confronti di alcune problematiche sociali per le quali si richiedeva di esprimere il grado di importanza percepito su una scala discreta da 1 a 5. Come era facile attendersi, le problematiche che maggiormente su-

scitano l'attenzione delle ragazze del campione attribuendo valore massimo sono: l'AIDS, la guerra, la fame nel mondo, la criminalità e la tossicodipendenza. Attribuiscono un'importanza medio-alta invece all'alcolismo, alla prostituzione, agli incidenti stradali, al tabagismo, alle malattie infettive e all'inquinamento e un'importanza media all'elettromagnetismo, alle coltivazioni transgeniche, alla sovrappopolazione ed alla clonazione.

Inoltre, il questionario ha consentito di valutare anche il grado di conoscenza delle ragazze del "Mondo del tabacco". In particolare, si osserva che:

- 1) per il 44% delle ragazze, Bush è stato eletto con il supporto economico delle multinazionali di tabacco mentre il 16% non risponde (fig. 12);
- 2) per il 51% ,un pacchetto di Marlboro da 20 all'ingrosso costa 25 centesimi di euro (fig. 13);
- 3) per il 60% lo Stato incassa il 73% di tasse sul costo del singolo pacchetto (fig. 14);
- 4) per il 56% è falso che il tabacco sia fortemente radioattivo (fig. 15);
- 5) per il 60% è vero che fumare in casa inquina fino a 200 volte in più del peggiore inquinamento ambientale (fig. 16);
- 6) per il 47% l'asma nei bambini è dovuta in massima parte al fumo dei genitori (fig. 17);
- 7) per il 64% è falso che il target dei colossi del tabacco siano i bambini di età compresa tra i 4 e gli 8 anni (fig. 18).

Infine, nel complesso, le ragazze giudicano l'iniziativa di un concorso di bellezza Smoke Free "ottima" nel 42% dei casi, "furba" nel 29% dei casi, "non male" nel 20% dei casi e strana nel 4% dei casi (fig. 19).

## DISCUSSIONE

Questo contributo permette di rilevare l'andamento dell'atteggiamento verso il fumo in un gruppo selezionato di giovani donne partecipanti ad un concorso di bellezza nazionale che andranno poi ad essere testimonial antifumo nei riguardi di ragazzi e adolescenti soprattutto di sesso femminile. È da segnalare che tra le concorrenti del 2006 emerge una percentuale di fumatrici inferiore a quella rilevata nello stesso anno nella popolazione generale, nel corrispettivo gruppo in relazione a sesso ed età (24% vs. 26%).<sup>3</sup> Fra le motivazioni dichiarate che spingono le non fumatrici ad astenersi dal fumo non troviamo una risposta specifica per questa differenza. Fra le motivazioni a non continuare a fumare nel 2006 prevale la mancanza di piacere e l'inutilità e fra le motivazioni a rimanere astinenti fra le attuali non fumatrici troviamo anche il riconoscimento che il fumo fa male alla salute. Varrebbe la pena, in future indagini, porre a questo specifico gruppo domande che riguardino la consapevolezza dei danni estetici che può provocare il fumo, per verificare se le risposte possano essere

messe in relazione con il minor consumo di tabacco, rispetto alle coetanee. Inoltre sarebbe importante valutare l'impatto dell'iniziativa Smoke free nei concorsi di bellezza, per valutarne l'influenza sui comportamenti tabagici effettivi delle concorrenti. È importante, in ogni caso, rilevare l'andamento negativo nel consumo di tabacco, che evidenzia un aumento delle fumatrici, in questo gruppo specifico, dal 2003 (18%) al 2005 (7%) al 2006 (24%).

I dati confermano la rilevanza che ha l'influenza sociale esercitata dai pari sul comportamento tabagico degli adolescenti (15-16 anni), riguardo sia all'inizio, sia alla motivazione a continuare, entrambi stimolati prevalentemente dalle amicizie. Pur rimanendo la motivazione che spinge a cominciare a fumare quella sociale, tuttavia dal 2003 al 2005, in questo gruppo, si rileva un calo dell'influenza delle amicizie e un aumento dell'influenza della scuola come occasione per iniziare a fumare. Questo dato incoraggia la programmazione di interventi scolastici per la prevenzione del tabagismo. Riguardo alla motivazione per continuare a fumare, una volta iniziato, si registra un calo della motivazione sociale e un aumento della motivazione edonistica, legata al piacere di

fumare, a cui corrisponde un aumento dell'assenza di piacere come motivazione a non continuare a fumare, mentre diminuisce, come motivazione a non continuare, la consapevolezza dei danni del fumo sulla salute. Tra le non fumatrici abituali prevale come motivazione a non fumare la consapevolezza che il fumo è dannoso accanto all'assenza di piacere, inoltre la drastica diminuzione delle mancate risposte tra il 2003 e il 2006 indica che vi è l'acquisizione di



*Compilazione del questionario da parte delle Miss.*

una maggiore consapevolezza dei motivi che sostengono la decisione di non fumare. Tra le fumatrici abituali si riduce il numero di coloro che fumano per abitudine consolidata, il che fa pensare ad una riduzione della dipendenza da tabacco, inoltre, mentre il campione del 2005 presenta una motivazione fortemente centrata sulla motivazione edonistica, il gruppo del 2006 presenta una motivazione più distribuita fra abitudine, uso del tabacco come "psicofarmaco", piacere ed altri motivi, con un discreto numero di mancate risposte (27%). Resta sempre alto il giudizio negativo sul fumo, che rappresenta la consapevolezza che si tratta di un comportamento nocivo, tuttavia il giudizio negativo sul fumatore è inferiore al giudizio sul fumo, con una tendenza ad aumentare nell'ultimo anno. Riguardo, infine alle informazioni possedute sul fumo in generale, si rileva un buon livello di conoscenze acquisite. Questo dato conferma il fatto che le campagne informative sulla nocività del tabacco non sono sufficienti a determinare una riduzione del comportamento tabagico, pur essendo associate ad un atteggiamento negativo verso il fumo. Indagini come questa, condotte su campioni molto selezionati, con caratteristiche specifiche, indicano che l'intervento di prevenzione del tabagismo deve coinvolgere so-



Elisaveta Migatcheva  
Miss Mondo Italia-smoke  
free 2006.

prattutto gli aspetti del fumo che si legano all'interazione sociale e alla sfera edonistica, ambiti per i quali è necessario programmare interventi specifici e mirati. Ad esempio, un'iniziativa come il concorso di bellezza Smoke Free potrebbe avere un impatto sociale rilevante, non solo per le concorrenti, che potrebbero sentirsi stimolate a non fumare, ma per l'influenza che esse, in quanto personaggi dello spettacolo, potrebbero avere, con il loro esempio, sul mondo dei pari. Il primo obiettivo potrebbe essere rappresentato dal numero delle fumatrici che, fra le concorrenti, è inferiore a quello delle

coetanee unito all'alta percentuale, in aumento negli ultimi anni, delle concorrenti che valutano come ottima questa iniziativa. Il secondo obiettivo potrebbe essere valutato tramite un'ulteriore indagine fra le giovani e giovanissime donne che seguono i concorsi di bellezza tramite i mass media.

## CONCLUSIONE

L'adolescenza rappresenta il periodo più critico per la sperimentazione del fumo di tabacco ed automaticamente il terreno più fertile di investimento da parte delle multinazionali del tabacco. Deve quindi rappresentare la fascia di età in cui investire gli sforzi maggiori di prevenzione primaria del tabagismo. L'utilizzo di testimonial antiufumo, opportunamente formati, del mondo dello spettacolo, come può essere il Concorso di Miss Mondo-Italia, possono rappresentare un'opportunità in più per comunicare con efficacia ai ragazzi uno stile di vita smoke free. ■

## Bibliografia

- World Health Organization. Statement from Catherine Le Galès Camus, Assistant Director-General, Non Communicable Diseases and Mental Health. Online, consultato 06.2006, URL: [www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/statement/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/statement/en/index.html).
- US Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of cigarette use. Online, consultato 06.2006, URL: [www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/trends/2005\\_YRBS\\_Cigarette\\_Use.pdf](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/trends/2005_YRBS_Cigarette_Use.pdf)
- Rossi S., Mortali C., Mazzola M., Mattioli D., Spoletini R., Pacifici R. Il fumo in Italia. OSSFAD – Istituto Superiore di Sanità 2006. Online, consultato 06. 2006, URL: <http://progetti.iss.it/ofad>.
- Gervais A, O'Loughlin J, Meshefedjian G, Bancej C, Tremblay M. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *CMAJ* 2006; 175(3):255-61.
- Witte K, Mayer G & Martell D. Effective health risk messages - a step by step guide. -ed. Sage Publication 2001.
- Cavazza, N. La persuasione. Bologna, ed. Il Mulino, 1996.
- Chaiken S. Communicator physical attractiveness and persuasion, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979; 37: 1387-1397.
- <http://www.ship.edu/~cgboeree/bandura.html>; <http://tip.psychology.org/bandura.html>
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. 2004. Bethesda, Maryland, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon' International Agency for Research on Cancer, 2004.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-27.
- Dobson AJ, Kuulasmaa K, Moltchanov V, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K, et al. Changes in cigarette smoking among adults in 35 populations in the mid-1980s. WHO MONICA Project. *Tob Control* 1998; 7(1):14-21.
- White V, Hill D, Siahpush M, Bobevski I. How has the prevalence of cigarette smoking changed among Australian adults? Trends in smoking prevalence between 1980 and 2001. *Tob Control* 2003; 12(Suppl. 2):ii67-ii74.
- Maziak W, Hense HW, Doring A, Keil U. Ten-year trends in smoking behaviour among adults in southern Germany. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(9):824 - 30.
- Griesbach D, Currie C. News from the International Study: Control of Adolescent Smoking. Adolescent smoking trends and intentions to smoke in eight European countries. CAS Fact Sheet 2 (CAHRU). 2000. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- National Cancer Institute. Changing adolescent smoking prevalence. Where it is and why. 2001. Bethesda, US Department of Health and Human Services, National Institute of Health. Smoking and Tobacco Control, Monograph 14. National Cancer Institute.
- Maziak W, Rzehak P, Keil U, Weiland SK. Smoking among adolescents in Muenster, Germany: increase in prevalence (1995-2000) and relation to tobacco advertising. *Prev Med* 2003; 36 (2): 172-6.
- Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, López MJ y Juárez O. España. Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 495 - 501.
- Gilpin EA, Pierce JP. Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tob Control* 1997; 6:122-7.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. 2004. Köln Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jugendliche Raucher-Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. 2002. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Encuesta Nacional de Salud 1997. Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>
- Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre drogas. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf>
- Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona, 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2000.
- Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA* 1998; 279:511-5.
- Gremigni P. Psicologia del fumo. Programmi di prevenzione e metodi per smettere, Carocci, Roma 2005.
- Nicoletti S, Taroni I, Zagà V, Mangiaracina G. Valutazioni preliminari relative al progetto "Miss Universo Smoke-Free - Italia". *Tabaccologia* 2003; 2: 15-20.
- Pacella S, Caucci M, Mangiaracina G. Concorsi di bellezza smoke-free: update di un'indagine. *Tabaccologia* 2005; 4: 17-22.

# News & Views



## Una donna il nuovo Direttore Generale dell'OMS

È Margaret Chan il nuovo direttore generale dell'Oms. Succede al coreano Lee Jong-Wook, scomparso improvvisamente nel maggio 2006. Chan, 59 anni, è nota per i successi ottenuti nell'affrontare l'influenza aviaria H5N1 del 1997 e i casi di Sindrome acuta respiratoria severa (Sars), sconfitti con successo a Hong Kong nel 2003. Margaret Chan si è laureata in medicina all'University of Western Ontario in Canada e ha conseguito un diploma in sanità pubblica alla National University di Singapore. Nominata Assistente del Direttore Generale dell'OMS è giunta adesso a ricoprire la carica più prestigiosa

La Società Italiana di Tabaccologia desidera porgere alla dottoressa Chang i più sentiti auguri di un proficuo lavoro, certi della sensibilità con cui tratterà i problemi legati agli stili di vita e in particolare quelli del tabagismo.

*(Nolita Pulerà - segretaria SITAB)*



## World No Tobacco Day 2007 Theme: Smoke-Free Environments

Nel 1988 l'OMS ha stabilito che il 31 Maggio fosse consacrato come "Giornata mondiale senza Tabacco".

Da allora, questa giornata viene dedicata ogni anno, in tutte le nazioni



che si sono prese carico del problema Tabagismo, a un tema specifico: rapporti tra fumo e sport, cinema, operatori sanitari, problematiche legate al fumo passivo, e altro. Quest'anno nel "No Tabacco Day" si parlerà, come si vede nell'intestazione, di ambienti liberi dal fumo, identificando in ciò un problema, gravoso sotto diversi aspetti: di salute, di comportamento, di estetica. Se noi consideriamo da un punto di vista socio-sanitario e politico-economico la storia del tabacco, vediamo che le Case produttrici (Big Tobacco Companies) hanno dapprima negato i danni da fumo attivo, finché le evidenze scientifiche non sono divenute schiaccianti (ricerche di Doll e Peto, anni 40-60); hanno poi affermato che fumare fosse una libera scelta, ancorché dannosa, ma anche in questo caso hanno dovuto fare un passo indietro, dopo che, ormai da più di 10 anni il DSM IV ha classificato il Tabagismo come una dipendenza patologica. L'ultima frontiera

resta quella della dannosità del fumo passivo, fonte tra l'altro di contenziosi legali potenzialmente esplosivi dal punto di vista dei rimborsi economici: la storia quindi si ripete, perché anche in questo caso si tenta di

negare il rapporto tra fumo passivo e danni alla salute, perfino mettendo a libro paga "scienziati" che contestano il valore scientifico delle ricerche in proposito. Da ciò le azioni di lobbying su politici, per impedire l'approvazione di disposizioni che limitino il fumo negli ambienti chiusi. Fortunatamente anche in Italia, da due anni, la legge bandisce il fumo praticamente da ogni luogo pubblico di lavoro e di svago. Restano esclusi dalla normativa i luoghi di lavoro privati non aperti al pubblico (ma anche in questi, in ogni caso vale la legge 626/94 sulla salubrità degli ambienti di lavoro). Resta da risolvere un ulteriore grave problema: il fumo passivo nei luoghi dove siano presenti i bambini (case private, automobili). Problema che, intuitivamente, non è facile affrontare, ma non più eludibile, considerando che a carico dei minori viene in tali condizioni esercitata una vera e propria violenza, non meno grave di uno schiaffo.

*(Domenico Enea)*

## La curiosità

Questa foto in bianco e nero è una delle più famose nella storia della fotografia. Il suo autore, Charles Ebbets, ex attore, corridore, pilota d'aereo, la scattò nel 1932 per un reportage sulla costruzione del Rockefeller Center, durante la Grande Depressione. Per noi di Tabaccologia, attenti anche agli aspetti storici e curiosi del tabagismo, fra gli undici sospesi nel vuoto ci incuriosiscono i primi due da sinistra mentre si aiutano ad accendersi da fumare e il sesto da destra intento a fumare mentre legge.



12 ottobre 1492 e 10 gennaio 2005

# Nettuno contro

## Due grandi date del tabagismo sotto i riflettori dell'astrologia

È curioso ipotizzare possibili associazioni tra il fumo di tabacco e l'astrologia, ma è possibile trovarle se si gratta un po' la polvere in superficie che talvolta caratterizza chi si avvicina all'astrologia. Nettuno, antico dio del mare denominato anche Poseidon, pianeta della metamorfosi, appare come l'ispiratore dell'irrequietudine che anima tutto ciò che vive spingendolo verso l'avventura nelle sue forme più diverse, ma anche di quella seconda irrequietudine che induce l'essere umano a mutare se stesso, il proprio modo di pensare, di agire, di vivere. Eccoci quindi di fronte allo sperimentalismo mentale, alla curiosità di scoprire l'ignoto e soprattutto il diverso, ciò che si discosta dalla norma e dalla regola. Da Nettuno dipendono certi slanci che spingono l'uomo verso il lontano (geografico, spirituale o filosofico) o anche certi eccessi che lo allontanano dai sentieri confortanti della normalità per avviarlo verso i sentieri artificiali della droga, o della più modesta nicotina. Può sembrare un caso ma, nel momento in cui fu scoperta l'America, il 12 ottobre 1492 e di lì importata in Europa la pianta del tabacco, Nettuno si trovava nel segno del Sagittario, segno nel quale il pianeta si trova in domicilio, ossia in una posizione privilegiata, nella quale esprime al meglio le proprie caratteristiche, trovandosi come a casa sua. È anche il pianeta del misticismo, della colonizzazione. Il pianeta in questo segno ha soggiornato anche dal 1806 al 1821 e dal 1969 al 1984. Nettuno è un pianeta pericoloso e sublime, in quanto nella sua simbologia di metamorfosi si oppone alla simbologia di immobilismo legata al Sole (i due pianeti governano rispettivamente anche l'Aquario e il Leone), proclama i diritti e le gioie del "diverso" e della deroga alla norma. Di qui ecco la fuga dalla normalità,

tutto quanto è fumoso, incerto, nebuloso, sfuggente. Nettuno, oltre al fumo, regola anche la maggiore o minore produzione di anticorpi a livello corporeo. Quando fu scoperta l'America, appare significativa anche la posizione di Plutone in Scorpione, sede anch'essa di domicilio del pianeta. Fantasmagorico, geniale e violento, il pianeta in questo segno può dare il meglio o il peggio di sé e influenza spesso epoche determinanti nel cammino dell'umanità, specie per quanto riguarda l'evoluzione drastica delle idee. Gli ultimi soggiorni di Plutone in Scorpione vanno dal 1737 al 1750 e dal 1984 al 1995. Si tratta di un pianeta che può determinare un sotterraneo gusto della morte e sfida al rischio, che si può manifestare in tutte le forme di dipendenza, sia che si tratti di alcol, droghe, farmaci o nicotina. Nel momento in cui entrò in vigore la legge antifumo, il 10 gennaio 2005, vi erano ben quattro pianeti nel segno del Capricorno (Sole, Luna, Mercurio e Venere), all'opposizione di Saturno in Cancro, quasi a indicare una forma di esercizio coercitivo dell'autorità applicato sui più deboli, ma a difesa degli stessi. Nettuno è in Aquario e il pianeta in questo segno indica spesso periodi di irrequietudine sociale, di ricerca di nuove forme di espressione del pensiero e dell'arte ma, al negativo, anche sregolatezza e vizio. Ecco però che la percezione del pianeta, intensissima, si è munita di duttili strumenti razionali e tecnici, ma anche legislativi (Saturno, altro pianeta governatore dell'Aquario) per arginare tale fenomeno. Plutone è in Sagittario, segno dove soggiognerà fino al 2009 e favorisce esplorazioni e scoperte. Forse la scoperta di un'aria più pulita e di polmoni liberi dal fumo?

*(Daniela Nipoti - Giornalista astrologa collabora con Sirio, Dottore in Scienze Motorie, Docente Liceo Copernico di Bologna)*



Jan Vermeer Van Delft, L'Astronomo, 1668



## SENZA FILTRO

By Torquemada



### A.A.A. Cercasi NAS disperatamente

Ne avevamo parlato nel n° 15/2006 di Tabaccologia. Ma purtroppo Torquemada continua a ricevere e a captare segnali e segnalazioni di vaste inadempienze alla legge antifumo (Legge 3/2003, art. 51, oltre all' Accordo Stato regioni 16/12/2004, Legge 584 11/11/1975, DCPM 23/12/2005) da varie contrade dell'Italico Stivale. Le criticità maggiori provengono ancora da studi professionali di ingegneri, avvocati, notai, da piccole ma ben identificabili nicchie di anarchia in ospedali e case di cura. Altra criticità importante è rappresentata da locali pubblici dove si tengono concerti, da discoteche o da bar e trattorie, specie di periferia. Ne parliamo perché il 31 marzo 2006 all' Estragon di Bologna, un locale musicale live frequentato da una popolazione

prevalentemente giovanile, dove al di là della segnaletica non a norma, neanche la presenza di una donna incinta, né la protesta di vari avventori fra cui un giornalista di Torino, erano serviti a fare smettere di fumare in sala. Ci fu invece una buona dose di arroganza e di irrisoluzione da parte di chi doveva far rispettare il divieto. E con l'Estragon ci risiamo ancora, come apprendiamo dalle pagine de La Repubblica/Bologna (25/02/2007) dove due lettere indignate (finalmente!) di non fumatori stigmatizzano la non assunzione di responsabilità da parte del Direttore del locale nei riguardi dei fumatori in sala come invece prescrive la legge antifumo in vigore (3/2005, art. 51). Vale la pena ricordare, ai gestori di pubblici esercizi che creare l'abitudine ai comportamenti civili è un dovere non scritto, ma assoluto, in chi ha la responsabilità dei locali pubblici, ristoranti o sale da concerto che siano. Il fatto che prevalga tranquillamente la trasgressione di una norma così penetrante come questa investe in primis la gestione... Ma esiste anche il piano del controllo e del contrasto, che richiede una sorveglianza senza buchi. Come dire... cercasi NAS disperatamente!

**Roma, 29 Gennaio 2007**

Al Presidente della Repubblica  
Giorgio Napolitano

Al Ministro degli Esteri  
On. Massimo D'Alema

Al Ministro della Salute  
On. Livia Turco

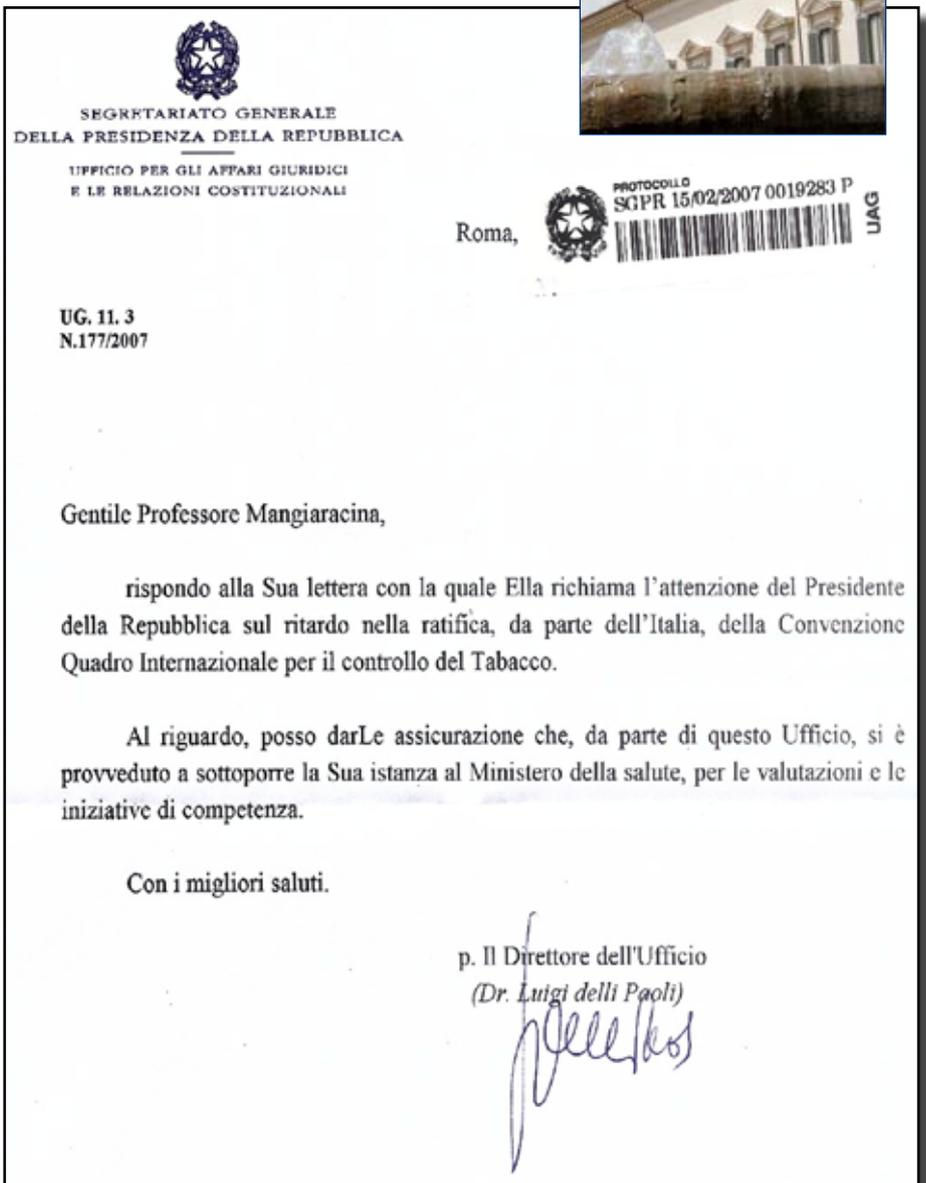
**OGGETTO: Ratifica Convenzione Quadro internazionale sul Controllo del Tabacco (FCTC).**

Signor Presidente, Onorevoli Ministri, Più volte, ed in varie circostanze, la nostra Società Scientifica, sin dal precedente governo, ha lamentato il ritardo nella ratifica dell'Italia alla Convenzione Quadro Internazionale per il controllo del Tabacco (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) a cui peraltro ha aderito siglandola il 16 Giugno del 2003.

Persino il Kazakistan ha appena ratificato il trattato internazionale, il 22 Gennaio scorso, portando a 143 le adesioni mondiali su 168 firmatari tra cui l'Italia. E manca proprio l'Italia all'appello, specie dopo essersi proposta come modello normativo per la tutela dei non fumatori (Art. 51 Legge 3 / 2003 sulla P.A.) a cui si sono ispirate nazioni come la Svizzera e la Francia, dove abbiamo accolto volentieri l'invito a "tenere a battesimo" la legge antifumo (in vigore dal 1° Febbraio 2007), con una mia lezione dal titolo: "*Application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics: L'Italie en exemple*".

Desideriamo ribadire l'importanza della FCTC nelle strategie di controllo del Tabacco nel mondo in quanto si adotterebbero azioni comuni nel campo della pubblicità, della promozione e della sponsorizzazione, nonché etichettatura, contrabbando, vendita ai minori, tassazione, ecc.

Pertanto si sollecita la ratifica di detta Convenzione Internazionale, per il bene della popolazione, e specialmente per la tutela dei giovani, che rappresentano il target di elezione del più grande *trust* mondiale,



quello delle grandi compagnie del Tabacco.

Nell'augurarvi un buon lavoro, vogliate gradire i nostri più cordiali saluti.

Prof. Giacomo Mangiaracina  
Presidente Società Italiana di Tabaccologia



Roma, 17 Gennaio 2007

Al Sig. Ministro della Salute, On. Livia Turco,

## OGGETTO: **Strategie di Controllo del Tabagismo in Italia.**

Signor Ministro,

desideriamo manifestarLe il nostro apprezzamento per l'attenzione e la sensibilità di recente mostrata nei riguardi del problema del tabacco in Italia e in particolare dell'attività svolta dai Centri per la Prevenzione e il Trattamento del Tabagismo.

Gli specialisti, gli esperti, i ricercatori e i formatori in questo campo, rappresentati dalla Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), le sono grati a nome di tutti. Il Tabagismo coinvolge purtroppo più di 12 milioni di persone nel nostro paese, uccidendone ogni anno oltre 80.000, e gravando sul Sistema Sanitario Nazionale più di ogni altro fattore di rischio, per miliardi di euro. Crediamo di non dire nulla di nuovo nel ricordare che più dell' 85% dei tumori del polmone, un terzo degli infarti, la gran parte delle broncopatie croniche ostruttive, e molte malattie internistiche e chirurgiche, sono attribuibili al consumo di tabacco. Più di AIDS, alcol, e di altre droghe messi insieme.

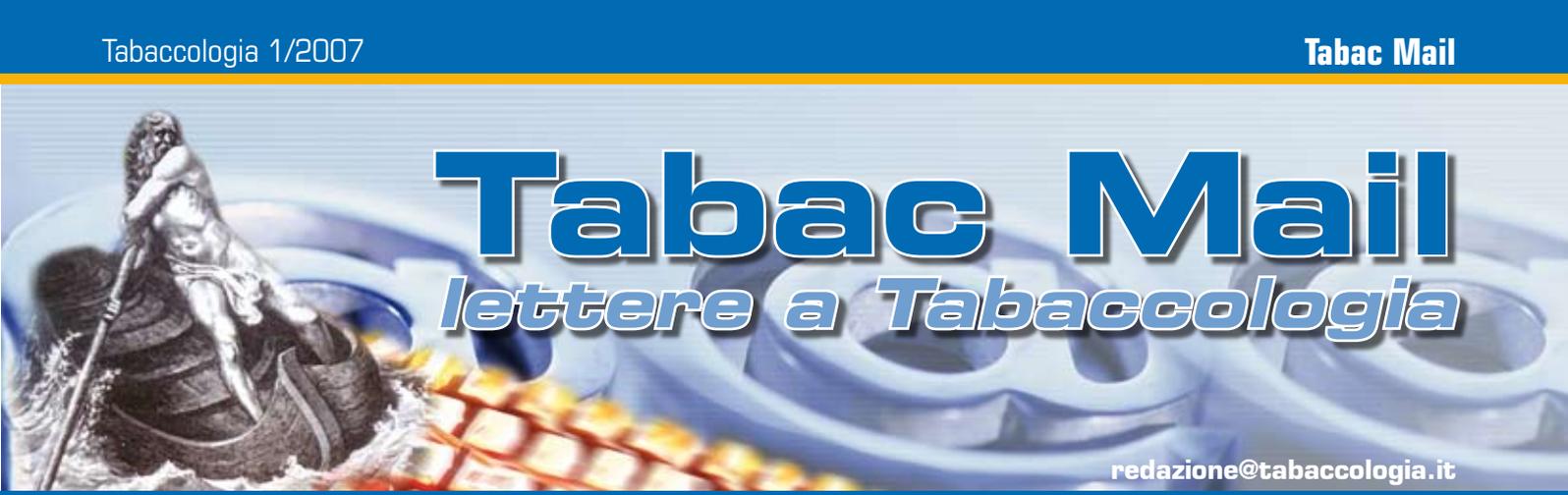
Riteniamo necessario ed urgente che si appronti una pubblica informazione appropriata e corretta, sottolineando che il Tabagismo è una dipendenza patologica classificata come tale nei testi scientifici di riferimento internazionale, e non semplicemente un "fattore di rischio" o uno "stile di vita patogeno" dipendente dalla volontà degli individui. Un numero consistente di fumatori ha bisogno di vere e proprie cure per uscire dalla dipendenza del tabacco. Per questo motivo la nostra società scientifica, insieme con istituzioni, enti governativi, in collaborazione con altre società scientifiche con le quali ha stipulato formali intese, ferma restando l'importanza e l'indispensabilità dell'attività dei medici di medicina generale come primo livello di intervento sul problema, intende sottoporLe le seguenti proposte:

1. Riteniamo indispensabile **inserire la prevenzione e il trattamento del Tabagismo e dei problemi Fumo-correlati nel percorso di formazione di tutte le professioni sanitarie**, sensibilizzando i luoghi istituzionali della formazione e garantendone l'aggiornamento continuo. Ciò rientra nel quadro di una politica sanitaria che preveda una incentivazione alla creazione di almeno un centro Tabagismo per ogni ASL.
2. Occorre investire risorse economiche e professionali nella **prevenzione del fumo tra i giovani**, con metodologie validate che garantiscano un'efficacia verificabile, e progettualità di riferimento per le istituzioni sanitarie e scolastiche.
3. È urgente un piano di **No-smoking policy in ambito lavorativo**. La SITAB lavora da anni a progetti articolati e specificamente orientati in questo ambito, per offrire ai lavoratori informazione e adeguato sostegno alle aziende sul piano della formazione dei medici competenti e di altre figure professionali di riferimento (risorse umane, sicurezza,...).
4. **La terapia del Tabagismo va inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza**, perché da questo discendono molte delle azioni organizzative, di valorizzazione delle cure e di offerta di assistenza ai cittadini. Diversamente i centri tabagismo saranno destinati a restare confinati nella situazione in cui versano oggi: iniziative sporadiche, affidate alla buona volontà di alcuni professionisti, carenti di risorse umane ed economiche, spesso solamente "tollerati" all'interno delle aziende sanitarie in quanto attività "poco produttive".
5. Si ritiene importante **la stesura di Indicatori di Qualità per i centri di cura**, che diventino in qualche modo condizioni di accreditamento presso il SSN, al fine di garantire ai cittadini alti standard di terapia, ma anche sicurezza e professionalità.
6. È appropriato sul piano strategico **assicurare alla cura del Tabagismo risorse certe**. La SITAB, dando seguito ad una raccomandazione dell'OMS del 1989, propone di devolvere ai centri per la cura del Tabagismo una percentuale degli introiti fiscali derivanti dalla vendita dei prodotti del tabacco. Una tale iniziativa riscuoterebbe consenso di opinione pubblica e politica, perché a favore del cittadino che fuma e non "contro" di esso, ed avrebbe una ricaduta favorevole in termini economici sul bilancio sanitario, di molto superiore alle risorse investite.
7. Infine è necessario garantire la diffusione, la qualità e l'accessibilità delle cure a tutti i cittadini **rendendo rimborsabili, in tutto o parzialmente, i farmaci per la cura del Tabagismo**, ricordando che la letteratura internazionale indica con grande chiarezza l'efficacia dei trattamenti farmacologici, con livelli di evidenza addirittura superiori a quelli di molti altri farmaci oggi dispensati dal SSN, com'è il caso degli ipocoleterolemizzanti.

ConfermandoLe la nostra disponibilità ad una proficua collaborazione, voglia gradire le espressioni della nostra stima e l'augurio di un buon lavoro.

Il Consiglio Direttivo Nazionale SITAB

Giacomo Mangiaracina (presidente), Vincenzo Zagà (vicepresidente-tesoriere), Nolita Pulerà (segretaria),  
Christian Chiamulera, Biagio Tinghino, Claudio Poropat, Domenico Enea, Mario Del Donno, Paola Martucci.



# Tabac Mail

## lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

### @ **Prevenzione: la solita Cenerentola**

Spettabile Redazione,

Vorrei sottoporre alla vostra attenzione il problema della ricerca nell'ambito dell'abitudine al fumo tra i giovani adolescenti. È un modo per sottolineare le difficoltà che incontriamo, non solo a livello economico, ma valutativo, con le gravi conseguenze sulla prevenzione che comporta la mancanza di dati certi e di percorsi sperimentati, soprattutto a fronte di strategie ben precise delle multinazionali e dei "mercanti di morte".

Oggetto di questa riflessione è un progetto partito nel 1999 nella Regione Piemonte e che aveva come obiettivo studiare gli stili di vita e le dipendenze patologiche, con particolare riferimento al fumo. Una prima applicazione del progetto ha dimostrato di aiutare gli studenti a muoversi meglio nell'ambito delle relazioni significative. Ha, in poche parole, permesso ad essi di valorizzare risorse e potenzialità personali, attraverso percorsi di brainstorming e "learning by doing". I risultati statistici hanno anticipato quelli che quest'anno ha pubblicato l'ISTAT: si comincia a fumare a undici anni e purtroppo anche a bere (nelle feste dai dieci anni in poi non si beve più coca cola, ma liquorini dolci e altri intrugli). I riferimenti si possono trovare agli indirizzi: [http://psicologiasalute.it/html/articolo\\_20112005.html](http://psicologiasalute.it/html/articolo_20112005.html); <http://psicologiasalute.it/html/ricerca.html> <http://psicologiasalute.it/html/progetti.html>

Il progetto, però, non è stato più rifinanziato né preso in considerazione, mentre nel 2002 ha ottenuto un contributo dalla Fondazione CRT ed è stato sperimentato con ottimi risultati in una scuola media e in un Liceo Classico di Torino. Ci chiediamo se ha senso logico ed economico, investire in una ricerca e poi ignorarne i risultati, la valenza preventiva e formativa, le prospettive che esso apre. Nonostante tutto abbiamo continuato a somministrare on-line il nostro questionario sulla percezione dell'autonomia, raggiungendo un campione di circa 10.000 persone. Si tratta di una misurazione su un campione statistico sicuramente rappresentativo con cui si verifica la generale percezione dell'autonomia personale rispetto a TV, cibo, fumo, farmaci e sostanze stupefacenti. Questi dati, però, non possono essere elaborati e sistematizzati per mancanza di fondi. È stato chiesto l'aiuto dell'Ufficio Statistica della Regione Piemonte e dell'ISTAT, ma nulla si muove per mancanza di disponibilità economica. Il progetto non può essere replicato. La riflessione finale è scoraggiante: come possiamo pensare di cambiare gli stili di vita dannosi se non investiamo in ricerca? E perché nel nostro paese

le iniziative di prevenzione vengono lasciate morire senza alcun sostegno? Internet con questo progetto può essere al servizio della scuola e delle famiglie? Cordialmente.

**Emanuele Passanante** ([emanuele@psicologiasalute.it](mailto:emanuele@psicologiasalute.it))  
Psicologo e Psicoterapeuta. Responsabile SITAB Regione Piemonte  
e Val D'Aosta, Membro Consulta Nazionale sul Tabagismo  
Direttore scientifico di PsicologiaSalute.it

### RISPOSTA

*Gentile collega,*

*Il tuo appello appassionato racchiude molti spunti di riflessione, alcuni dei quali veramente attuali, nello scenario culturale e scientifico italiano. In primo luogo mi preme condividere la necessità di percorsi educativi che aiutino gli adolescenti a riconoscere le proprie dipendenze e ad avviarsi verso sane autonomie. La prevenzione del tabagismo non è, né può essere, sola prevenzione dell'uso di tabacco. In Brianza abbiamo di recente concluso una ricerca sui fattori di rischio e, dall'altra parte, sui fattori protettivi rispetto all'uso di sostanze, alcol e tabacco. I numeri dimostrano senza ombra di dubbio che il consumo di sigarette è solo uno tra i sintomi rivelatori di disagio a trecentosessanta gradi, sia in ambito personale che familiare e sociale. Gli adolescenti che fumano sono più frequentemente di altri afflitti da una scarsa autostima, hanno difficoltà a trovare una propria identità forte e precisa, spesso associano dipendenze da altre sostanze, vengono fuori da contesti familiari in cui la "normatività", i ruoli genitoriali, i riferimenti interiori sono problematici. Dunque il lavoro della prevenzione non può essere settoriale. Deve, accanto ad una corretta informazione sugli stili di vita, avere un approccio globale alla persona.*

*Un secondo pensiero che voglio rafforzare è che senza investimenti nella ricerca non si va da nessuna parte. Dobbiamo purtroppo osservare con frequenza una forte tendenza, nel nostro paese, all'autoreferenzialità. In una nazione di eroi, poeti e navigatori, la creatività non può certo mancare. Ad essa, però, occorre sempre aggiungere il metodo. Diversamente avremo il fiorire tumultuoso e confuso di piccoli progetti, spunti e iniziative che rendono felici coloro che li propongono, permettono loro di conquistare la piccola vetrina di un giornale locale, un flash d'agenzia, un passaggio in un convegno, ma lasciano disperatamente vuote le banche dati. Con la stessa velocità con cui sono nati, queste iniziative spariscono nel nulla. Infine voglio spezzare una lancia sulla necessità di valutare le attività di prevenzione con rigore e determinazione. Non è difficile leggere di progetti ad approccio "quasi-qualitativo", i cui numeri sono "abbastanza-significativi" e il campione "relativamente-soddisfa-*

cente". *Classici casi di allergia alla statistica. Sono situazioni in cui l'unica certezza, a mio parere, è costituito dallo sperpero di soldi, spesso pubblici, che sta dietro a questi superficiali e pressoché inutili lavori. È tempo di dedicare risorse alla ricerca, di produrre progetti che pongano al loro centro la persona, ed in particolare i giovani, dando attenzione ad un approccio integrato e globale. Ed è tempo, infine, di sapere se le cose che facciamo servono o no, sono efficaci o meno. Pur senza esprimere un giudizio di merito, mi sembra che nella tua proposta tutti questi ingredienti ci siano, per cui sono convinto che prima o poi emergeranno.*

Cordiali saluti

**Biagio Tinghino**

Redazione di Tabaccologia - Consiglio Direttivo Nazionale SITAB

**@ Smettere di fumare? La fine del mondo... !**



Spett.le SITAB e Tabaccologia, vorrei far conoscere l'iniziativa UN FONENDO PER IL MEDICO CHE SMETTE di fumare, giunta nel 2007 alla terza edizione, realizzata nel nostro ospedale IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG). Tutti noi sappiamo che purtroppo la classe medica in

Italia fuma più della popolazione generale. Per cui anche quest'anno, come negli anni scorsi, il reparto Medicina Interna, diretto dal prof Gianluigi Vendemiale, di "Casa Sollievo della Sofferenza", si farà promotore dell'assegnazione di un fonendoscopio ad un medico, dell'ospedale, che ha deciso di smettere di fumare. L'iniziativa, partita dal sottoscritto, responsabile dell'Ambulatorio antifumo, ha visto, negli anni precedenti, i medici del reparto Medicina auto-tassarsi per raccogliere il necessario per l'acquisto di un premio, oltremodo simbolico, per incoraggiare la decisione di un collega medico di smettere di fumare: un fonendoscopio! Tale iniziativa rientra nelle attività condotte dall'ambulatorio antifumo dell'ospedale (un link del nostro ospedale dedicato: [www.operapadrepio.it/antifumo](http://www.operapadrepio.it/antifumo), attività ECM per medici ed infermieri, corsi di prevenzione primaria nelle scuole, un concorso riservato ai ragazzi che realizzano dei disegni/spots antifumo indirizzati a ragazzi della loro stessa età e, attualmente, è in corso di organizzazione un concorso a livello comunale per indurre la cessazione del fumo tra gli adulti). E infine due parole sul logo dell'Ambulatorio antifumo: la frase "Quella che il bruco chiama fine del mondo, il resto del mondo chiama... farfalla" è la più citata frase di Lao Tze (in cinese "Vecchio maestro") filosofo cinese vissuto in Cina nel VI-V secolo a.C., contemporaneo di Confucio, probabilmente bibliotecario presso la corte della dinastia Zhou, gli è attribuita la composizione del Tao-te-ching ("Libro della via e della virtù"). La frase si riferisce alla difficoltà del cambiamento, probabilmente al periodo del cambiamento per eccellenza: l'adolescenza. Mi è sembrato il modo più bello di rappresentare la persona che smette di fumare. Un paziente della nostra sezione, un grafico pubblicitario, ci ha regalato il disegno della farfalla che si invola dalla sigaretta spezzata: gli siamo veramente molto grati.

**Vito D'Alessandro** ([vitodale@hotmail.com](mailto:vitodale@hotmail.com))

Sezione Pneumo-Oncologica, Reparto Medicina Interna IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG).

**RISPOSTA**

Gent.mo collega

Originale e interessante l'iniziativa di Un fonendo per... Complimenti. I medici che fumano più della popolazione generale è ormai un problema ineludibile e da affrontare. Pertanto ogni strada, semplice, scontata o geniale che sia, dovrà essere battuta al fine di mettere in cammino più medici possibili in quell'ideale percorso del Modello transteorico di Prochaska & DiClemente per farli arrivare il prima possibile alla fase dell'azione. Della frase del saggio cinese, Lao Tze, che dire! Bellissima per realismo e poesia.

Cordialmente

**Vincenzo Zagà**  
Caporedattore

**@ FTCT: sorpassati anche da Borat il kazako!**



Carissimi, come avrete sicuramente notato siamo l'unico Paese "sviluppato" (insieme a Monaco e Liechtenstein) a non avere ratificato l'FTCT! DEAD LINE il 1° aprile, per poter partecipare alla seconda sessione della Conference of the Parties. Dopo la lettera ufficiale del Presidente SITAB ai rappresentanti istituzionali, cos'altro dobbiamo fare? Incatenarci a un monumento romano, lo sciopero della fame? Non so cosa, ma certo sarebbe necessario fare qualcosa di "vistoso" dopo essere stati sorpassati anche dal Kazakistan e prima di essere anticipati anche dalla Guinea-Bissau!

**Nolita Pulerà**  
Segretaria SITAB

**RISPOSTA**

Cara Nolita, come sai purtroppo sfondi una porta aperta in fatto di preoccupazione e disappunto per la mancata ratificazione della Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) da parte dell'Italia, nonostante da tempo la SITAB stia facendo pressing presso gli organi istituzionali perché escano da questo stato di letargia e vadano alla ratifica. In SITAB home page di questo numero riportiamo la lettera di sollecito inviata al Presidente della Repubblica (con risposta della Presidenza), al Ministro degli Esteri e al Ministro della Salute. Visto che il tempo stringe (scadenza il 1° aprile) abbiamo inviato anche al dott. Donato Greco del Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione del Ministero della Salute un ultimo tentativo di sollecito. Sarebbe un vero peccato e un danno d'immagine per l'Italia, se non dovesse essere ratificata l'FCTC. Perderemmo in un sol colpo i "punti" acquisiti con l'introduzione della legge antifumo di due anni fa per cui eravamo entrati nel novero delle nazioni più virtuose in tema di prevenzione del tabagismo. Perciò cara Nolita un po' già mi "rossica" la ratifica del Congo e del Kazakistan (la gloriosa Repubblica Socialista di Borat!), recentissime new entry, ma non vorrei arrivare dietro ad Uganda e Uzbekistan. Niente di personale ovviamente.

**Enzo Zagà**  
Caporedattore

# Congressi & eventi

redazione@tabaccologia.it

## ITALIA

### 24, 31 Marzo 2007

**Roma:** Formazione di 1° livello per Operatori Tabagismo (PsiGEA - Sitab). Max.10 allievi. Programma: [www.gea2000.org/documenti/pdf/corsopsigea.pdf](http://www.gea2000.org/documenti/pdf/corsopsigea.pdf). Info: Greta Cerretti e Ilaria Mastropietro: 340.6512819, 06.27867863. Web: Psigea.it. Email: psigea@tiscali.it.

### 28 Marzo 2007

**Roma.** Ordine dei Farmacisti. Ruolo del farmacista nelle strategie di controllo del Tabagismo. Info: Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma, E-mail: [info@ordinefarmacistiroma.it](mailto:info@ordinefarmacistiroma.it).

### 7 - 10 Maggio 2007

**Perugia:** "Il counseling e il colloquio motivazionale" - 3° edizione. Villa Massari, Policlinico di Monteluca. Crediti ECM 25 per tutte le figure professionali. N° max partecipanti: 25. Iscrizione: 500,00 euro. Scadenza: 28 Aprile 2007. Info: [www.unipg.it/csese/ita/counseling.htm](http://www.unipg.it/csese/ita/counseling.htm)

### 11 Maggio 2007

**Firenze:** Convegno: Fumo di tabacco e interstiziopatie polmonari diffuse: evidenze e problemi aperti  
Sede del Convegno: Polo Biomedico, viale Morgagni 44 Firenze. Segreteria organizzativa: AIPO Ricerche S.r.l. Via Frua, 15 - Milano - tel. 02 43911560 - fax 02 43317999 email: [segreteria@aiponet.it](mailto:segreteria@aiponet.it)

### 17, 19 Maggio 2007

**Bari:** 4° Congresso Cardiopneumo AIMEF 2007. Centro Congressi dell'Hotel Villa Romanazzi Carducci. Info: Terry Dellino Tel: 080-5611036/5645592; Cell: 393-9791751; Fax: 080-5045452; Web: [www.acmesi.net](http://www.acmesi.net); Mail: [terrydellino@acmesi.net](mailto:terrydellino@acmesi.net).

### 4-6 Giugno 2007

**Ferrara:** Workshop GIMBE CGP/2007 (Clinical Governance in Pneumology)/Tel +39 039 2304440 [schiavulli@midiaonline.it](mailto:schiavulli@midiaonline.it)

### 7-9 Giugno 2007

**Gubbio (PG):** Corso Nazionale "post graduate": Le Pneumopatie Interstiziali Diffuse. Conoscere per riconoscere. Info: [segreteria@aiporicerche.it](mailto:segreteria@aiporicerche.it) Tel: 0243911560

### 25-27 Giugno 2007

**Ferrara:** Workshop GIMBE CRP/2007 (Clinical Research in Pneumology)/Tel +39 039 2304440 [schiavulli@midiaonline.it](mailto:schiavulli@midiaonline.it)

### 3-6 Ottobre 2007

**Roma:** Congresso AIMAR - Conferenza Nazionale di Con-

senso in Medicina Respiratoria.

[www.conferenzaAIMAR2007.makeevent.it](http://www.conferenzaAIMAR2007.makeevent.it)

info: [conferenzaAIMAR2007@effetti.it](mailto:conferenzaAIMAR2007@effetti.it) - Tel. 02 3343281

### 12-14 / 26-28 Novembre 2007

**Ferrara:** Workshop GIMBE EBP/2007 (Evidence-Based Pneumology)/Tel +39 039 2304440 [schiavulli@midiaonline.it](mailto:schiavulli@midiaonline.it)

### 4-7 Dicembre 2007

**Firenze:** Fortezza da Basso-Congresso Nazionale AIPO/UIP - Info: iDea congress Via della Farnesina, 224 - 00194 Roma  
Tel. +39 06 36381573 - Fax +39 06 36307682

## INTERNAZIONALI

### 12-13 April 2007

**Porto, Portugal:** Hotel Porto Palácio 3º Encontro sobre: Prevenção e Tratamento do tabagismo. Info: [www.acropole-servicos.pt](http://www.acropole-servicos.pt) - Tel.: +351 226199687 - Fax: +351 22619 9689

### 16-20 April 2007

**Rochester, Usa:** MN Mayo Clinic Tobacco Treatment Specialist Certification training  
[http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/ndc\\_educationtts\\_certification.cfm](http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/ndc_educationtts_certification.cfm)

### 23-27 April 2007

**Rochester, Usa:** Apr 23-27 Worcester, MA University of Massachusetts Tobacco Treatment Specialist Core Certification Training <http://www.umassmed.edu/behavmed/tobacco/certify.cfm>

### 26-29 April 2007

**Miami, Usa:** Apr 26-29 Miami, FL American Society of Addiction Medicine 38th Annual Medical-Scientific Conference [http://www.asam.org/conf/conf\\_gf.htm](http://www.asam.org/conf/conf_gf.htm)

### 22-25 June 2007

**Istanbul, Turkey:** World Asthma Meeting  
Info: [wam2007@figur.net](mailto:wam2007@figur.net) / Tel: +90 2122586020

### 24-28 August 2007

**Beijing, China:** 10<sup>th</sup> World Conference on Tobacco or Health.

### 15-19 September 2007

**Stockholm, Sweden:** ERS 2007 Annual Congress  
Info: Tel: +41 21 213 0101 /Fax: +41 21 213 0100  
[info@ersnet.org](mailto:info@ersnet.org) / [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org)