

ENEA: Anzitutto dare un avvertimento alle autorità sanitarie di quel grande paese, nei riguardi delle pressioni che sicuramente le lobby del tabacco effettueranno per iniziare le donne al fumo di tabacco. Attualmente infatti, a fronte di un massiccio 60% di fumatori maschi, solo il 3% delle donne mostra un'abitudine al fumo, per motivi di "convenienza sociale". Purtroppo opportune tecniche pubblicitarie, agendo

in maniera più o meno evidente, possono far cambiare la visione delle cose ai soggetti "target", nel nostro caso appunto le donne, come abbiamo purtroppo constatato dapprima in America e poi in Europa.

TABACCOLOGIA: I Centri Tabagismo sono ancora pochi in Italia. Quali consigli darebbe per organizzare un centro tabagismo che sia efficiente e produttivo?

ENEA: Anzitutto la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori. D'altro canto, questo è uno dei compiti fondamentali che fa tesoro delle esperienze che esistono e sono consolidate (Monza, Trieste, Vittorio Veneto, Bologna, Napoli, Roma, solo per citarne alcune), per ottimizzare l'impegno organizzativo. E infine dotarsi di motivazione, entusiasmo, impegno di studio e di lavoro, umiltà, autostima,...

Quelli che il fumo... INTERNATIONAL

Intervista a Karl Fagerstrom Dove sono i medici?

di **María Paz Corvalán**



Karl Fagerström si è laureato in psicologia clinica nel 1975. Nel 1981 ha completato il dottorato di ricerca. Alla fine degli anni settanta ed all'inizio degli anni ottanta è stato Editor-in-Chief dello Scandinavian Journal for Behaviour Therapy. Dal 1983 al 1997 è stato consulente in qualità di Direttore dello Scientific Information for Nicotine Replacement Products per la Pharmacia e la Upjohn. Ha lavorato sullo sviluppo delle gomme di nicotina Nicorette sin dal 1975 ed ha contribuito anche allo sviluppo di altri dispositivi di terapia sostitutiva della nicotina, quali cerotti, spray ed inalatori. È membro fondatore della Society for Research on Nicotine and Tobacco. Dal 1999 al 2003 è stato presidente della SRNT Europe. Nel 2003 è diventato anche presidente eletto della SRNT. I suoi contributi principali nel campo della ricerca hanno riguardato la medicina comportamentale, il tabacco e la nicotina, con oltre 100 pubblicazioni e review. Attualmente, il suo principale interesse di ricerca è ridurre il danno e l'esposizione alle tossine del tabacco per coloro che non riescono a smettere di fumare. Ha dato il proprio nome al test di Fagerström per la dipendenza dalla nicotina e nel 1999 è stato premiato dall'OMS con una medaglia per il suo eccezionale contributo al controllo del tabagismo. Al momento attuale, lavora nella sua clinica privata, the Fagerström Consulting and Smokers Information Center (Helsingborg, Svezia).

TABACCOLOGIA: Nonostante tutte le informazioni disponibili, e l'evidenza che la maggior parte dei fumatori vuole smettere, solo pochi medici offrono un supporto per la cessazione ai loro pazienti fumatori, e nemmeno a quelli con fattori di rischio cardiovascolare. Che cosa direbbe ai clinici a questo proposito?

FAGERSTROM: Naturalmente è una vergogna che molti medici non offrano un supporto ai pazienti fumatori a rischio cardio-

Karl Fagerström graduated as a licensed clinical psychologist 1975. In 1981 he got his Ph.D. In the end of the seventies and early eighties he served as the editor-in-chief for the Scandinavian Journal for Behaviour Therapy. From 1983 through 1997 he worked for Pharmacia and Upjohn as Director of Scientific Information for Nicotine Replacement Products. He has worked with the nicotine gum Nicorette since 1975 and has been contributing to NRT developments such as patch, spray and inhaler. He is a founding member of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Since 1999 he has been the president of SRNT Europe up to 2003. In 2003 he also became president elect of the mother SRNT. His main research contributions have been in the fields of Behaviour Medicine, Tobacco and Nicotine with over 100 peer reviewed publications. The current main interest is on reducing harm and exposure to tobacco toxins among all those who can not give up smoking. He has given the name to The Fagerström Test For Nicotine Dependence and was awarded the WHO medal 1999 for his outstanding work in tobacco control. Currently he works with his own private consultancy clinic, the Fagerström Consulting and Smokers Information Center.

TABACCOLOGIA: Despite this widely available knowledge and evidence that most smokers want to quit, relatively few physicians offer cessation support to their smoking patients, even those at high risk for a cardiovascular event. What would you say to clinicians about this?

FAGERSTROM: It is a shame on the physicians of course if they do not offer any cessation support to subjects with CVD: cardiovascular disease. The main reasons are probably.

vascolare. Le ragioni principali di questo fenomeno sono le seguenti: non è una "corrente" principale della medicina di oggi; non sanno come fornire tale supporto; i risultati che si aspettano sono miseri; non vi è supporto da parte del sistema e dei superiori; non hanno tempo.

TABACCOLOGIA: *Come cambiano le intenzioni di smettere di fumare durante brevi periodi di tempo?*

FAGERSTROM: La motivazione per smettere ha una data di scadenza, proprio come il pane o il latte. Può arrivare ed andarsene molto velocemente. In queste persone vi è naturalmente una intenzione di sottofondo, ma l'impulso effettivo per smettere ha una data di scadenza a breve termine.

TABACCOLOGIA: *Può un ridotto consumo di sigarette essere una via per smettere per quei fumatori che non sono motivati a farlo?*

FAGERSTROM: Al contrario di quanto pensavano molto attivisti anti-tabacco fino a pochi anni fa, sembra essere proprio così, come dimostrato da vari trial clinici.

TABACCOLOGIA: *Ci può dire qualcosa sulla neurofarmacologia e la potenziale efficacia dei nuovi trattamenti della dipendenza dal tabacco?*

FAGERSTROM: Il trattamento più nuovo è la vareniclina, che agisce sui recettori della nicotina nel cervello. Che io sappia non vi sono altri trattamenti altrettanto promettenti in preparazione. Volendo usare una metafora, si può dire che quando i fumatori fumano sono sotto la luce, e quando smettono diventa buio. Quello che la vareniclina fa è di abbassare l'intensità della luce quando il fumatore fuma, e quando smette non diventa del tutto buio. Cosa importante, quando il fumatore tenta di riaccendere la luce fumando, l'interruttore non funziona, perché la sigaretta non ha più sapore.

TABACCOLOGIA: *È possibile ridurre il danno da fumo?*

FAGERSTROM: Ridurre il rischio è certamente possibile dal momento che la nicotina risulta un fattore molto importante e non pericolosa se somministrata da sola. Il fumo contiene circa 4000 sostanze chimiche, mentre nel trattamento sostitutivo (NRT) si somministra solo nicotina. Fra un estremo e l'altro si colloca la questione del tabacco da masticare.

Traduzione: Marco Mura

- it is not mainstream medicine
- they do not know how to do/bring it up.
- Expect dismal results
- No support from the system/superiors
- No time

TABACCOLOGIA: *How intentions to quit smoking change over short periods of time?*

FAGERSTROM: Motivation to stop has an expiry date as milk and bread. It can come and go very fast. There is of course a diffuse underlying will to give up, for some time. But the actual impulse to actually do it has a short expiry date.

TABACCOLOGIA: *Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit?*

FAGERSTROM: It seems so from quite a number of trials, contrary to what most anti-tobacco activists thought years ago.

TABACCOLOGIA: *Please, tell us about the neuropharmacology and potential efficacy of new treatments for tobacco dependence.*

FAGERSTROM: The newest treatment is varenicline which targets specific nicotinic receptors in the brain. To my knowledge there are no other treatments under preparation that are as promising as varenicline. With methafor one can say that when smokers smoke they are out in the light, when they give up it turns dark. What varenicline does is turning down the light switch a bit so it isn't quite as light as when smoking but, and that is important, it doesn't get dark. And also importantly, if the smoker tries to turn up the switch to make it lighter, i.e. smoking, the switch can not be turned up, i.e. the cigarette doesn't taste any longer.

TABACCOLOGIA: *Tobacco harm reduction is possible?*

FAGERSTROM: Of course tobacco harm reduction is possible since it is the nicotine that is most important and by itself not very harmful. The smoke contains something in the order of 4000 different chemicals while in NRT there are just a few. In between is tobacco without smoke, smokeless.

