

# Tabaccologia

Tobaccology

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



Intelligentibus pauca

Publicità del tabacco nei mass-media • I chiaroscuri dell'ipnosi  
Fattori immunopatogeni secretori nella saliva dei BPCO fumatori



# 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

**9.30**

Registrazione partecipanti

**10.00**

Saluti autorità e introduzione ai lavori (F. Schittulli, A. Mangiacavallo, D. Greco, P.G. Zuccaro)

#### PARTE PRIMA

Moderatori: Vincenzo Zagà - Nolita  
Pulerà

**10.30 - 10.50**

Tabaccologia, tra passato e futuro  
Giacomo Mangiracina (Roma)

**10.50 - 11.10**

Priorità e necessità nel controllo del tabagismo  
Daniela Galeone (Roma)

**11.10 - 11.30**

Alleanze produttive e consolidamento dell'efficacia in prevenzione  
Elizabeth Tamang (Venezia)

#### PARTE SECONDA

Moderatori: Domenico Enea  
Mario Del Donno

**11.30 - 11.50**

Le ricadute del Progetto INSPIRO  
Claudio Poropat (Trieste)

**11.50 - 12.10**

La ricerca: attualità e prospettive  
Christian Chiamulera (Verona)

**12.15 - 12.30**

L'evidenza di efficacia nel trattamento  
Biagio Tinghino (Monza)

**12.30 - 13.00**

Discussione

**13.00 - 14.30**

Pranzo

**14.30 - 16.00**

Tavola rotonda: L'efficacia dei processi: dalle speranze alle possibilità  
Moderatori: G. Tarsitani - P. Martucci  
Intervengono: A. Corrado, M. Laezza, A. Mangiacavallo, S. Nardini, C. Poropat, M.T. Tenconi, P.G. Zuccaro.

**16.30 - 17.30**

Assemblea SITAB

**18:30**

Welcome & opening address SRNT

#### Segreteria scientifica

Zagà (redazione@tabaccologia.it)  
Tinghino (btinghi@tin.it)  
Pulerà (segreteria@tabaccologia.it)  
[www.tabaccologia.it](http://www.tabaccologia.it)

#### Comitato scientifico

G. Tarsitani, G.F. Fumagalli, G. Mangiaracina, C. Chiamulera, P.G. Zuccaro, M.T. Tenconi.

#### Segreteria

Anteprimadue  
Viale del Tintoretto, 88  
00142, Roma  
tel. +39 06 5403600  
fax +39 06 547865  
info@anteprimadue.it

#### Sede congresso:

ATAHOTEL Villa Pamphili  
Via della Nocetta, 105  
00164 Roma  
<http://www.srnt2008rome.com>



Università  
di Verona



Università  
La Sapienza  
Roma



AIPO



## Cosà bolle in redazione

### Feriae canicularis

Tra ferie canicolari e soggiorni afosi in città ci avviamo a grandi falcate, e con un pizzico di curiosità mista ad emozione, all'appuntamento internazionale di Roma dell'SRNT (23-26 settembre 2008). In questi tre giorni del Congresso ci sarà il meglio della Tabaccologia mondiale. Il prologo di tutto ciò (Satellite Meeting del 23 settembre) sarà di marca tutto italiano per poi assumere un ampio respiro internazionale. In coda alla giornata da mettere in agenda l'Assemblea elettiva SITAB. Fra gli Abstract & Commentary segnaliamo un ampio estratto dal New England Medical Journal sul problema tabagismo in India, fra presente e previsioni in termini di morbilità e mortalità.

Il Focus On si sofferma con Andrea Andò sulla pubblicità del tabacco sui mass-media che rimane, pur sempre, l'anima del commercio, e quindi da non sottovalutare in una strategia di controllo del tabacco. A seguire un argomento dibattuto e controverso, con chiaroscuri e ombre, circa l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento del tabagismo a firma di Giuliana Savino.

Come articolo originale presentiamo un lavoro russo che ha analizzato i fattori secretori immunopatogeni e proinfiammatori nella saliva di lavoratori fumatori con e senza BPCO. In News & Views segnaliamo la scandalosa insensibilità dei nostri Eurodeputati sul tema di una delle principali patologie fumo-correlate come la BPCO: appena 16 deputati italiani su 78 hanno firmato la dichiarazione scritta sulla lotta alla BPCO. Data la prossima scadenza elettorale europea, se i nostri lettori saranno interessati, i potremmo, in un prossimo numero comunicare la lista dei "virtuosi" & "reprobi".

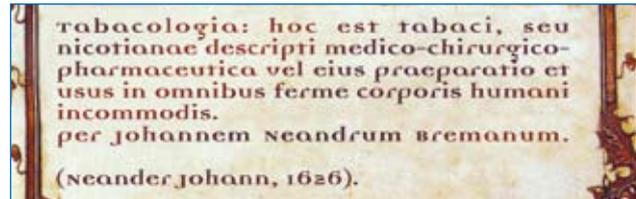
Da Tabac Mail una considerazione che scaturisce da un botta e risposta con una lettrice "scatenata" dal sanguigno Torquemada: forse è arrivato il momento che anche i giornalisti si avvicinino, con dei corsi di aggiornamento ad hoc, su alcuni aspetti, soprattutto comunicativi, del tabagismo. Noi ci siamo. Infine una bella notizia per i soci, lettori e quanti tengono a pubblicare su Tabaccologia.

Come potrete leggere più diffusamente in News & Views, in attesa di ritentare la scalata a Medline, per ora, parafrasando una frase di Newton, siamo saliti "sulle spalle dei giganti" con l'indicizzazione di tutti i numeri di Tabaccologia su Google Scholar. Per ora godiamoci meritatamente questa vetrina globalizzata avendo la certezza che chi pubblica su Tabaccologia potrà essere scovato e letto da qualsiasi parte del mondo.

Buona lettura

Vincenzo Zagà - Caporedattore  
(redazione@tabaccologia.it)

## Sommario



### EDITORIALE

Intelligentibus pauca. (G. Mangiaracina) **3**

### QUELLI CHE IL FUMO...

Un incontro con... Roberto Boffi. (M. Giovenchi) **5**

### QUELLI CHE IL FUMO... INTERNATIONAL

Intervista a... Harry Lando. (M. Paz Corvalan) **6**

### ABSTRACT & COMMENTARY

Il tabagismo in India. **9**

(G. Fiorenzano)

Si, il fumo fa male. Ma a qualcuno di più. (V. Zagà) **12**

Niente Bupropione per gli sportivi? (G. Fiorenzano) **13**

Cerotti alla nicotina per i giovani fumatori. (V. Zagà) **13**

Smettere è contagioso. (M. Mura) **13**

Rischio aumentato per tumore della cervice. (V. Zagà) **13**

Interferenza vareniclina/amfetamina-destroamfetamina a rilascio immediato. (P. Cioiutti, M. Baraldo) **14**

Cina: fumo responsabile di un ictus su sette. (V. Zagà) **14**

### FOCUS ON

Pubblicità del tabacco nei mass-media. **15**

(A. Andò)

L'ipnosi nel trattamento della dipendenza tabagica **18**

(G. Savino)

### ORIGINAL ARTICLE

Analisi dei fattori immunopatogeni secretori nella saliva: comparazione tra soggetti fumatori, sani e BPCO. **22**

*Analysis of pathogenic secretory immunity factors in saliva: comparison between copd and healthy subjects.*

(Ei Altyimbaeva, SN Teplova, GL Ignatova, OV Galimova, AN Egorov)

### Rubriche

News & Views **28**

Report da: **37**

Napoli, Giarre, Costanza (Romania), Benevento, Roma.

Recensioni: **42**

Giampiero Sartarelli, Franco Riboldi, Nicola Partipilo.

Tabac mail **45**

InformaLILT **48**

Un mese di Respiro... e di proposte. (M. Giovenchi)

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 strutturato 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 razionale 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 Nolita 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 Tabaccology (SITAB) and is an open-access medical journal. Four issues per year plus supplement(s) are published. Editorials, Original Articles, Reviews, "Focus on" and "Perspective&Research" about subjects related with tobacco, tabaccology, 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. Nolita 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)



# Intelligentibus pauca

**Giacomo Mangiaracina**

“*Senectus ipse morbus est*”.<sup>1</sup> Terenzio riteneva che la vecchiaia fosse di per sé una malattia, perciò riprese un concetto caro agli asclepiadi del 7° secolo avanti Cristo e al maestro Ippocrate. La conseguenza logica era che la vecchiaia si dovesse “curare” con una serie di scelte in vari campi della vita. Ci pensò qualche decennio dopo Cicerone a ribaltare il concetto di ciò che chiameremmo oggi “medicalizzazione” della senilità: “*Nemo is tam senex qui se annum non putet vivere posse*”<sup>2</sup>, ovvero “Nessuno è tanto vecchio da non credere di poter vivere ancora un anno”.

Tra questi due concetti si muove la nostra riflessione.

L’aspettativa di vita nel corso dell’ultimo secolo è cresciuta di molto. Nelle società industriali, dunque in Italia, è passata dai 40-50 anni degli inizi del ‘900 agli oltre 75 anni attuali. Ciò vuol dire che nel corso dell’ultimo secolo si è triplicato il numero dei soggetti con più di 65 anni, limite convenzionale della senilità. Gli anziani del ‘900 erano intorno al 4% della popolazione generale, mentre oggi, nelle società occidentali, stanno sul 20%. Quel che è più temibile è che aumentano. E continueranno ad aumentare nei prossimi anni. Secondo le proiezioni degli esperti, raggiungeranno, in Europa, il 30% nel 2020.

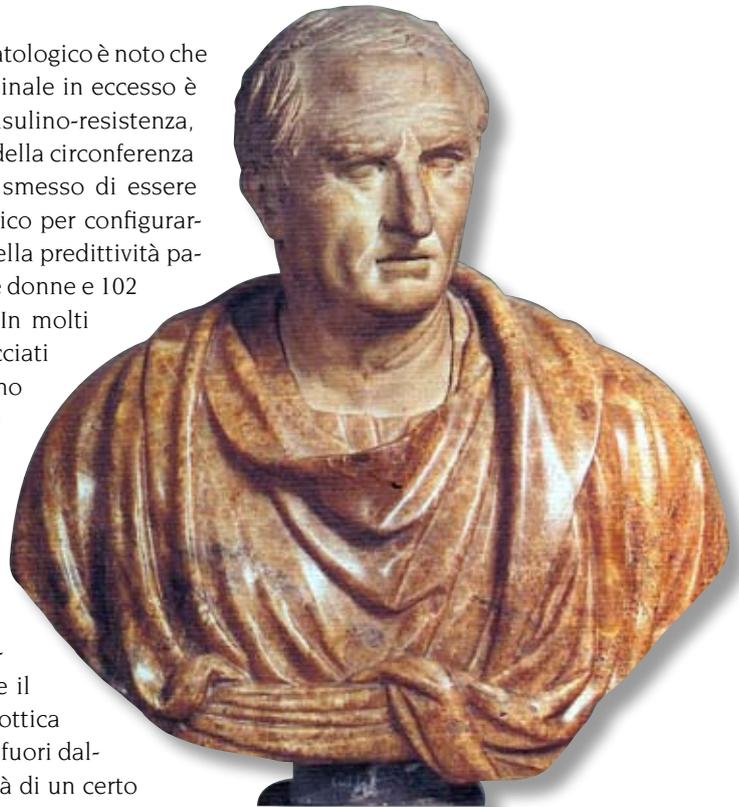
Il problema reale però non è tanto la numerosità statistica di questa popolazione, quanto la sua qualità. Il “come si vive” ha fondamentalmente due valenze, una sociale ed una individuale. La prima basata su aspetti prevalentemente “ambientali” e la seconda sulle scelte proprie degli individui, cosa mangiano, che fanno, come vivono.

Siccome modificare l’ambiente è oltremodo più difficile, si punta dritto e ragionevolmente *sui lifestyle*. Allora le proiezioni risultano più catastrofiche che mai. Per esempio quelle che riguardano

il peso. Sembra che la tendenza attuale all’incremento ponderale farà sì che nel giro di due secoli avremo un mondo grasso e non vi saranno più persone magre sul pianeta. Le aspettative di vita saranno conseguentemente ridotte rispetto alle generazioni precedenti, e secondo alcuni l’incremento ponderale diverrebbe la prima causa di morte prevenibile per la vastità della popolazione interessata.

Sul piano fisiopatologico è noto che il grasso addominale in eccesso è correlato con l’insulino-resistenza, e che la misura della circonferenza addominale ha smesso di essere parametro estetico per configurarsi nell’ambito della predittività patologica: 88 per le donne e 102 per gli uomini. In molti siamo già spacciati se consideriamo che anche a 80 cm il rischio di morte prematura sembrerebbe accrescersi di otto volte.

Ora però proviamo a inquadrare il problema in un’ottica sistemica, ossia fuori dalla ipersettorialità di un certo tipo di ricerca che esplora i singoli fattori. Per un tabaccologo sarebbe cosa facile lasciarsi tentare dal confronto delle cifre, ma allontaniamo per un momento persino le tentazioni e ragioniamo sistemicamente. Per noi un “fumatore” non è solo un “fumatore”. Con molta probabilità berrà 7-8 tazzine di caffè al giorno (con lo zucchero); mangerà quello che gli piace sostenendo che proprio ciò che è buono fa male o fa ingrassare; vivrà in modo frenetico o schizofrenico, da “occidentale”; e immancabilmente aumenterà di peso. Tanto più se smet-



*Marcus Tullius Cicero  
(Arpinum, 3 gennaio 106 a.C /  
Formia, 7 dicembre 43 a.C.)*

te di fumare, ligio alle credenze più largamente strutturate nella popolazione. Proprio per questo motivo, da trent'anni introduco nel mio lavoro il concetto che i programmi "per smettere di fumare", ovvero di terapia del tabagismo, non servono a "smettere di fumare". Servono a cambiare vita. Una vera e propria conversione di rotta a tutto tondo o più pacatamente, una occasione per mette-



*Quousque tandem abutere, Catilina, patientia nostra? (1 Catilina). Arringa di Cicerone contro Lucius Sergius Catilina in Senato. (affresco di Cesare Maccari, 1882 - 1888, presso Palazzo Madama, Roma)*

re un po' di ordine nella propria vita. Non solo. Faccio presente ai miei fumatori in trattamento che non ci interessa il fatto che si prolunghi loro l'esistenza in vita. E cito Woody Allen quando scrive: "Ho smesso di fumare. Vivrò una settimana di più e in quella settimana pioverà a dirotto". Lavoriamo per migliorarla. Se poi questa nuova vita dura di più con una qualità migliore tanto di guadagnato. Accade in modo ricorrente di osservare ex fumatori che hanno partecipato anni prima al programma terapeutico, che hanno smesso di fumare, e

che sorprendentemente ci testimoniano di non bere più caffè o vino dal giorno che hanno buttato via le sigarette. Eppure non glielo avevamo mai chiesto, né avremmo mai potuto. Lo hanno scelto loro spontaneamente. Perciò la mia convinzione è che il lavoro che facciamo sui fumatori vada in più direzioni. Vale la pena di dedicare maggiore attenzione a questo aspetto nei nostri setting terapeutici. Qualsiasi età abbiano i nostri fumatori in trattamento. Un ottantenne che frequenta un gruppo terapeutico a Roma, non può fare a meno di imbarcarsi nell'ironia tipicamente laziale che ammicca e sentenzia in gergo "Che sei venuto a fare? Io al posto tuo...". Noi operatori sappiamo che occorre solo far passare qualche giorno appena, per far testimoniare quel frammento di giovinezza riconquistata, allorché dichiara: "Riesco a fare di nuovo le scale". Scusate se è poco.

E siccome le persone sono più intelligenti di quanto non si immagini, almeno chi frequenta un gruppo terapeutico, queste capiscono senza la necessità di rimarcare il concetto. Basta e avanza. ■

- 1 Terenzio, Phormio, 5, 75 (195 a.C., Cartagine / 159 a.C., Asia Minore)
- 2 Cicerone, De senectute, 7, 24 (Arpinum 106 a.C. / Formia 43 a.C.).

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

*Baudelaire, lo struzzo metafisico*



## Un incontro con... Roberto Boffi

intervista di **Manuela Giovenchi**



*Roberto Boffi, pneumologo è responsabile del Centro antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. La ricerca sui danni da fumo attivo e passivo è un punto focale del suo lavoro; infatti negli anni ha portato avanti molti progetti in collaborazione anche con il Royal Brompton Hospital di Londra e con la University of California di Los Angeles. È inoltre coautore di più di 80 lavori pubblicati su riviste nazionali ed internazionali su argomenti di interesse pneumologico, oncologico e inerenti le patologie fumo-correlate.*

**TABACCOLOGIA:** Grazie per aver accettato l'intervista Dott. Boffi. Ad un certo momento della sua vita professionale ha cominciato ad occuparsi di tabagismo. Considerando che una quindicina d'anni fa gli pneumologi italiani fumavano tanto, molto più della popolazione generale, cosa in particolare ha motivato la sua scelta?

**BOFFI:** L'ho considerata una naturale, logica evoluzione della mia professione di medico e di specialista in pneumologia. Solo per cancro del polmone si calcolano infatti 500.000 decessi ogni anno nei Paesi della Comunità Europea, il 90% dei quali sono dovuti al fumo. E si badi bene: se come d'incanto il fumo non esistesse più, si potrebbe a pieno titolo affermare che il tumore del polmone cesserebbe immediatamente di essere uno dei cosiddetti "big killer", diventando al contrario un tumore raro nella popolazione generale.

**TABACCOLOGIA:** La ricerca nel campo del tabagismo è sicuramente un settore di grande importanza ma forse un po' trascurato, a che punto siamo in Italia secondo la sua opinione?

**BOFFI:** Sul tema del fumo di tabacco e dei suoi danni alla salute credo che purtroppo vi sia stata finora, almeno in Italia, una scarsa capacità di applicare i rigorosi metodi della ricerca scientifica a problemi a volte affrontati con approssimazione e le cui conclusioni vengono basate su impressioni o sensazioni e non da dati oggettivi. Penso invece che approfonditi lavori di ricerca, come ad esempio quelli del nostro gruppo di studio delle polveri sottili, possano portare a risultati e conclusioni che rappresentino un significativo

contributo alla divulgazione scientifica e al progresso culturale di un'intera società.

**TABACCOLOGIA:** Lei ha permesso, con l'equipe dei suoi collaboratori, di esportare ricerca italiana all'estero sui contaminanti ambientali del tabacco. Quale sarà il prossimo passo?

**BOFFI:** Presenteremo un nostro nuovo studio a un congresso internazionale sull'inquinamento, che si terrà a Pasadena (California) nell'ottobre 2008. Abbiamo dimostrato che un quartiere storico di Milano come "Brera", a causa dello smog generato da quasi 1400 sigarette in contemporanea nelle ore serali (quelle dell'happy hour) e notturne estive, risulta addirittura più inquinato delle vie più trafficate del centro città, a causa delle sigarette dei fumatori e pur essendo un'isola pedonale. Posso affermare con orgoglio che è la prima volta al mondo che viene scoperta e analizzata una situazione del genere. Il messaggio educativo è che il traffico non può essere un alibi per i fumatori. E anche il tema del fumo passivo in ambienti aperti deve essere considerato.

**TABACCOLOGIA:** Lei ha collaborato con università e centri ospedalieri stranieri prestigiosi come il Royal Brompton Hospital di Londra e la University of California di Los Angeles. Cosa manca all'Italia per mostrare i muscoli nel campo del tabacco?

**BOFFI:** Io sono un ricercatore, ma prima di tutto un medico. In Italia ci sono oltre sei milioni di ex-fumatori, che hanno smesso in buona parte dopo aver preso consapevolezza dei danni del fumo sulla salute, e grazie alla loro forza di vo-

lontà e motivazione. Per molti fumatori, tuttavia, non basta la sola conoscenza dei rischi cui vanno incontro, magari per aver letto sui giornali il resoconto di studi scientifici come i nostri all'Istituto Nazionale dei Tumori.

Si rendono quindi necessari per loro supporti psicologici e farmacologici adeguati. Buoni passi avanti in questo e altri campi della lotta al tabagismo ne sono stati fatti, anche ultimamente, e altri ne seguiranno sicuramente nei prossimi anni, pur discutendo se sia giusto che la ricerca sulla prevenzione delle malattie direttamente legate al fumo come le neoplasie del polmone non abbia ancora fondi sufficienti.

**TABACCOLOGIA:** Parliamo proprio di tumori. Da trent'anni n'è l'Italia, n'è altre nazioni, sono riusciti a fermare il tumore polmonare nella donna che è avanzato in modo spaventoso. Cosa prevede per il futuro?

**BOFFI:** Sappiamo bene che, nonostante l'impegno decennale di molteplici campagne antifumo, a tutt'oggi in Europa fuma il 25% della popolazione adulta. Questo dato, di per sé già molto preoccupante, prelude oltretutto al mantenimento di elevate percentuali di patologie fumo-correlate non solo nel breve ma anche nel lungo periodo di tempo, con un incremento nella popolazione femminile.

Le osservazioni recenti negli adolescenti confermano infatti una tendenza per nulla al ribasso nella diffusione del fumo tra i giovani, con un aumento in particolare delle fumatrici: gli ultimi dati anche italiani hanno rivelato che il 30% dei ragazzini di prima media ha già

provato la prima sigaretta, mentre circa il 50% dei ragazzi dell'ultimo anno delle superiori fuma correntemente.

**TABACCOLOGIA:** *A settembre si terrà a Roma il 10° Convegno Europeo della Society for Research on Nicotine and Tobacco. Cosa si aspetta da questo evento scientifico?*

**BOFFI:** Trovo che ogni congresso dell'SRNT sia un importante appuntamento scientifico e di confronto per tutti quelli che si occupano come me di tabagismo e di danni da fumo. Il fatto che quest'anno l'evento si svolgerà in Italia non può che significare per gli organizzatori un grosso successo di im-

magine e di sostanza, da condividere con chiunque nel nostro Paese abbia a cuore le battaglie per la prevenzione e la salute pubblica.

**TABACCOLOGIA:** *Lei ha sempre offerto il suo personale contributo alla società scientifica di Tabaccologia. Tra opportunità, utilità e necessità, cosa sceglierebbe per convincere un professionista della salute ad aderire alla SITAB?*

**BOFFI:** Tutto il personale sanitario deve essere conscio di avere un importantissimo ruolo nel combattere il tabagismo, in quanto anche le più recenti linee guida sulla *smoking cessation* dicono che ogni volta che un fumatore entra in

contatto con un operatore sanitario dovrebbe essere avvisato della necessità di promuovere la propria salute rinunciando al fumo, e la semplice richiesta "lei è un fumatore?" dovrebbe accompagnare sempre l'approccio al paziente che sta di fronte ad ogni professionista della salute. L'adesione alla SITAB, che per definizione ha sposato da sempre un approccio globale e multidisciplinare al problema dei danni da fumo di tabacco, mi sembra la migliore soluzione possibile per chi si voglia rimboccare le maniche e cercare di dare una mano per arginare questa vera e propria epidemia. ■

Quelli che il fumo... international

## Intervista a Harry Lando SRNT: la falange antitabacco

di **María Paz Corvalán**



Harry Lando, PhD, è internazionalmente riconosciuto per il suo lavoro sulla cessazione del fumo. È stato attivo in questo campo sin dal 1969 ed ha pubblicato 170 lavori scientifici. È stato editore scientifico del Report 1988 della US Surgeon General, *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*.

Il Dott. Lando è stato inoltre uno degli autori delle linee guida per la cessazione del fumo dell'US Department of Health and Human Services, ed è attualmente membro del Center for Child Health Research Tobacco Consortium dell'American Academy of Pediatrics.

È inoltre Deputy Regional Editor della rivista *Addiction*.

È stato consulente di vari enti ed agenzie governative, quali lo US National Heart, Lung and Blood Institute, il National Cancer Institute, i Centers for Disease Control, il National Institute on Drug Abuse, la Agency for Healthcare Research and Quality, l'American Cancer Society, l'American Lung Association e l'OMS.

Il Dott. Lando è Past President della Society for Research on Nicotine and Tobacco, mentre è attualmente Direttore dell'SRNT Global Network Committee.

Nel 2006 ha ricevuto dall' University of Minnesota l'Award for Global Engagement. Questo premio gli è stato conferito con il titolo di "Distinguished International Professor".

Il Dott. Lando è infine il Vice-Presidente della 14a World Conference on Tobacco or Health che si terrà a Mumbai, India, tra l'8 ed il 12 marzo 2009.

Harry Lando, Ph.D. is internationally recognized for his work in smoking cessation. He has been active in this field since 1969 and has published extensively in this area with a total of over 170 scientific publications.

He was a scientific editor of the 1988 Report of the US Surgeon General, *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*. He was a member of the tobacco cessation clinical practice guidelines panel for the US Department of Health and Human Services, and is currently a member of the Center for Child Health Research Tobacco Consortium of the American Academy of Pediatrics.

He is Deputy Regional Editor for *Addiction*. He has consulted actively with such government and voluntary agencies as the US National Heart, Lung and Blood Institute, the National Cancer Institute, the Centers for Disease Control, the National Institute on Drug Abuse, the Agency for Healthcare Research and Quality, the American Cancer Society, the American Lung Association, and the World Health Organization.

Dr. Lando is a past president of the Society for Research on Nicotine and Tobacco and currently chairs the SRNT Global Network Committee. He is a 2006 recipient of the University of Minnesota Award for Global Engagement. This award carries with it the title of "Distinguished International Professor." He is Vice President of the 14th World Conference on Tobacco OR Health to be held in Mumbai, India March 8-12, 2009.

**Tabaccologia:** Dott. Lando, qual'è il ruolo dell'SRNT nel promuovere la ricerca sul tabacco e la riduzione dei danni da fumo a livello mondiale?

**LANDO:** Farei riferimento al nostro articolo pubblicato su *Nicotine and Tobacco Research* "Perspectives on the role of the Society for Research on Nicotine and Tobacco in promoting global tobacco research and reducing tobacco harm" (Lando et al. 2006; 8(6): 761-765). Alcuni punti chiave: la SRNT può supportare la ricerca sul tabacco e la riduzione dei danni da fumo a livello mondiale lavorando insieme ad altre organizzazioni per sostenere il lavoro scientifico sul tabacco e l'approvazione dell'FCTC a livello politico, aumentarne la rappresentanza a livello delle conferenze nazionali sul tabacco, incrementare la collaborazione con i ricercatori dei paesi in via di sviluppo. La SRNT ha promosso diverse pre-conferenze sulla ricerca nel campo della tabacco. In aggiunta, gli obiettivi del meeting SN-RT a Rio e della conferenze regionale che si terrà a Bangkok (28-31 ottobre 2008) sono di aumentare ulteriormente la visibilità e la capacità di ricerca. La SRNT è decisa a fronteggiare la pandemia del tabacco promuovendo la capacità di ricerca su base globale.

**Tabaccologia:** Che giudizio dà della ricerca che è stata portata avanti negli ultimi 30 anni sulla cessazione del fumo?

**LANDO:** Credo di aver imparato molto riguardo all'efficacia ed ai limiti della cessazione del fumo. Da un lato, la cessazione è l'unico approccio possibile per ridurre la conta delle vittime del fumo nel breve termine. D'altra parte, le tecniche di cessazione da sole tendono a raggiungere solo una piccola parte dei fumatori, ed anche i metodi più efficaci hanno un impatto limitato. Offrire servizi di cessazione del fumo in un contesto in cui vi è scarso supporto o interesse nel controllo del tabacco non può produrre effetti favorevoli. Tuttavia, credo che sia comunque doveroso offrire trattamenti basati sull'evidenza ai fumatori che desiderano assistenza. Non credo sia invece utile continuare a raccomandare restrizioni ed aumentare il prezzo delle sigarette senza offrire servizi di cessazione. Inoltre, molto maggiore attenzione deve essere posta nei confronti del fumatore già compromesso ed a quelli ad alto rischio. Questi fumatori dovrebbero avere accesso ad interventi intensivi, che abbiamo a disposizione e che, se applicati su larga scala, potrebbero aumentare molto la percentuale di successo dei tentativi non supportati di smettere di fumare.

**Tabaccologia:** Qual'è stata la sua personale motivazione a scrivere l'articolo "The Landscape in Global Tobacco Control Research: A Guide to Gaining a Foothold"?

**LANDO:** Vi erano davvero poche informazioni disponibili che descrivessero le risorse disponibili per supportare la ricerca sul controllo del tabacco a livello mondiale. Uno dei principali scopi del lavoro era di fare un inventario delle risorse disponibili in un formato accessibile. In aggiunta, sospettavamo che queste risorse fossero minuscole in rapporto alla dimensione del problema. Speriamo di aver posto l'attenzione a questa situazione e di incoraggiare lo stanziamento di fondi per la ricerca sul tabacco (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15914813>).

**Tabaccologia:** Which is the role of the SRNT in promoting global tobacco research and reduction of tobacco harm?

**LANDO:** I would refer you to our article in *Nicotine and Tobacco Research* "Perspectives on the role of the Society for Research on Nicotine and Tobacco in promoting global tobacco research and reducing tobacco harm" (Lando et al. 2006;8(6):761-765). A few key points: SRNT can support global tobacco research and reduction of tobacco harm by working with other organizations to support global tobacco science and policy (especially timely in light of the FCTC), increasing the representation of science at world and national tobacco conferences, and placing increased emphasis on mentoring activities including collaborations with researchers from low- and middle-income countries. SRNT has held several pre-conferences on global tobacco research issues. In addition, goals of the SRNT Rio meeting and an upcoming SRNT regional conference in Bangkok (Oct. 28-31, 2008) are to further increase research visibility as well as increase research capacity. As noted in the article, science will be crucial in addressing the global pandemic and SRNT is uniquely positioned to further tobacco science and research capacity on a global basis.

**Tabaccologia:** What would you say us about the 30 or more years of research in smoking cessation ?

**LANDO:** I feel that I have learned a good deal about both the strengths and limitations of *smoking cessation*. On the one hand, cessation is the only viable approach to reduce the death toll in the short-term. On the other hand, cessation interventions alone tend to reach small proportions of the smoker population and even the most effective methods in and of themselves have limited impact. Offering cessation services in a context where there is little support for or interest in tobacco control is unlikely to produce favorable outcomes in general. Having said this, however, I strongly believe that there is an obligation to offer evidence-based effective treatment to the dependent tobacco user who desires assistance in quitting. I have a problem with recommending continued restrictions and further increasing prices especially where smoking is stigmatized without offering cessation services. Also, much more attention needs to be paid to the medically compromised smoker and those who are at especially high risk. Such smokers should have access to intensive interventions. We do have effective interventions that if widely applied could significantly increase success over unaided quit attempts.

**Tabaccologia:** Which was your personal motivation to do this paper: The Landscape in Global Tobacco Control Research: A Guide to Gaining a Foothold?

**LANDO:** There was so little information that was readily accessible describing available resources to support global tobacco control research. A major purpose of the paper was to inventory what was out there and to provide this information in accessible format. In addition, we strongly suspected that the available resources were miniscule especially in relation to the magnitude of the problem. We hoped to call attention to this situation and to encourage prospective funders to consider tobacco control research as a priority (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15914813>).

**Tabaccologia:** *Ci può dire qualcosa sul Global Tobacco Research Network? (<http://tobaccoresearch.net/>)*

**Lando:** Vorrei incoraggiare color che sono interessati all'argomento ad andare sul sito web. Il Global Tobacco Research Network è una partnership di diverse organizzazioni il cui scopo è di promuovere la ricerca sul controllo del tabacco. Il GTRN è coordinato dall'Institute for Global Tobacco Control della John Hopkins Bloomberg School of Public Health in collaborazione con le organizzazioni partner. Numerose attività sono attualmente in corso ed il GTRN sta lavorando ad uno nuovo sito web che verrà lanciato il prossimo anno. Sebbene io rappresenti una organizzazione partner, vorrei incoraggiare color che sono interessati a contattare il GTRN Coordinating Center per avere ulteriori informazioni: <http://tobaccoresearch.net/contact.htm>

**Tabaccologia:** *C'è qualcosa che vorrebbe aggiungere?*

**Lando:** Spero veramente che possiamo unire le forze per combattere la pandemia del tabacco.

Le risorse sono incredibilmente scarse e non possiamo permetterci divisioni continue, anche se forse possiamo essere in accordo o disaccordo su alcuni specifici punti, mentre lavoriamo insieme al raggiungimento di obiettivi comuni. Intendo dedicare principalmente il resto della mia carriera ad attività di global networking: come possiamo collaborare in maniera più efficace? Cosa possiamo fare per portare risorse aggiuntive alla causa del controllo del tabacco a livello mondiale?

**Tabaccologia:** *Come è stata la sua esperienza come Vicepresidente della prossima 14ª World Conference on Tobacco or Health (WCTOH)?*

**Lando:** È stata una esperienza ricca di soddisfazioni. La conferenza mondiale ha una storia lunga 40 anni ed ha avuto un grande impatto sul controllo del tabacco.

Il fatto che la 14ª WCTOH si tenga in India è in particolar modo gratificante. Questa è solo la terza conferenza che si tiene in un paese in via di sviluppo (l'ultima di era tenuta in Cina 10 anni fa). Il mio obiettivo è lavorare con gli altri non solo per il successo conferenza, ma anche per ottenere il massimo networking ed impatto a lungo termine. La raccolta di fondi si è rivelata problematica e credo che sarà molto importante per il futuro avere un segretariato permanente per le prossime conferenze ed una maggiore continuità rispetto al passato. Come ricercatore di lunga data, questa esperienza mi ha insegnato molto sul movimento globale per il controllo del tabacco. La 14ª conferenza darà un contributo importante al raggiungimento di questo obiettivo.

Grazie molte e la prego di ricevere i miei più sentiti riguardi. ■

Dr.ssa María Paz Corvalán

**Traduzione:** Marco Mura

**Dichiarazione:**

L'autrice dichiara di non avere conflitti di interesse.

**Tabaccologia:** *Let us know about the Global Tobacco Research Network (<http://tobaccoresearch.net/>).*

**Lando:** I would encourage those who are interested to access this website. As the website notes, the Global Tobacco Research Network is a partnership of organizations committed to enhancing global tobacco control research (SRNT is a partner organization). GTRN is coordinated by the Institute for Global Tobacco Control at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in cooperation with its partner organizations. A number of activities are currently in progress and GTRN expects to launch an enhanced website next year. Although I represent a partner organization, I would encourage those who are interested to contact the GTRN Coordinating Center for further information: <http://tobaccoresearch.net/contact.htm>

**Tabaccologia:** *Is there anything you would like to add?*

**Lando:** I very much hope that we can come together in common cause to fight the global tobacco pandemic. The resources are incredibly meager and we cannot afford continued division (perhaps we can agree to disagree on some specific issues while working together collaboratively on shared objectives). I plan to devote the remainder of my career primarily to global networking activities: How can we collaborate more effectively? What can we do to bring additional resources and stakeholders to the cause of global tobacco control?

**Tabaccologia:** *What has been your experience as the next WCTOH Vice President?*

**Lando:** In most respects I have found being Vice President of the 14th WCTOH to be a very rewarding experience. The world conferences have a 40-year history and have had major impact on tobacco control. The fact that the 14th WCTOH is taking place in India is especially gratifying. This is only the third WCTOH in a developing country (the most recent was more than 10 years ago in China). My goal is to work with others not only for a successful conference in itself, but for maximum networking and long-term impact. Fundraising has proven to be a challenge and I think it will be very important for future world conferences to have a permanent secretariat and greater continuity than they have to date. As a long-time researcher and as someone who has been less involved in advocacy, this experience is helping me to learn a great deal about the global tobacco control movement. As I indicated in a previous answer, I very much hope that we can come together in common cause to fight the global tobacco pandemic. I see the 14th and subsequent world conferences as major contributions to this effort.

Thank you very much in advance and receive my best personal regards. ■

Dr. María Paz Corvalán

Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres para el Control del Tabaco (<http://www.inwat.org>).

Coordinadora Programa Tabaquismo Hospital del Tórax Chile ([www.torax.cl](http://www.torax.cl)).  
Globalink NIMI-Español (<http://newses.globalink.org/>) (<http://join.globalink.org/>).  
SRNT miembro (<http://www.srnt.org/>).

**Disclosure:**

The author has declared no competing interest.

# Abstract & Commentary

## Il tabagismo in India

Prabhat Jha, Binu Jacob, Vendhan Gajalakshmi, Prakash C. Gupta, et al. A Nationally Representative Case-Control Study of Smoking and Death in India. *N. Engl. J. Med.* 2008; 358: 1137-47.

L'India è un grande paese, con marcate differenze regionali dello stile di vita e delle principali cause di morte<sup>1</sup>. Tra gli adulti, le principali cause di morte sono le malattie respiratorie, vascolari, i tumori e la tubercolosi; la mortalità per tali malattie può essere incrementata dal fumo. Si stima che circa un terzo dei maschi ed una piccola percentuale di donne fumino tabacco, per cui vi siano circa 120 milioni di fumatori in India<sup>2</sup>. Il tabacco è comunemente consumato sotto forma di bidis, che sono più piccole delle normali sigarette e contengono circa un quarto della quantità di tabacco di una sigaretta, arrotolato nella foglia di un'altra pianta. In India l'abitudine al fumo inizia generalmente in età più avanzata di quanto avvenga in Europa e Nord America, e con un consumo medio giornaliero inferiore. Gli effetti del fumo sulla mortalità in India sono stati studiati solo in alcune località e con un campione femminile troppo limitato per ottenere dati sulla mortalità nelle donne<sup>3,4,5</sup>.

**Materiali e metodi:** Il presente studio è stato condotto su un campione adeguato per studiare i rischi da fumo in tutta la nazione, sia nella popolazione maschile, sia nella popolazione femminile. Si tratta di uno studio caso-controllo effettuato raccogliendo informazioni su tutte le morti in età adulta tra il 2001 e il 2003 in un campione di 1,1 milioni di famiglie, rappresentativo di tutta la nazione. Tale campione è stato individuato in 6671 piccole aree scelte in modo random in tutte le parti dell'India, ciascuna area composta di circa 1000 persone. Grazie al Registro Generale dell'India venivano monitorate tutte le

morti e le nascite di quell'area. Tutte le famiglie presso le quali si era verificata una morte tra il 2001 e il 2003 venivano visitate da appositi incaricati per raccogliere i dati riguardanti la causa di morte, il pregresso uso di tabacco e alcool, il livello di educazione. La causa di morte veniva stabilita in base ai dati raccolti con il metodo della cosiddetta autopsia verbale, da due medici che effettuavano valutazioni indipendenti, dopo aver escluso le morti per cause non mediche (incidenti, omicidi, suicidi)<sup>6,7</sup>. L'anamnesi relativa al fumo veniva raccolta presso i familiari del deceduto e riguardava l'abitudine al fumo negli ultimi 5 anni. Poiché la cessazione del fumo in India è infrequente, coloro che non avevano fumato negli ultimi 5 anni venivano considerati non fumatori. I soggetti studiati erano adulti dai 20 anni in su deceduti tra il 2001 e il 2003: dopo aver escluso le morti per cause non mediche e materne si sono resi disponibili i dati relativi a 33.069 donne e 41.054 uomini. Gli adulti che fornivano informazioni sulle persone decedute venivano invitate a fornire informazioni sulla propria abitudine tabagica e costituivano il gruppo di controllo (34.857 donne e 43.078 uomini). I dati venivano elaborati mediante regressione logistica, aggiustandoli per età, livello di educazione ed uso o non uso di alcool. Nel calcolo del rischio assoluto sono stati utilizzati i tassi specifici per età dell'OMS relativi all'India; i morti nella fascia di età tra i 30



e 69 anni venivano riuniti in un gruppo a sé, poiché si tratta della fascia di età nella quale c'è una maggiore perdita di possibili anni di vita ed una maggiore attendibilità nell'identificare le cause di morte rispetto ai soggetti più anziani.

**Risultati:** Le persone decedute erano più anziane e con un livello di educazione più basso rispetto ai controlli; avevano inoltre una più alta prevalenza di consumo di tabacco, fumato o masticato, e di alcool. Nel gruppo di controllo la prevalenza del fumo di tabacco nei

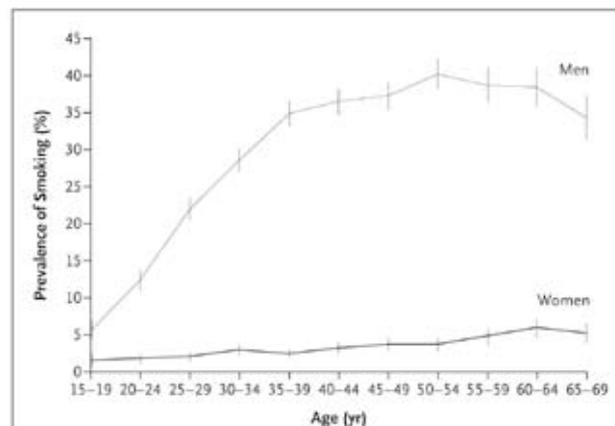


Figure 1. Prevalence of Smoking in India, According to Age and Sex. The | bars represent 99% confidence intervals.



maschi incrementava con l'età (Fig. 1), dall'8% nella fascia tra i 15 e i 19 anni, al 27% tra i 30 e i 34 anni, per poi rimanere sostanzialmente costante tra il 35 e il 40% nella fascia compresa tra i 35 e i 69 anni. Tra i 40 e i 59 anni il fumo era prevalente nei soggetti con basso livello di educazione (44 %), rispetto agli altri (35%). Tra le donne la prevalenza del fumo dai 30 al 69 anni cresceva lievemente, dal 3 al 6 %. Tra i 40 e i 59 anni tale prevalenza era del 6 % nelle donne con basso livello di educazione e del 2 % nelle altre. Tra le donne di età compresa tra i 30 e i 69 anni il 9% erano fumatrici, rispetto al 5 % dei controlli (Tab. 1); il rischio di mortalità (Risk Ratio, RR) era di 2, dopo aggiustamento per età, livello di educazione e consumo di alcool. Tale RR corrisponde ad un eccesso di mortalità di 783 morti in questa fascia di età, costituente il 5 % di tutte le morti da qualsiasi causa medica riscontrate nello stu-

dio. Tra le donne più anziane il rischio di morte non era significativamente più elevato tra le fumatrici. Tra i maschi di età compresa tra i 30 e i 69 anni, la percentuale di fumatori era il 55 % tra i deceduti e del 37 % tra i controlli, con un RR di 1.7 (Intervallo di confidenza, CI 1.6 – 1.8). Tale rischio corrisponde ad un eccesso di mortalità di 5751 decessi in questa fascia di età, che corrisponde al 23 % delle morti per tutte le cause mediche nello studio. Il rischio era presente anche tra i soggetti più anziani (70 anni e oltre), con un RR di 1.6 (CI 1.4 – 1.9). Tra le donne di età compresa tra i 30 e i 69 anni il fumo era presente nel 13 % dei decessi per tubercolosi, con un RR di 3 (CI 2.4 – 3.9); nel 14 % dei decessi per malattie respiratorie, con RR 3.1 (CI: 2.5 - 3.8). Tra le 783 morti in eccesso legate al fumo, il 16 % era attribuibile alla tubercolosi, il 28 % alle malattie respiratorie, con percentuali inferiori per

lo stroke (6%) e le malattie cardiache (10%). Tra i maschi nello stesso gruppo di età, il fumo era presente nel 66 % dei morti per tubercolosi, RR 2.3 (CI: 2.1 – 2.6); nel 60 % dei morti per malattie respiratorie, con RR di 2.1 (CI: 1.9 – 2.3). Delle 5751 morti in eccesso in questo gruppo attribuibili al fumo, il 20 % era dovuto alla tubercolosi, il 19 % alle malattie respiratorie. Il rischio relativo di morte per stroke era di 1.6 (CI 1.4 – 1.8) e per malattie cardiache 1.6 (CI: 1.5 – 1.8), con un 19% di morti in eccesso da fumo per malattie cardiache in questo gruppo di età. Il rischio di morte nei fumatori, maschi e femmine, risultava inoltre significativamente aumentato anche per quanto riguarda le malattie neoplastiche e l'ulcera peptica.

Tra le donne, il numero di morti assolute correlate al fumo era troppo esiguo per consentire analisi statistiche affidabili nei vari sottogruppi: residenza urbana o rurale, livello di educazione, uso o non uso di alcool, livello di uso di tabacco.

Tra i maschi compresi tra i 30 e i 69 anni si riscontrava un RR lievemente più elevato nelle aree urbane (1.9) rispetto alle aree rurali (1.6). Anche il rischio di morte per tubercolosi era più elevato nelle aree urbane (2.7) rispetto a quelle rurali (2.3), ma con una differenza non significativa. Tuttavia, poiché la percentuale di morti per tubercolosi era inferiore nelle aree urbane, la tubercolosi costituiva il 15 % delle morti in eccesso correlate al fumo nelle aree urbane e il 22 % di quelle in aree rurali. Al contrario, le malattie cardiache costituivano il 24 % delle morti in eccesso correlate al fumo nelle aree urbane e il 18 % di quelle nelle aree rurali. In questa classe di età, il rischio di morte per tutte le cause mediche tra fumatori e non fumatori non differiva significativamente in base al livello di educazione o il consumo di alcool, oscillando tra 1.6 e 1.7. Era invece riscontrabile un effetto dose-risposta tra la quantità di tabacco fumato ed il rischio relativo di morte, sia tra i fumatori di sigarette, sia tra i fumatori di bidis. Calcolando i tassi di mortalità specifici per età si può stimare che il 62 % delle fumatrici di 30 anni di età possa morire entro i 70 anni, rispetto al 38 % delle non

**Table 1.** Death from Any Medical Cause and Rate of Smoking among Women and Men, Stratified According to Particular Underlying Cause of Death for Subjects between the Ages of 30 and 69 Years.<sup>a</sup>

Age Group and Underlying Cause of Death	No. of Deaths	Proportion Who Smoked %	Risk Ratio (99% CI) <sup>†</sup>	Smoking-Associated Excess Deaths no. (%)
<b>Women</b>				
Age 20–29 yr, any medical cause	2,070	3	1.5 (1.0–2.4)	20 (1)
Age 30–69 yr				
Tuberculosis	1,363	13	3.0 (2.4–3.9)	127 (9)
Respiratory disease	2,288	14	3.1 (2.5–3.8)	221 (10)
Stroke	1,597	8	1.6 (1.2–2.1)	47 (3)
Heart disease	2,473	7	1.7 (1.3–2.1)	77 (3)
Neoplastic disease	2,153	8	2.1 (1.6–2.6)	90 (4)
Peptic ulcer	239	13	2.8 (1.6–4.8)	20 (8)
Liver disease and alcohol	511	11	1.5 (1.1–2.3)	20 (4)
Infection	2,420	8	1.5 (1.2–1.9)	63 (3)
Other or unspecified disease	3,342	8	1.7 (1.4–2.1)	118 (4)
Age 30–69 yr, any medical cause	16,386	9	2.0 (1.8–2.3)	783 (5)
Age ≥70 yr, any medical cause	14,613	8	1.3 (0.9–1.7)	281 (2)
<b>Men</b>				
Age 20–29 yr, any medical cause	1,841	29	1.2 (1.0–1.5)	88 (5)
Age 30–69 yr				
Tuberculosis	3,119	66	2.3 (2.1–2.6)	1174 (38)
Respiratory disease	3,487	60	2.1 (1.9–2.3)	1078 (31)
Stroke	2,200	53	1.6 (1.4–1.8)	423 (19)
Heart disease	5,409	52	1.6 (1.5–1.8)	1102 (20)
Neoplastic disease	2,248	59	2.1 (1.9–2.4)	709 (32)
Peptic ulcer	397	61	1.9 (1.4–2.5)	111 (28)
Liver disease and alcohol	1,596	63	1.6 (1.4–1.9)	389 (24)
Infection	2,842	51	1.3 (1.2–1.5)	366 (13)
Other or unspecified disease	3,992	48	1.3 (1.1–1.4)	399 (10)
Age 30–69 yr, any medical cause	25,290	55	1.7 (1.6–1.8)	5751 (23)
Age ≥70 yr, any medical cause	13,923	45	1.6 (1.4–1.9)	2328 (17)

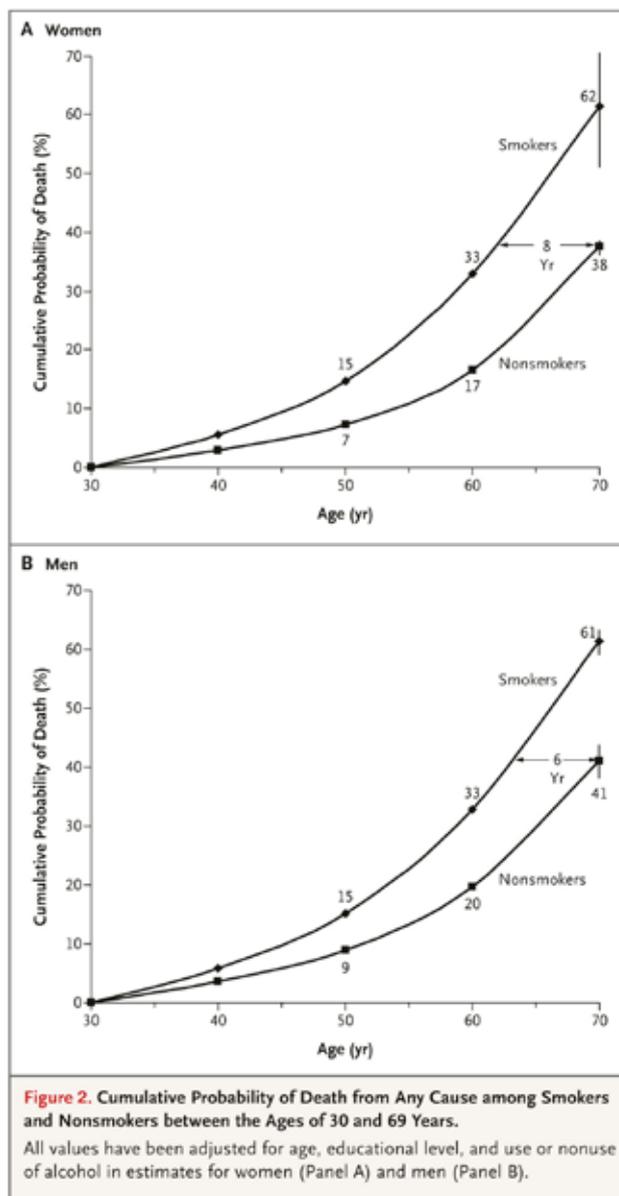


fumatrici della stessa età (Fig. 3A). Un rischio sostanziale è presente sotto i 50 anni di età: il 15 % delle donne fumatrici è destinata a morire tra i 30 e i 49 anni di età, rispetto al 7 % delle non fumatrici. L'età media alla morte suggerisce che le donne fumatrici siano destinate a morire mediamente 8 anni prima rispetto alle non fumatrici. Analogamente, il 61 % dei fumatori dell'età di 30 anni sono destinati a morire prima dei 70 anni, mentre tale percentuale risulta del 41 % tra i non fumatori (Fig. 3B). L'età media alla morte suggerisce che i fumatori siano destinati a morire mediamente 6 anni prima rispetto ai non fumatori. Anche in questo caso è presente un rischio sostanziale sotto i 50 anni: il 15 % dei maschi fumatori è destinato a morire tra i 30 e i 49 anni, rispetto al 9 % dei non fumatori.

È stato inoltre stimato il numero di morti negli adulti indiani nel 2010 ed il numero di morti che potrebbero essere evitate se i tassi di mortalità dei fumatori fossero uguali a quelli dei non fumatori. Tra le donne di età compresa tra i 30 e i 69 anni, il numero di morti in eccesso associate al fumo è del 5 %, mentre tra gli uomini tale percentuale è del 20 %. Il numero complessivo di morti in eccesso legate al fumo nel 2010 è stimabile in 930.000, delle quali 580.000 maschi e 90.000 femmine di età compresa tra i 30 e i 69 anni.

**Discussione e conclusioni:** questo ampio studio ha documentato, tra i maschi di età compresa tra i 30 e i 69 anni, un tasso di mortalità 1,7 volte superiore tra i fumatori rispetto ai non fumatori; tra le donne di pari età il rischio risulta raddoppiato. La maggior parte della mortalità in eccesso è attribuibile alla tubercolosi o alle malattie respiratorie, vascolari o neoplastiche. Sebbene il rischio sia associato con qualsiasi tipo di fumo, esso è sostanzialmente più elevato con l'uso di sigarette rispetto a quello di bidis. (un RR di 2.2 tra i maschi fumatori di sigarette). Tale incremento del rischio non è molto dissimile da quello riscontrato nel Regno Unito<sup>8</sup>. Lo studio non ha invece analizzato gli effetti della cessazione del fumo, in quanto questa è infrequente in India, ma in altre parti del mondo è stata di-

mostrata l'efficacia della cessazione del fumo nel ridurre il rischio. Il rischio da fumo tra le donne in India appare essere almeno altrettanto importante che tra gli uomini. L'entità di tale rischio in entrambi i sessi è piuttosto sorprendente, in quanto in India l'età di inizio dell'abitudine tabagica è più tardiva ed il numero di sigarette fumate è inferiore a quanto riscontrato in Europa e Nord America. L'India sembra avere dei tassi relativamente più bassi di cancro del polmone<sup>9</sup>. Pertanto, nel nostro studio, il numero di morti associate al fumo di tabacco per tubercolosi appare essere oltre dieci volte superiore a quelle per cancro del polmone. Questo alto rischio sembra riflettere gli alti tassi di mortalità per tubercolosi, malattie respiratorie e cardiovascolari anche tra i non fumatori in India. Lo studio presenta alcune limitazioni. In primo luogo, eventuali differenze tra i casi studiati ed i controlli per variabili che non sono state considerate nello studio potrebbero aver influenzato i risultati. In secondo luogo, l'alta associazione di uso di tabacco ed alcool potrebbe avere un effetto confondente, anche se l'incremento di rischio tra i fumatori appare essere simile anche tra coloro che non bevono alcool. In terzo luogo, il metodo dell'autopsia verbale può disconoscere la reale causa di morte in alcuni casi<sup>10</sup>. Pertanto una classificazione più precisa delle cause di morte potrebbe modificare il peso relativo del rischio di morte per una determinata malattia, ma non influenzerebbe il rischio di morte correlato al fumo per tutte le cause. Il quarto



punto è che non è stato possibile ottenere informazioni sull'abitudine al fumo per i soggetti deceduti senza fissa dimora o che vivevano da soli. Pertanto, sono stati ottenuti tali dati solo nell'88 % di tutti i decessi. Per tale ragione, i senza tetto e coloro che vivevano da soli sono stati esclusi anche dal gruppo di controllo. Infine, la tendenza dei fumatori a vivere con altri fumatori può avere influenzato i tassi di fumatori tra i controlli. Eventuali discrepanze nel calcolo delle sigarette fumate tra i casi ed i controlli può avere inficiato il valore del rapporto dose-risposta, ma non quello tra fumatori e non fumatori. Altri studi tra i maschi in India ed in entrambi i sessi in altre parti del mondo hanno fornito sostanziale evidenza che



il fumo possa essere un fattore causale per malattie respiratorie, vascolari e neoplastiche. Al contrario, l'associazione tra fumo e mortalità per malattie epatiche (molto ridimensionata dopo aver corretto i dati per uso o non uso di alcool), sembra essere largamente o

del tutto attribuibile alla frequente associazione tra fumo e alcool. La tubercolosi rappresenta un caso particolare, in quanto il bacillo tubercolare costituisce ovviamente la causa di morte in tutti i decessi per tubercolosi. Tuttavia, anche il fumo potrebbe essere in causa in molte morti per tubercolosi. Poiché l'infezione subclinica è molto diffusa, il fumo potrebbe facilitare la progressione verso la malattia conclamata<sup>11</sup>.

Se ciò fosse vero, il fumo potrebbe contribuire anche alla diffusione del contagio ad altri. Se le associazioni riscontrate in questo studio fossero largamente causali, si potrebbe stimare che il fumo possa causare circa 930.000 decessi in India nel 2010. Di queste, circa 580.000 tra i maschi e 90.000 tra le femmine avverrebbero nell'arco di età compresa tra i 30 ed i 69 anni (circa 1 morte su 20

tra le donne ed 1 su 5 tra gli uomini in questa fascia di età). L'eccesso di mortalità da fumo può spiegare in larga parte la differenza di mortalità tra maschi e femmine di età media in India. A causa dell'incremento della popolazione, il numero assoluto di morti si incrementa di circa il 3% per anno tra le persone di età compresa tra i 30 e i 69 anni, mentre è più elevato per le persone più anziane. Pertanto, nel corso del 2010 il numero di morti da fumo in India dovrebbe essere di circa 1 milione, che è simile al numero annuale di morti in Cina<sup>12</sup>. Di questo milione di morti annuali, circa il 70% dovrebbe verificarsi in età media, piuttosto che in età avanzata. ■

#### Giuseppe Fiorenzano

Fisiopatologia Respiratoria, Cava d'E Tirreni (SA), ASL SA1.

#### Bibliografia

- 1) Jha P. Avoidable mortality in India: past progress and future prospects. *Natl. Med. J. India* 2002; 15: Suppl. 1: 32-6.
- 2) Rani M, Bonu S, Jha P, et al. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. *Tob. Control* 2003; 12(4): e4.
- 3) Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka TS, Jha P. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43.000 adult male deaths and 35.000 controls. *Lancet* 2003; 362: 507-15.
- 4) Gupta PC, Metha HC. Cohort study of all-cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. *Bull. World Health Organ.* 2000; 78: 877-83.

5) Pednekar MS, Gupta PC. Prospective study of smoking and tuberculosis in India. *Prev. Med.* 2007; 44: 496-8.

6) Jha P, Gajalakshmi V, Gupta C, et al. Prospective study of one millions deaths in India: rationale, design, and validation results. *PLoS Med.* 2006; 3(2): e18.

7) Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka S, Balasubramanian S. Verbal autopsy of 48.000 adult deaths attributed to medical causes in Chennai (formerly Madras), India. *BMC Public Health* 2002; 2: 7.

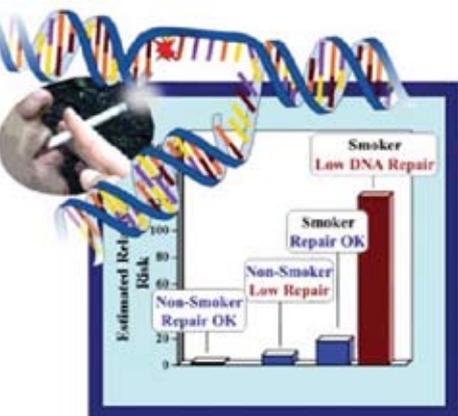
8) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519-33.

9) Gajalakshmi V, Ravichandran K, Shanta V. Tobacco-related cancers in Madras, India. *Eur. J. Cancer Prev.* 1996; 5: 63-8.

10) Kumar R, Thakur J, Rao BT, Singh MM, Bhatia SP. Validity of verbal autopsy in determining causes of adult deaths. *Indian J. Public Health* 2006; 50: 90-4.

11) Bates MN, Khalakdina A, Pai M, Chang L, Lessa F, Smith KR. Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167: 335-42.

12) Liu BQ, Peto R, Chen ZM, et al. Emerging tobacco hazards in China. 1. Retrospective proportional mortality study of one million death. *BMJ* 1998; 317: 1411-22.



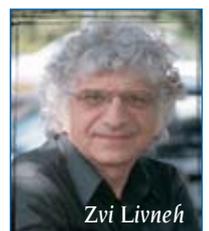
## Si, il fumo fa male. Ma a qualcuno di più

Paz-Elizur T, Krupsky M, Blumenstein S, Elinger Dalia, Schechtman E, Livneh Z. DNA Repair Activity for Oxidative Damage and Risk of Lung Cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1312-19.

D'accordo. Col fumo di tabacco è come scherzare con il fuoco. E si rischia molto. Non sappiamo però perché alcuni fumatori rischiano di più. A fare chiarezza, forse, sta contribuendo il professor Zvi Livneh e la sua equipe del Centro di Ricerca Scientifica "Weizmann" dell'Ospedale Sheba di Tel Aviv. Le statistiche purtroppo parlano chiaro: i fumatori si ammalano di tumore polmonare 20 volte più dei non fumatori, però dei fumatori solo il 10% si ammala di neoplasia polmonare. Perché? L'ipotesi del professor Livneh, che potrebbe contribuire a fare luce su questo anello mancante nella etio-

patogenesi dei tumori polmonari, è di tipo genetica. I fumatori che si ammalano di tumore polmonare avrebbero un basso livello di OGG1 il cui compito sarebbe quello di riparare, aggiustare i danni all'interno del DNA provocati dal fumo. Un fumatore con l'OGG1 basso si ammalerà di tumore polmonare ben 120 volte di più di un non fumatore con l'OGG1 normale. Basterà un esame del sangue per sapere quanto rischia un fumatore. Peccato che ci vorrà ancora qualche anno per mettere a punto il test. Meno di 10 assicura il ricercatore, che nel frattempo e in ogni caso consiglia di non fumare. (www.wis-wander.weizmann.ac.il) ■

(Vincenzo Zagà)



Zvi Livneh



## Niente Bupropione per gli sportivi?

Hasegawa H et al.: *Influence of brain catecholamines on the development of fatigue in exercising rats in the heat. J. Physiol. 2008; 586(Pt. 1): 141-9.*

Il Bupropione, molecola largamente utilizzata come antidepressivo, soprattutto per facilitare la disassuefazione dal fumo, possiede alcune proprietà simil-anfetaminiche, dimostrate essenzialmente in animali.

Il gruppo del professor Romain Meeusen, dell'Istituto di Fisiologia Umana e Medicina dello Sport di Bruxelles, ha studiato gli effetti di una dose elevata di bupropione sulla tolleranza allo sforzo in condizioni estreme nell'animale, in particolare il ratto. È stata misurata la temperatura corporea, la temperatura cerebrale e la temperatura cutanea a liello della coda, durante e dopo un esercizio fisico effettuato in condizioni di calore e 20 minuti dopo la somministrazione di bupropione per via iniettiva (a dose elevata, 17 mg/kg), o di una soluzione salina calda o fredda.

Lo sforzo è stato effettuato fino all'esaurimento alla velocità di 26 m/min ad una temperatura esterna di 30° C e di 18° C. La durata dello sforzo è stata influenzata dal calore ambientale: 143,6 ± 21 min a 18° C e 65,8 ± 13 min a 30° C con la soluzione salina, ma 86,3 ± 7,2 min con il bupropione. Inoltre, la temperatura corporea e la temperatura cerebrale erano significativamente più elevate alla fine dell'esercizio sotto bupropione (ma non la temperatura caudale), mentre le concentrazioni di dopamina e noradrenalina erano significativamente più elevate a livello delle aree corticali pre-ottiche ed ipotalamiche anteriori sotto bupropione. Le concentrazioni di serotonina restavano, invece, identiche; ciò suggerisce, secondo gli Autori, il ruolo fondamentale della dopamina e della noradrenalina nella termogenesi e conferma che il bupropione influenza significativamente la resistenza al calore al punto che il cervello non emette segnali volti ad arrestare l'attività fisica se non quando la temperatura corporea supera i 40° C.



Queste osservazioni nell'animale, se confermate nell'uomo, suggeriscono che il bupropione possa migliorare la "tolleranza" al calore e quindi la performance fisica. Secondo il prof. Meeusen la somministrazione di bupropione provoca un aumento molto importante dei due neurotrasmettitori implicati, i cui effetti favorevoli superano i segnali negativi che indicano all'organismo di interrompere l'esercizio. Pertanto è possibile che una dose importante di questo farmaco possa migliorare la prestazione atletica, ma nel corso di un esercizio effettuato in un ambiente caldo possa presentare dei rischi, anche dal punto di vista cardiovascolare. Tale avvertenza è valida anche per gli sportivi non professionisti. ■

(Giuseppe Fiorenzano)

## Smettere è contagioso

Christakis NA, Fowler JH. *The collective Dynamics of smoking in a large social network. N Engl J Med 2008; 358: 2249-58.*

Una persona che smette di fumare induce parenti, amici e colleghi a imitarlo. Sono queste le conclusioni di un lungo studio, durato ben 32 anni, sulle abitudini e le relazioni di oltre 12 mila persone in cui sono state esaminate le grandi reti sociali. Dallo studio si vede come gruppi compatti di persone che potrebbero anche non conoscersi smettono di fumare contemporaneamente. I ricercatori l'hanno definito un «effetto a cascata»: «Prendiamo tre persone, A, B e C, dove A è amico di B e B è amico di C, ma A e C non si conoscono. Se C smette di fumare, la probabilità che A ha di non fumare aumenta del 30%, indipendentemente dal fatto che B fumi o non fumi. Effetto quindi trainante per uno stile di vita salutare. Un altro fattore importante è l'istruzione: si è maggiormente influenzati dal comportamento degli altri se questi hanno un buon livello di istruzione. E ugualmente, si è più influenzabili se si è istruiti». ■



Marco Mura

Malattie Respiratorie, Policlinico Tor Vergata, Roma

## Rischio aumentato per tumore della cervice

Appleby P, Beral V, Berrington de González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, Plummer M, Sweetland S. *(International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer). Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. Int J Cancer 2006; 118: 1481-95.*

Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di carcinoma squamoso della cervice, ed il rischio aumenta con il numero di sigarette fumate al giorno e con il diminuire dell'età in cui si è iniziato a fumare. Il motivo di questa associazione non è chiaro: dato che non vi è alcuna associazione chiara con la durata del periodo in cui si è fumato, si può ipotizzare che questo parametro sia stato riportato con minore chiarezza rispetto all'età in cui si è iniziato a fumare, e che quest'ultima abbia funto da surrogato per il primo, con l'età di inizio come marcatore di durata del periodo in cui si è fumato. Il presente studio, comunque, conferma che il fumo è un fattore di rischio per il tumore cervicale squamoso, in quanto l'associazione è presente anche nelle donne Hpv+, il che suggerisce fortemente che l'associazione non si debba soltanto a fattori interferenti dovuti al comportamento sessuale. ■

(V.Z.)



# Interferenza vareniclina/amfetamina-destroamfetamina a rilascio immediato

Whitley HP, Moorman K. Interference with smoking-cessation effects of varenicline after administration of immediate-release amphetamine-dextroamphetamine. *Pharmacotherapy* 2007; 27(10):1440-5.

Ad un uomo di 18 anni affetto da "disturbo da deficit di attenzione ed iperattività" (ADHD) è stata prescritta vareniclina per la cessazione dal fumo. Egli ha smesso di fumare dopo una settimana di terapia ed è rimasto senza fumare per i successivi 17 giorni. Nel frattempo, per la sua malattia (ADHD), stava assumendo anche amfetamina-destroamfetamina (Adderall) nei giorni lavorativi. Poiché la scorta di amfetamina-destroamfetamina stava diminuendo, egli assunse solo metà della dose prescritta (30 mg ogni mattina) tra il quarto e il dodicesimo giorno dall'inizio della terapia con vareniclina. Il tredicesimo e il quattordicesimo giorno ridusse il dosaggio a 15 mg; la riserva di amfetamina-destroamfetamina finì il 15 giorno. Al ventitreesimo giorno di terapia con vareniclina, ricevette una nuova prescrizione di amfetamina-destroamfetamina e riassunse la sua posologia iniziale (30 mg due volte al giorno). Entro 48 ore ricominciò a fumare di nuovo. La risomministrazione di vareniclina mentre il paziente continuava ad assumere amfetamina-destroamfetamina non produsse alcun effetto. Questa osservazione può trovare una spiegazione considerando il meccanismo d'azione della nicotina, del farmaco vareniclina e delle amfetamine.

La nicotina, una volta inalata e raggiunto il cervello, agisce sui recettori colinergici nicotinici (nAChRs) localizzati nei neuroni dopaminergici del sistema

mesolimbico nell'area tegmentale ventrale. L'attivazione di tali recettori determina il rilascio di dopamina, mediatore associato con gli effetti di rinforzo e dipendenza non solo della nicotina ma anche di altri psicostimolanti come amfetamine e cocaina. Sebbene la nicotina possa interagire con numerosi sottotipi recettoriali colinergici, sembra che l'attivazione dei recettori mesolimbici contenenti le subunità  $\alpha 4$  e/o  $\beta 2$ , abbia un ruolo centrale nell'induzione della dipendenza (*Trends in Pharmacol Sciences* 2007; 28(7):316-325).

Vareniclina invece è un agonista parziale altamente selettivo per il recettore nicotinico  $\alpha 4\beta 2$  e determina quindi il rilascio di un livello minore di dopamina rispetto alla nicotina, suo agonista completo; in tal modo, nei pazienti che hanno appena smesso di fumare, attenua i sintomi della crisi di astinenza. Recenti ricerche hanno infine evidenziato come anche le amfetamine possano attivare i recettori colinergici nicotinici in oggetto, agendo in modo competitivo in presenza di vareniclina. L'amfetamina però è un agonista completo per tali recettori, mentre vareniclina, come abbiamo visto, un agonista parziale. Ne consegue che, innanzitutto, il lieve rilascio di dopamina prodotto dalla vareniclina risulterebbe insignificante rispetto a quello prodotto dalle amfetamine e che all'aumentare della dose di amfetamine, vareniclina viene allontanata dal recettore. La somministrazione di amfetamine du-

rante un tentativo di astinenza dal fumo determina in conclusione una ricaduta a causa della riattivazione dei circuiti del piacere. Un aspetto di riflessione merita l'effetto dose-dipendente delle amfetamine sull'azione di vareniclina. Il declino delle concentrazioni di amfetamine dovuto alla riduzione posologica graduale nel paziente, non sembra influire sull'azione del farmaco; la riassunzione, però, di 30 mg due volte al giorno dopo 15 giorni dalla cessazione dal fumo, si associa con la ricaduta terapeutica. Evidenze ormai non più recenti (*Clin Pharmacol Ther* 1981;30:497-505), hanno dimostrato che la somministrazione short-term di amfetamine può aumentare l'uso di sigarette e che tale relazione è dose-dipendente. Tutto ciò suggerisce la possibilità di una inibizione competitiva piuttosto che non-competitiva.

Fino ad oggi vareniclina sembrava non avere interazioni farmacologiche clinicamente significative: questa osservazione, insieme con la considerazione che altri farmaci che determinano l'aumento di dopamina nel SNC (bromocriptina, pramipexolo, metilfenidato e la stessa levodopa esogena) possono comportarsi analogamente all'amfetamina, dovrebbe essere ricordata quando si intraprende una terapia farmacologica con vareniclina. ■

**PierGiorgio Cuiuti, Massimo Baraldo**  
Ambulatorio Tabagismo, SOS Tossicologia, AOU "S. Maria della Misericordia", Udine. Dipartimento Scientifico SITAB -Ricerca



Shanghai, nov. 2007

## Cina: fumo responsabile di un ictus su sette

Il fumo di sigaretta è uno dei principali fattori di rischio di ictus in Cina, risultando responsabile di un caso su sette. Mentre le ricerche sulla popolazione occidentale ha dimostrato che il fumo di sigaretta è un forte ed indipendente fattore di rischio di ictus, tale correlazione non era stata finora ben studiata nelle popolazioni asiatiche, compresa la Cina, dove l'ictus è la seconda causa di morte. Il presente studio dimostra che prevenzione e cessazione del

fumo potrebbero costituire un importante approccio per la riduzione del carico sociale derivante dall'ictus. La Cina, oltre a essere la nazione più popolosa del mondo, è anche il principale produttore e consumatore mondiale di sigarette. (*Stroke online* 2008, pubblicato il 6/3)

# Focus On



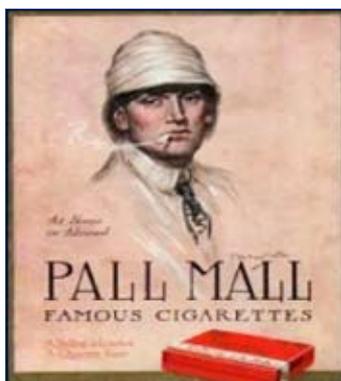
## L'anima del commercio Pubblicità del tabacco nei mass-media

**Andrea Andò**

**S**i sa, tutto ormai gira intorno alla pubblicità: è la vera anima del commercio. Tra i primi ad accorgersene sono stati i proprietari di quelle che oggi sono le maggiori multinazionali al mondo. Tra gli altri, troviamo i grandi magnati del tabacco, che nel tempo sono riusciti a creare un intenso e redditizio legame con il mondo dei mass media. In particolar modo, grazie alla pubblicità – manifesta e non solo – è stato possibile far diventare la sigaretta uno dei prodotti più venduti al mondo.

Il primo caso pubblicitario relativo a questo settore risale al 1798<sup>1</sup>; si tratta di un'immagine in cui viene rappresentato un indiano intento a fumare una lunga pipa riempita col tabacco: ad essere sponsorizzata non è quindi la sigaretta (tra l'altro ancora oggetto sconosciuto all'uomo), ma il particolare uso che gli abitanti del centro America facevano delle foglie di una delle piante più diffuse sul territorio, ossia il tabacco. Deve passare poco più di un secolo per la creazione del primo annuncio pubblicitario a colori di un marchio di sigarette (1901), creato da Pall Mall: come si può evincere dall'immagine a lato è evidente il richiamo non solo unicamente alla figura maschile, ma più in particolare ad un soldato, un uomo fiero e coraggioso.

Secondo lo storico Robert Soliel i due metodi più importanti per diffondere il consumo di sigarette sono stati la pubblicità e la guerra. Infatti, se da un lato si trova chi è stato convertito al fumo da soldato diventando un fedele consumatore dopo la guerra, dall'altro la pubblicità ha fatto sì che gli americani continuassero a comprare sigarette anche durante e dopo la depressione economica del 1929. Un po' di cifre<sup>2</sup>: nel 1931 è stata stanziata una colossale somma di denaro (circa 75.000.000 \$) per la promozione delle sigarette come aiuto per mantenersi snelli e/o come alternativa ai dolci. Que-



sto tipo di promozione, come tra l'altro quella effettuata tramite i modelli cinematografici (ad esempio Marlene Dietrich), ha avuto come principale obiettivo quello di aprire il mercato alle donne, le quali per motivazioni socio-culturali vedevano l'atto del fumare come qualcosa di legato unicamente al mondo maschile. Così nel 1939, alla vigilia di un'altra guerra mondiale, le donne americane si uniscono agli uomini nel consumare 180 miliardi di sigarette in tutto il mondo.

Allo scoppio del conflitto, come accadde durante la prima grande guerra, ai soldati sono state offerte gratuitamente enormi quantità di stecche di sigarette; addirittura nell'Europa postbellica queste hanno sostituito la valuta nel mercato nero.

L'evoluzione della comunicazione pubblicitaria di questo settore ha causato nel tempo un enorme aumento del giro d'affari, che vede la Cina registrare il maggior consumo a livello mondiale, volumi di vendita in grande crescita (nel 2004/2005 è stato registrato un + 11,4%) ed un'elevata spesa pubblicitaria.

Nella successiva tabella<sup>3</sup> vengono presentati gli investimenti pubblicitari nel settore delle sigarette da parte di alcuni paesi dal 2003 al 2005:

PAESE/ANNO	2003	2004	2005
CINA	25.846	66.027	77.268
INDIA	71.628	63.271	35.738
INDONESIA	70.792	108.897	123.743
FILIPPINE	36.348	35.609	40.720
GERMANIA	54.042	55.712	45.858
SPAGNA	82.341	76.827	65.578
UK	7.932	2.413	3.865
USA	215.010	178.691	100.484



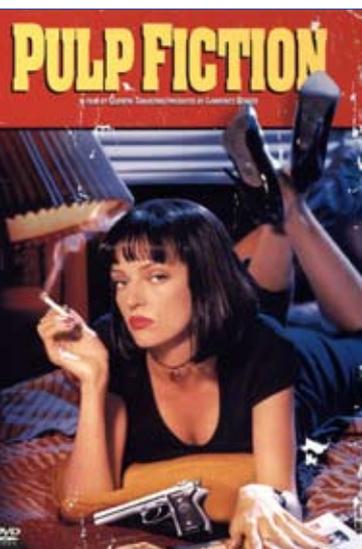
Gli sviluppi della tecnologia e quindi dei mezzi di comunicazione, a partire dalla carta stampata fino ad arrivare ad internet, ha costituito per i produttori di tabacco una notevole fonte di guadagno. Una delle tecniche di marketing più spesso utilizzate per veicolare messaggi pubblicitari a favore del fumo di sigaretta è il product placement, che consiste nell'inserire il marchio di un prodotto all'interno di un film, di uno show televisivo, di un video musicale, dei testi delle canzoni o dei videogiochi.



## LA PUBBLICITÀ DI SIGARETTE NEI FILM

Fare pubblicità all'interno dei film permette di usufruire di due grandi vantaggi. Il primo è dato dall'efficacia della pellicola: grandi attori e storie avvincenti danno al prodotto/marchio una visibilità particolare; il secondo è dato dalle condizioni di fruizione: la visione al cinema del film non è in alcun modo distratta da suoni esterni, quindi il pubblico risulta più concentrato sulle scene rispetto ad altri contesti. Ma non solo il cinema è stato utilizzato come mezzo pubblicitario: tutti i mass media sono stati monopolizzati dalle subdole manovre di Big Tobacco. Sin dagli anni '70 i grandi produttori di sigarette hanno cominciato a conquistare la scena cinematografica; ecco alcuni esempi che riguardano il product placement in questo settore <sup>4</sup>.

- Nel 1979 la Philip Morris ha pagato 42.500 euro per far comparire il marchio Marlboro nel film Superman II. Nel 1982 l'America Tobacco firma un contratto con la Inique Product Placement per piazzare i propri prodotti nei film. Nello stesso anno viene raggiunto un accordo con alcuni attori, tra cui Sean Connery, che per 10.000 euro fumeranno Winston e Camel nel film "Mai dire mai". Nel 1988 la Philip Morris paga 350.000 euro per garantirsi che James Bond fumi le Larks nel film "Licenza di uccidere" e il lancio del film in Giappone coincida con una campagna promozionale delle stesse sigarette. Nel 1996/97 la commissione per il commercio federale statunitense nota che le spese sostenute dall'industria del sigaro per coinvolgere celebrità e i pagamenti effettuati per introdurre i loro prodotti al cinema ed in tv sono più che raddoppiati tra il 1996 ed il 1997.
- Da alcuni studi condotti negli anni '90 emerge che molti marchi di sigarette, in particolar modo Marlboro (presente in circa l'80% dei casi), continuano a comparire nei film nonostante il divieto di product placement firmato dalle multinazionali del tabacco nel 1991.



- Il rapporto del National Cancer Institute 2008 inchioda le pellicole ma anche la pubblicità. Questa è la prima relazione governativa degli USA che riporta conclusioni definitive su come la pubblicità del tabacco sia connessa a un incremento del suo utilizzo tra la popolazione. La scoperta interessante riguarda il fatto che la rappresentazione di scene di fumo nei film è correlata alle prime esperienze dei giovani con le sigarette. Le 'bionde' spuntano nelle scene di oltre tre quarti dei film di maggior successo. L'effetto grande schermo fa sì che con una sigaretta tra le labbra i giovanissimi si sentano Johnny Depp o Winona Ryder <sup>10</sup>.

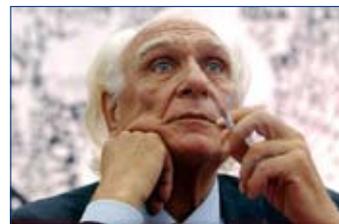
## LA PUBBLICITÀ DI SIGARETTE IN TV

Per quanto riguarda il mondo televisivo, quello che forse è ritenuto dai produttori il più importante veicolo per comunicare ai potenziali fumatori è la musica: esistono infatti molti casi di sponsorizzazione del tabacco in concerti e video musicali che vanno in onda sul piccolo schermo. I primi, in origine non sponsorizzati, vengono registrati e ritrasmessi sulle reti



telesive di alcuni paesi dell'est con l'aggiunta di marchi di sigarette; tra i divi della musica apparsi sui teleschermi sponsorizzati da produttori di sigarette figurano tra gli altri Madonna (sponsorizzata dalla Salem in un concer-

to a Hong Kong) e i Dire Straits (sponsorizzati dalla Kent in un concerto in Malaysia); come accade nel caso dei film, si tratta di star mondiali e quindi di modelli di riferimento che possono influenzare notevolmente le abitudini e i comportamenti del proprio pubblico. Come dimostrato da vari studi, i programmi televisivi si sono rivelati essere quelli che condizionano maggiormente gli adolescenti in termini di promozione del tabacco, in particolare i clip video music con atti fumo <sup>11</sup>. Oltre alla musica, in TV esistono altri mezzi per pubblicizzare le sigarette: non mancano, infatti, annunci pubblicitari occulti durante le fiction, i serial, i reality show e i cartoni animati. Nelle programmazioni per ragazzi sembra non esserci alcuna attenzione verso il problema: è a tal proposito importante ricordare che Italia1, la rete Mediaset che ha come target i ragazzi, mostra continuamente immagini di fumo in alcuni dei cartoni ogni giorno in onda all'ora di pranzo, cioè "Lupin III" e "I Simpsons". Va infine ricordata la pubblicità indiretta al fumo di tabacco effettuata, spesso in maniera subdola; da alcuni personaggi televisivi (Pannella, Ferrara, Funari ecc.).



## LA PUBBLICITÀ DI SIGARETTE SULLA STAMPA

La stampa è di certo il primo mezzo utilizzato dalle multinazionali sin dall'inizio del '900, facendo leva in particolare sulle



immagini e sulle motivazioni all'avventura, alla seduzione, al rischio e al divertimento piuttosto che sugli effetti poco sani del fumare, diminuendo potenzialmente i rischi percepiti dal fumatore. Tramite questo mezzo è molto facile per gli inserzionisti raggiungere i diversi target, incluse donne e bambini, in quanto esiste una quantità immensa di riviste, di qualsiasi



genere e per qualsiasi tipo di persona, che non permette alle autorità dei controlli ferrei. Il più particolare caso in questo ambito è quello della Camel che nel 1984 ha creato uno dei personaggi più famosi della storia della pubblicità: Old Joe detto anche (detto anche Joe Camel), cammello stilizzato e con sembianze umane, capace di lanciare mode ed essere più facilmente riconosciuto dai bambini americani rispetto all'immagine di Mickey mouse della Disney<sup>5,6</sup>.

Siegel<sup>7</sup> ha esaminato le spese pubblicitarie tra il 1995 ed il 2000 di 15 marche di sigarette e l'esposizione dei giovani a queste campagne, visionando un totale di 38 periodici con un minimo di 2 milioni di lettori compresi tra i 12 e i 17 anni. L'autore della ricerca precisa che lo scopo è quello di misurare quante volte potenzialmente un adolescente potrebbe vedere un messaggio e non quante volte effettivamente lo vede. La percentuale di giovani che potenzialmente hanno potuto vedere la pubblicità varia dall' 81.9% all'88.4% per sigarette con target giovanile e dal 55.5% all' 80.1% per marche con target adulto; la percentuale di giovani che hanno visto le pubblicità per almeno tre volte in un anno varia tra il 61.3% e l'87.9%. Infine la frequenza media di pubblicità presente sui periodici varia dalle 10.2 alle 32.8 esposizioni per anno.

## LA PUBBLICITÀ DI SIGARETTE ALLA RADIO

Ai giorni nostri la radio è uno dei mezzi di comunicazione maggiormente preso in considerazione dai giovani e proprio questo motivo rende appetibile questo mezzo di comunicazione ai grandi produttori di sigarette. La strategia di mercato più usata da parte delle industrie di tabacco non è quella di mandare in onda veri e propri spot, ma di sponsorizzare, come già successo agli albori della TV, determinati programmi. Uno dei casi più rilevanti è quello della Camel, che anche in questo campo è una delle case di produzione più attive. L'azienda sponsorizzò negli USA alcune trasmissioni che andavano in onda negli anni '30, come "Camel quarter hour", "All star radio revue"

e "Camel caravan". Oggi, come accade anche per gli altri mezzi di comunicazione, è più facile ascoltare la pubblicità di sigarette alla radio durante programmi per ragazzi o a maggior ragione su quelle frequenze radiofoniche che si rivolgono soltanto a questo segmento di pubblico piuttosto che su programmi o frequenze per adulti. Ciò accade soprattutto nei paesi

dell'est europeo ed asiatici: a Budapest, ad esempio, esiste una stazione radiofonica che trasmette un programma di musica rock intitolato "Marlboro Hit Parade", mentre in Cina la Philip Morris, appartenente al Gruppo Altria e proprietaria del brand Marlboro (ma anche di Muratti, Chesterfield, Philip Morris, Diana, Merit e molte altre), sponsorizza uno spettacolo radiofonico intitolato "Marlboro American Music Hour".

## LA PUBBLICITÀ DI SIGARETTE ON-LINE

Vista l'importanza acquisita da internet negli ultimi decenni anche i produttori di tabacco hanno cominciato a pubblicizzare in rete i loro prodotti. Ciò è stato fatto in due modi: allestimento di siti che proiettano l'utente all'interno dell'azienda, rendendolo parte propria, e product placement. Tra l'altro tramite alcuni portali è possibile vedere video in streaming (come ad esempio youtube), all'interno dei quali spesso viene pubblicizzato l'atto del fumare. Il principale vantaggio di questo tipo di pubblicità è il facile accesso da parte di tutte le fasce d'età e il raggiungimento di tutti quegli stati - Italia compresa - in cui la pubblicità di sigarette è vietata.



Malone e Bero<sup>8,9</sup>, hanno esaminato l'accessibilità e il fascino esercitato sui giovani da parte di siti attraverso cui si pubblicizzano e vendono i sigari, sigarette o altri prodotti a base di tabacco. Questi portali si presentano come molto allettanti in quanto offrono un prodotto ad un prezzo minore rispetto a quello cui si è soliti comprarlo e varie modalità di pagamento. Da ciò è facile capire come in rete non esistano barriere. ■

Andrea Andò  
Psicologo, Messina

### Bibliografia

1. Moyer B. D. The tobacco book: a reference guide of facts, figures, and quotation about tobacco, New York, Sunstone Press, 2005.
2. Mander M. (a cura di) Storia di un successo bestiale, Lupetti, Milano, 2002.
3. Brondoni S. Pubblicità, sponsorship e marketing delle sigarette, Mark up, luglio/agosto 2006, p. 23.
4. LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), dossier "Il fumo nel mondo del cinema e della moda", 2003.
5. Di Franza J.R., Richards J.W., Paulman P.M., RJR nabisco's cartoon Camel promotes Camel cigarettes to children, Journal of the American Medical Association - 1991, 266 (22), pp. 3149 - 3153.
6. Mangiaracina P. Pubblicità occulta e manifesta sul tabacco. Tesi di laurea 2006, facoltà di Sociologia, Università "Sapienza" di Roma. www.gea2000.org/documenti/zip/publitab\_06.zip
7. Siegel M. Counteracting tobacco motor sports sponsorship as a promotional tool: is the tobacco settlement enough?, American Journal of Public Health, luglio 2001; Vol. 91, pp. 1100-1110.
8. Pietrantonio L, Ria M. Consumo di tabacco e influenza dei media, Tabaccologia, 2003; 4: 30-35.
9. Malone R E, Bero LA. Cigars youth and the internet link. American Journal of Public Health, 2000; 90: 790-792.
10. (DuRant RH, Rome ES, Rich M, Allred E, Emans SJ, Woods ER. Tobacco and alcohol use behaviors portrayed in music videos: a content analysis. Am J Public Health. 1997;87:1131-1135).
11. (<http://www.adnkronos.com:80/IGN/Cronaca/?id=1.0.2429141940>)



## Chiaroscuri e ombre

# L'Ipnosi nel trattamento della dipendenza tabagica

Giuliana Savino

### INTRODUZIONE

In Italia si stima che siano novantamila l'anno le morti attribuibili al fumo di tabacco, dato davvero preoccupante per non potenziare le politiche mirate alla prevenzione. Le numerose campagne contro il fumo di sigarette, condotte in questi anni, hanno sortito l'effetto che dal 2001 ad oggi circa due milioni e quattrocentomila italiani (in base ad un'indagine Doxa<sup>1</sup>) hanno smesso di fumare. Questi risultati non sono considerati ancora del tutto soddisfacenti. Diverse e svariate sono le iniziative delle Regioni italiane contro il fumo di tabacco. La Regione Piemonte ha redatto nel maggio 2007 un'interessante relazione contenente le linee guida clinico-organizzative per la cessazione del fumo di tabacco<sup>2</sup>. Fumare fumo di tabacco è diventato purtroppo una trasgressione lecita e molti soggetti trovano difficile rinunciare al "piacere della trasgressione", tendenza presente soprattutto nei giovani. In realtà sia l'*American Psychiatric Association*, nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)<sup>3</sup>, già dal 1999, sia l'OSM annoverano l'assuefazione da tabacco tra le forme di dipendenza da sostanza. Il DSM-IV elenca un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici, indicanti la presenza nell'individuo di dipendenza da sostanza; in esso sono anche individuati i sintomi per classificare come compulsiva la modalità d'uso della sostanza tipica della dipendenza. I trattamenti per la dipendenza da fumo di tabacco di provata efficacia mostrano comunque un tasso di successo relativamente basso se misurati a lungo termine. La metodologia che mostra i risultati migliori, negli studi controllati e randomizzati, è quella che prevede un intervento cognitivo-comportamentale associato alla terapia farmacologica. La necessità di ricorrere ad un farmaco è più alta nei pazienti che mostrano un punteggio elevato al test di Fagerstrom<sup>4</sup>, uno strumento rivelatosi affidabile e molto utile nel misurare la dipendenza fisica da nicotina. I metodi considerati più efficaci per il superamento dalla dipendenza sono quelli multicomponenziali<sup>5</sup>, che utilizzano tecniche terapeutiche combinate, sostenute principalmente da strategie psicologiche funzionali all'incremento del livello motivazionale<sup>6</sup>. L'articolo esamina come l'ipnosi si inserisca in questo tipo di intervento e come, attraverso l'uso facilitato di tecniche e di messaggi suggestivi, possa sostenere ed incrementare la motivazione del paziente.

### L'IPNOSITERAPIA

Dal 1958, l'ipnosi è stata riconosciuta dalla *American Medical Association* come una forma legittima di trattamento terapeutico, quando somministrato da un medico adeguatamente formato. Con l'avvento di società di certificazione e con un più attento

controllo da parte delle organizzazioni internazionali, l'ipnosi ha aumentato il suo livello di professionalità e sono cresciute le applicazioni cliniche in cui essa è utilmente impiegata.

Nonostante diverse evidenze abbiano dimostrato utilità ed efficacia dell'ipnosi per la cura di svariati disturbi e malattie, come trattamento singolo o di sostegno ad altre terapie, a volte prevale lo scetticismo derivante da una tendenza a dubitare di qualcosa che non si conosce o a temere l'ignoto. Recenti studi hanno mostrato che l'ipnositerapia è in grado di fornire ottimi risultati quando sia fatta precedere da chiare informazioni al paziente sull'uso dell'ipnosi in medicina<sup>7</sup>. L'ipnosi contro la dipendenza da nicotina può essere impiegata come terapia singola, ed in tal caso mira a ridurre nel soggetto la voglia di fumare, aumentando la volontà di smettere, o come terapia complementare, ed in tal caso serve a rinforzare la concentrazione sul secondo tratta-



mento. Si può praticare l'ipnosi di gruppo, anche se i trattamenti collettivi sono ritenuti meno efficaci delle tecniche individuali. Lo psichiatra americano Herbert Spiegel, dell'Università di Columbia, afferma che l'ipnosi è una risposta a un segnale esterno o a un proprio segnale interno che attiva una capacità di acquisire consapevolezza nel soggetto e che permette una maggiore concentrazione per raggiungere la meta desiderata. Egli ritiene che l'ipnosi sia uno

stato alterato della coscienza che sviluppa al massimo la capacità di concentrazione. Alla base dell'induzione ipnotica vi è la suggestione. La sua attuazione inizialmente può essere condizionata dalla realtà presente. Progressivamente il paziente sotto ipnosi si astrae dalla realtà circostante se ne libera e vive, più o meno intensamente, la concentrazione ipnotica, le suggestioni si traducono in immagini. Anche se l'efficacia dei messaggi suggestivi è legata alla realtà che il soggetto inizialmente vive, alla quale deve collegarsi l'ipnotista, Spiegel, per quanto attiene alla terapia di disassuefazione dalla dipendenza da tabacco, suggerisce essenzialmente tre suggestioni ipnotiche: per il mio corpo il tabacco è un veleno; il mio corpo merita d'essere protetto dal fumo; è possibile e gradevole vivere senza fumo.

L'ipnotista attraverso le suggestioni, induce immagini, sensazioni, allo scopo di evocare schemi associativi e processi mentali naturali preesistenti nella mente del paziente. Erickson afferma che l'ipnotista può evocare sia i ricordi in quanto questi si trovano già nella mente della persona, sia altri fenomeni ipnotici solo perché nel paziente esistono già schemi cognitivi predisposti per tali processi. L'approccio ipnotico ericksonianesimo si basa su una strategia terapeutica che privilegia strumenti quali la comu-



nicazione indiretta e metaforica, l'utilizzazione delle risorse del paziente, l'adeguamento dell'intervento alle sue caratteristiche e necessità. In base a quanto scritto in precedenza, risulta chiaro che, nell'intraprendere l'ipnositerapia per la cessazione della dipendenza da tabacco, è necessario comprendere le ragioni specifiche che spingono il paziente a fumare e possibilmente individuare la personalità del soggetto. La ragione principale che rende difficile smettere di fumare, oltre alla dipendenza da nicotina, è l'abitudine, che diventa rituale, parte significativa della propria vita quotidiana. L'ipnositerapia deve quindi tendere a modificare quei processi mentali che portano il paziente ad accendere una sigaretta in determinate situazioni per un'abitudine ormai in lui radicata. Non vanno neanche sottovalutati il "piacere della trasgressione" e la "gratificazione orale". In alcuni casi il fumare sottende o una tendenza alla depressione o una vera e propria depressione conclamata, in questi casi occorre un trattamento adeguato, con un sostegno psicologico durante la cura<sup>8</sup>.

Le esperienze di ipnosi come terapia singola sono state condotte sia per una durata breve, limitata ad una o due sedute, eventualmente seguite da colloqui anche solo telefonici. Come si è detto le formule della suggestione ipnotica finalizzata alla terapia di disassuefazione dalla dipendenza da tabacco possono essere quelle standard suggerite da Herbert Spiegel o specifiche derivanti dalla precedente individuazione della personalità del soggetto.

## L'AUTOIPNOSI

Per perseguire obiettivi di rinforzo della motivazione a mantenere l'astinenza, e quindi di prevenzione della ricaduta si insegnano tecniche di autoipnosi, che consentono al soggetto di riprodurre, quando ne senta la necessità, lo stato di rilassamento e quelle suggestioni che egli reputa più positive. L'autoipnosi è uno stato ipnotico raggiunto in maniera autonoma dal paziente in risposta o a suggestioni postipnotiche o ad auto-suggestioni e richiede l'attivazione di un complesso riflesso condizionato. A volte perché l'autoipnosi abbia successo è necessario un suggerimento sulle suggestioni postipnotiche da parte dell'ipnotista. L'apprendimento dell'autoipnosi, che può richiedere tempi variabili da soggetto a soggetto, è uno strumento che incrementa le possibilità di successo nella soluzione della dipendenza tabagica, dove ha trovato un impiego assai esteso e importante. Crasileck<sup>9</sup> consiglia di far praticare giornalmente l'autoipnosi ai propri pazienti, in particolare ai pazienti con disordine dell'abitudine, e suggerisce di insegnare al paziente a seguire le istruzioni di autoipnosi in forma di suggestione diretta. In questo modo si consente al soggetto di acquisire un proprio senso di autocontrollo e si pone in secondo piano il controllo del terapeuta. Citrenbaum<sup>10</sup>, nel suo lavoro sui disordini delle abitudini, crede nell'uso regolare dell'autoipnosi per prevenire significativamente le ricadute e propone ai pazienti di dedicarsi costantemente all'autoipnosi chiarendo di non ricorrere a suggestioni negative, ma lasciando un libero e ampio spazio all'inconscio. Lo stesso autore istruisce i fumatori all'autoipnosi per ridurre i rischi di ricaduta. Può anche accadere che un paziente entri in autoipnosi in modo resistente per sfuggire



al lavoro terapeutico<sup>11</sup>, come sottolineato da Erickson. Lo stato autoipnotico, attraverso il rilassamento psicosomatico può essere utile a vincere l'ansia che deriva dalla paura del "non farcela" ad astenersi dal fumare. Le autosuggestioni saranno tanto più efficaci quanto più sono state ripetute e si sono radicate nel profondo.

## INDAGINI SULL'EFFICACIA DELL'IPNOSITERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

L'applicazione dell'ipnosi nel trattamento del tabagismo ha avuto soprattutto negli ultimi anni una discreta diffusione, anche se i risultati per quanto riguarda l'astensione totale dal fumo e la sua durata sono molto divergenti. Già nel 1987 Erich Fromm aveva evidenziato i benefici risultati ottenuti dall'ipnosi nei venticinque anni precedenti<sup>12</sup>. Nella tabella seguente sono indicati alcuni risultati riportati in letteratura riguardanti l'efficacia dell'ipnositerapia per la cessazione della dipendenza da nicotina. Altri dati, non aggregati per la cessazione da fumo, sono disponibili in una tabella riportata sul sito dell'Istituto KIKH<sup>13</sup>. Dall'esame dei risultati proposti si ottiene, con una valutazione di larga massima, una forchetta molto ampia, con il valor minimo intorno al venti per cento e quello massimo tra l'ottanta e il novantacinque per cento. Il valore massimo pari al novantacinque per cento (non riportato in tabella) è stato ottenuto combinando l'ipnositerapia con un approccio psicoterapeutico alternativo denominato NLP "Neuro-Linguistic Programming"<sup>14</sup>, mentre la sola applicazione dell'ipnosi aveva portato ad un tasso di successo del cinquantuno per cento. Purtroppo nonostante le indagini riportate in letteratura siano svariate, molte fanno riferimento a campioni di piccole dimensioni, inoltre non sempre sono chiariti tipologia degli interventi effettuati, campo di età dei soggetti, particolarità delle situazioni, il numero delle sedute, la durata di esse, le tecniche ipnotiche applicate e le suggestioni usate, il tipo di pazienti se studenti, volontari o malati, il tipo di trattamento, il che rende difficile il confronto. Il risultato più significativo, che emerge dall'esame delle indagini fin qui condotte, è che i maggiori successi dell'ipnositerapia si conseguono con programmi che comprendono numerose sedute, forti interazioni tra ipnotista e paziente, suggestioni rese aderenti alle scelte da parte del paziente e l'adozione di strategie psicologiche funzionali all'incremento del livello motivazionale (vedi tabella).

Per comprendere la possibile efficacia di un trattamento ipnotico occorre partire da un dato essenziale anche se solo indicativo. La possibilità di essere ipnotizzati vede un quindici per cento della popolazione disponibile e predisposta favorevolmente, contro un venticinque per cento resistente all'ipnosi, il restante sessanta per cento è disponibile all'ipnosi in modo *random*, essendo molto condizionato da situazioni contingenti e dal contesto in cui si opera. Inoltre tra il quindici per cento dei disponibili all'ipnosi<sup>26</sup> si annoverano soggetti con forte propensione al rigetto di suggestioni, che possono essere state presentate in modo inappropriato o che sono considerate inaccettabili<sup>27</sup>. È evidente che nonostante i successi, anche personali, che si possono vantare nell'applicazione dell'ipnositerapia nel trattamento tabagico, per poter esprimere un giudizio scientificamente valido sulla sua efficacia occorrerebbe stabilire dei protocolli standard del trattamento stesso, sia esso singolo, di gruppo o di sostegno ad altri



Anno pubblicazione	Autori	Durata trattamento	Numerosità del campione	Tasso di successo ipnositerapia	Note
1970	Kline M.V. <sup>15</sup>	12 h	60	88% (ad un anno)	I pazienti avevano provato altri metodi senza successo
1970	Spiegel H. <sup>16</sup>	45 min	615	36% (ad un anno)	I pazienti avevano provato altri metodi senza successo
1987	Weilbacher Venturini	Max 2 sedute di 45 min	368	56% (a tre anni)	I migliori risultati sono stati ottenuti nei soggetti che fumavano una notevole quantità di sigarette
1990	Crasilneck <sup>17</sup>	variabile	4355	81%	È stata insegnata l'autoipnosi
1992	Viswesvaran C. Schmidt F.L. <sup>18</sup>	variabile	72000	36%	3% superiore ai metodi basati su sostituti della nicotina e 15% superiore ai tentativi di smettere da soli
1994	Johnson D.L. Karkut R.T. <sup>19</sup>	variabile	172	86% (a tre mesi)	Metodi aggiuntivi di aversione
2000	Ahijevych K. Yerardi R. Nedilsky N. <sup>20</sup>	60 min	2810	22%	Ipnositerapia definita: "probabilmente efficace"
2001	Barber J. <sup>21</sup>	variabile (con 3 anni il tasso sale al 90,6%)	43	43% (a sei mesi)	Metodi aggiuntivi di aversione
2002	Nagar <sup>22</sup>	variabile tra 3 e 8 sedute	700	40,7%	Ad un anno il tasso si abbassa al 23% (uomini), 19,9% (donne)
2004	Elkins G.R. Rajab M.H. <sup>23</sup>	variabile	21	81%	il 48% con astinenza a 12 mesi post-trattamento
2005	Green J.P. Lynn S.J. Montgomery G.H. <sup>24, 25</sup>	variabile	59 studi	50%	Successo maggiormente positivo da parte degli uomini

interventi. In realtà questo è estremamente difficile da realizzare nel campo dell'ipnositerapia, infatti, come affermato da Milton Erickson, le tecniche induttive della *trance* ipnotica sono innumerevoli, in quanto ogni persona è sensibile a stimoli verbali e fisici personali e molto spesso differenti per ciascun individuo. Quindi in base alle caratteristiche e ai comportamenti del paziente l'ipnotista dovrà ricercare le tecniche induttive più adatte e le suggestioni più appropriate. Erickson non elabora protocolli, ma lascia libertà al terapeuta di individuare il miglior approccio per indirizzare il paziente alla scoperta di sé. Il successo di una induzione ipnotica è legata alla disponibilità del soggetto a collaborare e ad abbandonarsi al controllo dell'ipnotista. Le Linee Guida statunitensi del 1996 non riportarono meta-analisi sull'ipnosi a causa dei pochi studi concordi sui criteri di inclusione, e quelli utilizzati avevano usato procedure ipnotiche molto eterogenee fra loro. Non c'erano tecniche d'intervento comuni o standard per poter fare un'analisi omogenea. La letteratura scrinata nelle Linee Guida del 2000 non mostrò nuovi studi pubblicati sul trattamento della dipendenza da tabacco con criteri d'inclusione omogenei mediante ipnosi. Alcuni dubbi sull'efficacia dell'ipnosi nelle terapie contro la dipendenza da tabacco sono stati sollevati dalla *Cochrane Collaboration*. La revisione *Cochrane* del 2006<sup>28</sup> afferma che i risultati degli studi condotti sull'efficacia dell'ipnositerapia sono contraddittori e non vi sono prove di una sua maggiore efficacia rispetto all'assenza di trattamento o alle semplici informazioni e raccomandazioni di smettere. Per valutare l'efficacia dell'uso dell'ipnosi nella cessazione della dipendenza da tabacco, i ricercatori della *Cochrane Collaboration* hanno considerato validi solo

quegli esperimenti basati su criteri standardizzati. Essi hanno constatato che l'ipnosi nel campo della suddetta efficacia è stata ancora poco studiata e che in base a tali criteri solo nove studi, pubblicati tra il 1975 ed il 1988, potevano essere selezionati. La conclusione principale alla quale sono giunti i ricercatori della *Cochrane Collaboration* è che ancora il numero di casi studiati è troppo piccolo perché i risultati possano considerarsi significativi sul piano statistico e di qui la necessità di altri studi approfonditi di elevata qualità. I ricercatori della *Cochrane* affermano di aver utilizzato i *database* di MEDLINE (un servizio della U.S. *National Library of Medicine* e del *National Institute of Health*), EMBASE (*Excerpta Medica Database Guide*), AMED (*Allied and Complementary Medicine Database*), SCI (*Science Citation Index*), SSCI (*Social Sciences Citation Index*) e CISCOS (*Centralised Information Service for Complementary Medicine*). In realtà esistono altri *database*, non presi in esame, che contengono informazioni sulla *smoking cessation* altrettanto importanti quali DARE (*Database of Abstracts of Reviews of Effects*), NHS EED (*NHS Economic Evaluation Database*) tra l'altro presente nella *Cochrane Library*, HDA (*Health Development Agency*), PSYCHLIT (*Psychological Literature and Information- PSYCHINFO* - del *Department of the American Psychological Association*), ECONLIT (*American Economic Association's electronic bibliography*), l'*Health Information Resource Database* dell'NHIC (*National Health Information Center*). In contrasto con la *Cochrane Review* e altre *Reviews*, un recente piccolo studio pubblicato su *Chest* nel 2007, ha riportato alcuni preliminari risultati positivi con l'ipnositerapia nella *smoking cessation*<sup>32,33</sup>. Anche Nagar<sup>29</sup>, autore di un testo specifico su fumo e ipnosi<sup>30</sup>, sostiene che alcuni studi più recenti, rispetto a quelli esaminati dalla *Cochrane*, sono in grado



di rivalutare le effettive possibilità del metodo di ipnositerapia, se correttamente utilizzato. Egli afferma che per la disassuefazione dal fumo l'ipnosi è uno strumento particolarmente efficace, anche se complesso, in quanto l'apprenderne l'uso corretto richiede impegno, tempo, volontà e fatica. Occorre ottimizzare sia l'intervento cognitivo comportamentale sia le tecniche e le suggestioni ipnotiche. I risultati sono da sempre legati non solo alla patologia presente, ma alla capacità ed abilità dell'ipnotista. Pertanto, afferma Nagar, gli studi esaminati dalla *Cochrane Collaboration* possono riguardare casi trattati con tecniche inadeguate e insufficienti, ai quali inevitabilmente corrispondono risultati deludenti, con l'augurio che *Cochrane* possa rivedere nei prossimi anni le conclusioni cui è giunto sull'efficacia dell'ipnosi nella disassuefazione dalla dipendenza da tabacco. Il dibattito favorito dalle conclusioni della *Cochrane Collaboration* dovrebbe indurre le società internazionali di ipnosi ad affrontare il problema per evitare sia che singole associazioni stabiliscano propri criteri di valutazione o definiscano propri protocolli, sia che possa essere messa in dubbio l'efficacia dell'ipnositerapia nel trattamento del tabagismo con sterili contrapposizioni tra favorevoli e contrari.

## CONCLUSIONI

Secondo l'ipotesi di Weillbacher e Venturini l'ipnosi si propone come una tecnica di supporto alla motivazione del paziente che, attraverso questo strumento, persegue l'obiettivo di aumentare le possibilità di successo della terapia, rendendola aderente alle scelte da parte del tabagista stesso. Il fatto che l'ipnosi non

debba necessariamente essere accompagnata da un trattamento farmacologico, potrebbe contribuire a renderla indicata per quei soggetti che rifiutino l'assunzione di farmaci per la cessazione della dipendenza da tabacco o per i quali sia controindicata. Infine, l'ipnosi è uno strumento che può inserirsi in una strategia di intervento cognitivo comportamentale, componente fondamentale nella terapia della dipendenza tabagica. Con l'ipnosi il soggetto è invitato a partecipare pienamente alla propria terapia con l'apprendimento dell'autoipnosi ed è evitato il rapporto gerarchico terapeuta-paziente. Resta il problema della mancanza di evidenze nella letteratura internazionale, per la difficoltà a definire protocolli standard ai quali attenersi. Resta la descrizione di numerose esperienze positive nella *smoking cessation* sulle quali occorrerà lavorare attraverso metodologie standardizzate per ricavare una verifica attendibile di efficacia. Ricordiamo però le parole di Sarah Williams<sup>31</sup>: «Oltre al suo uso in medicina generale, l'ipnosi è impiegata dagli psichiatri per il trattamento di disturbi di ansia, disturbi alimentari, fobie e dipendenze. In molti casi, la potenza della suggestione, che l'ipnosi fornisce, è sufficiente a cambiare il modo in cui i pazienti considerano se stessi, i loro corpi e ciò che li circonda. In ipnosi medica, non vi è alcun movimento oscillatorio di un orologio d'oro appeso ad una catena e neanche le risate di un pubblico. I trattamenti che sono sviluppati, tuttavia, sono certamente validi più per i pazienti che per ottenere qualsiasi gran quantità di applausi.» ■

**Giuliana Savino**

(Psicologa, psicoterapeuta, specializzata in Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana presso la SIPE, Società Italiana di Ipnosi e Psicoterapia)

## Bibliografia

1. Doxa, Il fumo in Italia, VII Convegno Nazionale, Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale, <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/doxa%202005.1118905003.pdf>
2. Commissione regionale anti-tabacco regione Piemonte, Quaderno n. 3, Cessazione del fumo di tabacco, Linee guida clinico-organizzative per la regione Piemonte, aprile 2007, <http://www.cipespiedmonte.it/cedo/allegati/2296-Liberi-dal-fumo-Linee-Guida-aprile2007.pdf>
3. American Psychiatric Association, DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano 1996
4. Fagerstrom K, Schneider N., Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire, *J. Behav Med*, Vol. 12, No. 2, 1989; 159-182
5. Bettinardi O., Valutazione e trattamento del tabagismo, Giornale di Riabilitazione, Rivista trimestrale di Valutazione Funzionale e Riabilitazione Cardiologica, Angiologica e Respiratoria, Volume XVII, N.2, giugno 2001, pp. 141-144
6. Miller W., Rollnick S., Il colloquio di motivazione, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1994
7. Thomson L. A project to change the attitudes, beliefs and practices of health professionals concerning hypnosis. *Am J. Clin. Hypn.* 2003; 46:31-44.
8. Merati L., L'ipnosi come terapia contro il tabagismo, Atti XVII Congresso nazionale S.I.M.P., Siena 1999
9. Crasilneck H.B., Ipnosi clinica, Astrolabio, Roma, 1978
10. Citrenbaum C.M. King M.E. Cohen W.I., Il controllo delle abitudini mediante l'ipnosi, Astrolabio, Roma, 1987
11. Erickson M.H. Rossi E.L., L'esperienza dell'ipnosi, Astrolabio, Roma, 1985
12. Fromm E. Significant developments in clinical hypnosis during the past 25 years. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1987;35:215-230.
13. Effekstärken und weitere Kennwerte für 133 klinische Studien zur Wirksamkeit von Hypnose (<http://www.hypnose-kikh.de/metaanalyse/meta.pdf>)
14. Smoke Free International, <http://www.smokefreeinternational.com/report.php>
15. Kline M.V. The use of extended group hypnotherapy sessions in controlling cigarette habituation. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1970;18:270-282.
16. Spiegel H. A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1970;18:235-250.
17. Crasilneck H.B. Hypnotic techniques for smoking control and psychogenic impotence. *Am. J. Clin. Hypn.* 1990;32:147-153.
18. Viswesvaran C., Schmidt F.L. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J. Appl. Psychol.* 1992;77:554-561
19. Johnson D.L., Karkut R.T., Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion. *Psychol. Rep.* 1994;75:851-857.
20. Ahijevych K., Yerardi R., Nedilsky N., Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 2000;48:374-387.
21. Barber J., Freedom from smoking: integrating hypnotic methods and rapid smoking to facilitate smoking cessation. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2001;49:257-266.
22. L'esperienza dell'Ambulatorio di Ipnoterapia e Disassuefazione dal fumo dell'Ospedale Molinette di Torino, <http://www.ipnosiefumo.it/disassuefazione/risultati.htm>
23. Elkins G.R., Rajab M.H., Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 2004 Jan;52(1):73-81.
24. Green J.P., Lynn S.J., Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 2000;48:195-224
25. Green J.P., Lynn S.J., Montgomery G.H., A meta-analysis of gender, smoking cessation, and hypnosis: A brief communication. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.*, 2006; 54(2):224-233
26. Covino N. A., Bottari M., Hypnosis, Behavioral Theory, and Smoking Cessation, *Journal of Dental Education*, Volume 65, No. 4, April, 2001, 340-347
27. Hilgard E.R., Personality and hypnotizability: inferences from case studies. In: Hilgard E.R., *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1965.
28. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Hypnotherapy for smoking cessation, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001008.html>
29. Mangiaracina G., Nagar A., Dialoghi intorno all'ipnosi, Tabagismo & pfc, Anno VII - n° 65 - Marzo 2005 [www.tabaccologia.org/letter65.html](http://www.tabaccologia.org/letter65.html) (14)
30. Nagar A., Ipnosi e fumo. Ipnosi e tecniche cognitive-comportamentali nella disassuefazione tabagica, Torino, settembre 2004
31. Williams S., Hypnosis practices gain credibility, *John Hopkins news-letter*, Issue date: 3/31/06,
32. FM Hasan, K Pischke, and S Saiyed, et al. Hypnotherapy as an aid to smoking cessation of hospitalized patients: Preliminary results *Chest* 2007. 132: 527s.
33. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

# Analisi dei fattori immunopatogeni secretori nella saliva: comparazione tra soggetti fumatori, sani e BPCO

## *Analysis of pathogenic secretory immunity factors in saliva: comparison between healthy and COPD smokers*

Altynbayeva EI, Teplova SN, Ignatova GL, Galimova OV, Egorov AN

### Riassunto

**Introduzione.** Questo studio ha analizzato i fattori secretori immunopatogeni e proinfiammatori nella saliva di lavoratori di uno stabilimento radiochimico con o senza broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

**Metodi.** 83 individui che hanno lavorato nello stabilimento, fumatori e affetti da vari gradi di BPCO sono stati selezionati e arruolati nello studio. Tutti i soggetti affetti da BPCO avevano una storia di tabagismo in media di 26 anni, con uno smoking index di oltre 200. L'età media era  $46.9 \pm 1.1$  ( $46.7 \pm 1.3$  per i maschi e  $47.4 \pm 2.3$  per le femmine). Il gruppo di controllo includeva 30 soggetti sani, di età e distribuzione per sesso simile, che hanno lavorato nelle stesse condizioni e che erano fumatori, tuttavia senza alcun segno di bronco-ostruzione. Nella saliva di ogni soggetto sono state misurate le proteine, la mucina, l'attività totale del complemento ed i suoi componenti (C1, C2, C3, C4, C5); C3a, C5a, i livelli di immunoglobuline sIgA, IgG) e le loro sottoclassi (G1, G2, G3, G4), la lactoferrina, la chemochina proinfiammatoria IL-8 ed i metabolici stabili dell'ossido nitrico (NO).

**Risultati.** L'analisi della saliva dei pazienti con BPCO ha rivelato un aumento significativo di IgA, IgG2, IL-8 e dei metabolici stabili dell'NO nel gruppo BPCO rispetto al gruppo di controllo, mentre la concentrazione di mucina era significativamente più bassa nei soggetti BPCO rispetto ai controlli sani.

**Conclusioni.** La saliva potrebbe essere usata per monitorare in maniera non invasiva lo status immunitario del tessuto linfoide associato alle mucose nei soggetti fumatori a rischio di sviluppare BPCO.

**Parole chiave:** BPCO, immunità secretoria, tecniche non invasive, fattori proinfiammatori, protezione antimicrobica

### INTRODUZIONE

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia generalmente della seconda metà della vita, sviluppandosi più spesso in soggetti di età compresa tra i 40 ed i 60 anni. La BPCO è caratterizzata da una lenta, graduale ma costante riduzione della funzionalità polmonare. In Russia, la BPCO nei suoi stadi iniziali è attualmente sottodiagnosticata<sup>1,2</sup>. Negli

### Abstract

**Background.** This study is focused on the analysis of secretory immunity factors of antimicrobial and phlogogenic effect in saliva from workers of the large radiochemical facility with chronic obstructive disease.

**Methods.** 83 individuals, who worked at the radiochemical facility, smokers, with different degrees of COPD were selected and included in the study. All COPD patients had a long-term smoking history of about 26 years; the smoking index was over 200 in all cases. Average age was  $46.9 \pm 1.1$  ( $46.7 \pm 1.3$  for males and  $47.4 \pm 2.3$  for females). The control group included 30 healthy individuals of similar same age and gender distribution, who worked under the same conditions and were smokers but without any sign of airway obstruction. Mucin, total complement activity and its components (C1, C2, C3, C4, C5), amounts of C3a, C5a, levels of immunoglobulins (IgA, IgG) and its subclasses (G1, G2, G3, G4), lactoferrin, pro-inflammatory chemokine IL-8 and nitrogen oxide (NO) stable metabolites were measured in the saliva of each subject.

**Results.** The analysis of saliva in COPD patients showed a significant increase of IgA, IgG2, IL-8 and NO stable metabolites in comparison with the control group, while the concentration of mucin was significantly lower when compared to healthy controls.

**Conclusions.** Saliva may be used for the non-invasive monitoring of the immunitary status of mucosal-associated lymphoid tissue in smoker subjects at risk of developing COPD.

**Keywords:** secretory immunity, non-invasive technique, pro-inflammatory factors, antimicrobial protection

### INTRODUCTION

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease of the latter half of life which is, as a rule, often developed in individuals aged 40-60 years. COPD is characterized by a slow, gradual and steady reduction of lung function. In Russia, COPD in its early stages is currently underdiagnosed<sup>1,2</sup>. In the USA, about 24 million individuals suffer from this disease,

Altynbayeva Ekaterina I  
Central Medical Sanitary Department  
No. 71, Polyclinic No. 3, Ozyorsk,  
Chelyabinsk Region, Russia

Teplova SN  
Department of Immunology and  
Allergology, Chelyabinsk State Medical  
Academy, Chelyabinsk, Russia

Ignatova GL Galimova OV Egorov AN  
Department of Therapy, Phthisiopulmology and Occupational Pathology,  
Urals State Medical Academy of Further Education, Chelyabinsk,  
Russia

USA, circa 24 milioni di individui ne sono affetti, oltre la metà dei quali sono over 65 anni; tuttavia, solo 10 milioni di individui ne sono consapevoli, mentre 6 milioni di pazienti ricevono trattamenti<sup>2,3</sup>. La BPCO è attualmente considerata la quarta causa di morte negli USA, e diventerà la terza entro il 2020 in tutto il mondo<sup>1,13</sup>. Le perdite economiche dovute alla BPCO ammontano a circa 30.4 miliardi di dollari nel 2000, mentre le perdite indirette (per es. la diminuzione della produttività dovuta alla disabilità ed infine alla morte) ammontano a 15.5 miliardi di dollari. La World Bank of Development prevede un aumento a livello mondiale delle perdite dovute alla BPCO nei prossimi 20 anni<sup>9,13</sup>.

La bronco-ostruzione si sviluppa gradualmente in conseguenza della risposta infiammatoria al fumo di tabacco. Le frequenti infezioni respiratorie sono anch'esse un importante fattore eziologico<sup>1</sup>. Numerosi studi hanno dimostrato che l'attivazione di cellule nel lavaggio broncoalveolare<sup>5</sup> e nell'espettorato indotto<sup>6</sup> gioca un importante ruolo nell'iniziazione della risposta infiammatoria immuno-mediata nelle vie aeree dei pazienti con BPCO.

Il sistema immunitario delle mucose risponde solo agli antigeni penetranti le membrane mucose dando il via ad una reazione immune adattativa a livello sia locale che sistemico<sup>3</sup>. Al giorno d'oggi diverse tecniche sono utilizzate per studiare le reazioni immunitarie nel tessuto linfoide bronco-associato, ed utilizzano il lavaggio broncoalveolare, l'espettorato, l'espettorato indotto e l'esalato condensato. Una di queste tecniche è l'analisi delle immunoproteine nella saliva, che è costituita da secrezioni delle ghiandole salivari, tessuto linfoide associato con le tonsille e tessuto linfoide della mucosa nasale<sup>4</sup>.

L'analisi della saliva per scopi diagnostici rappresenta un metodologia non invasiva e semplice, per ottenere materiale su cui possono essere applicate precise metodiche di misurazione di immunoproteine, ormoni e neurotrasmettitori<sup>7,8</sup>.

Lo scopo di questo studio era di analizzare i fattori immunitari secreti nella saliva ed i loro effetti antimicrobici e pro-infiammatori in un gruppo di lavoratori di uno stabilimento radiochimico affetti da BPCO.

## METODI

83 lavoratori (65 maschi) di uno stabilimento radiochimico della Mayak Production Association (Mayak PA) controllati presso l'unità di Prevenzione del 71° Dipartimento Sanitario (Chelyabinsk, Russia) ed affetti da BPCO sono stati inclusi nello studio.

La diagnosi di BPCO è stata posta in base ai GOLD Diagnosing Standards<sup>9</sup> ed al Programma Federale "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" basato sull'anamnesi, i sintomi del paziente e le prove funzionali respiratorie (PFR).

L'età media era  $46.9 \pm 1.1$  anni ( $46.7 \pm 1.3$  nei maschi e  $47.4 \pm 2.3$  per le femmine). 11 pazienti presentavano un quadro di bronchite cronica (BPCO stadio 0), 62 BPCO di I stadio, 9 BPCO di II stadio ed 1 BPCO di III stadio. Tutti i soggetti erano ex-fumatori di lunga data di circa 26 anni ( $21.6 \pm 2.1$  pacchi-anno). Tutti i soggetti sono stati esaminati al di fuori di fasi di esacerbazione clinica.

over a half of them are over 65 years, however, only 10 million individuals are aware of this disease, and 6 million patients receive treatment<sup>2,3</sup>. COPD is ranked as the fourth leading cause of death for the population in the USA and by 2020 it will become the third leading cause of death in the world<sup>1,13</sup>. Economic losses related to this pathology amounted to approximately 30.4 billion USD in 2000, indirect losses (i.e. decline in profits due to disability and untimely death) amounted to 15.5 billion of USD. The World Bank of Development predicts a global increase of losses due to COPD within the next 20 years (GOLD)<sup>9,13</sup>.

Progressing bronchial obstruction gradually develops as a consequence of the inflammatory response to tobacco smoke. Frequent airways infections also represent an important etiologic factor<sup>1</sup>. A number of studies demonstrated that the activation of inflammatory cells in the bronchoalveolar lavage<sup>5</sup> and induced sputum<sup>6</sup> plays an important role in the initiation of the immune-mediated inflammation in the airways of COPD patients.

The mucosal immunity system responds only to antigens penetrating the mucous membranes starting an adaptive immune response both at the local and systemic level<sup>3</sup>. Nowadays different techniques are used to study the immune reactions in the broncho-associated lymphoid tissue and they analyze bronchoalveolar lavage fluid, sputum, induced sputum, and expiratory air condensate. One of these techniques is the analysis of immunoproteins in the saliva, which is constituted by salivary gland secretions, lymphoid tissue associated with tonsils and lymphoid tissue in the nasal mucosa<sup>4</sup>.

The analysis of saliva for diagnostic purposes represents a non-invasive and simple methodology to obtain material, on which precise technologies are available to measure immune proteins, hormones and neurotransmitters in saliva<sup>7,8</sup>.

The aim of this study was to analyze the secretory immunity factors and their antimicrobial and proinflammatory effects in saliva obtained from workers of a large radiochemical facility affected by COPD.

## METHODS

83 workers (65 males) of radiochemical facility belonging to Mayak Production Association (Mayak PA), affected by COPD and followed by the Preventive Unit of 71<sup>st</sup> Central Medical Sanitary Department (Chelyabinsk, Russia) were included in the study.

The diagnosis of COPD was established in accordance with the GOLD Diagnosing Standards<sup>9</sup> and the Federal Program entitled "Chronic Obstructive Pulmonary Disease" and based on the medical history, patient's symptoms and pulmonary function tests (PFTs).

Average age was  $46.9 \pm 1.1$  years ( $46.7 \pm 1.3$  for males e  $47.4 \pm 2.3$  for female). There were 11 individuals with chronic bronchitis, 62 patients with I degree COPD, 9 patients with II degree COPD and 1 patient with III degree COPD.

All COPD patients had a long-term smoking history of about 26 years ( $21.6 \pm 2.1$  pack-years). The patients were studied out of any clinical exacerbation phase.

Il gruppo di controllo includeva 30 soggetti sani di simile età e distribuzione dei sessi (età media  $45.6 \pm 2.7$ , 22 maschi) che lavoravano nelle stesse condizioni ed ex-fumatori ( $21.4 \pm 2.5$  pacchi-anno), senza segni clinici o funzionali di BPCO o bronchite cronica (BPCO stadio 0). Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i soggetti.

La concentrazione dei fattori immunologici secretori, quali proteine totali, mucina, attività totale del complemento, attività dei componenti C1, C2, C3, C4, C5, è stata misurata nella saliva di tutti i soggetti utilizzando la tecnica di titraggio emolitico<sup>11</sup>.

La concentrazioni delle anafilotossine C3a e C5a sono state misurate utilizzando la tecnica immunoenzimatica Multiscan plus, così come per i livelli di immunoglobuline (sIgA, IgG) e le loro sottoclassi (G1, G2, G3, G4), la lattoferrina e la chemochina proinfiammatoria IL-8<sup>10</sup>. L'ossido nitrico è stato stimato misurandone la concentrazione dei suoi metaboliti stabili nella saliva (nitrati e nitriti) utilizzando la tecnica di Griss modificata<sup>11</sup>.

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.

Sono riportati i valori medi  $\pm$  la deviazione standard (SD). Le differenze tra i diversi gruppi sono state studiate utilizzando il test di Mann-Whitney dopo aver valutato la distribuzione con il test di Kolmogorov-Smirnov. Le differenze sono state considerate significative per valori di  $p < 0,05$ . Il software Statistics (ver. 6) è stato utilizzato per tutte le analisi.

## RESULTATI

La tabella 1 riporta le caratteristiche demografiche, la storia di fumo e il valore di FEV<sub>1</sub> dei soggetti studiati nei due gruppi, BPCO e controlli sani.

**Tabella 1.** Caratteristiche demografiche, storia di fumo e valori di FEV<sub>1</sub> dei due gruppi.

Variabile	Pazienti con BPCO (83 soggetti)	Controlli sani (30 soggetti)
Età (anni)	$46.9 \pm 1.1$	$45.6 \pm 2.7$
Storia lavorativa nell'impianto (anni)	>15	>15
Smoking history (pacchi-anno)	$21.6 \pm 2.1$	$21.4 \pm 2.5$
FEV1 (% pred)	$65.1 \pm 1.8^*$	$84.4 \pm 1.1$

L'asterisco\* indica le differenze statisticamente significative.

I risultati delle misurazioni delle immunoproteine secretorie nella saliva sono illustrati nella **tabella 2**.

Il confronto tra pazienti affetti da BPCO e controlli sani ex-fumatori che lavoravano nelle stesse condizioni mostra significative differenze riguardo ad una serie di fattori immunitari nella saliva.

La concentrazione di mucina nel gruppo BPCO era circa la metà di quella nei controlli sani ( $p=0.03$ ). La lattoferrina, invece, una proteina che trasporta ferro prodotta dai neutrofili, era invece significativamente più alta nei soggetti BPCO che nei controlli ( $p=0.003$ ).

The control group included 30 healthy individuals of similar age and gender distribution (average age  $45.6 \pm 2.7$ , 22 males), working under the same conditions, ex-smokers ( $21.4 \pm 2.5$  pack-years), without clinical or functional signs of COPD or chronic bronchitis. Informed consent was obtained from each subject.

All patients were examined for secretory immunity factors in saliva such as proteins, mucin, total complement activity by 50% hemolysis, and activity of its components (C1, C2, C3, C4, C5) using the hemolytic titration technique<sup>11</sup>. Amounts of C3a, C5a anaphylatoxins were measured by the enzymatic immune technique using Multiscan plus, as well as levels of immunoglobulins (sIgA, IgG) and their subclasses (G1, G2, G3, G4), lactoferrin, and pro-inflammatory chemokine (IL-8)<sup>10</sup>. Nitrogen oxide was estimated by measuring the concentration of its finite stable metabolites in saliva (nitrates and nitrites) using a modified Griss' technique<sup>11</sup>.

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

Mean values  $\pm$  standard deviations (SD) are reported. To compare different groups, the Mann-Whitney test was used, after testing the distribution with the Kolmogorov-Smirnov test. P values  $< 0.05$  were regarded as significant. All statistical tests were performed with the Statistics (ver. 6) software.

## RESULTS

Demographic data, smoking history and FEV<sub>1</sub> values of the two groups (COPD and healthy controls) are reported in Table 1.

**Table 1.** Demographic data, smoking history and FEV1 values of the two groups

The \* indicates statistically significant differences

Results of immunity secretory factors measurements in saliva are showed in **table 2**.

The comparison between COPD patients and healthy smoker controls working under the same conditions revealed significant differences in regard of the inborn immunity factors in saliva.

The concentration of mucin was about half in the COPD group compared with healthy controls ( $p<0.03$ ). In contrast, lactoferrin, a ferro-transport protein produced by neutrophils, was significantly higher in the COPD group compared with healthy controls.

**Tabella 2.** fattori immunitari secretori nella saliva dei soggetti fumatori che lavoravano nello stabilimento radiochimico.**Table 2.** Secretory immunity factors in saliva from smokers working at the radiochemical facility.

Factors		COPD patients n = 83		Healthy individuals n = 30		p-value
		Me	Lower and upper quartiles	Me	Lower and upper quartiles	
Protein	mg%	392	304-430		274-376	0.11
Mucin		28	16-42	58	30-70	0.03*
IgA	mg/ml	254	235-458	88.7	46.3-100	0.00001*
IgG1		1.2	0.7-2.33	1.09	0.69-1.32	0.21
IgG2		0.47	0.14-1.2	0.01	0-0.2	0.001*
IgG3		0.03	0.01-0.37	0.11	0.01-0.25	0.82
IgG4		0.2	0-0.42	0.005	0-0.02	0.116
Complement activity 50)		24.7	22.8-26.7	22.2	21.2-25.8	0.33
C1	×10 <sup>8</sup> effective molecules	2.2	1.3-3.6	2.5	2.1-3.8	0.28
C2		2.0	1.2-3.6	2.3	2.3-3.2	0.18
C3		2.2	1.6-7.0	3.0	2.4-4.2	0.3
C4		2.1	1.2-3.1	2.9	1.9-4.6	0.28
C5		2.2	1.3-3.0	2.5	1.2-6.3	0.45
C3a	µg/ml	0.3	0.18-3.37	0.22	0.08-1.65	0.39
C5a		0.20	0.14-0.24	0.12	0.06-0.23	0.33
Lactoferrin	ng/ml	1236	563.5 - 2366.5	410	147-1236	0.003*
Interleukin-8	pg/ml	73.1	38.1-365	0.12	0-1.2	0.000006*
NO <sub>2</sub>	µmole/l	1.2	0.79-1.6	0.43	0.2-1.02	0.002*
NO <sub>3</sub>		5.6	3.6-7.1	4.2	1.28-6.2	0.1
NO <sub>x</sub> #		6.4	4.7-8.6	5.1	2.5-6.3	0.04*

L'asterisco\* indica le differenze statisticamente significative  
#: NO<sub>x</sub> indica tutti gli ossidi di azoto.

The \* indicates statistically significant differences  
#: No<sub>x</sub> indicated all nitrogen oxides.

Il sistema del complemento è stata analizzato sia esaminando l'efficienza emolitica totale del sistema (CH50) che le componenti iniziali della via di attivazione classica (C1-C5) utilizzando la tecnica di titraggio. Non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi riguardo allo stato di attivazione del sistema del complemento. Una concentrazione significativamente più elevata ( $p=0.00001$ ) di IgA, prodotta dai linfociti B nel tessuto linfoide associato alle mucose e che gioca un ruolo chiave nella protezione antimicrobica delle membrane mucose, è stata trovata nei pazienti BPCO rispetto ai controlli sani. Un aumento significativo della IgG2 è stato anche trovato nel gruppo BPCO in confronto con i controlli ( $p=0.001$ ).

Un aumento molto significativo della IL-8 ( $p=0.000006$ ), prodotta dalle cellule epiteliali e dai macrofagi, è stato osservato nei soggetti BPCO in confronto con i controlli sani.

L'analisi dei metaboliti terminali stabili dell'ossido nitrico ha mostrato un aumento significativo dell'NO<sub>2</sub> ( $p=0.002$ ) e degli ossidi di azoto in generale (NO<sub>x</sub>) ( $p=0.04$ ) nel gruppo BPCO rispetto al gruppo dei controlli.

## DISCUSSIONE

Nella patogenesi della BPCO un ruolo importante viene attualmente assegnato alle alterazioni della risposta immunitaria a livello delle mucose respiratorie, che induce lo sviluppo di una risposta immunitaria abnorme, stress ossidativo, indebolimento dell'atti-

The complement system was analyzed with regard both to the total hemolytic efficiency of the system (CH50) and initial components of the classical activation mode (C1-C5) using the hemolytic titration technique. No significant differences regarding the activation status of the complement system between the two groups were found. A significantly higher ( $p=0.00001$ ) concentration of IgA, produced by B-lymphocytes in the mucous-associated lymphoid tissue and which plays a key role in the antimicrobial protection of mucous membranes, was found in the COPD patients in comparison with healthy controls. A significant increase of IgG2 was also found in COPD group compared with controls ( $p=0.001$ ).

A very significant increase of IL-8 ( $p=0.000006$ ), produced by epithelial cells and macrophages, was observed in COPD subjects compared with healthy controls.

The analysis of terminal stable metabolites of nitrogen oxide showed a significant increase of NO<sub>2</sub> ( $p=0.002$ ) and nitrogen oxides in total (NO<sub>x</sub>) ( $p=0.04$ ) in the COPD group compared with the control group.

## DISCUSSION

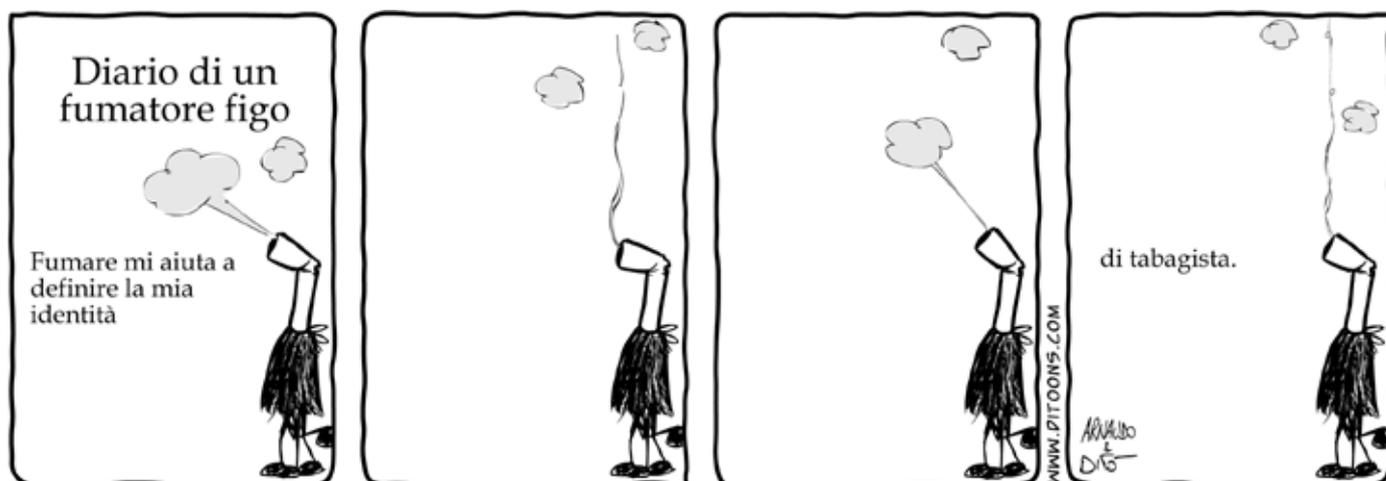
In the pathogenesis of COPD an important role is currently assigned to the impairment of the mucosal immunity response, which induces development of abnormal inflammatory response, oxidative stress, impairment of anti-colonization activity of

vità anti-colonizzatrice nelle mucose delle vie aeree, e sviluppo di bronco-ostruzione progressiva. Il fumo di tabacco causa alterazioni nel tessuto linfoide associato alle mucose non solo nell'albero bronchiale, ma anche nella cavità orale. Questo ci permette di valutare l'effetto del fumo sui fattori immunitari non solo nel fluido broncoalveolare, ma potenzialmente anche nella saliva, che è il prodotto di secrezione delle ghiandole salivari e del tessuto linfoide associato alle tonsille, naso ed alte vie aeree, e che è facilmente ricavabile con tecniche non invasive. In questo studio, abbiamo trovato differenze statisticamente significative riguardo a diversi fattori immunitari secreti nella saliva tra soggetti BPCO e controlli sani di età e sesso simili, che lavoravano nello stesso stabilimento e con una lunga storia di fumo. Queste differenze riguardavano innanzitutto la barriera anti-colonizzazione delle membrane mucose nel cavo orale rappresentata dalla mucina, il cui livello nel gruppo BPCO era circa la metà che nei controlli sani. La mucina è coinvolta nell'immunità innata e nel processo di legame ed eliminazione di particelle ed antigeni estranei, limitando quindi l'accesso di sostanze irritanti alla superficie delle cellule epiteliali dell'albero respiratorio, prevenendone l'adesione<sup>8</sup>. La mucina è importante anche per assicurare la stabilità della temperatura nelle cavità orale e nelle vie aeree. La riduzione della produzione di mucina da parte delle cellule mucipare nelle membrane mucose potrebbe essere uno dei meccanismi che spiegano il ridotto rilascio di mucina nel tratto respiratorio, che è tipico dei pazienti con BPCO<sup>11</sup>. L'analisi dei meccanismi di immunità acquisita ha messo in evidenza un aumento delle IgA e delle IgG2 nei soggetti con BPCO rispetto ai controlli. Le IgA sono le principali immunoglobuline protettive prodotte dai linfociti B nel tessuto linfoide associato alle mucose. L'aumento delle IgG2 potrebbe essere legato all'afflusso dalla circolazione sistemica, a causa dell'aumentata permeabilità tipica dei processi infiammatori. Gli aumentati livelli di IgA ed IgG2 rappresenta una tipica risposta specifica del tessuto linfoide associato alle mucose. Le IgA non sono in grado di attivare il complemento attraverso la via classica, mentre la IgG2 ha una scarsa capacità di legare il complemento, il che può spiegare la mancanza di attivazione del complemento e le fluttuazioni nei livelli di anafilotossine pro-infiammatorie (C3a e C5a) osservate nella BPCO. La IL-8 è considerata un marker di severità dell'infiammazione delle

airways mucous membranes and development of progressive bronchial obstruction. Tobacco smoking affects the mucous-associated lymphoid tissue in the bronchial tree, but also in the oral cavity. This allows to assess the effect of smoking on the immune factors not only in broncho-alveolar fluid, but potentially also in saliva, which is a mixed secretion of salivary glands and mucous-associated lymphoid tissue from the tonsils, nose, upper airways, and which is easily available with non-invasive techniques. In this study, we found significant differences in regard of immune factors in saliva between COPD patients versus the healthy subjects of the same age and gender, who worked at the same facility, with a long-term smoking history.

These differences, first of all, related to the anti-colonization barrier of mucous membranes in the oral cavity ensured by mucin, the level of which in saliva of COPD patients was about half than in the healthy group. It is known that mucin relates to mechanisms of the innate immunity and it is involved in the binding and elimination process of various particles and foreign antigens, thus restricting the access of irritants to the surface of epithelial cells in the respiratory tract, preventing their adhesion<sup>8</sup>. Mucin is also important for ensuring the temperature stability in oral cavity and in the bronchial tree. Decline in mucin production by goblet cells in the mucous membranes may be one of the mechanisms explaining the reduced sputum discharge from the respiratory tract, which is typical for COPD patients<sup>11</sup>. Analysis of the acquired immunity mechanisms showed higher levels of IgA and IgG2 in COPD compared with controls. IgA is the main protective immunoglobulin produced by B-lymphocytes in the mucous-associated lymphoid tissue. The increase of IgG2 may be due to the income from the systemic circulation, due to the enhanced permeability typical of inflammatory processes.

The enhanced level of IgA and IgG2 represent a typical specific response of the mucous-associated lymphoid tissue. It is known that IgA is not capable of activating the complement by the classic pathway, while IgG2 has a weak capability of complement binding, which might explain the lack of the complement activation and the fluctuations in amounts of pro-inflammatory anaphylatoxins (C3a and C5a) observed



vie aeree, ed è principalmente prodotta dalle cellule epiteliali e dai macrofagi<sup>10</sup>. Gli studi di Barnes e Colleghi hanno dimostrato l'importante ruolo degli aumentati livelli di IL-8 nel lavaggio bronco-alveolare nella patogenesi della BPCO<sup>14</sup>. L'IL-8 è un chemo-attraente e promuove la migrazione dei leucociti dal sangue ai tessuti flogosati, oltre alla loro attivazione, che risulta in una accelerata secrezione di fattori pro-infiammatori, facilitando quindi la persistenza dell'infiammazione nelle vie aeree dei pazienti con BPCO. In accordo con questa osservazione, abbiamo trovato nella saliva dei pazienti con BPCO un marcato incremento dei livelli di IL-8 rispetto ai controlli sani. Nei soggetti affetti da BPCO è stata trovata anche un aumento significativo della lattoferrina rispetto ai controlli. La lattoferrina, una proteina di trasporto microbico coinvolta nell'immunità innata, viene prodotta dai neutrofili e rappresenta un fattore di protezione anti-batterica per le membrane mucose<sup>8</sup>. L'aumentata concentrazione dei metaboliti stabili dell'NO nella saliva dei pazienti con BPCO rispetto al gruppo di controllo suggerisce la presenza di aumentato stress ossidativo, il quale gioca un ruolo importante nell'iniziazione ed amplificazione dell'infiammazione e dei processi di distruzione del parenchima polmonare<sup>14</sup>. Un ruolo importante nell'aumento della produzione di NO appartiene alle cellule endoteliali ed ai macrofagi. Alterazioni nel pattern di regolazione nitrossidergica delle citochine possono influenzare significativamente l'espressione e l'attivazione di vari fattori di trascrizione nelle cellule immuni e nelle membrane mucose dell'albero respiratorio<sup>14</sup>.

## CONCLUSIONI

La valutazione non-invasiva della saliva nella BPCO evidenzia un aumento dei fattori immunitari che riflette e condiziona lo stato dell'immunità a livello delle mucose locali. Questi marker potrebbero essere utili nel monitoraggio degli ex fumatori con BPCO e dei fumatori con e senza BPCO. ■

Gli autori non dichiarano alcun conflitto di interesse

**Fonte di finanziamento:** Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk, Russia

in COPD. IL-8 is regarded as a marker of airway inflammation severity, and it is mainly produced by epithelial cells and macrophages [10]. Studies by Barnes and Colleagues indicated an important role of the enhanced level of IL-8 in the broncho-alveolar fluid in pathogenesis of COPD<sup>14</sup>. IL-8 is a chemoattractant and promotes the extravasation of leukocytes as well as their activation, which results in an accelerated secretion of pro-inflammatory factors facilitating to persistence of inflammation in the airways of COPD patients. Consistently with this observation, in the saliva of patients with COPD, we found a multifold increase in the level of IL-8 compared with healthy controls. In COPD patients a significant enhancement of lactoferrin in saliva was found in comparison with controls.

Lactoferrin, a transporting microbial protein involved in innate immunity, is produced by neutrophils and represents a factor of anti-bacterial protection for mucous membranes<sup>8</sup>. The increased concentration of NO stable metabolites in the saliva of COPD patients, in comparison with the healthy group, suggests an increased oxidative stress, which plays an important role in initiation and amplification of the inflammation and lung destructive processes<sup>14</sup>. An important role in the enhancement of NO production belongs to endothelial cells and macrophage cells. Alterations in the pattern of cytokine-nitroxidergic regulation might significantly affect the expression and activation of various transcription factors in the immune cells and in the mucous membranes of the respiratory tract<sup>14</sup>.

## CONCLUSIONS

The non-invasive assessment of saliva in COPD reveals the increase of immune factors that reflects the status of local mucosal immunity. These markers may be useful in the follow-up of ex-smokers with COPD and smokers with and without COPD. ■

Authors do not declare any conflict of interest

**Source of funding:** Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk, Russia

### Bibliografia

1. Chuchalin A.G. Chronic obstructive lung disease. In: Chuchalin A.G. (ed.). *Chronic obstructive pulmonary diseases*. M: ZAO "BINOM", 1998. p. 11-26 [Russian].
2. Ovcharenko S.I. Current problems of diagnosing chronic obstructive lung disease. In: Ovcharenko S.I., Leshchenko I.V. (ed.). *Russian Medical Journal*, 2003. Vol. 5, p.160-163 [Russian].
3. Staats H.F., McGhee J.R. Application of basic principles of mucosal immunity to vaccine development. In: *Mucosal Vaccines*. Kiyono H., Pgra P.L., McGhee J.R., editors. San Diego: Academic Press, 1996. p. 17-39.
4. Mikryukova J.A., Stepanishcheva L.A., Ignatova G.L., Teplova S.N. Some local markers indices of saliva inflammation in patients with COPD. 14 ERS Annual Congress Glasgow, UK. September 4-8, 2004. P. 62.
5. Di Stefano A., Capelli A., Donner C.F. Role of interleukine-8 in the Pathogenesis and Treatment of COPD. *Chest*, September 1, 2004; 126(3): 676-678.
6. Pavord I.D., Sterk P.J., Hargreave F.E., Kips J.C., Inman M.D., Louis R., Pizzichini M.M.M., Bel E.H., Pin I., Grootendorst D.C., Parameswaran K., Djukanovic R.. Clinical applications of assessment of airway inflammation using induced sputum. *Eur Respir J* 2002; 20: 40-43.
7. Abadzi M.A., Lukushkina E.F., Mayanskaya I.V., Tolkacheva I.I. Ashkinazi V.I. Level of cytokines in oral cavity secretion from children with bronchial asthma. *Cytokines and Inflammation* 2002; 1(3), p. 9-15 [Russian].
8. Teplova S.N., Alekseev D.A. Secretory immunity. Chelyabinsk, 2002. p. 143-155 [Russian].
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, April 2001; NIH Publication No. 2701: 1-100.
10. Yamamoto C., Yoneda T., Yoshikawa M., Fu A., Tokuyama T., Tsukaguchi K. et al. Airway inflammation in COPD assessed by sputum levels of interleukin-8. *Chest*, 1997; 112: 505-10.
11. Korobeinikova E.N., Il'inykh E.I. Quantitative determination of proteins and mucin (glycoproteins) in saliva. *Klin Lab Diagn* 2001; Aug (8): 34-5 [Russian].
12. Belley A. et al. Intestinal mucins in colonization and host defense against pathogens. *Am J Trop Med Hyg* 1999; 60 (4): 10-15.
13. World Health Report 2001. World Health Organization, Geneva: 2001.
14. Barnes P.J. Chronic obstructive pulmonary disease: New treatments for COPD. *Thorax*, 2003. Vol. 58(9). p. 803-808.

# News & Views



## Maurizio Sacconi è il nuovo Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali



Il passaggio di consegne con il Ministro della Salute uscente Livia Turco è avvenuto l'8 maggio dopo

il giuramento nelle mani del Presidente della Repubblica quando il nuovo Governo, guidato da Silvio Berlusconi, si è insediato a Palazzo Chigi.

Il Ministero della Salute, in attuazione di quanto previsto dalla Legge finanziaria 2008 (art.1 comma 376 - Legge 244/2007) confluisce nel Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Il nuovo Ministro, Maurizio Sacconi, è nato a Conegliano (Treviso) il 13 luglio 1950, sposato e padre di un figlio, laureato in giurisprudenza, è eletto Senatore nel Pdl alle elezioni politiche di

quest'anno, e l'8 maggio ha ricevuto il nuovo mandato governativo. Il Ministro Sacconi vanta una lunga carriera politica e parlamentare, prima nel Psi poi in Forza Italia.

Negli ultimi anni, ha legato il suo nome in particolare alle politiche per il lavoro, collaborando con Marco Biagi alla stesura del Libro bianco del 2001, e poi impegnandosi per l'approvazione di quei progetti di riforma dopo l'assassinio del giurista bolognese. Come Sottosegretari di Stato per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali sono stati nominati:

- prof. Ferruccio FAZIO
- on. Francesca MARTINI
- on. Eugenia Maria ROCCELLA
- sen. Pasquale VIESPOLI

*(Vincenzo Zagà)*

## Fumare non aiuta a rimorchiare...

Il mito della sigaretta sembra stia tramontando. I giovani, infatti, sembrano avere le idee chiare: baciare un fumatore è poco attraente.

È il risultato di una ricerca condotta dalla Lilt (Lega italiana Lotta contro i Tumori), su un campione di 3.500 ragazzi tra i 12 e i 18 anni in vista della Giornata Mondiale senza tabacco dello scorso 31 maggio). Il 70% degli intervistati, per una storia d'amore ma anche semplicemente per una serata romantica, preferisce un non fumatore, e addirittura al 78% non piace baciare un ragazzo o una ragazza che fuma.

Per l'84% dei ragazzi, poi, "il gesto di fumare non contribuisce a rendere una persona più interessante, spigliata o affascinante". Ma il motivo sembra prevalentemente "estetico": sono pochi

i giovani che sono consapevoli degli effetti nocivi del fumo. Baciare un fumatore, però, non piace proprio a nessuno, neanche a chi a sua volta ha il "vizio" del fumo.

La tendenza a snobbare i fumatori sembra più accentuata nei ragazzi più grandi, ma riguarda sia i maschi che le femmine: la propensione è più spiccata nelle ragazze, ma anche i maschi pensano che "una ragazza che non fuma è più attraente di una fumatrice".

Il luogo comune secondo il quale una sigaretta fra le labbra rende più affascinanti sembra quindi destinato ad essere archiviato: una buona ragione in più per smettere di fumare!

*(Cinzia Marini)*

Fonte: Blogsfere 19/5/2008



## Help Per una vita senza tabacco. Si riparte

La canicola non ferma la battaglia contro il fumo legata al programma europeo "Help per la lotta contro il tabacco". È ripartito infatti da giovedì 7 a sabato al 30 agosto 2008, il summer tour della campagna "Help - Per una vita senza tabacco". Quattro le località balneari che hanno ospitato lo stand blu e arancione dell'iniziativa di informazione e sensibilizzazione sui rischi legati al fumo: Rimini dal 7 al 10 agosto, Senigallia dal 14 al 17 agosto, Cattolica dal 18 al 21 agosto, Gallipoli dal 23 al 30 agosto. Fumatori e non fumatori hanno potuto verificare il tasso di monossido di carbonio (CO) presente nei loro polmoni semplicemente recandosi presso lo stand della campagna per sottoporsi al COtest. I test, liberi e gratuiti, sono stati realizzati da personale specializzato. Inoltre, a tutti quelli che si sono presentati alla postazione di Help, sono stati offerti consigli e distribuiti gadget che riportano al sito della campagna [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com). Per informazioni è possibile contattare il numero 02 85458311 o visitare il sito. La campagna si svolge in contemporanea in tutti e 27 i Paesi dell'Unione Europea. *(V.Z.)*  
Fonte: Adnkronos Salute (Roma 23 luglio 2008)



## Lotta alla BPCO: solo un eurodeputato su 4 vota a favore



La dichiarazione scritta sulla lotta alla BPCO presentata dall'On. Catherine Stihler ed altri ha ricevuto 183 voti a favore su 785.

Il tetto minimo fissato a 393. Appena 16 deputati italiani su 78 si sono dimostrati sensibili alla questione.

L'On. Catherine Stihler e altri Deputati del Parlamento Europeo hanno presentato il 14 novembre 2007, in occasione della VI Giornata Mondiale BPCO, una Dichiarazione Scritta (0102/2007) sulla lotta contro la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. Per diventare un atto formale la Dichiarazione avrebbe dovuto raccogliere almeno 393 firme entro il 28 febbraio 2008. Purtroppo non è stato raggiunto questo risultato, che avrebbe portato la questione all'ordine del giorno presso il Parlamento Europeo, il Consiglio e la Commissione perché solo 183 Deputati europei, su 785, hanno sottoscritto tale Dichiarazione. È stata quindi persa un'occasione estremamente importante per iscrivere questa malattia cronica e invalidante nell'agenda della politica sanitaria europea. Se vogliamo leggere la situazione in positivo, possiamo affermare che, su una malattia poco conosciuta come la BPCO, ben un deputato su 4 si è dimostrato sensibile. Percentuale identica tra gli

italiani: 16 su 78. La Dichiarazione sulla BPCO, sostenuta dall'European Respiratory Society, dall'European Lung Foundation, e dall'European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations, punta molto sul ruolo della prevenzione e dell'accesso alle cure senza distinzioni, nonché ad una migliore ricerca sulle cause, la prevalenza e il trattamento della BPCO. A ciò si associa una maggiore battaglia e nuove strategie contro il fumo. Tra meno di 15 anni la BPCO sarà la terza causa di morte nel mondo ma ancora oggi la malattia è poco conosciuta, sottodiagnosticata e sottotrattata. In Italia ne sono colpite circa 3 milioni di persone e vi sono nazioni, secondo uno studio pubblicato su 'The Lancet', in cui uno su quattro tra i 52 e i 60 anni soffre di Broncopneumopatia cronica ostruttiva. Ogni anno questa patologia causa in Europa tra i 200 e i 300 mila decessi. Un elevato numero di pazienti nello stadio avanzato è costretto all'ossigenoterazione.

Le perdite annuali, legate alla malattia, ammontano a circa 28,5 miliardi di euro. È da questi numeri che nasce la Dichiarazione, al fine di migliorare la conoscenza e agire sulla causa principale, ovvero il fumo di sigaretta. È per questo che è necessaria una politica attiva in nome della salute, che punti anche ad un'aria pulita soprattutto negli ambienti confinati. Come Associazione quindi non siamo certamente contenti del risultato, perché contiamo molto sul ruolo delle Istituzioni europee per una politica di interventi concreti di prevenzione, in particolare per quanto concerne la lotta contro il fumo e gli altri fattori di rischio, e di controllo della malattia. Possiamo però affermare che è iniziata un'opera di sensibilizzazione a livello europeo e che dobbiamo continuare su questa strada.

*(Mariadelaide Franchi - Presidente dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus)*

## Dichiarazione numero 102 dell'Unione Europea sulla BPCO

Il Parlamento Europeo, facendo riferimento alla Norma 116 delle sue Regole di Procedura, e constatando che:

- la Malattia Ostruttiva Polmonare Cronica (BPCO) è una comune e costosa malattia del polmone il cui stadio avanzato è l'insufficienza respiratoria,
- la BPCO è una patologia non adeguatamente riconosciuta, sottodiagnosticata e non adeguatamente trattata, trascurata da chi fornisce assistenza sanitaria e dal sistema pubblico,
- la BPCO è in aumento in tutto il mondo, quale conseguenza della diffusa abitudine al tabacco, dei dati demografici globali in evoluzione e dell'inquinamento dell'aria indoor e outdoor,
- la BPCO causa approssimativamente da 200.000 a 300.000 morti all'anno nell'Unione Europea ed è previsto che si sposti dal sesto al terzo posto tra le più comuni cause di morte a livello mondiale nel 2020,



- Invita gli Stati Membri a far crescere la consapevolezza di questa situazione promuovendo la prevenzione e garantendo uguale accesso ad una diagnosi precoce, alle giuste cure e alla mobilità degli ammalati di COPD;
- Invita l'Unione Europea a facilitare la ricerca a lungo termine sulle cause, la diffusione e le cure della COPD;
- Esorta gli Stati Membri dell'Unione Europea ad attuare politiche anti-fumo e a sviluppare strategie per l'abbattimento del fumo nell'aria indoor;
- Invita l'Unione Europea a pubblicare un "Libro Verde" sull'aria indoor nell'ambito del Piano di Azione per l'Ambiente e la Salute;
- Dà ordine al proprio Presidente di inoltrare questa dichiarazione, unitamente ai nomi dei firmatari, al Consiglio ed alla Commissione.

*(traduzione di Flavia Barilij)*



La crociata: "Salviamo i bambini del terzo mondo dai rischi della sigaretta"

## I miliardari contro Big tobacco: patto di Gates e Bloomberg

**Annunciato un fondo da 500 milioni di dollari contro il tabacco nei paesi poveri dove aumentano costantemente i consumatori**



Bill Gates e Michael Bloomberg

*"Due cavalieri bianchi armati di milioni si lanciano contro il cavaliere nero di catrame che avvelena il mondo, la sigaretta. Martellati dai medici e trafitti dalle statistiche, cacciati dagli uffici, dagli stadi (presidenti dei club esclusi), da ristoranti, parchi e persino dai bracci della morte dove*

ormai è vietato fumare per non danneggiare la salute dei morituri, i fumatori dovranno misurarsi anche con i soldi di due implacabili benefattori". Così la sottile e ironica penna di Vittorio Zucconi su La Repubblica del 24 luglio 2008 nel descriverci il patto antitabacco per il terzo mondo fra Bill Gates, il pensionato più ricco del mondo ed ex presidente di Microsoft, e Michael Bloomberg, il sindaco di New York.

Cinquecento milioni di dollari - 125 offerti in due tranches da Gates e 250 da Bloomberg, ex democratico, ex fumatore, ex bon vivant, ex repubblicano e oggi indipendente, ravveduto, risanato, con 20 miliardi di dollari in banca e qualche vaga ambizione presidenziale - saranno distribuiti dalle loro Fondazioni ai governi e ai Paesi d'Asia, Africa e America Latina, in quelle nazioni in via di sviluppo, nelle quali le multinazionali del tabacco stanno esportando il loro veleno, ampiamente compensando le perdite di fumatori nell'America del Nord e in Europa Occidentale.

Se la cifra sembra importante, pur se dilazionata in rate quinquennali, la realtà è che quei 500 milioni di dollari - circa 300 milioni di euro - sono una cicca gettata nell'oceano del fumo che negli ultimi decenni, a dispetto delle campagne e dei moniti, ha continuato a crescere. Per ogni fumatore che riesce ad abbandonare il tabacco negli Stati Uniti o in Italia, tre nuovi consumatori, e soprattutto consumatrici, si accendono una sigaretta in Cina, in India, persino in quell'Iran apparentemente proibizionista nel nome dei precetti igienici del Corano che è divenuto uno dei principali importatori di "bionde americane".

L'impresa dei due miliardari irresistibili di "esportare l'aria pulita", contro la sigaretta, si profila dunque ancora più difficile del claudicante progetto di Bush di esportare la democrazia dall'Himalaya al Libano. I governi che dovrebbero ottenere parte di quel mezzo miliardo per lanciare campa-

gne anti-fumo e spegnere le sigarette, sono spesso i grandi beneficiari delle imposte stesse sul tabacco, come, paradossalmente, lo sono, con un doppio carpiato di ipocrisia, anche molti stati occidentali.

Nella Cina che ha golosamente scoperto tutti i nostri peggiori difetti, dallo smog al fast food, il consumo di sigarette è arrivato, secondo l'ultima ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, a cinquemila sigarette all'anno per abitante - 15 al giorno - e una sigaretta su tre accese nel mondo, è accesa in Cina dove ancora nel 1952, quando in Europa e America tutti sembravano fumare, il consumo era di una al giorno. L'India, l'altra neo superpotenza emergente, consuma meno, ma per ogni sigaretta si fumano sette "bidi", sigarette colorate e arrotolate in mini aziende domestiche quasi sempre dalle donne, che, dietro l'esotismo "hindu" del nome, fanno altrettanti danni delle geometriche sorelle impacchettate in America, se non peggiori. Il Giappone, che pure ha lanciato campagne non convintissime, resta il terzo fumatore al mondo per persona. Li seguono la Russia e l'Indonesia, la più popolosa nazione

musulmana del pianeta. "Anche negli Stati Uniti, ci informa Zucconi, dove ormai il fumo di tabacco è rimasto l'unico vizio socialmente inaccettabile e gli impiegati tabaccodipendenti affrontano le intemperie e le calure per tirare qualche boccata sul marciapiedi (purché a una distanza minima di 10 metri dal palazzo) un americano su quattro ancora "lights up", accende".



I 500 milioni stanziati dai due salvatori dell'umanità, dovranno dunque misurarsi contro i 17 miliardi di sigarette fumate ogni giorno nel mondo, e il miliardo abbondante di essere umani, ormai in maggioranza femmine in Occidente, che non riescono a vincere questa dipendenza. Con quei soldi, si vorrebbe dissuadere la pubblicità di prodotti del tabacco, finanziarie campagne di educazione sanitaria, diffondere le cifre e le ricerche epidemiologiche sui danni del fumo. La lotta lanciata da questi due generosi cavalieri è senz'altro impari. Ma se Bill Gates riuscì a convincere il 90% degli utenti di computer nel mondo che i suoi sistemi operativi erano buoni e affidabili, potrebbe anche riuscire a persuadere un miliardo di fumatori cinesi a buttare la cicca se, per esempio, i due potessero guidare od orientare le strategie di controllo del tabacco. Staremo a vedere.

*[Antonio Costantino, Centro Antifumo-Osp. Catanzaro]*

*Fonte: La Repubblica, 24/7/2008*



## Smoke Free Class Competition 2007/08

Sono gli studenti delle classi III° B della scuola media Fermi di Lusina (Rovigo) e II° B dell'istituto comprensivo Alighieri di Ripalimosani (Campobasso) i vincitori nazionali dell'edizione 2007/2008 dello "Smoke Free Class Competition", concorso europeo per la prevenzione del fumo di tabacco nelle scuole. Con grande entusiasmo per essere rimasti "liberi dal fumo per sei mesi", i ragazzi hanno ritirato il loro premio, pari a 2.000 euro per classe fruibile in attività culturali o materiale didattico, giovedì 28 maggio nell'ambito di un Convegno sul tabagismo organizzato a Reggio Emilia presso il Centro Regionale di Didattica Multimediale della Regione Emilia - Romagna "Luoghi di Prevenzione".

Smoke Free Class Competition (SFCC) è un progetto finanziato dalla Commissione Europea e sviluppato in collaborazione con la Rete Europea dei Giovani contro il Tabacco (European Network on

Young People and Tobacco): si pone l'obiettivo di promuovere la cultura del "non fumatore", prevenire o ritardare l'inizio dell'abitudine al fumo tra i giovani, eliminare o ridurre il consumo di sigarette in chi ha già sperimentato il fumo, affinché non diventi fumatore abituale. A partire dal 1997/98, l'Italia lo ripropone ogni anno a tutte le classi II° e III° delle scuole secondarie di I° grado e alle classi I° e II° delle scuole secondarie di II° grado. Referente nazionale del progetto è la Fondazione Zancan di Padova.

Per partecipare al concorso gli alunni si impegnano, sottoscrivendo un contratto, a non fumare per un periodo di sei mesi: dall'1 novembre al 30 aprile dell'anno scolastico in corso. Nell'edizione 2007/2008 hanno firmato il loro contratto per restare "liberi dal fumo" ben 18.295 studenti italiani (10.661 studenti di 515 classi nelle scuole di I° grado e 7.634 studenti di 344 classi nelle scuole di II° grado) di 13 regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Emilia-Ro-

magna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto. I vincitori nazionali sono stati estratti tra le classi che hanno mantenuto fede al contratto, ma non sono mancati premi come borse o altri gadget per tutti i ragazzi che sono riusciti ad arrivare al 30 aprile senza accendere la sigaretta. Le classi vincitrici a livello regionale sono state:

**Piemonte:** I A Liceo Scientifico "A. Avogadro" - Biella.

**Lombardia:** II C Scuola secondaria di primo grado "Brolis" di Mozzo.

**Campania:** I A Liceo Psicopedagogico di Caposele - Istituto di Istruzione secondaria superiore "F. De Sanctis" - S. Angelo dei Lombardi - Avellino.

**Emilia Romagna:** III E Scuola Media "Matteucci" - Granarolo dell'Emilia - Bologna.

Premio romagnolo (messo in palio dall'Istituto Oncologico Romagnolo): II D Istituto Comprensivo S. Giovanni in Marignano, Rimini.

**Marche:** II C Istituto Comprensivo di Loreto.

**Sicilia:** II B Istituto Comprensivo "G. Verga - Don Milani" - Barrafranca - Enna.

**Veneto:** II A Scuola media "Garbin" Valdagno - Vicenza.

Inoltre, novità di questa edizione il "contratto simpatizzante": alcuni studenti sono riusciti a coinvolgere nel concorso anche parenti, insegnanti, amici, che hanno "promesso" e provato a non fumare per 6 mesi insieme ai ragazzi.

Il concorso "Smoke free class competition" prenderà di nuovo il via il prossimo novembre. È stato scelto anche lo slogan per l'edizione 2008/2009: "Una vita di smack senza smoke" tra i numerosi slogan inviati dai ragazzi durante l'anno: a inventarlo la classe I° B dell'istituto di istruzione superiore R. D'Aronco di Gemona del Friuli.

(Claudia Monti - Istituto Oncologico Romagnolo, Faenza - RA)

## Ravenna

### Scuola libera dal fumo

Da alcuni anni il Liceo Artistico "P. L. Nervi" di Ravenna aderisce al progetto "Scuola libera dal fumo".

Il progetto prevede la formazione di un gruppo di Tutors delle classi 3°, 4° e 5°, che successivamente intervengono nelle classi prime con un'azione di informazione atta a prevenire l'abitudine al fumo. In particolare nell'anno scolastico 2007/2008 gli interventi nelle classi prime si sono svolti nel seguente modo:

**1° incontro:** i Tutors, due per ogni classe, dopo essersi presentati hanno spiegato agli alunni cosa significa l'adesione al progetto "Scuola libera dal fumo" e l'importanza di non iniziare a fumare. È stato illustrato il regolamento che la scuola si è dato riguardante agli orari di accesso al giardino riservato ai fumatori lontano dalle aule scolastiche per proteggere dal fumo passivo i non fumatori. È stato quindi proiettato il filmato dello spettacolo teatrale "Libertà sfumate" di Cinzia Leone. Lo spettacolo ha stimolato alcune chiavi di discussione:

- Se fumare vuol dire "tornare piccoli", perché secondo voi i ragazzi fumano per sentirsi adulti?
- Fumare per molti diventa un aiuto per affrontare i problemi della vita di tutti i giorni. Ma è proprio così? Ci sono altre vie? E quelli che non fumano come affrontano le situazioni problematiche?

- Cosa vuol dire per voi libertà?
- Cosa vuol dire ragionare con la propria testa?

**2° Incontro:** brainstorming sulle parole fumo e salute. A questo punto il percorso è stato personalizzato dai pari inserendo aspetti creativi per rendere più stimolante il messaggio sulla prevenzione. Si è pensato di colorare dei disegni "mandala" associando tre colori alla parola fumo e tre alla parola salute a scelta degli alunni.

Al termine dell'incontro ogni alunno era invitato a scrivere un pensiero rivolto a un amico/amica fumatore/ricca "vorrei dire".

Seguono alcune frasi espresse dai ragazzi delle classi prime con le immagini di alcuni Mandala.

- Perché fumi? Smetti tanto non sembri più grande solo perché una sigaretta fra le dita!
- Il fumo ti odia immensamente, ricambialo!
- L'autentica energia della vita è un mondo senza fumo.
  - Se vuoi fare il diverso... smetti di fumare.
  - Il fumo oltre a danneggiare la salute, ti priva della libertà.
  - Prova smettere di fumare, tentare significa volere, volere significa potere. Ce la farai.
  - Pensa: la tua vita si lega al coraggio di scegliere.
  - Fa più male a me vederti fumare, che a te quando fumi.
  - Ferma il fumo prima che lui fermi te.
  - Vuoi trovare la felicità? Cerca nella salute non nel fumo.

(Prof.ssa Maria Domenica Scarpone Insegnante referente "P. L. Nervi" di Ravenna)





## Il Piemonte vara il nuovo piano anti-fumo 2008-2012



La Regione Piemonte prova a mettere nero su bianco la strategia per contrastare la dipendenza da sigarette con il nuovo piano anti-tabacco 2008-2012 "Piemonte libero dal fumo" (PRAT) approvato dalla Giunta Presso. Una durata quinquennale che rafforza quanto già prodotto dalla precedente esperienza del Piano 2004-2006. I programmi di intervento attraverso i quali si articola sono:

**Programma 1:** Promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti.

**Programma 2:** Assistenza e supporto alla disassuefazione.

**Programma 3:** Controllo del fumo passivo - Luoghi di lavoro liberi dal fumo e "Ospedali e Servizi sanitari senza fumo". Dal punto di vista organizzativo il PRAT prevede l'esistenza di una Commissione Regionale Antitabacco e di una Consulta Regionale "Piemonte libero dal fumo", che si avvalgono, per la realizzazione del piano, del supporto di gruppi tecnici. In un'ottica di maggiore partecipazione degli operatori sanitari, è prevista l'attivazione in ogni Azienda Sanitaria di un coordinamento aziendale per garantire l'integrazione delle iniziative antifumo regionali con le attività locali e in sinergia con le altre strategie di prevenzione.

Insieme al piano sono stati presentati gli ultimi due quaderni del PRAT:

- Fatti e cifre sul fumo di tabacco in Piemonte, che offre un monitoraggio del fenomeno del tabagismo a livello regionale.
- Smettere di fumare in Piemonte, ricognizione delle attività e dei modelli organizzativi attualmente presenti in Piemonte per promuovere la disassuefazione tra i fumatori.

«I dati epidemiologici sul tabagismo - ha spiegato l'assessore regionale alla Salute, Eleonora Artesio - se da un lato evidenziano la progressiva diminuzione della prevalenza negli ultimi anni, dall'altro mostrano un preoccupante incremento dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti. In questa direzione è importante favorire una rete territoriale tra la scuola e le strutture sociali e sanitarie interessate alla prevenzione e al controllo». Non a caso il Piano Regionale guarda con grande attenzione agli adolescenti. I dati regionali parlano chiaro: il

4% dei tredicenni e il 19% dei quindicenni fumano quotidianamente. E sono proprio i giovani, suggeriscono le statistiche piemontesi, a rappresentare la fascia d'età in cui nel corso degli anni si è verificata la minore riduzione della prevalenza.

Il Piano Regionale punta dunque su due strade. Da un lato, una formazione mirata per il personale docente sul tema della prevenzione del tabacco. Dall'altro, interventi di natura informativa ed educativa rivolti agli studenti per la promozione di stili di vita sani. Una doppia strategia che dovrà avvalersi del supporto dei genitori e dovrà estendersi anche agli altri contesti di aggregazione giovanile (ambienti sportivi, luoghi del divertimento, associazioni).

Ma c'è un altro fronte su cui il programma regionale intende intervenire con decisione: l'assistenza alla disassuefazione. Per farlo la Regione mira soprattutto a mobilitare i medici di medicina generale e gli altri operatori della salute (specialisti delle patologie fumo-correlate, ostetriche, infermieri, farmacisti) aumentandone le competenze cliniche e la capacità di sostenere il paziente che vuole liberarsi dalla dipendenza del tabacco. E individuando in ogni azienda sanitaria "almeno un servizio deputato ad attività di diagnosi e cura del tabagismo - chiarisce il documento - secondo un approccio multidisciplinare integrato e basato sulle linee guida nazionali e internazionali. Purtroppo alcune zone tardano a dotarsi di Centri per il trattamento del tabagismo, che comunque sono triplicati tra il 2004 e il 2007 passando da 16 a 30. Il piano mira, infine, a favorire l'applicazione della normativa anti-fumo in tutti i luoghi di lavoro, inclusi ospedali e servizi sanitari. Dove sarà cruciale il ruolo dei datori di lavoro e delle organizzazioni sindacali affinché il controllo e la cura del tabagismo entrino a far parte, una volta per tutte, delle strategie aziendali. (G.M.)

Fonti: Sanità del Sole 24 Ore, settimana 17-23 giugno, pag. 22.

<http://www.dors.it/pag.php?idcm=2583>

<http://www.edott.it/SanitaQuotidiana/18-06-2008/Il-Piemonte-vara-il-nuovo-piano-anti-fumo.aspx>



### Anche Xiku smette di fumare... ma che fatica!

È riuscito a smettere di fumare. E già questa sarebbe una notizia. Ma il bello è che il protagonista di questa vicenda è uno scimpanzè, Xiku, dello zoo cinese di Urumqi che era diventato una sorta di attrazione per i turisti grazie al vizio del fumo.

L'animale, costretto a fumare in uno spettacolo circense, si era assuefatto alla nicotina tanto da fumare 20 sigarette al giorno. Così, quando è stato trasferito nello zoo

di Urumqi, capitale della Regione autonoma dello Xinjian, ha lasciato gli spettacoli per dedicarsi interamente al tabacco, che gli veniva fornito in continuazione dai visitatori incuriositi.

I custodi dello zoo, preoccupati per le condizioni di salute dell'animale si sono dati da fare per farlo smettere: per ridurre la voglia di fumare sono bastati semi di girasole e una birra ogni tanto.

Adesso Xiku è uno scimpanzè nuovo e le crisi di astinenza sono sempre più rare.



## San Marino vieta il fumo a chi guida

### Cento euro di multa a chi accende la sigaretta al volante

Sarà anche l'antica terra della libertà, ma sulla sicurezza stradale San Marino ha deciso di usare il pugno duro. Dal primo luglio è entrato in vigore nella piccola Repubblica un nuovo codice della strada, che inasprisce notevolmente le sanzioni e ne introduce di nuove. In realtà la prima stretta per gli automobilisti era già arrivata lo scorso marzo, con l'entrata in vigore della legge sulla «tutela della salute pubblica dall'esposizione al fumo di tabacco». Normativa che prevede sanzioni per il conducente che fuma al volante o per il passeggero che fuma senza espressa autorizzazione del conducente. «Comprendo il disappunto dei fumatori, ma sicuramente questo è un freno che andava messo - spiega il Segretario di Stato per la Sanità, Mauro Chiaruzzi - fumare in macchina infatti ha sempre rappresentato un enorme pericolo, essendo motivo di distrazione per il conducente e quindi potenziale rischio per incidenti». Ora l'arrivo del nuovo codice va a regolare e a fungere da deterrente per tutti quei comportamenti che rappresentano

questo punto perché è sanzionabile l'uso del cellulare e la sigaretta no». Secondo lo studio, per rispondere a una chiamata ci si distrae per 2,1 secondi, mentre per fumare ne servono 2,9 per prendere sigarette e accendino e 2,0 per accendere. Quindi quasi 5 secondi di guida al buio. La linea dura adottata a San Marino piace alle associazioni dei consumatori, che chiedono anche al governo italiano misure di questo tipo: «L'accensione di una sigaretta mentre si guida - spiega Raffaele Caracciolo, responsabile del settore auto del CODACONS - è legata a tre situazioni di pericolo: l'accensione, che fa distogliere al guidatore gli occhi dalla strada; la possibile caduta di cenere o parti accese, con rischio di incendio; e l'effetto della nicotina a livello neurologico». San Marino e la Gran Bretagna non sono comunque gli unici Paesi ad aver vietato il fumo in auto. In Canada da pochi giorni è entrata in vigore la disposizione, se ci sono a bordo minori di 16 anni. Un simile divieto è stato introdotto nel gennaio 2007 nella città americana di Bangor, nel Maine e da alcuni mesi in India. Infatti l'Alta Corte dell'India ha stabilito che nessuno potrà fumare mentre si trova al volante del proprio veicolo, pena una multa di 500 rupie, che corrisponderebbe più o meno a otto euro. Davvero una restrizione forte. E questa è solamente una delle nuove misure decise dall'Alta Corte per tentare di salvare centinaia di vittime causate ogni anno da incidenti stradali. Troppe le morti e questa è una delle soluzioni adottate. Occhio dunque: niente sigarette al volante se vi trovate in India, Inghilterra, San Marino, a Bangor (Maine, USA) e in Canada se presenti minori a bordo.

(V.Z.)

Fonte: [www.lastampa.it](http://www.lastampa.it)



un pericolo per se stessi e per gli altri. A partire dalla velocità. La sanzione minima per infrazioni ai limiti di velocità passa a 100 euro, quella massima può arrivare addirittura a 1.500 euro. Sanzioni da 100 euro anche per chi non ha le cinture di sicurezza allacciate o chi in auto usa «cuffie sonore o apparecchi telefonici» che potrebbero distrarre il conducente. Gli esperti concordano sulla pericolosità della sigaretta in auto. Secondo uno studio della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), effettuato in collaborazione con i CODACONS, e pubblicato su Tabaccologia, accendersi una «bionda» distrae più del telefonino. «Abbiamo filmato alcuni fumatori al volante, misurando per quanto tempo distoglievano lo sguardo dalla strada - spiega Giacomo Mangiaracina, presidente della SITAB - ed è risultata una distrazione maggiore che per il telefonino. Non si capisce a





## Stessa spiaggia... stessa cicca!

Focus e Legambiente hanno constatato, sulla base dei dati raccolti nelle ultime campagne "Spiagge Pulite", che in media ogni metro quadrato di sabbia ripulita dai volontari contiene 2 mozziconi di sigaretta, 2,5 tappi di plastica o metallo, 1 cannuccia, 1 stecco di gelato.

Estendendo i risultati all'intera Penisola, si può ipotizzare come, ogni anno, vengano abbandonati sulle spiagge circa 12,4 milioni di cicche di sigaretta, 15,5 milioni di tappi, 6 milioni abbondanti di cannucce e altrettanti bastoncini di gelato di legno o plastica, 1,5 milioni di sacchetti e 1,2 milioni di bottiglie di plastica. I mozziconi se non raccolti, restano nell'ambiente da 1 a 5 anni. Secondo BAT Italia invece i "mozziconi" delle sigarette sono biodegradabili in un arco di tempo che oscilla tra un mese e tre anni, a seconda delle condizioni ambientali.



Nonostante l'impegno della ricerca volta a ridurre tali tempi, attualmente non conosciamo alcun sistema per la produzione di filtri accettabili per il consumatore e che siano velocemente anche biodegradabili nel breve termine.

In questo scenario si distinguono però, e per fortuna alcuni stabilimenti balneari che vigilano perché le spiagge siano pulite e la gente semplicemente più educata. (V.Z.)

Tempi di degrado dei rifiuti	
Mozziconi di sigaretta	da 1 a 5 anni
Buste di plastica	da 10 a 20 anni
Prodotti di nylon	da 30 a 40 anni
Lattine di alluminio	500 anni
Bottiglia di vetro	1000 anni
Bottiglia di plastica	tempo illimitato



## Tabaccologia su Google Scholar

Come già riportato nei precedenti numeri di Tabaccologia, è con piacere che comunichiamo l'avvenuto inserimento con indicizzazione della nostra

Rivista nel neonato motore di ricerca Google Scholar, dedicato agli argomenti scientifici. Pertanto tutti gli articoli pubblicati su Tabaccologia fin dal 1° numero/anno 1°/2003 sono già reperibili su questo motore di ricerca, con una visibilità... planetaria. Gli stessi articoli saranno anche disponibili sul sito web della SITAB ([www.tabaccologia.org](http://www.tabaccologia.org)) in maniera singola, fermo restando la possibilità di usufruire del pdf completo di tutti i numeri di Tabaccologia.

### Che cos'è Google Scholar?

Come si afferma nella sua pagina di autopresentazione, Google Scholar è un motore di ricerca che consente specificamente di individuare testi della letteratura accademica: articoli sottoposti a revisione, tesi di laurea e dottorato, libri, preprint, sommari, recensioni e rapporti tecnici di tutti i settori della ricerca.

Google Scholar consente di reperire articoli da una vasta gamma di case editrici che si rivolgono al mondo dello studio e della ricerca, da associa-

zioni scientifiche e professionali, depositi di preprint e università, oltre che della galassia di articoli scientifici e culturali distribuiti sul Web.

Il suo motto è salì sulle spalle dei giganti (in inglese: *stand on the shoulders of giants*) ed è un'espressione ricavata dalla famosa frase di Isaac Newton "Se ho visto più lontano è perché sono salito sulle spalle dei giganti che mi hanno preceduto".

Il motto si riferisce alla possibilità di elevarsi nelle conoscenze e nelle

competenze aperte dalla migliore accessibilità della letteratura accademica, termine questo da intendersi nel senso lato consentito dal World Wide Web.

Come lo stesso team di Google Scholar afferma, essi riconoscono il proprio debito nei confronti del mondo accademico che ha permesso a Google stessa di diventare realtà, con l'augurio che Google Scholar possa essere utile alla comunità scientifica, "convinti che tutti dovrebbero avere



la possibilità di salire sulle spalle dei giganti”.

Funzioni di Google Scholar:

- Cercare in diverse fonti utilizzando un unico e pratico sito.
- Trovare documenti, abstract e citazioni.
- Individuare un documento comple-

to nella tua biblioteca oppure sul web.

- Scoprire documenti importanti in qualsiasi area di ricerca.
- Come vengono classificati gli articoli? Google Scholar mira ad elencare gli articoli in base alla stessa classificazione adottata dal mondo scientifico,

ossia valutando il testo completo di un articolo, l'autore, la pubblicazione in cui è riportato e il numero di volte in cui viene citato in altri documenti accademici. I risultati più pertinenti vengono sempre visualizzati nella prima pagina.



## Isaac Newton: «Se ho visto più lontano, è perché stavo sulle spalle di giganti».

Sir Isaac Newton, (25 dicembre 1642 - 20 marzo 1727 del calendario giuliano; 4 gennaio 1643 - 31 marzo 1727 del calendario gregoriano), citato anche come Isacco New-

ton, fu un alchimista, matematico, fisico, scienziato e filosofo inglese. Fu Presidente della Royal Society. Universalmente noto soprattutto per il suo contributo alla meccanica classica (nota agli scolari di tutto il mondo la "storiella" di Newton e la mela), Isaac Newton contribuì in maniera fondamentale a più di una branca del sapere.

### Il principale contributo di Newton ai posteri

Pubblicò la *Philosophiæ Naturalis Principia Mathematica* nel 1687, nella quale descrisse la legge di gravitazione universale e, attraverso le sue leggi del moto,

creò i fondamenti per la meccanica classica. Newton inoltre condivise con Gottfried Wilhelm Leibniz la paternità dello sviluppo del calcolo differenziale. Newton fu il primo a dimostrare che le leggi della natura governano il movimento della Terra e degli altri corpi celesti. Egli contribuì alla Rivoluzione scientifica e al progresso della teoria eliocentrica.

A Newton si deve anche la sistematizzazione matematica delle leggi di Keplero del movimento dei pianeti. Egli generalizzò queste leggi intuendo che le orbite (come quelle delle comete) potevano essere non solo ellittiche ma anche iperboliche e paraboliche. Newton fu il primo a dimostrare che la luce bianca è composta da tutti gli altri colori. Egli, infine, avanzò l'ipotesi che la luce fosse composta da particelle.

*(Redactor)*

## Un pieno di tabacco

### Possibili usi alternativi prossimi venturi

In questo scenario da crisi energetica col petrolio alle stelle, il "tanto bistrattato" tabacco forse ci potrà dare una mano con la produzione di energia termica, elettrica e biodisel! È la scommessa di Corrado Fogher, docente



di Genetica Agraria alla Cattolica di Piacenza e Direttore scientifico della società Plantechno.

Secondo Fogher i semi di tabacco hanno una resa energetica doppia rispetto a quelli di colza e di girasole. "L'olio estratto, assicura Fogher è utilizzabile direttamente nelle caldaie o nei motori a scoppio. Se modificato

con un intervento chimico o genetico sulla pianta del tabacco si può produrre olio utilizzabile come biodisel per automobili.

Per ora deve essere miscelato con il 25% di olio di palma". Tanto per avere un'idea sul possibile potenziale energetico, un campo di calcio come San Siro coltivato a tabacco potrebbe riscaldare 4 appartamenti di medie dimensioni per un intero inverno. In ottobre, in Argentina, Fogher avvierà le prime coltivazioni sperimentali. Volendo potrebbero partire anche in Italia già dal 2009.

Italia e Unione Europea avranno il coraggio di osare? E' il nostro augurio per la salute del Pianeta, per le tasche dei consumatori e per la gioia di tanti coltivatori di tabacco in crisi!

*(Claudia Cotti, biologa genetista - UniBo)*

Fonte: Vanity Fair-Italia 09/07/2008.



## Miss Mondo e Sitab: più glamour alla prevenzione

Miss Mondo è sinonimo di bellezza, salute e prevenzione del tabagismo. Il Concorso, infatti, che fra 52 finaliste ha eletto, nella finale del 7 giugno a Gallipoli (LE), la bellezza italiana che rappresenterà l'Italia nel Mondo, è stato, come ogni anno, l'occasione per sensibilizzare e promuovere la lotta al tabagismo, attraverso messaggi di salute e nuovi stili di vita in grado di raggiungere contesti difficilmente permeabili come quello giovanile. Le aspiranti al titolo, infatti, nella serata di martedì 28 maggio, hanno incontrato il dr. Bisconti, referente della Società Italiana Tabaccologia (SITAB), il quale ha spiegato gli effetti dannosi del fumo e della dipendenza da tabacco ed invitato le miss a farsi cassa di risonanza di tutto ciò oltre che ad assumere comportamenti ed atteggiamenti culturali di rifiuto della droga tabacco e altre droghe. Dalla scheda epidemiologica compilata in quell'occasione dalle ragazze è risultato che il 14% di esse era fumatrice. Per quest'ultima un impegno morale a smettere per dare maggiore credibilità al loro ruolo di testimonial smoke free.

Il progetto si chiama infatti "Miss Mondo Smoke Free" ed intende esplorare la possibilità di attuare misure

di prevenzione nei riguardi di un problema, come quello del fumo, responsabile di quella che l'OMS chiama epidemia da tabacco: più di 4.200 milioni/anno di morti fumo-correlate nel mondo, circa 90 mila/anno in Italia. Ma perché Miss Mondo Smoke Free? L'adolescenza, che è il periodo della sperimentazione e della transizione verso il fumo, rappresenta il bacino di drenaggio privilegiato delle multinazionali del tabacco con cui "rimpiazzare" i fumatori che smettono di fumare, salvaguardando così il proprio business. Ecco quindi che questa fascia d'età, a causa della maggiore suscettibilità agli stimoli ambientali/relazionali e degli attacchi, non casuali, delle multinazionali del tabacco, rappresenta il target e il periodo ideale per avere maggiori opportunità di efficacia con programmi di prevenzione primaria del tabagismo. Da ciò consegue l'importanza e la necessità di fare prevenzione primaria del tabagismo per evitare che i ragazzi comincino a fumare. Pur essendo una lotta impari per

forze e risorse messe in campo, questa, per essere efficace, deve essere condotta sullo stesso terreno di vita dei ragazzi: scuola, sport e spettacolo. (Ufficio stampa di Miss Mondo- Italia)



Assegnata, sabato 7 giugno, nell'incantevole cornice della centrale Piazza Aldo Moro di Gallipoli al termine di uno spettacolo originale, davanti ad oltre 3000 spettatori, la fascia alla reginetta della bellezza italiana, che rappresenterà il Bel paese alla finale internazionale di Kiev (Ucraina) in programma il prossimo 4 ottobre. **Claudia Russo**, 25 anni di Messina, è stata proclamata dalla giuria di qualità presieduta da Alessandro Cecchi Paone, Miss Mondo Italia 2008. Sorridente gentile e disponibile, Claudia è alta 178 centimetri, diploma scientifico e laurea presso l'accademia di Roma "Koeffia" settore moda e costume, e parla correntemente l'inglese. Claudia dopo la parentesi romana legata ai suoi studi e durata cinque anni, è ritornata a vivere da poco nella sua città. La nuova Miss Mondo Italia è stata incoronata dalla bellissima Giada Wiltshire (Miss Mondo Italia 2007) che le ha ceduto corona e fascia. Allo sprint finale a tre, la Russo (numero 52) ha avuto la meglio sulla campana Incaldana Diletta Neri che gareggiava per il Piemonte e Valentina Mascia per la Regione Umbria.

(Antonio Marzano, patron Miss Mondo Italia)



Memo per i soci SITAB

### Convocazione Assemblea Nazionale SITAB

Si ricorda che alla fine del Satellite Meeting Sitab/SRNT del 23 settembre 2008, si terrà dalle ore 16:30 alle ore 17:30, presso l'hotel Villa Panphili di Roma, l'Assemblea Nazionale dei soci Sitab, per l'elezione del nuovo Consiglio Nazionale Sitab. Si ricorda inoltre che:

- a) avranno diritto di voto tutti gli iscritti 2008 da almeno un mese;
- b) ogni Socio può avere diritto in sede di votazione ad un massimo di tre deleghe.

**Info:** dott.ssa Nolita Pulerà (Segreteria SITAB)

**E-mail:** segreteria@tabaccologia.it - info@tabaccologia.it



## Report da Napoli, 28 Febbraio 2008

# Consensus Conference Centri Antifumo - Regione Campania

Giovedì 28 Febbraio 2008 si è svolta a Napoli, presso l'Auditorium del Centro Direzionale, la Consensus Conference dei Centri Antifumo

della Campania. Notevole il successo riscontrato da questa interessante iniziativa medica proposta dall'Assessorato alla Sanità Campana in collaborazione col Centro di Prevenzione e Cura del Tabagismo dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli", Centro pilota ed attivo nel Dipartimento di Pneumologia sin dal 1996. Lo scopo della giornata è stato, come già sottolineato da un precedente tavolo tecnico di lavoro operativo in Regione, l'elaborazione di un protocollo guida uniforme attraverso la creazione di requisiti minimi che ogni Centro antifumo dovrà adottare nello svolgimento della propria attività. Numerosi gli intervenuti al Simposio, soprattutto medici pneumologi, cardiologi, nonché operatori dei SERT e psicologi. L'incontro è stato aperto dal dr. Antonio Gambacorta, coordinatore dell'Area Generale dell'Assistenza Sanitaria, e dalla dr.ssa Daniela Galeone del Ministero della Salute, che hanno presentato il programma e gli obiettivi del Convegno. Dunque esperti sul tabagismo a confronto con interessanti argomenti affrontati: dall'epidemiologia trattata dal Dottor Mario Polverino, direttore del dipartimento discipline mediche della ASL

Salerno I, alla biochimica dalla dottoressa Bassi di Salerno. Interessanti gli interventi del dr. Piccinocchi, segretario nazionale della SIMG e del dr. Di Iorio nell'ambito della Farmacologia. Sul fumo passivo la dottoressa Martucci ha esposto le evidenze scientifiche ed i cambiamenti dovuti all'entrata in vigore della legge antifumo. Il dr. Arcangelo Sena, pneumologo e responsabile del Centro di Prevenzione e Cura del Tabagismo del Cardarelli, ha affrontato il problema della diagnosi e della terapia della "malattia" tabagismo. In conclusione il dr. Mario Del Donno, direttore pneumologo dell'A.O.R.N. "G. Rummo" di Benevento ha descritto le modalità organizzative di un Centro Antifumo, mentre il dr. Eugenio Sabato, dirigente pneumologo della ASL di Brindisi ha tracciato le proposte sui requisiti minimi che dovrebbe possedere un Centro Antifumo per chiamarsi tale. Tale ultimo importante documento è stato approvato e firmato da tutti i responsabili campani dei centri antifumo, e sottoposto all'Assessorato alla Sanità per una definitiva approvazione e deliberazione che è giunta nella seduta di Giunta del 13 giugno 2008. L'obiettivo principe di tutta l'iniziativa, è mettere a disposizione del fumatore, servizi di elevata qualità al fine di un facile orientamento nel percorso della disassuefazione tabagica. ■

*Dr. Arcangelo Sena  
Dirigente Pneumologo, Responsabile Centro di Prevenzione  
e Cura del Tabagismo A.O.R.N. "A. Cardarelli" - Napoli*

## Report da Giarre (Catania), 31 Maggio 2008

# Un giorno per respirare e lasciare respirare

Il 31 maggio, come ogni anno, si celebra la giornata mondiale contro il fumo, un momento forte per la sensibilizzazione dei fumatori incalliti o occasionali, dei ragazzi e dei giovani che si trovano nel momento della scelta fumo/non fumo, ma anche dei non fumatori sui rischi del fumo passivo. Il fumo di tabacco rappresenta, infatti, la prima causa evitabile di morte nella nostra società (circa un terzo di tutte le morti per cancro, e quasi una morte su dieci, sono ascrivibili ad esso) e la forma più diffusa di dipendenza. Il Centro Antifumo di Giarre (CT), diretto dalla pneumologa dott.ssa Caterina Fazio, e con la collaborazione di psicologi e infermieri, ha aderito alla manifestazione mondiale organizzando un convegno scientifico e una manifestazione pubblica. Il Convegno scientifico, dal titolo "Le patologie fumo-correlate", realizzato in collaborazione con docenti dell'Università e con l'Azienda USL 3 di Catania, è stato indirizzato ai medici di Medicina Generale e ai pediatri di libera scelta del distretto di Giarre trattando dell'interazione tra fumo e patologie polmonari, cardiovascolari, neoplastiche, ginecologiche, non-

chè delle interazioni con il consumo in età adolescenziale. La manifestazione di sensibilizzazione contro il fumo attivo e passivo si è svolta invece nel pomeriggio dello stesso giorno nelle piazze principali di Giarre (Piazza Duomo, Corso Italia, Piazza Carmine), animata dai ragazzi delle scuole e dai lupetti Scout del comprensorio mediante la distribuzione di volantini e materiale informativo e gadget con lo slogan "Lasciateci respirare". A conclusione della manifestazione, il festoso lancio di palloncini con messaggi antifumo. Per un mese, inoltre, esercenti commerciali, ambulatori medici e pediatrici, scuole e uffici pubblici hanno continuato ad esporre una locandina sugli effetti del tabagismo e sulle attività del Centro Antifumo, sottoscritta dai presidi delle scuole, dai sindaci e dai responsabili di enti pubblici e di uffici particolarmente significativi delle due collettività di Giarre e Riposto. Tutte le manifestazioni sono state seguite dalla stampa regionale. ■

*Dr.ssa Caterina Fazio,  
Centro Antifumo, c/o Vecchio Ospedale, Giarre (CT)*



## Report da Costanza (Romania), 29-31 Maggio 2008

### 20° Congresso Romeno di Pneumologia

Il 20° Congresso della Società Romena di Pneumologia si è tenuto a Costanza, sull'incantevole costa del Mar Nero, tra il 29 ed il 31 maggio 2008.

Per la prima volta, oltre mille persone hanno preso parte al congresso. Gli pneumologi sono infatti diventati una forza nella classe medica romena capace di promuovere tutte le attività al campo delle malattie respiratorie in tutto il paese. Se aggiungiamo gli oltre 400 infermieri che hanno preso parte al Congresso, possiamo prevedere che vi saranno altri meeting capaci di esprimere quella coesione tra medici ed infermieri che è presente in ogni reparto ed ambulatorio di pneumologia nel Paese. Il programma prevedeva alcune novità: il sistema di televoto ha consentito la partecipazione attiva nel postgraduate course "Pedagogia Interattiva" organizzato dal Prof. Miron Bogdan, nelle due sessioni Pro/Contro ("Pneumotorace Idiopatico Spontaneo - trattamento mini-invasivo o chirurgico?" e "I corticosteroidi nelle infezioni severe") e nelle 3 presentazioni di casi clinici (Anca Macri, Claudia Toma, Mihaela Tanasescu), e nella sessione



sull'analisi del rischio di tubercolosi nei soggetti immunodepressi non-HIV positivi (Dragos Bumbacea). Il programma scientifico ha incluso letture tenute dai maggiori opinion leader del Paese ed inoltre, sulla base del modello americano, sessioni di aggiornamento tenute nel primo mattino su vari argomenti (clinica, diagnostica per immagini, patologia cardiaca, oncologia, ecc.). La presenza di 13 ospiti stranieri ha aggiunto ulteriore valore alla qualità complessiva del congresso. Il Prof. Peter Barnes da Londra ha affrontato l'argomento dell'asma e delle nuove strategie terapeutiche col suo ben noto modo di far sembrare semplici argomenti molto intricati. Il Prof. Yosshi Watanabe dal Giappone ha spiegato con dovizia di dettagli le nuove tecniche nei casi di occlusione bronchiale con materiali al silicone. La Prof.ssa Sylvia Hartl, rappresentante della European Respiratory Society (ERS), ha dimostrato la necessità di indicazioni standardizzate per la ventilazione non-invasiva nell'insufficienza respiratoria cronica. Il Prof. Francois Bonneaud da Limoges (Francia) ha impressionato con la sua lettura sull'ipossiemia nel paziente cirrotico.

Abbiamo avuto così la grande opportunità di dare il benvenuto alla prof.ssa Sylvia Hartl, Segretario Generale dell'ERS, la quale in conferenza stampa ha messo in risalto i notevoli progressi fatti dalla Società Romena di Pneumologia negli ultimi anni, e ha insistito sul fatto che la specialità deve essere chiamata "Pneumologia" come in tutti i paesi europei, e non col vecchio nome di "Pneumotisiologia". Il livello scientifico

delle sessioni è stato alto, anche se c'è stata qualche protesta riguardo all'assenza di discussioni "hot topics". Questo verrà ricordato durante l'organizzazione del prossimo congresso. Molti abstract sono stati inviati e presentati come comunicazioni orali o poster, che hanno suscitato molto interesse. Al momento di premiare l'abstract migliore ed il migliore articolo inviato alla rivista Pneumologia negli ultimi due anni, tuttavia, gli organizzatori hanno dovuto elevare l'età massima a 40 anni, a causa del modesto coinvolgimento dei ricercatori molto giovani e delle loro difficoltà nel porre inizio alla loro vita professionale. Di fronte alla sede del Congresso è stata allestita la tenda della campagna tabagismo europea HELP, che ha offerto ai fumatori una misurazione gratuita del monossido di carbonio espirato. Questa iniziativa ha avuto un enorme successo tra la popolazione.



Prof. Dr. Florin Mihăltan

In conclusione, crediamo che questo evento abbia rappresentato un passo in avanti per tutti gli pneumologi che come noi si dedicano allo sviluppo di una specialità, di una associazione scientifica e di una struttura educativa. ■

Prof. Dr. Florin Mihăltan

Pres. della Società Romena di Pneumologia

Dr. Irina Strambu

Chief Editor Pneumologia





## Report da Benevento, 20-21 Giugno 2008

# Le forche caudine del tabagismo

Si è svolto a Benevento, presso la Sala Conferenze del Seminario Arcivescovile nei giorni 20 e 21 giugno 2008, un interessante

Congresso dal titolo "La disassuefazione dal fumo di tabacco: problema professionale o politica sociale?" Tale iniziativa, organizzata dal dr. Mario del Donno, Direttore della U.O.C. di Pneumologia del Dipartimento di Scienze Mediche dell'A.O. "G. Rummo" di Benevento, ha riunito a confronto l'esperienza e la professionalità di autorevoli relatori campani e nazionali da tempo dedicati alle problematiche relative al tabagismo.

Si è ribadito quanto il fumo di tabacco rappresenti la principale causa di morbosità e mortalità per patologie respiratorie e cardiovascolari in Italia e nel mondo e come, secondo stime dell'OMS, tale andamento è destinato a triplicarsi nel giro di un ventennio (P. Zuccaro, L. Carrozzi, F. Pistelli). Per affrontare con mezzi adeguati l'incremento di tali affezioni, sono attivi sul territorio nazionale Centri per la Cura del tabagismo il cui obiettivo è di curare in modo adeguato la dipendenza tabagica dei soggetti intenzionati a smettere di fumare.

A tale proposito, in considerazione dell'esistenza di diverse tipologie di disassuefazione non tutte dimostrate di reale efficacia, si è reso necessario stabilire un riconoscimento istituzionale dei Centri Antifumo della Campania.

La relazione del dr. Arcangelo Sena, medico pneumologo e responsabile del Centro di Prevenzione e Cura del Tabagismo dell'Azienda Ospedaliera

"A. Cardarelli" di Napoli, nonché referente e coordinatore regionale del tavolo tecnico del tabagismo in Campania, ha chiarito tali aspetti legislativi. Il suo intervento ha definito la recente posizione dell'Assessorato alla Sanità in Campania nell'individuare finalità, obiettivi, modalità e strumenti di intervento in materia di tabagismo. Inoltre sono stati elencati i "Requisiti Minimi" che un Centro Antifumo deve applicare e soprattutto rispettare per definirsi tale.

Ebbene con viva soddisfazione, il dr. Sena ha annunciato che nella seduta di Giunta del 13 giugno 2008, è stata approvata la delibera che pianifica l'impegno della Regione Campania sul fenomeno tabagismo approvando dunque le caratteristiche essenziali



di un Centro Antifumo. Il dr. E. Sabato ha focalizzato il suo intervento sulla necessità di inserire i percorsi di terapia del tabagismo nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Il dr. V. Zagà ha illustrato quelle che sono le ultime linee guida aggiornate in tema di terapia del tabagismo (statunitensi e italiane) illustrando i punti salienti delle raccomandazioni supportate dalla forza dell'evidenza. In particolare è stato preso in esame quanto disponibile come prima linea nel trattamento farmacologico (NRT, Bupropione, Vareniclina).

Sui nuovi approcci terapeutici ha dottamente disquisito il dr. C. Chiamulera, ricercatore all'Università di Verona, sui nuovi approcci terapeutici e in particolare sul vaccino antinicotina di prossima uscita. L'argomento, come prevedibile, ha scatenato dubbi e curiosità nell'uditorio soprattutto sul suo posizionamento in ambito terapeutico. Ha concluso le relazioni il dr. V. Lucani sul ruolo del MMG nella prevenzione delle patologie fumo-correlate.

Coccolati dal munifico dr. Del Donno, la due giorni non poteva non concludersi con un mini tour on the road per Benevento ad ammirare vestigia Sannitiche, romane, longobarde e papaline. Di particolare fascino l'arco romano di Traiano. A seguire pantagruelica cena in ambiente tipico beneventano. ■



Benevento, da sinistra:  
Zuccaro, Del Donno, Mangiaracina.

Meddix Tuticus  
Maloenton



## Report da Roma, 26-28 giugno 2008 Congresso della Pneumologia Interattiva

# L'errore in medicina

Questo Congresso sull'ERRORE in MEDICINA, che si è svolto presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Roma (26-28 giugno 2008), ha rappresenta-

to il vernissage della neonata Associazione della Pneumologia Interattiva.

Apertura dei lavori da parte del prof G. Fadda con una lettura magistrale sulle metodiche sempre più raffinate nel tempo per la diagnostica dell'agente etiologico della tubercolosi ai fini di una corretta terapia. A seguire la Dott.ssa A.M. Moretti che ha illustrato lo scopo del convegno e la necessità di approfondire l'argomento errore in medicina quale esigenza ormai di tutti i sanitari, pur con i limiti che esso comporta. Il Convegno è iniziato (26-06-08) con il dott. Rampulla che ha documentato l'esigenza pressante di istituire il Risk Management nel Governo Clinico come strumento di aiuto per definire percorsi di prevenzione dell'errore nelle nostre Aziende Sanitarie di intermediazione tra le aspettative del paziente e l'operato del medico. Il dott. Lattarulo ha voluto presentare la difficoltà del rapporto tra medico e sistema nella valutazione dell'errore e della possibilità di sistemi che possano essere in grado di esprimere l'errore senza essere penalizzati. Infine il Dott. Aceti, quale rappresentante di "Cittadinanza attiva", ha documentato una serie di fattori di rischio che i cittadini hanno presentato come responsabili del danno subito. Ed ha ben illustrato il lavoro che compie l'associazione nell'aiutare il cittadino prima di tutto a capire se effettivamente c'è stato un comportamento perseguibile legalmente da parte di quel sanitario. Quest'ultimo intervento ha scatenato, come prevedibile, l'uditorio, molto attento e interessato alla problematica.

La seconda giornata (27-06-08) è iniziata con la dott.ssa Pisanti che ha fatto una ampia relazione sui percorsi assistenziali per prevenire l'errore in pneumologia, poiché si è personalmente occupata di questo, quindi ha illustrato alcune proposte quale l'inserimento delle linee guida nella cartella clinica, peraltro quest'ultima proposta molto criticata dalla platea che ha fatto diversi interventi al fine di esaminare dettagliatamente i vari provvedimenti che purtroppo si sono al momento bloccati alla Corte dei Conti. Il dott. B. Moretti ha poi illustrato molto chiaramente come la ortopedia quale branca spesso di pronto intervento, e per la sempre maggiore tecnologia applicata nella chirurgia ortopedica si trova con il più alto livello di errore tra le varie branche

medico-chirurgiche come pure per risultati che non possono sempre raggiungere le piene aspettative del paziente. Quindi la necessità di un colloquio preliminare tra il paziente ed il medico per renderlo consapevole delle diverse possibilità di risultato. Per quanto riguarda l'errore in medicina generale si è sottolineato l'importanza che ha il medico di famiglia come responsabile nel ritardo della diagnostica e la difficoltà di perseguire anche una prevenzione su diversi livelli.

Sulle linee guida nazionali della BPCO oltre che sulla loro importanza per una maggiore classificazione dei pazienti si è dato importanza anche a criteri quali oltre il FEV1, anche il BMI, Walking test, stadio dispnea. Nella BPCO grande importanza è stata data alla prevenzione come strumento che può controllare l'errore, e il fumo di tabacco ne è un esempio, come ha brillantemente esposto il prof. Mangiaracina, presidente della Società Italiana di Tabaccologia.

ITA-Pred sarà uno strumento che ci permetterà di aggiornare i valori normali dei test di funzionalità respiratoria migliorando la diagnostica nella funzione respiratoria (R. Pistelli, Roma)

Infine la dt.ssa A.M. Moretti ci ha illustrato il progetto BPCO che vede nella Regione Puglia il capofila ma che ha coinvolto altre Regioni al fine di affrontare tale patologia nei diversi aspetti della diagnostica e terapia. La sessione pomeridiana, dedicata prevalentemente alla BPCO, ha esaminato i possibili livelli di errore dalla diagnosi (A. Potena), alla valutazione della stadiazione clinica e funzionale (C. Gullotta, Torino), nonché all'apporto delle nuove metodiche radiologiche HRTC, TC-PET, che possono farci individuare stadi iniziali di enfisema o alterazioni bronchiali non ancora documentabili con alterazioni funzionali. (P. Marano e T. Pirroni, Roma). Infine si sono esaminate le tecniche di comunicazione tra medico-paziente rilevando la difficoltà odierna a reperire gli indici di appropriatezza di una corretta comunicazione. Si è quindi affrontato l'argomento degli errori nella prescrizione farmacologia della BPCO, la difficoltà di reperire banche dati sugli errori in Italia, al contrario di altri Paesi, le linee guida a volte non sempre univoche, la difficoltà di applicarle in un paziente con più patologie e quindi con conseguente eccessiva prescrizione di farmaci.

La terza giornata (28-06-08) si è svolta sotto la conduzione del dt. V. Palmieri (Bari) e della dt.ssa R. S. Principe che hanno guidato e moderato un Seminario a piccoli gruppi e discussione interattiva con circa 70 partecipanti. Il dott. Palmieri ha svolto una esauriente presentazione con slide sulle modalità di prevenzione e controllo dell'errore in ambito clinico. Sono quindi seguite una serie di domande relative: a) alla



responsabilità anche del paziente nel condividere le terapie o nel non proseguire i controlli consigliati dai sanitari, b) all'obbligo dei medici di famiglia di inviare i propri pazienti al ricovero ospedaliero con il Modulo preposto con le notizie cliniche del loro paziente, c) all'obbligo dei medici ospedalieri di dimettere il paziente con un esauriente Modulo di dimissione poiché le due cose sarebbero di aiuto ad entrambi i sanitari nel ridurre gli errori. Quindi si è parlato del limite di applicare le linee guida quando un paziente presenta diverse patologie con un conseguente aumento del numero dei farmaci prescritti. Infine è stato proposto ai presenti una breve elencazione di situazioni a rischio clinico della propria realtà lavorativa. La platea era composta prevalentemente da medici di famiglia i quali hanno visto nell'ambiente circostanze nel quale devono svolgere la loro attività lavorativa (grande affluenza di pazienti in sala di attesa, telefonate

che interrompono la visita in corso, lettera di dimissione dall'ospedale ancora scritta a mano e spesso incomprensibile...), alcuni dei fattori di rischio clinico soprattutto se ciò avviene nel momento in cui si sta raccogliendo l'anamnesi del paziente che rappresenta il momento di maggiore interscambio relazionale tra le due parti. Fattori che potrebbero essere prevenuti con una migliore organizzazione pratica della realtà lavorativa da parte del sanitario stesso e sicuramente anche una migliore disponibilità di materiale ormai informatizzato da consegnare al paziente per evitare interpretazioni errate tra i diversi sanitari che trattano lo stesso paziente. La sessione si è conclusa con una maggiore consa-

pevolezza del rischio clinico, indispensabile premessa per affrontare costruttivamente l'errore in medicina. ■

*Rosa Stella Principe  
Ospedale San Camillo - Roma*



*Al convegno "Errore in Medicina", organizzato all'Università Cattolica di Roma, la SITAb ha partecipato con la relazione di Mangiaracina e con la moderazione di Zagà. Si è trattato del primo evento organizzato dall'Associazione "Pneumologia*

*Interattiva" fondata da Achille Caputi, Vincenzo Fogliani, Saverio Mirabella, Anna Maria Moretti e Giuseppe Nicoletti che hanno eletto le seguenti cariche associative:*

- *Presidente: A.M. Moretti*
- *Vice-Presidente: G. Nicoletti*
- *Segretario Generale Tesoriere: S. Mirabella*

*L'Associazione, pur essendo stata ideata dai Colleghi Pneumologi presenti nel board, non è un'associazione esclusivamente pneumologica, ma ha come obiettivo principale la partecipazione interattiva e trasversale di tutte le branche impegnate nella gestione delle patologie respiratorie per definirne la loro gestione globale.*

*In tale ottica si sono già costituiti alcuni specifici gruppi di lavoro gestiti da referenti nazionali nella specifica materia, su tematiche gestionali complesse anche in ambito di rapporto con le Istituzioni, associazioni di pazienti e cittadini.*

*Gli scopi dell'Associazione prevedono infatti:*

*a) interazione con le amministrazioni pubbliche e private, con la finalità di valutare l'impatto epidemiologico delle patologie, mi-*

## Good morning "PNEUMOLOGIA INTERATTIVA"

*organismi scientifici o strutture di ricerca, industrie;*

*c) realizzazione di programmi d'attività formativa per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente, nel rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla normativa nazionale e regionale con l'obiettivo di favorire la conoscenza di problematiche inerenti le patologie;*

*d) corretta informazione alla cittadinanza di quanto accade in ambito sanitario attraverso l'utilizzo dei canali di diffusione delle informazioni;*

*e) interazione con cittadini e pazienti per definire interventi inerenti gli aspetti sociali e supporto alle necessità della popolazione.*

*A questa Associazione, che ha già ricevuto il patrocinio di numerosi enti, auguriamo proficuo lavoro. Conoscendo infatti le esperienze maturate, le scelte operate e l'impegno profuso dai soci fondatori ci attendiamo sicuramente risposte positive per un migliore rapporto fra tutti coloro che intenderanno collaborare al raggiungimento degli obiettivi associativi.*

*gliorare la definizione dei percorsi preventivi ed assistenziali ed intraprendere iniziative di educazione sanitaria;*

*b) promozione di attività scientifica e di ricerca, anche in collaborazione con istituzioni, associazioni scientifiche, Fondazioni,*



## Psicologia della corporeità nei processi formativi

L'autore del libro, Giampiero Sartarelli, concepisce la formazione come lo strumento essenziale del cambiamento della soggettività delle persone e dei gruppi, come la forza motrice dello sviluppo delle capacità, delle risorse personali e dei sistemi di relazione tra gli

individui e nelle organizzazioni. L'insieme di questi processi ha inizio e passa attraverso il corpo, le sue valenze e i suoi linguaggi. Perciò Sartarelli valorizza la corporeità nell'ambito delle metodologie didattiche attive, proprie della Psicologia della Formazione, partendo dall'analisi del "corpo" così come ci viene proposta da alcune concezioni filosofiche e dalla medicina anatomo-fisiologica.

Emergono con chiarezza i differenti postulati e le diverse implicazioni, in ambito terapeutico e formativo, di una visione del corpo oggetto (o corpo medico) rispetto al corpo vissuto, propria della psicologia contemporanea e dell'antropologia personalistica.

Il libro individua i processi cognitivi e di apprendimento attivati dai metodi psicologici utilizzati nella formazione quali

lo psicodramma, l'analisi bioenergetica, l'outdoor training, la programmazione neurolinguistica.

Arricchito da esercitazioni pratiche, il volume è destinato a vari operatori, medici, psicologi, educatori, comunicatori, counselor, docenti universitari e studenti.

Ovviamente e soprattutto ai formatori. Lo raccomandiamo nella formazione nel trattamento del tabagismo e dei problemi Fumo-correlati, in particolare ai professionisti della salute non-psicologi. In altre parole, Sartarelli offre una importante visione sistemica ed esaustiva delle scuole di pensiero e delle modalità di applicazione nei contesti terapeutici, per operatori sempre più consapevoli e capaci di un approccio complesso ad un problema altrettanto complesso. *(Mariella Guarracino)*

### Note sull'autore

**Giampiero Sartarelli** è specializzato in Psicologia della Formazione, Psicoterapia, e Medicina Psicosomatica. Master in Counselling e in PNL. Ha insegnato "Tecniche di Psicoterapia" presso l'Università di Urbino. Dal 2002 è formatore dei ruoli direttivi del Ministero della Giustizia (DAP) e tiene laboratori sulle formazioni esperienziali nella Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Roma Tre. Ha scritto "Pedagogia penitenziaria e della devianza" (Aracne Editrice, Roma, 2003).



## Uscire dolcemente dalla trappola

Smettere di fumare non è facile, ma soprattutto è difficile districarsi nel groviglio di emozioni, pensieri, stimoli che determina il passaggio motivazionale dalla fase precontemplativa a quella contemplativa e delle successive.

Franco Riboldi, medico di un servizio per le tossicodipendenze, propone un percorso che il paziente può compiere da sé per recuperare determinazione, incoraggiamento e fiducia nelle proprie possibilità.

Si tratta di tappe fondamentali per "convincersi" a lanciare la sfida alla sigaretta.

Al fine di ottenere la giusta dose di autonomia e autostima sono date informazioni sulla dipendenza da tabacco, ma vengono anche suggeriti percorsi di potenziamento dell'equilibrio interiore, di auto-conoscenza, tecniche di training (rilassamento muscolare, educazione sensoriale, visualizzazione,

esercizi respiratori etc..) e di rinforzo delle suggestioni positive. Tutti strumenti che possono fornire un aiuto, ad integrazione degli strumenti tradizionali, a quanti vogliono superare la dipendenza da tabacco. *(Biagio Tinghino)*

### Note sull'autore

**Franco Riboldi** è medico chirurgo, specializzato in Igiene e Medicina preventiva. Specialista in Criminologia clinica, è psicoterapeuta e responsabile del Servizio territoriale dipendenze e del Centro antifumo di Merate. È autore di diverse pubblicazioni nel campo della tossicodipendenza e del disagio giovanile.

Franco Riboldi, "STOP alla dipendenza dal fumo: come uscire dolcemente dalla trappola delle sigarette", De Vecchi Ed., 191 pagg., euro 13,90.



## Poesia e tecnica di una lezione

In questi giorni ha visto la luce il libro "Il Paese delle Coccinelle/Una Rivolta in Paradiso", edito dalla LBM Edizioni ed a firma di Nicola Partipilo (partipilo@interfree.it), pneumologo, per tanti anni responsabile del Centro di Riferimento per la Lotta al Tabagismo della

ex-Ausl Ba 5 di Putignano, e con una lunga esperienza di interventi scolastici.

Il testo intende essere una risposta editoriale alle esigenze di una prevenzione antitabagica moderna, sempre alla ricerca di nuove strategie per dare risposte concrete ed urgenti all'epidemiologia del tabagismo.

E già la sua originale composizione, due testi uniti come in una clessidra (che per continuare a segnare il tempo deve essere capovolta), è la prima risposta simbolica alla necessità di continuità didattica in un intervento educativo e formativo che "è per la vita": si incominci quanto prima con "Il Paese delle Coccinelle", e si continui con "Una Rivolta in Paradiso", per andare poi oltre l'età scolastica... proprio come il fumo di tabacco!

Aprire le prime pagine del "Paese delle Coccinelle" e leggere la filastrocca "Dio in principio creò il mio papà" è un invito a proseguire nella lettura, a cui non sa sottrarsi neanche il più accanito fumatore.

Che subito dopo incontrerà il primo racconto, quello che dà il nome ed il senso globale alla prima sezione. Qui però la favola non si conclude con lo scontato e rasserenante "...e vissero felici e contenti", che tutti appaga, ma con un delicatamente malinconico messaggio di quelle coccinelle che per un disastro ecologico creato da una cicca di sigaretta spenta, non voleranno più!

Ed al lettore non è dato tempo di respirare che subito dopo s'imbatterà in un'altra dolcissima favola. Racconta le incertezze di un bruco di farfalla: alla sua nascita non trova la sua mamma! Per fortuna la solidarietà si fa sentire e "...che festa lì nel bosco quando si alza in volo per la prima volta una sua farfalla!": l'augurio che possa avverarsi anche nel "nostro bosco".

Il testo poi continua ad accompagnare il lettore nella sua carriera evolutiva e formativa, con i racconti che cercano di far decifrare ai ragazzi le loro nuove sensazioni, i nuovi bisogni, quelli classici della prima parte dell'età fantastica, quella della scuola media. Qui i personaggi che il lettore incontra sono "La donatrice di stelle", "L'albero che conosceva le stelle". Con "I ragazzi degli aquiloni" poi si avvicina

il momento di "girare... libro", di capovolgere la clessidra, per "Una Rivolta in Paradiso". Per una rivoluzione nei tempi e nei modi d'affrontare le tematiche dell'educazione a non fumare (meglio sarebbe dire "alla vita").

L'avventura può continuare ma con ritmi progressivamente diversi, anche se senza scossoni, sempre con un linguaggio che sa tanto di prosa poetica, (se non di poesia pura come nel "Bruco poeta di Erbaforita").

Qui i ragazzi potranno "specchiarsi" e ritrovarsi nelle storie di "Valentina", quattordicenne alle prese con i problemi di accettazione del proprio corpo, con la storia di una madre sofferente di una malattia respiratoria, che ha il coraggio di avere "Pensieri per un figlio che nasce". Qui i ragazzi conosceranno il tormento di Emilia per il momento critico dei suoi genitori nella "Notte di San Lorenzo". E non è ancora finita!

L'ultima parte di "Una Rivolta in Paradiso", l'autore, che rimane un medico, se l'è riservata per parlare di quei danni da fumo di tabacco, di cui nessuno parla mai. Nella sezione dei "Racconti del medico", trovano spazio la "Lettera all'amico medico", le "Confidenze di un operaio", le parole "Dal diario di un fumatore", per metterle a disposizione degli altri.

È evidente il razionale di tutto questo: sfruttare la strategia più moderna dell'educazione/formazione, quella della "narrazione", nelle sue diverse forme: filastrocca, poesia, racconto, fiaba, monologo, rappresentazione teatrale. È risaputo che, attraverso la sollecitazione delle energie emozionali dell'individuo, la narrazione ne catalizza la piena disponibilità al processo del cambiamento.

Attenzione, però: il testo del Partipilo non è solo narrazione. Infatti la composizione ed i contenuti sono tali che il libro clessidra è garantito in termini scientifici e pedagogici dalle schede operative e di approfondimento coerenti con le trame dei racconti. Tanto che si può concludere che come strumento di lavoro, di cultura e di educazione, il libro può avere solo i limiti degli operatori che lo usano.

(Franco Dadduzio)

### Note sull'autore

**Nicola Partipilo** è medico specialista in pneumotisiologia, fisiopatologia respiratoria e cardiologia, dirigente del centro di riferimento per la lotta al tabagismo della ASL / BA.

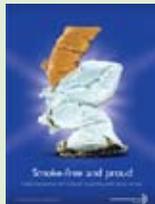
Nicola Partipilo, "Il paese delle coccinelle. Una rivolta in paradiso (poesia e tecnica di una lezione contro il tabagismo che dura nel tempo)", LBM Ed., euro 12,50

# SENZA FILTRO

by Torquemada



## Intervento antifumo per etnia... taccagna!



**Iniziativa per aiutare i tabagismi scozzesi... pagati per smettere** - Grande dilemma per i fumatori della città scozzese di Dundee: la borsa o la salute? Le autorità locali hanno infatti deciso di

intervenire in un modo insolito e probabilmente premiante: pagare chi decide di smettere di fumare, con buoni-acquisto settimanali del va-

lore di 12,5 sterline, circa 18 euro. Il progetto è co-finanziato dal governo scozzese e costerà meno che curare i danni alla salute dei tabagisti. Già stanziati 500.000 sterline, ma se l'idea funzionerà, il fondo anti-sigarette potrebbe essere potenziato. E essere esteso a tutta la Scozia. Lo schema previsto è semplice. Chi aderirà al progetto dovrà sottoporsi a test settimanali che accertino l'assenza di monossido di carbonio nei polmoni. Se avranno rispettato l'impe-

gno preso, gli verranno accreditate 12,5 sterline su una carta elettronica da utilizzare nei negozi di alimentari. Ogni 7 giorni, per 3 mesi, e con l'inibizione a utilizzare la card per acquistare tabacco. Funzionerà? Se è vero quel luogo comune che vorrebbe gli scozzesi taccagni come i genovesi l'espedito, che li tocca sul vivo, dovrebbe funzionare alla grande! Siamo certi che questo provvedimento pilota sarà seguito con grande attenzione dalla Regione Liguria!

## Tosi, quà la mano!

Il Corsera del 14 luglio ci dà una di quelle notizie che ci rallegrano per il segnale che esse lanciano. Multa di 50 € ad un rumeno per fumo in un parco pubblico, in seguito ad una ordinanza del Comune di Verona. Lungi da noi dall'essere tacciati per leghisti, siamo convinti che l'etnia rumena sia

stata solo una casualità. Per il resto ci piace l'ordinanza del sindaco leghista Flavio Tosi, in vigore da fine novembre 2007, che punta alla salvaguardia soprattutto dei bambini, che passano molto tempo nei parchi, sia in tema di salute che di esempio. I complimenti vanno estesi anche ai

comuni di Napoli e Bolzano con una raccomandazione: le leggi vanno fatte per essere rispettate tenendo presente però che una rondine non fa mai primavera! Intelligentibus pauca ovvero chi ha orecchie da intendere intenda!

## Dietrofront Kameraden!

Così ha sentenziato in Germania la Corte costituzionale, che ha infatti stabilito che il divieto di fumo, almeno così come è formulato dalle leggi emanate dal Baden Wurtemberg e dalla libera città di Berlino, è incostituzionale, perché metterebbe in situazione di svantaggio alcuni gestori di piccoli locali e quindi va cambiata. Di fatto tutti i Lander tedeschi dovranno rimettere mano alle nor-

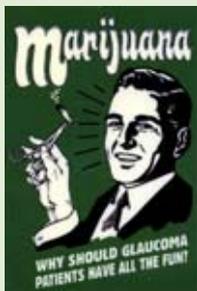


me entro la fine del 2009. Ritorna così alla grande l'accoppiata sigaretta-birra, ma non è detto che i

27 milioni di fumatori tedeschi possano cantare vittoria, né confidare che il loro finisca per essere uno dei pochi paesi europei a non dichiarare guerra al fumo passivo, così come

è stato fatto intendere dal Ministro per gli Affari sociali del Baden Wurtemberg e dalla Premier Angela Merkel. La partita però si gioca sottobanco, in un paese in cui ancora le multinazionali del tabacco spadroneggiano senza pudore con la pubblicità dei loro prodotti. A tal proposito non possiamo non concordare con l'aforisma del divo Julio: «A pensar male si fa peccato, ma spesso ci si azzecca».

## Mondo alla rovescia: tabacco vietato e marijuana libera in Olanda



Da Il Giornale (n. 148 del 22/06/2008) apprendiamo che dal primo luglio le sigarette saranno proibite nei luoghi pubblici. E lo spinello? Rischi multe solo se contiene anche tabacco. Sarà

come entrare in un bar dove è vietato consumare una birra ma è lecito bere whisky, rum o vodka. È l'ultimo paradosso dell'Olanda libertaria dove da ieri, in linea con molti Paesi Europei, è entrato in vigore il divieto di fumo. Fumo sì, ma

solo marijuana. Insomma, fumare una sigaretta di tabacco in un coffee shop potrebbe costare dai 300 euro (per la prima infrazione) ai 2.400 (dopo la quarta infrazione). Fumare uno spinello invece continuerà a essere un'attività legale. Roba da strangozzare! Ma c'è di più: le «canne», di solito composte da un mix di tabacco e marijuana, saranno legali solo se «pure», cioè se interamente composte da quelle sostanze stupefacenti vietate in gran parte del mondo. Un concentrato di thc, insomma, degno di mandare in tilt anche i più avvezzi. Le nuove norme anti-fumo, che seguono il trend inaugurato dall'Irlanda e seguito da Svezia, Ita-

lia, Malta, Francia, Belgio, Finlandia, Lituania, Portogallo e Regno Unito, hanno provocato le sdegnate reazioni di molti. Ma come si farà a capire qual è il contenuto reale della sigaretta e se è «cento per cento hashish made», cioè cento per cento «legale»? Gli agenti potranno sequestrare la sigaretta e portarla in laboratorio e analizzarla. Con beffa finale: se contiene tabacco, scatterà la multa. Di fatto, insomma, sarà difficile punire i trasgressori. «In qualsiasi altra parte del mondo è il contrario - lamenta Jacobsen - semmai si controlla se c'è cannabis nelle sigarette. Da noi invece...». Un mondo veramente alla rovescia!

# Tabac Mail

## lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

### @ Lettera al Ministro Sacconi

Sgnor Ministro,

Sen. Maurizio Sacconi, sono un'operatrice di GEA Progetto Salute e dal 2001 ci occupiamo della tutela della salute dei non fumatori con informazioni e suggerimenti a chi desidera vedere rispettato il diritto a non subire i danni da fumo passivo. In questi anni abbiamo ricevuto innumerevoli email e telefonate da parte di cittadini e lavoratori che giornalmente hanno a che fare con fumatori maleducati e arroganti che si comportano come se il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi non fosse mai entrato in vigore. In questi ultimi mesi le segnalazioni sono aumentate e questo mi pare un segnale inequivocabile che, dopo un primo periodo di rispetto quasi assoluto del divieto di fumare, la situazione stia cambiando. Tutto ciò è dovuto sia alla scarsa attenzione di molti italiani nei confronti del diritto alla salute di coloro che hanno scelto di non fumare, sia alla carenza di controlli da parte delle autorità preposte, oberate sempre da una gran mole di lavoro. Per queste ragioni, la legge 3/2003 varata dal precedente governo Berlusconi, e assai gradita alla maggioranza degli italiani, fumatori compresi, rischia di diventare l'ennesima buona legge che nessuno rispetta. L'attuale governo ha puntato molto, durante la sua campagna elettorale, sull'importanza di restituire l'Italia alla legalità e ha mostrato una particolare sensibilità al malessere diffuso tra la popolazione per i problemi legati al mantenimento dell'ordine pubblico. Anche il mancato rispetto del divieto di fumare è vissuto come una forma di sopraffazione in modo particolare nei luoghi di lavoro dove la violazione è attribuita soprattutto a dirigenti, responsabili e persino a coloro che sono incaricati della vigilanza. In considerazione del fatto che i danni derivanti dall'esposizione al fumo passivo sono ampiamente documentati ed accertati da numerosi studi scientifici, come Ministro del Lavoro Salute e Politiche Sociali, La invitiamo a farsi portavoce della necessità di operare un maggior numero di controlli sulla effettiva applicazione delle norme anti-fumo a tutela dei non fumatori. La ringraziamo per l'attenzione e le auguriamo buon lavoro.

**Cinzia Marini**

Coordinatrice Servizio Smokebusters- GEA Progetto Salute - Onlus  
www.smokebusters.it - help@smokebusters.it

### @ Vareniclina vs NRT: un confronto possibile?

In merito all' articolo di Aubin HJ et al. "Varenicline versus transdermal nicotine patch..." ampiamente illustrato e commentato su Tabaccologia 4/2007 da Massimo Baraldo, vorrei esporre alcune considerazioni e domande, per così dire, a ruota libera, nel senso che nascono oltre che dallo specifico lavoro citato, dal confronto con altri lavori e dall'esperienza personale.

1. La prima domanda è sulla scelta, non esplicitata nel testo, di confrontare la Vareniclina con il cerotto piuttosto che con altre NRT. Il primo criterio di selezione avrebbe potuto essere l'efficacia della forma farmaceutica che varia in maniera sensibile da una forma all'altra. La NRT più efficace, secondo Cochrane<sup>2</sup>, è lo spray (OR vs placebo di 2,35), seguito dall'inhaler (2,14), dalle pastiglie (2,05), dai cerotti (1,81), e da ultimo dalle gomme (1,66). Ho riportato il

lavoro di Aubin, in modo da non valutare con il senno del poi. Resta il fatto che si prende a confronto una delle forme di NRT meno efficaci. Legittimo chiedersi quali sarebbero stati i risultati se si fosse testata la Vareniclina con altre NRT di maggior efficacia.

2. Peraltro la scelta della NRT non è neppure giustificata dagli autori con il criterio, ragionevole, della diffusione relativa. All'epoca in UK, per citare uno dei paesi in cui si è svolta la sperimentazione, il cerotto era usato nel doppio dei trattamenti rispetto alle pastiglie<sup>3</sup>, che pure erano in ascesa. Oggi, in Italia<sup>4</sup> i trattamenti con compresse sono il doppio rispetto al cerotto. Dati più precisi si hanno su siti a pagamento di cui non dispongo.

3. Bisogna sottolineare che nei Centri specializzati, come quelli in cui si è svolta la sperimentazione, raramente il cerotto viene prescritto da solo, più spesso viene prescritto in associazione con una NRT a pronta disponibilità che ne aumenta l'efficacia<sup>5</sup>. Tanto che la stessa Pfizer<sup>5</sup> propone all'estero delle confezioni combinate (Nicorette combi) di cerotti e gomme.

4. Anche se opportunamente dichiarato, il fatto che il 50% dei ricercatori coinvolti siano dipendenti Pfizer introduce nella ricerca un bias difficilmente quantificabile.

5. Pure in questo lavoro è stato mantenuto un cut-off di 10 ppm per il CO che è arbitrariamente alto ed ingannevole. Un cut-off realistico è di 4 ppm di CO<sup>6</sup>.

6. Le percentuali di successo continuo alla fine del trattamento farmacologico con V. si confermano alte, pari al 56% (43% con il cerotto) e confrontabili con il 63% di Tonstad<sup>7</sup>. Come erano addirittura eguali le percentuali tra Jorenby (8) 44% e Gonzales<sup>9</sup> 44%, sempre nelle ultime settimane di trattamento farmacologico. Questo dato è importantissimo e conferma la misura dell'effetto di una somministrazione aperta (le prime due) vs una a doppio cieco (le ultime due) quantificabile in un vantaggio del 12-19%.

7. Non sorprende constatare che ad un anno dall'inizio del trattamento farmacologico la misura del successo tra V. (26%) e NRT (20%) tende ad eguagliarsi, diventando non significativa. Sembra evidente che l'effetto farmacologico si esplica nell'innalzare la quantità di astinenti iniziale e che a lungo termine siano le abilità di fronteggiamento (coping) a determinare il livello di successo. Tali abilità non possono essere incrementate dal farmaco, come ha dimostrato recentemente il fallito tentativo di Tonstad<sup>6,7</sup> di prolungare la terapia farmacologica a sei mesi per ottenere maggiori tassi di astinenza ad un anno.

8. Si potrebbe ipotizzare che la maggior facilità di cessazione con la Vareniclina (e lo stesso si può dire di altri farmaci efficaci) rispetto alla NRT, descritta nell'articolo, renda meno necessario un adeguato sviluppo delle abilità di fronteggiamento. Potrebbe derivarne un maggior tasso di ricadute alla sospensione del farmaco.

9. Ne conseguirebbe che è arbitrario e fuorviante misurare l'effetto del farmaco al di là del periodo di trattamento farmacologico. Altri fattori, non adeguatamente descritti e misurati, intervengono nel mantenimento dell'astinenza. È probabile che la terapia di supporto sociale, di gruppo o individuale, sia cruciale nel mantenimento dell'astinenza e che tale trattamento debba essere previsto per un tempo più lungo delle classiche 8 settimane<sup>10</sup>. La sfida che ci viene posta è di capitalizzare a lungo termine il notevole guadagno in astinenza iniziale fornito dalla V.

10. Per quanto riguarda gli effetti collaterali (eventi avversi totali sperimentati dall'85% del gruppo vareniclina vs il 70% del gruppo ce-

rotti, eventi avversi gravi n.17 vs 1), mi sembra che possano essere amplificati da protocolli di somministrazione rigidi. È bensì vero che in Tab 5 viene quantificata la percentuale di ritiri temporanei o di riduzione delle dosi (12% vs 7%) ma, abbastanza sorprendentemente, l'entità di tali riduzioni non viene quantificata! Nella mia esperienza, per quanto aneddotica essa sia, su circa 60 casi ho avuto solo un'interruzione di trattamento. Nel caso di effetti collaterali spiacevoli, è sempre stato possibile con un dimezzamento delle dosi risolvere i problemi in maniera accettabile.

**11.** La lunghezza del trattamento è un altro fattore cruciale, non tanto per l'efficacia a lungo termine che si comporta da variabile indipendente, ma per lo sviluppo di effetti avversi. Orbene, un grafico tra i tanti sull'efficacia della vareniclina (8, Fig 3) non mostra particolari punti di flesso dal II° al III° mese o al IV°. Vista l'inutilità di una terapia farmacologica prolungata, non vedo perchè non si possa consigliare una terapia abbreviata di 6 o 8 settimane compresa la fase di riduzione finale.

**12.** In definitiva si può ricavare dai lavori citati che la Vareniclina è un buon farmaco per avviare la cessazione, ma che per mantenere il successo è probabilmente necessario incrementare l'attività di sostegno<sup>11</sup>. Solo una sperimentazione sul campo, in condizioni reali, potrà quantificare tale aspetto.

**Poropat Claudio**

(claudio.poropat@ass1.sanita.fvg.it)

Centro interdipartimentale per la prevenzione e cura del tabagismo.  
ASS n.1 Triestina

## Bibliografia

1. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al: Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised, open label trial. Thorax published on line 8 feb 2008
2. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database Syst. Rev. 2004 Jan; 8(1):13 www.cochrane.org
3. West R, DiMarino M E, Gitchell J, McNeil A. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. Tob. Control, 2005; 14; 166-171
4. Spizzichino L: I controlli dei NAS, la vendita di tabacchi e le vendite dei farmaci per la disassuefazione. Progetto del Ministero della Salute-CCM: Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale
5. Raw M, McNeil A, West R: Nicotine replacement Therapy, Guidance first issued: 29 dec 2005, ASH, www.ash.org.uk
6. Baraldo M, Poropat C, Chiamulera C: Vareniclina: fatti ed opinioni a confronto. Tabaccologia anno IV, 4-2006, 15:18
7. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation. JAMA, July 5, 2006-Vol 296, No. 1, 64-71
8. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of Varenicline, an alfa4beta2 Nicotinic Acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. JAMA, July 5, 2006-Vol 296, No.1, 56-63
9. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alfa4beta2 Nicotinic Acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. JAMA, July 5, 2006-Vol 296, No.1, 47-55
10. Vegliach A, Poropat C: Psicodinamica dei gruppi nel trattamento del tabagismo. Tabaccologia 4, 2007, 34:38
11. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Date of last substantive update: February 16. 2005



## Scuole libere dal fumo

Questa è la tesi: togliere il tabacco per eliminare (o ridurre) dalle scuole, droghe leggere e pesanti. Guardando più in basso e per essere più realisti, insegnamo agli studenti il "limite", e proteggiamo la loro salute fisico-psichica. Detto in un altro modo: abbassiamo la soglia della trasgressione per contenere l'eccessivo entro livelli accettabili. Oggi giorno per chi crede ancora nel ruolo educativo della scuola, tale istituzione (assieme a famiglia e religione), è rimasta per gli adolescenti in crescita, l'ultimo baluardo preposto alla trasmissione della legalità e della civiltà.

Osando ancora: scuole come 'spazio sacro inviolabile', luoghi di resistenza che contrastano gli usi e le abitudini malsane del vivere sociale. Non si vuol insinuare che la società sia il diavolo, anche se a volte lo è. Piuttosto si intende dire che essa è luogo di combattimento. E per crescere e competere, è necessario essere preparati, trovare luoghi di istruzione, di formazione e di educazione che allenino i giovani anche sotto il profilo morale e spirituale. Se le scuole non rafforzano e non mettono alla prova la virtù umana degli alunni, le tentazioni e i cedimenti per i deboli saranno dietro l'angolo. Questa prospettiva apparirà per i più visionaria, utopica, non disincantata: sono però le grandi idee che possono trasformare il reale. Nella nostra società il limite della trasgressione si è spostato sempre più in avanti e molte cose che nel passato non venivano accettate, oggi sono diventate normali, senza contare dal punto di vista dell'età, l'anticipo di queste esperienze trasgressive. Oggi farsi uno spinello pare sia diventata una abitudine (non in senso etimologico). Così il fumo di sigaretta è un preliminare a cui più nessuno presta attenzione. Ma con la salute non si scherza.

Quante inchieste, ricerche, studi che fotografano con preoccupazione un mondo giovanile sempre più fragile, dipendente, non autonomo. Il fumo di tabacco fa male e le scuole devono fare di più. Per dire la gravità della situazione, quest'anno il Parlamento italiano ha fatto proprio le direttive dell'organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.), la quale ha innalzato l'età del divieto di vendita di sigarette, dai 16 ai 18 anni. Non si capisce se a questo divieto di vendita corrisponda un divieto di consumo, questo è il burocratese della legge, ma la preoccupazione è stata segnalata. È un innalzamento che non segue i rincari dei prezzi o gli aumenti del PIL o del gasolio! No: è l'allarme riguardo i comportamenti giovanili rilevati negli ultimi anni: devianze in aumento e abbassamento dell'età. Partiamo allora 'dalle cose più piccole', (come fanno già alcuni istituti scolastici), gestibili, per prevenire quelle più grandi; e visto che parliamo di dipendenze, c'è una dipendenza anche nel nostro discorso: tutti quelli che si drogano, hanno prima fumato sigarette. Non è detto che tutti quelli che fumano tabacco consumeranno sostanze psicotrope, ma la correlazione esiste. Qualcuno obietterà che promuovere l'astinenza da tabacco nelle scuole sa di giansenismo corporale: in questi spazi ci sono anche bevande con coloranti, gelati con zuccheri, merendine con dolcificanti, caffè...anche queste cose fanno male! È vero, ma a confronto, i danni riportati da questi alimenti rispetto il tabacco, non sono paragonabili. In più c'è il senso simbolico-culturale che è fortissimo: non si trasgredisce con una bibita o una brioche e ad esse non si associano modi d'essere criticabili (a patto che uno non mangi 100 pastine al giorno). Qui sono in gioco valori e significati come il gruppo, l'iniziazione, il mostrarsi davanti agli altri. Con un comportamento virtuoso invece, o più semplicemente civile, nelle sei ore di scuola, senza distrazioni, l'apprendimento ne guadagnerà. Perché allora tanto disinteresse, reticenza e paura nell'affrontare tale problema? Liberiamo le scuole dal fumo: i nostri ragazzi saranno più sani, più concentrati nelle lezioni e con il senso del limite rinforzato. Sono gli stessi studenti a chiederlo! In tal modo, dal punto di vista medico-sanitario le patologie cardio-respiratorie diminuiranno, riducendo così anche i costi degli enti sanitari. In tempo di razionalizzazione di spesa, questa soluzione appare convincente anche sotto questo profilo. L'O.M.S. ha fatto la sua parte; questa è la novità di questa giornata mondiale senza tabacco: ora gli educatori facciano la loro.

**Benetti Sergio**

Docente istituto professionale Remondini - Vicenza

## RISPOSTA

Gentile Prof. Benetti,

la ringraziamo del suo gentile contributo e possiamo assicurarle che

ciò che lei suggerisce, ovvero l'applicazione del divieto di fumare in tutta l'area scolastica, rappresenta per i nostri studiosi una priorità indiscussa da molti anni. Le evidenze scientifiche ormai dimostrano che tale provvedimento, applicato in modo rigoroso, è efficace nella riduzione del consumo di tabacco tra i giovani. Continueremo a fare pressioni in tal senso presso i ministeri di competenza. Cordiali saluti.

**Giacomo Mangiaracina**  
([mangiaracina@fastwebent.it](mailto:mangiaracina@fastwebent.it))

## @ Lettera di contestazione sui conduttori Rai "acritici"



Egregio Direttore, ho sempre ritenuto "Tabaccologia" una rivista scientifica e sono rimasta sinceramente sconvolta per il vostro redazionale in oggetto.

Che l'intervento di Fazio (n.1/2008, pag. 46 by torquemada) non sia piaciuto è evidente e, forse anche comprensibile (benché la libertà di espressione e di conduzione sia certamente un valore nella nostra società). Fazio, tuttavia, non ha direttamente offeso nessuno. Viceversa ho letto, con orrore, da parte vostra nei suoi confronti: "servilismo da pseudointellettuale di sinistra vintage, alla affannosa ricerca della captatio benevolentiae della minoranza di turno" (?), "ci chiediamo perché certi presentatori debbano supinamente condividere, rasentando un servilismo orgasmico (sic!!), opinioni palesemente contro ogni logica e realtà, soprattutto se provenienti da segmenti sedicenti progressisti vecchio stile" e, come se non bastasse tanta arroganza fitta di contenuti senza senso "perché improvvisamente, su argomenti importanti come gli stili di vita salutari, si diventa invertebrati (sic) senza una propria opinione?".

Putroppo ritengo il livello delle argomentazioni e degli insulti incompatibile con una rivista che raggiunge servizi pubblici e privati. Neppure la più radicale rivista religiosa avrebbe permesso un simile linguaggio che, come ben sappiamo dalla ricerca, è assolutamente controproducente in funzione della prevenzione. Putroppo la mancanza di firma rende il direttore direttamente responsabile. Vi prego, pertanto, di pubblicare rapidamente scuse o di togliere il mio dipartimento e le sue unità operative dal vostro indirizzario.

**Laura Tidone**  
([ltidone@asl.bergamo.it](mailto:ltidone@asl.bergamo.it))  
Direttore Dipartimento delle Dipendenze, ASL di Bergamo

## RISPOSTA

Torquemada è per sua natura sanguigno e davanti ad uno stimatissimo Fabio Fazio inerme davanti allo scrittore Gunter Grass che, uscendo dalla sua vena letteraria, marchiava di "persecuzionismo" il civile impegno di lotta al tabacco, definendola addirittura "la nuova intolleranza del XXI secolo", lui non rimane inerme, anzi. Delle opere di Grass, Torquemada confessa l'ignoranza per non averle lette, ma anche Grass non scherza in quanto ad ignoranza di aspetti che riguardano la Scienza e che, basandosi sulle evidenze, non possono ammettere opinioni personali. Perciò viene perdonato, come si fa con tutti coloro che il fumo e il bere li chiamano "Vizi". Non è possibile infatti pretendere che conoscano i dati di letteratura scientifica mondiale, o gli enunciati dell'OMS, o le strategie "evidence based" di 190 governi del mondo per arginare la piaga del tabagismo. Però accusa Fabio Fazio, che fra l'altro ammira per capacità, professionalità e simpatia. Proprio per il suo calibro di conduttore Rai, che parla a una platea immensa di persone che odono e guardano con ammirazione, gli contesta il fatto di non avere proferito verbo, neppure una parola, davanti ad una invettiva balorda e niente af-

fatto illuminata. Perciò Torquemada, sebbene in maniera colorita e irruenta, trova gli estremi per un'accusa, per il tipo di ricaduta che prevede sulla popolazione. Egli è convinto che i giornalisti debbano seguire un corso SITAB di aggiornamento sulle tematiche delle grandi stragi dell'umanità, per evitare che parlino ancora di SARS e di Mucca Pazza, mentre migliaia di persone ogni giorno muoiono con atroci sofferenze per fumo e alcol. Astenersi dal prendere una posizione su queste tematiche equivale, come dice l'OMS, ad una colpevole connivenza.

**Giacomo Mangiaracina**  
([mangiaracina@fastwebent.it](mailto:mangiaracina@fastwebent.it))

## @ Scandalo alla Facoltà di Medicina Veterinaria di Milano

La lettera degli smokebusters ai NAS di Milano:

Roma 24 giugno 2008

Dott. Enrico Decleva  
 Rettore dell'Università degli Studi di Milano  
 Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria  
 Dott.ssa Daniela Galeone  
 Ministero della Salute  
 e p.c. Redazione di Tabaccologia

Grazie al video girato da uno studente ([http://video.corriere.it/?vxtiteld=404a0ad6-6216-4e10-abfe-f4f6959487fd&vxChannel=Dall%20Italia&vxClipId=2524\\_b4a72e3e-3ec9-11dd-ae8f-00144f02aabc&vxBitrate=300](http://video.corriere.it/?vxtiteld=404a0ad6-6216-4e10-abfe-f4f6959487fd&vxChannel=Dall%20Italia&vxClipId=2524_b4a72e3e-3ec9-11dd-ae8f-00144f02aabc&vxBitrate=300)) pubblicato dal sito del Corriere della Sera e all'articolo riportato da Il Giornale domenica 21 giugno 2008, tutti hanno potuto constatare con quale disinvoltura il Prof. Carlo Beretta, docente presso la facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Milano, fumava durante gli esami. Da anni mi occupo di tutela dei diritti dei Nonfumatori e ricevo una grande quantità di e.mail e telefonate che mi segnalano la violazione del divieto di fumare in molti luoghi: ospedali, scuole, uffici pubblici e privati, ristoranti, bar, discoteche ecc. Nonostante questa mia esperienza sono rimasta molto colpita dal comportamento del Prof. Beretta che, incurante delle norme vigenti e forte della sua posizione, si permette di violare una legge che, relativamente alle università, vige da moltissimi anni. Un professore universitario che, invece di dare il buon esempio e in contrasto con il suo ruolo di educatore, fuma in tutta tranquillità sordo alle proteste dei suoi studenti. Un comportamento, secondo il mio parere, del tutto inaccettabile che non può rimanere senza conseguenze. Auspico quindi un pronto intervento dei NAS e una ferma presa di posizione da parte del Rettore dell'Università e del Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria affinché il Prof. Beretta sia severamente sanzionato e gli venga impedito per il futuro di fumare all'interno dell'Ateneo.

**Cinzia Marini**  
([help@smokebusters.it](mailto:help@smokebusters.it))  
Coordinatrice Smokebusters, GEA Progetto Salute  
[www.smokebusters.it](http://www.smokebusters.it), [www.gea2000.org](http://www.gea2000.org)

## RISPOSTA

Troppe le segnalazioni e le nicchie di resistenza alla legge antifumo su tutto il territorio nazionale come spesso abbiamo segnalato da queste pagine. Pertanto sottoscriviamo in toto l'appello della Coordinatrice Smokebusters ai NAS, al Preside di Facoltà di Milano e al Ministero della Salute sperando in una maggiore attenzione al problema in questione.

**Vincenzo Zagà**  
Caporedattore Tabaccologia



# InformaLILT

*Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori*

## Un mese di Respiro... e di proposte

La Giornata Mondiale senza Tabacco 2008 dell'OMS ha avuto come destinatari i giovani, con il motto "Tobacco Free Youth". Dire che il manifesto ufficiale lasciava molto a desiderare è poco, era praticamente incomprensibile, ma gli scopi almeno erano chiari: studiare e mettere in cantiere azioni efficaci che riducano l'induzione alla dipendenza tabagica nei giovani.

La vera novità di quest'anno è comunque il fatto che la LILT non si è limitata ad iniziative circoscritte alla sola Giornata ma ha dedicato alla lotta al tabacco un intero mese, quello di Maggio.

In verità si tratta di un progetto ampio che vede insieme alla LILT una serie di soggetti istituzionali e del privato sociale che hanno siglato un accordo formale finalizzato alla realizzazione di "Un Mese senza Fumo". Durante tutto il mese di maggio l'Osservatorio Fumo Alcol Droghe dell'Istituto Superiore di Sanità, la Federazione per le Malattie Polmonari Sociali, la Società Italiana di Tabaccologia, varie associazioni pneumologiche e le associazioni dei pazienti asmatici e BPCO, affiancheranno le sedi provinciali della LILT organizzando convegni, distribuzione di opuscoli e materiali nelle piazze, nelle scuole e nelle ASL, ecc...

Un mese ricco di eventi "antifumo", che è culminato nella conferenza stampa LILT del 29 Maggio al Senato e con una manifestazione nelle maggiori piazze italiane, il 30 e il 31. Nelle postazioni LILT è stato possibile ritirare una piccola guida per "dire NO" al tabacco, con la distribuzione della ormai esclusiva e "griffatissima" sacca da mare, realizzata col patrocinio della Camera Nazionale della Moda Italiana e con la disponibilità e sensibilità di decine tra i più famosi stilisti, per il consueto modesto contributo utile a

rendere più fattibile l'impegno nella prevenzione dei tumori.

La linea verde SOS LILT (800 99 88 77) è rimasta attiva dalle 9 alle 17 durante tutto il periodo di azione contro il tabacco. Lo staff della Quit-Line LILT è formato da medici, psicologi e legali ha risposto alle numerose chiamate, fornendo spiegazioni e informazioni sui benefici dello smettere di fumare e come poter fare per essere aiutati.

Nella conferenza stampa del 29 maggio il presidente Francesco Schittulli ha sottolineato l'importanza di curare il tabagismo e ha elencato le linee che in sintonia con i maggiori organi scientifici seguirà per realizzare gli obiettivi proposti:

1. Incremento del costo delle sigarette ad almeno a 6 euro a pacchetto.
2. Divieto assoluto di fumare a scuola, possibilmente in tutto il perimetro scolastico.
3. Istituzione di un fondo nazionale per la realizzazione di campagna mediatiche rivolte in particolare a giovani.
4. Realizzazione di interventi in ambito scolastico, con operatori opportunamente formati, che adottino metodologie scientificamente e pedagogicamente validate, lungi da ogni inammissibile improvvisazione.
5. Incremento dei servizi per la terapia del Tabagismo in ogni ASL o Ospedale per rendere più disponibile e accessibile la scelta di non fumare.
6. Sanzionabilità della cattiva abitudine di fumare alla guida di autoveicoli. La LILT ha patrocinato una ricerca che ne dimostra la pericolosità palesemente superiore a quella dell'uso del telefo-

nino. Durante la conferenza sono stati presentati i risultati della seconda parte del progetto "fumo al volante" iniziato nel 2007 da Mangiaracina e Palumbo.

L'indagine esplora la percezione generale del rischio e il livello di importanza, da



parte di un campione rappresentativo di forti fumatori, riguardo alla pericolosità del fumare durante la guida di autoveicoli. Sono stati intervistati 675 fumatori tra gli utenti della linea verde SOS LILT, per valutare la percezione della pericolosità del fumare durante la guida, valutando l'entità ed il "peso" di vari aspetti legati al rischio. I risultati mostrano che l'86% dei fumatori sono consapevoli dei rischi che corrono quando fumano durante la guida. Queste informazioni devono fungere da terreno fertile per la promozione di una adeguata informazione e prevenzione dei rischi, e dimostrano la possibilità di un ampio consenso nel rendere sanzionabile questo comportamento al pari dell'uso del telefonino. ■

**Manuela Giovenchi**  
Ufficio stampa SITAB

# 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 Debiassi (Ricerca, 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, Osp. Cardarelli, Napoli), Antonio Mocellin (Div. Oculistica, Osp. Fazzi - Lecce), Emanuele Passanante (Psicologia, Torino), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Luca Pietrantonio (Scienze dell'Educazione, UniBO), Paquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (CNR, Palermo), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma).

**Comitato scientifico d'onore:**

Presidente: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia),

Amanda Amos (University of Scotland, Edimburgo - UK), Lucio Casali (Università di Perugia), Simon Chapman (Australia), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), Vincenzo Fogliani (Presidente IUP, 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 settembre 2008. Tiratura: 5000 copie.

# Congressi & eventi

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

## ITALIA

**10-13 Settembre 2008**

**Genova:** S.I.Me.R Società Italiana di Medicina Respiratoria: 9° Congresso Nazionale della Pneumologia IUP.  
Info: Fabrizio Rizzi  
Tel. 02 56601260  
E-mail: [f.rizzi@aimgroup.it](mailto:f.rizzi@aimgroup.it)  
[www.simernet.eu](http://www.simernet.eu)

**13 Settembre 2008**

**Bologna:** SANA 08 - 20° Salone Internazionale del Naturale. Convegno medico scientifico: "Nutrizione e metabolismo".  
Ore 9:30, Sala Topazio presso Pala Affari.

**23-26 Settembre 2008**

**Roma:** 10° Congresso Europeo SRNT, Society for Researches on Nicotine and Tobacco.  
Hotel Villa Pamphili.  
Tel. +39 06 5403600  
E-mail: [info@anteprimadue.it](mailto:info@anteprimadue.it)

**9-12 Ottobre 2008**

**Varallo, Val Sesia (VC):** 25<sup>th</sup> Anniversary of research in high altitude physiology and medicine at the new Capanna Margherita.  
Teatro civico.  
E-mail: [gxfiore@tiscali.it](mailto:gxfiore@tiscali.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)

**2 Dicembre 2008**

**Roma:** Fumo di tabacco e salute respiratoria nella donna. Un problema emergente. Istituto Superiore di Sanità, Aula Pocchiarri - Roma  
Tel. 02 36590350  
E-mail: [segreteria@aiponet.it](mailto:segreteria@aiponet.it)

**23-24 Gennaio 2009**

**Bari:** Patologia Respiratoria da inquinamento ambientale: impatto sulla salute e qualità di vita.  
Villa Romanazzi Carducci.  
E-mail: [sabino@meeting-planner.it](mailto:sabino@meeting-planner.it)

**28-31 Gennaio 2009**

**Napoli:** IX edizione del Congresso IBAT '09. Infezioni Batteriche micotiche, virali e parassitarie. Attualità Terapeutiche.  
Via S. Pasquale a Chiaia, 55  
80121 Napoli.  
Tel. 081 411450 - 081 401201  
Fax 081 404036

E-mail: [info@gpcongress.com](mailto:info@gpcongress.com)  
[www.gpcongress.com](http://www.gpcongress.com)

**2-4 Aprile 2009**

**Stresa (Lago Maggiore):** 3° European Respiratory Care Association - Palazzo dei Congressi.  
E-mail: [info@victoryproject.it](mailto:info@victoryproject.it)

## ESTERO

**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)

**8-12 Mar 2009**

**Mumbai, India:** World Conference on Tobacco or Health.  
Contact: Prakash Gupta  
E-mail: [pgupta@globalink.org](mailto:pgupta@globalink.org)




**10° SRNT European Congress**  
Satellite Meeting

## Priorità ed Evidenze in Tabaccologia



**23 Settembre 2008**  
ROMA - Hotel Villa Pamphili



**SOCIETY FOR RESEARCH ON  
NICOTINE AND TOBACCO**

**10**th Annual  
Conference of the  
SRNT Europe

23<sup>rd</sup> - 26<sup>th</sup> September, 2008  
ROME, Italy

*The Scientific Evidence:*

*Criteria for Therapy,*

*Needs for Prevention*

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

