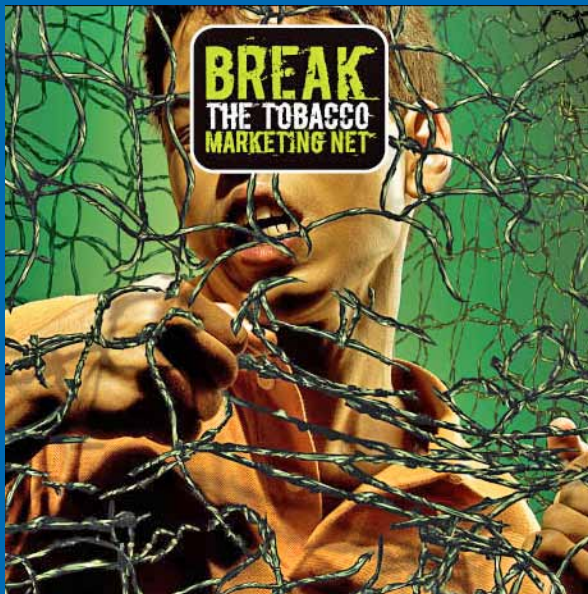


# Tabaccologia

Tobaccology

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



World No Tobacco Day 2008: tobacco free youth  
Vareniclina vs Nicotina • Fumo di tabacco e caffeina  
Religioni cristiane e tabacco • Ratifica FCTC



# 10<sup>th</sup> Annual Conference of SRNT Europe

Rome, September 23 - 26 2008  
*The Scientific Evidence:  
Criteria for Therapy, Needs for Preventions*



[www.srnt2008rome.com](http://www.srnt2008rome.com)



## Meeting Satellite SITAB - SRNT

Priorità ed evidenze in Tabaccologia  
Roma 23 settembre 2008



Lega Italiana per la Lotta  
contro i Tumori

### PROGRAMMA

<b>9.30</b> Registrazione partecipanti	<b>PARTE SECONDA</b> Moderatori: <i>Domenico Enea</i> <i>Mario Del Donno</i>	<b>16.30 - 17.30</b> Assemblea SITAB
<b>10.00</b> Saluti autorità e introduzione ai lavori (F. Schittulli, A. Mangiacavallo, D. Greco, P.G. Zuccaro)	<b>11.30 - 11.50</b> Le ricadute del Progetto INSPIRO <i>Claudio Poropat (Trieste)</i>	<b>18:30</b> Welcome & opening address SRNT
<b>PARTE PRIMA</b> Moderatori: <i>Vincenzo Zagà - Nolita</i> <i>Pulerà</i>	<b>11.50 - 12.10</b> La ricerca: attualità e prospettive <i>Christian Chiamulera (Verona)</i>	<b>Segreteria scientifica</b> <i>Zagà</i> (redazione@tabaccologia.it) <i>Tinghino</i> (btinghi@tin.it) <i>Pulerà</i> (segreteria@tabaccologia.it) <a href="http://www.tabaccologia.it">www.tabaccologia.it</a>
<b>10.30 - 10.50</b> Tabaccologia, tra passato e futuro <i>Giacomo Mangiraracina (Roma)</i>	<b>12.15 - 12.30</b> L'evidenza di efficacia nel trattamento <i>Biagio Tinghino (Monza)</i>	<b>Comitato scientifico</b> <i>G. Tarsitani, G.F. Fumagalli, G. Mangiaracina, C. Chiamulera, P.G. Zuccaro, M.T. Tenconi.</i>
<b>10.50 - 11.10</b> Priorità e necessità nel controllo del tabagismo <i>Daniela Galeone (Roma)</i>	<b>12.30 - 13.00</b> Discussione	<b>Segreteria</b> Anteprimadue Viale del Tintoretto, 88 00142, Roma tel. +39 06 5403600 fax +39 06 547865 info@anteprimadue.it
<b>11.10 - 11.30</b> Alleanze produttive e consolidamento dell'efficacia in prevenzione <i>Elizabeth Tamang (Venezia)</i>	<b>13.00 - 14.30</b> Pranzo	<b>Sede congresso:</b> ATAHOTEL Villa Pamphili Via della Nocetta, 105 00164 Roma <a href="http://www.srnt2008rome.com">http://www.srnt2008rome.com</a>
	<b>14.30 - 16.00</b> Tavola rotonda: L'efficacia dei processi: dalle speranze alle possibilità Moderatori: <i>G. Tarsitani - P. Martucci</i> Intervengono: <i>A. Corrado, M. Laezza, S. Nardini, C. Poropat, M.T. Tenconi, P.G. Zuccaro.</i>	



Università  
di Verona



Università  
La Sapienza  
Roma



AIPO

# Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE SITAB  
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

**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).

**Comitato scientifico:** Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Mariella Debiasi (Riceratrice, Houston, Texas-USA), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Trieste), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma), Paquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (ICNR, Palermo).

#### 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](http://www.graph-x.it)



**Ricerca iconografica:** Zagor & Kano

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

**Pubblicità:** Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)  
via Venturoli 38/D - 40138 Bologna - tel./fax +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. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)  
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel maggio 2008. Tiratura: 5000 copie.

# Congressi & eventi

[redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it)

## ITALIA

### 8-9-10 Maggio 2008

**Sciacc (Ag):** 3° Congresso Mediterraneo di Pneumologia.  
E-mail: info@ideacpa.com  
[www.ideacpa.com](http://www.ideacpa.com)

**Cervia (Ra):** Tra predizione e interpretazione. Aspetti teorici e ricadute quotidiane. Evento ECM n. 8437-8008487  
E-mail direzione@medicareformazione.it

### 12-13 Maggio 2008

**Roma:** Corso di Perfezionamento: Empowerment dell'Operatore Tabagismo. SITAB, Scuola di Spec. Igiene e Medicina Preventiva 2° facoltà di Medicina "La Sapienza", Centro Policlinico senza Fumo Umberto I, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. ECM per medici. Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, sala Alessandrina, Lungotevere in Salsia 3, complesso del Santo Spirito.  
E-mail: [centrostudi@tabagismo.it](mailto:centrostudi@tabagismo.it)  
Cellulare: 340 7088301

### 20 Maggio 2008

**Bologna:** 1° Consensus Conference italiana strategie nel mesotelioma maligno della pleura.  
Telefono/Fax 051 220427  
Cellulare 335 5918811  
E-mail: info@mitcongressi.it

### 29 Maggio 2008

**Napoli:** Il protocollo terapeutico integrato nei centri antifumo. Corso di formazione per medici, psicologi.  
Telefono: 081 2546824,  
081 2546827

### 30 Maggio 2008

**Roma:** Giornata Mondiale senza Tabacco (OMS), X Convegno nazionale: "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Sede: Aula Pocchiarri, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, Roma.  
Tel.: 06 49902634  
Fax: 06 49902016  
E-mail: [osservatorio.fad@iss.it](mailto:osservatorio.fad@iss.it)

### 31 Maggio 2008

**Catanzaro:** Convegno "Tabagismo: cosa proporre oltre il divieto". Giornata di studio per medici e infermieri professionali. Az. Osp. "Pugliese-Ciaccio", Sala Convegni Biblioteca, viale Pio X.  
Tel: 0961 883497-883203  
E-mail: [fgnco@tin.it](mailto:fgnco@tin.it)

### 9-11 Giugno 2008

**Ferrara:** Clinical Governance in Pneumology 1 by GIMBE.  
E-mail: [midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it)

### 20-21 Giugno 2008

**Benevento:** La disassuefazione dal fumo di tabacco: problema professionale o politica sociale?

Tel./Fax 0824 57750  
E-mail: [m.deldonno@ao-rummo.it](mailto:m.deldonno@ao-rummo.it)

### 22-24 Giugno 2008

**Catania:** Facoltà di Medicina: 3rd WASOG International Conference on Diffuse Lung Diseases.  
Info: Mara Carletti  
Tel: 02 56601 212  
Fax: 02 56609045.  
E-mail: [m.carletti@aimgroup.it](mailto:m.carletti@aimgroup.it)  
[www.aimgroup.it/2006/wasog](http://www.aimgroup.it/2006/wasog)

### 26-28 Giugno 2008

**Roma:** L'errore in medicina. Responsabilità Nazionale e implicazioni organizzative. Università Cattolica S. Cuore.  
Tel.: 080 5482005  
Fax: 080 5529862  
E-mail: [m.lonigro@intermeeting.org](mailto:m.lonigro@intermeeting.org)

### 10-13 Settembre 2008

**Genova:** Congresso Nazionale della Pneumologia (UIP/SIMeR).  
[www.aimgroup.eu/2008/uiip](http://www.aimgroup.eu/2008/uiip)

### 23-25 Settembre 2008

**Roma:** Hotel Villa Panphili - 10° Congresso Europeo SRNT, Society for Researches on Nicotine and Tobacco.  
E-mail: [info@tabaccologia.it](mailto:info@tabaccologia.it)

### 10-12 Novembre 2008

**Ferrara:** Clinical Governance in Pneumology 2: Audit Clinico e Indicatori di Qualità by GIMBE.  
E-mail: [midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it)

## ESTERO

### 16-21 May 2008

**Toronto, Canada:** ATS 2008.  
Email: [ats2008@thoracic.org](mailto:ats2008@thoracic.org)

### 29-31 May 2008

**Constanta, Romania:** XXth Congress of The Romanian Society of Pneumology.  
Info: <http://www.en.econgres.ro>  
E-mail: [contact@congrespneumo2008.econgres.ro](mailto:contact@congrespneumo2008.econgres.ro);  
[congres@srp.ro](mailto:congres@srp.ro), [office@srp.ro](mailto:office@srp.ro);

### 27-31 August 2008

**Geneva, Switzerland:** World Cancer Congress. Contact: Laurence Verhagen  
E-mail: [verhagen@uicc.org](mailto:verhagen@uicc.org)

### 23-26 September 2008

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

### 4-8 October 2008

**Berlin, Germany:** ERS Congress  
Contact: ERS Headquarters  
Tel: +41 212130101  
Fax: +41 212130100  
E-mail: [info@ersnet.org](mailto:info@ersnet.org)  
[www.ersnet.org](http://www.ersnet.org)



## Cosa bolle in redazione

### Era ora!

La notizia è di quelle che ci rallegrano e ci rifanno andare a testa alta a livello internazionale. Dopo vari appelli, effettuati a più riprese anche su Tabaccologia, ai responsabili della politica sanitaria nazionale per il colpevole ritardo, finalmente è stata firmata la ratifica della Convenzione quadro OMS per la lotta al tabagismo (FCTC).

L'effetto immagine che la legge Sirchia ci aveva fatto guadagnare a livello internazionale stava per essere seriamente compromesso per l'assurdo e incomprensibile ritardo nella ratifica dell'FCTC che permetterà alle Nazioni ratificanti, con una sorta di diritto/dovere, di poter agire a 360° contro il tabagismo. Per noi questo ritardo era diventato semplicemente vergognoso soprattutto quando abbiamo dovuto sopportare in corsia di sorpasso nazioni, con tutto il rispetto, come il BurkinaFaso e il Kazakistan.

Di questa ratifica leggerete ampiamente in questo numero. Il tema del *World No Tobacco Day* 2008 è Gioventù senza tabacco con cui l'OMS vuol dare un messaggio preciso agli operatori sanitari e ai politici della salute: se non si investe in prevenzione primaria, e quindi sui giovani, nessuna strategia di controllo del tabacco potrà essere incisiva ed efficace. In questo ambito si inserisce un articolo originale della Gremigni e coll. sulla comprensione del complesso rapporto giovani e fumo di tabacco.

Per gli amanti del caffè una rassegna di Mura et al. tutta da gustare che vi addentrerà nei risvolti, benefici e non, di questa gustosa bevanda e nelle possibili interazioni con la nicotina. A seguire una rassegna storica sul rapporto tra religioni cristiane, e più in generale occidentali, e tabacco.

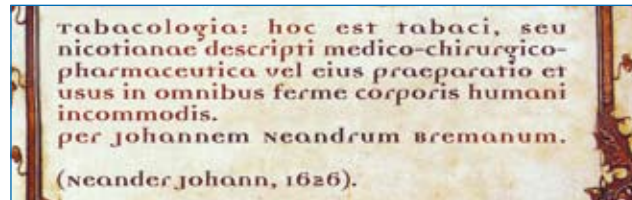
Per il versante terapeutico vi segnaliamo in *Abstract & Commentary* un'ampio servizio sul primo lavoro di confronto fra Vareniclina e Nicotina a cui è possibile che seguano reazioni e valutazioni da parte di esperti in smoking cessation. Tabaccologia li registrerà e li offrirà ai suoi lettori. Non meno interessante è anche la notizia del via libera in Gran Bretagna alla somministrazione dei sostituti nicotinici agli adolescenti.

Per finire ricordiamo ai nostri lettori di inserire in agenda il Satellite Meeting SITAB/SRNT del 23 settembre 2008. In tale occasione si discuteranno argomenti scientifici, clinici e organizzativi relativi alle strategie di controllo del tabacco con elezione finale del nuovo Comitato Direttivo Nazionale. Infine ricordiamo di inviare abstract, in inglese, all'SRNT ([www.srnt2008rome.com/abstracts.php](http://www.srnt2008rome.com/abstracts.php)).

Au revoir a Roma e buona lettura.

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

## Sommario



### EDITORIALI

- Catechesi sanitaria? No, grazie. (G. Mangiaracina) **3**  
Elogio della copertina. (V. Zagà) **5**

### PRIMO PIANO

- World No Tobacco Day: Gioventù libera dal tabacco. **6**  
Perché c'è bisogno di un bando totale della pubblicità e della sponsorizzazione dei prodotti del tabacco? **6**  
Una chiamata all'azione... **7**

### QUELLI CHE IL FUMO...

- Un incontro con... Christian Chiamulera. (M. Giovenchi) **8**

### QUELLI CHE IL FUMO... INTERNATIONAL

- Intervista a... Martin Raw. **9**  
(M. Paz Corvalan)

### ABSTRACT & COMMENTARY

- Vareniclina vs Nicotina: primo trial clinico di confronto. **13**  
(M. Baraldo, P. Cuiutti)  
La genetica nella dipendenza nicotinica. (M. Baraldo) **15**  
Nature rilancia: nei geni la mappa del rischio individuale. **16**  
(V. Zagà)  
Cerotti alla nicotina per i giovani fumatori. (V. Zagà) **16**  
Effetti del fumo di sigaretta sullo sviluppo delle vie aeree in periodo prenatale. (D. Enea) **17**  
Mutazioni genetiche nel feto. (M. Mura) **17**  
We the People... (G. Fiorenzano, V. Zagà) **18**  
Global Link - *Health news* (N. Pulerà) **20**

### ORIGINAL ARTICLE

- Fattori psicosociali e comportamento tabagico in un gruppo di adolescenti. / *Psychosocial factors and smoking in a group of adolescents* **21**  
(C. Di Cosmo, D. Corni, P. Gremigni)

### REVIEW

- Interazioni tra fumo di tabacco e caffeina. / *Interactions between tobacco smoke and caffeine.* **27**  
(M. Mura, V. Zagà, G. Mangiaracina)  
Religioni cristiane e tabacco. / *Christian religions and tobacco.* (B. Tinghino, C. Harza) **35**

### Rubriche

- News & Views **42**

- Senza Filtro **46**

- Tabac mail **47**

- InformaLILT **48**

- Congressi & eventi **III**

## Istruzioni per gli Autori

**Tabaccologia** (Tobaccology) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medica open-access. Viene pubblicato con cadenza trimestrale più gli eventuali supplementi. Vengono pubblicati Editoriali, Articoli Originali, Rassegne, "Focus on" e "Perspective&Research" su argomenti legati al fumo di tabacco, tabaccologia, patologie indotte dal tabacco, dipendenza dal fumo e sua prevenzione. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Microsoft Word via e-mail all'indirizzo [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Le Figure devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint, TIF o JPG.

Il testo deve essere in formato Times New Roman con doppia spaziatura. Le pagine devono essere numerate in fondo a ciascuna.

Tutti gli articoli non invitati vengono inviati al processo di **peer-review** dall'Editor. Tutte le comunicazioni inerenti gli articoli inviati a Tabaccologia avvengono via e-mail. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno firmare un modulo col quale trasferiscono i copyright a Tabaccologia.

Vengono considerati per la pubblicazione articoli in italiano ed in inglese. Gli articoli in italiano devono presentare il titolo, il riassunto (*summary*) e le parole chiave anche in inglese. Gli articoli in inglese verranno tradotti in italiano a cura della redazione.

La **prima pagina** del manoscritto deve includere a) il titolo dell'articolo in italiano ed in inglese; b) i nomi degli autori; c) le istituzioni degli autori; d) l'indirizzo di posta ordinaria, i numeri di telefono e fax e l'indirizzo e-mail del corresponding author.

La **seconda pagina** degli Articoli Originali e delle Rassegne deve includere il riassunto (abstract) e dalle 3 alle 5 parole chiave. Il riassunto non deve eccedere le 250 parole. Il riassunto degli Articoli Originali deve essere strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione, Metodi, Risultati, Conclusioni. La terza pagina degli Articoli Originali e delle Rassegne deve includere il summary in inglese, che nel caso degli Articoli Originali deve essere così strutturato: Background, Methods, Results, Conclusions, e dalle 3 alle 5 keywords.

Il **corpo del manoscritto** segue dalla quarta pagina. Non vi sono limiti di parole per gli articoli, ad eccezione degli Editoriali, che non devono eccedere le 800 parole. Gli Articoli Originali devono essere strutturati nei seguenti paragrafi: Introduzione; Metodi; Risultati; Discussione; Conclusioni. Le Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani devono chiaramente indicare nei "Metodi" sotto la responsabilità agli autori che il consenso **informato** stato ottenuto da tutti i soggetti inclusi nello studio.

Gli Articoli Originali che includono esperimenti su esseri umani o animali devono indicare sotto la responsabilità degli autori nei "Metodi" che tutti gli esperimenti sono stati condotti in accordo con gli **standard etici** stabiliti dal comitato etico istituzionale o nazionale e con la Dichiarazione di **Helsinki** del 1975, revisionata nel 2000. Se esistono dubbi circa l'aderenza agli standard della Dichiarazione di Helsinki, gli autori devono spiegare il rationale del loro approccio, e dimostrare che il comitato etico istituzionale ha esplicitamente approvato gli aspetti dubbi dello studio. Quando vengono riportati **esperimenti su animali**, gli autori devono indicare quale guida istituzionale o nazionale hanno seguito per il trattamento e l'utilizzo degli animali in laboratorio.

Alla fine del corpo del manoscritto gli autori devono indicare i seguenti punti:

1) **Conflitto di interessi**: tutti gli autori devono indicare eventuali conflitti di interessi. Un conflitto di interessi si verifica quando un autore (o l'istituzione di un autore) ha una relazione finanziaria o personale che influenza in maniera inappropriata (*bias*) la sua condotta (queste relazioni sono anche conosciute come *commitments*, *competing interests*, o *competing loyalties*). Queste relazioni variano da quelle con potenziale trascurabile a quelle con grande potenziale di influenzare il giudizio, e non tutte le relazioni rappresentano un vero conflitto di interessi. Il potenziale di un conflitto di interessi può esistere anche quando l'autore non ritenga che la relazione influenzi il suo giudizio scientifico. Le relazioni di natura finanziaria (come impiego, consulenze, possesso di azioni, pagamento di onorari, testimonianze di esperto retribuite) rappresentano i conflitti di interessi più facilmente identificabili e quelli che più probabilmente possono minare la credibilità della rivista, degli autori e della scienza stessa. Tuttavia, i conflitti di interessi possono avvenire anche per altre ragioni, come relazioni personali, competizione accademica e passione intellettuale.

2) **Fonti di finanziamento**: (solo per gli Articoli Originali); tutte le fonti di finanziamento devono essere dichiarate dagli autori. Tabaccologia applica un embargo a tutti i lavori che abbiano ricevuto finanziamenti dalle industrie e compagnie del tabacco. Pertanto tali articoli non verranno considerati per la pubblicazione.

Dopo il manoscritto devono essere indicate le **referenze** citate (**Bibliografia**), come in ordine di apparizione nel testo. Nel testo, il numero di ogni referenza deve essere indicato in apice. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Gli articoli di riviste devono indicare: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-925

I capitoli di libri devono indicare il cognome e le iniziali del nome degli autori, il titolo del capitolo, il cognome e le iniziali del nome degli autori del libro, la casa editrice, il luogo e l'anno di pubblicazione. Per esempio: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998

I siti web citati devono indicare il titolo del soggetto e l'indirizzo web. Per esempio: Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm)

Le **Tabelle** e le **legende delle Figure** devono seguire il corpo del manoscritto e devono essere numerate consecutivamente. Le Figure devono essere inviate in file separati e devono essere in formato Powerpoint, TIF o JPG.

Tabaccologia si riserva il diritto di apportare cambiamenti nel testo. Gli articoli non redatti secondo queste istruzioni non verranno considerati per la pubblicazione.

**Secretaria dell'Editore**: Livia Laurentino

Indirizzo: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna  
Tel./fax 0039-051304737; e-mail: [liviaelena.laurentino@fastwebnet.it](mailto:liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)

**Come ricevere la rivista**: la rivista Tabaccologia viene inviata per posta ordinaria a tutti i membri della SITAB.

**Come diventare membro della SITAB**: l'iscrizione alla SITAB per il 2008 è gratuita. Il modulo di iscrizione può essere scaricato dal sito web [www.tabaccologia.org](http://www.tabaccologia.org) ed inviato alla Dott.ssa Nolit Pulerà:

- per posta ordinaria: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno
- per fax: 0039-0586223006
- per e-mail: [segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)

## Instructions for the Authors

**Tabaccologia** (Tobaccology) is the official journal of the Italian Society of Tobaccology (SITAB) and is an open-access medical journal. Four issues per year plus supplements(s) are published. Editorials, Original Articles, Reviews, "Focus on" and "Perspective&Research" about subjects related with tobacco, tobaccology, tobacco-induced pathologies, smoke addition and prevention are considered for publication. All contributions must be sent in Microsoft Word format by e-mail to the address [redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it). Figures should be sent in separate files in Powerpoint, TIF, or JPG format.

The text should be in Times New Roman format and double-spaced. Pages should be enumerated at the bottom of each page.

All non-invited contributions will be sent for **peer-review** by the Editor. All correspondences regarding submitted manuscripts will take place by e-mail. The authors of articles accepted for publication will be asked to sign a form where they transfer the copyright of their article to Tabaccologia.

Articles in Italian and English languages are considered for publication. For articles in Italian language, title, abstract and key words in English Language must be provided as well. Articles in English language will be translated in Italian language by the editorial office.

The **first page** of the manuscript should include a) the title of the article; b) the authors' names; c) the authors' institution(s); d) mail address, telephone and fax number and e-mail address of the corresponding author.

The **second page** of Original Articles and Reviews should include the summary (abstract) and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Background, Methods, Results, Conclusions.

The **manuscript body** should then follow from the third page. There is no word limit for articles, except for Editorials, which should not exceed 800 words. Original Articles should be structured as follows: Introduction; Methods; Results; Discussion; Conclusions. Conclusions should also be provided for Review articles.

Original Articles that include any diagnostic of therapeutic procedures on humans must clearly state under the authors' responsibility in the "Methods" section that **informed consent** has been obtained by all subjects included in the study.

Original articles that include experiments on humans or animals must state under the authors' responsibility in the "Methods" section that all experiments have been carried out in accordance with the **ethical standards** of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the **Helsinki Declaration** of 1975, as revised in 2000. If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach, and demonstrate that the institutional review body explicitly approved the doubtful aspects of the study. When reporting **experiments on animals**, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

At the end of the manuscript body the authors must state the following points:

1) **Conflict of interest**: all authors should state whether any conflict of interest occur. Conflict of interest exists when an author (or the author's institution) has financial or personal relationships that inappropriately influence (bias) his or her actions (such relationships are also known as dual commitments, competing interests, or competing loyalties). These relationships vary from those with negligible potential to those with great potential to influence judgement, and not all relationships represent true conflict of interest. The potential for conflict of interest can exist whether or not an individual believes that the relationship affects his or her scientific judgment. Financial relationships (such as employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony) are the most easily identifiable conflicts of interest and the most likely to undermine the credibility of the journal, the authors, and of science itself. However, conflicts can occur for other reasons, such as personal relationships, academic competition, and intellectual passion.

2) **Source of funding** (for Original Articles only): All source of funding should be stated by the authors. Tabaccologia applies an embargo policy to all contributions that received financing from tobacco industries and companies. Therefore these contributions will not be considered for publication.

After the manuscript body, quoted **references** should be listed in order of appearance in the text. There is no limit for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in apex. Quoted journals' articles should indicate: surname and name initials of all authors (max 6), complete title of the article in the original language, abbreviated information of the journal according to the Medical Index, publication year, the volume and the pages (the beginning and the end). **For example**:

Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-925.

Book chapters should indicate the surname and name initials of authors, the chapter title, the surname and name initials of the book authors, the editor, the place and the year of publication.

**For example**:

Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

Websites should indicate the subject title and the web address. **For example**:

Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: [www.nsc.org/ehc/indoor/carb\\_mon.htm](http://www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm)

**Tables and Figures** legends should follow the manuscript body and be enumerated consecutively. Figures should be sent in separate files in Powerpoint, TIF, or JPG format.

Tabaccologia has right to provide corrections on the text. Articles not complying with the above instructions may not be considered for publication.

**Secretary of the Editor**: Ms. Livia Laurentino

Mail address: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, Italy  
Tel./fax 0039-051304737  
e-mail [liviaelena.laurentino@fastwebnet.it](mailto:liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)

**How to receive the journal**: the journal Tabaccologia is sent by mail to all members of SITAB.

**How to become a member of SITAB**: SITAB membership for 2008 is free. Download the membership form from the website [www.tabaccologia.org](http://www.tabaccologia.org) and send it to Dr. Nolit Pulerà by mail: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno, Italy by fax: 0039-0586223006 by e-mail: [segreteria@tabaccologia.it](mailto:segreteria@tabaccologia.it)



# Catechesi sanitaria? No, grazie

**Giacomo Mangiaracina**

**A** otto anni fui obbligato come tutti i compaguucci di scuola a frequentare il catechismo della parrocchia. La prima cosa che mi insegnarono fu rispondere alla domanda "Chi è Dio?". Dovevamo rispondere: "Dio è l'essere perfettissimo, creatore del cielo e della terra". Seguivano una dozzina di altre domande che richiedevano risposte secche.

Oggi questa domanda mi crea forte imbarazzo, fosse anche per sapere da dove cominciare, visto che la conclusione, ove ci fosse, sarebbe comunque incerta. Ma a 20 anni avrei potuto rispondere: "uno che ci sa fare con le donne". Un ragazzo del terzo millennio potrebbe parimenti definire Dio in modi che non si discostano molto da questa definizione: "uno che si diverte un sacco", "uno che fa sesso disinvolto", o più semplicemente: "uno come noi". Credersi "Dio", o meglio un dio, rientra nei clichè dell'adolescente medio.

Dalla dottrina inculcata al capovolgimento di quella stessa dottrina passano una manciata di anni, nei quali prevale il bisogno di liberazione del sé e di rottura degli schemi preordinati. Non fanno eccezione gli adattati (in apparenza) alle regole imposte. Troveranno il modo di infrangerle diversamente, magari con una gravidanza non voluta.

Da sempre ogni generazione si preoccupa dei più giovani, e puntualmente si constata con una punta di amarezza che sono "diversi". In peggio ovviamente. Il fatto vero è che la diversità è oggettiva, nel senso che i figli sono e dovranno per forza essere diversi dai genitori, ma tale diversità non potrà mai essere etichettata, o meglio giudicata con una valutazione approssimativa. Ogni cambiamento comporta incertezze e rischi, ed i giovani sono esposti a molti rischi, ancor più in

una società che si è evoluta tra raffinate strategie di marketing e con forme di criminalità dilagante e permanente che trovano nei giovani il *pabulum* di sussistenza. E' dimostrato da molto tempo che la "discoteca" è un luogo deputato al consumo di alcol e di sostanze psicotrope illegali, in molti casi allo spaccio di questa sostanze. Solo che bisogna aggiungervi la scuola. La scuola rappresenta forse il luogo per eccellenza dove

si impara a fumare, a bere, a sperimentare di tutto, attraverso l'acquisizione e la trasmissione di esperienze da pari a pari. Diamo pure per scontato che i ministeri dell'Istruzione e della Salute lo sappiano. E vi sarebbero molte persone ed organizzazioni che fanno a gomitate pur di entrare in una

scuola per pontificare e catechizzare in funzione di ciò che viene comunemente chiamata "prevenzione". Tuttavia il consumo di sostanze illegali in Italia è raddoppiato negli ultimi anni. Basta solo questo indicatore ad esprimere il malessere di una sanità che non riesce a raggiungere risultati in ambito di prevenzione primaria.

Quest'anno, in cui l'OMS dedica la "Giornata senza Tabacco" ai giovani, la SITAB vuole offrire il proprio contributo ad una revisione critica del dire e del fare. Tra gli ultimi atti del governo Prodi c'è stata la ratifica "last minute" della Convenzione quadro internazionale sul controllo del Tabacco (Framework Convention on Tobacco Control). Era stata sottoscritta nel 2003, ratificata dal Mi-



nistero degli Esteri nel 2007, e dal Ministero della Salute nel 2008. Ci sono voluti cinque anni, nei quali abbiamo contestato a più riprese il ritardo inspiegabile di due governi, dopo che la "legge antifumo" aveva ridato lustro all'Italia davanti al mondo, per un atto serio e prioritario nel campo della salute pubblica. Faceva un certo effetto vederla surclassata dal Bangladesh, dal Burkina Faso e dal Kazakistan. Il 18 marzo scorso ci siamo gettati alle spalle tutto questo davanti a un parto tutto sommato "eutocico" e senza traumi, che ha dato alla luce una linea di indirizzo priva di difetti, pubblicata in forma di Legge n. 75 del 18.3.2008, nella Gazzetta Ufficiale del 17 aprile scorso. Esaminiamola.

L'obiettivo sembra chiaro e verte su due punti chiave:

1. proteggere le generazioni presenti e future contro gli effetti sanitari, sociali, ambientali ed economici devastatori del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo del tabacco;
2. offrire un quadro per l'attuazione di misure di lotta al tabagismo a livello nazionale, regionale e internazionale, al fine di ridurre gradatamente e sensibilmente la prevalenza del tabagismo e l'esposizione al fumo del tabacco.

Lo sono anche i percorsi finalizzati all'obiettivo, ed in particolare:

1. Ogni persona deve essere informata delle conseguenze per la salute, della dipendenza e del rischio mortale derivanti dal consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo del tabacco, e misure legislative, esecutive, amministrative o altre misure efficaci devono essere previste all'appropriato livello governativo per proteggere tutte le persone contro l'esposizione al fumo del tabacco;
2. È necessario un forte impegno politico per elaborare e sostenere, a livello nazionale, regionale e internazionale, misure plurisetoriali complete ed azioni coordinate, tenuto conto:
  - a) della necessità di adottare misure per evitare che le persone comincino a fumare, per promuovere e sostenere la disintossicazione e per farne diminuire il consumo di prodotti

del tabacco sotto tutte le forme;

- b) della necessità di adottare misure per incoraggiare gli autoctoni e le comunità autoctone a partecipare all'elaborazione, all'attuazione e alla valutazione di programmi di lotta contro il tabagismo che siano socialmente e culturalmente adeguati ai loro bisogni e alle loro idee;
3. Un importante elemento della Convenzione è la cooperazione internazionale, ed in particolare il trasferimento di tecnologia, conoscenza e aiuto finanziario e la fornitura di competenze connesse per stabilire e attuare programmi efficaci di lotta contro il tabagismo;

In questi tre punti c'è tutto quello che si deve fare: informazione capillare e appropriata, rispetto delle norme a tutela di chi non fuma, forte impegno politico, creazione di servizi per la cura del tabagismo, partecipazione sociale, incentivazione della ricerca. La frase che merita particolare attenzione è *"evitare che le persone comincino a fumare"*. Quelle "persone" di cui si parla nel testo della Convenzione, sono ragazzi, giovani, giovanissimi. L'80% di essi sperimenta l'uso del tabacco, uno su quattro si ammala di tabagismo. Qui occorre investire risorse, sviluppare capacità e competenze, lontano da ogni forma di indottrinamento su cosa fare e non fare, ma semplicemente in grado di aiutare i ragazzi allo sviluppo dell'autonomia, della capacità di dire "No" e "Si" a scelte gioiose e intelligenti. In questo grande progetto siamo pronti ad offrire il nostro supporto ad ogni iniziativa che rimetta in discussione i vecchi schemi di una prevenzione che non previene. Si è mossa per prima la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, antesignana nelle strategie di controllo del Tabacco nel nostro Paese, con il convegno "I Giovani e il Fumo", il 14 maggio a Roma, presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, pronta a rivedere criticamente il proprio lavoro in questo campo, e a formare operatori efficaci, non catechisti della salute pubblica. ■

**Giacomo Mangiaracina**  
*(info@tabaccologia.it)*  
 Presidente SITAB



# Elogio della copertina

## Importanza di una *cover look strategy* anche per una rivista scientifica

**Vincenzo Zagà**

Il primo elemento che spesso ci incuriosisce e ci porta a sfogliare o ad acquistare una rivista o un libro, è la copertina. La copertina è il primo elemento con cui il nostro sguardo inesorabilmente impatta. L'immagine e il colore sono già determinanti per la nostra, più o meno cosciente, scelta.

Anche se non è possibile giudicare una rivista o un libro a questo livello di impatto, assumiamo comunque un atteggiamento mentale. In una bella striscia dei Peanuts di Schulz, Lucy, osservando un libro, esclama più o meno in questo modo: "No, non potrei mai leggere un libro con una copertina così." Il discorso è ovviamente estremizzato, ma in fondo funziona veramente in questo modo, proprio come possiamo essere attratti o meno da una persona quasi a livello inconscio, semplicemente da come è vestita. Intanto la curiosità ha fatto breccia e l'oggetto in questione ha guadagnato una chance ad essere sfogliato ed indagato. Questo tipo di strategia è praticamente misconosciuta o inattuata, non certamente da quelle commerciali o "laiche" bensì da gran parte delle testate scientifiche, se si escludono quelle tipo Nature o Science. Certamente per quelle con già un consolidato *impact factor* reale o mediatico la *cover strategy* è trascurabile ma per tante altre verosimilmente non è così. Pensa-

mo che non sia così, per esempio, per testate scientifiche nuove, o che da anni si trascinano stancamente con scarso interesse da parte dei lettori o che trattano argomenti apparentemente di nicchia come l'alcologia o la tabaccologia, senza entrare nel merito se di nicchia si possa parlare per un agente etiologico, per esempio il tabacco, che ogni anno è responsabile di una ecatombe di vite umane di più di quattro milioni, tutte evitabili.

La tabaccologia, che studia il tabacco, il tabagismo e le patologie fumo-correlate, essendo una scienza nuova e trasversale ma purtroppo sottovalutata a livello accademico e medico-professionale, va resa appetibile non solo con i contenuti ma anche con la forma che porta ad incuriosire, sfruttando quell'organo di senso, la vista, poco utilizzato nel campo dell'editoria scientifica. È questo il senso della briosità, inusuale per una rivista scientifica e in contrasto con l'austerità con cui la scienza solitamente viene trattata, data dalla scelta di una copertina illustrata e dei quattro colori utilizzati per Tabaccologia. Incuriosire per farsi sfogliare prima e leggere poi evitando di farsi cestinare prima ancora di essere "de-cellofanata". Posando rapidamente lo sguardo sulla copertina stabiliamo se quella rivista, quel numero o quel libro in "potenza" ci piace, passando così alla fase succes-

siva. Il passaggio successivo consiste e inspiegabilmente succede quasi sempre, nel far scorrere rapidamente le pagine come se si fosse alla ricerca di una notizia in particolare o di un punto o di una immagine o di un titolo preciso, per poi passare al sommario dei contenuti. Ed è lì che probabilmente, ancora una volta, in parte a livello inconscio, in parte a livello razionale, che decidiamo se quella Rivista la sfoglieremo in maniera metodica, se a fine lettura la terremo sulla scrivania o la conserveremo in biblioteca, in quanto per i contenuti ci potrà tornare utile, o se andrà ad arricchire il sacchetto dei rifiuti secchi della raccolta differenziata. E comunque in ogni caso un successo è stato raggiunto: aver portato il destinatario a sfogliarla con curiosità... quasi da raddomanti.

In definitiva una cover accattivante può fare da interfaccia per il colpo di fulmine iniziale, che Alberoni chiama stato nascente, che poi grazie all'eventuale interesse che i contenuti potranno suscitare, lascerà il posto ad uno stato più stabile come è l'amore. Ed è quello che è successo per i nostri proverbiali e affezionati 24 lettori e per tutti gli altri potenziali, che magari fortuitamente avranno modo di conoscerci. ■

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





## World No Tobacco Day 2008

# Gioventù libera dal tabacco

## Tobacco-free youth

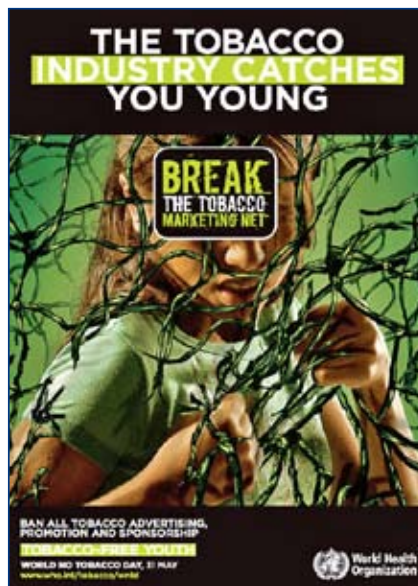
Il tabacco è la principale causa evitabile di morte nel mondo. È la sola sostanza legalmente consumata che uccide da un terzo alla metà di coloro che la utilizzano e le vittime muoiono prematuramente, in media 15 anni prima.

Circa 1,8 miliardi di giovani (età 10-24 anni) vive nel mondo di oggi, di cui l'85% nei paesi in via di sviluppo. Dopo aver superato il vulnerabile periodo dell'infanzia, questi giovani sono generalmente sani. Tuttavia, dal momento che l'industria del tabacco intensifica il proprio sforzo per catturare nuovi e giovani consumatori, possibilmente per tutta la vita, la salute di una significativa percentuale di giovani nel mondo è seriamente minacciata da questi pericolosi prodotti.

La nicotina è una sostanza il cui consumo facilmente dà origine a dipendenza, per cui la sua sperimentazione da bambini o da giovani porta spesso ad un consumo per tutta la vita.

### IL FOCUS

Globalmente, la maggior parte delle persone comincia a fumare prima dei 18 anni, e quasi un quarto di questi individui



comincia ad usare il tabacco prima dei 10 anni. Prima si comincia a sperimentare il fumo, e più è probabile che si diventi fumatori abituali e più difficile è smettere.

È chiaramente provato che l'esposizione alla pubblicità diretta ed indiretta a favore del tabacco, insieme alle strategie di marketing usate dall'industria del tabacco, porta ad un aumento della sperimentazione tra i giovani, il che comporta il rischio reale che essi diventino regolari consumatori dei prodotti del tabacco. L'industria del tabacco spende ogni anno decine di milioni di dollari in tutto il mondo per pubblicizzare i propri prodotti in tutti i modi possibili.

In risposta a questa minaccia nei confronti dei giovani, la campagna per il World No Tobacco Day di quest'anno è

focalizzata sul seguente messaggio: uno dei modi più efficaci per un paese per proteggere i propri giovani dallo sperimentare il tabacco e diventarne regolari consumatori è quello di bandire tutte le forme di pubblicità diretta ed indiretta, incluse la promozione di prodotti del tabacco e la sponsorizzazione, da parte dell'industria del tabacco, di qualsiasi evento o attività. ■

## Perché c'è bisogno di un bando totale della pubblicità e della sponsorizzazione dei prodotti del tabacco?

- Perché circa la metà dei bambini del mondo vive in paesi che non bandiscono la libera distribuzione dei prodotti del tabacco.
- Perché solo bandi completi e totali possono ridurre in maniera efficace il consumo di tabacco.
- Perché studi nazionali effettuati prima e dopo il bando completo della pubblicità hanno rilevato un calo del consumo di tabacco fino al 16%.
- Perché i bandi solo parziali hanno un impatto piccolo o nullo sulla domanda, dal momento che la pubblicità può passare su media alternativi. La pub-



blicità diretta ed indiretta viene condotta in numerosi modi: televisione, radio, internet, riviste, cartelloni pubblicitari, posta, coupon, sponsorizzazione di eventi sportivi e di eventi di intrattenimento in luoghi popolari per i giovani, come bar e club, e riviste con circolazione controllata distribuiti dall'industria del tabacco sulla

base di una mailing list selezionata. ■

Traduzione: Marco Mura

Fonte: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wn-td/2008/en/index.html>

# Una chiamata all'azione...

Il divieto totale di pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco ne riduce i consumi

## ...per i decisori politici:

Richiedere attraverso leggi un totale divieto di ogni forma di pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco. Essere consapevoli che le "politiche volontaristiche" non sono efficaci e non sono una risposta accettabile per proteggere le persone, soprattutto i giovani, dalle strategie di marketing dell'industria del tabacco.

Implementare politiche e programmi che non siano indirizzati solo ai giovani. Gli interventi che coinvolgono l'intera popolazione, come vietare tutte le forme di pubblicizzazione del tabacco, l'aumento delle tasse sul tabacco, e la creazione di ambienti al 100% liberi dal fumo hanno maggiori successi nel ridurre i consumi di tabacco fra i giovani.



## ...per i giovani:

Far conoscere ai decisori politici del proprio paese il proprio pensiero. Chiedere un divieto totale di pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco nel proprio paese.

Essere coinvolti in campagne di educazione fra pari per far conoscere come l'industria del tabacco usa le pubblicizzazioni, le promozioni e le sponsorizzazioni per persuadere i giovani a fumare o a usare altri prodotti del tabacco. Far sì che l'industria del tabacco sappia che i giovani non vogliono essere ingannati dalle loro promozioni astute e costose.

## ...per le Organizzazioni non governative:

Sostenere i decisori politici per un completo divieto di pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco nel proprio paese.

Promuovere la formazione di gruppi di giovani che possano prendere parte alla campagna e impegnarsi nell'ideare, sviluppare, implementare, monitorare e valutare le politiche di controllo del tabacco e i programmi di divieto di pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco.

## ...per le persone:

Chiedere ai decisori politici di bandire ogni forma di pubblicizzazione, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco per proteggere i giovani.

# Un incontro con... Christian Chiamulera

intervista di **Manuela Giovenchi**



*Christian Chiamulera è professore associato alla Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Verona, membro del board europeo della prestigiosa Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) e ricopre nel suo interno importanti cariche organizzative. È anche un componente del Consiglio Direttivo Nazionale della SITAB, e responsabile dell'area Ricerca e documentazione. Come esperto neurobiologo, ha dedicato gran parte delle sue ricerche al problema della dipendenza tabagica ed ha tenuto conferenze e relazioni scientifiche in varie nazioni. È presidente del programme committee del 10° Congresso europeo SRNT che si terrà a Roma dal 23 al 26 settembre 2008.*

**TABACCOLOGIA:** Grazie prof. Chiamulera per avere accettato l'intervista. Quando e perché ha cominciato ad interessarsi dei problemi del tabacco?

**CHIAMULERA:** Grazie a Voi dell'invito. Ho incominciato ad occuparmi di ricerca di base della tossicodipendenza alla fine degli anni '80. In quegli anni si stavano diffondendo le evidenze sui comuni meccanismi alla base della dipendenza psicologica indotta da sostanze psicoattive, inclusa la nicotina. Il mio background era di tipo comportamentista, ma la scoperta degli effetti cronici della nicotina a livello molecolare e cellulare mi ha portato ad espandere i miei interessi e le mie ricerche a quella che è diventata la concezione della dipendenza come neuroadattamento 'allostatico' dei processi psicobiologici alla base del tabagismo.

**TABACCOLOGIA:** La ricerca neurobiologica ha permesso indubbiamente di comprendere i meccanismi che stanno alla base della dipendenza anche del tabagismo. Continuerà ad avere un ruolo di primo piano o sappiamo già tutto quello che c'era da sapere?

**CHIAMULERA:** Il tabagismo è un disturbo complesso, multifattoriale, dove è necessario conoscere i meccanismi, ma anche l'individuo ed il suo ambiente. Ancora poco si sa riguardo all'effetto diretto dell'ambiente sui meccanismi cerebrali, ovvero nelle condizioni e situazioni che portano alla ricaduta dopo astinenza. Ulteriori studi sono ancora necessari per comprendere i meccanismi alla base

delle memorie 'condizionate' - legate ai bei ricordi tabagici - ed alla variabilità individuale.

**TABACCOLOGIA:** Lo scorso anno a Madrid si è tenuta la 9° conferenza SRNT, dove con Mangiaracina avete presentato anche il Congresso di Roma. Che bilancio fa della ricerca internazionale in questo ambito così peculiare?

**CHIAMULERA:** Se mi permette l'uso di parole d'ordine, direi "necessità, complessità, integrazione". Necessità di evidenze scientifiche a supporto dell'intervento, ma in una realtà di elevata complessità del problema tabagismo che richiede quindi ricerche su tutti i suoi aspetti biomedici e sociali. L'unica soluzione risiede nell'approccio integrato di ricerca, pratica e prevenzione. SRNT è una società che si è posta come prassi l'integrazione multidisciplinare.

**TABACCOLOGIA:** E a Roma quali obiettivi vi proponete di raggiungere?

**CHIAMULERA:** Ogni convegno SRNT si propone non solo di riunire gli affiliati, ma anche di estendere al Paese ospite un messaggio che sia pragmaticamente utile. Informazione utile sulle conoscenze più recenti che non facciano solo informazione e cultura, ma che possano anche essere tradotti in strumenti applicabili nel quotidiano. Invitiamo a Roma tutti coloro interessati ad approfondire le proprie conoscenze, ad imparare nuovi approcci, o anche ad avvicinarsi per la prima volta al proble-

ma tabagismo. Infatti, non è mai troppo tardi.

**TABACCOLOGIA:** A che punto siamo con l'organizzazione dell'evento?

**CHIAMULERA:** Siamo ad un buon punto, grazie anche all'entusiasmo dei miei colleghi e 'co-chairs' Giacomo Mangiaracina (presidente del congresso) e Jacques Le Houezec (presidente di SRNT Europa) ed alla competenza internazionale dell'agenzia organizzativa AntepremaDue. Il programma scientifico è in fase di definizione finale. L'agenda prevede diversi tipi di sessioni (simposi, gruppi di discussione, workshop, tavole rotonde) così come ampio spazio è dedicato ai contributi inviati dai partecipanti, sia in forma di comunicazioni orali che di poster. Invitiamo tutti ad inviare i loro contributi.

**TABACCOLOGIA:** Il titolo sembra eloquente: "The Scientific Evidence: Criteria for Therapy, Needs for Prevention". Il fatto di porre l'attenzione sulle evidenze scientifiche vuol dire che fino ad ora c'è stata improvvisazione?

**CHIAMULERA:** Purtroppo sì, è il difetto - in buona fede - di noi italiani. Questo è il messaggio che vogliamo che il congresso porti in Italia: esistono già molte evidenze scientifiche su interventi terapeutici efficaci, i quali sono quindi disponibili come criteri da soddisfare, non come imposizione dall'alto, ma come garanzia di efficacia che la ricerca continua ad implementare. La prevenzione del tabagismo invece ha bisogno di dati

ed evidenze per migliorare il rapporto costo-beneficio degli interventi.

**TABACCOLOGIA:** *Parliamo dei temi congressuali. In qualità di presidente del Programme committee può darci qualche anticipazione?*

**CHIAMULERA:** Nelle sessioni pianificate tratteremo di ricerca di base (disturbi cognitivi, genetica), clinica (comorbidità psichiatrica, danni in gravidanza) e sanità (educazione nelle scuole mediche, riduzione del danno, razionali farmacologici).

Tutte queste tematiche saranno trattate in modo 'traslazionale' sia nel linguaggio, sia nell'applicabilità appunto di trasversalità multi-disciplinare. Anticipo che sarà inviato un messaggio forte, con ampio consenso internazionale, per richiedere l'insegnamento del tabagismo nelle Università.

**TABACCOLOGIA:** *E che ci può dire degli ospiti?*

**CHIAMULERA:** A dire il vero di ospite vero e proprio ne avremo solo uno, il caro amico Michael Fiore. Il Prof Fiore terrà la presentazione d'apertura dove par-

lerà della sua esperienza di sviluppo e diffusione delle linee guida del tabagismo negli USA come parte inscindibile di una carriera dedicata alla ricerca, alla clinica ed alla politica del controllo del tabacco.

Grazie al suo background 'italico' riuscirà a comunicare in modo sicuramente entusiasmante e comprensibile anche a noi italiani la sua esperienza professionale ed umana.

Tutti gli altri relatori invitati sono in realtà colleghi ed esperti che avranno ben poco da riposarsi durante il congresso.

I cari West, Fagerstrom, Berlin, Tonnesen, Munafò e tanti altri dovranno rimboccarsi le maniche e dare una mano anche all'organizzazione!

**TABACCOLOGIA:** *Insomma, è soddisfatto di come stanno andando le cose in generale nel campo del controllo del tabagismo in Italia? Che suggerimento darebbe agli alti vertici della sanità italiana?*

**CHIAMULERA:** Dopo l'entusiasmo del dopo-legge Sirchia, il Bel Paese è tornato a non interessarsi di fumo. Forse le

priorità sono altrove e sia la gente che i politici hanno altri tipi di catrame da togliersi di dosso.

Personalmente non tollero che le ridottissime risorse disponibili siano sprecate per interventi 'non basati sull'evidenza'.

Ai vertici della sanità italiana chiedo solo una cosa, tra le tante che ho in lista: implementare e riproporre le linee guida italiane per il fumo prodotte pochi anni fa dell'ISS, in una veste nuova, accattivante, con formati anche divulgativi, non solo per la medicina ma anche per la società.

**TABACCOLOGIA:** *Oltre all'organizzazione dell'SRNT che occuperà immaginiamo tutto il 2008, anche con il dopo congresso, ha qualche altro progetto nel cassetto... o sorprese nel cilindro?*

**CHIAMULERA:** Tornando tranquillamente a tempo pieno nella ricerca, continuerò a dare il mio modesto contributo alla cura e prevenzione delle dipendenze e del tabagismo. Con più attivismo, invece, ho alcuni progetti per dedicarmi a... sorpresa! ■

## Quelli che il fumo... INTERNATIONAL

# Intervista a Martin Raw L'universo della tabaccologia in rete: "Treatobacco.net"



di **María Paz Corvalán**

Martin Raw, consulente freelance, manager del sito web SRNT/UICC [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net) e Special Lecturer in Public Health all'Università di Nottingham, Inghilterra. Attualmente risiede prevalentemente a San Paolo, Brasile.

**TABACCOLOGIA:** *Martin, hai recentemente co-organizzato la conferenza della SRNT/Iberoamerican Heart Foundation Latin American*

Martin Raw, Freelance consultant, Manager of the SRNT/UICC website [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net) and Special Lecturer in Public Health at the University of Nottingham, England. Currently based most of the year in Sao Paulo, Brasil.

**TABACCOLOGIA:** *Martin, you recently co-organised the SRNT/Iberoamerican Heart Foundation Latin American tobacco control conference.*

*sul controllo del tabacco. Pensi che la conferenza sia stata un successo, e, se sì, quali sono stati i risultati raggiunti?*

Penso che sia stata effettivamente un successo. Hanno partecipato ben 330 persone, abbiamo avuto un programma vario ed interessante, con ottimi speakers, un buon mix di sessioni scientifiche e di advocacy sessions, e con partecipanti da tutte le parti del mondo. So che questo possa essere un po' soggettivo ma l'atmosfera alla conferenza era fantastica, certamente un'ottima occasione per stabilire dei network. Credo che questo sia stato uno dei maggiori risultati della conferenza. Sono riuscito a mettere insieme persone da tutte le parti dell'America Latina e anche da altre regioni. Alcuni gruppi stanno già discutendo e stanno pianificando la prossima SRNT/Interamerican Heart Foundation conference per il 2009.

**TABACCOLOGIA:** *Che tipo di informazioni contiene il sito Treatobacco.net ed in quali lingue?*

Treatobacco.net è stato aggiornato e completamente ridisegnato, e lo rilanceremo al meeting dell'SRNT a Portland, Oregon. Il sito fornisce informazioni sul trattamento della dipendenza da tabacco. Le sezioni principali sono disponibili in 11 lingue diverse: arabo, cinese, ceco, inglese, francese, tedesco, italiano, giapponese, portoghese, russo e spagnolo. Che tipo di informazioni? Essenzialmente di due tipi. Vi sono cinque sezioni principali, ciascuna delle quali riassume le evidenze in una area particolare del trattamento della dipendenza da tabacco: Demografia ed Effetti sulla Salute, Efficacia, Economia della Salute, Politica e Sicurezza; ogni sezione è curata da un esperto nel settore: rispettivamente, Ann Malarcher (CDC), Lindsay Stead (Cochrane Centre), Hana Ross (American Cancer Society), Tom Houston (Ohio Health Nicotine Dependence Program) e Neal Benowitz (University of California at San Francisco). Queste sezioni riassumono le evidenze chiave, che sono seguite da commenti, riferimenti bibliografici e suggerimenti per indirizzi di ricerca futuri. Ogni sezione contiene un set di slides scaricabili (due sono ancora in corso di aggiornamento).

**TABACCOLOGIA:** *Quali altre informazioni contiene il sito Treatobacco.net?*

Una biblioteca telematica che contiene link ad articoli, libri di testo, report, riviste, set di slides, organizzazioni e così via. Nella homepage abbiamo ora messo dei link diretti ad alcune organizzazioni, incluse l'OMS, la FCA (Framework Convention Alliance) e la Cochrane Library Tobacco Abstracts. Vi sono

*Do you think the conference was a success and if so, what were its achievements?*

I do think it was a success. It was full (we had about 330 participants for 300 places), we had a full and varied programme, with outstanding speakers, a good mixture of scientific and advocacy oriented sessions, and with participants from all over the world. I know this is a bit subjective but I would say the atmosphere at the conference, the buzz, was fantastic - it was really alive - and although it sounds slightly vague to say it was successful as a networking opportunity, I actually believe this was one of its greatest values and achievements. It brought together people from all over Latin America (and other regions) and energised them. Already some groups are discussing and starting to plan the next Latin American SRNT/Interamerican Heart Foundation conference for 2009.

**TABACCOLOGIA:** *What kind of information does Treatobacco.net contain and in which languages?*

Treatobacco.net has been updated and completely redesigned and we are relaunching it at SRNT's annual meeting in Portland, Oregon. It provides information about the treatment of tobacco dependence. The main sections are available in 11 languages: Arabic, Chinese, Czech, English, French, German, Italian, Japanese, Portuguese, Russian and Spanish. What kind of information? Well essentially two types. There are what we call five main sections each of which summarizes the evidence in one area of tobacco dependence treatment: Demographics and Health Effects, Efficacy, Health Economics, Policy, and Safety, each headed by an

outstanding expert in the field, respectively, Ann Malarcher (CDC), Lindsay Stead (Cochrane Centre), Hana Ross (American Cancer Society), Tom Houston (OhioHealth Nicotine Dependence Program), and Neal Benowitz (University of California at San Francisco).

These sections summarize key findings followed by commentaries, references and suggestions for further research, and each section has a downloadable slide set (two are still being updated).

**TABACCOLOGIA:** *What other information does Treatobacco.net provide?*

A resource library with links to articles, books, reports, journals, slide sets, useful organisations and so on. On the homepage we have now put direct links to some key organisations including WHO TFI, the FCA and the Cochrane Library



*Giacomo Mangiaracina è il Translation Advisor della sezione italiana di Treatobacco.net (www.treatobacco.net/en/page\_10.html).*

inoltre due nuove colonne: una colonna sulle Ultimissime Dipendenze, che contiene link alle prossime conferenze ed alle nuove pubblicazioni, ed una colonna intitolata "Ask the Experts", ovvero una serie di domande e risposte; l'ultima sezione per esempio si intitola "Che cos'è la Vareniclina?".

Infine il nuovo sito (che è stato rilanciato all'SRNT il 27) ha una sezione centrale che mostra gli eventi e le risorse in primo piano (*headline*). Le prime due headline sono il Global Report dell'OMS, MPOWER, ed in onore di Ove Ferno, l'inventore dell'NRT (*Nicotine Replacement Therapy*), che è scomparso nello scorso ottobre e verrà commemorato all'SRNT, una sua intervista precedentemente pubblicata sulla rivista *Addiction*.

**TABACCOLOGIA:** *Chi produce e mantiene Treatobacco.net?*

La SRNT è partner della UICC (*International Union Against Cancer*).

**TABACCOLOGIA:** *Quali sono i progetti di Treatobacco.net per il futuro?*

Come ho detto stiamo rilanciando un sito completamente nuovo, e adesso siamo in grado di fornire molto più materiale, ed in maniera più flessibile e suddiviso a secondo degli argomenti. Vogliamo pensare a come supportare lo sviluppo del trattamento *evidence-based* nei paesi economicamente svantaggiati.

Abbiamo quindi iniziato ad insediare nel *management board* degli specialisti provenienti da quattro regioni: Africa (Lekan Ayo-Yusuf), Cina (Sophia Chan), India (Mira Aghi) ed America Latina (Eduardo Bianco).

Stiamo inoltre cercando di sviluppare delle partnerships di mutuo beneficio con organizzazioni che possano aiutarci a raggiungere i nostri obiettivi. Siamo orgogliosi di annunciare che la prima di queste collaborazioni è stata stabilita con la Interamerican Heart Foundation.

**TABACCOLOGIA:** *Hai lavorato nel campo del controllo del tabacco per lungo tempo; ti piace ancora?*

Trentacinque anni! E sì, mi piace ancora molto. Dopo essere stato in questo campo per circa due anni, il mio professore e mentore mi mise in guardia, consigliandomi di uscirne presto, altrimenti, disse, "diventerai troppo specializzato e con poche possibilità di trovare un impiego". Ignorai quel consiglio perché a quel tempo mi piaceva molto quel tipo di lavoro, ripromettendomi però di lasciarlo non appena mi accorgessi di non apprezzarlo più. Sono ancora qui.

È un campo incredibile, che comprende tutto, medicina, prevenzione, psicologia, dipendenze, sistemi sanitari, agricoltura e politiche di commercio mondiale, contrabbando e frode, educazione e training, sviluppo di politiche di prevenzione e la relazione tra scienza e politica (che credo sia un argomento incredibilmente interessante). Ed in questi anni ho lavorato con molte persone su diversi tipi di progetto. Soprattutto progetti terapeutici, ma recentemente progetti di *policy development*. Ho lavorato come editore di rivista, e come tale ho intervistato due persone straordinariamente interessanti: Charles Fletcher (la prima persona ad iniettare la penicillina in un paziente

Tobacco Abstracts. And then there are two special columns/features: a Latest Additions column, which contains links to various things, for example forthcoming conferences and new publications, and an Ask the Experts column which is a series of answers to questions, the latest being an updated version of "What is varenicline?".

Finally the new site (it lived for the relaunch at SRNT) has central section featuring "headline" events or resources. The first two headline pieces are WHO's Global Report, MPOWER, and in honour of Ove Ferno, the inventor of NRT, who died last October and will be honoured at SRNT, an interview with him reprinted from the journal *Addiction*.

**TABACCOLOGIA:** *Who produces and maintains Treatobacco.net?*

SRNT in partnership with UICC.

**TABACCOLOGIA:** *Does Treatobacco.net have any plans for the future?*

Well as I said we are relaunching a completely redesigned site, and now we can provide so much more material, more flexibly and more topically, we want to think about how we can support the development of evidence based treatment in lower income countries and regions.

To help us do this we have started by appointing to the management board specialists from four regions: Africa (Lekan Ayo-Yusuf), China (Sophia Chan), India (Mira Aghi) and Latin America (Eduardo Bianco). And we are also seeking to develop mutually beneficial partnerships with organisations that can help us achieve our goals. We are proud to be able to announce that the first of these is the Interamerican Heart Foundation.

**TABACCOLOGIA:** *You have been in tobacco control a long time; are you still enjoying it?*

Thirty five years! and yes, I am still enjoying it very much. After I had been in the field about two years my professor and mentor warned me to get out of it soon, otherwise, he said, "you will become too specialised and unemployable". I ignored his advice because at the time I was enjoying the work, but I made a promise to myself to get out of the field when I stopped enjoying it. I'm still here.

It's an incredible field. It's got everything. Medicine, prevention, psychology, addictions, health care systems, agriculture and world trade policy, smuggling and fraud, education and training, policy development and the relation between science and policy (which I think is an incredibly interesting subject), training, and so on.

And in those years I have worked with many people on very different kinds of projects indeed. Mostly treatment, but even there I moved from doing it and researching it, to policy development.

I have worked as a journal editor, in which job I interview two extraordinarily interesting people: Charles Fletcher (the first person to inject a human patient with penicillin) who was a critical figure in getting tobacco control onto the agenda

umano), che è stata una figura di critica importanza nel porre il problema del tabacco al centro del dibattito politico in Gran Bretagna e che fu responsabile del primo report del Royal College of Physicians (che ha poi portato direttamente allo sviluppo del primo report dell'US Surgeon General's); ed il chimico, Ove Ferno, che ha inventato l'NRT, che ha spesso lottato con l'azienda per cui lavorava dato che essa inizialmente non credeva nel valore dell'NRT.

Poi il lavoro che ho fatto sulle linee guida sul trattamento insieme ad Ann McNeill e Robert West, due amici e colleghi di lunga data. Lo stesso sito web Treatobacco si avvale di persone straordinarie, e qui devo ringraziare soprattutto Dorothy Hatsukami, la direttrice del progetto, che ne è stata uno dei fondatori e mi ha sempre supportato; l'ubiquitario Harry Lando per il suo grande ed entusiastico aiuto nel corso degli anni; il direttore dell'editorial board, Ron Davis, ora anche Presidente dell'American Medical Association.

E ancora devo ricordare il mio lavoro con Luk Joossens sulle sovvenzioni dell'UE, sul contrabbando di sigarette e, più recentemente, sul Tobacco Control Scale. Questo mi porta all'ultimo punto, le persone. Il controllo del tabacco è un campo molto "amichevole".

Molti dei miei migliori amici, infatti, sono persone che ho incontrato in questo campo e con cui ho lavorato per molti anni. Forse ci sono altri campi che possono offrire un simile "cameratismo", non lo so, ma penso che questo sia meraviglioso, e ne dobbiamo fare tesoro. ■

*Grazie molte*

in Britain and was responsible for the first Royal College of Physicians report (which by the way led directly to the first US Surgeon General's report); and a chemist, Ove Ferno, who invented NRT, often in the early days struggling again the company he worked for because they couldn't see its value.

Then the work I have done on treatment guidelines with Ann McNeill and Robert West, two more longstanding colleagues/friends.

Treatobacco itself has some wonderful people working on it, and here I must pay special tribute to Dorothy Hatsukami, its chair, who was a founder creator of the project, and has calmly chaired it and supported me though thick and thin, to the ubiquitous Harry Lando for great and cheerful support over the years, and to the chair of our editorial board, Ron Davis, currently rather busy being President of the American Medical Association.

And then my work - completely different again - with Luk Joossens, on EU tobacco subsidies, then on tobacco smuggling, and more recently on the Tobacco Control Scale.

That brings me quite well to my last point, the people. Tobacco control is an extraordinarily friendly field. Several of my best friends are people I met in the field and many, many people I have worked with over many years I also count as really good friends. Perhaps there are other fields that offer this comradeship, I don't know, but I do think it is marvelous, and we should treasure it. ■

*Thank you very much.*

**María Paz Corvalán**  
INWAT <http://www.inwat.org>

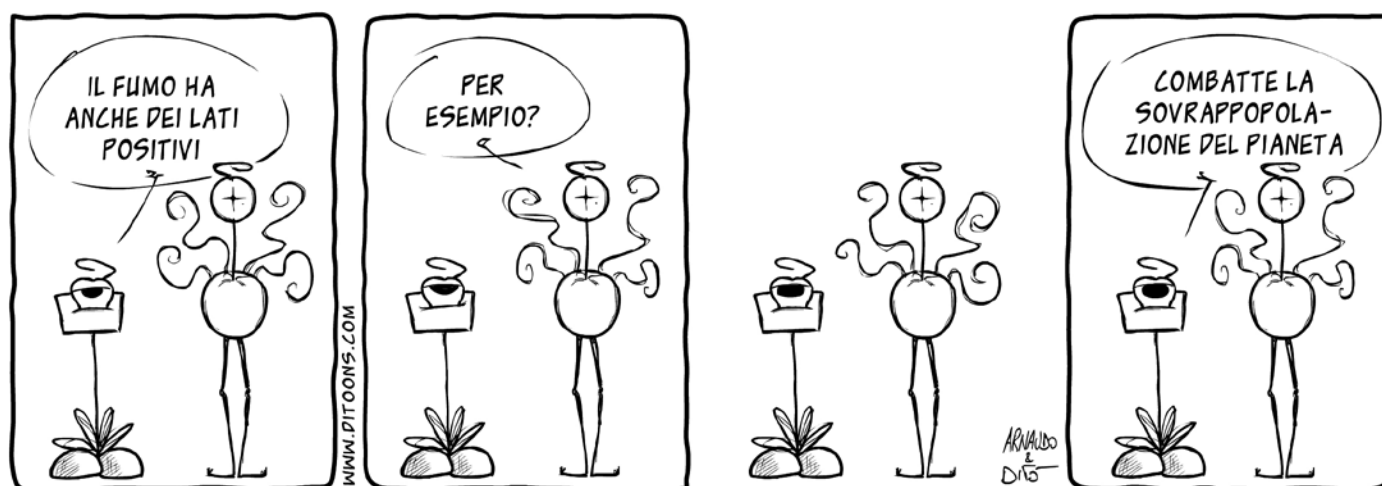
**Disclosure**  
*The author has declared no competing interest.*

**Traduzione:** Marco Mura

**Dichiarazione**

*L'autrice dichiara di non avere conflitti di interesse.*

*Baudelaire, lo struzzo metafisico*





## Vareniclina vs Nicotina: primo *trial* clinico di confronto

I trattamenti farmacologici approvati per indurre e mantenere la cessazione dal fumo negli USA e nell'Unione Europea includono varie opzioni terapeutiche, tra cui la nicotina (NRT), il bupropione (B) e, più recentemente, la Vareniclina (V).

Questo studio rappresenta il primo trial clinico randomizzato ed in aperto che confronta un trattamento di 12 settimane con Vareniclina rispetto ad un trattamento di 10 settimane con NRT transdermica.<sup>1</sup>

Lo studio, condotto dal 17 gennaio 2005 al 28 luglio 2006, ha coinvolto 24 centri, 18 in Europa e 6 negli USA. Dopo uno screening iniziale, i soggetti arruolati (persone che fumavano almeno 15 sigarette al giorno e che non presentavano un periodo di astinenza dal fumo maggiore di 3 mesi nell'anno precedente) sono stati invitati ad una visita di base e assegnati random, secondo un rapporto 1:1, al braccio di trattamento con vareniclina o a quello con NRT transdermica. I soggetti randomizzati per vareniclina hanno iniziato il trattamento una settimana prima dei soggetti che ricevevano l'NRT: durante tale periodo essi hanno ricevuto 0.5 mg/die di vareniclina per i primi tre giorni, 0.5 mg/due volte al dì (0.5 mg B.I.D.) per i successivi quattro giorni e poi hanno proseguito con 1 mg/B.I.D. per le successive 12 settimane di trattamento.

I soggetti in trattamento con NRT hanno ricevuto 21 mg/die per le prime sei settimane di trattamento, 14 mg/die per due settimane e 7 mg/die nelle ultime due settimane.

La fase di follow-up post-trattamento è durata 41 settimane per i soggetti trattati con NRT e 40 settimane per i soggetti trattati con vareniclina.

Gli obiettivi dello studio erano: 1) verificare la riferita astinenza continua dal fumo (continuous abstinence rate – CAR), confermata da un livello  $\leq 10$  ppm di CO espirato, durante le ultime 4 settimane di trattamento (vareniclina: 9-12 settimane; NRT 8-11 settimane); 2) verificare la CAR nelle ultime quattro settimane di trattamento fino alla 24<sup>a</sup> e 52<sup>a</sup> settimana (vareniclina: settimane 9-24 e 9-52; NRT settimane 8-24 e 8-52); 3) verificare l'astinenza puntuale durante i 7 giorni precedenti la fine del trattamento e la fine della 24<sup>a</sup> e 52<sup>a</sup> settimana.

La quantificazione del craving e dell'astinenza è avvenuta attraverso la somministrazione di due questionari: il Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) ed il modified Cigarette Evaluation Questionnaire (mCEQ). Entrambi i questionari sono stati somministrati alla prima visita e ad ogni visita di controllo settimanale fino alla 7 settimana o alla data di uscita dallo studio per quei soggetti che terminavano anticipatamente.

### RISULTATI

Su un totale di 957 soggetti sottoposti all'iniziale screening, 247 (65.7%) e 230 (62.2%) hanno completato lo studio rispettivamente nel braccio in trattamento con vareniclina e in quello con NRT. Le due popolazioni erano comparabili per caratteristiche demografiche e per storia di tabagismo. L'unica differenza da sotto-

lineare è nella rappresentatività dei soggetti di razza nera che ammontavano a quasi il doppio nel gruppo in trattamento con vareniclina rispetto al gruppo in trattamento con NRT (2.9 % vs. 1.6%).

Come si può notare in Fig. 1, la percentuale di soggetti che sono rimasti continuamente astinenti durante le ultime quattro settimane di trattamento è stata significativamente maggiore nel braccio trattato con vareniclina rispetto a quello trattato con NRT (55.9% vs 43.2%; OR 1.70, 95% CI 1.26-2.28,  $P < 0.001$ ). Il CAR alla 24<sup>a</sup> settimana è risultato maggiore per vareniclina rispetto a NRT (32.4 vs 27.3%) sebbene non statisticamente significativo ( $P = 0.118$ ) ed il CAR alla 52<sup>a</sup> settimana è risultato maggiore per vareniclina rispetto a NRT (26.1 vs 20.3%) sebbene non statisticamente significativo ( $p = 0.056$ ).

In Fig. 2 è riportata la percentuale di astinenza puntuale determinata alla 12<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup> e 52<sup>a</sup> settimana. La astinenza puntuale è risultata maggiore per vareniclina (62%) rispetto a NRT (47%) in modo statisticamente significativo ( $p < 0.001$ ). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative alla 24<sup>a</sup> ( $p = 0.193$ ) e alla 52<sup>a</sup> ( $p = 0.285$ ) settimana.

I punteggi derivanti dalla MNWS, applicati sulle prime sette settimane e relativi ai soggetti trattati con vareniclina sono risultati inferiori a quelli dei soggetti in NRT ( $p < 0.001$ ), indicando come vareniclina riduca maggiormente il craving rispetto a NRT. vareniclina inoltre ha dimostrato dei punteggi statisticamente inferiori nell'effetto negativo e nell'irritabilità, ma non nell'aumento dell'ap-





petito e nell'insonnia. Inoltre, i soggetti trattati con vareniclina hanno riportato punteggi statisticamente inferiori nella gratificazione del fumo, appagamento psicologico, benefici a livello respiratorio e riduzione del craving nelle prime sette settimane. Non si è evidenziata alcuna differenza statisticamente significativa nei punteggi dell'avversione al fumo tra i due gruppi.

Per quanto concerne gli effetti avversi, lo studio ha rilevato che nel complesso l'84% dei soggetti trattati con vareniclina e il 70.3% dei soggetti trattati con NRT ha accusato degli effetti avversi con una differenza statisticamente significativa ( $P=0.0045$ ). Nello specifico, come si evince dalla Tab 1, gli eventi avversi più frequenti in entrambi i gruppi sono stati la nausea, l'insonnia, la cefalea, i sogni anomali, la costipazione e le vertigini. In particolare, nausea, cefalea, costipazione, vertigini, disturbo dell'attenzione, vomito, flatulenza, disgeusia e dolore addominale sono risultati incidere in modo maggiore e statisticamente significativo nei soggetti trattati con vareniclina rispetto ai trattati con nicotina.

## DISCUSSIONE

L'efficacia della vareniclina nell'interrompere la dipendenza dal fumo di sigaretta è ancora in fase di approfondimento. Ci sono diversi aspetti che rendono la vareniclina particolarmente interessante. Innanzitutto, da un punto di vista farmacodinamico, la vareniclina impedisce alla nicotina circolante e libera di interagire con i propri recettori e quindi di far rilasciare dopamina. L'azione agonista parziale della vareniclina sugli stessi recettori causa una più blanda azione di rilascio di dopamina causando un pur lieve appagamento. Questa dinamica biochimica compensa l'assenza di nicotina che si ha con la sospensione del fumo e riduce il craving. La vareniclina riesce a dare al fumatore da un lato la tranquillità e dall'altro consente una lenta e graduale disabitudine alla gestualità, grazie ad una lenta dissassuefazione dovuta alla occupazione recettoriale della vareniclina come antagonista.

In secondo luogo, la vareniclina ha dimostrato, nei trials clinici fino ad ora

effettuati, una significativa efficacia clinica nei confronti del placebo, della nicotina e del bupropione.

In terzo luogo il costo del trattamento si pone in una posizione di mezzo tra il trattamento nicotinic e quello del bupropione. Tuttavia rimangono ancora dei dubbi sulla sua reale efficacia a medio-lungo termine e sulla valenza degli effetti collaterali e/o avversi che condizionano il proseguimento della terapia con vareniclina. Questo è il primo trial clinico, in aperto, multicentrico che confronta l'efficacia della vareniclina nel produrre un'astinenza completa e puntuale a 12, 24 e 52 settimane confrontata con nicotina cerotto transdermico. Il confronto è significativamente a favore della vareniclina per quanto riguarda la CAR puntuale e a 12 settimane, ma non dimostra differenze statisticamente significative a 24 e 52 settimane. Questi risultati non sono una novità essendo stati rilevati anche in precedenti studi dove la vareniclina era stata confrontata con placebo e/o bupropione.

Nello studio di Gonzales et al.<sup>2</sup> 1025 fumatori sani (>10 sigarette/die) di età compresa tra i 18 e i 75 anni, sono stati trattati in maniera randomizzata ed in doppio cieco, con vareniclina alla dose di 1 mg BID, bupropione SR alla dose di 150 mg BID o placebo per un periodo di 12 settimane, con 40 settimane di follow-up. Nelle prime 12 settimane la percentuale di CAR è stata nettamente a favore della vareniclina rispetto al bupropione SR ed al placebo (44.4 vs 29.5 vs 17.7%), ma alla 52<sup>a</sup> settimana la % di CAR si è ridotta a 21.9, 16.1 e 8.4 rispettivamente per vareniclina, bupropione SR e placebo. Se comparata con il placebo, vareniclina ha dimostrato una differenza statisticamente significativa sia a 12 che a 52 settimane, mentre comparata con il bupropione SR, la significatività la si poteva riscontrare solo fino a 12 settimane.

Jorenby DE et al.<sup>3</sup> hanno condotto uno studio prospettico in doppio cieco di fase 3 su 1027 soggetti (18-75 anni, >10 sigarette/die) trattati con vareniclina (1 mg BID) vs bupropione (150 mg BID) vs placebo (rapporto 1:1:1). Il trattamento è stato della durata di 12 settimane con controlli a 24 e 52 settimane

con risultati a 12 settimane del 43.9% nel gruppo trattato con vareniclina vs un 29.8% nel gruppo trattato con bupropione e 17.6% nel gruppo placebo. A 24 e 52 settimane la percentuale di CAR nel gruppo trattato con vareniclina scendeva rispettivamente a 29.7 e 23% mentre nel gruppo trattato con bupropione SR a 20.2 e 14.6% con differenze tra i due statisticamente significative.

Nello stesso anno Tonstad et al.<sup>4</sup> hanno effettuato uno studio randomizzato di fase 3 con l'obiettivo di verificare l'efficacia del prolungamento della terapia con vareniclina sul mantenimento della CAR. Arruolati 1927 soggetti fumatori (18-75 anni, >10 sigarette/die), sono stati trattati in aperto con vareniclina per 12 settimane alla dose di 1 mg BID ed i soggetti che avevano smesso di fumare al termine delle 12 settimane (1210 pari a 62.8%) sono stati trattati in doppio cieco con vareniclina alla dose di 1 mg BID o con placebo (rapporto 1:1) e con un follow-up di 40 settimane dopo il primo trattamento di 12 settimane. Dei 1210 soggetti che avevano smesso di fumare, a 24 settimane, il gruppo trattato con vareniclina ha dimostrato un'astinenza del 70.5% vs 49.6% del gruppo placebo ( $p<0.001$ ). Tale differenza si mantenne a 52 settimane con 43% nel gruppo trattato con vareniclina e 36.9% nel gruppo di controllo ( $p=0.02$ ).

## IN CONCLUSIONE

La vareniclina sulla base dei risultati dei trials fino ad oggi effettuati, dimostra di essere più efficace nel breve periodo ma di efficacia paragonabile agli altri trattamenti nel medio e lungo periodo.<sup>5</sup> Questo studio evidenzia inoltre una significativa presenza di eventi avversi rispetto al NRT, confermando peraltro le osservazioni di precedenti trials.

Ulteriori approfondimenti sono necessari per valutare l'efficacia a medio-lungo termine della vareniclina. ■

---

### Massimo Baraldo

Ambulatorio Tabagismo - SOS di Tossicologia  
Azienda Ospedaliero-Universitaria - Udine

### Piergiorgio Cuiutti

Scuola di Specializzazione in Farmacologia  
Cattedra di Farmacologia - Facoltà di Medicina  
e Chirurgia - Università degli Studi di Udine



### Bibliografia

Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, Williams KE, Reeves KR. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised, open-label trial. *Thorax* published online 8 Feb 2008

Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor

partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006 ;296 (1):47-55

Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of Varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation. *JAMA* 2006; 296 (11):56-63

Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation. *JAMA* 2006 ;296 (1): 64-71

Lancaster T, Stead L, Cahill K. An update on therapeutic for tobacco dependence. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9(1): 15-22

## La genetica nella dipendenza nicotinic

### Alleli per le subunità $\alpha$ -5/ $\alpha$ -3 del recettore nicotinic aumentano il rischio della dipendenza da fumo

Berrettini W, Yuan X, Tozzi F, Song K, Francks C, Chilcoat H, Waterworth D, Muglia P, Mooser V.  $\alpha$ -5/ $\alpha$ -3 nicotinic receptor subunit alleles increase risk for heavy smoking. *Mol Psychiatry* advance online publication, January 29, 2008; doi:10.1038/sj.mp.4002154

Recenti evidenze emerse in particolare da studi condotti su gemelli suggeriscono che diversi fattori genetici potrebbero concorrere alla dipendenza dalla nicotina.<sup>1,2,3</sup>

Al fine di ricercare la presenza di alleli direttamente legati alla dipendenza da nicotina (ND), due popolazioni europee, per un totale di 7500 individui, sono state analizzate in relazione al numero di sigarette fumate al giorno (CPD) e alla presenza di determinati polimorfismi nucleotidici (cioè singole mutazioni in singoli nucleotidi – SNP) eventualmente individuabili nei soggetti fumatori.

In base ad un'analisi di genotipizzazione, tra più di un centinaio di geni risultati potenzialmente interessanti, una posizione di prim'ordine è stata assunta dal gene CHRNA3 che codifica per la subunità  $\alpha$ 3 del recettore nicotinic.

Una terza popolazione europea di altri 7500 è stata utilizzata per determinare se ci fossero polimorfismi di questo gene che fossero in linkage disequilibrium con CPD. In tale setting, ci fu solo un singolo allele polimorfico nella regione CHRNA3 che fu genotipizzato e che si dimostrò fortemente associato a CPD.

Questi risultati, ottenuti su tre popolazioni indipendenti di origine europea, per un totale di 15000 soggetti, in aggiunta ad altri lavori,<sup>4</sup> non hanno

evidenziato la presenza di uno specifico allele polimorfico del gene CHRNA3 in comune, né si conosce quale sia la differenza funzionale che tali polimorfismi determinino a livello strutturale. Tuttavia gli alleli evidenziati come "alleli-rischio" costituiscono uno stesso aplotipo, cioè una combinazione di diversi stati allelici di un set di marcatori polimorfici che si trovano fisicamente associati sulla stessa molecola di DNA, per esempio una regione cromosomica, e che vengono trasmessi insieme.

L'aplotipo identificato come associato alla dipendenza da nicotina avrebbe una frequenza allelica del 38% e si localizzerebbe nel cluster genico CHRNA3-CHRNA5, codificando per le subunità  $\alpha$ 3 e  $\alpha$ 5 del recettore nicotinic.

Entrambi questi geni sono espressi in aree cerebrali centrali nella dipendenza come il nucleo accumbens, l'amigdala e la corteccia entorinale. Sebbene le subunità  $\alpha$ 3 e  $\alpha$ 5 siano subunità recettoriali accessorie e non possano da sole formare un recettore nicotinic funzionale, quando una subunità  $\alpha$ 5 viene espressa in un recettore che già possiede una subunità  $\alpha$ 3, si verifica un rapido cambiamento della permeabilità allo ione calcio e dell'affinità recettoriale.

In conclusione, questo studio ha permesso di identificare la presenza di

alcuni polimorfismi di singoli nucleotidi che danno luogo ad alleli diversi che sono in relazione più o meno stretta con il numero di sigarette fumate al giorno.

Ciò non consente ancora di parlare di alleli primariamente responsabili della dipendenza da fumo, ma evidenzia come la regione genetica che codifica per una struttura recettoriale già identificata in precedenza come centrale nella dipendenza, sia il sito in cui essi, con alta probabilità, allignano. ■

Massimo Baraldo (Udine)

### Bibliografia

Lessov CN, Martin NG. Defining nicotine dependence for genetic research: evidence from Australia Twins. *Psychol Med* 2004; 34:865-579.

Lessov-Schlaggar CN, Pang Z. Heritability of cigarette smoking and alcohol use in Chinese male twins: the Qingdao twin registry. *Int J Epidemiol* 2006; 35:1278-1285.

Maes HH, Sullivan PF. A twin study of genetic and environmental influences on tobacco initiation, regular tobacco use and nicotine dependence. *Psychol Med* 2004; 34:1251-1261.

Saccone SF, Hinrichs AL. Cholinergic nicotinic receptor genes implicated in a nicotine dependence association study targeting 348 candidate genes with 3713 SNPs. *Hum Mol Genet* 2007; 16:36-49.



## Nature rilancia: nei geni la mappa del rischio individuale

Stephen J. Chanock, & David J. Hunter. *Genomics: When the smoke clears ... Nature (3 April 2008); 452: 537-538 | doi:10.1038/452537a; Published online 2 April 2008*

Un articolo pubblicato su "Nature" mette in evidenza il legame fra alcuni geni, la dipendenza da nicotina e lo sviluppo di malattie legate al fumo. Si apre così la strada alla definizione del rischio individuale del consumo di sigarette e ad azioni di prevenzione e terapie personalizzate. Coordinatore dello studio è stato Kari Stefansson, ricercatore dell'Università di Reykjavik. Gli islandesi sono ormai da anni studiati dai genetisti, e stavolta l'obiettivo era determinare la correlazione che c'è fra un determinato gruppo di geni e la dipendenza da fumo. I geni in questione sono CHRNA3, CHRNA5 e CHRNB4 e si trovano su un pezzetto di cromosoma chiamato 15q24. Questi geni codificano per alcuni recettori nicotinici: si tratta di molecole presenti sulla superficie delle cellule del cervello, nei vasi sanguigni, nei

bronchi, nelle vie urinarie, nel sistema digestivo e che reagiscono alla nicotina presente nelle sigarette. Circa 14mila fumatori islandesi sono stati arruolati e suddivisi per numero di sigarette fumate al giorno, e i dati hanno mostrato una forte correlazione fra la presenza di una particolare forma di variazione dei geni analizzati e la forte dipendenza da nicotina dei fumatori più incalliti. Lo studio però - ed è qui il suo punto di forza - non si limita ad analizzare gli islandesi e la loro predisposizione alla dipendenza. "È stato anche analizzato - spiega Roberto Pola - sia il rischio di ammalarsi di tumore del polmone che quello di ammalarsi di arteriopatia periferica (o PAD), cioè l'occlusione delle arterie delle gambe. Due malattie fortemente associate al fumo". Per studiare la correlazione con il tumore al polmo-

ne sono stati studiati più di mille casi di pazienti provenienti anche da Olanda, Spagna e Islanda - confrontandoli con circa 32mila casi di controllo. Lo studio per la correlazione con la PAD invece è stato ottenuto studiando quasi 3000 pazienti. In entrambi i casi la correlazione è risultata molto convincente. Fra gli autori dell'imponente lavoro figurano due giovani ricercatori dell'Università Cattolica di Roma, Roberto Pola, dell'Istituto di Medicina Interna e Geriatria, e Andrea Flex, dell'Istituto di Patologia speciale medica, che hanno contribuito a fornire i dati di più di 150 pazienti (e circa 250 casi di controllo) malati di PAD. La conclusione dello studio è stata che, analizzando i dati genetici, l'associazione tra tabagismo e variazione genetica e le due patologie esaminate, era molto forte. ■

Vincenzo Zagà (Bologna)



## Cerotti alla nicotina per i giovani fumatori

Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR. *Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. Pediatrics. 2005 Apr;115(4): 407-14*

Lo studio pubblicato su *Pediatric* nel 2005, dimostrava che la nicotina somministrata tramite cerotto, assieme al supporto di tipo cognitivo-comportamentale, risultava efficace nei confronti del placebo, nel trattare la dipendenza tabagica negli adolescenti.

Per questo motivo i cerotti alla nicotina in Inghilterra vengono utilizzati anche sui teenager. Tale modalità di

trattamento è stata inserita nelle linee guida del National Institute For Clinical Excellence (NICE). In Gran Bretagna la percentuale di fumatori tra le persone di età compresa tra gli 11 e i 15 anni è del 9%.

Nelle linee guida sono stati inoltre fissati gli obiettivi, che prevedono il trattamento del 5% dei giovanissimi fumatori britannici ogni anno. Quale misura di ulteriore contenimento del fumo giovanile, l'età minima per acquistare le sigarette è stata pure alzata dai sedici ai diciotto anni. Anche in Scozia e Galles, anche se non sono ancora disponibili dati precisi sull'efficacia di questa misura.

L'uso di tabacco, sostiene l'Istituto, sarebbe la prima ragione del gap

nell'aspettativa di vita che divide ricchi e poveri. "La maggior parte dei fumatori vuole smettere, - afferma Peter Littlejohns, direttore clinico del NICE - e in queste linee guida puntiamo a far sì che vengano messi in campo servizi adeguati".

"È importante che le linee guida abbiano riconosciuto che molti giovani hanno bisogno di aiuto per smettere" è invece il commento di Deborah Arnott, direttrice dell'organizzazione ASH (Action on Smoking and Health).

"Si può diventare dipendenti dalla nicotina anche pochissimo tempo dopo aver iniziato, e i giovani hanno bisogno dello stesso sostegno dei fumatori più anziani". ■

V.Z.



## Effetti del fumo di sigaretta sullo sviluppo delle vie aeree in periodo prenatale

Milner AD, Rao H, Greenough A. *The effects of antenatal smoking on lung function and respiratory symptoms in infants and children. Early Hum Dev. 2007 Sep 20; [Epub ahead of print].*

L'esposizione al fumo di sigaretta in gravidanza è un importante fattore di rischio di anomalie della funzionalità polmonare in neonati e bambini; studi epidemiologici hanno dimostrato un eccesso di respiro dispnoico nei primi due anni dopo la nascita, asma ed affanno persistente in bambini più grandi. Lo studio condotto dall'Asthma Centre, King's College London su animali esposti in periodo prenatale alla nicotina, ha evidenziato la comparsa successiva di ipoplasia polmo-

nare con un'alterazione morfologica delle vie respiratorie. I test di funzionalità polmonare non hanno comunque dimostrato che il volume polmonare nel neonato sia influenzato dall'esposizione prenatale al fumo, ma dimostrano un'influenza sullo sviluppo delle vie aeree; non vi sarebbe aumento dell'iperreattività bronchiale ma piuttosto si rileva nei neonati una diminuita risposta sia a broncocostrittori che a broncodilatatori. ■

Domenico Enea (Roma)



le studio ha dimostrato per la prima volta che l'esposizione materna al fumo è sufficiente a causare queste mutazioni.

Ricercatori dell'Università del Vermont hanno confrontato il tasso e il tipo di mutazioni nel sangue ombelicale di feti esposti e non esposti.

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

Questo studio benché ben condotto presenta alcune limitazioni. Il campione era limitato a 24 bambini in ciascuna coorte e ad alcuni di essi hanno contribuito a più di una mutazione isolata, portando al rischio di qualche condizionamento

## Mutazioni genetiche nel feto

Finette B.A., O'Neill JP, Vacek PM, Albertini RJ. *Gene mutations with characteristic deletions in cord blood T lymphocytes associated with passive maternal exposure to tobacco smoke. Nature Medicine 1998;4:1144-51. Josefson D. Passive smoking may harm babies in utero. BMJ 1998; 317: 903. (October).*

Secondo uno studio comparso su Nature Medicine nel 1998, l'esposizione prenatale al fumo passivo può causare mutazioni carcinogeniche. Ta-

legato alla selezione dei soggetti. Inoltre la mutagenesi e la carcinogenesi sono processi multifattoriali e lo studio non era controllato per altri fattori ambientali e genetici. Da ultimo, diversi metodi per la rilevazione delle mutazioni sono stati usati nei maschi e nelle femmine.

Stephen Hecht, studioso della University of Minnesota Cancer Center, ha poi riscontrato la presenza di bioprodotto del derivato nicotinic NNK nelle prime urine di bambini nati da madri che avevano fumato durante la gravidanza. 22 su 31 soggetti sono risultato positivi, nessuno tra i controlli non esposti al fumo. L'NNK è contenuto solo nel tabacco ed è cancerogeno. I livelli di NNK riscontrati erano pari al 10% di quelli negli adulti fumatori, un livello allarmante se si tiene conto delle dimensioni dei neonati.

Il Professor Gordon McVie, direttore clinico del Cancer Research Campaign in Britain, dice che l'evidenza derivata dallo studio è abbastanza conclusiva: "I livelli del carcinogeno trovato sono stati preoccupantemente alti rispetto allo standard dei bambini non esposti.

La sostanza inoltre non solo passa nel sangue fetale ma viene anche elaborata nel feto stesso, secreta nel liquido amniotico e riassorbita nuovamente". Questi risultati non fanno che sottolineare l'importanza di sensibilizzare le madri fumatrici a smettere almeno durante la gravidanza. ■

Marco Mura (Roma)



## We the People...

È questo l'incipit della costituzione USA che viene richiamato come refrain su tutti gli edifici simbolo di Philadelphia. Fondata dal quacquero William Penn nel 1682, fu la città baciata dal destino a divenire la culla della Dichiarazione d'Indipendenza (4 luglio 1776) e della stesura e ratifica della Costituzione Americana. In questa culla del patriottismo yankee si è tenuto l'Annual Meeting 2008 dell'AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology). Un Congresso internazionale con più di 7 mila partecipanti che ha avuto come cornice ospitante il "Pennsylvania Convention Center", una vecchia stazione ferroviaria sapientemente ristrutturata. Anche in questa occasione non sono mancate relazioni e comunicazioni sul fumo di tabacco, interessanti anche se poco numerose. Abbiamo così notato come una Società "purista" come l'AAAAI, timidamente ma inesorabilmente, ha cominciato a prendere atto dell'esistenza e dell'importanza del fumo di tabacco che spesso mette d'accordo... IgE, Eosinofili e mediatori chimici discorrendo. La scarsa affluenza osservata nelle sessioni sul tabagismo è uno spunto di riflessione che i cronisti offrono ai lettori di Tabaccologia. Un fenomeno che si nota purtroppo, in maniera trasversale fra vari Congressi specialistici, anche italiani, e di cui bisogna capire le ragioni: supponenza, ignoranza, o sottostima del problema tabagismo? Di seguito vi proponiamo una selezione di abstract dal 2008 Annual Meeting dell'American Academy of Allergy Asthma & Immunology con delle immagini da Philadelphia.



### Dal Journal of Allergy and Clinical Immunology 2008, Volume 121, Number 2:

#### Il fumo inibisce la produzione di citochine antinfiammatorie

J. St-Laurent et al. (Hopital Laval, Quebec, Canada). Five days Exposure to Cigarette Smoke Extract alters Bronchial Epithelial Cells Mediator Secretion. Abstracts, S14.

Il fumo di sigaretta contiene sostanze tossiche in grado di danneggiare l'epitelio delle vie aeree. Lo scopo di questo studio è stato di valutare l'espressione di MCP-1, IL-10 ed altre citochine dopo 5 giorni di esposizione ad un estratto di fumo di sigaretta (CSE). Delle cellule epiteliali bronchiali di ratto normale (NRBE) sono state esposte al CSE per 5 giorni, raccogliendo il soprannatante per analizzarne i componenti. Le NRBE esposte al CSE rilasciavano più MCP-1 rispetto ai controlli, mentre il rilascio di IL-10 era inibito dal CSE.

Inoltre, l'espressione di IL-10 era più elevata nelle cellule esposte al CSE rispetto ai controlli. Non sono state riscontrate differenze significative per quanto riguardava le altre citochine studiate. Conclusioni: l'esposizione al fumo di sigaretta incrementa i livelli delle proteine chemoatattiche per i monociti ed i macrofagi ed inibisce l'espressione delle citochine anti-infiammatorie.



#### Fumo materno in gravidanza e rischio di dermatite atopica

M. Clausen et al., (University Hospital, Reykjavik, Islanda and Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia). Tabacco Smoking During Pregnancy or First year of Life is associated with Atopic Dermatitis at the age of 10 – 11 years. Abstracts, S36.

Il fumo di sigaretta dei genitori è associato alla presenza di sintomi respiratori nei bambini. Lo studio è stato effettuato per valutare la relazione tra fumo materno e dermatite atopica (AD) nei bambini di 10 – 11 anni di età. 946 bambini ed i loro genitori sono stati indagati mediante questionari riguardanti le malattie atopiche ed i possibili fattori di rischio. 774 tra questi hanno effettuato anche skin prick test per i comuni allergeni e sono stati esaminati per la presenza di AD. Il 27 % dei bambini riferiva AD negli ultimi

12 mesi. Il 9,2 % di essi presentava segni di AD all' esame ispettivo. Il 19,8 % delle madri riferiva di aver fumato durante la gravidanza; il 25,7 % durante il primo anno di vita dei bambini ed il 23 % erano ancora fumatrici. Il fumo materno durante la gravidanza o il primo anno di vita dei bambini risultava essere correlato con la presenza di AD con un Odds Ratio di 2 in entrambi i casi. Non si è



riscontrata una associazione tra il fumo materno e la presenza di sibili, asma o febbre da fieno nei bambini. Conclusioni: il fumo materno durante la gravidanza o il primo anno di vita incrementa il rischio di AD almeno fino all'età di 10 – 11 anni.

### Asmatici: occhio agli amici!

F. Vazquez-Nava et al., (Ciudad Medero, Mexico). *Association Between Family Structure, parental Smoking, Friends Smoking and Smoking Habits in Asthmatic Adolescents. Abstracts, S93.*

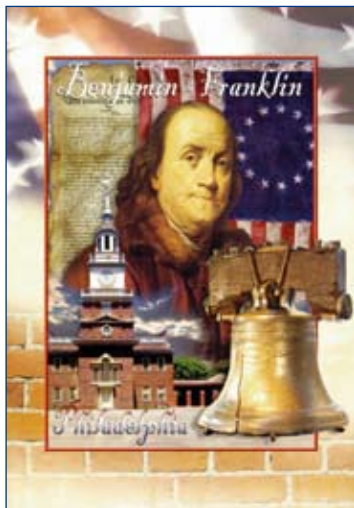
Lo scopo dello studio è stato di analizzare i fattori determinanti l'abitudine al fumo in adolescenti asmatici, relativamente alla struttura familiare e abitudine al fumo dei genitori e degli amici. Il campione era composto da 685 adolescenti asmatici, di età compresa tra i 13 e i 18 anni, nell'ambito di un più vasto studio epidemiologico longitudinale riguardante 6.487 adolescenti. I soggetti sono stati studiati con visita medica, spirometria, test cutanei e questionari.

L'abitudine al fumo negli asmatici adolescenti si è dimostrata correlata con: vivere con genitori separati (Odds ratio: 1,51), genitori fumatori (OR: 2,16), frequentare amici fumatori (OR: 5,05). In base a tali dati gli Autori concludono che gli amici fumatori hanno un impatto maggiore rispetto alla situazione familiare ed al fumo dei genitori nel determinare l'abitudine al fumo in adolescenti asmatici.

### Genitori fumatori & bambini asmatici: fidarsi è bene, non fidarsi è meglio

A.M. Butz et al (Johns Hopkins University, Baltimore, USA). *Perception of Indoor Exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS) in Urban Parents of Children with Asthma. Abstracts, S149.*

Poichè l'esposizione passiva al fumo (ETS) è associata alle esacerbazioni della malattia in bambini asmatici, lo studio è stato effettuato per verificare la corrispondenza tra quanto dichiarato dai genitori fumatori (Self-reported, SR) e le misurazioni obiettive dell'ETS, ottenute mediante misurazione della nicotina (AN) e del particolato (PM) nelle abitazioni e della cotinina urinaria (UC) dei genitori. Il campione studiato era di 44 bambini asmatici, dei quali 66 % maschi, al 95 % di razza Afro-Americana, di età media 9,4 anni. Più della metà riferivano risvegli notturni almeno una notte a settimana ed almeno una visita in pronto soccorso negli ultimi sei mesi. Nel 68 % dei casi il familiare fumatore era il principale "caregiver" del bambino e le sedi del fumo erano la camera da letto dei genitori (73%), soggiorno (50%), cucin-



na (33%), automobile (30%). Le misurazioni obiettive di ETS (AN, PM, UC) hanno mostrato tutte valori mediamente elevati (AN: 1.43 µg/m<sup>3</sup>; PM2.5: 30.7 µg/m<sup>3</sup>; UC: 21.3 ng/ml) e fortemente correlati tra loro, con un r tra 0.80 e 0.88, mentre le dichiarazioni dei genitori (SR) non correlavano con nessuno degli indici obiettivi, con un r < 0.50. In conclusione: le misurazioni obiettive dell'ETS danno informazioni più accurate sull'effettiva esposizione al fumo passivo in bambini asmatici rispetto a quanto riferito spontaneamente dai genitori.

### rischio bioaerosol microbico

C. Pehrson et al. (Lund, Svezia and Wroclaw, Polonia). *Microbial Marker Patterns in Smoke and Tobacco of Cigarettes Purchased in Six Different Countries. Abstracts, S233.*

Il tabacco ed il fumo di tabacco contengono endotossine che possono essere responsabili di alcuni degli effetti nocivi di queste sostanze. Lo studio è stato effettuato al fine di evidenziare la presenza di altre sostanze di origine microbica, oltre le endotossine, in sigarette di diversa fattura e provenienza.

Sono state testate sigarette provenienti da sei differenti paesi: Russia, Polonia, Svezia, Corea, Vietnam e Cina. La ricerca riguardava l'ergosterolo, i 3-idrossi acidi grassi e l'acido muramico, markers rispettivamente di funghi, endotossine e peptidoglicano, usando gas-cromatografia e spettrometria di massa.

L'analisi è stata effettuata sia sul tabacco delle sigarette, sia sul fumo di sigaretta.

La concentrazione dei markers microbici nel tabacco di sigaretta non differiva tra le sigarette "light" e quelle normali, e non sono state riscontrate differenze significative tra le sigarette provenienti da diversi stati, tranne che per alcune sigarette prodotte a livello locale in Cina, che presentavano livelli significativamente inferiori di tutti i markers esaminati. La concentrazione di tali markers nel fumo di sigaretta risultava essere dello 0,1 – 1 % rispetto al valore riscontrato nel tabacco. Le conclusioni sono che il fumo di tabacco è un bioaerosol che contiene componenti fungine e batteriche, incluse endotossine, che possono spiegare alcune delle proprietà infiammatorie del fumo di tabacco. ■



Giuseppe Fiorenzano

Fisiopatologia Respiratoria, Ospedale di Cava de' Tirreni, ASL Salerno 1

Vincenzo Zagà

Pneumotisiologia Territoriale - AUSL di Bologna



## Health News



GLOBALink  
global tobacco control

a cura di Nolita Pilerià  
(segreteria@tabaccologia.it)

### Vaccino anti-papillomavirus dalla pianta del tabacco

Alcuni ricercatori negli USA stanno tentando di produrre un vaccino simile al Gardasil, approvato lo scorso anno come prevenzione del cancro della cervice uterina. I ricercatori hanno individuato una proteina (L-2) propria del papillomavirus: producendo sinteticamente il gene che codifica per tale proteina e inserendolo nel genoma di un virus del tabacco che infetterà le piante, sarà possibile produrre, a poco prezzo, grandi quantità della proteina. Questa sarà in grado di stimolare la produzione di anticorpi contro 13 ceppi di papillomavirus responsabili dell'induzione del cancro della cervice. La proteina è diversa da quella del Gardasil, che è presente solo in due ceppi virali. Il costo sarà irrisorio: 3 US\$ per tre dosi contro i 360 US\$ del Gardasil. Il vaccino è risultato efficace in uno studio preliminare sui cani. Nel 2008 inizierà la sperimentazione clinica sulle donne.

Source: <http://www.smh.com.au/>

### USA: fumatori al minimo storico

Una recente indagine della Gallup ha dimostrato che il 21% degli adulti americani fuma. Questo è il valore più basso registrato dal 1944, quando i fumatori correnti erano il 41% della popolazione adulta, anche se non è significativamente diverso da quello degli ultimi anni. Un altro importante dato emerso dall'indagine è che il 55% dei fumatori ha dichiarato di fumare meno di un pacchetto di sigarette al giorno. L'81% desidera smettere di fumare e il 79% è cosciente del proprio stato di dipendenza da tabacco.

Source: <http://galluppoll.com/>

### La Walt Disney bandisce il fumo dai suoi film.

A distanza di una settimana dalla dichiarazione della Motion Picture Association (MPAA) di considerare il fumo, così come le scene di sesso e di violenza, fra gli elementi di rating per vietare la visione dei film a un pubblico minorenni, la Walt Disney ha dichiarato che il fumo sarà "inesistente" nei film con il proprio marchio e che scoraggerà immagini di fumo anche nei film per un pubblico più adulto prodotto dalle consociate Miramax e Touchstone. La decisione della Disney fa parte di un ampio programma che mira a promuovere stili di vita più sani come un'alimentazione a basso contenuto di grassi saturi. Anche l'italiana Medusa si adegua e rilancia col neopresidente ed ex diretto-



re del Tg5 Carlo Rossella: niente atti fumo nei film di nuova produzione Medusa Film.

Source: <http://www.ft.com/>

### Australia: a breve fumo vietato in aree aperte di ristoranti e bar

Fumare nelle zone all'aperto di ristoranti e bar sarà proibito, secondo quanto sostiene il Premier Alan Carpenter. Questa decisione è stata votata recentemente dal Consiglio di Fremantle in Western Australia: la decisione è stata accolta con entusiasmo dall'Australian Medical Association che auspica che altri governi locali adottino la stessa risoluzione.

### Anche in Inghilterra la legge fa bene alla salute

Circa un milione e mezzo di persone che hanno smesso di fumare come effetto diretto della legge entrata in vigore in UK il primo luglio scorso, ha messo in conto di migliorare anche la propria alimentazione e di praticare esercizio fisico. Una ricerca del Nuffield Proactive Health mostra che il 13% dei fumatori ha cessato o ridotto il consumo di sigarette da quando il divieto di fumare nei luoghi pubblici è entrato in vigore. Tra quelli che hanno cessato, circa il 27% cerca di mangiare in modo più salutare e il 20% ha iniziato a praticare esercizio fisico. Questo prova che il divieto può avere effetti benefici su tutti gli aspetti della salute e del benessere, non solo sul tasso di nicotina. Il 18% infatti sostiene di avere anche ridotto notevolmente il consumo di alcolici. L'effetto della legge si è sentito anche nei luoghi di lavoro, dove in molti hanno chiesto che il danaro necessario per allestire ambienti per fumatori fosse invece utilizzato in programmi per la salute e il benessere. Questo è accaduto, per esempio, alla Toshiba che ha "riciclato" le stanze gialle dedicate a fumatori in una avveniristica palestra equipaggiata con gli attrezzi Technogym vinti al concorso bandito dalla Nuffield Proactive Health.

Source: <http://www.eurohs.eu.com/>

### Centri per la cura del tabagismo negli Emirati Arabi

Gli Emirati Arabi Uniti (UAE) hanno attivato due "Smoking Cessation Clinics" per aiutare i fumatori a smettere, riporta il giornale locale Khaalej Times il progetto è del Ministero della Salute, con il sostegno di Novartis Consumer Health. I Centri sono stati realizzati a Dubai e a Ras Al Khaimah. A breve il Ministero della Salute organizzerà corsi di formazione per medici in modo che nuovi Centri vengano attivati anche in altri Emirati. Source: <http://english.people.com.cn/>

# Fattori psicosociali e comportamento tabagico in un gruppo di adolescenti

## *Psychosocial factors and smoking in a group of adolescents*

Cinzia Di Cosmo, Odette Corni, Paola Gremigni

### Riassunto

**Introduzione.** Il fumo di tabacco è un importante fattore di rischio per la salute diffuso anche tra gli adolescenti e legato a fattori biopsicosociali ampiamente indagati in letteratura. Il presente studio indaga la relazione tra comportamento tabagico ed alcuni fattori psicosociali in un gruppo di adolescenti italiani.

**Metodi.** Hanno partecipato allo studio 218 studenti di scuola superiore di ambo i sessi, di età compresa fra i 14 e i 21 anni. Il campione così ottenuto se da un lato limita la generalizzabilità dei dati, dall'altro permette di avere un gruppo maggiormente omogeneo di studenti frequentanti lo stesso tipo di scuola. Tutti i partecipanti hanno compilato la sezione dedicata al fumo del questionario lo e la mia salute, costruito secondo la teoria dei comportamenti problematici di Jessor.

**Risultati.** L'analisi della varianza ha evidenziato che il comportamento tabagico è associato alle seguenti dimensioni: una maggiore tolleranza verso comportamenti devianti; un giudizio meno grave delle conseguenze psicofisiche della dipendenza; un maggior livello di stress quotidiano percepito; un basso controllo sulle proprie condotte da parte dei pari e una stima meno severa dei giudizi dei genitori. È emersa inoltre un'omogeneità del comportamento tabagico tra chi fuma regolarmente e i propri amici.

**Conclusioni.** L'applicazione del modello di Jessor ha permesso di individuare alcuni fattori connessi alle diverse tipologie di rapporto con il fumo di sigaretta in un gruppo di adolescenti. I risultati di questo studio potrebbero offrire spunti di riflessione utili per la programmazione di interventi mirati di prevenzione del tabagismo nella scuola.

**Parole chiave:** Adolescenti, Tabagismo, Comportamenti a rischio.

### Abstract

**Introduction.** Tobacco smoking is a relevant health risk factor widespread even among adolescents and linked to bio-psychosocial factors largely investigated in the literature. This study investigates the relationship between smoking and some psychosocial factors in a group of Italian adolescents.

**Methods.** Two hundred and eighteen adolescents, males and females, aged 14 to 21 years, from three different technical high schools completed the smoking section of the questionnaire My health and me, developed from Jessor's Problem Behavior Theory. The sample composition limits the generalizability of results, although it provides homogeneity regarding the type of school attended.

**Results.** The Analysis of variance showed that smoking behaviour is associated with the following dimensions: greater tolerance towards deviant behaviour; an average less serious perception of the psychophysical consequences of dependence; a greater level of perceived daily stress; a low control of their own carried out behaviour on the part of friends; and a less severe estimate of parental disapproval. It also emerged homogeneity of the smoking behaviour between smokers and their friends.

**Conclusions.** The application of Jessor's model has allowed identifying some of the factors connected to the various types of cigarette smoking in a group of adolescents. The results of this study may offer insights useful for the programming of targeted smoking prevention interventions in the school.

**Keywords:** Smoking, Adolescents, Risk behaviours.

### INTRODUZIONE

L'assunzione costante e prolungata di tabacco è un importante fattore di rischio per la salute. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il tabacco, come seconda causa di mortalità a livello mondiale, è responsabile di circa 5 milioni di decessi all'anno e, se questa tendenza non si arresterà, assisteremo entro il 2020 ad un innalzamento del 50% della mortalità annua causata da patologie tabacco-correlate<sup>1</sup>.

Malattie coronariche e tumori a vari organi sono, infatti, riconducibili direttamente al fumo di sigaretta.<sup>2</sup> Gli ultimi dati Doxa<sup>3</sup> ci aiutano a disegnare il fumatore italiano medio come un uomo fra i 25 ed i 44 anni, che ha iniziato a fumare regolarmente intorno a 16 anni ed è andato incontro ad innumerevoli fallimenti nel tentativo di smettere senza rivolgersi ad alcun sostegno specialistico. In Italia i fumatori rappresentano il 23,5% della popolazione adulta; nella fascia di età tra i 15 ed i 24 anni attual-

mente il 22,5 % dei maschi e il 17,3% delle femmine fuma. I dati evidenziano una lieve diminuzione del comportamento tabagico negli ultimi anni, accompagnata dal crescere della percentuale di cittadini sfavorevoli al fumo nei luoghi pubblici e nei posti di lavoro. È cresciuto, inoltre, dal 9% del 2005 al 13% del 2006, il numero degli italiani che si recano nei locali pubblici dopo l'entrata in vigore del provvedimento legislativo del 2003 sulla limitazione del fumo.

Poiché il fumo è un comportamen-



to dannoso largamente in uso anche tra i giovani, è importante conoscere e comprendere, sia i meccanismi che lo governano e lo influenzano, sia i fattori predisponenti al fine di programmare adeguati interventi di prevenzione primaria e secondaria, volti i primi a ridurre la probabilità che si inizi a fumare e che questa diventi un'abitudine stabile, i secondi a modificare il comportamento tabagico quando è già stabilizzato<sup>4</sup>.

Un modello esplicativo rilevante per la comprensione del tabagismo in adolescenza è quello applicato da Jessor allo studio dei comportamenti di rischio nei giovani.<sup>5</sup> Tale modello prevede lo studio di molteplici dimensioni personali, psico-sociali, comportamentali e dell'ambiente percepito, fra i quali autostima, pressione dei pari, controllo e vulnerabilità personale e sociale nel coinvolgimento in comportamenti di rischio. A livello comportamentale, la distinzione tra fattori protettivi e fattori di rischio vede tra i primi l'impegno scolastico, tra i secondi la messa in atto di altri comportamenti dannosi per la salute quali fare uso di alcol e droga.

Lo studio condotto recentemente da Costa, Jessor e Turbin<sup>6</sup> evidenzia il ruolo protettivo di variabili comportamentali e psicosociali nel moderare il coinvolgimento nell'uso di sigarette tra gli studenti di college. In particolare, rispetto alla vulnerabilità verso il fumo, si sono dimostrati rilevanti il controllo individuale e sociale ed il sostegno familiare. Inoltre, gli studenti con un buon curriculum scolastico appaiono meno coinvolti nel comportamento tabagico, mentre i fumatori, oltre a fare uso anche di alcolici e marijuana, registrano un peggior rendimento scolastico.

Il modello di Jessor è stato utilizzato in svariate indagini che hanno coinvolto ampi campioni della popolazione adolescente italiana<sup>7-10</sup>. I principali risultati, coerentemente con quelli degli studi internazionali, indicano svariate differenze tra adolescenti fumatori e non fumatori; in particolare i primi hanno peggiori rendimenti scolastici e danno maggiore importanza all'autonomia personale oltre ad essere coinvolti in altri comportamenti dannosi per la salute quali uso di alcol e marijuana e

guida non sicura, nel caso dei maschi. Per quanto riguarda la sfera delle relazioni con i pari, i fumatori si sentono maggiormente influenzati, nelle scelte di vita, dagli amici piuttosto che dai genitori, il cui stile educativo viene descritto come permissivo e povero di regole da rispettare. Gli adolescenti che non fumano, rispetto ai fumatori, vanno meglio a scuola, hanno una buona prospettiva di continuare la carriera scolastica in futuro, non trascorrono molto tempo fuori casa, trovano in famiglia sostegno per i propri problemi personali, scolastici, esistenziali e vivono una maggiore compatibilità tra amici e genitori nel modo di concepire la vita. I non fumatori dichiarano inoltre di avere meno relazioni amicali dei fumatori, di frequentare bar e discoteche in misura minore, di partecipare a gruppi religiosi con più frequenza e di avere maggiore attenzione per la propria salute.

Santinello, Vieno e Martini<sup>11</sup> hanno recentemente indagato comportamenti di rischio quali consumo di alcol e tabacco in una fascia di età poco studiata, la preadolescenza, prendendo in esame un ampio campione di giovani dagli 11 ai 15 anni. Lungo l'iter scolastico delle classi superiori si registra una maggiore percentuale di giovani bevitori e fumatori, rispetto alle medie inferiori; in particolare emerge che tra i ragazzi di prima media il rischio di fumare è un decimo rispetto a quello dei più grandi. L'età intorno ai 12-13 anni appare tuttavia caratterizzata da occasioni di ritrovo con i pari, che stimolano la sperimentazione di nuovi comportamenti, tra cui il fumo, in uscite pomeridiane e serali. Infine il legame tra performance scolastica e tabagismo indica che sono a rischio, sia i ragazzi con basso rendimento, sia quelli con rendimento medio.

Il presente studio si pone come obiettivo quello di rilevare alcuni tra i fattori psicosociali associati al comportamento tabagico in un gruppo di adolescenti, nell'intento di offrire un contributo esplicativo di questo comportamento di rischio nella fase di transizione all'età adulta.

## METODO

Hanno partecipato allo studio 218 stu-

denti di tre scuole superiori di indirizzo tecnico delle province di Bologna e Forlì-Cesena. La scelta metodologica di rivolgersi solo ad istituti tecnici, pur riducendo la generalizzabilità dei risultati, ha permesso di ottenere un campione maggiormente omogeneo. La scuola frequentata, infatti, è un fattore importante di variabilità associato alla maggior parte delle dimensioni psicologiche legate al tabagismo e ad altri comportamenti di rischio. Ad esempio, Bonino, Cattellino e Ciairano<sup>10</sup> rilevano differenze significative tra i diversi iter scolastici, indicando una maggiore rilevanza del comportamento tabagico negli istituti professionali, dove gli adolescenti investono maggiormente in comportamenti proiettati verso l'acquisizione di una presunta adultità.<sup>8</sup> Il progetto di ricerca ha ricevuto l'approvazione dei rispettivi Consigli di Istituto delle scuole partecipanti. In un istituto tecnico di Bologna ed in uno di Forlì sono state selezionate casualmente le classi da invitare a partecipare allo studio, in particolare una prima, una seconda, una terza, una quarta ed una quinta per ciascuna scuola. Ha inoltre partecipato allo studio anche un terzo istituto tecnico della provincia di Bologna dove il test è stato somministrato ad una terza e una quarta. L'unità campionaria scelta è stata la classe. La somministrazione dei test è avvenuta in classe, durante un'ora di lezione, alla presenza di uno psicologo tra gli autori del presente studio che ha illustrato brevemente gli scopi dell'indagine ed ha richiesto il consenso alla partecipazione a ciascuno studente, garantendo l'anonimato nella compilazione dei questionari e il trattamento dei dati a solo scopo di ricerca. Tutti i questionari distribuiti sono stati restituiti completati, con una percentuale di risposte mancanti per ciascun questionario inferiore al 10%. Riguardo alle caratteristiche dei soggetti, 56% sono femmine e 44% maschi, di età compresa tra i 14 e i 21 anni, con età media di  $17 \pm 1,32$  anni. La distribuzione dei soggetti per le 5 classi è la seguente: 10% frequentano la prima classe, 19% la seconda, 35% la terza, 27% la quarta e 10% la quinta. Il 60% dei partecipanti risiede in città, il restante nei paesi limitrofi delle due province. Per

quanto riguarda la scolarità dei genitori, il 51% delle madri e il 47% dei padri ha il diploma di scuola superiore, il 35% delle madri e il 38% dei padri ha terminato la scuola media, l'8% delle madri e il 7% dei padri ha conseguito la laurea, infine il 6% delle madri e l'8% dei padri ha frequentato la scuola elementare. Lo strumento di valutazione utilizzato per la ricerca è un questionario carta e penna predisposto per l'auto-somministrazione collettiva da parte dei ragazzi in classe, dopo aver ricevuto minime istruzioni. La durata di somministrazione è stata di circa 20 minuti. *Io e la mia Salute*<sup>12</sup> è la versione italiana dell'analogo *Health Behavior Questionnaire* costruito da Jessor<sup>13</sup> in base alla teoria dei comportamenti problematici. Il modello si basa su quattro sistemi di variabili: il sistema dell'ambiente sociale, quello della persona, quello dell'ambiente percepito e il sistema dei comportamenti. Del questionario originario sono state utilizzate alcune parti, per un totale di 53 item. In particolare sono state valutate, oltre ai dati socio-demografici e al consumo di tabacco, le seguenti dimensioni: disapprovazione/tolleranza della devianza (13 item), consapevolezza del rischio fisico (1 item) e psicologico (1 item) legati al fumo, controllo interno della salute (3 item), importanza attribuita alla salute (9 item), importanza attribuita all'autonomia (4 item), orientamento verso il comportamento pro-sociale (1 item), approvazione del fumo da parte degli amici (1 item), fumo abituale da parte degli amici (1 item), controllo dei propri comportamenti da

parte degli amici (1 item), numero e qualità della relazione con gli amici (2 item), sostegno da parte degli amici (1 item), approvazione del fumo da parte dei genitori (1 item), fumo da parte dei fratelli (1 item), livello di stress quotidiano (4 item).

Oltre alle analisi descrittive, sono stati condotti i confronti fra gruppi, in relazione al sesso, alla classe frequentata e alla condizione di fumatore regolare con l'analisi della varianza (ANOVA) ed i confronti post-hoc con il test di Sheffe (stabilendo un livello di significatività per  $p < 0.05$ ) per le dimensioni quantitative e con le tavole di contingenza per quelle qualitative. Tutte le analisi sono state condotte con SPSS 13.0. Lo studio è stato condotto in accordo con gli standard etici stabiliti dal comi-

tato etico istituzionale dell'Università di Bologna, con il codice deontologico dell'Ordine Nazionale degli Psicologi e con la Dichiarazione di Helsinki del 1975, revisionata nel 2000. Lo studio è stato auto-finanziato dal responsabile della ricerca, Dott.ssa Paola Gremigni, nell'ambito delle regolari attività del gruppo di ricerca "Testistica psicometrica" presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna.

## RISULTATI

I risultati delle analisi descrittive sono presentati in Tabella 1, che riporta le frequenze relative al comportamento tabagico, e in Tabella 2, che riporta i valori medi, la deviazione standard (d.s.) e il range di oscillazione del punteggio per ogni dimensione quantitativa, seguendo l'ordine di presentazione delle

<b>Comportamento Tabagico</b>	<b>Femmine N = 122</b>	<b>Maschi N = 96</b>	<b>Totali N = 218</b>
Fuma regolarmente	25%	16%	21%
Non fuma	30%	31%	30%
Fuma occasionalmente	20%	15%	18%
Sperimentatore	25%	38%	31%
<b>Totali</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabella 1. Frequenze relative al comportamento tabagico nel gruppo totale, nelle femmine e nei maschi

<b>Variabile</b>	<b>Media</b>	<b>d.s.</b>	<b>Range</b>
Disapprovazione della devianza	38,46	7,56	13 - 52
Conseguenze fisiche del fumo	3,01	0,85	1 - 4
Conseguenze psicologiche del fumo	2,19	1,03	1 - 4
Controllo interno della salute	9,93	1,55	3 - 12
Importanza della salute	26,51	3,35	9 - 36
Importanza dell'autonomia	14,43	1,72	4 - 16
Comportamento pro-sociale	3,47	0,66	1 - 4
Approvazione degli amici	2,11	0,59	1 - 3
Fumo abituale degli amici	2,63	0,62	1 - 4
Controllo da parte degli amici	2,99	0,58	1 - 4
Sostegno dagli amici	2,71	0,77	1 - 4
Approvazione dei genitori	1,32	0,50	1 - 3
Stress quotidiano	10,82	3,86	4 - 16

Tabella 2. Valori medi, deviazioni standard (d.s.) e range dei punteggi nelle variabili considerate

domande nel questionario.

Riguardo al comportamento tabagico, il 21% degli adolescenti partecipanti allo studio è fumatore regolare di tabacco ossia fuma almeno una sigaretta ogni giorno regolarmente. Il 18% è fumatore occasionale ossia attualmente fuma meno di una sigaretta al giorno; il 31% ha sperimentato almeno una sigaretta, pur non essendo attualmente un fumatore regolare né occasionale. Infine il 30% è costituito da non fumatori ossia da persone che non hanno mai neppure provato una sigaretta. Raggruppando i soggetti in due sole categorie, possiamo rilevare che il 21% è costituito da fumatori regolari (che fumano almeno una sigaretta al giorno) e il 79% da persone che non hanno mai fumato, hanno solo sperimentato oppure fumano occasionalmente.

Riguardo all'andamento del fumo in relazione all'età, come mostra Figura 1, all'aumentare dell'età cresce significativamente la proporzione dei ragazzi che fuma occasionalmente o regolarmente ( $\text{Chi}^2 = 27,89$   $p = 0,006$ ). Tra i 14 e i 15 anni fuma solo il 9,52%, ma il 38,09% ha comunque sperimentato il comportamento; tra i sedicenni il 17,07% fuma regolarmente e il 17,07% fuma occasionalmente; tra i diciassettenni fuma regolarmente il 17,33% e occasionalmente il 16,00%; tra i diciottenni fuma regolarmente il 22,41% e occasionalmente il 20,69%; infine tra gli ultra diciottenni

fuma regolarmente il 40,91% e occasionalmente il 36,36%.

Riguardo al genere, tra le femmine il fumo regolare appare più diffuso che tra i maschi, infatti il 25,4% delle femmine è costituito da fumatrici regolari, il 29,5% non fuma, il 25,4% ha sperimentato e il 19,7% fuma solo occasionalmente. Tra i maschi, invece, i fumatori regolari sono il 15,6%, il 31,3% non fuma, il 38,5% ha sperimentato e il 14,6% fuma occasionalmente; tuttavia le differenze tra i sessi nella distribuzione dei 4 comportamenti relativi al fumo non appaiono statisticamente significative ( $\text{Chi}^2 = 6,26$ ,  $p = 0,10$ ).

Sono stati condotti i confronti, riguardo a tutte le dimensioni psico-sociali misurate, tra i quattro sottogruppi di soggetti definiti dai diversi comportamenti legati al fumo: fumatore regolare (FR), occasionale (O), sperimentatore (S) e non fumatore (NF). Si rilevano differenze statisticamente significative in alcune dimensioni, i cui valori sono presentati in Tabella 3.

Dai dati emerge che fare uso di sigarette tra i giovani è associato ad un atteggiamento positivo verso la devianza ( $F = 5$ ,  $gl$  3,214;  $p = 0,002$ ). Confrontando le medie dei punteggi ottenuti con il test post hoc di Sheffé, si evidenzia un giudizio più severo di questi comportamenti da parte dei non fumatori rispetto ai fumatori regolari ( $M_{NF} = 40,16$  vs.  $M_F = 34,88$ ;  $p = 0,003$ ), così come disapprova-

no maggiormente tali condotte gli adolescenti che fumano per sperimentare, confrontati con i fumatori regolari ( $M_S = 39,29$  vs.  $M_F = 34,88$ ;  $p = 0,02$ ).

Anche per quanto riguarda gli effetti fisici ( $F = 7,19$ ,  $gl$  3,214;  $p < 0,0001$ ) e psicologici ( $F = 19,25$ ,  $gl$  3,214;  $p < 0,0001$ ) del fumo, si rilevano differenze statisticamente significative nei quattro gruppi. In particolare, chi fa uso di tabacco regolarmente attribuisce al fumo conseguenze psicofisiche meno gravi rispetto ai non fumatori ( $M_{F/psic} = 1,48$  vs.  $M_{NF/psic} = 2,78$ ,  $p < 0,0001$ ;  $M_{F/fis} = 2,55$  vs.  $M_{NF/fis} = 3,27$ ,  $p < 0,0001$ ) e agli sperimentatori ( $M_{F/psic} = 1,48$  vs.  $M_{S/psic} = 2,25$ ,  $p = 0,001$ ;  $M_{F/fis} = 2,55$  vs.  $M_{S/fis} = 3,10$ ,  $p = 0,006$ ). Inoltre, nel caso degli effetti psicologici, coloro che fumano occasionalmente considerano tali conseguenze maggiormente dannose rispetto ai non fumatori ( $M_{O/psic} = 1,89$  vs.  $M_{NF/psic} = 2,78$ ;  $p < 0,0001$ ).

L'atteggiamento pro-sociale dei giovani si presenta in modo diverso nei gruppi di soggetti indagati ( $F = 1,76$ ,  $gl$  3,214;  $p < 0,0001$ ); in particolare i non fumatori appaiono più favorevoli verso la disponibilità ad aiutare il prossimo rispetto a coloro che fumano per sperimentare ( $M_{NF} = 3,6$  vs.  $M_S = 3,27$ ;  $p = 0,04$ ).

Relativamente allo stress quotidiano percepito, i risultati mostrano ( $F = 6,3$ ,  $gl$  3,214;  $p = 0,0004$ ) una maggiore tendenza a percepire la propria situazione come stressante nei fumatori regolari paragonati ai non fumatori ( $M_F = 12,22$  vs.  $M_{NF} = 10,15$ ;  $p = 0,04$ ) e agli sperimentatori ( $M_F = 12,22$  vs.  $M_S = 9,77$ ;  $p = 0,01$ ), nei confronti dei quali anche i fumatori occasionali appaiono più stressati ( $M_O = 12,17$  vs.  $M_S = 9,77$ ;  $p = 0,02$ ).

Emergono altre differenze statisticamente significative tra gruppi riguardo all'abitudine al fumo degli amici ( $F = 11,41$ ,  $p < 0,0001$ ) e al controllo percepito da parte di questi ultimi ( $F = 5,58$ ,  $gl$  3,214;  $p = 0,001$ ). È interessante notare l'omogeneità del comportamento tabagico tra chi fuma regolarmente e i propri amici, anch'essi per lo più fumatori, rispetto a quanto emerge negli altri tre gruppi ( $M_F = 3,08$ ,  $M_{NF} = 2,53$ ,  $p = 0,001$ ;  $M_S = 2,50$ ,  $p = 0,001$ ;  $M_O = 2,51$ ,  $p = 0,001$ ). Inoltre, i fumatori, rapportati ai non fumatori, agli sperimentatori e ai

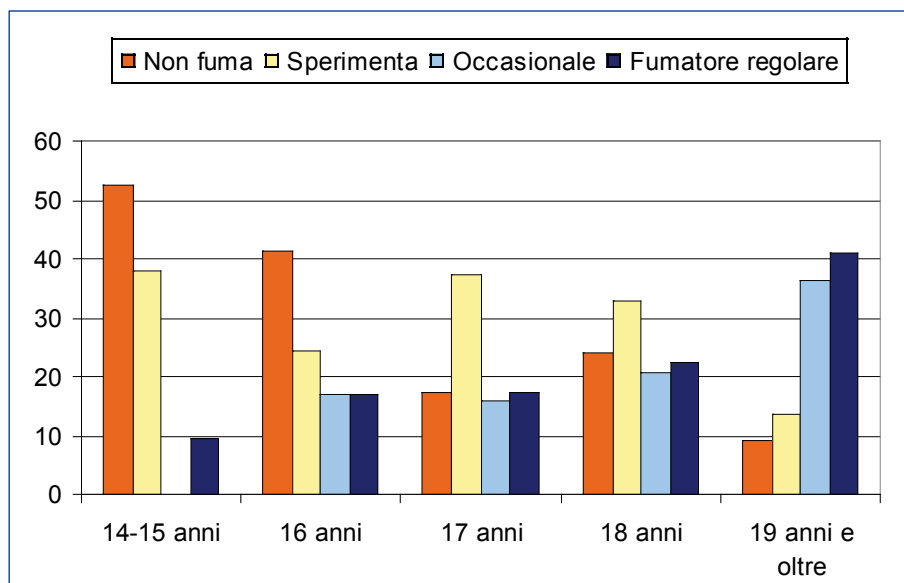


Figura 1. Frequenze (in percentuali) di non fumatori, sperimentatori, fumatori occasionali e fumatori regolari in relazione all'età

Variabili	Gruppi in relazione al fumo					F (3,214)	p
	Non fumatori N=66	Hanno sperimentato N=68	Fumatori occasionali N=38	Fumatori regolari N=46			
Attegg. devianza	40,16 (7,75)	39,29 (6,80)	38,28 (6,30)	34,88(8,35)	5,00	0,002	
Conseg. fisiche	3,27 (0,75)	3,10 (0,83)	2,97 (0,77)	2,55 (0,91)	7,19	0,0001	
Conseguenze psic.	2,78 (0,92)	2,25 (0,99)	1,89 (0,82)	1,48 (0,89)	19,25	0,0001	
Comp. prosociale	3,60 (0,52)	3,27 (0,78)	3,43 (0,64)	3,62 (0,57)	1,76	0,01	
Stress quotidiano	10,15 (5,62)	9,77 (2,60)	12,17 (2,73)	12,22(2,00)	6,30	0,0004	
Fumo amici	2,53 (0,68)	2,50 (0,56)	2,51 (0,55)	3,08(0,63)	11,41	0,0001	
Amici controllo	3,00 (0,40)	3,00 (0,54)	3,17 (0,50)	2,70 (0,82)	5,58	0,001	
Genitori approvano	1,22 (0,42)	1,30 (0,49)	1,28 (0,51)	1,53 (0,58)	3,58	0,01	

Tabella 3. Valori medi, deviazioni standard (in parentesi) nelle variabili considerate in relazione al comportamento tabagico. Sono riportate solo le variabili con differenze significative nell'ANOVA fra gruppi

fumatori occasionali, percepiscono un minor controllo sulle proprie condotte da parte dei pari ( $M_F = 2,70$ ,  $M_{NF} = 3$ ,  $p = 0,007$ ;  $M_s = 3$ ,  $p = 0,05$ ;  $M_o = 3,17$ ,  $p = 0,001$ ).

Per quanto concerne la disapprovazione del fumo da parte dei genitori, i risultati rilevano ( $F = 3,58$ , gl 3,214;  $p = 0,01$ ) come i fumatori regolari stimino i giudizi dei genitori meno severi rispetto a quanto dichiarato dai giovani non fumatori ( $M_F = 1,53$  vs.  $M_{NF} = 1,22$ ;  $p = 0,01$ ).

Infine, un dato interessante riguarda il comportamento tabagico in relazione alla presenza di fratelli o sorelle maggiori fumatori. Il 18,36% del campione totale ha almeno un fratello/sorella fumatore, con una distribuzione significativamente diversa in relazione al proprio comportamento tabagico ( $\chi^2 = 38,13$ ,  $p < 0,0001$ ).

In particolare, mentre tra i fumatori regolari il 48,84% ha almeno un fratello/sorella fumatore, fra i non fumatori solo il 4,76% si trova nella stessa situazione, tra gli sperimentatori il 9,38% e tra i fumatori occasionali il 21,62%.

## DISCUSSIONE

Il quadro relativo al consumo di tabacco tracciato dal nostro studio evidenzia che il 70% dei partecipanti è coinvolto in qualche misura nell'uso delle sigarette. Considerando, però, coloro i quali fumano regolarmente, la percentuale scende al 21% ed è analoga a quella riportata

dall'ultima indagine nazionale Doxa,<sup>3</sup> che rileva, più di un milione e 200 mila giovani fumatori tra i 14 e i 25 anni, pari al 20% della popolazione di quella fascia di età. Come era già stato documentato da Bonino, Cattelino e Ciairano,<sup>10</sup> anche nel gruppo che ha partecipato a questo studio non si registrano differenze statisticamente significative legate al genere per l'abitudine al fumo. Inoltre, la tendenza al comportamento tabagico aumenta in relazione all'età: fumano di più i diciottenni e gli ultra diciottenni, che attribuiscono probabilmente alle sigarette un ruolo funzionale allo status di adulti. Riguardo a questo aspetto, i dati Doxa riportano un aumento della percentuale dei fumatori che passa dal 7,4% tra i 15 e i 17 anni, al 23,5% tra i 18 e i 20, per poi raggiungere il 25,9% tra i 21 e i 24 anni.

Il superamento dell'infanzia e la transizione verso l'età adulta sembra dunque passare attraverso la messa in discussione dei valori fino allora condivisi e la sperimentazione di nuovi comportamenti fra i quali il fumo di sigaretta. Volendo tracciare il profilo degli adolescenti che hanno maggiore probabilità di essere coinvolti nel fumo, i dati del nostro studio, analogamente a quelli in letteratura,<sup>10</sup> indicano l'età come fattore di rischio. Inoltre, in accordo con la letteratura,<sup>10,11,14,16</sup> anche nel nostro studio è emerso il ruolo fondamentale della comunità dei pari nell'attuazione di comportamenti dannosi per la salu-

te; i fumatori regolari dichiarano, infatti, di frequentare prevalentemente amici anch'essi fumatori. Si conferma anche quanto già evidenziato da Costa, Jessor e Turbin<sup>6</sup> riguardo all'influenza del controllo sociale: i ragazzi che percepiscono un minor controllo del proprio comportamento da parte degli amici mostrano una maggiore vulnerabilità verso il fumo.

Inoltre, tra il lontano mondo degli adulti e quello dei coetanei, appare rilevante il modello offerto dai fratelli più grandi, il cui comportamento tabagico risulta, come già evidenziato in letteratura,<sup>10</sup> un predittore dell'analogo comportamento degli adolescenti; i fratelli maggiori hanno, infatti, un duplice ruolo: da un lato offrono modelli autorevoli da imitare, dall'altro vengono percepiti come più simili e vicini alla propria condizione di quanto accada per gli adulti.

Un dato che richiede particolare attenzione e che meriterebbe ulteriori approfondimenti riguarda la tendenza ad aiutare gli altri, che appare differenziare i non fumatori dai fumatori sperimentali, mentre non differenzia i primi dai fumatori regolari. Importante è specificare che questa variabile non riguarda la condotta effettiva del ragazzo, ma il pensiero di quest'ultimo riguardo al coinvolgimento in comportamenti pro-sociali, tale variabile è infatti parte del sistema dell'ambiente percepito dall'adolescente. La percezione dello stress quotidiano causato dalla famiglia, dalla scuola e dalla vita sociale e di relazione figura come un ulteriore fattore associato al comportamento tabagico e in letteratura appare rappresentare anche un ostacolo importante nei programmi di cessazione del fumo.<sup>17</sup>

Infine, la dipendenza viene sottovalutata dai fumatori regolari, che dimostrano minore consapevolezza, rispetto ai non fumatori, degli effetti psicologici

negativi del consumo di tabacco, probabilmente in relazione all'attivazione di processi cognitivi che mirano a ridurre la dissonanza tra il comportamento adottato e le sue conseguenze negative.

## CONCLUSIONE

Il presente lavoro ha indagato le relazioni esistenti tra il comportamento tabagico adottato da un gruppo di adolescenti italiani e alcuni fattori cognitivi, sociali e di percezione dell'ambiente. I risultati stimolano la riflessione su alcune possibili strategie per affrontare la prevenzione del tabagismo adolescenziale.

Durante l'adolescenza, la ricerca di affermazione del sé è veicolata dalla progressiva differenziazione dalle figure genitoriali e dall'appartenenza ai sistemi dei pari, rappresentati dal gruppo di amici e dai fratelli. L'avvicinamento al fumo si verifica proprio all'interno di questo mondo giovanile che può rafforzare tale abitudine; solitamente la sperimentazione di tali comportamenti avviene, infatti, con gli amici e il maggior coinvolgimento nel gruppo dei coetanei, insieme alle uscite pomeridiane e serali, rappresentano fattori di rischio per l'implicazione nel fumo. In quest'ottica la scuola rappresenta un luogo privilegiato per interventi di educazione tra pari, che dovrebbero essere indirizzati alla fascia di età in cui si ha l'accostamento al consumo di tabacco.

Anche la famiglia ricopre un ruolo importante nella prevenzione del tabagismo, infatti la specificità e la qualità delle relazioni vissute già nel periodo preadolescenziale, lo stile educativo, la condivisione, il sostegno, la disponibilità all'ascolto e lo scambio verbale offerti dai genitori sono tutti fattori che possono moderare il coinvolgimento in comportamenti a rischio come quello tabagico.<sup>10</sup> Un'ulteriore risorsa familiare da utilizzare potrebbe essere quella rappresentata dai fratelli più grandi, modelli ai quali gli adolescenti fanno spesso riferimento. I fumatori, rispetto ai non fumatori, mostrano una minore conoscenza degli effetti psicologici del fumo.

A tale proposito gli interventi informativi, che spesso fanno leva sulle conseguenze fisiche della sigaretta, evidenziando la maggiore incidenza a lungo termine di malattie tabacco-correlate, potrebbero dare maggior rilievo alle conseguenze psicologiche del fumo, chiarendo aspetti rilevanti come la dipendenza dalla nicotina e dalla sigaretta.<sup>4</sup>

Nel nostro lavoro abbiamo evidenziato come ulteriore fattore di rischio per il fumo il livello di stress quotidiano percepito dagli adolescenti; questo dato fa ipotizzare un'utilità dell'inserimento di questo argomento nei programmi di prevenzione, per educare i giovani a uti-

lizzare strategie di coping adattive per gestire lo stress che non chiamino in causa il fumo. Nel complesso, i risultati di questo studio offrono indicazioni per comprendere meglio alcuni aspetti del meccanismo psicologico che induce alcuni adolescenti a diventare fumatori regolari e propongono spunti di riflessione per programmare interventi educativi di prevenzione primaria e secondaria del tabagismo rivolti alle formazioni sociali, cui sono affidati compiti educativi, quali scuola e famiglia e società sportive giovanili.

Un limite del presente studio riguarda la scelta di adolescenti frequentanti esclusivamente istituti tecnici: se da un lato la scuola frequentata è un fattore importante di variabilità legato alla maggior parte delle dimensioni psicologiche implicate nell'uso di tabacco, dall'altro aumenta la specificità delle risposte a scapito della loro generalizzabilità. A tale proposito è in corso un'indagine più ampia, che coinvolge e confronta fra loro gruppi di adolescenti provenienti da scuole con indirizzi diversi. ■

## Disclosure

*Le autrici dichiarano che non sussiste alcuna condizione di conflitto di interessi che abbia potuto comprometterne l'indipendenza.*

## Bibliografia

- World Health Organization. Why is tobacco a public health priority? Ginevra, 2006, consultato on line Marzo 2007, ([www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html)).
- Surgeon General. The Health Consequences of Smoking: a Report of the Surgeon General, 2006. Stock number 0-16-051576-2 GPO, Pittsburg. Consultato online Febbraio 2006, ([http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2004/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/index.htm)).
- Doxa. Il Fumo in Italia. Sintesi dei risultati, Maggio 2006, S 06503/4. Consultato online Marzo 2007, (<http://www.doxa.it/idee/fumo2006.html>).
- Gremigni P. Psicologia del fumo. Programmi di prevenzione e metodi per smettere, Carocci, Roma, 2005.
- Jessor R, Jessor S L. Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth, Academic press, New York, 1977.
- Costa F M, Jessor R, Turbin M S. College student involvement in cigarette smoking: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine Tob Res*, 2007; 9(2): 213-224.
- Bina M, Graziano F, Bonino S. Risky driving and lifestyles in adolescence. *Accid Anal Prev*, 2006; 38(3): 472-481.
- Bonino S. Il rischio in adolescenza. Identità in fumo. *Psicologia Contemporanea*, 1998; 149: 16-23.
- Bonino S. Il fascino del rischio negli adolescenti, Giunti, Firenze, 2005.
- Bonino S, Cattelino, E, Clairano S. Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione, Giunti, Firenze, 2003.
- Santinello M, Vieno A, Martini M C. La diffusione e i predittori dell'uso di alcol e tabacco in preadolescenza. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2006; 249, 3-15.
- Bonino S. Questionario: Io e la mia salute. Assessorato dell'Istruzione e Cultura, Regione Autonoma Valle d'Aosta, Aosta, 1996.
- Jessor R. Health behavior questionnaire. Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Boulder, 1992.
- Geckova A, Stewart R, Van Dijk, JcP, Orosova O, Groothoff J M, Post D. Influence of socioeconomic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. *Eur Addict Res*, 2005; 11(4): 204-209.
- Geckova, A, Van Dijk, J P, Ittersum-Gritter T, Post, D. Determinants of adolescents' smoking behaviour: a literature review. *Cent Eur J Public Health*, 2002; 10(3):79-87.
- Piko B F, Luszczynska A, Gibbosons F X, Teközel M. A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *Eur J Public Health*, 2005; 15(4): 395-398.
- DiGiacomo M, Davidson P M, Davison J, Moore L, Abbott P. Stressful life events, resources, and access: key considerations in quitting smoking at an Aboriginal Medical Service. *Aust N Z J Public Health*, 2007; 31(2): 174-176.

# Interazioni tra fumo di tabacco e caffeina

## *Interactions between tobacco smoke and caffeine*

**Marco Mura, Vincenzo Zagà, Giacomo Mangiaracina**

### Riassunto

Le bevande contenenti caffeina sono le più diffuse nel mondo occidentale, e sono spesso co-somministrate con il fumo di sigaretta e quindi con la nicotina. I forti fumatori, infatti, bevono spesso più caffeina dei non fumatori. Anche se gli studi clinici ed epidemiologici suggeriscono che il consumo di caffeina e di nicotina non sono causalmente correlati, è tuttavia possibile che altri fattori determinino un legame di queste due sostanze, con il consumo dell'una che funziona da "trigger" per favorire il consumo dell'altra. Esiste inoltre una relazione additiva, per cui ciascuna sostanza contribuisce a produrre cambiamenti nel comportamento, anche se gli effetti stimolanti della caffeina e della nicotina sono mediati da neurotrasmettitori diversi. Mentre le proprietà cancerogene della caffeina sono trascurabili alle dosi normalmente assunte, è stato anche dimostrato che la contemporanea assunzione di caffeina e nicotina aumenta la pressione sistolica e la rigidità delle pareti arteriose, tali da poter comportare un aumento del rischio cardiovascolare. La correlazione tra caffeina e nicotina è quindi più complessa di una semplice interazione farmacologica tra farmaci, e comprende probabilmente la interazione tra gli stimoli sensoriali prodotti dalla bevanda contenente caffè e le sensazioni "piacevoli" prodotte dal fumo di sigaretta.

**Parole chiave:** *caffeina, nicotina, fumo di sigaretta, tabacco, interazione*

### Summary

Drinks containing caffeine are the most diffuse in the Western world, and they are often co-administered with cigarette smoke and, therefore, with nicotine. Hard smoker often assume more caffeine than non-smokers. Even though clinical and epidemiological studies suggest that there is no causal relationship between caffeine and nicotine, it is possible that other factors determine another type of relation between the two substances, each of both functions as a trigger to consume the other. An addictive relationship also occurs, so that each substance contributes to produce behaviour changes; however, the stimulating effects of caffeine and nicotine are mediated by different neurotransmitters. While the cancerogenic properties of caffeine are negligible at the dose normally consumed, it was also showed that the contemporary assumption of caffeine and nicotine produces an increase in systolic pressure and arterial wall stiffness that may increase cardiovascular risk. The relationship between caffeine and nicotine is more complex than a simple pharmacological interaction, and probably comprehends the interaction between sensorial produced by the caffeine-containing drink and the "pleasant" sensation produced by cigarette smoke.

**Keywords:** *caffeine, nicotine, cigarette smoke, tobacco, interaction.*

## INTRODUZIONE

Le bevande contenenti caffeina sono le più diffuse nel mondo occidentale, e l'effetto complessivo della caffeina sulla salute è difficile da valutare. Un'associazione molto comune con il consumo di caffeina è quella del fumo di sigaretta, cosicché nicotina e caffeina sono senza dubbio le sostanze psicoattive più auto-somministrate nel mondo occidentale. Una serie di evidenze<sup>1-5</sup> ha messo in luce negli ultimi 20 anni la correlazione positiva tra consumo di caffeina e utilizzo di farmaci psicoattivi stimolanti, e la correlazione è particolarmente marcata

con la nicotina nella forma del fumo di tabacco.<sup>1,2</sup>

### CAFFEINA

Il maggior apporto dalla dieta di caffeina viene dal caffè e dal tè, ma la caffeina è presente anche in un gran numero di cibi solidi, bevande e farmaci. La caffeina è una<sup>1,3,7</sup> *trimetilxantina* derivata dalla purina, come la teofillina e la teobromina. Il caffè viene preparato con il frutto della *Coffea Arabica* e di altre specie affini come la *Robusta*. La miscela *Robusta* ha un contenuto 2,5 volte più alto di caffeina di quella *Arabica*. Il contenuto di

caffeina in una tazza di caffè può dipendere da molti fattori, fra cui dal metodo di preparazione, dalla miscela e dalla quantità di caffè usata. Pertanto per 150 ml di caffè la quantità di caffeina può variare a seconda del tipo di preparazione del caffè (espresso, moka, americano) da 21 a 128 mg.<sup>6,7</sup> Anche il tè presenta un elevato contenuto di caffeina, che va da 8 a 81 mg per 150 ml di bevanda.<sup>6</sup> Altre importanti fonti di caffeina sono il cacao e i prodotti a base di cioccolato (da 5 a 20 mg su 100 g di barra di cioccolato), i soft drink (15-24 mg/180 ml di bevanda), e i farmaci sia di automedicazione che

**Marco Mura**

(marcomura@hotmail.com)

Malattie Respiratorie, Policlinico Tor Vergata, Roma

**Vincenzo Zagà**

(vincenzo.zaga@ausl.bo.it)

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

**Giacomo Mangiaracina**

(mangiaracina@globalink.org)

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, 2° Facoltà di Medicina, Università La Sapienza di Roma.



non.<sup>6</sup> Il consumo umano di caffeina varia tra le diverse popolazioni, ma viene stimata una media a livello mondiale di 70-76 mg/persona/die.<sup>8,9</sup> Il consumo più alto è stato trovato nei paesi scandinavi, con una media di 400 mg/persona/die, mentre il consumo negli USA ammonterebbe a 210 mg/persona/die.<sup>6</sup>

Dopo l'ingestione orale la caffeina è rapidamente e completamente assorbita nel tratto gastrointestinale, senza alcun significativo effetto di primo passaggio.<sup>10</sup> I livelli plasmatici di caffeina raggiungono il massimo tra 30 e 120 minuti dopo l'ingestione, a seconda della concentrazione, delle caratteristiche del prodotto e dello stato di riempimento del tratto gastrointestinale.<sup>11</sup> L'assunzione di caffeina attraverso i vari prodotti della dieta può quindi produrre concentrazioni plasmatiche di 5-20  $\mu\text{M}$ , che sono in grado di produrre effetti farmacologici nella maggioranza della popolazione.<sup>12</sup> La emivita della caffeina nel soggetto normale è pari a 2,5-7 ore;<sup>13,60</sup> questo valore aumenta di circa 2 volte nella donna durante gli ultimi stadi della gravidanza o durante l'uso cronico di steroidi o contraccettivi orali. L'1% della Caffeina si ritrova immodificata nell'urina.<sup>60</sup> Nell'uomo è rara l'intossicazione letale per ingestione di caffeina. La dose letale acuta di caffeina negli adulti sembra essere di circa 5-10 gr, mentre già per ingestione di 1 gr si possono osservare reazioni indesiderate in gran parte di tipo neurologico e circolatorio.<sup>60</sup> Considerata una sostanza innocua, la caffeina

rappresenta l'unica sostanza psicoattiva facilmente accessibile a bambini ed adolescenti, e la più consumata durante la gravidanza e l'allattamento. La caffeina si distribuisce in tutti i compartimenti del corpo, attraversa la placenta, al pari delle altre Metilxantine, ed entra nella circolazione fetale, raggiungendo rapidamente l'equilibrio tra madre e feto.<sup>14</sup> Durante la vita fetale e sino ai primi 7-9 mesi di vita gli enzimi necessari per la demetilazione della caffeina sono carenti, e l'emivita può andare allora dalle 32 alle 149 ore.<sup>15</sup> La caffeina diffonde nel latte materno. La popolarità della caffeina è legata ai suoi leggeri effetti di stimolazione centrale, con aumento della vigilanza, miglioramento dell'umore e ritardo del sonno;<sup>16,17</sup> essa è inoltre disponibile a basso costo. Viste la relativa rarità degli effetti sfavorevoli in seguito ad ingestione acuta o cronica, in confronto al gran numero di persone che ne fanno regolarmente uso senza problemi, la caffeina è considerata una sostanza sicura, e in effetti non è inclusa tra le sostanze in grado di dare dipendenza nel DSM-IV.<sup>18</sup> Non è stato inoltre dimostrato né riprodotto un ruolo della caffeina nell'aumento di incidenza di alcune patologie umane che si è osservato, tuttavia l'eccessivo consumo di caffeina è certamente dannoso e può anche condurre ad una sorta di "caffeinismo". A causa della sua azione bifasica sul comportamento, però, le persone tendono ad autolimitare la dose onde ottenere gli effetti stimolanti desiderati (basse dosi) ed evitare gli effetti spiacevoli (alte dosi).<sup>19</sup> La caffeina può inoltre rafforzare l'abuso di farmaci, ma i suoi effetti di rinforzo sono modesti, se paragonati a quelli di altri stimolanti come la cocaina e le anfetamine.<sup>19</sup>

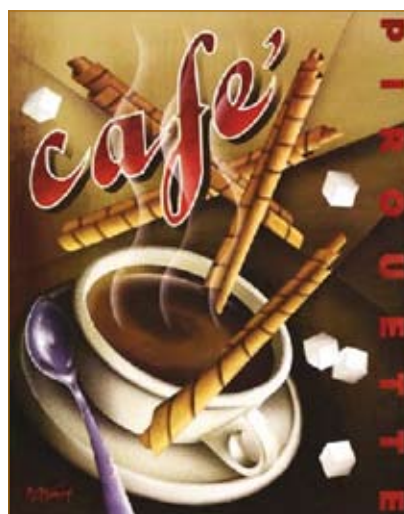
Gli effetti farmacologici della caffeina sono mediati dalla sua capacità di mobilizzare il calcio intracellulare,<sup>20</sup> inibire la fosfodiesterasi,<sup>21</sup> antagonizzare gli

effetti dell'adenosina sui propri recettori<sup>22</sup> e di interagire con i recettori del GABA<sub>A</sub>.<sup>23</sup> quest'ultimo effetto sembra essere quello in grado di mediare gli effetti della caffeina alla concentrazione plasmatica di 5-20  $\mu\text{M}$ . Concentrazioni più alte di caffeina sono necessarie per ottenere gli altri effetti, in particolare l'inibizione della fosfodiesterasi, con conseguenti effetti tossici.<sup>19</sup>

## NICOTINA

Il fumo contiene una fase gassosa ed una particolata nelle quali sono presenti oltre 3500 composti.<sup>25</sup> In 1 gr. di tabacco secco che costituisce la sigaretta sono contenuti dai 10 ai 25 mg. di alcaloidi. Il 90% è rappresentato dalla nicotina mentre il restante 10% da altri alcaloidi come Nornicotina, Anabasiina, Anatabina, Myosmina, 2,3-Bipiridina, e altri. La nicotina è il principale alcaloide psicoattivo presente nel tabacco, e la sua presenza è fondamentale per l'inizio e la persistenza dell'abitudine al fumo.<sup>24</sup> La nicotina viene distillata dal-

la sigaretta accesa che così viene inalata e trasportata insieme al catrame nella fase particolata raggiungendo così gli alveoli; essa viene rapidamente assorbita, entra nel circolo arterioso e raggiunge il cervello in circa 8-10 secondi.<sup>26</sup> Le concentrazioni plasmatiche di nicotina variano notevolmente tra i fumatori e dipen-



dono dall'intensità e dal numero di inalazioni per sigaretta, oltre che dal tipo di sigaretta; i valori comunque vanno da 20 a 40 ng/dl nei fumatori.<sup>27</sup> Dopo l'assorbimento, la nicotina viene metabolizzata a cotinina dal fegato, e la sua emivita è pari a 2-4 ore; tuttavia i fumatori hanno una clearance della Nicotina minore rispetto ai non fumatori.<sup>28</sup> Altre fonti non terapeutiche di nicotina comprendono il fumo di pipa e sigaro, il tabacco da fiuto e il tabacco da masticare; fra le fonti terapeutiche vi sono invece i

sostituti nicotinici (NRT) come gomme, compresse, cerotti e *inhaler* per il trattamento della dipendenza.

L'azione centrale della nicotina è mediata dai recettori nicotinici-acetilcolinici, presenti in diversi sottotipi nelle varie regioni del cervello, con differenti affinità per la nicotina e differenti proprietà elettrofisiologiche.<sup>29</sup> Il sistema mesolimbico dopaminergico gioca un ruolo importante nel mediare gli effetti "soddisfacenti" delle sostanze psicoattive più comunemente abusate.<sup>30</sup> Diversi tipi di recettori nicotinici-acetilcolinici sono presenti nelle vie mesolimbiche e i neuroni dell'area ventrale segmentale sono eccitati dagli agonisti di questi recettori.<sup>31</sup> La nicotina stimola inoltre i recettori nicotinici periferici presenti soprattutto a livello dei gangli simpatici, parasimpatici e della medulla surrenale, da cui derivano gran parte degli effetti periferici della nicotina. I piacevoli effetti centrali della nicotina sono rappresentati da incremento della vigilanza, rilassamento o riduzione dell'ansia, e da effetti positivi anche sull'umore.

A parità di tabacco fumato, il modo di fumare condiziona la quantità di nicotina assunta e assorbita. Ogni inalazione di fumo di sigaretta contiene infatti una quantità variabile di nicotina che va da 30 a 250 µg, tale da poter determinare un lieve aumento nel rilascio di dopamina da parte del cervello; si ritiene che tale effetto sia in grado di mediare gli effetti di rinforzo e di assuefazione della nicotina.<sup>32</sup> Dopo il contatto con un agonista come la nicotina, i recettori nicotinici-acetilcolinici diventano inattivi per un certo periodo di tempo. L'esposizione cronica a bassi livelli di nicotina, come quelli plasmatici nei fumatori, può portare ad una inattivazione di molti di questi recettori, ma anche ad un aumento numerico degli stessi (ma pur sempre in uno stato inattivo).<sup>33,34</sup> Secondo Dani e Heinemann, quando un fumatore si astiene dal fumare, come ad esempio durante il sonno, i livelli plasmatici di nicotina diminuiscono e i recettori possono recuperare lentamente il loro stato funzionale attivo; di conseguenza al mattino il fumatore avrà un maggiore numero di recettori e soprattutto allo stato attivo; ciò può contribuire a determinare uno

stato di astinenza e quindi l'intenso desiderio soggettivo della sigaretta, segni che verrebbero alleviati dal fumo. La prima sigaretta del giorno sarà quindi quella che dà maggiore soddisfazione, rafforzando così l'abitudine al fumo.<sup>35</sup>

### INTERAZIONI SU ATTIVITÀ LOCOMOTORIA E COMPORTAMENTO TRA CAFFEINA E NICOTINA

Gli effetti sull'attività locomotoria della Caffeina sono *bifasici*: stimolanti a basse dosi e depressivi ad alte dosi; i primi però vanno rapidamente incontro a tolleranza dopo somministrazione cronica, e sono mediati dall'antagonismo a livello dei recettori per l'adenosina.<sup>36</sup> Dopo somministrazione cronica di caffeina, si osserva un aumento del numero di questi recettori nel cervello, ma ciò non spiega l'insormontabile comparsa di tolleranza agli effetti stimolanti della caffeina dopo somministrazione cronica.<sup>37</sup> Secondo Nicodijevic et al. essa può essere dovuta all'aumentata attività dei neurotrasmettitori che in condizioni normali sono sotto il controllo inibitorio dei recettori per l'adenosina; l'aumentato rilascio di questi neurotrasmettitori determinerebbe una down-regulation dei recettori e la comparsa di tolleranza.<sup>38</sup> La depressione dell'attività locomotrice ad alte dosi, sempre secondo Nicodijevic, è dovuta ad una aumentata attività colinergica a livello centrale.<sup>38</sup>

Un effetto frequentemente descritto della somministrazione acuta di basse/moderate dosi di nicotina è anche in questo caso la depressione dell'attività locomotoria; anche questo effetto va incontro a tolleranza dopo ripetuta somministrazione di nicotina.<sup>39</sup> Cohen ha riportato che la somministrazione acuta di caffeina nelle cavie annulla gli effetti depressivi della nicotina co-somministrata, mentre la stessa operazione ripetuta nei topi tolleranti alla nicotina determinava un aumento notevole dell'attività locomotoria; la nicotina e la caffeina da sole inducevano invece deboli effetti stimolanti.<sup>40</sup> Anche il trattamento cronico con caffeina, come riportato da Nicodijevic, ne annulla gli effetti depressivi quando somministrata acutamente e singolarmente.<sup>38</sup>

### EFFETTI CARDIOVASCOLARI DI CAFFEINA E NICOTINA

Il caffè è da lungo tempo conosciuto per i suoi effetti cardiovascolari, in gran parte legati ad una attivazione simpatica, con elevazione dei tassi plasmatici di adrenalina, noradrenalina e renina. Come la nicotina, il caffè eleva la pressione arteriosa e accelera il ritmo cardiaco, dopo una iniziale fase di bradicardia. Una parte importante di questa elevazione arteriosa sarebbe dovuta all'inibizione dei baro-riflessi d'origine aortica e senocarotidea.<sup>53</sup> Questi riflessi metterebbero in gioco dei recettori dell'adenosina, che sarebbero inibiti dalle metilxantine. Un ritardo di inibizione dei baro-riflessi spiegherebbe la bradicardia iniziale. In maniera addizionale caffeina e nicotina insieme elevano la pressione arteriosa. Però se il tabacco è francamente tachicardizzante, il caffè, almeno a piccole dosi è bradicardizzante. Ciò potrebbe essere attribuito ad una attività colinergico-muscarinica anziché colinergico-nicotinica.<sup>54</sup> La cosa interessante è che questa attività è presente sia col caffè normale che col decaffeinato.

Infatti una infusione venosa di un estratto di caffeina provoca una bradicardia inibita dall'atropina. Gli effetti ipertensivi della caffeina e quelli dello stress sono additivi, ma una tolleranza agli effetti cardiovascolari si sviluppano rapidamente, e nessuno studio epidemiologico ha dimostrato, al momento, che la caffeina possa essere un fattore d'ipertensione permanente. Il caffè è imputato di creare aritmie cardiache, ma gli studi controllati danno risultati contraddittori. Esso può provocare delle extrasistoli ventricolari attribuite agli effetti catecolaminergici della caffeina più che della nicotina.<sup>2</sup> Tuttavia due studi con registrazione continua, citati da Stavric,<sup>55</sup> in soggetti con







precedenti di tachicardia ventricolare, non hanno mostrato attività ectopica dopo ingestione di caffè contenente rispettivamente 200 e 275 mg di caffeina o di decaffeinato, nonostante l'elevazione del tasso di catecolamine dopo il caffè normale. Questi risultati paradossali potrebbero far supporre che extrasistoli compaiono solo dopo l'ingestione di miscele di caffè, anche decaffeinato, molto torrefatti. L'effetto aritmogeno sarebbe dunque indipendente dalla caffeina, forse dovuto a qualche fattore colinergico-muscarinico. La contemporanea assunzione di caffeina e nicotina determina in maniera sinergica un aumento della densità della parete dell'aorta, come recentemente dimostrato da uno studio condotto su 24 volontari sani (somministrazione acuta) e su una coorte di 160 soggetti sani (somministrazione cronica).<sup>50</sup> Uno studio epidemiologico italiano,<sup>70</sup> dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano di alcuni anni orsono, evidenziava come, in una popolazione italiana, il consumo di alcolici era inversamente correlato con il rischio di infarto miocardico, mentre il fumo, associato ad un'assunzione elevata e non moderata di caffè, comportava un incremento di tale rischio. Uno studio recente apparso sulla rivista *Epidemiology*<sup>71</sup> ha cercato di mettere in luce una possibile correlazione fra assunzione di una modesta quantità di caffè ed insorgenza di infarto miocardico non fatale nell'ora successiva. I risultati hanno messo in evidenza che nel 15,9% dei soggetti con IMA non fatale vi era stata l'assunzione nell'ora precedente l'evento di almeno una tazza di caffè. Il rischio relativo (RR) calcolato di IMA era stimato in 1,49 (rapporto tra la probabilità di infarto registrata dopo l'assunzione e la probabilità attesa). Tale rischio risultava sensibilmente più elevato

nei consumatori occasionali ( $\leq 1$  tazza al dì), rispetto al gruppo dei moderati (2-3 tazze al dì) e degli abituali ( $> 3$  tazze al dì) (4,14 vs 1,60 e 1,06 rispettivamente), nei soggetti sedentari ed in quelli con 3 o più fattori di rischio coronarico. Un altro studio condotto utilizzando lo studio doppler dell'arteria carotide di volontari sani ha investigato separatamente gli effetti della somministrazione acuta di caffeina o tabacco sull'intensità delle onde di contrazione della parete dell'arteria. L'assunzione di caffeina determinava aumento della pressione sistolica e la velocità della contrazione sistolica iniziale, mentre quella di tabacco causava incremento della pressione arteriosa e della rigidità della parete arteriosa.<sup>51</sup> Infine, la somministrazione di caffeina (5 micrograms/kg) e nicotina (15 micrograms/kg) su volontari sani è in grado di determinare un aumento della produzione di calore in soggetti sani impegnati in una leggera attività fisica col cicloergometro. In particolare, la somministrazione contemporanea determina effetti termogenici additivi.<sup>52</sup> Questi fenomeni potrebbero comportare un aumento del rischio cardiovascolare nei soggetti che fanno uso di entrambe le sostanze, ma rimane da dimostrare se vi sia un effetto additivo della caffeina sulla nicotina o viceversa.

### EFFETTO CANCEROGENO DEL CAFFÈ

La caffeina induce anomalie cromosomiche sia nelle cellule delle piante sia nelle cellule coltivate dei mammiferi ed esercita potenti effetti mutageni sui microrganismi da sola o in associazione con altri mutageni, come alcuni componenti del fumo di tabacco.<sup>61</sup> Questi effetti che sembrano accompagnarsi all'inibizione dei processi di riparazione del DNA, si osservano però soltanto con concentrazioni di caffeina molto superiori a quelle che derivano dall'ingestione di bevande e medicinali. Inoltre i dati disponibili indicano che nei mammiferi la caffeina non è mutagena né di per sé né in associazione con mutageni noti.<sup>60</sup> Numerose ricerche hanno cercato di evidenziare un

effetto cancerogeno di caffè. La maggioranza degli studi si sono concentrati sul cancro pancreatico. senza che si sia potuto dimostrare un significativo aumento del rischio. Tuttavia, in uno studio svolto a Parigi su 161 casi di tumore del pancreas e 268 controlli, l'aumento del rischio associato al forte tabagismo, descritto da altri autori, non è stato trovato, mentre invece questo rischio aumenta proporzionalmente con il consumo di caffè, ma solo nelle donne, e nei soggetti che non bevono alcool.<sup>57</sup> Vari studi, fra cui uno studio prospettico di coorte,<sup>69</sup> hanno dimostrato che il consumo di caffè decaffeinato, tè con caffeina non è associato con l'incidenza di cancro colonrettale, mentre il regolare consumo di caffè decaffeinato portava addirittura ad una riduzione dell'incidenza del cancro rettale. Per gli altri tipi di tumore, solo in quello della vescica si può osservare un collegamento col consumo di caffè, ma essendo un tumore già così strettamente collegato al consumo di tabacco, gli eventuali effetti additivi della caffeina passano inosservati. In linea generale, se il caffè sembra leggermente aumentare il rischio di malattie cardiovascolari, vi sarebbe un basso tasso di mortalità per cancro tra coloro che consumano sei o più tazze al giorno.



### ALTRI EFFETTI SISTEMICI DEL CAFFÈ

Il consumo di caffè da parte delle gestanti può ridurre il peso dei neonati, soprattutto se l'effetto è combinato a quello del fumo materno. La somministrazione di caffeina (4-8 mg/kg) a soggetti umani normali od obesi fa aumentare la concentrazione degli acidi grassi liberi nel plasma ed il metabolismo basale.<sup>59</sup> Come la nicotina, anche la caffeina rilassa il tono dello sfintere eso-gastrico e aumenta la secrezione del acido cloridrico, che può causare sintomi dispeptici, mentre solo la nicotina è associata ad un aumento di ulcera peptica. Passano inosservati gli effetti negativi che il caffè in un fumatore ha sulla funzione respiratoria, sulla bronchite cronica ostruttiva e sulla induzione di cancro ai

polmoni che invece sono sicuramente legati al fumo di tabacco. Al contrario, come la teofillina, anche l'effetto della caffeina è benefico sul broncospasmo e sulla sensibilità dei centri respiratori alla CO<sub>2</sub>.<sup>58</sup> Un recentissimo lavoro di Xuesong Chen e coll. ha dimostrato, sul modello animale, che la caffeina bloccherebbe la distruzione della barriera ematoencefalica grazie alla riduzione degli alti livelli di colesterolo di derivazione dietetica, ipotizzandone un utilizzo nel trattamento della Malattia di Alzheimer.<sup>65</sup> Lo studio dimostra che la caffeina, 3 mg al dì, equivalente a quella di una tazzina di caffè al giorno, potrebbe proteggere dal danno alla barriera ematoencefalica prodotto da diete ricche in grassi animali, evitando così rotture della barriera da parte del colesterolo e conseguenti contaminazioni delle strutture cerebrali da parte di molecole presenti nel sangue e normalmente filtrate dalla barriera ematoencefalica. Una conferma quindi di precedenti studi che dimostravano che il consumo di caffè protegge contro la perdita di memoria nella Malattia di Alzheimer<sup>66,67</sup> e nell'invecchiamento cerebrale.<sup>68</sup>

### LE RAGIONI DELL'ASSOCIAZIONE CAFFEINA/NICOTINA

È il caffè che spinge a fumare, o viceversa? È stato riportato da più parti che i forti fumatori bevono più caffè dei non fumatori; ad esempio Swanson riporta che l'84% dei fumatori consuma caffè, contro il 77% dei non fumatori, citando 6 studi epidemiologici. Gli ex-fumatori consumano più caffè dei non fumatori, ma meno dei fumatori.<sup>41</sup> Secondo Brown e Benowitz, inoltre, una maggiore concentrazione plasmatica di nicotina è in media presente nei soggetti consumatori di Caffèina rispetto ai non consumatori.<sup>42</sup> È da rilevare il fatto che nei fumatori in astinenza i livelli plasmatici di caffeina aumentano e rimangono elevati per 6 mesi circa, e sono tali da poter produrre una sindrome da tossicità da caffeina. Questi ultimi sono facilmente confondibili con quelli da astinenza da nicotina, ed è anzi probabile che quelli riportati come sintomi di



astinenza da nicotina siano in realtà un mix di astinenza da nicotina e di tossicità da caffeina.<sup>41</sup> Tali sintomi sono rappresentati da "testa leggera", irritabilità, tensione muscolare, cefalea, sonnolenza e astenia.<sup>43</sup> Dal momento che esistono studi clinici ed epidemiologici che suggeriscono che il consumo di caffeina e il fumo di sigaretta non sono causalmente correlati, è possibile che altri fattori interni od esterni al caffè determinino un legame tra queste due sostanze,

con il consumo dell'una che funziona da "trigger" per favorire il consumo dell'altra.<sup>44</sup> Uno di questi fattori è rappresentato dal fatto che entrambe queste abitudini occorrono durante le pause di lavoro, dopo pranzo o durante la colazione. La nicotina può fungere da calmante nelle situazioni stressanti, mentre la caffeina, aumentando i livelli di ansietà, può quindi dare l'avvio al consumo di nicotina per rimuovere la spiacevole situazione.<sup>44</sup> Sia la acuta che la cronica esposizione alla caffeina può modificare alcune, ma non tutte, le azioni farmacologiche e stimolanti della nicotina.<sup>44</sup> In particolare la caffeina è in grado di alterare l'azione della nicotina sul comportamento, non solo in termini di effetti stimolanti o depressivi della nicotina sull'attività motoria, ma soprattutto in termini di rafforzamento degli effetti soggettivi della nicotina.<sup>44</sup> La caffeina però, a differenza di altre sostanze psicoattive stimolanti, alle dosi che hanno effetti stimolanti sul comportamento non determina un aumento selettivo del rilascio di dopamina e del consumo di glucosio nel nucleo accumbens; oltre queste dosi causa invece un aumentato rilascio di dopamina nella corteccia prefrontale mediale; questo può spiegare le modeste proprietà di rafforzamento della caffeina riportate negli umani e negli animali.<sup>44</sup> Bridges ha notato che il consumo di caffè è un importante fattore predittivo dei livelli plasmatici di nicotina e cotinina nei soggetti fumatori.<sup>45</sup> Negli studi di Shoab l'esposizione alla caffeina determinava un

aumento della auto-somministrazione di nicotina (e di cocaina) nei topi; questo dimostrerebbe che la caffeina rappresenta un fattore ambientale in grado di influenzare il comportamento delle cavie durante i primi stadi dell'assunzione della sostanza, anche se il meccanismo neurochimico sottostante deve essere ancora chiarito; i primi dati suggeriscono una aumentata sensibilità della trasmissione mesolimbica della Dopamina dopo somministrazione cronica di caffeina.<sup>49</sup> Una relazione additiva esiste, per cui ciascuna sostanza contribuisce a produrre cambiamenti nel comportamento.<sup>49</sup> Gli studi neurochimici hanno dimostrato che gli effetti stimolanti della caffeina e della nicotina sono mediati da neurotrasmettitori diversi: la caffeina è un antagonista dei recettori per l'adenosina A1 e A2; la somministrazione acuta determina un significativo aumento del rilascio di dopamina nella corteccia mediale prefrontale del ratto; la nicotina è, come detto, un agonista dei recettori nicotinici-acetilcolinici e i suoi effetti stimolanti sono mediati da rilascio di dopamina, soprattutto nel Nucleo Accumbens, di noradrenalina e adrenalina. L'antagonismo per i recettori A2 dell'adenosina da parte della caffeina e la conseguente riduzione dell'influenza inibitoria sull'attività dopaminergica centrale costituisce un meccanismo probabile per spiegare la facilitazione dell'auto-somministrazione di nicotina da parte della caffeina.<sup>49</sup> Altre possibili spiegazioni di tale fenomeno sono: alterazioni dei siti di legame ai recettori nicotinici da parte dell'esposizione cronica alla caffeina; alterazioni nella



farmacocinetica della caffeina e della nicotina; alterazioni nello stato motivazionale conseguente alla diminuzione della assunzione di cibo e di liquidi e alla perdita di peso; tolleranza alle proprietà stimolanti avverse della nicotina, in particolare l'effetto anoressizzante ad alte dosi della caffeina sembra essere in grado di aumentare la risposta alla nicotina, fungendo da moderato agente "stressante" che facilita l'assunzione di sostanze psicoattive stimolanti.<sup>49</sup> Tutte queste ipotesi porterebbero a supporre che è la caffeina che stimola il desiderio di fumare. Ora ciò solleva dubbi ed obiezioni poiché il fenomeno si osserva anche se il caffè è decaffeinato, cosa che farebbe supporre che semmai la caffeina agirebbe a dosi molto piccole. Più sorprendentemente in alcuni studi, l'assunzione di caffeina non correlava con un aumento del tabagismo o dei livelli plasmatici di nicotina<sup>46,47</sup> come in quello di Chait e Griffiths<sup>46</sup> in cui la soddisfazione dopo sigaretta era più bassa dopo apporto di caffeina. Ciò conferma l'osservazione di Kozlowski che aveva dimostrato che si fuma di meno se si aggiunge caffeina al caffè decaffeinato.<sup>48</sup> Si deve dunque concludere che esisterebbero nel caffè delle sostanze che stimolano il consumo di tabacco, diverse dalla caffeina, la quale tenderebbe piuttosto a limitarne il consumo. Questa esclusione del ruolo della caffeina apre la porta a molte ipotesi che verosimilmente sembrano più soddisfacenti. In realtà, il caffè ridotto a semplice apporto di caffeina soddisfa solo una ipotesi riduttiva e semplicistica. Nell'esperienza di tutti i giorni i pazienti che sono stati invitati a passare al decaffeinato apparentemente non hanno riferito alcuna difficoltà a farlo, quindi a resistere senza caffeina. Gli amanti del caffè cercano piuttosto i sapori della Arabica, più gradevole e aromatica, piuttosto che della Robusta, che è due volte più forte in caffeina. Inoltre, in molti studi di confronto tra caffè con o senza caffeina, la stragrande maggioranza dei soggetti non riscontrano differenze. Che gli amanti del caffè non siano caffeinomani è dimostrato anche da uno studio di Stern et al.<sup>52</sup> in cui il campione oggetto dello studio preferiva una capsula di 100 mg di caffeina al placebo nel 42,6% dei casi, e quella



## Storia del caffè

Il caffè è una bevanda ottenuta dalla torrefazione e macinazione dei semi della *Coffea arabica*, una pianta originaria dell'Etiopia, ma esistente in varie zone del mondo in diverse tipologie quali *Coffea Robusta*, *Coffea Liberica* e *Coffea Excelsa*. Il suo nome dovrebbe derivare dalla regione di Kaffa in cui il caffè è stato coltivato in origine, sebbene in Etiopia il nome del caffè sia buna. Fino al XIX secolo non era certo quale fosse il luogo di origine della pianta del caffè e, oltre all'Etiopia, si ipotizzava la Persia e lo Yemen. Pellegrino Artusi, nel suo celebre manuale, sostiene che il miglior caffè sia quello di Mocha (città nello Yemen), e che questo sarebbe l'indizio per individuarne il luogo d'origine. Nel Medioevo non si sapeva quasi nulla del caffè in occidente. Il primo a descrivere il caffè, in un libro pubblicato nel 1583, fu il botanico tedesco Léonard Rauwolf. Il 1615 è considerata la data ufficiale in cui il caffè fece la sua comparsa in Europa grazie ai commercianti veneziani seguendo le rotte marittime che univano l'Oriente con Venezia e Napoli ed il merito di averlo introdotto spetta al botanico Prospero Alpini che era stato medico del console di Venezia in Egitto, a G. Francesco Morosini, a Pietro della Valle ed a Fausto Nairone. Ma le prime botteghe da caffè furono aperte solo nel 1645 ed il medico e letterato Francesco Redi nel suo *Bacco* in Toscana cantava: «*Beverei prima il veleno Che un bicchier che fosse pieno Dell'amaro e reo caffè*». Venezia fu la prima città italiana che conobbe l'aroma del caffè, per poi diffondersi in tutta la Penisola e divenire punto di riferimento per mercanti non solo italiani, ma anche provenienti da altri Paesi specialmente del centro-nord Europa. Nel momento in cui si capì che la diffusione del caffè era tale da poter riempire le casse dello Stato nacquero le prime "Botteghe del Caffè"; la più antica d'Europa è il Caffè Florian in piazza San Marco a Venezia. La sua larga diffusione in tutta Europa la si fa risalire alla sconfitta delle truppe turche in assedio a Vienna nel 1683. I Turchi, ritirandosi, lasciarono grandi quantità di caffè agli Austriaci, che cominciarono così ad apprezzare il gusto di questa bevanda. I turchi stessi la usavano come bevanda eccitante per mantenersi svegli. È proprio in Austria che vengono aperte le prime caffetterie. Così nella seconda metà del 1600, il caffè cominciò ad essere importato e consumato in Inghilterra e si aprirono di conseguenza i primi caffè (intesi come circoli e bar), come ad esempio quelli di Oxford e di Londra. I caffè divennero presto luoghi di nascita e diffusione di idee liberali, e furono frequentati da letterati, politici e filosofi. Nel 1670 aprì il primo caffè a Berlino e nel 1686 a Parigi. Nel 1684 Franciszek Jerzy Kulczycki, soldato delle truppe polacche del re Jan III Sobieski, dopo la liberazione di Vienna, aprì in questa città la prima Bottega del caffè, fra le prime in Europa. Il caffè iniziò ad essere coltivato su larga scala nelle colonie inglesi e in quelle olandesi (in Indonesia). La prima piantagione in Brasile risulta essere nel 1727, ma l'industria dipendeva esclusivamente dalla pratica della schiavitù, abolita solo, peraltro formalmente, nel 1888.

(A. Weinberg Bennet, K. Bealer Bonnie, *Caffeina. Storia, cultura e scienza della sostanza più famosa del mondo*, Roma, Donzelli, 2002)



da 300 mg nel 38,9%. Cosa c'è di diverso e cosa si cerca quindi nel caffè, se non vi è la caffeina? Analogo problema si pone anche per il tabacco, poiché, anche se sono dimostrabili gli effetti psicoattivi, la nicotina non è mai stato oggetto di droga in toto ma come componente, per quanto importante, della droga tabacco.

Nel 1983 Boublik et al. pubblicarono su *Nature* uno studio in cui era stato evidenziato, nel caffè normale e decaffeinato, un fattore di 1000-5000 daltons, termostabile, etere-estrattibile, resistente alla papaina, che si lega ai recettori presenti nel cervello, cioè alle endorfine, e che compete col naloxone. Una tazza di

caffè contiene 5 volte la dose efficace di questo fattore. Ma rimane poco chiaro se questo o questi fattori sono in grado di raggiungere il cervello in quantità sufficiente per poter agire in vivo.<sup>63</sup> Ma oltre a ciò, di cui si conosce ancora poco, il caffè, al pari del tabacco, contiene una serie di altre sostanze.<sup>64</sup> Forse anche per il caffè la ricerca è partita a spada tratta verso l'individuazione di prodotti attivi sul SNC, forse frettolosamente dimenticando che una delle funzioni del sistema nervoso è quella di produrre degli effetti centrali a partire da stimolazioni periferiche. Partendo dal riscontro che fumatori e bevitori di caffè sembrano cercare più piacere nell'aroma e nel gusto che negli effetti farmacologici centrali, bisognerebbe probabilmente, come suggerisce Molimard, ricercare quello che il caffè e il tabacco hanno in comune. Quello che l'amatore del caffè cerca non è certo il caffè verde ma quello torrefatto. La reazione di Maillard tra prodotti amminici e zuccheri genera infatti una straordinaria tavolozza di aromi. Probabilmente le qualità organolettiche del caffè tostato e del tabacco trattato con varie sostanze edulcoranti rappresentano il trait d'union fra queste due sostanze, nonché il pun-

to di partenza degli stimoli periferici i cui protagonisti e meccanismo d'azione sembrano ancora sfuggirci.

### CONCLUSIONI

Sulla base dei dati disponibili, al momento non è possibile stabilire se i soggetti che iniziano a fumare tendano ad assumere una quantità di caffeina maggiore della media. L'importanza di questo problema può essere compresa in termini di prevenzione, a causa della elevata percentuale di bambini ed adolescenti che consumano regolarmente caffè. Se la caffeina rappresenta un importante fattore iniziante e di mantenimento dell'abitudine all'assunzione della sostanza psicoattiva nell'animale da laboratorio, anche quando viene somministrato solo per poche settimane prima dell'esperimento, il suo elevato consumo a partire dalla giovane età per anni e anni potrebbe giocare un ruolo sull'elevata incidenza del tabagismo tra i giovani e sulla sua frequente associazione con altre sostanze.<sup>44</sup> Dai dati dei vari studi epidemiologici condotti sembra inoltre che la possibile correlazione tra caffeina e nicotina sia più complessa di una semplice interazione farmacologica,



e comprenda la interazione tra gli stimoli organolettici e sensoriali prodotti dalla bevanda contenente caffè e le sensazioni "piacevoli" prodotte dal fumo di sigaretta. Gli stimoli sensoriali, infatti, sembrano avere un ruolo importante anche nel mantenimento dell'abitudine al fumo.<sup>44</sup> Questa analisi può rappresentare uno stimolo per i ricercatori a studiare a tutto tondo la relazione e l'eventuale interconnessione tra caffè e tabacco, a partire dai tratti biochimici comuni, fino ai meccanismi neurobiologici e psico-sensoriali delle due sostanze. ■

### Dichiarazione

*Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.*

### Bibliografia

- Budney AJ, Higgins ST, Hughes JR, Bickel WK. Nicotine and caffeine use in cocaine-dependence individuals. *J Subst Abuse* 1993; 5: 117-130.
- Istvan J, Matarazzo JD. Tobacco, alcohol, and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychol Bull* 1984; 95: 301-326
- Schubert DSP. Arousal seeking as a central factor in tobacco smoking among college students. *Int J Soc Psychiat* 1965; 11: 221.
- Swanson JA, Lee JW, Hopp JW. Caffeine and nicotine: A review of their joint use and possible interactive effects in tobacco withdrawal. *Addict Behav* 1994; 19: 229-256.
- Thomas CB. The relationship of smoking and habits of nervous tension. In: Dunn W, *Smoking behavior: motives and incentives*. V.H. Winston & Sons, Washington, 1973.
- Barone JJ, Roberts MR. Caffeine consumption. *Food Chem Toxicol* 1996; 34: 119-129.
- Lelo A, Miners JO, Robson R, Birkett DJ. Assessment of caffeine exposure: Caffeine content of beverages, caffeine intake, and plasma concentration of methylxanthines. *Clin Pharmacol Ther* 1986; 39: 54-59.
- Gilbert RM. Caffeine: Overview and anthology. In: Miller S, *Nutrition & behavior*. The Franklin Institute, Philadelphia, 1981.
- Gilbert RM. Caffeine consumption. In: Spiller GA, *The methylxanthine beverages and foods: Chemistry, consumption and health effects*. Liss, New York, 1984.
- Debry G, *Coffee and health*. John Libbey, Paris, 1994.
- Bonati M, Latini R, Galetti F, Young JF, Tognoni G, Garattini S. Caffeine disposition after oral doses. *Clin Pharmacol Ther* 1982; 32: 98-106.
- Garattini S, Bonati M, Latini R. Studies on the kinetics and metabolism of caffeine: In: *Proceedings of First International Caffeine Committee Workshop, November 8-10, 1978*. Keshou-Kona, Hawaii, 1979.
- Curatolo PW, Robertson D. The health consequences of caffeine. *Ann Intern Med* 1983; 98: 641-653.
- Burg W. Physiological disposition of caffeine. *Drug Metab Rev* 1975; 4: 199-228.
- Aranda JV, Collinge JM, Zinnian R, Watters G. Maturation of caffeine elimination in infancy. *Arch Dis Child* 1979; 54: 946-949.
- Lieberman HR, Wurtman RJ, Emde GG, Roberts C, Coviella ILG. The effects of low doses of caffeine on human performance and mood. *Psychopharmacology* 1987; 92: 308-312.
- Sawyer DA, Julia HL, Turin AC. Caffeine and human behavior: Arousal, anxiety and performance effects. *J Behav Med* 1982; 5: 415-439.
- Department of Health and Human Services, Public Health Service. The health consequences of smoking: Nicotine addiction: A report of the Surgeon General. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406. Government Printing Office, Washington, 1988.
- Fredholm BB, Battig K, Holmen J, Nehlig A, Zvartau EE. Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use. *Pharmacol Rev* 1999; 51: 83-133.
- Huddart H, Bayton E, Shanklin J. Influence of some common methylxanthines on contractile responses and calcium mobilization of ileal, vas deferens and bladder smooth muscle. *J Exp Bio* 1983; 107: 73-93.
- Fredholm BB. Are methylxanthine effects due to antagonism of endogenous adenosine? *Trends Pharmacol Sci* 1980; 1: 129-132.
- Sattin A, Rall TW. The effect of adenosine and adenine nucleotides on the cyclic adenosine 3'5'-phosphate content of guinea pig

- cerebral cortex slices. *Mol Pharmacol* 1970; 6: 13-23.
- 23.** Daly JW. Mechanism of action of caffeine. In: Garattini S, Caffeine, coffee and health. Raven Press, New York, 1993.
- 24.** Benowitz NL. Drug therapy: Pharmacological aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319: 1318-1330.
- 25.** Hoffmann D, Hoffmann I. The changing cigarette, 1950-1995. *J Toxicol Environ Health* 1997; 50: 307-364.
- 26.** Gourlay SG, Benowitz NL. Arteriovenous differences in plasma concentration of nicotine and catecholamines and related cardiovascular effects after smoking, nicotine nasal spray, and intravenous nicotine. *Clin Pharmacol Ther* 1997; 62: 453-463.
- 27.** Benowitz NL, Porchet H, Jacob III P. Pharmacokinetics, metabolism and pharmacodynamics of nicotine. In: Wannacott; Russel; Stoleran, Nicotine psychopharmacology. Oxford University Press, Oxford, 1990.
- 28.** Benowitz NL, Jacob III P. Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and nonsmokers. *Clin Pharm Ther* 1993; 53: 316-323.
- 29.** Baer RA. Effects of caffeine on classroom behavior, sustained attention, and a memory task in preschool children. *J Applied Behav Anal* 1987; 20: 225-234.
- 30.** Di Chiara G. The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. *Drug Alcohol Depend* 1995; 38: 95-137.
- 31.** Calabresi P, Lacey MG, North RA. Nicotinic excitation of rat ventral tegmental neurons in vitro studied by intracellular recording. *Br J Pharmacol* 1989; 98: 135-140.
- 32.** Armitage K, Dollery CT, George CF, Houseman TH, Lewis PJ, Turner DM. Absorption and metabolism of nicotine from cigarettes. *Br Med J* 1975; 8: 313-316.
- 33.** Lester AJ, Dani JA. Time dependent changes in central nicotinic acetylcholine channel kinetics in excised patches. *Neuropharmacology* 1994; 33: 27-34.
- 34.** Benwell ME, Balfour DJ, Anderson JM. Evidence that tobacco smoking increases the density of (-)-[3H]nicotine binding sites in human brain. *J Neurochem* 1988; 50: 1243-1247.
- 35.** Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron* 1996; 16: 905-908.
- 36.** Daly JW, Fredholm BB. Caffeine, an atypical drug of dependence. *Drug Alcohol Dep* 1998; 51: 199-206.
- 37.** Finn IB, Holtzman SG. Tolerance to caffeine-induced stimulation of locomotor activity in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 1986; 238: 542-546.
- 38.** Nikodijevic O, Jacobson KA, Daly JW. Locomotor activity in mice during chronic treatment with caffeine and withdrawal. *Pharmacol Biochem Behav* 1993; 44: 199-216.
- 39.** Clarke BS, Kumar R. The effects of nicotine on locomotor activity in non-tolerant and tolerant rats. *Br J Pharmacol* 1983; 78: 329-337.
- 40.** Cohen C, Welzl H, Batig K. Effects of nicotine, caffeine, and their combination on locomotor activity in rats. *Pharmacol. Biochem. Behav* 1991; 40: 121-123.
- 41.** Swanson JA, Lee JW, Hopp JW. Caffeine and nicotine: a review of their joint use and possible interactive effects in tobacco withdrawal. *Addict Behav* 1994; 19:229-56.
- 42.** Brown CR, Benowitz NL. Caffeine and cigarette smoking: Behavioral, cardiovascular, and metabolic interactions. *Pharmacol Biochem Behav* 1989; 34: 565-570.
- 43.** Cohen C, Pickworth WB, Bunker EB, Henningfield JE. Caffeine antagonizes EEG effects of tobacco withdrawal. *Pharmacol Biochem Behav* 1994; 47:919-936.
- 44.** Tanda G, Goldberg SR. Alteration of the behavioral effects of nicotine by chronic caffeine exposure. *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 66: 47-64.
- 45.** Bridges RB, Combs JG, Humble JW, Turbek JA, Rehm SR, Haley NJ. Population characteristics and cigarette yield as determinants of smoke exposure. *Pharmacol Biochem Behav* 1990; 37: 17-28.
- 46.** Chait LD, Griffiths RR. Effects of caffeine administration on human cigarette smoking. *Clin Pharmacol Ther* 1982; 34: 612-622.
- 47.** Nil R, Buzzi R, Battig K. Effects of single doses of alcohol and caffeine on cigarette smoking puffing behavior. *Pharmacol Biochem Behav* 1984; 20: 583-590.
- 48.** Kozlowski LT. Effects of caffeine consumption on nicotine consumption. *Psychopharmacologia* 1976; 47: 165-168.
- 49.** Shoaib M, Swanner LS, Yasar S, Goldberg SR. Chronic caffeine exposure potentiates nicotine self-administration in rats. *Psychopharmacology* 1999; 142: 327-333.
- 50.** Vlachopoulos C, Kosmopoulou F, Panagiotakos D, Ioakeimidis N, Alexopoulos N, Pitsavos C, Stefanadis. Smoking and caffeine have a synergistic detrimental effect on aortic stiffness and wave reflections. *Am Coll Cardiol* 2004 44: 1911-1917.
- 51.** Swampillai J, Rakebrandt F, Morris K, Jones CJ, Fraser AG. Acute effects of caffeine and tobacco on arterial function and wave travel. *Eur J Clin Invest* 2006; 36: 844-849.
- 52.** Perkins KA, Sexton JE, Epstein LH, DiMarco A, Fonte C, Stiller RL, Scierka A, Jacob RG. Acute thermogenic effects of nicotine combined with caffeine during light physical activity in male and female smokers. *Am J Clin Nutr.* 1994; 60: 312-319.
- 53.** Mosqueda-Garcia R, Robertson D, Robertson RM: The cardiovascular effects of caffeine. In Garattini S, Caffeine, Coffee and Health. Raven Press Ltd, New York, 1993.
- 54.** Tse S. Cholinomimetic compound distinct from caffeine contained in coffee. II: Muscarinic actions. *J Pharmaceut Sci.* 1992; 81: 449-52.
- 55.** Stavric B. An update on research with coffee/caffeine (1989-1990). *Fd Chem.Toxic* 1992; 30: 553-555.
- 56.** Caillabet-Le Guillou F. Comportement de dépendance chez les patients hospitalisés à l'Hôpital de Nanterre. Thèse Médecine Paris-sud, Paris, 1991.
- 57.** Clavel F, Benhamou E, Auquier A, Tarayre M, Flamant R. Coffee, alcohol, smoking and cancer of the pancreas: a case-control study. *Int J Cancer* 1989; 43: 17-21.
- 58.** Martinet Y, Debry G. Les effets du café sur l'appareil respiratoire. *Rev Mal Respir* 1992; 9: 587-92.
- 59.** Acheson JJ, Zahorska-Markiewicz B, Pittet P, Anantharaman K, Jéquier E. Caffeine and coffee: their influence on metabolic rate and substrate utilization in normal weight and obese individuals. *Am J Clin Nutr.* 1980; 33: 989-997.
- 60.** Goodman & Gilman. Le basi farmacologiche della terapia. Zanichelli Editore, Bologna, 1992.
- 61.** Timson J. Caffeine. *Mutat Res* 1977; 47 : 1-52.
- 62.** Stern KN, Chait LD, Johanson CE. Reinforcing and subjective effects of caffeine in normal human volunteers. *Psychopharmacology*, 1989; 98: 81-88.
- 63.** Boublik JH, Quinn MJ, Clements JA, Herington AC, Wynne KN, Funder JW. Coffee contains potent opiate receptor activity. *Nature*, 1983; 301: 246-248.
- 64.** Viani R. The composition of coffee. In: Garattini S. Caffeine, Coffee and Health. Raven Press Ltd, New York, 1993.
- 65.** Chen X, Gawryluk JW, Wagener JF, Ghribi O, Geiger JD. Caffeine blocks disruption of blood brain barrier in a rabbit model of Alzheimer's disease. *Journal of Neuroinflammation* 2008 (3 April 2008); 5: 12 (doi:10.1186/1742-2094-5-12).
- 66.** Maia L, de Mendonça A. Does caffeine intake protect from Alzheimer's disease? *Eur J Neurol.* 2002 Jul;9(4): 377-82.
- 67.** Arendash GW, Schleif W, Rezaei-Zadeh K, Jackson EK, Zacharia LC, Cracchiolo JR, Shippy D, Tan J. Neuroscience. Caffeine protects Alzheimer's mice against cognitive impairment and reduces brain beta-amyloid production. 2006 Nov 3;142(4):941-52.
- 68.** Koppelstaetter F, Poeppel TD, Siedentopf CM, Ischebeck A, Verius M, Haala I, et al. Does caffeine modulate verbal working memory processes? An fMRI study. *Neuroimage.* 2008 Jan 1;39(1):492-9.
- 69.** Michels KB, Willett WC, Fuchs CS, Giovannucci E. Coffee, tea, and caffeine consumption and incidence of colon and rectal cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2005 Feb 16;97(4):282-92.
- 70.** Tavani A, Bertuzzi M, Negri E, Sorbara L, La Vecchia C. Alcohol, smoking, coffee and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Italy. *Eur J Epidemiol.* 2001; 17 (12):1131-1137.
- 71.** Baylin A, Hernandez-Diaz S, Kabagambe EK, Siles X, Campos H. Transient Exposure to Coffee as a Trigger of a First Nonfatal Myocardial Infarction. *Epidemiology.* 2006 Sep;17(5):506-511.

# Religioni cristiane e tabacco

## Una rassegna storica sull'approccio delle principali religioni occidentali nei confronti del tabacco

### *Christian religions and tobacco*

### *A historical overview on the major western religions about tobacco*

**Biagio Tinghino, Cristina Harza**

#### Riassunto

Abbiamo rivisitato la storia dei primi usi del tabacco nelle antiche società e, poi, nella popolazione europea. La storia dei movimenti religiosi evidenzia un grande interesse per i sani stili di vita, particolarmente all'attività contro il fumo. Molti gruppi e chiese evangeliche hanno percorso i moderni trattamenti della dipendenza da tabacco. L'attenzione è stata rivolta ai gruppi cristiani (come gli Avventisti, i Mormoni, gli Amish e i Testimoni di Geova) che nel XIX secolo hanno sviluppato, in America, le prime campagne per il controllo del tabagismo, d'accordo con le Società di Temperanza per l'Alcol, ed hanno pianificato progetti per il trattamento del tabagismo che hanno costituito un interessante modello per il moderno approccio a questo tema.

**Parole chiave:** Religione, tabacco, alcol, Mormoni, Avventisti, Amish

#### Summary

We reviewed the history of primitive use of tobacco in ancient societies and in the European civilization. The history of many religious movements reveals a great interest for a healthy life style, with particular attention to the activity against smoke. Many evangelical groups and churches precurred the modern treatments of tobacco dependence. The focus is on the christian groups (e.g. Adventists, Mormons, Amish and Watch Tower followers) that in XIX century developed, in America, the earliest campaigns for tobacco control, together with the Alcohol Temperance Society, and planned some projects for smoking cessation that represent an interesting model for the modern approach to this issue.

**Keywords:** Religion, tobacco, alcohol, Mormons, Adventist, Amish

#### INTRODUZIONE

In questa rassegna storica viene rivisitata la storia dei primi usi del tabacco dalle antiche società ad oggi, in rapporto ai movimenti religiosi del mondo occidentale. Storicamente i movimenti religiosi hanno prestato sempre molta attenzione agli stili di vita salutari, soprattutto contro il fumo, occupandosi talora anche di percorsi di trattamento per la terapia del tabagismo.

#### I RITI AZTECHI, TRA TABACCO E CACTUS ALLUCINOGENI

I primi rapporti tra tabacco e religione furono da subito idilliaci, tanto quanto si dimostrò funzionale ai sacerdoti il consumo di sostanze psicotrope per

raggiungere lo stato di trance o, più semplicemente, di estasi meditativa.<sup>1</sup> Sappiamo che Egizi e Indiani, Assiri e Sciti si rivolgevano con facilità all'uso di piante con principi attivi allucinogeni per intraprendere i "viaggi dell'anima", che li avrebbero condotti ad abbandonare il corpo e prendere contatto con le anime dei defunti o gli spiriti superiori. Andavano per la maggiore i funghi psichedelici (*Amanita muscaria*), la *Claviceps purpurea* e altre "erbe" come la *cannabis*, spesso mescolate al vino (i riti dionisiaci dell'antica Grecia probabilmente andavano ben oltre la "semplice" sbronza da alcol).

In America il tabacco rientrava tra le droghe più usate, insieme al *peyote*, un piccolo e poco appariscente cactus che



*Piramide sacra Azteca.*

contiene mescalina, di cui però i Conquistadores andavano matti, a tal punto

**Biagio Tinghino**

(tinghino.biagio@aslmi3.it)

Responsabile Centro per il Trattamento del Tabagismo di Monza, ASL Provincia di Milano 3,

**Cristina Harza**

Medico SerT di Monza, ASL Provincia di Milano 3

che i documenti dell'epoca sono pieni di condanne inflitte agli spagnoli per abuso di allucinogeni. Evidentemente gli indisciplinati spadaccini di sua maestà Regina Isabella di Spagna causavano problemi e questo dovette indurre i legislatori ad affrontare in modo solerte i primi problemi di tossicodipendenza della storia.

L'effetto del tabacco fu scoperto dagli Aztechi e in un modo che possiamo immaginare occasionale. I sacerdoti di questo popolo, infatti, all'inizio delle loro cerimonie soffiavano il fumo prodotto da questa pianta verso il Sole e verso i quattro punti cardinali. Per aiutarsi usavano pipe e foglie di tabacco arrotolato. Non è improbabile pensare che, dopo avere soffiato in tal modo, abbiano accidentalmente sperimentato il piacere di "aspirare". Dato che la miscela di erbe avrà provocato una piacevole ebbrezza ipnotica, il passaggio dalla ritualità al consumo abituale sarà stato breve. Probabilmente la composizione dell'intruglio prevedeva anche la presenza dei famosi cactus, di cui esistevano diverse varietà, di foglie di coca, della *salvia divinorum* (recentemente tornata in auge in alcuni coffee shop occidentali) di *peyote* e della *ayahuasca*. La sacralità del tabacco deriva dal fatto che esso era considerato dagli Aztechi come il corpo della dea Cihuacohatl, credenza che fu adottata poi agli sciamani amerindi e pellirossa, i quali continuavano ad usare la pianta per ottenere stati di trance o allucinazioni. Questi effetti sembrano in effetti possibili soprattutto per l'ingestione di grandi quantità, cosa che poteva avvenire anche attraverso il consumo della pianta fresca o del suo succo, usato come bevanda. Erano peraltro molto apprezzati i benefici purificatori dei clisteri a base di tabacco.<sup>2</sup>

### SCOMUNICHE RELIGIOSE E PAPI FUMATORI

Le religioni occidentali si dimostrarono da subito ambivalenti verso il tabacco. La prima descrizione della pianta si deve a un frate, tale Romano Pane, che nel 1495 aveva accompagnato Cristoforo Colombo nella sua seconda spedizione. Egli riteneva che gli indigeni (i quali chiamavano il tabacco "cojibà" o

"cohivà") fumassero per allontanare le mosche o per curare delle malattie. Ma Don Ferdando di Oviedo y Valdez, che era governatore a Santo Domingo, identificò subito il fumo con le pratiche sataniche, visto che provocava negli uomini una sorta di stato di incoscienza. Dopo l'esperimento terapeutico di Caterina de' Medici, che nel 1560 provò a curare la sua terribile e ricorrente cefalea, nel 1579 furono due importanti prelati, i Cardinali Santa Croce e Torna-buoni, a importare l'abitudine al fumo, facilitandone così la diffusione tra i religiosi. E sempre la diaspora di un movimento religioso, quello degli Ugonotti, dopo la terribile persecuzione del 1570, facilitò l'ulteriore diffusione del fumo, che nel 1580 raggiunse la Turchia e in poco tempo anche la Cina, l'Africa, il Giappone e la Corea.

Ma, già a distanza di appena settanta anni dal trionfale e ingenuo ingresso nella società, il fumo di tabacco divenne oggetto di scomunica. Papa Urbano VIII nel 1630 ritiene di dover riprendere alcune condanne della Santa Inquisizione pronunciate contro dei fumatori. Nel 1642, così, la Chiesa di Roma emana l'estremo decreto religioso per chi, impenitente, non riusciva a liberarsi dal vizio. Comincia la contrapposizione tra i detrattori del fumo e i sostenitori.

I primi fanno appello all'evidenza del cattivo odore provocato, alla schiavitù che deriva dal tabacco (incapacità a smettere), allo spreco di denaro. Re Giacomo I (1566-1625) denuncia infatti "questa deplorabile abitudine, disgustosa per gli occhi, sgradevole per il naso, pericolosa per il cervello, disastrosa per i polmoni". Sono parole nelle quali si ravvisa sicuramente uno zelo salutista *ante litteram* e una attenzione scrupolosa contro i vizi (questo monarca è passato alla storia per aver promosso una delle più autorevoli versioni in lingua inglese, tutt'ora molto usata, della Bibbia, la "King's James version"). Ma deve aver giocato un ruolo non secondario l'antagonismo verso gli spagnoli, da sempre nemici dell'Inghilterra.

I sostenitori, apparentemente più gaudenti, esaltano invece il piacere che si ricava dal fumo e l'apparente innocuità dell'abitudine se non addirittura le pretese proprietà medicamentose. Tanto che sarà un papa fumatore, Benedetto XIII, nel 1725 ad annullare la scomunica del suo predecessore, anticipato sul piano laico dalla liberalizzazione del fumo disposta da Pietro il Grande in Russia, nel 1689, anch'egli dipendente dalla pipa<sup>4</sup>.



Papa Benedetto XIII.

Il XIX secolo vede l'isolamento della nicotina da parte del chimico Nicolas L. Vaquelin. Contemporaneamente si assiste all'impennata dei consumi

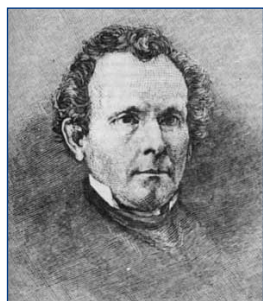
(nel 1880 viene brevettata la macchina per produrre sigarette a basso costo) e al sorgere delle prime società di temperanza che si attivano anche contro il fumo. È del 1868 la fondazione di una Associazione Francese contro l'Abuso di Tabacco. La medicina, tra mille contraddizioni, comincia ad intuire la pericolosità di questa pratica e le religioni dovranno fare i conti non più con una semplice "abitudine", ma con le conoscenze e le implicazioni morali dell'uso di una sostanza che "uccide il corpo e avvelena l'anima".

### I MOVIMENTI DI TEMPERANZA

La storia della lotta alla dipendenza da tabacco è strettamente legata, nelle nazioni occidentali, a quella dei movimenti di temperanza, iniziative che avevano come obiettivo principale l'astensione dell'uso di alcol<sup>4</sup>. Anche se in un primo momento il tabacco veniva tollerato dagli zelanti predicatori della moderazione, ben presto divenne oggetto di campagne molto agguerrite. Le iniziative relative al tabacco spesso presero le mosse dagli stessi movimenti religiosi, se non addirittura dalle stesse persone che si stavano adoperando contro l'alcolismo.<sup>5</sup> L'abuso di alcol ovviamente aveva effetti più evidenti, tanto che uno storico contemporaneo (Maldwyne A. Jones) ha scritto che "I visitatori stranieri si meravigliavano di quanto bevessero

gli americani". Si beveva ai matrimoni, prima di andare in chiesa, nei saloon e a casa. Si beveva, e anche tanto, ai funerali, così che l'American Temperance Society dovette organizzare nel 1814 una protesta specifica.<sup>6,7</sup>

Tra i primi fautori dell'astensione dal tabacco, dall'alcol e di una dieta precisa (che coincideva con una scelta vegetariana) va segnalato il nome di Sylvester Graham (1794-1851).<sup>8</sup> La sua influenza tra i movimenti religiosi americani è stata fondamentale. Ordinato ministro di culto della Chiesa Presbiteriana nel 1826, presto adottò una alimentazione priva di carne (fondando peraltro qualche decennio dopo, nel 1850, l'American Vegetarian Society) e decise di astenersi dall'alcol e dal tabacco. Nel 1829 diede alle stampe un libro, *The New Hydropathic Cookbook*, nel quale dava gli elementi culinari per la preparazione di "cibi sani",



Sylvester Graham.

tra cui il pane integrale ("pane nero"), in opposizione al pane "bianco", prodotto con farina molto raffinata e spesso – allora – ricco di additivi chimici che ne miglioravano l'aspetto, rendendolo appetibile come status symbol della classe medio-borghese, ma privandolo delle sostanze necessarie. Possiamo, a ragione, indicare in Graham uno dei più importanti pionieri del salutismo contemporaneo, comprese alcune stranezze e posizioni non del tutto giustificabili da un punto di vista scientifico, riconoscendogli però delle formidabili intuizioni.

Un altro pioniere fu Benjamin Rush, un medico di Philadelphia (peraltro uno dei firmatari della Dichiarazione D'indipendenza del 1776), che dal 1784 decise di attaccare con ogni mezzo "il demone dell'alcol", pubblicando nel 1798 il suo *"Observation upon the influence of the Habitual use of tabacco upon health, Morals, and Property"*, sostenuto dopo pochi anni da Lyman Beecher (un predicatore evangelico).<sup>9</sup> Dal vecchio Continente vennero a

dare man forte altri zelanti missionari, tra cui John B. Cough, un rilegatore di libri inglese, che si trasferì negli Stati Uniti facendo proseliti soprattutto tra gli alcolisti. Anche se ineguagliabile fu il successo di un altro "apostolo" della temperanza, padre Theobald Mathew, il quale tra il 1849 e il 1851 indusse circa mezzo milione di persone a smettere di bere. Si tratta di numeri da prendere con le molle, ma si trattò pur sempre di una "campagna" che lasciò il segno.

Probabilmente sotto l'influenza del pensiero di Graham, Rush e Beecher si sviluppò la Women's Christian Temperance Union, che si fece promotrice di uno dei più grandi progetti di volontariato della storia, arruolando migliaia di donne e di bambini nella lotta contro l'alcol. Un vero esercito di ragazzini venne addestrato ("l'esercito dell'acqua") a predicare, pregare e convincere i bevitori a smettere, offrendo acqua fresca, spesso entrando dentro i saloon o aspettando gli alcolisti fuori dalle osterie. Di successo in successo, le società di temperanza riuscirono ad ottenere, com'è noto, delle legislazioni molto restrittive contro il commercio e l'uso di alcolici in molti stati americani. È meno noto, invece, il fatto che lo stesso impegno fu messo nella lotta al tabagismo. Lucy Gaston, una delle pioniere della Women's Christian Temperance Union, dirottò molte delle sue energie in un movimento antitabacco, fondato nel 1890. I metodi proposti ricalcarono quelli seguiti per l'alcol: plotoni di bambini addestrati che cantavano, pregavano e predicavano contro il consumo di tabacco da parte dei più anziani. Le idee fondamentali,



Lucy Gaston.

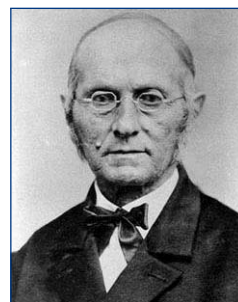


Padre Theobald Mathew.

tabacco come un segno di decadenza della civiltà: *"The decadence of Spain began when the Spaniards adopted cigarettes and if this pernicious habit obtain among adult Americans the ruin of the Republic is close at hand..."*

La signora Gaston ritenne, addirittura, nel 1920 di poter concorrere alla presidenza della Casa Bianca

in nome di un programma politico che metteva al primo posto la lotta al tabagismo. Tra il 1895 e il 1921 furono conseguiti notevoli risultati, come la proibizione della vendita di sigarette in ben 14 stati, mentre la città di New York dichiarò illegale che le donne fumassero in pubblico, legislazione ripresa poi da Boston. La spinta proibizionista contro il tabacco seguì ben presto le vicende del proibizionismo contro l'alcol. Si andava affermando intanto la produzione meccanizzata di sigarette, cresceva il consumo di tabacco attraverso questa forma e il governo cominciò a vedere nelle tasse sul tabacco una notevole fonte di introiti. Nel volgere di pochi anni l'impegno normativo si esaurì e gli sforzi sul tabagismo restarono solo un tema caro alle associazioni di volontariato e ai movimenti religiosi.

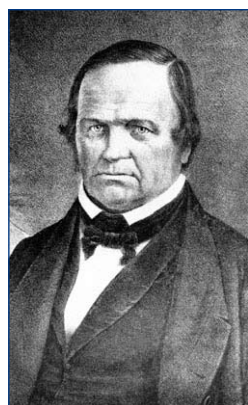


Joseph Bates.

Facendo un passo indietro, per completare una rapida rassegna dei pionieri dei movimenti contro il tabacco, dobbiamo ricordare Joseph Bates (1792-1872), un ex capitano di marina divenuto poi pastore protestante.<sup>10</sup> Dopo l'esperienza della conversione religiosa, maturata attraverso la lettura della Bibbia che la moglie gli aveva regalato per tenergli compagnia durante i suoi viaggi in mare, fondamentale fu l'esperienza della prigionia di guerra del 1812, periodo durante il quale egli poté osservare quanto fosse importante lo stile di vita, l'alimentazione e l'uso di sostanze come l'alcol e il tabacco sulla salute dei carcerati. Una volta libero,



egli divenne uno strenuo difensore della "riforma sanitaria", attribuendo ad essa un significato non solo salutistico ma anche morale. Cominciò così a predicare l'astensione dall'alcol, dal tabacco, dalla caffeina e da ogni pratica di "autoindulgenza", puntando invece sul cibo sano, sulle cure "naturali" (come per esempio l'idroterapia) in alternativa ai farmaci – spesso pericolosi – usati all'epoca (oppio, mercurio, calomelano, noce vomica, stricnina etc...). Il suo esempio si diffuse ben presto tra i milleriti (un gruppo religioso nato dalla predicazione di William Miller),<sup>13</sup> corrente a cui aderì nel 1839 e da cui avranno origine diverse denominazioni religiose contemporanee, tra cui ricordiamo gli Avventisti del Settimo Giorno e - seppur con storie diverse – i Testimoni di Geova. Un capitolo a parte,



William Miller

da un punto di vista della generazione ideologica, hanno gli Amish e i Mormoni, anche se questi movimenti inclusero ben presto l'astensione dal tabacco tra le loro regole fondamentali.

### IL RIFORMISMO EVANGELICO

Se consideriamo le chiese storiche protestanti (Chiesa Luterana, Calvinista, Anglicana etc...) come appartenenti ad un periodo definito da alcuni storici delle religioni "il primo risveglio evangelico", le comunità sorte tra il XVIII e il XIX secolo appartengono al "secondo periodo", che coincide con un importante revival spirituale avente epicentro negli Stati Uniti.<sup>11,12</sup> Tra i diversi movimenti nati in quel periodo, alcuni si sono distinti per la particolare attenzione posta agli stili di vita e all'astensione dal tabacco. Stiamo parlando, per grandi linee, degli Avventisti, dei Mormoni, degli Amish e dei Testimoni di Geova. Altre comunità religiose escludono l'alcol e il tabacco dalle loro abitudini, ma il variegato mondo delle denominazioni religiose, ci costringe a restringere

l'esposizione ai gruppi numericamente più significativi e attualmente presenti nel panorama religioso mondiale.

L'impulso riformista di ambito religioso si trasferì, con connotati che storicamente sono unici, all'ambito sanitario, grazie alla predicazione itinerante dei primi dell'800 dei ministri di culto protestanti. Si trattava di persone che non sempre avevano avuto la possibilità di una formazione scolastica in ambito teologico, come avveniva per i ministri delle chiese tradizionali, ma erano dotate di risorse e iniziativa personale, tanto che esercitavano la loro missione spostandosi a cavallo da un villaggio all'altro e promuovendo piccoli o grandi meeting, riunioni, seminari, fornendo assistenza spirituale anche nei luoghi più remoti. Dopo i primi decenni di revival pionieristico si passò ai grandi camp-meeting, riunioni che si tenevano all'aperto o con l'ausilio di grandi tende, alle quali arrivarono a partecipare fino a 20-25.000 persone (come successe a Care Ride nel Kentucky). Tra il 1800 e il 1835 i membri attivi delle chiese aumentarono di cinque volte e questo spiega l'enorme successo del riformismo sanitario che ben presto si legò alla rinascita religiosa. I movimenti evangelici si distinsero per la promozione di iniziative pacifiste (si diffuse la pratica dell'obiezione di coscienza), di crociate per la temperanza (in realtà si trattava di ideologie che lottavano per l'astensione dagli alcolici e per il proibizionismo), per i diritti delle donne, per l'affrancamento dalla schiavitù, la riforma del sistema scolastico, quello carcerario e per i diritti dei lavoratori.

Così come l'alcol degradava la mente e il corpo, il tabacco sporcava, puzzava, faceva spendere soldi inutilmente. Questo bastava, anche in assenza di evidenze scientifiche sulle malattie che provocava, per bandirlo dalle comunità religiose. Lo stesso scrittore Charles Dickens, durante un tour negli Stati Uniti, ebbe a scrivere: "Washington può essere definito il quartier generale della saliva color tabacco..." Il tabacco, infatti, oltre ad essere fumato attraverso i sigari e la pipa (le sigarette arriveranno più tardi) veniva soprattutto masticato e questo produceva il bisogno di sputare saliva che tin-

geva col suo caratteristico color marrone qualsiasi cosa toccasse. Si sputava in terra, dentro appositi contenitori, ma gli antiestetici effetti dello sputo dei tabagisti si ritrovavano ovunque, dalle aule di tribunale agli ospedali.

L'impeto religioso, lo zelo riformistico in ambito sociale e morale della società americana nel XIX secolo pervasero praticamente tutti i movimenti spirituali e le comunità che nacquero in quel periodo. Col senno di poi, possiamo considerare tutto ciò una fortuna, visto che l'interesse per la lotta all'uso del tabacco scemò rapidamente agli occhi dei governi, mentre rimase alto all'interno di questi contesti religiosi. Non è dunque un caso se alcuni gruppi evangelici nati nel XIX secolo costituiscono ancor oggi spesso la fonte degli sforzi più continuativi e degli investimenti più cospicui nel campo della prevenzione e della terapia del tabagismo. Sarà dunque utile rileggere la storia e i principi di tali comunità alla luce di questo tema.

### I MORMONI E I TESTIMONI DI GEOVA

Il gruppo religioso abitualmente chiamato dei "Mormoni" (la dizione esatta è "Chiesa di Gesù Cristo e dei Santi degli Ultimi Giorni") nacque dalle rivelazioni avute da Joseph Smith,<sup>14</sup> nell'aprile del 1830. Dopo una serie di vicende storiche che costrinsero Smith e i suoi seguaci a peregrinare per gli stati del Nord America in cerca di una patria dove poter vivere la propria fede indisturbati (dovettero difendersi con le armi, contro la persecuzione



Mormoni del XIX secolo.

scatenata a causa dei loro principi sulla poligamia, poi ripudiata formalmente nel 1904 ma forse ancora praticata di nascosto da gruppi fondamentalisti), la comunità mormone si stabilì nello Utah, dove ancora raccoglie un seguito maggioritario tra la popolazione. Tra le rivelazioni di Joseph Smith c'è lo scritto *Word of Wisdom*, una specie di codice nor-

mativo di ambito sanitario che proibisce il consumo di tabacco, alcol, caffè e tè e delle sostanze stupefacenti. Ne deriva una adesione abbastanza stretta, ancor oggi, a queste regole, cosa che fa della popolazione mormone un importante campione epidemiologico (gli adepti sono circa 13 milioni in tutto il mondo) rispetto agli studi<sup>19</sup> che cercano una correlazione tra stili di vita e patologie croniche od oncologiche. Un recente studio (Prev. Med, 2008, Feb) ha dimostrato che nei Mormoni l'SMR (Standardized Mortality Ratio) per la fascia di età 25-99, per tutte le cause di morte è di 0.45 (maschi) e di 0.55 (per le femmine), considerando 1.00 l'SMR della popolazione americana, cosa che si traduce in una aspettativa di vita di 84 anni per i maschi e di 86 anni per le femmine, un bel risultato rispetto alle aspettative dell'americano medio.<sup>15</sup>

Un altro studio, effettuato nei primi anni '90 in Germania e negli USA, ha dimostrato una riduzione del 75% dei tumori respiratori e del 72% in meno di tumori della cervice uterina.<sup>21</sup> Peraltro anche la mortalità per eventi cardiovascolari sembra essere ridotta del 35%, stando a una ricerca pubblicata già nel 1978.<sup>15,16</sup>

I Testimoni di Geova, invece, sono un movimento restaurazionista (ossia che ritiene si debba restaurare il "Regno di Dio" sulla Terra) derivato da una comunità fondata nel 1870 in Pennsylvania da Charles Taze Russell.<sup>17</sup> L'attuale nome di Testimoni di Geova è stato adottato ufficialmente il 26 luglio 1931. Principi fondamentali sono lo studio della Bibbia, il rifiuto delle armi (diverse migliaia di Testimoni di Geova furono massacrati per questo motivo dai nazisti), la teologia anti-trinitaria e il proselitismo. Al loro rifiuto delle trasfusioni di sangue si deve la gran parte dell'interesse e della letteratura medica su questo gruppo religioso, mentre meno noto è il loro rifiuto del tabacco, che li porta ad una zelante attività di disassuefazione nei confronti dei simpatizzanti, dato che l'astensione dal fumo è una *conditio*



Joseph Smith.

*sine qua non* per il battesimo (praticato agli adulti) e l'ingresso nella congregazione. Nel mondo i membri attivi (ossia coloro che si prodigano nell'attività di diffusione del loro messaggio) erano circa 6,6 milioni, che raggiungono i 16 milioni con i simpatizzanti e i giovani. In Italia le statistiche contano 236.653

membri, che frequentano 3.077 congregazioni. L'indotto dei simpatizzanti arriva a poco più di 400.000 persone.

### GLI AVVENTISTI

L'Avventismo<sup>18,19,20</sup> nasce, con una forma organizzativa ufficiale, nel 1863, grazie al contributo di Joseph Bates (vedi sopra), di J.N. Andrews, ma anche e soprattutto di James ed Ellen White, quest'ultima depositaria di diversi messaggi profetici, tra cui quelli legati alla Riforma Sanitaria, un insieme di orientamenti e norme che riguardano lo stile di vita e il consumo di sostanze voluttuarie. Già nel 1853 James White, nella rivista Review and Herald, dichiarava che... "può essere detto come verità che le persone che usano tabacco non possono essere buoni cristiani, come lo sarebbero se non ne usassero" (Dic 13, 1853). Nel 1856 Andrews spiegava che, dal momento che il corpo è "il tempio dello Spirito Santo", danneggiarlo volontariamente equivale a commettere un peccato, per cui il tabacco andava assolutamente bandito. Nel 1863 Ellen White riceve una visione sulla Riforma Sanitaria e l'uso di tabacco, alcol ed altre droghe viene fortemente stigmatizzata. L'impegno sulla dieta (che aveva connotazioni vegetariane), sull'attività fisica, sull'astinenza dall'alcol e dal tabacco proseguono diventando "il braccio destro" del movimento avventista, tanto che a queste attività viene dedicata una parte rilevante dei fondi dell'associazione. Ben presto i medici avventisti diventano pionieri nel cam-

po del salutismo (si pensi alla figura di Kellog, inventore dei fiocchi d'avena e direttore del primo ospedale avventista di Battle Creek). Vengono fondate delle università e si mettono a punto progetti di educazione sanitaria e di ricerca, con tecniche via via più evolute e rispondenti alle esigenze dei tempi. All'avventismo si deve l'introduzione uno dei primi piani per smettere di fumare, se non il primo in assoluto, consistente nel "Five day plan", condotto per la prima volta nel giugno del 1960 da Mc Farland e J. Folkenberg, due medici che operavano nel Massachusetts, quattro anni prima che lo studio di Surgeon riportasse il legame tra fumo e tumori polmonari. Il programma venne diffuso in tutto il mondo raggiungendo circa 20 milioni di persone nel giro di 30 anni, ultimamente anche in Cina. In Italia questa metodologia è stata importata nel 1975 dalla Lega Vita e Sa-

lute (Il Piano dei 5 giorni per smettere di fumare), aiutando diverse decine di migliaia di persone a smettere di fumare. Nel mondo gli avventisti sono circa 13 milioni, oltre ai simpatizzanti, mentre in Italia contano 7000 membri adulti. Rilevante l'impegno che li caratterizza sul piano educativo e sanitario, che passa dalla gestione diretta di circa



James ed Ellen White.

6300 scuole, 723 ospedali, diverse università e 1829 canali televisivi. Gli studi condotti sulla popolazione avventista,<sup>21,22,23</sup> al pari di quelli condotti sui Mormoni, mostrano una consistente riduzione di mortalità per tumori (apparato respiratorio, lingua, faringe, esofago, cervice uterina, mammella, colon e retto), dovuta probabilmente non solo all'astensione dal fumo, ma anche dall'alcol e alla dieta prevalentemente vegetariana. Viene confermata una maggiore aspettativa di vita, pari a 2-4 anni in media e una consistente riduzione della mortalità cardiovascolare. Rispetto ai Mormoni pare che la dieta vegetariana assuma un ruolo protettivo relativamente all'ipertensione.<sup>24</sup>

### GLI AMISH

## E GLI ALTRI MOVIMENTI

Gli Amish<sup>25</sup> sono una confessione cristiana sorta intorno al '500 in Svizzera e legata al movimento anabattista, stabilitasi poi in America sin dal 1700, dopo una serie di persecuzioni religiose.



Una famiglia Amish.

Circa 150 anni dopo la Confessione di Fede mennonita di Dordrecht del 1632, Jacob Amman – un vescovo svizzero – dà vita al “santo esperimento” di un gruppo di esuli che fondarono una colonia in Pennsylvania, prendendo come principi basilari l’obiezione di coscienza, il rifiuto delle “vanità” come i vestiti più belli, gli strumenti musicali e i ritrovati della tecnologia. In particolare gli appartenenti al “Vecchio Ordine” si attengono con molto rigore a questi principi, pur valutando volta per volta il beneficio dell’introduzione di innovazioni, purché non alterino il forte senso identitario e il modello educativo a cui si attengono. Se si eliminano gli aspetti più folkloristici (l’abbigliamento molto simile a quello del tardo '800, la vocazione esclusivamente artigianale o agricola del movimento, i carri come unico mezzo di trasporto, il rifiuto della televisione etc), la popolazione Amish ha un tessuto sociale molto forte, improntato a principi di solidarietà e condivisione che producono al suo interno un elevato standard di benessere psico-fisico.<sup>26</sup> Il consumo di farmaci è limitato a circostanze eccezionali e così il ricorso alle cure mediche ospedaliere. Nel passato (qualche decennio fa) il rifiuto delle vaccinazioni ha esposto le popolazioni Amish olandesi e americane ad epidemie di poliomielite. Ma l’uso del tabacco, peraltro testato con la ricerca dei metaboliti urinari, in uno studio pubblicato nel 2008,<sup>27</sup> è inesistente, cosa che assimila questa

popolazione agli altri gruppi religiosi di cui abbiamo parlato.

Gli Amish proibiscono il fumo, ma permettono la coltivazione del tabacco. Da segnalare, in questo senso, l’inizio di una nuova coltivazione di tabacco da parte dei loro agricoltori, con l’impegno di una pianta geneticamente modificata e priva di nicotina. I 550 coltivatori Amish della contea di Lancaster hanno trovato così una soluzione al calo del mercato del latte che li sosteneva, ma sono anche convinti di contribuire alla riduzione delle malattie al rispetto della vita. Un tipo di sigaretta potrebbe avere il 17% e un altro tipo il 58% di nicotina in meno, una terza varietà sarebbe nicotina-free.<sup>28</sup>

Oltre agli Amish, molte comunità protestanti consigliano o proibiscono l’uso del tabacco, contribuendo in modo non indifferente alla riduzione dei rischi di patologie correlate.

## LA CHIESA CATTOLICA ROMANA E IL TABACCO

Come è stato mostrato nei paragrafi precedenti, monaci e preti hanno avuto un ruolo importante sia nella diffusione del tabacco che nella sua proibizione. Sostanzialmente la Chiesa di Roma ha tenuto un profilo di rispetto delle scelte individuali, senza una strategia attiva nei confronti del tabagismo. Sono però da segnalare due citazioni, che possono servire da orientamento ai cattolici, e che si ritrovano una nel catechismo e l’altra in un discorso di Giovanni Paolo II.

Il Catechismo Ufficiale della Chiesa Cattolica, nella sezione seconda (dedicata ai dieci comandamenti e alla dignità delle persone), testualmente recita (punto 2290): «La virtù della temperanza dispone ad evitare ogni sorta di eccessi, l’abuso dei cibi, dell’alcool, del tabacco e dei medicinali. Coloro che, in stato di ubriachezza o per uno smodato gusto della velocità, mettono in pericolo l’incolumità altrui e la propria sulle strade, in mare, o in volo, si rendono gravemente colpevoli».

La seconda citazione è frutto delle iniziative intraprese nell’occasione del giubileo del 2000, che hanno previsto un “No tobacco day”, attraverso il quale



Roma: Città del Vaticano.

raccogliere i fondi risparmiati dall’astensione dal fumo per destinarli alle vittime dell’HIV/AIDS. Giovanni Paolo II sottolineò allora la necessità di produrre dei segni tangibili di solidarietà, “uno di questi, specialmente necessario oggi: la carità, aprendo gli occhi ai bisogni dei poveri e degli emarginati”.

## CONCLUSIONI

La storia delle religioni si intreccia molto spesso con quella dell’uso di sostanze voluttuarie e, come nel nostro caso, capaci di dare dipendenza. Col passare dei secoli l’uso rituale del tabacco (ma anche di altre sostanze psicotrope) ha perso la connotazione facilitante nei confronti delle esperienze mistiche o allucinatorie (a seconda dei punti di vista).

È cresciuta invece la consapevolezza che si trattasse di un “vizio” e poi, gradualmente, di una dipendenza. Molti movimenti religiosi, in particolare di area evangelica, hanno correlato l’astensione dall’uso di alcol e tabacco al benessere spirituale, trasformando così l’attenzione a questi consumi in una attenzione al benessere globale della persona umana. Ciò ha fatto sì che le prime iniziative terapeutiche o campagne di informazione fossero promosse proprio da associazioni religiose. Ancora oggi milioni di persone si astengono dal tabacco e

praticano un sano stile di vita perché correlano tutto ciò ad una loro visione della spiritualità. Questi dati fanno sì che si riconsideri il rapporto con iniziative o gruppi religiosi tendenti a ridurre il consumo di tabacco. Si sono svolte su questo argomento dei meeting della WHO che hanno raccolto informazioni e promosso integrazione.<sup>28,29,30</sup> Le

conclusioni che sono state proposte, e coincidono con la nostra analisi storica, raccomandano di non guardare con pregiudizio a tale modalità di intervento sul tabagismo. Bisognerebbe invece considerare positivamente come una importante opportunità la collaborazione con associazioni religiose motivate a interventi nel settore, soprattutto se disponi-

bili ad integrare nei loro programmi una prospettiva educativa psicologicamente corretta e promuovere interventi terapeutici con personale formato. ■

#### Dichiarazione

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

#### Bibliografia

1. <http://www.batitalia.com>
2. <http://www.geocities.com/CapeCanaveral/Lab/3494/tabacco.html>
3. <http://www.isit100.fe.it/aprogetto/itc/9900/4Bmercurio/fumo/02brevestoria.htm>
4. [http://www.scc.rutgers.edu/alcohol\\_history/links.htm](http://www.scc.rutgers.edu/alcohol_history/links.htm)
5. [http://en.wikipedia.org/wiki/Temperance\\_movement](http://en.wikipedia.org/wiki/Temperance_movement)
6. Encyclopedia of American Social Movements, Edited by Immanuel Ness, 2004, ISBN 0-7656-8045-9 Thirty-seventh World Health Assembly, Resolution WHA37.13. Geneva: World Health Organization; 1984. WHO document WHA37/1984/REC/1:6.
7. Smith, Andrew F. Ed. The Oxford Encyclopedia of Food and drink in America. New York and Oxford: Oxford University Press, (2004).
8. [http://en.wikipedia.org/wiki/Sylvester\\_Graham](http://en.wikipedia.org/wiki/Sylvester_Graham)
9. [http://en.wikipedia.org/wiki/Lyman\\_Beecher](http://en.wikipedia.org/wiki/Lyman_Beecher)
10. [http://en.wikipedia.org/wiki/Joseph\\_Bates](http://en.wikipedia.org/wiki/Joseph_Bates)
11. [http://www.glbtc.com/social-sciences/evangelical\\_christians.html](http://www.glbtc.com/social-sciences/evangelical_christians.html)
12. <http://en.wikipedia.org/wiki/Evangelicalism>
13. <http://en.wikipedia.org/wiki/Millerites>
14. [http://it.wikipedia.org/wiki/Joseph\\_Smith](http://it.wikipedia.org/wiki/Joseph_Smith)
15. Enstrom JE, Breslow L. Lifestyle and reduced mortality among active California Mormons, 1980-2004. Prev Med. 2008 Feb;46(2):133-6. Epub 2007 Aug 3.
16. Lyon JL, Wetzler HP, Gardner JW, Klauber MR, Williams RR. Nov;108(5):357-66 Cardiovascular mortality in Mormons and non-Mormons in Utah, 1969--1971. Am J Epidemiol. 1978
17. [http://it.wikipedia.org/wiki/Testimoni\\_di\\_Geova](http://it.wikipedia.org/wiki/Testimoni_di_Geova)
18. [http://en.wikipedia.org/wiki/Seventh-day\\_Adventists](http://en.wikipedia.org/wiki/Seventh-day_Adventists)
19. <http://www.adventist.org>
20. George R. Knight, Joseph Bates: The Real Founder of Seventh-day Adventism. Review and Herald, 2004
21. Grundmann E Cancer morbidity and mortality in USA Mormons and Seventh-day Adventists. Arch Anat Cytol Pathol. 1992;40(2-3):73-8.
22. Rouse IL, Armstrong BK, Beilin LJ. The relationship of blood pressure to diet and lifestyle in two religious populations J Hypertens. 1983 Jun;1(1):65-71
23. Euler GL, Abbey DE, Magie AR, Hodgkin JE Chronic obstructive pulmonary disease symptom effects of long-term cumulative exposure to ambient levels of total suspended particulates and sulfur dioxide in California Seventh-Day Adventist residents. Arch Environ Health. 1987 Jul-Aug;42(4):213-22.
24. Beeson WL, Mills PK, Phillips RL, Andress M, Fraser GE. Chronic disease among Seventh-day Adventists, a low-risk group. Rationale, methodology, and description of the population. Cancer. 1989 Aug 1;64(3):570-81
25. <http://it.wikipedia.org/wiki/Amish>
26. DG King – Religion and Health Relationships: A Review; Journal of Religion and Health, vol 29. No 2, 1990 – Springer
27. Ferketich AK, Katz ML, Kauffman RM, Paskett ED, Lemeshow S, Westman JA, Clinton SK, Bloomfield CD, Wewers ME. Tobacco use among the Amish in Holmes County, Ohio. J Rural Health. 2008 Winter;24(1):84-90
28. Tobacco Free Initiative Meeting on Tobacco and Religion, Geneva, Switzerland, 3 May 1999. Report. Geneva: World Health Organization; 1999. WHO document WHO/NCD/TFI/99.12.
29. International Workshop on Buddhism and Tobacco Control, Cambodia, 7–9 May 2002. Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: [http://www.who.int/tobacco/national\\_capacity/religion/en/](http://www.who.int/tobacco/national_capacity/religion/en/)
30. Thirty-seventh World Health Assdembly, resolution WHA37,13. Geneva: World Health Organization; 1984, WHO document WHA37/1984/Rec/1:6





# News & Views



## Meglio tardi che mai!

**L'Italia ratifica (finalmente) la Convenzione quadro OMS per la lotta al tabagismo**

La Convenzione quadro OMS per la lotta al tabagismo, approvata nell'ormai lontano 2003, è stata finalmente ratificata dal Governo Italiano con la legge n.54 del 18 Marzo 2008 pubblicata sulla GU della Repubblica del 17 Aprile 2008 n.91. Si è concluso così "un lungo percorso amministrativo" (così recita il comunicato stampa n.18 del Ministero della Salute): cinque anni precisi sono stati necessari per la ratifica della Convenzione ed il tempo appare francamente un po' più che "lungo" ma tant'è, per l'ennesima volta una qualche forma di trasversalità negativa avrà esercitato il suo potere! L'obiettivo ultimo della Convenzione per aspirare a raggiungere una società futura libera dal fumo è "proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo, fissando un quadro di misure per la lotta contro il tabagismo applicabili dalle parti interessate a livello regionale, nazionale ed internazionale". Si delinea così una strategia globale attraverso la



quale le politiche antifumo regolano a trecentosessanta gradi tutti gli aspetti del tabagismo, non solo cioè quelli sanitari ma anche quelli, non meno importanti, sociali, economici e commerciali. Tra i numerosi interventi previsti infatti le politiche antitabacco dovranno provvedere alla riconversione delle culture di tabacco tutelando sia i coltivatori che gli addetti alla produzione di derivati del tabacco, inasprire il prezzo delle sigarette e altri prodotti del tabacco (misura ritenuta scientificamente una delle più efficaci nella lotta al tabagismo), favorire politiche di cooperazione onde ridurre la domanda e l'offerta di tabacco, contrastare efficacemente il contrabbando. Gli articoli dodici e tredici della Convenzione enfatizzano la validità dell'educazione, della comunicazione, formazione e sensibilizzazione della popolazione tutta soprattutto sulla pericolosità e la composizione delle sigarette e derivati, ribadiscono la necessità di qualsiasi forma di pubblicità e sponsorizzazione del tabacco. La Convenzione

inoltre fornisce lo strumento necessario per innalzare da sedici a diciotto anni il divieto di vendita del tabacco ai minori, in quanto prevede che la vendita sia vietata alle persone che non abbiano raggiunto l'età definita dalla legislazione nazionale come maggiore età legale che in Italia è appunto 18 anni. Ci sarà perciò ancora da lavorare intensamente, le resistenze saranno come al solito ancora molte, un lungo percorso da intraprendere, ma chi si dedica alla lotta alla prima causa di morte evitabile al mondo ha più fiato e perciò più resistenza dei fumatori e dei frenatori palesi ed occulti. La buona volontà delle autorità governative, la cartina di tornasole, sarà costituita dall'entità dei finanziamenti che saranno messi a disposizione per l'attivazione delle politiche di contrasto, l'introduzione del trattamento della malattia tabagismo nella lista dei LEA, l'agevolazione nella concessione dei farmaci per la disassuefazione. Senza soldi... non si canta Messa, anche se i cantori sono molto bravi. ■

**Vincenzo Cilenti**

U.O. Fisiopatologia Respiratoria Ops. Regina Elena, Roma.



Anche quest'anno la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) curerà la stage formativo per le finaliste di Miss Mondo sul tema del tabagismo, affiancata già dallo scorso anno, anche dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Miss Mondo Italia fin dalla prima edizione è testimo-

nial antifumo per SITAB. Da un lato si cerca di spiegare il perché di un concorso Miss Mondo smoke free e l'importanza che le miss possono avere come testimonial antifumo sui giovani, dall'altro di insegnare cosa e come comunicare ai ragazzi e ai mass media per un corretto stile di vita. Senza fumo appunto.





## Report da Londra (Congress Centre) 4 Dicembre 2007 Il lancio di Lancet sulla serie delle Malattie Croniche. L'intervento di Giovanni Viegi



Su gentile richiesta dell'*Advocacy Committee*, Giovanni Viegi ha partecipato a nome dell'ERS all'importantissimo evento internazionale e da lui abbiamo

appreso quanto segue. Il programma congressuale è iniziato il 3 Dicembre con una serata di benvenuto presso la biblioteca del *Royal College of Physicians*, dove Fiona Adshead (del Dipartimento della Salute in Inghilterra) e Richard Horton (Editore di The Lancet) hanno commentato favorevolmente sugli articoli ricevuti dagli autori.

In apertura, uno speciale ringraziamento è stato attribuito al leader dell'iniziativa, Robert Beaglehole, ex Direttore del Dipartimento delle Malattie Croniche e Promozione della Salute dell'OMS ed attualmente Emerito Professore dell'Università di Auckland, successivamente Richard Horton ha sottolineato con personale soddisfazione che tale storica iniziativa sia stata effettuata in Europa. La serata è stata anche occasione per una più concreta conoscenza con alcuni partecipanti, la maggior parte dei quali presenti come rappresentanti delle diverse ONG, Ministri della Salute ed esperti di Salute pubblica.

I lavori della Conferenza, organizzata dal Dipartimento della Salute del Regno Unito e del Canada, hanno preso avvio la mattina del 4 Dicembre in una sala dove i Relatori ed i 122 delegati potevano facilmente partecipare a meeting e tavole rotonde seguendo direttamente anche i testi delle relazioni distribuite durante le sessioni. La maggior parte di essi erano rappresentanti delle Università Inglesi, dei Ministeri della Sanità, delle ONG ed alcuni provenivano da diverse OMS (compresa l'Organizzazione della Salute Pan-Americana), altri da paesi a reddito medio-basso dell'Europa (Polonia, Georgia, Moldavia, Federazione russa), dell'Asia (Cina, India, Pakistan, Filippine), dell'Africa.

Prima di addentrarsi nel breve resoconto delle relazioni scientifiche, Viegi ha sottolineato due aspetti, il primo che tra le varie specializzazioni la cardiologia era quella maggiormente rappresentata, il secondo che insieme a lui c'era solo un altro membro dell'ERS, Monica Fletcher, come rappresentante della propria organizzazione (Istruzione per la Salute).

Tornando alla Conferenza, la prima parte della mattinata è stata dedicata alla presentazione dei principali risultati e messaggi chiave dei cinque articoli della serie. In particolare, è stato evidenziato che questa nuova serie, aggiornata su una pubblicazione del 2005, ha visto la partecipazione di 23 paesi selezionati, nei quali la mortalità è legata per circa l'80% a malattie croniche - principalmente malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie croniche. Tra questi paesi, erano presenti anche alcuni della zona europea dell'OMS: Russia, Ucraina, Turchia, Polonia.

Nella seconda parte della mattinata si sono svolti interessanti dibattiti moderati da Clive Needle, ex membro del Parlamento Europeo, attualmente consulente politico e direttore di Euro Health Net, con sede a Bruxelles. A seguire, ricorda Viegi, c'è stata una sezione dedicata alle modalità con cui mettere in pratica le raccomandazioni discusse ed i partecipanti hanno dovuto indicare un referente per relazionare successivamente, nella discussione generale, ciascun argomento messo nell'ordine del giorno, secondo quanto deciso dagli organizzatori della Conferenza.

Inoltre, Viegi fa sapere che al suo tavolo c'erano i rappresentanti del Ministero della Sanità del Brasile e della Georgia, un professore di cardiologia in Moldavia ed un rappresentante del Ministero della pianificazione del Brasile che, essendo l'unica donna, è stata scelta come relatore del gruppo di discussione. In più, poiché per qualche momento anche il professore Beaglehole è stato seduto al suo tavolo, ricordando con grande piacere la visita che la delegazione FIRS fece nel Gennaio 2005, ha avuto la possibilità di parlare brevemente con lui anche della GARD.

Nel pomeriggio poi, Viegi precisa che ci sono stati due sessioni, una su come i paesi avrebbero risposto alle raccomandazioni proposte, discutendone con rappresentanze governative di India, Pakistan, Brasile, Filippine, Polonia, Cina, Sud Africa, l'altra su come le raccomandazioni possano essere tradotte in azioni stabilite con i rappresentanti delle agenzie internazionali. Successivamente, seguendo le indicazioni dell'ordine del giorno, vi è stata un'altra sessione su come portare avanti la fasi successive delle problematiche poste in discussione. A seguire, Clive Needle ha coordinato la sessione del *feedback*, sollecitando i diversi relatori a sollevare le principali questioni discusse ai loro tavoli di lavoro. Infine, Richard Horton ha riassunto i punti chiave e le azioni, ricordando gli articoli pubblicati su Lancet sin dalla prima serie dell'OMS sulle malattie croniche. Ha sottolineato, inoltre, come vi siano attualmente sufficienti evidenze scientifiche per stabilire le priorità di lotta contro malattie croniche, che dovrebbero essere incluse fra gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDG). Horton, ha quindi invitato i Governi e le Società Scientifiche, incluse quelle cliniche, a concentrarsi sulla prevenzione e sulla promozione della salute, prevedendo un sicuro aggiornamento delle serie tra due-tre anni.

### Osservazioni personali di Giovanni Viegi

In conclusione, riesaminando quanto emerso dalla riunione, Viegi esprime un interessante parere personale, sottolineando come sia rilevante, al pari di quanto successo nel 2005, che questo gruppo leader dell'OMS di scienziati della salute pubblica abbia incluso anche le malattie respiratorie

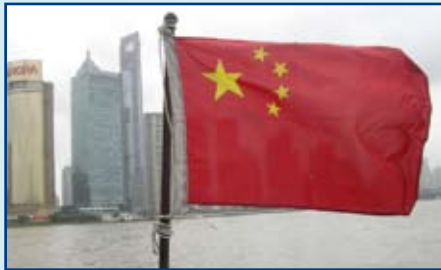


croniche tra le quattro principali cause di rischio e di morte per patologie croniche, rimarcandone per ciascuna di esse, il peso e l'importanza. A tal proposito, diventa indispensabile che le nostre campagne di prevenzione debbano includere le malattie respiratorie nel *Seventh Framework Programme* (FP7) della EU, in considerazione dei benefici ottenuti dalla precedente serie del 2005 e degli ulteriori sviluppi in questa direzione che saranno ottenuti dalla serie del 2007.

Tuttavia, vi è ancora un importante problema di sottovallutazione del tasso di mortalità e morbilità per malattie respiratorie dovuto principalmente ad errori nei certificati di

morte stilati ed alla mancanza di stime della morbilità che potrebbero derivare da esami spirometrici sulla popolazione generale. Tali considerazioni, emergono chiaramente leggendo alcuni articoli pubblicati sull'ERJ, in cui viene sottolineato come, anche in pazienti con grave BPCO, i medici tendano ad attribuire la causa di morte soprattutto alle malattie cardiovascolari, particolarmente se viene considerato solo l'evento terminale di morte. ■

**Mario Del Donno, Alessandro Saglia**  
U.O.C. di Pneumologia - A.O. "G. Rummo" - Benevento



## Report da Tianjin, ottobre 2007 World Society for Breast Health

# La Cina è vicina... o no?

Verso la fine di agosto l'amico dott. Guo Chung Biao, medico con la passione per l'agopuntura (peccato non sia l'optimum per il tabagismo...), mi ha proposto di partecipare a un congresso organizzato dalla World Society for Breast Health, che si sarebbe tenuto a Tianjin (Cina) nella seconda metà di ottobre. A dire il vero, malgrado la specializzazione in "senologie" conseguita a Strasburgo a metà anni ottanta, non mi occupo in modo approfondito di mammella da alcuni anni, (per dirla tutta, da quando mi interessò ai problemi tabacco-correlati, il mio interesse per le scienze ostetrico-ginecologiche - la passione della prima parte della mia vita professionale - è andato scemando); per tale motivo, il primo impulso è stato quello di declinare cortesemente l'invito. Poi, ripensandoci bene, ho deciso, prima di dare una risposta definitiva, di provare a fare una revisione di quanto si sa attualmente sui rapporti tra patologia mammaria e fumo di tabacco, mi è venuta la voglia di buttarmi in questa avventura cino-senologica, e quindi ho accettato l'invito.

I legami etiopatogenetici tra cancro mammario e fumo di tabacco non sono così chiari e stringenti come per esempio quelli con le neoplasie dell'apparato respiratorio o urinario, però alcuni punti sono ormai abbastanza evidenti: pare accertato un aumento del rischio relativo attorno 20%, proporzionale al totale degli anni di fumo e alla precocità di inizio. In particolare pare influire in modo determinante che l'inizio del comportamento tabagico avvenga nel periodo antecedente alla prima gravidanza, quando il tessuto mammario non è ancora completamente maturato da un punto di vista anatomo-funzionale (*Gram IT et al. Cancer Epidemiol-*

*ogy Biomarkers & Prevention* 2005; *Ha M et al. Am. J. Epidemiol.*, 2007). Altro aspetto inquietante è rappresentato dal fatto che le donne sottoposte a fumo passivo per molti anni vedono aumentare il loro rischio, fino addirittura al 68% (*Slattery ML et al. Breast Cancer Res Treat*, 2007; *Slattery ML et al. Breast Cancer Res Treat*, 2007). Ciò che però mi attirava di più, dell'andare a fare questa presentazione in Cina, era il fatto che questo immenso paese rappresenta, per quanto riguarda il fumo di tabacco, un formidabile potenziale laboratorio di tipo sociologico e sanitario: infatti laggiù, a fronte di una prevalenza maschile di tabagismo del 60%, solo un 3-4% di donne sono fumatrici. E infatti la mia relazione, dopo aver fornito alcuni succinti dati epidemiologici sui rapporti tra fumo e cancro mammario, è stata più che altro basata sugli aspetti socio-economici del tabagismo e il messaggio che volevo lanciare era essenzialmente questo: i cambiamenti di stile di vita legati



all'alimentazione e ad altri stress stanno facendo aumentare l'incidenza dei tumori mammari, ma fate attenzione anche alle patologie fumo-correlate. Non illudetevi che l'industria del tabacco lasci in pace le vostre donne. Al momento la bassa prevalenza di tabagismo femminile è legata alla mentalità per cui una donna che fuma non è ben vista, ma già negli Stati Uniti negli anni 20 e in Europa negli anni del dopoguerra un'insidiosa quanto efficace pubblicità riservata alle donne le ha portate a fumare come noi sappiamo, con conseguenze per loro devastanti. Ricorderemo solo come attualmente negli USA, parlando di mortalità per cause oncologiche, quella da cancro del polmone ha superato quella da cancro della mammella, perché quest'ultimo è sì molto più diffuso, ma si può



sperare in una sopravvivenza globale a 5 anni dell'85% (90% se trattato precocemente). Per contro, ahimè, per la sopravvivenza del cancro polmonare siamo fermi a una media del 10%, e ogni tentativo di fare diagnosi precoci non ha inciso in modo significativo sulla sopravvivenza stessa. E, guarda caso, nel mese di Aprile 2007 è stata lanciata sul mercato cinese una nuova marca di sigarette adatta alle donne. Il colore del pacchetto è di un caldo arancione, e presenta l'immagine della torre di Shanghai, nota come "La perla d'Oriente".

Come fattore prognostico negativo, occorre tener presente che la Cina rappresenta il maggiore produttore mondiale di tabacco, e quindi gli interessi economici del governo in questo ambito sono molto stringenti, anche perché si pensa che il fumo sia un piacere a buon mercato, specie per i più poveri. Tra l'altro il fumo di tabacco ha tuttora una grande valenza sociale nella popolazione, e perfino i pochi non fumatori spesso portano con sé un pacchetto di sigarette per offrirne in situazioni di incontri, cene, ecc. Devo dire che sono rimasto molto piacevolmente sorpreso dall'ottima organizzazione del congresso, dalla grande partecipazione e dalla varietà delle nazioni rappresentate e degli argomenti trattati, che andavano dai protocolli diagnostico-terapeutici, alle tecniche chirurgiche de-



molitive e ricostruttive, dai nuovi marker tumorali agli aspetti psico-sociali. Per l'Italia ero presente solo io, e devo dire che la mia presentazione, data l'originalità dell'argomento, ha suscitato un discreto interesse. Anche il "contorno", la parte ricreativa, è stato molto ben organizzato. In particolare mi ha molto colpito, e anche commosso, una iniziativa in occasione della cerimonia d'apertura (con relativa ottima cena), nella quale una trentina di donne trattate per tumore mammario si sono esibite in una rappresentazione di canti e danze tradizionali, dimostrando grandi professionalità ed entusiasmo. Per completezza devo dire che si è esibito anche un tenore operato alcuni anni fa per cancro della prostata. Potrei parlare di molti altri aspetti, positivi e negativi, della mia esperienza in Cina che mi hanno colpito: per dirne una, la pulizia delle strade e dei luoghi pubblici, che rende ancora più deprimente il confronto con la sciattezza e la sporcizia diffusa di casa nostra. Sono peraltro rimasto molto sorpreso dal fatto che, benché fossi partito molto preoccupato per la mancanza di regole antifumo nei locali pubblici, in realtà nei ristoranti si fuma molto, molto meno di quanto si facesse da noi nell'epoca precedente alla "legge Sirchia". ■

*Domenico Enea*

*Ginecologia e Ostetricia, Policlinico Umberto I, Roma*

## **Report da Cosenza/ Congresso della Sezione Siculo-Calabra dell'AIPO** **Una sessione sulla "Smoking cessation"**

Si è svolto a Cosenza nei giorni 11, 12 e 13 Ottobre 2007 il Congresso della Sezione Siculo-Calabra dell'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri), che è stato anche l'ultimo della Sezione stessa. Infatti, in ottemperanza al nuovo statuto nazionale AIPO, che ha riorganizzato le sezioni su base strettamente regionale, sono state create due nuove sezioni distinte, quella siciliana e quella calabrese. Dal punto di vista scientifico, il congresso è stato un'occasione di approfondimento e confronto relativamente a tematiche di grande interesse che hanno aperto alla disciplina pneumologica nuovi orizzonti di ricerca e di studio. Temi scientifici del Congresso: la terapia intensiva respiratoria, le pneumopatie infiltrative diffuse, la pneumologia interventistica e la pneumologia oncologica. Nelle giornate di studio sono stati, inoltre, inseriti due momenti di approfondimento sulle indagini biologiche non invasive in pneumologia e sulla cessazione del fumo. In particolare, la sessione sulla "smoking cessation", presieduta da Sebastiano Sanci, Presidente della Sezione siculo-calabra dell'AIPO e moderata da Giorgio Cotrona e Antonio Costantino, entrambi responsabili di Centri Antifumo in Calabria, ha visto la partecipazione, in qualità di relatori, di alcuni tra i maggiori specialisti della materia. Eugenio Sabato, ha tenuto una relazione sui Centri Antifumo in Italia, nella quale è stato fatto il punto sugli aspetti organizzativi e gestio-



nali dei trattamenti antitabagici nelle varie regioni del nostro Paese e su quelle che sono le principali criticità al riguardo. Giacomo Mangiaracina, Presidente Nazionale della SITAB, ha ripercorso le tappe dei vari approcci utilizzati in Italia e nel mondo nell'ambito dei percorsi di disassuefazione, soffermandosi sul trattamento psico-comportamentale e illustrando i risultati del progetto "Inspiro". Filippo Andò ha presentato una relazione sui trattamenti farmacologici del tabagismo. Infine, Maurizio Laezza, Coordinatore Nazionale del progetto "Tabagismo", ha illustrato le linee guida del piano nazionale di formazione sul tabagismo, che mira a uniformare, nelle varie regioni del nostro Paese le azioni di formazione e di intervento in applicazione della "Legge Sirchia". Grande partecipazione con discussione finale su tutti gli argomenti trattati, dalla quale è emerso che l'acquisizione di adeguate conoscenze nel campo, soprattutto per quel che riguarda gli aspetti operativi, deve diventare il momento fondamentale per la creazione di soggetti che possano operare nel difficile campo della gestione del paziente fumatore facendo riferimento ad una adeguata base culturale, ad una preparazione professionale, teorica e pratica, che possa rendere sempre più efficace il risultato dell'intervento. ■

*Francesco Romano*

*Presidente della Sezione Calabrese dell'AIPO*





# SENZA FILTRO

by Torquemada



## CINA - Fumo & inquinamento ambientale

Catapultato, per amor di scienza, nel lontano Cathai in quel di Shanghai, il vostro Torquemada è rimasto stordito e impressionato dall'asfissiante e ossessiva corsa al profitto che va dal taroccamento di ogni oggetto di consumo fino alla costruzione di enormi grattacieli quasi fossero il certificato di una grande potenza industriale e capitalista. Un'operazione furba da parte di uno Stato comunista che mentre illude di dare benessere con liberizzazioni incontrollate dall'altra toglie la libertà di espressione (Google e molti siti web superfiltrati) e religiosa (80% di atei con scomparsa di almeno il 90% dei luoghi di culto di cui peraltro alcuni molto antichi).

Una crescita economica dell'11%/anno che come ha dichiarato dal Segretario del Partito Comunista Cinese è in gran parte scappata di mano per quanto riguarda la qualità dei prodotti e la sicurezza dell'ambiente. Come risultato dell'aumento dell'inquinamento circa 60 fiumi della Cina non hanno un'acqua potabile con 700 milioni di per-



sone che devono acqua inquinata, mentre l'aria nelle grandi megalopoli è ormai a libelli di guardia. La World Bank e il Governo Cinese fanno sapere che circa 750 mila persone muoiono in Cina prematuramente a causa di patologie da inquinamento ambientale. In aggiunta il forte tabagismo presente in Cina (1,8 trilioni di sigarette, pari a un terzo delle bionde fumate sulla faccia della terra, con 1 milione di vittime/anno per patologie fumo-correlate) pone il Paese del Celeste Impero in una situazione di emergenza globale da inquinamento outdoor e indoor. E

intanto Wang Canfa, Director of the Center for Legal Assistance to Pollution Victims in Pechino, invoca punizioni esemplari contro i responsabili di crimini ambientali. Nonostante ciò il business va avanti "a rotta di collo": recente il sequestro di 9 tonnellate di sigarette nel porto di Taranto e 40 tonnellate di sigarette contraffatte con tanto di marchio Marlboro, ma con percentuali elevatissime di catrame, nicotina, monossido di carbonio e anche la presenza di sabbia e

materiali di imballaggio come piccoli pezzi di plastica, sono state sequestrate dalla Guardia di Finanza nel porto di Ancona. Provenienza Cina. L'organizzazione cinese aveva riprodotto abilmente non solo le confezioni delle Marlboro con la scritta in italiano, prevista dalla legge "Il fumo nuoce gravemente alla salute", ma soprattutto il contrassegno fiscale dei Monopoli di Stato Italiano. Proprio il contrassegno applicato su ogni singolo pacchetto avrebbe permesso all'organizzazione criminale di immettere le sigarette sul mercato legale e venderle nelle tabaccherie, assieme alle stecche originali, ricavando oltre 9 milioni di euro. Intanto nel quadro dello sforzo per dare una immagine ambientale positiva alle prossime Olimpiadi è scattato il divieto di fumare nei taxi di Pechino, ma abbiamo notato che pure in quelli di Shanghai, in prospettiva anche di Expo 2010, tale divieto viene rispettato. In compenso si fuma molto nei locali e all'aperto. La normativa prevede inoltre che successivamente il divieto verrà esteso agli altri mezzi di trasporto e agli uffici, "con particolare riguardo" ai servizi dei quali usufruiscono i bambini. Ma questo

## Matilde Serao: suffragette smoke-free ante litteram



Nel 1904, Matilde Serao fondò da sola un altro quotidiano, Il Giorno, con la tempra di una grande giornalista che sapeva districarsi meglio di un uomo fra politica e mondanità, tra le inchieste sul

degrado di Napoli e i consigli sul saper vivere. Apprendiamo così che fra le sue pillole di bon ton ce n'è una sul tabagismo nelle donne. Dopo aver stigmatizzato la rincorsa delle donne alle mode maschili, fra cui c'era il fumo di tabacco, continuava dicendo che

*"il fumo di sigaretta fa male alla bocca, e soprattutto ai denti delle donne, e lo sa Iddio se una donna ha sempre bisogno di una bocca bella e sana, per sorridere, per parlare, per baciare!"* Insomma parole che sembrano scritte un secolo dopo e che naturalmente sottoscriviamo.

## Captatio benevolentiae



Sì, "Che tempo che fa" ci piace e lo seguiamo, sabato e domenica, quando possibile. Però quello che facciamo fatica a farci piacere è il servilismo da pseudo-intellettuale di sinistra *vintage*, alla affannosa ricerca della *captatio benevolentiae* della minoranza di turno, da parte di qualche presentatore televisivo. È accaduto su RAI 3, *Che tempo che fa*, 27 aprile ore 21. Ospite

Gunter Grass, scrittore tedesco, ex collaboratore della Stasi, già internato in campo nazista dove, a quanto pare, avrebbe conosciuto un diciassettenne Papa Ratzinger. A un certo punto Grass si lamenta della nuova ondata di intolleranza che affliggerebbe il mondo, quella contro i fumatori. Legittimo, anche se non condivisibile, che un fumatore si lamenti di ciò. Insopportabile invece che il presentatore, Fabio Fazio, esprima, pur essendo non fumatore, grande


soddisfazione perché l'ospite ha espresso il suo dissenso. Ci chiediamo invece perché certi presentatori debbano supinamente condividere, rasentando un servilismo orgasmico, opinioni palesemente contro ogni logica e realtà, soprattutto se provenienti da segmenti sedicenti progressisti e intellettuali vecchio stile. Perché improvvisamente, su argomenti importanti come gli stili di vita salutari, si diventa invertebrati e senza una propria opinione?!?

# Tabac Mail

## Lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

### @ Narghilé e malattie trasmissibili

 Caro Direttore, sull'ipotesi che il narghilé possa essere un potenziale veicolo di trasmissione di patologie infettive respiratorie, vi è una scarsità di studi di qualità. Recentemente, un team siriano guidato da Khoury ha analizzato 41 diversi tipi di narghilé in molti bar nella zona di Aleppo. Essi hanno rilevato la presenza di vari batteri, l'80% dei quali nei narghilé del centro città (1). In Tunisia, sono stati individuati 10 casi di tubercolosi polmonare batteriologicamente confermata (su 385 casi seguiti per una decade) tra i consumatori di narghilé (2). Ho informato Lancet (Infectious Diseases) che un serio errore è stato riportato sull'argomento narghilé e malattie trasmissibili in un loro articolo (3). L'autore dell'articolo si è infatti basato su una delle tante inesattezze pubblicate sul report dell'OMS sul fumo di narghilé, ed ha dichiarato che "secondo il documento OMS, gli studi hanno mostrato che il rischio di trasmissione di tubercolosi da narghilé infetto è simile a quello derivante dal convivere con un individuo infetto". Anche se l'editore Dr. Hargreaves ha ammesso l'errore e mi ha ringraziato per averlo messo in luce, si è dichiarato non in grado di pubblicare la (mia) lettera a causa del ritardo con cui è giunta (28 settembre 2007). Date le circostanze, vorrei informare i lettori di Tabaccologia su quello che la ricerca dice effettivamente su questo rischio potenziale. Il documento OMS riporta a pagina 5 (conclusione 9) che "condividere un narghilé pone un rischio serio di trasmissione di malattie trasmissibili, incluse la tubercolosi e l'epatite. Questo concetto è stato erroneamente attribuito a Kniskowny e colleghi, che però non sono gli autori della ricerca. Nel caso dell'epatite, gli studi sono stati condotti da Habib e da Medhat. Nel caso della tubercolosi, sono stati condotti da Munckhof e ancora prima da Salem. I riferimenti forniti nella critica del documento OMS non verranno qui ripetuti. Per il concetto di rischio simile a quello di vivere insieme ad un soggetto infetto, l'unico iniziale studio è disponibile, purtroppo, solo in danese. Sul piano pratico, il rischio potenziale di malattie trasmissibili sembra essere controllato dall'utilizzo sistematico di boccagli personali ed asettici nei bar tradizionali e nei caffè neo-orientalisti. Questa è certamente una buona notizia, visto l'incremento costante dell'epidemia. Occorre quindi raccomandarne l'uso ai fumatori di narghilé che non vogliono smettere.

### Hookah (Narghile, Shisha) Smoking and Communicable Diseases

*Dear Tabaccologia, On the hypothesis that narghilé might be a transmission vehicle of respiratory infectious diseases, there is a dearth of sound research in this field. Recently, a Syrian team led by Khoury has analysed 41 narghile hoses in several cafes of the Aleppo (Syria) region. They have detected the presence of various bacterial germs, 80% of which were to be found in the hoses of downtown cafés [1]. In Tunisia, narghile lighters deserve a special attention as Kamel et al. found that 10 of them featured among 385 bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis patients followed over a full decade [2]. I have informed The Lancet (Infectious Diseases) that a serious error has slipped in its paper on "water-pipe" and communicable diseases [3]. Its author relied on one of the numerous erroneous statements contained in the first WHO report on hookah (narghile, shisha) smoking and declared:*



*"According to an advisory released by WHO, studies have shown that the risk of transmission of tuberculosis from an infected waterpipe is similar to the risk of transmission of living with an infected individual in the same household." While acknowledging the existence of this error and thanking me for correcting it, Dr Hargreaves, Editor of The Lancet ID, said she was "unable to publish [my] letter in the print journal because of the time delay" (28 Sept 2007). In these conditions, I wished to take this opportunity to inform Tabaccologia's readers on what research actually says on this potential risk. First, the WHO "Advisory" report states (page 5, 9th conclusion) that "sharing a waterpipe mouthpiece poses a serious risk of transmission of communicable diseases, including tuberculosis and hepatitis". This statement was wrongly attributed to researchers (Kniskowny et al) who were not the authors of studies on such risks. In the case of hepatitis, these studies were carried on by Habib et al. and Medhat et al.. As for tuberculosis, they were carried on, recently, by Munckhof et al. and long before by Salem et al. References already given in the critique of the erroneous WHO report will not be repeated here. As for "the risk of transmission of living with an infected individual in the household", the only study that began to mention this aspect in relation with "water-pipe" use is, unfortunately, available only in Danish. On a practical level, this potential risk of communicable diseases seems to be controlled thanks to the systematic use of personal aseptic disposable nozzles in hookah lounges and neo-orientalist coffee houses of the world. It is certainly good news in view of the growing size of the corresponding epidemic. Harm reduction prevention messages directed at smokers who do not want to quit now, should recommend their use.*

**Dr. Kamal T. Chaouachi**

Researcher and Consultant in Tobacco Control (Paris)  
<http://PublicationsList.org/kamal.chaouachi>

### Bibliografia

1. Khoury A, Hanan HS, Hamade H, Meqdade M. Characteristics of bacteria in smoking tube of water pipe (Narghile). Eur Respir J 2006; 28: Suppl. 50, 466s.
2. Kamel M, Elyes H, Sophia B, Raya S, Abdellatif C. Pulmonary tuberculosis in narghile (Ng) lighters. Eur Respir J 2002; 20: Suppl. 38, 555s.
3. Meleigy M. Waterpipe and communicable diseases link, says WHO. The Lancet/Infections 2007 (July); Vol 7; issue 7:448. <http://infection.thelancet.com>

### @ Dipendenza "psicologica"?

Spett.li Redattori di Tabaccologia, Vi sarei grata se sapeste indicarmi qualche studio/ricerca scientifica in cui si dimostri l'esistenza della dipendenza psicologica legata all'uso di tabacco. Vi ringrazio anticipatamente per l'interessamento e Vi porgo cordiali saluti,

Cristiana Baiano

### RISPOSTA

Gentile signora, non c'è unanimità nella definizione di dipendenza, ma uno dei maggiori ricercatori, il dr. Di Franza, dell'Università del Massachusetts, studiando l'insorgere della dipendenza nei giovani, ha elaborato una teoria molto interessante della dipendenza come perdita di autonomia. Una descrizione, con relativo test, la trova nel sito <http://fmchapps.umassmed.edu/honc/>.

**Claudio Poropat**

Medico Responsabile del Centro Interdipartimentale per la prevenzione e cura del tabagismo - ASS n1 Triestina - Trieste

# InformaLILT

**Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori**

## European Smoke Free Awards 2008

Il 10 dicembre nella prestigiosa Sala degli Arazzi del Campidoglio in Roma si è tenuta la conferenza stampa di presentazione dell'European Smoke Free Awards 2008, un concorso dedicato a chi abbia smesso di fumare o che intenda farlo.



Un momento della Conferenza Stampa "European Smoke Free Awards" - Sala Blu dell'Arazzo - Campidoglio

L'ex fumatore che si conquisterà il podio 2008 è tra 11 paesi dell'Unione Europea: Italia, Repubblica Ceca, Finlandia, Islanda, Lettonia, Lituania, Malta, Olanda, Polonia, Portogallo e Inghilterra. Il premio per il cittadino europeo che è riuscito a vincere la dipendenza dalla sigaretta è un viaggio premio da 15 mila euro. La cerimonia per i premi si svolgerà ad Amsterdam nel mese di settembre 2008.

Possono partecipare al concorso anche professionisti sanitari, che con me-

rito hanno aiutato i fumatori a smettere, e figure pubbliche che hanno contribuito a garantire in modo incisivo la salute dei non fumatori (smoking policy).

Per l'Italia l'iscrizione può essere fatta on line sul sito [www.lilt.it](http://www.lilt.it) o chiamando il numero verde SOS LILT 800 998877 (da lunedì a venerdì dalle ore 9 alle ore 17), unica Quit-Line presente in Italia, ovvero un servizio telefonico condotto da figure professionali, medici e psicologi della LILT, per aiutare "a distanza" quei fumatori che non hanno la possibilità di seguire direttamente, in un servizio tabagismo territoriale, un programma di supporto per smettere di fumare. Tutti coloro che si sono iscritti entro gennaio 2008, dovranno mantenersi non fumatori fino al 30 giugno.

I nomi dei vincitori saranno pubblicati dopo la cerimonia di assegnazione dei premi (settembre 2008), sul sito web di ogni paese. Le regole per la partecipazione sono disponibili sul sito della LILT.

Il primo rappresentate italiano all'European Smoke free Award 2008 è il dott.

**Gregorio Serlupi**, 56 anni, romano, psicologo di un servizio per le dipendenze in una ASL di Roma. Ha smesso di fumare il 26 ottobre 2007 proprio con la Quit-Line della LILT. Aveva cominciato a fumare a 14 anni tra amici e oggi dice che la sigaretta è una "ex abitudine, sgradevole, non dover pensare a correre sempre dal tabaccaio". Definisce la sua vita oggi "più limpida e final-

mente senza filtro". La LILT considera da sempre il problema del tabacco come una priorità assoluta nel campo della salute pubblica. Il presidente Schittulli nel corso della conferenza stampa, ha ricordato alcune delle iniziative nella prevenzione e nella cura del Tabagismo, che hanno portato a risultati in termini di contatti, sensibilizzazione sociale, sensibilizzazione delle istituzioni e degli organi governativi. Ha anche evidenziato i risultati ottenuti dalla Quit-Line SOS fumo e l'importanza delle alleanze e delle organizzazioni portatrici di interessi (*stakeholders*), a livello nazionale ed internazionale, che permettono un processo di crescita e sviluppo del servizio e della competenza degli operatori.



Prof. Francesco Schittulli Presidente Nazionale LILT

Proseguendo su questa strada la LILT sta offrendo il suo supporto istituzionale alla SITAB, con le Università di Roma e di Verona, per l'organizzazione del più importante appuntamento scientifico, nel campo del controllo del tabagismo, che l'Italia abbia mai ospitato, il 10° Congresso Europeo SRNT che avrà luogo a Roma dal 23 al 26 settembre 2008, dove verranno presentati i risultati del lavoro ottenuto con la collaborazione della rete europea ENQ, European Network of Quitlines. ■



Da sinistra: R. Simpson - Pfizer, S. Crone - Pres. European Network of Quitlines (ENQ), Prof. F. Schittulli - Pres. LILT, A. Bobak - Pfizer e G. Serlupi, ex fumatore.

# Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE SITAB  
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

**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).

**Comitato scientifico:** Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Mariella Debiasi (Riceratrice, Houston, Texas-USA), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Trieste), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma), Paquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (ICNR, Palermo).

#### 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](http://www.graph-x.it)



**Ricerca iconografica:** Zagor & Kano

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

**Pubblicità:** Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)  
via Venturoli 38/D - 40138 Bologna - tel./fax +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. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)  
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel maggio 2008. Tiratura: 5000 copie.

# Congressi & eventi

[redazione@tabaccologia.it](mailto:redazione@tabaccologia.it)

## ITALIA

### 8-9-10 Maggio 2008

**Sciacc (Ag):** 3° Congresso Mediterraneo di Pneumologia.  
E-mail: info@ideacpa.com  
[www.ideacpa.com](http://www.ideacpa.com)

**Cervia (Ra):** Tra predizione e interpretazione. Aspetti teorici e ricadute quotidiane. Evento ECM n. 8437-8008487  
E-mail direzione@medicareformazione.it

### 12-13 Maggio 2008

**Roma:** Corso di Perfezionamento: Empowerment dell'Operatore Tabagismo. SITAB, Scuola di Spec. Igiene e Medicina Preventiva 2° facoltà di Medicina "La Sapienza", Centro Policlinico senza Fumo Umberto I, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. ECM per medici. Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, sala Alessandrina, Lungotevere in Salsia 3, complesso del Santo Spirito.  
E-mail: [centrostudi@tabagismo.it](mailto:centrostudi@tabagismo.it)  
Cellulare: 340 7088301

### 20 Maggio 2008

**Bologna:** 1° Consensus Conference italiana strategie nel mesotelioma maligno della pleura.  
Telefono/Fax 051 220427  
Cellulare 335 5918811  
E-mail: info@mitcongressi.it

### 29 Maggio 2008

**Napoli:** Il protocollo terapeutico integrato nei centri antifumo. Corso di formazione per medici, psicologi.  
Telefono: 081 2546824,  
081 2546827

### 30 Maggio 2008

**Roma:** Giornata Mondiale senza Tabacco (OMS), X Convegno nazionale: "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale". Sede: Aula Pocchiarri, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, Roma.  
Tel.: 06 49902634  
Fax: 06 49902016  
E-mail: [osservatorio.fad@iss.it](mailto:osservatorio.fad@iss.it)

### 31 Maggio 2008

**Catanzaro:** Convegno "Tabagismo: cosa proporre oltre il divieto". Giornata di studio per medici e infermieri professionali. Az. Osp. "Pugliese-Ciaccio", Sala Convegni Biblioteca, viale Pio X.  
Tel: 0961 883497-883203  
E-mail: [fgnco@tin.it](mailto:fgnco@tin.it)

### 9-11 Giugno 2008

**Ferrara:** Clinical Governance in Pneumology 1 by GIMBE.  
E-mail: [midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it)

### 20-21 Giugno 2008

**Benevento:** La disassuefazione dal fumo di tabacco: problema professionale o politica sociale?

Tel./Fax 0824 57750  
E-mail: [m.deldonno@ao-rummo.it](mailto:m.deldonno@ao-rummo.it)

### 22-24 Giugno 2008

**Catania:** Facoltà di Medicina: 3rd WASOG International Conference on Diffuse Lung Diseases.  
Info: Mara Carletti  
Tel: 02 56601 212  
Fax: 02 56609045.  
E-mail: [m.carletti@aimgroup.it](mailto:m.carletti@aimgroup.it)  
[www.aimgroup.it/2006/wasog](http://www.aimgroup.it/2006/wasog)

### 26-28 Giugno 2008

**Roma:** L'errore in medicina. Responsabilità Nazionale e implicazioni organizzative. Università Cattolica S. Cuore.  
Tel.: 080 5482005  
Fax: 080 5529862  
E-mail: [m.lonigro@intermeeting.org](mailto:m.lonigro@intermeeting.org)

### 10-13 Settembre 2008

**Genova:** Congresso Nazionale della Pneumologia (UIP/SIMeR).  
[www.aimgroup.eu/2008/uiip](http://www.aimgroup.eu/2008/uiip)

### 23-25 Settembre 2008

**Roma:** Hotel Villa Panphili - 10° Congresso Europeo SRNT, Society for Researches on Nicotine and Tobacco.  
E-mail: [info@tabaccologia.it](mailto:info@tabaccologia.it)

### 10-12 Novembre 2008

**Ferrara:** Clinical Governance in Pneumology 2: Audit Clinico e Indicatori di Qualità by GIMBE.  
E-mail: [midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it)

## ESTERO

### 16-21 May 2008

**Toronto, Canada:** ATS 2008.  
Email: [ats2008@thoracic.org](mailto:ats2008@thoracic.org)

### 29-31 May 2008

**Constanta, Romania:** XXth Congress of The Romanian Society of Pneumology.  
Info: <http://www.en.econgres.ro>  
E-mail: [contact@congrespneumo2008.econgres.ro](mailto:contact@congrespneumo2008.econgres.ro);  
[congres@srp.ro](mailto:congres@srp.ro), [office@srp.ro](mailto:office@srp.ro);

### 27-31 August 2008

**Geneva, Switzerland:** World Cancer Congress. Contact: Laurence Verhagen  
E-mail: [verhagen@uicc.org](mailto:verhagen@uicc.org)

### 23-26 Sempتمبر 2008

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

### 4-8 October 2008

**Berlin, Germany:** ERS Congress  
Contact: ERS Headquarters  
Tel: +41 212130101  
Fax: +41 212130100  
E-mail: [info@ersnet.org](mailto:info@ersnet.org)  
[www.ersnet.org](http://www.ersnet.org)