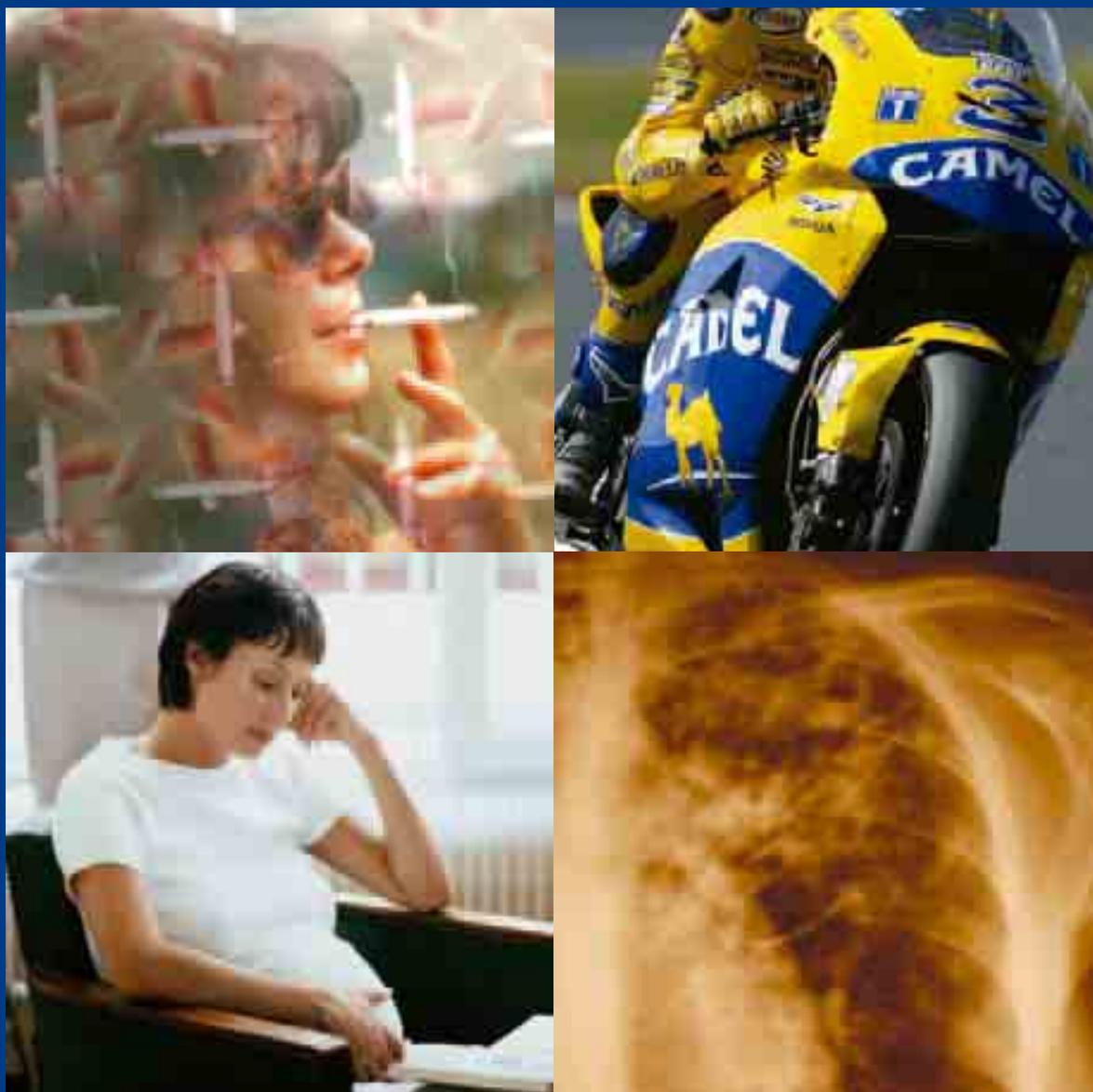


Tabaccologia

tobaccology

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



Modello svedese di prevenzione del tabagismo
Mass-media e tabagismo • Fumo & TBC

DVD

TECHNICAL PUBLISHING

COMMUNICATION LEARNING

MARKETING ART DIRECTION

INTERNET BUSINESS CONSULTING

DESIGN INTERNET BUSINESS CONSULTING

LEARNING

SOFTWARE

MULTIMEDIA

0:2003

- *Presentazioni multimediali*
- *Realizzazioni video*
- *E-learning*
- *Publishing*
- *Servizi integrati per la comunicazione*
- *Streaming per conferenze, seminari e corsi*

“Out of the ordinary
Inside the Business”



HOT MINDS SRL

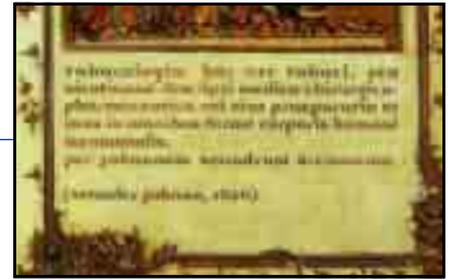
VIA SPERANZA, 35

40068, SAN LAZZARO DI SAVENA BOLOGNA ITALY

WWW.HOTMINDS.IT

TEL +39 051 62 71 163 FAX +39 051 62 71 140

sommario



EDITORIALI

- 5 Tabagismo: una battaglia da vincere (G. Sirchia)
6 Ricordando Gerico (G. Mangiaracina)

NEWS & VIEWS

(in collaborazione con GEA Salute e Globalink)

PRIMO PIANO

- 15 Quit & Win (B. Bargna, G. Marzorati)
16 Trilli, fantasia e aria pulita (B. Tinghino)

INTERNATIONAL OUTLINE

Il modello svedese di prevenzione del tabagismo (M.R. Galanti)

FOCUS ON

Epatite... non di solo alcol (E. Rosella, B. Tinghino)

ORIGINAL ARTICLES

Conoscenze e atteggiamenti degli studenti di Medicina riguardo al fumo di tabacco: indagine conoscitiva

(A.I. Lazzarino, E. Perata, M. S. Cattaruzza, G. Mangiaracina)

REVIEWS

- 30 Consumo di tabacco e influenza dei media (L. Pietrantonio, M. Ria)
36 I rapporti tra fumo di tabacco e tubercolosi (L. Casali, G. Pinchi, R. Cerbini)

ABSTRACT & COMMENTARY - le ultime dalla ricerca

(A cura di C. Chiamulera, G. Forza, G. Invernizzi)

TABAC MAIL (A cura della redazione di Tabaccologia)

SITAB HOME PAGE

CONGRESSI & EVENTI



Pagina 16



Pagina 23

Tabaccologia

Organo Ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia - SITAB

Direttore Responsabile:

Giacomo Mangiaracina (Roma)

Direttore Scientifico:

Gaetano Maria Fara (Roma)

CapoRedattori:

Biagio Tinghino (Monza - MI) bttinghi@tin.it,
Vincenzo Zagà (Bologna) nosmoking@infinito.it.

Comitato Scientifico-Redazionale:

Christian Chiamulera (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Giovanni Forza (Padova), Giovanni Invernizzi (Milano), Claudio Poropat (Trieste), Biagio Tinghino (Monza), Vincenzo Zagà (Bologna).

Comitato scientifico:

Riccardo Bartoletti (Sondrio), Elena Calvi (Milano), Laura Carrozzi (Pisa), Lorenzo Cima (Padova), Cristina Cinti (Bologna), Franco Salvati (Roma), Giuseppe Di Maria (Catania), Domenico Enea (Roma), Alessandro Gennai (Bologna), Auro Gombacci (Trieste), Maria Caterina Grassi (Roma), Paola Gremigni (Bologna), Maurizio Laezza (Bologna), Andrea Ledda (Chieti), Vincenzo Masullo (Roma), Flaminio Mormile (Roma), Stefano Nardini (Vittorio Veneto-BL), Margherita Neri (Tradate-VA), Emanuele Passanante (Torino), Mario Polverino (Cava dei Tirreni), Eugenio Sabato (Mesagne-BR), Elisabeth Tamang (Venezia), Roberto Tatarelli (Roma), Maria Teresa Tenconi (Pavia), Stefano Vianello (Mirano - VE),

Giovanni Viegi (Pisa), Alessandro Zanasi (Bologna), Pier Giorgio Zuccaro (Roma), Francesca Zuchetta (Monza - MI).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente:
Umberto Veronesi (IEO Milano-Italy).

Amanda Amos (University of Scotland, Edinburgh-UK), Lucio Casali (Perugia University-Italy), Simon Chapman (Australia), Mario De Palma (Federazione TBC-Italy), Carlo DiClemente (USA), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra-Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting-Sweden), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital Stockholm-Sweden), Carlo Giuntini (Pisa University-Italy),

Martin Jarvis (University College, London-UK), Jacques Le Houezec (NRST, Paris-France), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Paris-France), Dario Olivieri (Parma University-Italy), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma-Italy), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha-USA).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tubercolosi
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori

Segreteria di redazione:

Livia Laurentino (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)

c/o Suoni Comunicazioni - Via Venturoli 38/D - 40138 Bologna
tel./fax +39 051 304737

Art direction:

Hotminds S.r.l.
Via Speranza 35
S. Lazzaro di Savena - 40068 (BO)

Impaginazione:

Graph-x (graph-x@fastwebnet.it)

Stampa:

Ideostampa
Via del Progresso
Calcinelli di Saltara
61030 (PU)

Pubblicità:

Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)
Via Venturoli 38/D
40138 Bologna
Tel/Fax 051-304737

Norme Redazionali per gli Autori

La rivista "TABACCOLOGIA" viene pubblicata con cadenza trimestrale. Pubblica gratuitamente articoli originali, rassegne e saggi su argomenti inerenti il tabacco, il tabagismo e le patologie fumo-correlate. Il testo deve essere inviato via e-mail a liviaelena.laurentino@fastwebnet.it o spedito in 2 copie cartacee e su dischetto con programma Word e salvato in formato RTF alla Segreteria di Redazione. I lavori (articoli originali, reviews e saggi) devono essere redatti in lingua italiana oppure in inglese con traduzione in italiano e con sommario sempre in italiano e inglese. La prima pagina dovrà contenere: a) il titolo del lavoro (in italiano e inglese) b) gli Autori del lavoro c) l'Istituto (o gli Istituti) di appartenenza d) il nome per esteso e l'indirizzo completo di numero telefonico fax e/o e-mail dell'Autore per la corrispondenza. Gli **articoli originali** dovranno essere così suddivisi: Abstract, Parole chiave (da 3 a 5), Introduzione, Materiali e Metodi, Discussione e Conclusione. Le voci bibliografiche dovranno essere elencate in ordine di citazione o in ordine alfabetico e indicare: i cognomi di tutti gli Autori (max 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo l'Index Medicus, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine (iniziale e finale)(per esempio: **3. Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int. J. Addiction, 1994; 29: 913-925**) I relativi abstract dovranno essere suddivisi in: Premessa, Scopo, Metodi, Risultati, Conclusioni. La lunghezza (inclusa la Bibliografia, esclusi i grafici e le tabelle) non deve superare i 20.000 caratteri. **Tabelle e figure:** dovranno essere numerate consecutivamente sul retro e riportare la didascalia, numerate consecutivamente sul retro o riportare la didascalia se inviate via e-mail. **Rassegne/reviews:** devono sempre cominciare con una Introduzione e terminare con una Conclusione e Bibliografia. Possono anche essere divise in ulteriori sezioni con titoli a scelta dell'Autore. Il riassunto (italiano ed inglese) non necessita di suddivisione. La lunghezza complessiva della Rassegna non deve superare i 30.000 caratteri. **Saggi o articoli brevi:** il testo non va necessariamente diviso in paragrafi e non è richiesto sommario. **Le lettere** (della lunghezza massima di 1.500 battute) possono essere inviate alla Redazione via e-mail (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it). Per motivi di spazio, la Redazione si riserva di abbreviare le lettere troppo lunghe. Possono essere ammesse fino a 3 voci bibliografiche. Per quanto contenuto nel materiale pubblicato dalla Rivista la responsabilità è degli Autori. La Redazione della Rivista si riserva il diritto di pubblicare gli articoli e di apportarvi eventuali correzioni e di chiedere agli Autori la riduzione del testo o del materiale illustrativo.

Il materiale va inviato al seguente indirizzo: Segreteria di Redazione: Livia Laurentino (liviaelena.laurentino@fastwebnet.it) c/o Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, tel./fax 051 304737

La Rivista è protetta da Copyright.

Una dichiarazione firmata di trasferimento alla rivista dei diritti d'autore dovrà essere allegato dagli Autori che inviano il testo e che avrà validità solo in caso di pubblicazione del lavoro. Il materiale inviato alla Redazione non viene restituito.

Come ricevere la rivista

La rivista Tabaccologia (4 numeri/anno + eventuali speciali) viene spedita gratuitamente ai soci SITAB o dietro versamento annuo di 26 Euro tramite bonifico bancario intestato a:

SITAB -Tabaccologia - c/c 010000001062 - CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - CAB: 02401; ABI: 03032 - CIN: U

con invio di fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'abbonamento a: Segreteria di Redazione - Tabaccologia - Livia Laurentino c/o Suoni Comunicazioni - Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna unitamente al seguente tagliando.

Desidero sottoscrivere l'abbonamento alla rivista Tabaccologia per l'anno 2004 che sarà inviata al seguente indirizzo:

Cognome Nome

Via n° Città Provincia CAP

Tel. e-mail

Professione/specializzazione

desidero ricevere fattura

P.IVA

allego fotocopia di pagamento

Data

Firma

TABAGISMO: UNA BATTAGLIA DA VINCERE

Girolamo Sirchia

Il fenomeno del tabagismo è molto complesso per i risvolti economici, psicologici e sociali che implica ma anche per la pesante compromissione della salute e della qualità di vita dei cittadini che determina, siano essi fumatori attivi o esposti al fumo passivo.

Nell'Unione Europea il fumo di tabacco rappresenta la causa principale di morti prevenibili provocando oltre mezzo milione di decessi l'anno. Nel mondo cinque milioni di persone muoiono ogni anno a causa della coltivazione e il consumo di tabacco. In Italia si stima che più di 80.000 decessi l'anno siano attribuibili al fumo. Numeri enormi che pesano anche sul piano economico sottraendo alla sanità risorse preziose che, invece, potrebbero essere impiegate per erogare ed ampliare i servizi rivolti ai cittadini e che richiedono un impegno costante delle istituzioni, e di tutta la società civile, per essere limitati. Il consumo di tabacco infatti, incide per circa il 90% nella genesi dei tumori polmonari, per l'80% nelle pneumopatie croniche ostruttive e per il 25% nei decessi da malattie cardiache.

Ecco perché la lotta al tabagismo è inserita, nell'ambito della promozione di stili di vita salutari, tra gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale. Quella contro il fumo è una battaglia che va vinta. Oggi grazie all'approvazione, fortemente voluta dal Ministero

della Salute, del Regolamento di attuazione dell'art. 51 della legge n°3 del 2003 relativo alla tutela della salute dei non fumatori, alla adozione della Convenzione quadro sul controllo del tabacco dell'OMS, all'accordo con i Monopoli di Stato per la chiusura dei distributori automatici di sigarette nelle ore diurne in modo di impedirne l'accesso ai più giovani, sono stati fatti decisivi passi in avanti nella lotta al fumo.

Bisogna, però, dedicare un'attenzione particolare alla salute dei ragazzi: in Italia, secondo una recente indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, il 13,4% dei giovani fuma la prima sigaretta all'età di 11 anni e a quindici anni il 23,4 fuma quotidianamente. Intervenire per tutelare la loro salute è, secondo me, un atto dovuto. Per farlo bisogna anche proteggerli dai cattivi esempi e dalle pubblicità occulte cine-televisive loro dedicate dalle multinazionali del tabacco. Ciò mi ha spinto ad inviare una lettera ai vertici Rai e Mediaset chiedendo che film e spettacoli mandati in onda non promuovano in nessun modo il fumo di sigaretta né propongano modelli sociali in cui il fumo è associato al valore, all'emancipazione, alla libertà, poiché esiste una relazione diretta tra messaggi fuorvian-

ti dei film e iniziazione al fumo nei giovani.

Consapevole dell'importanza che una corretta informazione riveste per sradicare abitudini consolidate negli anni e sostenute da esempi negativi, il Ministero della Salute ha anche realizzato una campagna di comunicazione ad hoc e ne lancerà, tra breve, un'altra



specificatamente dedicata ai più giovani. E' necessario portare la conoscenza scientifica ai singoli cittadini, far loro comprendere i rischi cui vanno incontro dedicandosi al fumo e accrescere la consapevolezza di quanti desiderano smettere di fumare circa i percorsi, le difficoltà, le modalità con cui ottenere risultati di assoluto vantaggio per la nostra salute.

Prof. Girolamo Sirchia
Ministro della Salute

RICORDANDO GERICO



Giacomo Mangiaracina

“**G**iosuè fece dunque suonare le trombe per sette volte,e le mura della città crollarono”. La simbologia biblica è ben lontana dalla logica del conseguimento di risultati in ogni campo. Per conquistare qualcosa occorre “armarsi”, attrezzarsi, munirsi di strumenti, di metodo e soprattutto di conoscenza ed esperienza. Passione e motivazione non sono optional ma necessari ingredienti. Limitiamoci però a considerare gli aspetti più propriamente tecnici. Nella simbologia biblica la caduta di Gerico al suono delle trombe aveva l'unico significato che il merito della conquista non sarebbe spettato al popolo, ma a Dio. I guerrieri dovevano fare, però, *qualcosa*: suonare le trombe. Nelle nostre battaglie le cose sono diverse. A noi il compito di elaborare il piano, trovare le armi giuste e avere anche la volontà e la capacità di usarle.

Poniamoci dunque la domanda: “Cosa vogliamo combattere o conquistare?”. La nostra è una vera guerra contro il Tabacco e contro le nefandezze che vi gravitano intorno in termini di invalidi, morti premature, scadente qualità della vita, nel contorno di scenari sociali corrotti da spudorate convivenze tra potere economico e potere politico. La Philip Morris finanzia tutto: l'arte, la cultura, il cinema, la musica e persino la ricerca scientifica. C'è il “Premio Philip Morris” per la ricerca scientifica. Un capitale smisurato, al di fuori delle nostre possibilità

percettive, viene investito in promozione pubblicitaria; solo per il marchio Marlboro, la cifra supera in un anno i 75 milioni di dollari. Forse le stelle staranno a guardare. Noi no. Occorre agire e bisogna farlo in modo preciso. Un documento dell'OMS di una decina di anni fa aveva per titolo “*Being strategic in Tobacco Control!*”. In altre parole, per avere il controllo sul Tabacco occorrono strategie, una sorta di “militarizzazione” (senza fraintendimenti, sono antimilitarista convinto) della Scienza, e comunque una Scienza capace di incidere significativamente e terapeutivamente sulla pericolosità di un sistema disfunzionale nel campo della Salute.

Cosa vogliamo conquistare? L'efficienza e l'efficacia nella prevenzione e nella terapia del Tabagismo. Non mettiamo minimamente in discussione la valentia, la funzionalità, la preparazione, la dedizione e la passione di coloro che stanno già operando nel territorio, professionisti e strutture che conosciamo bene avendoli inseriti nel database dei centri della SITAB (www.tabaccologia.org/centri.html), o quelli della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, operativi sin dal 1986. Un'annotazione polemica merita il primo censimento dei “Centri Antifumo” realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo Alcol Droghe, che a tutt'oggi annovera “Centri”, da noi verificati, totalmente inefficienti o non funzionanti. L'ISS sta ovviando con una accurata verifica attualmente in corso.

Vogliamo conquistare l'efficienza e l'efficacia. Ripropongo il ritornello in modo spasmodico perché ciò costituisce l'obiettivo, il punto di fuga di tutto il

Giacomo Mangiaracina

(mangiaracina@globalink.org)

Presidente SITAB, Coordinatore Area

Tabagismo Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

nostro lavoro, del mio lavoro. Quello che è stato fatto fin qui è solo un punto di partenza per le cose che si dovranno fare. Cito testualmente l'affermazione di Gianni Canzian, del Dipartimento delle Dipendenze Alto Friuli, alla 3° Conferenza Regionale sulle Dipendenze del Friuli Venezia Giulia (9 dicembre 2003):



"I fatti degli ultimi anni hanno segnato una svolta significativa. Venti anni di esperienze hanno seminato cultura, competenze, professionalità, capacità di offrire programmi preventivi e trattamenti efficaci. Si rende ora necessario uscire dallo spontaneismo per inserire la Tabaccologia tra le discipline organicamente collocate nella programmazione sanitaria, con operatori e risorse adeguati".

Operatori e risorse adeguati. ecco il lavoro degli anni che ci stanno davanti. Da un lato le strategie, dall'altro operatori e risorse. Adeguati. Significa mettersi in linea concretamente con le possibilità di raggiungere gli obiettivi già enunciati e mai raggiunti del Piano Sanitario Nazionale 98-2000:

- ridurre significativamente il numero dei fumatori;
- ridurre il numero delle fumatrici in gravidanza;
- ridurre il numero dei giovani che fumano e che cominciano a fumare.

I dati che abbiamo oggi, nel 2004, sono del tutto scoraggianti. Qui non si contano vittorie, ma neppure si devono comporre lamentazioni. Questa dunque è la nostra proposta:

sul piano delle strategie occorre trovare accordi e tavoli comuni di concertazione. Dopo le intese siglate con la Federazione Medico Sportiva Italiana e con la Federazione per le Malattie Polmonari Sociali; dopo le sinergie create con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (Ente di Diritto Pubblico), è in corso la sigla delle intese tra SITAB e

AIPO, Associazione Pneumologi Ospedalieri, rappresentati dalla Dott.ssa A. Maria Moretti.

Sul piano della
a d e g u a t e z z a

degli operatori non vi è dubbio che occorra insistere su una parola chiave: FORMAZIONE. Alla 2° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza", la Tabaccologia è entrata a pieno titolo nella formazione degli studenti e degli specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva. L'avermi affidato questo compito è stato oltre che un onorevole riconoscimento, anche un atto di coraggio e consapevolezza del Prof. Gianfranco Tarsitani e del suo Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica. Siamo subito partiti con due indagini sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei nostri studenti in relazione al Tabacco, i cui primi risultati vengono ospitati in questa rivista. La conclusione, fin troppo evidente, mostra una scarsa conoscenza e una scarsa confidenza con la materia, pertanto siamo indotti a proseguire in questo progetto formativo, indirizzato da un lato a studenti e specializzandi, dall'altro agli operatori della salute in generale. La SITAB, oltre ad essere provider accreditato per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), sta lavorando alla realizzazione di un'agenzia di formazione permanente, presso la presidenza (tabaccologia@virgilio.it) e un Centro Studi e Documentazione a Padova.

Risorse. E qui mi riservo un altro editoriale dedicato. Come dice Canzian, dallo spontaneismo e dal pionierismo bisogna traghettare in un ambito di riconoscimento delle figure professionali. La Regione Veneto è stata la prima regione italiana a stanziare un miliardo di vecchie lire l'anno per il Tabagismo e mi sentii a suo tempo di celebrare questo evento; ma non vorrei che per il resto dell'Italia, soprattutto nel Centro-Sud dovessimo orientarci sui miracoli. Tanto puoi dare alla trombe tutto il fiato che hai. Gerico non crollerà mai.

News & Views

(in collaborazione con GEA Progetto Salute e Globalink)



WORLD NO TOBACCO DAY 31 MAGGIO 2004

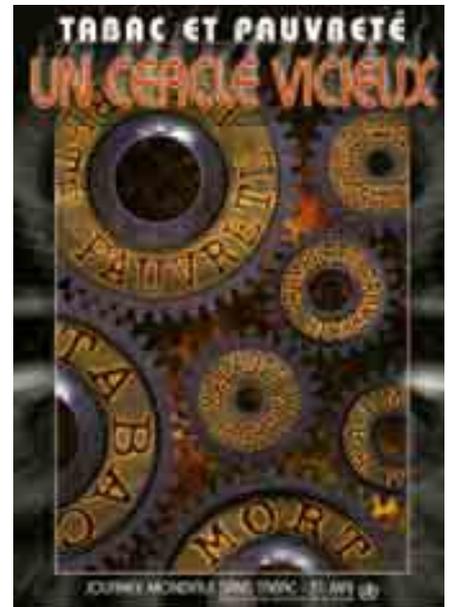
Tabacco e povertà

Tobacco Control and Poverty

La storia del World No Tobacco Day inizia nel 1987, quando la World Health Assembly votò la Resolution WHA40.38, promuovendo il 7 Aprile 1988 ad essere "a world no-smoking day." Nel 1988, fu votata la Resolution WHA42.19, indicando in maniera definitiva per la celebrazione del World No Tobacco Day, ogni anno il 31 maggio. Tema della giornata di quest'anno: "tabacco e povertà".

WORLD NO TOBACCO DAY THEMES

- 2004 Tobacco control and poverty
- 2003 Tobacco free film, tobacco free fashion
- 2002 Tobacco free sports
- 2001 Second-hand smoke kills
- 2000 Tobacco kills, don't be duped
- 1999 Leave the pack behind
- 1998 Growing up without tobacco



- 1997 United for a tobacco free world
- 1996 Sport and art without tobacco: play it tobacco free
- 1995 Tobacco costs more than you think
- 1994 Media and tobacco: get the message across
- 1993 Health services: our windos to a tobacco free world
- 1992 Tobacco free workplaces: safer and healthier
- 1991 Public places and transport: better be tobacco free
- 1990 Childhood and youth without tobacco: growing up without tobacco

Fonte:

<http://www.who.int/tobacco/wntd/en/>



FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

Scendono in campo i... pesi massimi!

Dopo la Cina anche l'India e... il Giappone firma la Convention-cadre dell'OMS contro il tabagismo

Dopo la Cina, anche l'India (emulazione politica!?) firma la Convention-cadre della lotta al tabagismo dell'OMS. Così nel giro di qualche settimana, i due pesi massimi della popolazione mondiale si sono lanciati in una (veritable) peraltro meritevole lotta politica e sanitaria. Quali che siano le ragioni è un passo importante non solo perché sono responsabili della salute di centinaia di migliaia di fumatori,

ma anche perché possono fungere da esempio e fare traino per altri Stati nello scacchiere asiatico. Vogliamo pensare che abbia avuto il suo peso anche la recente pubblicazione su Lancet (Lancet 2003; 362: 507-515) dei dati devastanti relativi al fumo come fattore di rischio per TBC in India. Questo problema viene ripreso e affrontato, da par suo, dal prof. Lucio Casali e coll. In una review pubblicata in questo numero di Tabaccologia. Nel momento in cui andiamo in compo-

sizione (primi di marzo), ci giunge notizia che anche l'impero del Sol Levante, il Giappone, ha firmato la Framework Convention on Tobacco Control. Salgono così a 95 le nazioni che hanno firmato il trattato di cui, però, solo 9 lo hanno ratificato a livello nazionale. Ricordiamo che il trattato sarà effettivamente operativo 90 giorni dopo la ratifica di almeno 40 Paesi firmatari.

(Vincenzo Zagà)



L'India è il 3° produttore mondiale di tabacco ed è anche il 2° consumatore dei suoi prodotti e derivati. In effetti in India due uomini su tre e una donna su tre fuma. Firmando questa Convention-cadre, l'India si impegna pubblicamente ad interdire la pubblicità del tabacco sotto tutte le sue forme. Per esempio per le multinazionali del tabacco sarà vietato sponsorizzare eventi sportivi e culturali. Ma il Governo indiano non si ferma qua. C'è l'intenzione di vietare il fumo di tabacco nei luoghi pubblici e vietarne la vendita ai minori di 18 anni! D'ora in avanti, tutti i pacchetti di sigarette indiane porteranno delle avvertenze sanitarie ed anche il contenuto in nicotina e catrame. Sicuramente dei gran passi avanti, anche se, la storia ci insegna il difficile sarà, come sempre, **il rispetto delle regole.**



La Cina, l'Impero del Milione, conta 300 milioni di fumatori su un miliardo e 300 milioni di abitanti, con una mortalità fumo-correlata di 700.000 persone ogni anno; circa 2.000 al giorno, ovvero una ogni minuto; e...tutte evitabili! Tra il 1973 e il 2003 il cancro polmonare in Cina è aumentato del...730%! Il tabagismo è particolarmente diffuso fra gli uomini. Dai dati statistici governativi, anche qui, due su tre sono fumatori. In compenso, solo il 5% delle donne sarebbe fumatrice. Dal punto di vista legislativo la prevenzione nei giovani, fino ad ora, è stata quasi completamente disattesa. Per esempio, in tema di pubblicità, nell'ultimo Campionato del Mondo di Calcio in Korea-Japan, la nazionale cinese era sponsorizzata da un importante produttore di sigarette. Con la firma della Convention-cadre di lotta al tabagismo dell'OMS, il Governo Cinese si dota di mezzi reali per arginare questa epidemia. Anche qui la sfida sarà far applicare il testo sottoscritto, soprattutto attrezzandosi a parare le bordate delle multinazionali del tabacco che vedrebbero sfuggirgli di mano il più grande mercato mondiale...

Fonti: *The Lancet*, vol. 363, p. 135

<http://www.japantimes.co.jp/cgi-bin/getarticle.pl5?nn20040225a7.htm>



A.A.A. Tabacco promoters cercasi

Come per molti prodotti di mercato, abbiamo scoperto dal Corriere Lavoro del Corsera, tradendo un pò d'in-

genuità, che anche per il tabacco ci sono promoters e agenti di commercio. Viaggiano nelle proprie zone di competenza per proporre tabacchi da pipa e da fiuto, sigari, sigaretti e accessori vari per fumatori. Ebbene, l'International Tabacco Agency-ITA ne sta cercando ben 60 (40

giovani diplomati e 20 agenti di commercio)! Lo confessiamo, non pensavamo che, con questi chiari di luna, il grande Sauron del tabacco fosse in fase di sfacciata espansione territoriale di mercato.

(Vincenzo Zagà)

Fonte: *Corriere Lavoro* (06/02/2004)

Iniziativa TRENITALIA

Dal 1° marzo niente più fumo sugli Eurostar e i nuovi Intercity

È stato lo stesso Ministro della Salute e prof. Sirchia, a tenere ufficialmente a battesimo l'iniziativa di Trenitalia "Libertà di non fumare", con un annuncio a bordo dell'Eurostar Roma-Venezia, in partenza dal 2° binario dalla stazione Termini la mattina del 3 febbraio: "Buona giornata a tutti, sono Girolamo Sirchia, Ministro della Salute, e desidero informarvi che dal 1° marzo 2004 su tutti i treni Eurostar e sui nuovi treni Intercity non sarà consentito fumare". Inoltre questo messaggio registrato è stato diffuso in tutti i convogli Eurostar e nuovi Intercity in partenza il 1° marzo.

Scompaiono così... finalmente le famigerate carrozze "fumanti" n° 1 e n° 11 degli Eurostar e sulle quali saranno eseguiti interventi di bonifica. Sanzione prevista per i trasgressori: 7

euro. Secondo un'indagine Eurisko promossa da Trenitalia l'85% degli intervistati è d'accordo col divieto di fumo sui treni e solo il 12% è contrario, con un 3% senza opinione. Gli esperti di comunicazione promuovono l'iniziativa di Sirchia. Un modo, finalmente, di cambiare i vecchi schemi di comunicazione, soprattutto quando si parla di temi sociali e sanitari forti e urgenti come il problema tabagismo. In questi casi

è fondamentale usare tutti i mezzi disponibili e se necessario crearne degli altri.

(Vincenzo Zagà)



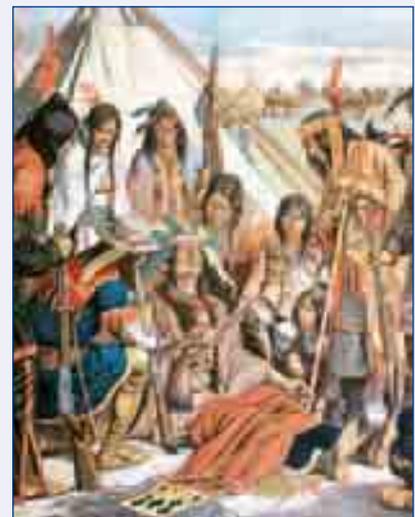
Cinema ALCAZAR - Roma - Italia!?!?

L'ultima fortezza... fumoir

Apprendiamo da La Repubblica del 5/02/2004, con non senza stupore, che esiste, in Italia, in una città, la Capitale, un cinema dove è terra franca per i fumatori. Che potesse esistere, come scrive con vena nostalgica Franco Marcoaldi, una *riserva indiana senza filtro*, ultimo rifugio di Moikani impenitenti e nostalgici di fumosi ritualismi, in qualche enclave dello stivale, non lo potevamo escludere con certezza, ma che questa certezza si potesse concretizzare e al contempo infrangere proprio sotto gli occhi, pardon sotto il naso di Sirchia, ci è sembrato paradossale,

assurdo ed esilarante. Allo stupore infatti è subentrato un sadico divertimento pensando alle facce dei dirigenti del Ministero della Salute e dei NAS nell'apprendere la notizia. Ci chiediamo se si tratta dell'ennesimo caso di far west politico-legislativo o se ci sia stata una dispensa speciale in forza del nome di cui si fregia il cinema in questione: Alcazar (dall'arabo *al-qasr*= fortezza).

(Geronimo)



Jena Ridens

Da questo numero inizia la graffiante collaborazione di Roberto Mangosi con Tabaccologia. Vignettista satirico e pittore, stile 1600, ha collaborato con numerose testate (Il Giornale d'Italia, Il Male, Playboy, La Settimana Enigmistica, Linus, PM e Domenica Quiz).

È stato Art Director e principale vignettista del sito umoristico Internet www.ohmygoodness.com, fino al 2002 terzo sito al mondo di cartoline virtuali. Nel 2003 ha fondato, insieme alla Soc. I.Go di Milano, il sito di umorismo globale "www.funnylabs.com" di cui è Art Director. È inoltre il vignettista fornitore del servizio di messaggiera telefonica MMS "Sorrisi" di WIND ed I-Mode, oltre che di Vodafone.

Nel settore dell'informazione collabora con l'inviato del TG 1 Pino Scaccia nella rubrica on line "*Filo Diretto*" e con "*Rede Globo*", la più importante emittente televisiva brasiliana, illustrando gli articoli di attualità dell'edizione online.

Numerosi i riconoscimenti ricevuti mentre molte sue opere sono custodite in vari musei (Museo della Caricatura di Tolentino, Museo Umoristi a Marostica, Museo della Satira e della Caricatura di Zemun di Belgrado, Centro di Documentazione dell'Illustrazione Contemporanea di



Bronzolo (BZ), Museo Peynet d'Antibes-Francia, Museo del Humor de San Antonio de los Banos-Cuba, Museo del Festival Internazionale di Humor Grafico Portoghese Printing Press Museum). Insomma un cartoonist con un formidabile palmares che porterà certamente una ventata di urticante buon umore alla nostra rivista e alla Tabaccologia italiana. Va detto che Roberto Mangosi è un nemico giurato del Fumo. Dal primo fugace incontro con Mangiaracina durante un corso di formazione a Velletri, alla creazione di un rapporto stabile, il passo è stato breve. Mangosi è oggi un collaboratore tecnico a pieno titolo inserito nel quadro delle strategie di controllo del Tabagismo in Italia. Gli diamo calorosamente il benvenuto e prevediamo un periodo aureo per la comunicazione del messaggio antifumo.

(Tabaccologia Editorial Board).



ITALIA - Fumo e locali pubblici: 12 mesi di tempo per mettersi a norma

Nella G.U. del 29 dicembre 2003 è stato pubblicato il decreto di tutela della salute dei non fumatori che predispone tutti i requisiti tecnici dei locali pubblici. Dal 13 gennaio 2005 i locali pubblici dovranno infatti dotarsi di aree appositamente attrezzate per i fumatori. E le sanzioni per i trasgressori vanno dai 25 ai 250 euro per i clienti e fino ai 2000 euro per i gestori dei locali. Le altre misure adottate prevedono sofisticati impianti di ventilazione, porte a chiusura automatica, pareti a tutta altezza. Ci si augura che il rigore nell'applicazione della legge sia pari alle attese di milioni di non fumatori.

Fonte: Stefania Divertito, Metro 20/11/2003

FRANCIA: 1,8 milioni di fumatori in meno

Una diminuzione senza precedenti del consumo di tabacco in Francia. Undici miliardi di sigarette in meno in un anno, è quanto rilevato dal Centre d'Information et de Documentation sur le Tabac (CDIT). Nel 2003 i cugini transalpini hanno comprato dai tabaccai 69,65 miliardi di sigarette contro l'83,53 md dell'anno precedente, con un calo percentuale del 13,5%. Il numero di fumatori dichiarati è in effetti calato a 1,8 milioni tra il 1999 e il 2003, secondo un'inchiesta pubblicata, a fine gennaio, dall'Institut de Prévention et d'Éducation de la Santé (INPES).

Fonte: L'actualité quotidienne de Panorama du Médecin, gennaio 2004

Il sigaro di Garibaldi... nell'Unità d'Italia

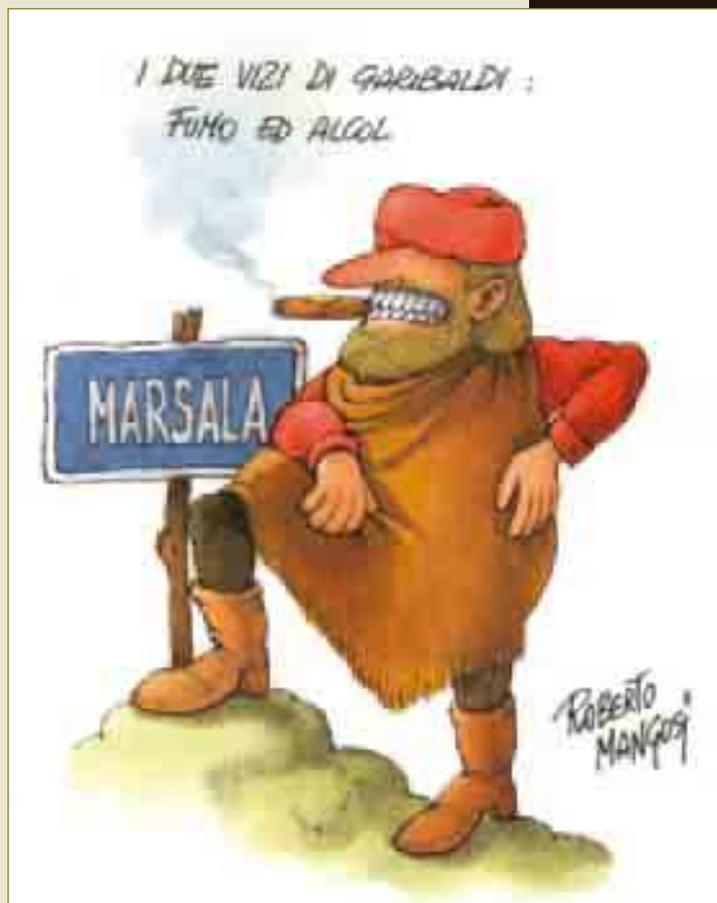


Anche se con nostro colpevole ritardo, abbiamo appreso da Piero Ottone sul Venerdì di Repubblica, che Giuseppe Garibaldi, eroe dei due mondi e padre della patria, aveva una certa predilezione per il sigaro di tabacco. A pensarci bene comunque non ci si meraviglia più di tanto, se si considera che il Generale, carattere tenace ed imprevedibile, nel suo avventuroso girovagare, ha proprio toccato terre dove il sigaro ha avuto i natali. Ci piace comunque immaginarlo ieratico mentre lascia Quarto con le navi della società Rubattino, Piemonte e Lombardo, avviandosi verso quella che sarà ricordata la più grande impresa del Risorgimento italiano, carismatico ed eroico a Calatafimi e sull'Aspromonte, magnanimo, obtorto collo, il 26 ottobre 1860, a Teano o col cuore gonfio di rimpianti sulle scogliere di Caprera sferzate dal vento. Sempre in compagnia del suo sigaro. E immaginiamo che tutto ciò abbia fatto tendenza fra i giovani patrioti del tempo e i suoi Mille. Ma c'è chi sostiene con graffio sottilmente sacrilego, che se non avesse fumato ne avrebbe trovati anche più di mille...

Sta di fatto che, non a caso, al di là della riconoscenza dimostrata da ogni città, paese o contrada dello stivale, dedicandogli almeno una piazza o una via per il valore patriottico dimostrato nel contribuire concretamente all'Unità d'Italia, anche il Monopolio della Manifattura Tabacchi, nel 1982, anno del centenario della morte dell'Eroe dei due mondi, in suo onore battezzò e lanciò sul mercato il Toscano Garibaldi. Questa sua passione per il sigaro, Garibaldi seppe anche

imporla in Inghilterra mentre era ospite della duchessa di Sutherland, gentile ed autorevole signora che nutriva simpatie per il nostro Risorgimento e per Garibaldi. Era già il 1864, e come se il sigaro non bastasse volle anche a sua disposizione alcune sputacchiere, decidendo lui stesso dove collocarle. Chissà come avrebbe reagito oggi in questo clima di sensibilizzazione antifumo, di rispetto delle regole o, a seconda del punto di vista, di divieti antifumo. Sarebbe venuta fuori la sua natura ribelle o piuttosto, come invece ci piace pensare, la natura del buon cittadino che in circostanze famose lo indusse a rispondere con una sola parola, destinata a passare alla storia: "Obbedisco!"?

(Geronimo)



"Rivelate gli ingredienti delle sigarette!"

Questa la sentenza di una corte d'appello federale USA nei confronti delle compagnie del tabacco. La sentenza ribadisce quanto affermato da una legge del Massachusetts, e ribalta il precedente pronunciamento di un giudice federale volto a "proteggere" il segreto industriale.

Compagnie come la Philip Morris, Williamson, Reynolds, ritengono di aver dato un elenco "abbastanza" esaustivo di quanto contenuto nelle loro sigarette; andare oltre, affermano, esporrebbe le stesse ditte a rivelare informazioni importanti su metodiche e tecniche di preparazione, il cui marchio dovrebbe rimanere protetto. La

sentenza della Corte d'Appello privilegia invece la tutela della salute pubblica, affermando che essa "mette il consumatore nella condizione migliore di sapere se la marca utilizzata contiene additivi pericolosi, e di valutare i conseguenti rischi per la salute". La disputa è ancora accesa. Per il momento le società che rifiuteranno di fornire l'elenco delle sostanze contenute nelle loro sigarette non potranno fare affari in Massachusetts.

(Giovanni Forza)

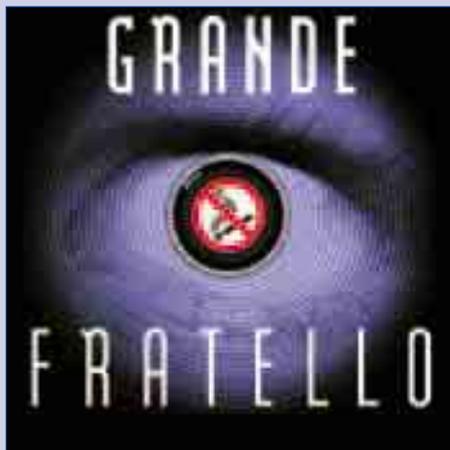
Grande Fratello... ...Big Tobacco

Confesso. Non ne sapevo niente del Grande Fratello. Ma poi una sera, per caso, mi sono soffermato per curiosità a vederne spezzoni e così mi è sorto un dubbio dentro che avevo assolutamente bisogno di risolvere. Ilaria è disperata, vuole lasciare la casa. Singhiozza nascosta sotto le coperte e dichiara che non sta più al gioco. Ascanio è contento. Si trova a rivestire un ruolo invidiabile. Katia ci sta. Fumano. I due tornano sul divano e cominciano a flirtare. Ridono, scherzano compiaciuti, si stuzzicano con gli sguardi. Arriva un bacio appassionato. Lei non è in imbarazzo. Robert cerca di dimostrare a Carolina quanto è bravo in cucina. Ancora fumo. Ascanio ha capito che con Katia è venuto il momento del "dunque". Unico dettaglio trovare "dove". Sigaretta. Tommaso fa lo psicologo-paterno con Patrick "Qui dentro sei il più puro. Hai la cattività di un bambino di cinque anni. Questo ti porta a essere ingenuo in molte occasioni e a soffrire molto nella vita". Tommaso e Carolina provano le scenografie e cantano, prima per finta poi in pubblico, per guadagnarsi qualcosa sulle spese che possono affrontare. Anche per le sigarette. Ma su sigarette e accendino alla fine Tommaso è disposto a litigare con Ilaria pur di non restare senza.

Confesso. Non ho resistito alla tentazione di comperare la "Rivista Ufficiale" del Grande Fratello. È un susseguirsi di immagini di baci, petting, tette, gente in

mutande. Scatta l'istinto scientifico. Su 148 foto, ben 61 sono dedicate alle illustrazioni di più o meno espliciti amori-giamenti dei protagonisti. Carta e penna: fa il 41%. C'è anche un servizio sugli indumenti intimi degli ospiti della casa e un test "psicologico" per capire il lato inconscio del lettore, il tutto attraverso l'analisi del come reagisce agli eventi del Grande Fratello.

Confesso. Mi tornano in mente Lorenz, i suoi studi di etologia. Però mi sento in



imbarazzo per come questa volta le osservazioni siano condotte, non già su esseri in libertà, ma su "animali" in gabbia. Consenzienti, ma in gabbia. Condizionati con le aspettative del successo e della celebrità, dei talk-show che li aspetteranno appena fuori da lì. Con tutte le manifestazioni sociali e psicologiche della cattività: l'aumento dei comportamenti compulsivi, degli stimoli di auto-eteroaggressività, degli elementi di nevrosi. Fuori dalla

gabbia, tutti gli altri, che guardano e si divertono davanti al nuovo-antico fenomeno di cui già i nostri progenitori latini avevano condensato la filosofia, interpretando i bisogni della folla: *panem et circensem!* Scorrono, adesso, le immagini televisive delle reinventate naumachie, degli spettacoli circensi. Imbonitori di programmi serali aizzano gli ascoltatori dai loro pulpiti per farli appassionare a questa vita di plastica, ai suoi finti amori, alle sue finte esperienze, ai suoi finti esperimenti. E noi guardiamo. Una sigaretta dopo l'altra. Tanto che la stessa mamma televisione ha un sussulto di dignità e interviene attraverso i fratellastri de "Le Iene", i quali si sentono in dovere (spontaneamente? Non importa) di redarguire gli ospiti per questo gran fumare, esibire la dipendenza, ossessiva e nevrotica, dalle sigarette. Barbara D'Urso, assalita dal senso di colpa, si impegna e rimprovera a dovere i protagonisti: "Fumare fa male, dovete fumare di meno". Era ora. Ma intanto i giovani continuano a guardare e ad assorbire lentamente il senso di artificiale normalità del Grande Fratello.

Tutti affacciati alle sbarre a cercare di ritrovare forse un senso di identità attraverso la visione morbosa di una realtà creata dai produttori televisivi.

Confesso. Non ho risolto il mio dubbio, quello del perché un programma così continui a mietere successi. E non voglio giudicare. Ma una domanda nuova mi sorge spontanea: è solo Grande Fratello o anche Big Tobacco?

(Biagio Tighino)



Truck Tour 2004 Feel free to say no

Il caravan (Truck Tour Feel free to say no) della Commissione Europea, dopo essere passato per Padova (27) e per Ancona (29) sarà a Roma il 30 e 31 maggio prossimo. Ci sarà una manifestazione di strada con

spettacoli, gruppi musicali che si esibiscono, artisti di strada, stand, volontari, scuole mobilitate, insomma una bella kermesse all'insegna del non fumo in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco che quest'anno ha per tema "Tabacco e Povertà". Il 30 e 31 maggio l'appuntamento è a P.zza San G. Bosco a Cinecittà, con vari testimonials tra cui alcuni calcio-

tori della Roma e della Lazio, Gianni Ippoliti e Silvia Ceccon, Miss Universo smoke free 2003. Per chi interessato si consiglia di prendere nota di questo evento in modo da integrarlo con altre eventuali iniziative per quelle date. Dettagli organizzativi saranno forniti successivamente mediante le GEA News Tabagismo & PFC.

Fluimucil® 600 mg

compresse effervescenti

R05CB01 Acetilcisteina

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

FLUIMUCIL 600 mg compresse effervescenti; FLUIMUCIL 600 mg granulato per soluzione orale

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Fluimucil 600 mg compresse effervescenti.

Ogni compressa contiene:

Principio attivo:

Acetilcisteina mg 600

Fluimucil 600 mg granulato per soluzione orale.

Ogni bustina contiene:

Principio attivo:

Acetilcisteina mg 600

3. FORMA FARMACEUTICA

Compresse effervescenti; granulato per soluzione orale

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Trattamento delle affezioni respiratorie caratterizzate da ipersecrezione densa e vischiosa: bronchite acuta, bronchite cronica e sue riacutizzazioni, enfisema polmonare, mucoviscidosi e bronchiectasie. Trattamento antidotico. Intossicazione accidentale o volontaria da paracetamolo. Uropatia da iso e ciclofosfamide.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Trattamento delle affezioni respiratorie: 1 compressa o una bustina al giorno (preferibilmente la sera) o secondo prescrizione medica. La durata della terapia è da 5 a 10 giorni nelle forme acute e nelle forme croniche andrà proseguita, a giudizio del medico, per periodi di alcuni mesi. Intossicazione accidentale o volontaria da paracetamolo: per via orale, dose iniziale, di 140 mg/kg di peso corporeo da somministrare al più presto, entro 10 ore dall'assunzione dell'agente tossico, seguita ogni 4 ore e per 1-3 giorni da dosi singole di 70 mg/kg di peso. Uropatia da iso e ciclofosfamide: in un tipico ciclo di chemioterapia con iso e ciclofosfamide di 1.200 mg/m² di superficie corporea al giorno per 5 giorni ogni 28 giorni, l'acetilcisteina può essere somministrata per via orale alla dose di 4 g/die nei giorni di trattamento chemioterapico distribuita in 4 dosi da 1 g. Modalità d'uso: sciogliere una compressa o il contenuto di una bustina in un bicchiere contenente un pò d'acqua mescolando al bisogno con un cucchiaino. Per facilitare la fuoriuscita della compressa si raccomanda l'apertura a strappo del blister, utilizzando le tacche laterali.

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità ai componenti del prodotto e ad altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico. Le compresse e le bustine, contenendo aspartame, sono controindicate nei pazienti affetti da fenilchetonuria. Generalmente controindicato in gravidanza e nell'allattamento (vedere punto 4.6).

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

I pazienti affetti da asma bronchiale debbono essere strettamente controllati durante la terapia, se compare broncospasmo il trattamento deve essere immediatamente sospeso. L'eventuale presenza di un odore sulfureo non indica alterazione del preparato ma è propria del principio attivo in esso contenuto. La somministrazione di acetilcisteina, specie all'inizio del trattamento, può fluidificare le secrezioni bronchiali ed aumentarne nello stesso tempo il volume. Se il paziente è incapace di espettorare in modo efficace, per evitare la ritenzione dei secreti occorre ricorrere al drenaggio posturale e alla broncoaspirazione. Le bustine contengono sorbitolo che deve essere usato con cautela nei soggetti affetti da intolleranza ereditaria al fruttosio e che può provocare disturbi gastrici e diarrea.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

In letteratura non sono descritti casi di interazioni medicamentose ed incompatibilità particolari per l'acetilcisteina assunta per via orale. Si consiglia di non mescolare altri farmaci alla soluzione di Fluimucil.

4.6 Gravidanza e allattamento

Anche se gli studi teratologici condotti con Fluimucil sugli animali non hanno evidenziato alcun effetto teratogeno, tuttavia come per gli altri farmaci, la sua somministrazione nel corso della gravidanza e durante il periodo di allattamento, va effettuata solo in caso di effettiva necessità sotto il diretto controllo del medico.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Non ci sono presupposti né evidenze che il farmaco possa modificare le capacità attentive e i tempi di reazione.

4.8 Effetti indesiderati

L'assunzione del prodotto può, occasionalmente, essere seguita da nausea e vomito e raramente da reazioni di ipersensibilità come orticaria e broncospasmo.

4.9 Sovradosaggio

Quando somministrato per via orale, non sono stati osservati segni e sintomi particolari anche in soggetti trattati con alte dosi di acetilcisteina.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

La N-acetil-L-cisteina (NAC) principio attivo del Fluimucil esercita un'intensa azione mucolitico-fluidificante sulle secrezioni mucose e mucopurulente depolimerizzando i complessi mucoproteici e gli acidi nucleici che danno vischiosità alla componente vitrea e purulenta dell'escreato e di altri secreti. La NAC inoltre, in quanto tale, esercita azione antiossidante diretta essendo dotata di un gruppo tiolico libero (-SH) nucleofilo in grado di interagire direttamente con i gruppi elettrofili dei radicali ossidanti. Di particolare interesse è la recente dimostrazione che la NAC protegge l'a1-antitripsina, enzima inibitore dell'elastasi, dall'inattivazione ad opera dell'acido ipocloroso (HOCl), potente agente ossidante prodotto dall'enzima mieloperossidasi dei fagociti attivati. La struttura della molecola le consente inoltre di attraversare facilmente le membrane cellulari. All'interno della cellula, la NAC viene deacetilata e si rende così disponibile L-cisteina, aminoacido indispensabile per la sintesi del glutatone (GSH). Il GSH è un tripeptide altamente reattivo, diffuso ubiquitariamente nei vari tessuti degli organismi animali, essenziale per il mantenimento della capacità funzionale e dell'integrità morfologica cellulare, in quanto rappresenta il più importante meccanismo di difesa intracellulare verso radicali ossidanti, sia esogeni che endogeni, e verso numerose sostanze citotossiche. Queste attività rendono il Fluimucil particolarmente adatto al trattamento delle affezioni acute e croniche dell'apparato respiratorio caratterizzato da secrezioni mucose e mucopurulente dense e vischiose. La NAC svolge un ruolo di primaria importanza per il mantenimento degli idonei livelli di GSH, contribuendo alla protezione cellulare verso agenti lesivi che, attraverso il progressivo deauperamento di GSH, esprimerebbero integralmente la loro azione citotossica, come nell'avvelenamento da paracetamolo. Grazie a tale meccanismo d'azione la NAC trova indicazione anche come specifico antidoto nell'avvelenamento da paracetamolo e in corso di trattamento con ciclofosfamide, nella cistite emorragica, in quanto fornisce i gruppi -SH necessari per bloccare l'a-croleina, il metabolita della ciclofosfamide cui si attribuisce l'uropatia in corso di trattamento. Per le sue proprietà antiossidanti e in quanto precursore del glutatone endocellulare, l'acetilcisteina svolge inoltre un'azione protettiva sulle vie respiratorie, opponendosi ai danni da agenti ossidanti.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Ricerche eseguite nell'uomo con acetilcisteina marcata hanno dimostrato un buon assorbimento del farmaco dopo somministrazione orale. In termini di radioattività, i picchi plasmatici sono conseguiti alla 2°-3° ora. Le rilevazioni a livello del tessuto polmonare, eseguite a 5 ore dalla somministrazione, dimostrano la presenza di concentrazioni significative di acetilcisteina.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

L'acetilcisteina è caratterizzata da una tossicità particolarmente ridotta. La DL50 è superiore a 10 g/kg per via orale sia nel topo che nel ratto, mentre per via endovenosa è di 2,8 g/kg nel ratto e di 4,6 g/kg nel topo. Nei trattamenti prolungati, la dose di 1 g/kg/die per via orale è stata ben tollerata nel ratto per 12 settimane. Nel cane la somministrazione per via orale di 300 mg/kg/giorno, per la durata di un anno, non ha determinato reazioni tossiche. Il trattamento a dosi elevate in ratte e coniglie gravide durante il periodo della organogenesi, non ha determinato la nascita di soggetti con malformazioni.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Lista degli eccipienti

Compresse effervescenti: Sodio bicarbonato; Acido citrico anidro; Aroma limone; Aspartame. Granulato per soluzione orale: Aspartame; beta-carotene; Aroma arancia; Sorbitolo.

6.2 Incompatibilità

Si consiglia di non mescolare altri farmaci alla soluzione di Fluimucil.

6.3 Validità

Compresse effervescenti: 3 anni. Granulato per soluzione orale: 3 anni. La data di scadenza indicata si riferisce al prodotto in confezionamento integro correttamente conservato. Il preparato va assunto una volta allestita la soluzione.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Nessuna particolare.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Compresse effervescenti: blister, alluminio-politene. Scatola da 20 compresse. Granulato per soluzione orale: bustine in carta-alluminio-politene. Scatola da 20 bustine.

6.6 Istruzioni per l'uso

Vedere punto 4.2.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

ZAMBON ITALIA s.r.l. - Via della Chimica, 9 - Vicenza

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Fluimucil 600 mg compresse effervescenti - 20 compresse AIC n. 020582108; Fluimucil 600 mg granulato per soluzione orale - 20 bustine AIC n. 020582173

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Fluimucil 600 mg compresse effervescenti: prima autorizzazione: maggio 1985; rinnovo: 1 giugno 2000. Fluimucil 600 mg granulato per soluzione orale: prima autorizzazione: giugno 2001.

10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO

Giugno 2001



Zambon Italia



Quit & Win

CONCORSO "SMETTI & VINCI": L'OCCASIONE PER SMETTERE DI FUMARE

Barbara Bargna, Giovanna Marzorati

Con il patrocinio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio fumo, alcool e droga, della Lega Italiana per la Lotta contro i tumori, della Federfarma, di Assofarm, della FIMMG, della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi e della Rete Italiana Città Sane - OMS.

Partirà il 2 Maggio il concorso biennale Smetti & Vinci, l'occasione giusta per iniziare a smettere di fumare e con un pizzico di fortuna vincere dei premi. "Smetti & Vinci" vuole dunque essere un ulteriore stimolo per tutte quelle persone che vorrebbero diventare non fumatori. Alla scorsa edizione hanno partecipato 6368 fumatori e di questi il 36.7% non ha più fumato una sigaretta nei dodici mesi successivi al concorso. Questo dato dimostra l'efficacia del concorso e quanto possano essere utili iniziative come questa.

L'iniziativa promossa dall'ULSS 14 di Chioggia della Regione Veneto con il patrocinio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio, fumo, alcool e droga - della Lega Italiana per la Lotta contro i tumori, della Federfarma, di Assofarm, della FIMMG, della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi e della Rete Italiana Città Sane - OMS, non è solo un momento di sensibilizzazione, ma anche un'occasione originale e mirata alla lotta al tabagismo.

Il concorso Smetti & Vinci non si svolge solo in Italia, ma l'iniziativa, che nel resto dei paesi è denominata "Quit and Win", è nata negli anni 80 e poi organizzata a livello internazionale in cinque edizioni più quella di quest'anno (1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004) dal KTL, Istituto Nazionale per la Sanità Pubblica Finlandese, con il supporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'Italia ha aderito all'iniziativa per la prima volta nel 1998 con la sola partecipazione della Regione Veneto. Quest'anno il sostegno è stato garantito da: Veneto (a livello regionale), Emilia Romagna (a livello regionale), 8 ASL Lombarde (Pavia, Como, Lecco, Cremona, Sondrio, Bergamo, Varese e Lodi) 3 ASL del Friuli

(Trieste, Gorizia e Pordenone) e al sud dalla ASL di Brindisi.

COME PARTECIPARE

Possono partecipare tutti i fumatori residenti in Italia che fumano ogni giorno da almeno un anno, che hanno compiuto 18 anni e che si impegneranno a non fumare per almeno 4 settimane: dal 2 al 29 maggio 2004.

Chi dimostrerà di aver smesso di fumare per le 4 settimane del concorso potrà partecipare all'estrazione dei premi messi in palio.

Bisogna compilare una scheda e trovare un testimone che garantisca l'astinenza dal fumo per tutto il periodo del concorso. Il modulo d'iscrizione è disponibile sul sito ufficiale www.smettievinci.it (da questa edizione accessibile ai non vedenti) e da fine marzo presso farmacie, nei servizi socio-sanitario e negli ambulatori. Inoltre L'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio fumo, alcool e droga - ha messo a disposizione di Smetti & Vinci il numero verde 800 554088, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00 per ulteriori informazioni riguardanti il concorso e per il sostegno degli aspiranti ex-fumatori.

Al termine delle quattro settimane verranno estratti i vincitori e il comitato organizzatore effettuerà una verifica attraverso il testimone e due test non invasivi e assolutamente indolori, uno per misurare il valore di monossido di carbonio nel respiro, l'altro la quantità di cotinina presente nelle urine.

La premiazione dei vincitori nazionali e regionali avverrà in occasione del 31 Maggio Giornata Mondiale senza Tabacco.

Tra i premi segnaliamo il primo che consiste in un viaggio di 9 giorni alle Isole Seychelles per due persone.

Inoltre il vincitore del primo premio nazionale parteciperà anche all'estrazione del premio europeo di 5.000 dollari e al premio mondiale di 10.000 dollari messi in palio dal Ministero della Sanità Finlandese.

Nella scorsa edizione il vincitore internazionale è stato un Canadese, mentre quello Europeo un Tedesco. In Italia ha vinto una ex fumatrice napoletana di San Sebastiano al Vesuvio.

RISULTATO FOLLOW UP 2002

I partecipanti all'edizione 2002 sono stati 6368, contro i 5900 dell'edizione 2000.

A distanza da un anno dal concorso, ad un campione composto da 1000 partecipanti, è stato chiesto di rispondere telefonicamente ad un questionario per valutare l'esito generale dell'iniziativa e soprattutto l'efficacia nel tempo del concorso sugli iscritti.

Il 35.3% del campione si è iscritto al concorso tramite il sito ufficiale: www.smettievinci.it

Il 73.1% non ha fumato nemmeno una sigaretta durante il mese del concorso, cioè dal 2 al 29 Maggio 2002

Il 36,7% non ha più fumato durante i dodici mesi successivi al concorso. Questo dato dimostra l'efficacia dell'iniziativa Smetti & Vinci.

Il 20% ha dichiarato che il primo tentativo di smettere di fumare è stato partecipando al concorso.

L'88% ha partecipato con l'intenzione di smettere completamente.

È possibile iscriversi al concorso anche dal sito www.smettievinci.it

Barbara Bargna - Giovanna Marzorati

BB Cube Communications

bbcubemi@tin.it

Trilli, fantasia e aria pulita

I bambini e i giovani al centro delle iniziative del 5 novembre, "giornata per i diritti dei non fumatori"

Biagio Tinghino

Non fumare è un diritto. L'aria è un diritto. La salute è un diritto. Così si presenta la giornata del 5 novembre, capovolgendo la logica di taluni movimenti secondo i quali al primo posto deve essere messa la libertà di fumare. Libertà che nessuno nega, per carità. Però senza disconoscere le priorità: prima viene la salute, ovviamente. In particolare quest'anno sono stati i bambini protagonisti di gran parte delle attenzioni delle iniziative intraprese nel nostro paese. E sembra giusto. Una tutela forte va proposta per garantire la salute di chi abitualmente non può scegliere, come per esempio i figli dei forti fumatori, costretti a subire i danni da fumo passivo senza la possibilità di far sentire la propria voce. Un'altra categoria probabilmente sottovalutata è quella dei fumatori con handicap mentale. Penso ai tanti pazienti - per la verità sempre più numerosi - che giungono alla nostra osservazione clinica affetti da disturbi psichiatrici. In una realtà spesso ostile e troppo complessa per le loro risorse, molti di loro hanno avuto la sfortuna di cadere nella trappola delle multinazionali del tabacco. Quanti di loro riusciranno a venirne fuori? E con quali difficoltà? Urge dunque riflettere sui diritti dei non fumatori, partendo proprio dalle categorie che debbono essere maggiormente tutelate in quanto con minori capacità di difendersi (si potrebbe pensare ad una legge ad hoc?) Torino, Roma e Bari sono state quest'anno le città protagoniste del 5 novembre e in ciascuna di esse le attività sono state coinvolgenti.



5 Novembre in Campidoglio

Feel-Free to Say No: il Consiglio Comunale dei Bambini approva

ROMA. Il 5 novembre 2003 all'Aula Giulio Cesare in Campidoglio, a Roma, non c'era il sindaco Veltroni e la sua giunta comunale. Quel giorno, in modo del tutto inconsueto, l'aula era occupata dal Consiglio Comunale dei Bambini al gran completo. 40 bambini e non solo. Anche medici, psicologi, insegnanti, responsabili dei dipartimenti di prevenzione delle ASL, e... 4 assessori. La sanità e i servizi sociali, le politiche ambientali, la scuola, e persino il patrimonio erano gli assessorati che hanno aderito con la loro presenza alla 4° Giornata nazionale per i Diritti dei Non Fumatori. Il Comune di Roma questa volta è sceso in campo con maggiore forza rispetto allo scorso anno.

A capeggiare il movimento, l'assessore alle politiche sociali e della salute, Raffaella Milano, e l'assessore all'ambiente Dario Esposito, che hanno dato vita lo scorso anno al comitato tecnico scientifico per la prevenzione del Tabagismo e delle dipendenze. Dopo il progetto "CittàSane" dell'OMS, questa iniziativa si configura come un progetto pilota nazionale nel campo della prevenzione, attraverso la mobilitazione degli enti locali, dei grandi comuni. E il 5 novembre è ormai diventato l'appuntamento della prevenzione del Tabagismo per eccellenza, che ha visto anche una massiccia partecipazione delle sedi provinciali della Lega contro I Tumori.

Torniamo al Campidoglio, a Roma. Quel giorno c'erano proprio tutti coloro che hanno un ruolo chiave nel fare la prevenzione. C'erano pure i ragazzi dell'ex Consiglio Comunale dei Bambini, provenienti da 18 scuole dei 19 Municipi (uno o due ragazzi per municipio). Questa pre-

Biagio Tinghino (btinghi@tin.it)
Segretario SITAB, SERT Monza



senza, con tutto il sapore della mobilitazione generale, è stata altrettanto sintomatica dell'interesse che ha cominciato a gravitare intorno all'evento. Il "Consiglio Comunale dei Bambini" è in realtà un progetto dell'CNr, guidato dal prof. Francesco Tonucci che mira a fare dei ragazzi uno strumento di valorizzazione dei diritti. Diritti umani e diritti dei bambini in particolare. Il passo verso i diritti dei non fumatori è stato breve. Sono loro i primi soggetti a dovere essere tutelati. La Giornata romana ha avuto una sua peculiarità. Come si fa a fare un convegno dove contemporaneamente siano presenti adulti, professionisti e bambini? La formula adottata da Giacomo Mangiaracina, che ha avuto il ruolo di moderatore, si è rivelata funzionale. Agli ospiti invitati, Arcidiacono della LILT, Enea del Policlinico, Mocini e Cademartori del S. Filippo Neri, Mormile del Gemelli, Cilenti del Regina Elena, Masullo del Codacons, Mangiaracina poneva specifiche domande, una sorta di intervista animata, intercalata da un

gioco a quiz in diretta organizzato da Mauro Nanni, ricercatore genetista e presidente di Gea Progetto Salute, che riusciva a tenere svegli e attenti, contemporaneamente, bambini e adulti, professionisti e non. In conclusione, Nanni ha presentato il progetto "L'ambiente in fumo", che sta per essere attuato in alcune scuole con operatori professionisti. Ai bambini sono state inoltre consegnate delle cartelline con penne e fogli di carta. Compito degli esperti era anche quello di stimolare i ragazzi sulla loro percezione del Fumo, lasciandoli liberi di esprimersi attraverso uno scritto o un disegno. Nelle cartelline è stato inserito un CD-Rom con il gioco a quiz, come strumento di lavoro per gli operatori a cui è stato insegnato ad usarlo.

Tutto questo in stretta correlazione col convegno tenutosi allo Sheraton il 13-15 novembre dove 200 esperti della Commissione Europea hanno discusso sulle strategie della prevenzione, partendo dall'esperienza triennale del progetto "Feel-Free to Say No".

Trilli: i suoni della fantasia

BARI. Un laboratorio "cre-attivo" proposta dai bambini, una tavola rotonda e delle proposte per la cittadinanza. Questi i punti forti della giornata che si è svolta a Bari, organizzata dalla Dr.ssa M.G.Foschino e dagli operatori del Centro Antifumo dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" della ASL Ba/4 (M. Pellegrini, V. Meneghello, G. T. Vitale), in collaborazione con l'AISA (Ass. Italiana Studi Asma), gli Assessorati alla Qualità dell'Ambiente, ai Diritti Civili e Sociali e alla Cultura del comune di Bari. La manifestazione aveva il patrocinio dell'AIPO della Lega Italiana Lotta ai Tumori, del

progetto Città Sane e dell'Associazione Mediterranea e Movimento Italiano Genitori. I rappresentanti della politica e del mondo della sanità si sono incontrati in una tavola rotonda dal titolo "Io non fumo", tutta incentrata sulle problemati-



che dei non-fumatori. La piazza è stata invece "conquistata" dai bambini, con le loro produzioni artistiche, che sono state esposte insieme al materiale educativo sui danni da fumo passivo. I lavori sono stati prodotti dai piccoli ricoverati dell'Ospedale Pediatrico e hanno spinto molti cittadini a fare il punto della situazione sulla loro funzione respiratoria, attraverso l'esecuzione della spirometria e del monossido di carbonio, nonché a riflettere sull'opportunità di smettere. I ragazzi delle scuole superiori, fra l'altro, sono stati coinvolti, nel corso dell'anno

scolastico, attraverso un progetto ("Non giocarti la salute") che li vede ancora una volta protagonisti. Dopo adeguata formazione, sono loro infatti che gestiscono sportelli di informazione sui danni da fumo nei propri istituti. La regione Puglia si conferma una delle più attive del nostro paese, non solo per le vicende del 5 novembre, ma anche grazie ad una legge (L. 16 del 7 agosto 2002) che - ricordiamolo - aveva riportato all'attenzione della società il problema fumo, inasprendo fra l'altro le sanzioni per chi fuma nei luoghi pubblici.



Preferisco l'aria

Gallerie dei grandi centri commerciali a rischi per fumo passivo

TORINO - Il figlio di 7 anni protesta mentre il padre fuma. Il secondo figlio di 15 anni, che inizialmente odiava il fumo, adesso preoccupa il padre perché sta cominciando a fumare, malgrado i genitori cerchino di dissuaderlo. Un caso emblematico, rappresentativo di tante realtà familiari, spesso trascurate. Un caso che però a Torino avrebbe potuto essere gestito dagli esperti del progetto "Preferisco l'aria, i diritti sempre, dall'informazione alla formazione" che per tutta la settimana del 5 novembre hanno operato in esclusiva al centro commerciale Ipercoop di Beinasco (Torino) con i loro stand, offrendo alle famiglie consulenza, informazione, monitoraggio.

Una taskforce di 8 esperti, medici e psicologi, coordinati dal dottor Emanuele Passanante (referente regionale della Sitab Piemonte e Val D'Aosta) ha offerto la propria professionalità per aiutare i fumatori interessati a smettere e i non fumatori a far riconoscere i propri diritti. Gli strumenti utilizzati, dopo una fase di importante promozione dell'evento, sono stati principalmente il questionario dei "diritti dei non fumatori" (uno stimolo per aiutarli ad essere più assertivi) e un test cartaceo "Io e il fumo", costruito in modo da valutare come,

quando e perché si fuma, ma soprattutto come si può smettere. Durante la settimana i visitatori del parco commerciale sono stati più di 64mila, con una punta di 24mila nella giornata del 5 novembre.

Di questi, secondo le statistiche, almeno 6mila sono i fumatori che hanno avuto l'opportunità di riflettere rispetto alla propria dipendenza.

Le cifre dell'iniziativa, che è legata alla progettualità dell'equipe di PsicologiaSalute.it di Torino, sono incoraggianti: 150 contatti personali e 350 telefonici, più di 300 consulenze al personale Ipercoop e ai visitatori, colloqui individuali o di gruppo con studenti e operai, giovani o anziani.

Questa indagine conoscitiva allarga la panoramica degli interventi sulla dipendenza fumo, dalla parte dei non fumatori nell'ambiente di lavoro e a scuola. Il progetto "Internet e salute, oltre il fumo", partito nel 2002, ha come obiettivo di testare il livello di autonomia di giovani e meno giovani rispetto a fumo, tv e videogiochi, cibo, alcol e stupefacenti.

Più di 6mila sono stati finora i navigatori che hanno compilato il test interattivo, disponibile su internet:

<http://www.psicologiasalute.it>

http://www.localport.it/salute/test/sezioni_test.asp

IL MODELLO SVEDESE DI PREVENZIONE DEL TABAGISMO

Maria Rosaria Galanti

Un modello che paga

La Svezia è il paese europeo con la più bassa prevalenza di fumatori giornalieri nella popolazione adulta, ed il primo a tagliare il traguardo dell'under-20%, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel 2002 il 16% degli uomini ed il 19% delle donne erano fumatori giornalieri. Non solo: il trend è stato continuamente in discesa (fig 1). Dal 1980 (anno della prima inchiesta annuale nazionale) al 2002 c'è stato un declino del 45%. Ancora più rallegrante è il constatare che il declino è stato più sostenuto e pronunciato nelle fasce di età più giovani (particolarmente fra 16 e 24 anni), testimonianza di cambiamenti sostanziali sia nell'abbandono precoce dell'abitudine al fumo, sia nel reclutamento di nuovi fumatori. Anche la prevalenza di fumatrici fra le donne in gravidanza è diminuita drammaticamente, passando dal 31% nel 1983 all'11% nel 2001.

In parallelo, diminuiscono (almeno fra gli uomini) l'incidenza e la mortalità di patologie fumo-correlate, in particolare

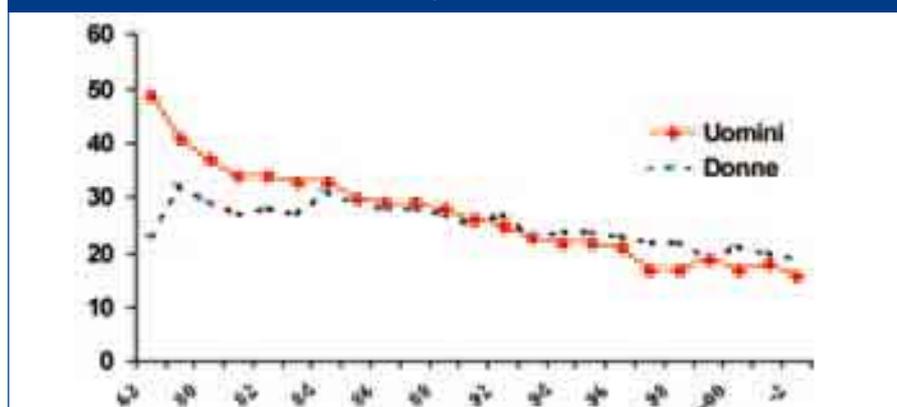
il tumore del polmone, l'indicatore più fedele dei risultati della prevenzione del tabagismo (fig 2)

Pietre miliari

La strada della prevenzione è stata però lunga, laboriosa, e non priva di contrasti. Le prime voci a levarsi contro i danni del fumo di tabacco, già a fine anni 50, vengono dal Consiglio Nazionale di Ricerca Medica, consapevole dei primi studi riportanti il rischio di cancro nei fumatori. Persino il Monopolio Nazionale Tabacchi (all'epoca interamente statale) esprime preoccupazione, tanto che nel 1960 finanzia e distribuisce al pubblico un opuscolo di avvertenze sui danni da fumo, nel quale si ammette esplicitamente che "l'uso abbondante e prolungato di sigarette contribuisce allo sviluppo di tumori del polmone". Interessante notare che questo movimento verso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica svedese nasce ben tre anni prima del rilascio del primo rapporto "Tobacco and Health" da parte del Surgeon General USA, un testo considerato a livello internazionale come la Bibbia dell'evidenza scientifica dei danni da fumo.

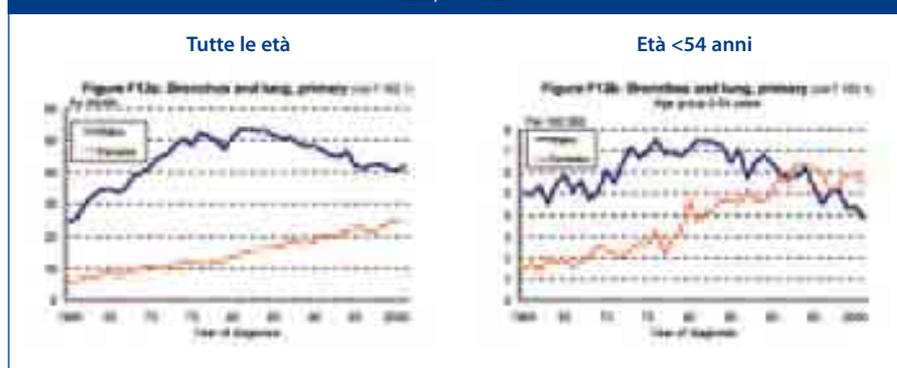


Fig. 1 Prevalenza (%) di fumatori quotidiani Svezia, 1963-2002



M. Rosaria Galanti MD, PhD
Centre for Tobacco Prevention
Stockholm Centre of Public Health,
and Unit of Clinical Epidemiology,
Karolinska University Hospital - Stockholm (Sweden)

Fig. 2 Incidenza del carcinoma del polmone
Svezia, 1960-2001



Nel 1963 fu condotta la prima inchiesta nazionale sulle abitudini al fumo nella popolazione, i cui dati rivelarono che il 50% della popolazione maschile fumava quotidianamente. L'inchiesta aprì le porte ai primi seri investimenti pubblici nella prevenzione del tabagismo. Dopo uno storico incontro del Primo Ministro Tage Erlander con alcuni esponenti di spicco nelle scienze biomediche, fondi pubblici vengono allocati per la creazione, fra l'altro, dell'Associazione Nazionale Fumo e Salute, un'organizzazione non-profit per l'informazione e l'educazione sanitaria, specie a livello scolastico.

Trent'anni dopo, nel 1993, viene promulgata la prima legge svedese per il controllo del tabagismo, poi integrata nel 1994 con la proibizione della pubbli-

cità diretta di prodotti del tabacco. Nel 1997 viene legiferata la proibizione della vendita di tabacco ai minori (limite ai 18 anni). E finalmente, nel 2003, la proibizione della pubblicità indiretta, l'attuazione delle direttive europee sulle controavvertenze sui pacchetti di sigarette e l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico zone riservate anti-fumo in tutti i locali di ristorazione. Il goal per l'anno 2004 è di rendere tutti i locali di ristorazione completamente smoke-free.

I trent'anni di mezzo (figura 3) sono stati costellati di continue conquiste, centimetri di terreno strappati al monopolio del tabacco e al Big Tobacco d'oltreoceano.

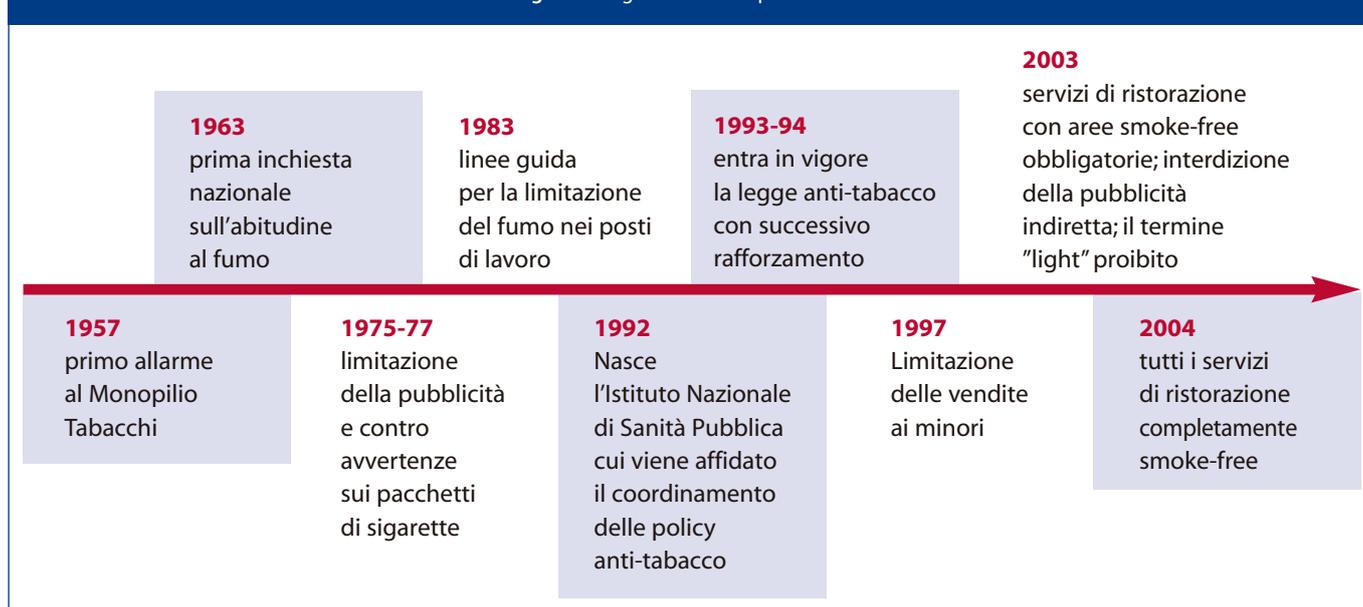
Ingredienti essenziali

Sono in molti a chiedersi perché la Svezia rappresenti un esempio così unico di

efficacia nel campo della prevenzione del tabagismo, persino a confronto con gli altri Paesi Nordici (specialmente Danimarca e Norvegia). Gli ingredienti essenziali del "caso svedese" vanno rintracciati, a mio parere, molto più nelle caratteristiche del *modello sociale* (alto livello di egualitarismo e di solidarietà) che nelle componenti della policy anti-tabacco, di per sé non diverse da quelle messe in atto in altri paesi. Alto livello di egualitarismo e di uniformità sociale significano, in primo luogo, che i tempi di adozione di nuovi comportamenti a livello di settori trainanti, nonché della popolazione generale, sono relativamente più rapidi che in altri paesi. Ma vi sono altre importanti implicazioni, che hanno avuto una rilevanza specifica nella lotta al tabagismo.

Una di queste è il raggiungimento di consenso su questioni strategiche, come ad esempio quelle concernenti la sicurezza e la salute pubblica, da parte di importanti stake-holders. Alcuni esempi di *consenso inter-settoriale* sono: la risonanza che i maggiori quotidiani e riviste, incluse quelle tipicamente "femminili", danno ad iniziative anti-tabacco; l'adesione di molte imprese alla campagna "Liberi dal fumo sul posto di lavoro", tendente a facilitare la disassuefazione dal fumo degli addetti con iniziative *in loco*; l'accettazione di regole di autodisciplina

Fig. 3 La lunga strada della prevenzione



nel marketing e nella pubblicità di prodotti a base di tabacco persino da parte della stessa manifattura tabacchi (Tobaksbolaget).

La precoce sensibilizzazione di interi settori sociali trascina con sé un'altra importante conseguenza: la relativa facilità con cui vengono formati *gruppi di pressione* specializzati nelle attività di lobbying, sia all'interno di categorie specifiche, sia più in generale a livello dei decisori politici. In Svezia, vi sono alcuni esempi storici di gruppi di pressione specializzati, quali la NTS (Associazione Nazionale Fumo e Salute) creata verso la fine degli anni '60 con finanziamento statale; VISIR (Noi- Non Fumatori), un gruppo di pressione tendente sostanzialmente ad rendere visibili i diritti della maggioranza della collettività (i non-fumatori, appunto) nei confronti dei fumatori. A partire dagli anni '80 la lotta al tabagismo compare con priorità sull'agenda di influenti organizzazioni non governative a carattere medico-sociale, quali la Associazione Svedese contro il Cancro e l'Associazione per la lotta alle Malattie Cardiache e Polmonari. Più recentemente, negli anni '90 importanti gruppi di pressione si coagulano all'interno stesso delle professioni sanitarie, a cominciare dai medici, che nel 1992 danno vita all'organizzazione "Medici contro il Tabacco", seguiti a breve dalle professioni infermieristiche, dai farmacisti, dai dentisti, e infine, del tutto recentemente, anche dagli psicologi. "Lotta al tabacco come strumento di lavoro quotidiano" potrebbe recitare il motto di questi gruppi, se ve ne fosse uno.

La presenza di gruppi di pressione specializzati all'interno delle professioni sanitarie ha contribuito inoltre a raffinare una tendenza che oggi viene accettata come una delle strategie più accreditate di lotta al tabagismo, e cioè la disponibilità di terapie di cessazione del fumo all'interno del servizio sanitario pubblico. Quest'ultimo è veramente un punto su cui la Svezia ha rappresentato un modello esemplare di "shifting" terapeutico dall'ambito della sperimentazione clinica all'incorporazione nelle strategie di sanità pubblica.

I primi tentativi di terapie di disassuefazione dal fumo cominciano in sor-

dina negli anni '50 ad opera del medico e scienziato Börje Ejrup, il quale osservò la perdita di "craving" per le sigarette tra i fumatori cui veniva iniettata la lobelina, un alcaloide vegetale agonista della nicotina. Tra il 1956 ed il 1961 più di 10 mila fumatori si sottoposero a terapia farmacologica e comportamentale secondo uno schema messo a punto dallo stesso Ejrup. Nella regione di Stoccolma vennero creati sei centri clinici specializzati, che rappresentarono il primo servizio di disassuefazione dal fumo gestito su larga scala nell'ambito dei servizi sanitari. Un'altra figura leggendaria nell'ambito della gestione clinica del tabagismo è Karl-Olov Fagerström, che dal suo sistematico lavoro con i fumatori derivò uno degli strumenti più largamente usati a livello internazionale per misurare l'intensità della dipendenza da nicotina (la scala che prende il suo nome, abbreviata in FNTQ). Lo spettro dei servizi a supporto del fumatore intenzionato a smettere è diventato nel tempo estremamente più largo e sofisticato, e in parte crescente basato su tecnologie di telecomunicazione.



Oggi la clinica svedese a più alta produzione di trattamenti individualizzati per smettere di fumare è... il telefono. Nel 1998 si attivò la prima (e per ora unica) quit-line svedese, con base nella regione di Stoccolma, ed esattamente presso il Centro regionale di Prevenzione del Tabagismo. Il logo della quit-line (fig.4) è stato persino stampato in via sperimentale sui pacchetti di sigarette in commercio nel paese. La linea fornisce un counseling anti-fumo altamente specializzato al costo di una telefonata urbana. Dal 1998 ad oggi 19 mila persone si sono rivolte alla quit-line per smettere l'uso di tabacco (sigarette o snus). Di queste, si calcola che il 31% abbiano ottenuto un successo durevole. La linea



Karolinska University Hospital, Stockholm (Sweden)

telefonica supporta oggi circa 700 telefonate al mese: un quinto anniversario da celebrare con orgoglio.

Sull'agenda

Ci sono ancora sviluppi possibili della lotta al tabagismo in Svezia, o le ultime righe sono già storia?

La bassa prevalenza nazionale non deve far dimenticare che in cifre assolute si può calcolare in oltre un milione il numero di adulti fumatori quotidiani, cui sono da aggiungere oltre mezzo milione di fumatori occasionali. Una buona parte dei fumatori abituali (almeno il 70%, secondo diverse inchieste nazionali) vorrebbe smettere, ma non riesce a raggiungere un'astinenza durevole dal tabacco. La Svezia esibisce inoltre un altro primato nelle statistiche del consumo di tabacco: l'alta densità di consumatori di *snus*, (tabacco triturato per uso orale) in grande maggioranza uomini, tra i quali la prevalenza è simile a quella dei fumatori (20% nel 1997, ultimo anno in cui i dati sono disponibili). Nella regione di Stoccolma, l'inchiesta di Sanità Pubblica effettuata nel 2002 ha consentito di stimare nel 24% la proporzione totale di consumatori (quotidiani o occasionali) fra i maschi, ed il trend delle vendite appare in continuo aumento. Lo *snus* è stato recentemente oggetto di un vivo dibattito internazionale che ha impegnato anche networks quali GlobalLink, associazioni e riviste scientifiche quali l'Associazione per la Ricerca sulla Nicotina e il Tabacco (SRNT)², e Tobacco Control (gruppo BMJ)³, ed è stato ampiamente echeggiato nella recente Conferenza Internazionale Tabacco o Salute ad Helsinki ad agosto 2003. Nel mirino sono le supposte potenzialità dello *snus* come strumento di riduzione del rischio di morbidità e mortalità connessi al fumo di tabacco (*harm reduction*). Il dibattito si dipana fra il livello comportamentale (si può affermare che lo *snus* funzioni come strumento di riduzione del fumo a livello di popolazione?), quello biomedico (le conseguenze a lungo termine dell'uso di questo prodotto non sono state studiate), quello psico-biologico (la dipendenza da nicotina nei consumatori di *snus* sembra persino più forte

che fra i fumatori). Tutte queste aree sono oggi oggetto di intensa curiosità, ma la ricerca è per ora solo agli inizi.

Un settore su cui in Svezia c'è ancora molto terreno da percorrere riguarda la formazione dei medici in tema di prevenzione e trattamento del tabagismo. Da inchieste condotte fra i medici attivi nella professione, sembrerebbe che gli ostacoli principali all'implementazione di un'attività sistematica di trattamento del tabagismo siano la carenza di tempo e la sfiducia nell'efficacia di un'attività largamente basata sul counseling. In realtà, se si approfondisce il problema, proprio tali posizioni rivelano un bisogno ben diverso, e cioè quello di ampliamento e diffusione delle conoscenze (sapere) e delle competenze (saper fare) accumulate negli ultimi venti anni. Pochi medici svedesi sanno infatti che i trattamenti di disassuefazione dal tabagismo sono altamente competitivi con altre "terapie" in termini di costo/efficacia; che un counseling breve (tre minuti!) ma ben condotto raddoppia la probabilità di successo di un tentativo non assistito di smettere di fumare; che l'arsenale terapeutico a disposizione non si limita al counseling, ma comprende oggi trattamenti farmacologici molto selettivi. Purtroppo, la formazione di base del medico clinico (per non parlare di quella specialistica!) non prevede alcun corso particolare su queste tematiche. Proprio negli ultimi mesi, però, qualcosa sembra muoversi nella maggiore università medica del paese (il Karolinska Institute di Stoccolma) e molti dipartimenti manifestano interesse per la creazione di corsi monotelatici in tema di tabagismo. Un altro campo in cui la Svezia può rafforzare il suo impegno è la ricerca in tema di determinanti e prevenzione del tabagismo. Una tale ricerca è per definizione multidisciplinare, e le competenze attese spaziano dalle scienze del comportamento, alla medicina clinica, fino alla biologia molecolare. La Svezia ha una forte tradizione di ricerca mono-settoriale, ma non un altrettanto forte tradizione di ricerca internazionale e multidisciplinare. Questa è una delle tante sfide aperte nel futuro più prossimo.

Bibliografia:

1. Liberamente tratto dalla pubblicazione "Progress and Challenge" The National Institute of Public Health, Stockholm, 2003. I giudizi e le interpretazioni contenuti nell'articolo rispecchiano le opinioni dell'autrice e non quella degli editori della pubblicazione.
2. Kozlowski LT. Harm reduction, public health, and human rights: smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. *Nicotine Tob Res.* 2002;4 Suppl 2:S55-60.
3. Henningfield JE, Fagerstrom KO. Swedish Match Company, Swedish *snus* and public health: a harm reduction experiment in progress? *Tob Control.* 2001 Sep;10(3):253-7.

EPATOPATIE...

NON DI SOLO ALCOL

La cultura medica attuale enfatizza, giustamente, i rischi di epatotossicità derivanti dall'uso di alcol. Ma recenti studi suggeriscono un ruolo determinante anche del fumo di sigaretta nel perpetuare il danno istologico e favorire lo sviluppo di epatocarcinoma nei portatori cronici di virus epatitici.

Elena Rosella, Biagio Tinghino

È noto da tempo che l'abuso alcolico peggiora l'evoluzione delle epatiti croniche virali, meno conosciuto viceversa è il fatto che anche il fumo di sigaretta gioca un ruolo nel peggioramento delle epatopatie ad eziologia virale. La possibile epatotossicità del fumo di sigarette è stata recentemente suggerita da studi epidemiologici e sperimentali che hanno indagato anche nella direzione dei presupposti genetici del danno istopatologico. Nello studio di Wang CS del National Yang-Ming University, Institute of Public Health Taiwan (1) sono stati presi in considerazione 6095 abitanti di età uguale o superiore ai 35 anni in una comunità iperendemica per infezione da virus epatite B o virus epatite C. Questo studio concludeva che il consumo alcolico e il fumo di sigaretta erano cause indipendentemente associate con elevati livelli di ALT nei soggetti HCV positivi ma non nei soggetti HbsAg positivi. Infatti l'aumento delle transaminasi era sette volte più frequente nei soggetti HCV-positivi che fumavano venti o più sigarette al giorno che nei soggetti non fumatori (95% CI, 2.7-18.8).

Le osservazioni compiute su un gruppo di 310 pazienti (di cui il 57% fumava) da Pessione e collaboratori, soggetti HCV-positivi afferenti all' Hospital Beaujon di Clinhy in Francia, hanno dimostrato all'analisi multivariata una correlazione tra fumo e sviluppo degli indici di fibrosi e attività istologica. Gli autori concludono affermando che il fumo di sigaretta incrementa la severità delle lesioni epati-



J.P. Hasenclever (1812 - 1878) AlteNationalgalerie, Berlin

che in pazienti affetti da epatite cronica HCV-correlata (2).

Le stesse conclusioni vengono riportate da Borini, in una ricerca effettuata su 189 soggetti alcolisti ricoverati presso la Clinica Medica della Facoltà di Medicina di Marilia (San Paolo) per il trattamento dell'alcoldipendenza. Di questi, 18 alcolisti non fumatori venivano comparati a 36 alcolisti fumatori. I parametri indagati erano i livelli di ALT, il rapporto AST/ALT e i valori di fosfatasi alcalina. Anche in questo caso emergeva una più pronunciata aggressione epatica nei soggetti fumatori (3).

Da non trascurare sono le evidenze che riguardano le correlazioni tra fumo ed insorgenza di epatocarcinoma. È noto che una infezione persistente da virus B (HBV) induce necro-infiammazione oltre a fenomeni rigenerativi e proliferativi nel tessuto epatico. Gli eventi proliferativi

Elena Rosella
Specialista in Malattie Infettive, ASL Provincia di Milano 3

Biagio Tinghino
Specialista in Gastroenterologia,
Centro Antifumo di Monza (btinghi@tin.it)



rendono più suscettibile i portatori cronici di HBV agli agenti cancerogeni ambientali. Le amine aromatiche contenute nel fumo di sigaretta sono dei carcinogeni epatici potenziali. La trasformazione metabolica e la detossificazione da questi composti è affidata al sistema NAT (N-acetyltransferasi), di cui esistono fondamentalmente due genotipi (NAT1 e NAT2). In una recente ricerca di Yu MW si è voluto confermare il ruolo cancerogeno delle amine aromatiche nei fumatori, in relazione all'insorgenza di HCC (hepatocellular carcinoma). Per fare ciò sono stati identificati i genotipi NAT1 e NAT2 attraverso il metodo della polymerase chain reaction-restriction applicato al DNA dei leucociti periferici, prelevati da 151 casi di HCC e 211 controlli. Tutti i soggetti, oltre ad essere maschi, erano portatori dell'antigene di superficie dell'HBV. È stata trovata una associazione per i portatori del polimorfismo genetico NAT2 rispetto all'incidenza di HCC con un OR di 2,67 (IC 95%) e un intervallo di significatività di $p=0.06$. Viceversa, non è stata trovata una associazione evidente tra fumo, insorgenza di HCC e portatori degli alleli NAT1.

In effetti, sempre nella popolazione cinese, dove la mortalità da tumore del Fegato o cirrosi epatica è elevata a causa della diffusione dell'epatite B, i fumatori hanno un tasso di rischio standardizzato di mortalità per tumore epatico di 1,36

rispetto ai non fumatori; con un rischio assoluto di morte per tumore epatico prima dei 70 anni nel 3% dei non fumatori e nel 4% dei fumatori nel sesso maschile. Nelle donne il rischio è presente in minor misura, ma a causa del minor numero di donne fumatrici. (4) Non è un caso se la Conferenza di Consensus Francese sul trattamento dell'epatite C, tenutasi a Parigi il 28 febbraio 2002, considera fra i fattori associati all'infezione virale che possono influenzare la risposta al trattamento e l'evoluzione della malattia il fumo di tabacco.

Alla voce "le misure di accompagnamento" e tenendo conto in un approccio globale del paziente, che sia o meno trattato farmacologicamente, viene raccomandata la riduzione e se possibile la sospensione del fumo di tabacco. (5)

Diventa necessario, a questo punto, che nella cultura medica ed "epatologica" il management del paziente non preveda solo l'astensione dall'alcol o le prescrizioni dietetiche, ma preveda l'indagine anche nel campo della dipendenza tabagica e sottolinei in modo adeguato anche l'astensione definitiva dal fumo di tabacco, eventualmente con un appropriato invio a centri di disassuefazione nel territorio. Tali raccomandazioni andrebbero poi "enfattizzate" nella gestione dei soggetti sieropositivi per HIV con o senza coinfezione con virus epatitici, in quanto in questi soggetti l'utilizzo dei farmaci antiretrovirali espone già a priori, ad "epatotossicità" da farmaci.

Bibliografia:

1. Wang CS, Wang ST, Chang TT, Yao WJ, Chou P " Smoking and alanine aminotransferase levels in hepatitis C virus infection : implications for prevention of hepatitis C virus progression" Arch Intern Med 2002 apr8;162(7):811-5
2. Pessione F, Ramond MJ, Njapoum C, Duchatelle V, degott C, Erlinger S, Rueff B, Valla DC, Degos F " Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C. " Hepatology. 2001 Jul; 34(1):121-5
3. Borini P " Alcohol-smoking interaction in hepatic lesions" Rev hosp Clin facMed Sao Paulo. 1995 sep-oct;(5):259-63.
4. Int J Cancer 2003 ;107:106-112
5. Consensus Conference Francese sul trattamento dell'epatite C Parigi 27-28 febbraio 2002.

Conoscenze e atteggiamenti degli studenti di Medicina riguardo al fumo di tabacco: indagine conoscitiva

Smoking knowledge and attitudes of students of the Faculty of Medicine towards tobacco smoking: a regional research

Antonio Ivan Lazzarino, Edea Perata, Maria Sofia Cattaruzza, Giacomo Mangiaracina

Gruppo studenti della II Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Roma "La Sapienza"

Riassunto

SCOPO. Lo studio si propone di indagare opinioni, conoscenze e atteggiamenti di un campione di studenti della Facoltà di Medicina di Roma (età media di 21,6 anni) sul fumo di tabacco e sui danni ad esso correlati.

METODO. Lo strumento di raccolta dei dati è stato un questionario autosomministrato ed anonimo rivolto a studenti, fornitoci dalla Società Italiana Tabaccologia (SITAB), al quale sono state apportate alcune modifiche.

RISULTATI. Le conoscenze del gruppo di giovani da noi esaminato sugli effetti negativi del fumo di tabacco sull'organismo (apparati cardio-circolatorio e respiratorio) appaiono soddisfacenti. Risultano invece scarse le conoscenze che mettono in relazione il consumo di tabacco con altri problemi sociali (fumo di tabacco versus inquinamento industriale ed automobilistico, e fumo di tabacco come causa di morte prevenibile nei paesi industrializzati).

CONCLUSIONI. Ne consegue l'opportunità di inserire la Tabaccologia come materia di studio nelle facoltà di Medicina, mentre di riflesso si ritengono di notevole rilevanza le campagne di informazione che si rivolgono proprio alla fascia di età post-adolescenziale.

Parole chiave: fumo, giovani, prevenzione.

Abstract

AIM OF THE STUDY. The aim of this study is to evaluate the opinions, the knowledge and the attitude of a sample of students the Medical School of Roma "La Sapienza" (average age: 21.6 years) to tobacco smoking and its health consequences.

METHODS. We used a self-administered and anonymous questionnaire prepared by SITAB (Società Italiana Tabaccologia) to which were made some minor changes.

RESULTS. The knowledge of the negative effects of tobacco smoking on the human body (cardio-vascular and respiratory systems) is good in this group of young people. On the other hand knowledge of the involvement of tobacco smoking with other social problems (tobacco smoking versus industrial and car pollution, tobacco smoking as foreseeable cause of death in the more industrialized countries) are poor.

CONCLUSIONS. Therefore there is a need to study Smoking Health in Medicine Schools, while we consider the information campaigns aimed at post teenager very useful.

Key words: smoking, youth, prevention.

Introduzione

Secondo i dati disponibili dell'OMS l'80% dei fumatori adulti ha cominciato a fumare prima dei 18 anni. L'età d'inizio si abbassa in particolare tra le ragazze; quasi un quarto dei quindicenni europei

fuma quotidianamente e dal 1993/94 in questa fascia d'età non si è registrata in nessun paese una diminuzione del consumo settimanale di sigarette.

Ad una recentissima indagine condotta nel 2003 dalla DOXA il 27,6% degli

Italiani adulti (33,2% maschi e 22,5% femmine) si è dichiarato fumatore abituale.

In Italia i risultati dell'indagine condotta dall'ISTAT nel 1999 mostrano che nei giovani di età compresa fra i 14 ed i 24

Antonio Ivan Lazzarino, Edea Perata,
Maria Sofia Cattaruzza

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, II Facoltà
di Medicina e Chirurgia – Università "La Sapienza"

Giacomo Mangiaracina

Presidente Società Italiana di Tabaccologia, Area
Tabagismo LILT

anni la percentuale di fumatori è del 21,6%; questa percentuale aumenta al 24,9% per i coetanei che abitano in città metropolitane.

Un'informazione massiccia che faccia capire ai giovani la gravità di tutti i rischi legati al fumo di tabacco è importante soprattutto nella fascia di età dai 12 ai 18 anni, età in cui si formano le loro conoscenze ed opinioni. Di notevole rilevanza sono dunque le campagne di promozione della salute e di prevenzione del tabagismo nelle scuole, oltre alla necessità di un'educazione ai corretti stili di vita impartita dalla famiglia.

L'abitudine al fumo di sigaretta è diffusa in tutto il mondo ed attualmente circa un terzo della popolazione dei paesi industrializzati fuma. I dati elaborati dall'Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità sul consumo giornaliero pro capite di tabacco nella popolazione italiana >14 anni indicano che i consumi di tabacco sono aumentati dal 1960 al 1980, rimasti costanti fino al 1986 diminuiti successivamente fino al 1991 ma rimasti invariati da allora ad oggi. In Italia il numero totale dei fumatori supera i 13 milioni e i decessi annui attribuibili al fumo sono 90.000, di cui:

- 1/3 per tumore polmonare (l'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità del 2001 riporta 31.300 decessi per tumore polmonare di cui 26.000 uomini e 5.300 donne);
- 1/3 per patologia respiratorie;
- 1/3 per accidenti cardiovascolari

I dati dell'ISTAT degli ultimi anni mostrano questo scenario: fra i giovani di età compresa fra i 14 ed i 24 anni la percentuale di fumatori era del 17,4% nel 1993, del 20,5% nel 1997 e del 21,6% nel 1999. Il numero di giovani ed adolescenti, quindi che inizia a fumare è in aumento.

Il fumo è, tra le cause di malattia, quella più facilmente evitabile ed oggi molte sono le iniziative e le campagne di promozione contro il fumo dirette soprattutto ai giovani.

A seguito della Conferenza tenutasi a Roma dal 13 al 15 novembre 2003 su "Tabacco, giovani, prevenzione e comu-

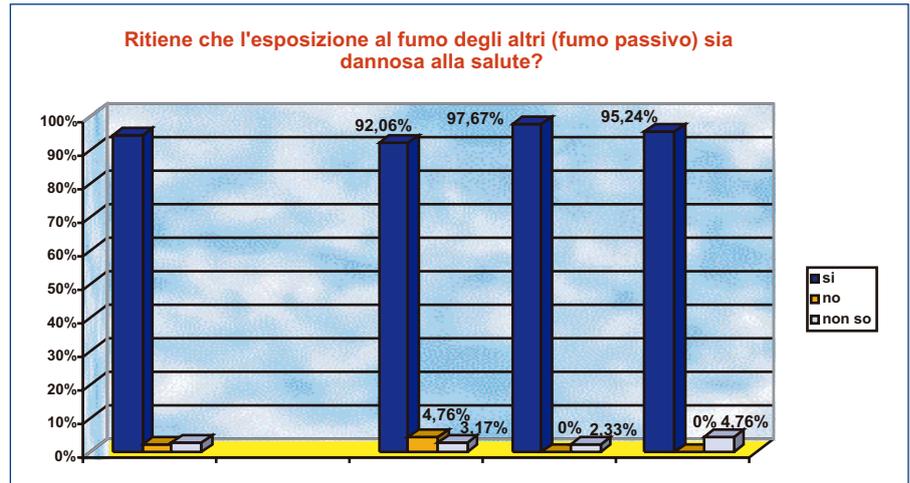


Grafico 1

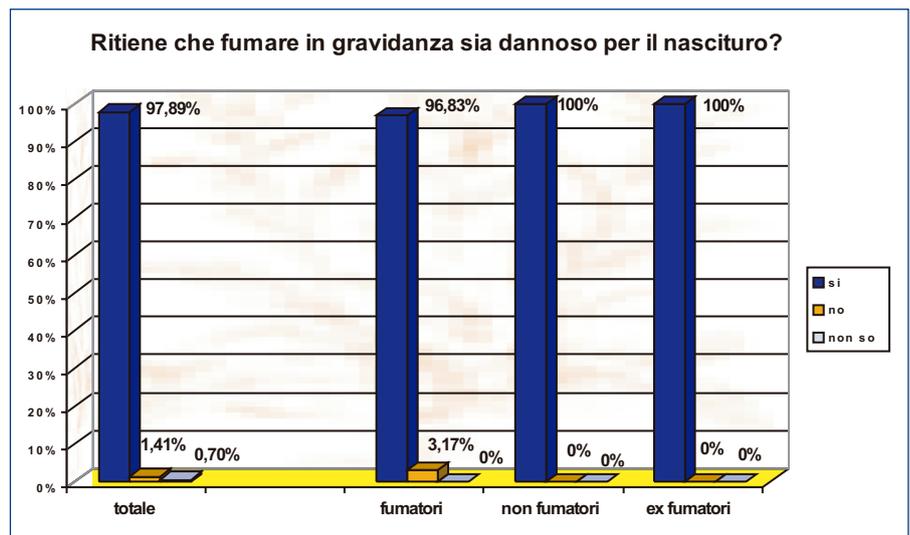


Grafico 2

nicazione" organizzata dalla Commissione Europea in collaborazione con il Ministero della Salute, l'Europa ha approvato le raccomandazioni per la prevenzione contro il fumo nei giovani e ha indicato vere e proprie linee di orientamento per le strategie più adatte per veicolare alle nuove generazioni interventi di prevenzione che siano soprattutto dotati di efficacia.

MATERIALI E METODI

Nel mese di novembre 2003, nel 2° anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia della II Facoltà dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", all'interno del corso integrato di Metodologia Medico-Scientifica e Scienze Umane III, i

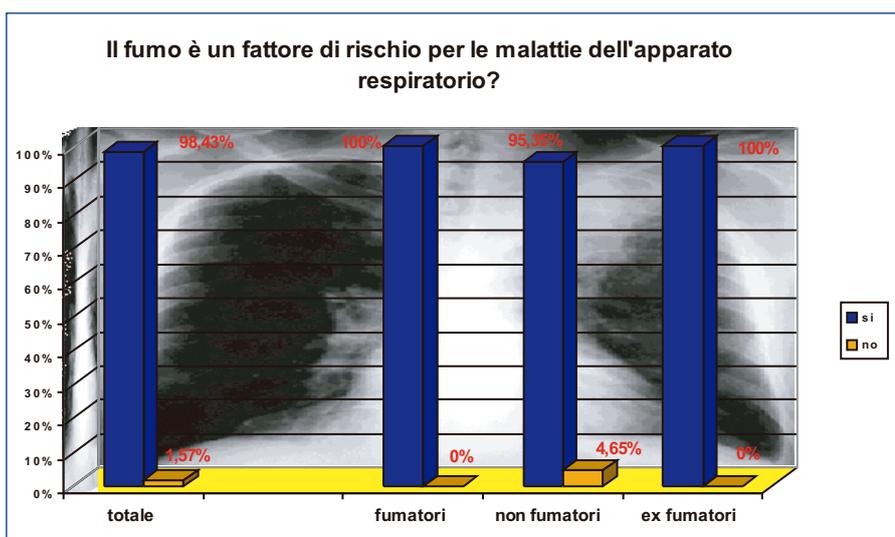


Grafico 3

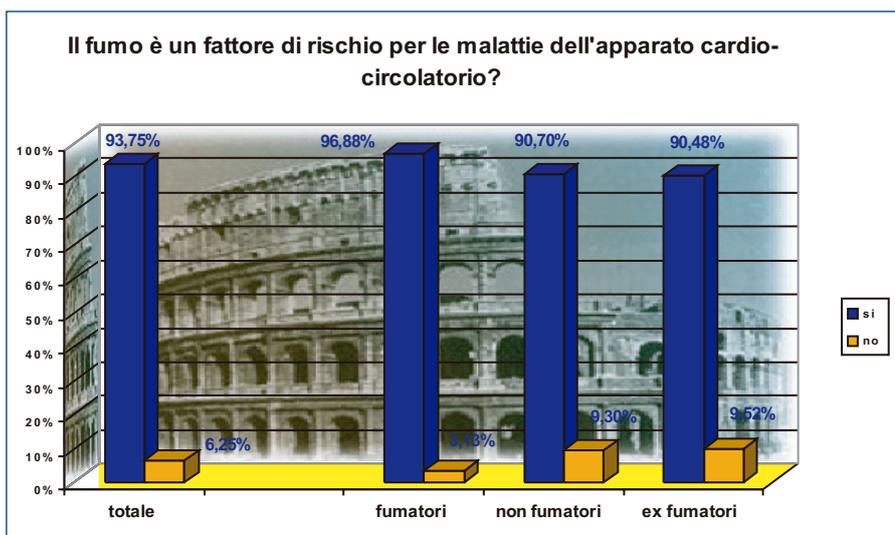


Grafico 4

cui insegnamenti sono particolarmente rivolti alla promozione ed al mantenimento della salute, è stato proposto agli studenti di prendere in considerazione il fumo di tabacco tra i giovani come rilevante problema di Sanità Pubblica. Allo scopo è stato utilizzato un questionario anonimo ed autosomministrato fornito dalla Società Italiana di Tabaccologia-SITAB a cui sono state apportate alcune modifiche, per valutare le conoscenze degli studenti del corso e di altri giovani coetanei da loro contattati. In seguito all'interesse e alla vivace partecipazione degli studenti coinvolti, è stato organizzato un incontro con la SITAB allo scopo di approfondire alcune tematiche emer-

se durante il dibattito.

Attraverso il questionario sono state valutate le conoscenze sulle seguenti tematiche: fumo passivo, fumo in gravidanza, fumo "light", patologie fumo correlate ed aspetti legislativi.

I dati dei 146 questionari raccolti sono stati elaborati da un gruppo di studenti del corso integrato di Metodologia Medico-Scientifica e Scienze Umane III utilizzando un programma di ampia diffusione (Excel).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

La quasi totalità dei ragazzi studiati (età media = 21,6 anni) sembra essere adeguatamente informata sui rischi legati all'esposizione al fumo passivo (Grafico 1) e al fumo in gravidanza (Grafico 2). Infatti, analizzando la distribuzione delle risposte relative a queste domande, si trova che oltre il 90% è consapevole dei danni procurati dal fumo di tabacco e non ci sono differenze di rilievo tra fumatori, ex-fumatori e non fumatori. Stesso livello di conoscenze si riscontra per quel che riguarda i danni procurati dal fumo agli apparati respiratorio e cardiocircolatorio (Grafico 3 e 4).

Interessante è notare come si distribuisce in maniera differente tra i fumatori, non fumatori ed ex fumatori, il giudizio sul fumo "light" (Grafico 5).

Solo un 40% circa degli intervistati, alla domanda: "Pensa che il fumo di tabacco sia più dannoso dell'inquinamento industriale ed automobilistico?" risponde in maniera affermativa e si nota una differenza importante di opinione tra i non fumatori (si=56%) e i fumatori o gli ex (si=36% e 38% rispettivamente) (Grafico 6).

Un 70% circa ritiene che il fumo sia la causa principale di morte prevenibile nei paesi industrializzati; tale percentuale sale a circa il 75% tra i non fumatori e gli ex fumatori mentre scende al 62% nei fumatori (Grafico 7). Questo dato è interessante perché permette di evidenziare che i non-fumatori o gli ex-fumatori hanno maggiore consapevolezza e/o conoscenza del danno, mentre tra i fumatori le conoscenze e la consapevolezza risultano ridotti o in certa misura

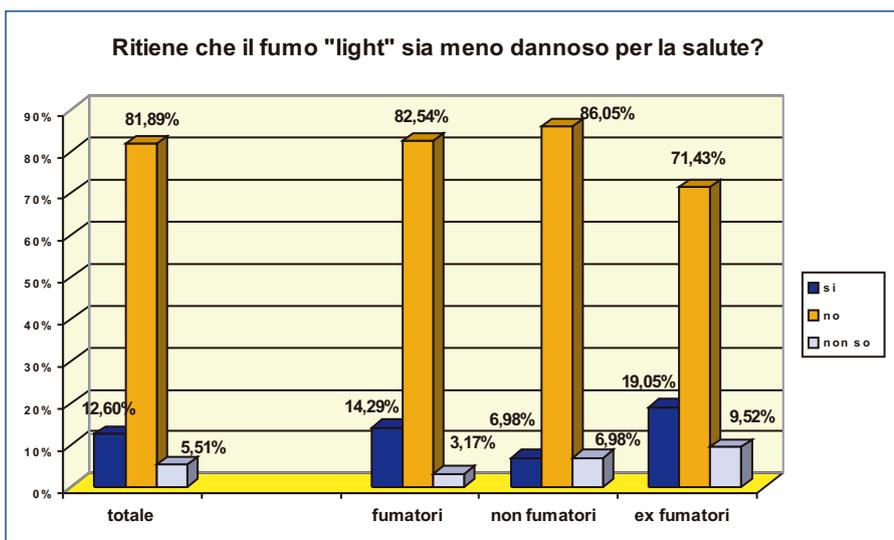


Grafico 5

negati. Tuttavia, il fatto che una considerevole percentuale, collocata fra il 30 e il 40 % degli studenti di Medicina non abbiano coscienza e conoscenza del fatto che l'OMS definisca il Tabagismo come "prima causa di morte prevenibile" risulta oltremodo una grave omissione di conoscenza che tenderà a sminuire nel tempo la percezione del problema. Non ci si deve meravigliare pertanto se nell'indagine "Ospedali senza Fumo", condotta in Italia dall'AIPO, una percentuale del 10% dei medici intervistati mostrava enormi lacune sulla conoscenza sulle più elementari informazioni sulla problematica tabagica e delle sue conseguenze.

Nella sessione dedicata ai pareri sulla legislazione in vigore, che vieta il fumo in ospedale e nei locali pubblici, le risposte sono omogenee tra i non fumatori e gli ex-fumatori: il 100% è d'accordo al divieto di fumo in ospedale e oltre l'85% nei locali pubblici. Tra i fumatori invece, l'81% è d'accordo a vietare il fumo in ospedale, ma solo il 46% a vietarlo nei locali pubblici (Grafici 8 e 9). Questo atteggiamento, più che basarsi su acquisizioni e informazioni, ricalca alcuni atteggiamenti sociali largamente diffusi nella popolazione dei fumatori. In altre parole rivela la mancanza di percezione del danno arrecato a terzi dal cosiddetto "fumo passivo", mentre si orienta sulla considerazione del "diritto" presunto di fumare, ignorando al contempo la differenza tra "Libertà" (che cessa ove si lede il diritto altrui alla salute) e "Diritto" inteso come fondamento giuridico.

I risultati relativi alle conoscenze sui danni da fumo dimostrano che gli studenti hanno adeguate conoscenze relative ad alcuni aspetti (fumo passivo, fumo "light", fumo in gravidanza, ecc.) mentre ne sottovalutano altri (fumo come principale causa di morte prevenibile, fumo più dannoso dell'inquinamento industriale ed automobilistico). Tutto ciò permette di evidenziare la necessità di attuare con ogni urgenza insegnamenti e corsi di Tabaccologia indirizzati agli studenti di Medicina, da parte di esperti.

È inoltre necessario continuare a indirizzare campagne di educazione sanitaria-

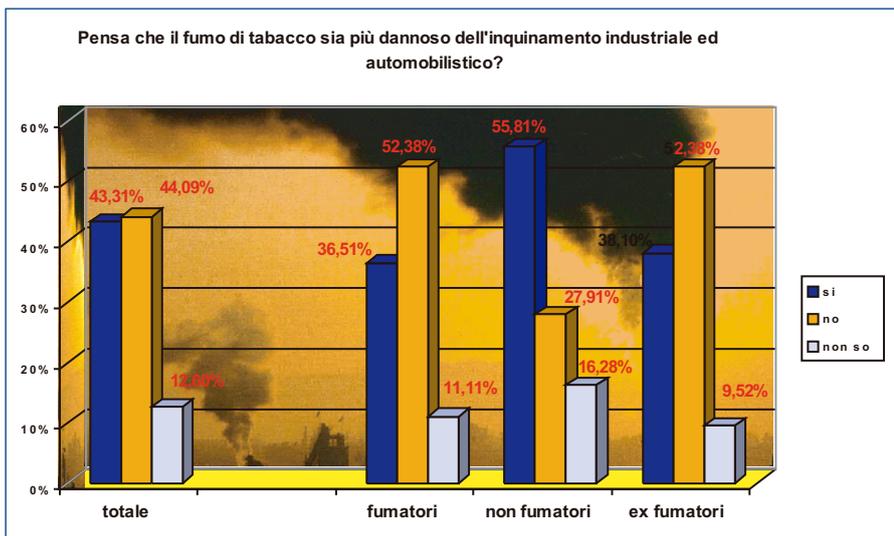


Grafico 6

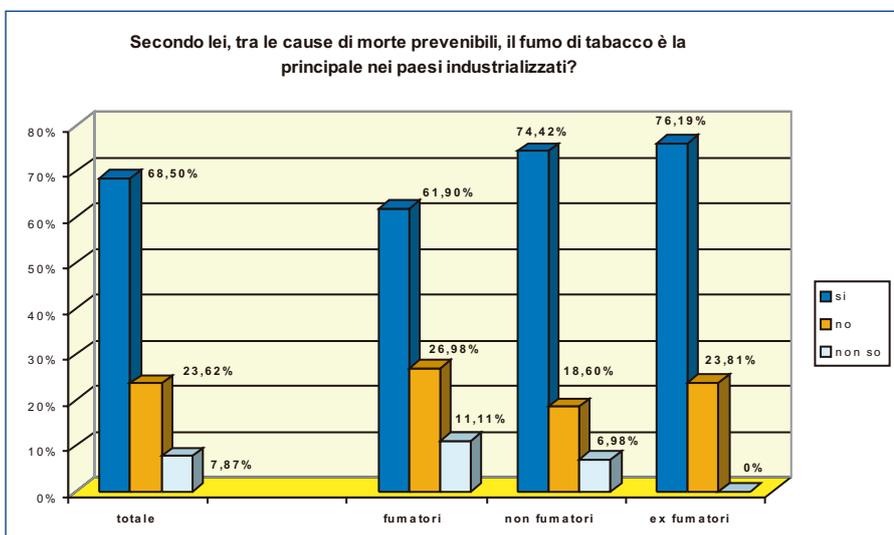


Grafico 7

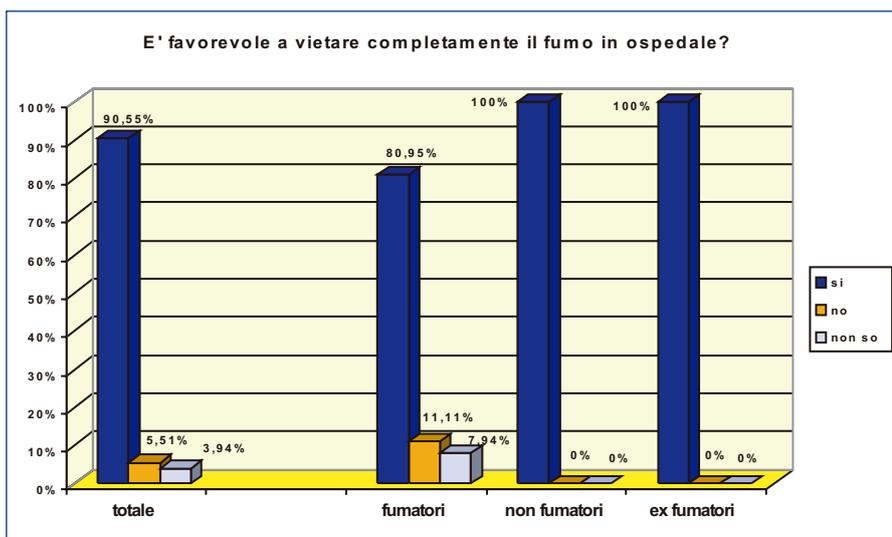


Grafico 8

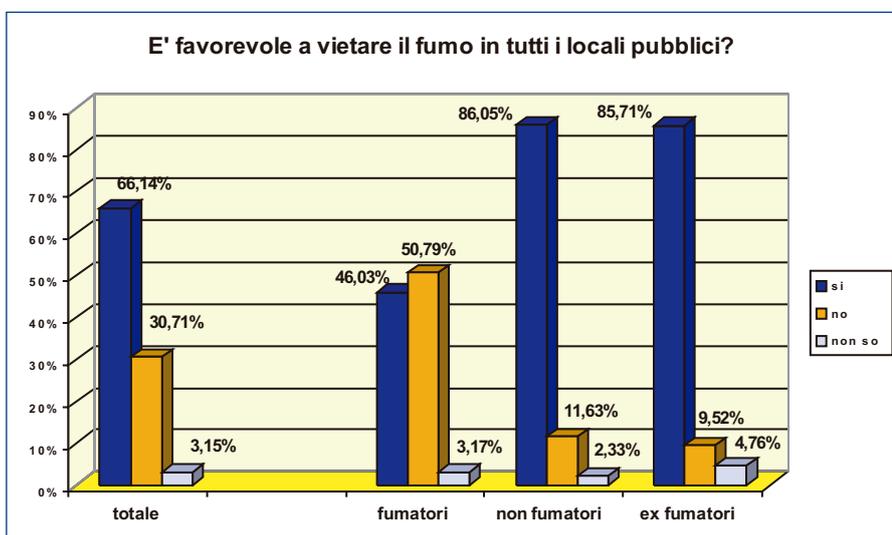


Grafico 9

ria proprio ai giovani perché è in questo periodo della vita che si formano le conoscenze e le opinioni. Fumare è frutto di un processo comportamentale, individuale, ambientale e sociale, in larga misura indotto, promosso nella famiglia,

nella società e dai produttori del Tabacco. Pertanto, ogni iniziativa al livello di campagne per la lotta al tabagismo deve essere incentrata sui molteplici fattori che favoriscono l'abitudine tra i giovani al fumo di sigaretta.

Bibliografia

1. ISTAT. Rapporti annuali 1995 - 1999.
2. Zuccaro P, Pacifici R, Giampaoli S, Vanuzzo D. Fumo: il contesto epidemiologico nazionale. *Ital Heart J* 2001; 2 (Suppl 1):13-18.
3. Nardini S, Carrozzi L, Bertoletti R, Mattarelli G, Sabato E, Del Donno M. Il progetto obiettivo AIPO "ospedali senza fumo": risultati descrittivi della prima fase epidemiologica. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*. 2001; 16:4, 261-272
4. Pacifici R, Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D,

- Modiglioni G, Zuccaro P. I giovani e il fumo, *Indagine Doxa* 2003. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, ISS.
5. Seccareccia F, Zuccaro P, Farchi G, Giampaoli S, Vanuzzo D, e il Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, Fumo e prevenzione delle malattie cardiovascolari in Italia. *Ital Heart J Suppl* 2000; 1: 910-8.
6. Zaridze D, Peto R. Tabacco: a major international health hazard. Lyon: IARC Scientific Publication no. 74, 1986.

Gruppo di lavoro studenti II Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Roma "La Sapienza":

Abruzzese Claudia, Adami Paolo Emilio, Adiatori Flavia, Agolli Linda, Albo Francesco Cristiano, Alessi Simone, Alfano Marco, Alonzo Alessandro, Aquilani Angela, Asimina Semeli, Asta M. Francesca, Badia Valentina, Bajani Francesco, Barucca Viola, Battistoni Cristina, Bazaj Eralm, Ben Hamida Jamila, Biagini Michela, Bianchi Giulia, Boldrini Parravicini Persia, Bonafoni Susanna, Bongiovanni Cristina, Bracci Stefano, Branca Tiziana, Bucci Laura Patrizia, Campagiorni Laura, Cantiani Andrea, Caporro Matteo, Carlini Alessandra, Carrillo Gonzalez Celia, Cascino Flavia, Castelli Gattinara Di Zubicatena Vittorio, Catena Vittorio, Ciccaglione Ilenia, Cicone Francesco, Ciompi Alessandro, Clarke Enrico, Cocca Anna Giovanna, Corigliano Valentina, Costa Michele, Crialesi Dorotea, D'agostino Alessandro, D'ambrosio Enzo Maria, D'amore Alessandra, De Rossi Pietro, De Venanzi Agostino, Del Forno Manuela, Del Parco Michela, Di Cosimo Daniela, Di Sano Laura, Di Vavo Marta, Dolce Annalisa, Engfeldt Anna, Esposito Gianluca, Falco Teresa, Familiari Pietro, Favaretti Michela, Favi Francesco, Federici Giulia Francesca, Festa Stefano, Fiorelli Silvia, Fouraki Sofia, Gallina Sara, Gargaglione Elisa, Gasili Alessandra, Giordano Fabio, Golino Maria Eletta, Gori Chiara Serena, Hemied Sara, Iacolucci Carlo Maria, Ioncoli Paola, Kallogjeri Sokraten, Kazakli Stella, Kolokathis Angelos Michal, Koni Alma, Koverech Angela, Lalle Irene, Lechiancole Stefania, Leonardi Laura, Leonino Francesco, Lombardi Mariangela, Lupi Federico, Maniglio Paolo, Marcelli Alessandro, Marchetti Maria Teresa, Mardarella Francesca, Marella Luigi, Martinelli Valeria, Maruccio Matteo, Massolo Anna Claudia, Mastrantuono Antonella, Matarazzo Giorgio, Mazza Ludovico, Micozzi Marco Valerio, Miglia Irene, Mucci Daphne, Muscatello Valentina, Mutolo Maria Giulia, Nardo Gabriella, Novello Mario, Nusca Sveva, Olivieri Giorgia, Pacchiarotti Rossana, Palano Francesca, Pallottino Simone, Papargyriou Georgia Evang, Pecchiai Ilaria, Persechino Raffaello, Piermattei Cristina, Pipitone Marianagela, Pisani Angelo, Poggi Camilla, Portalone Silvia, Proietti Giulia, Rabai Chiara, Ranalli Tiziana, Rigucci Silvia, Romano Camilla, Romano Silvia, Saggini Andrea, Sagnotta Andrea, Sallustio Valentina, Saponi Alessandra, Savito Marco, Scarani Simona, Scarcello Laura, Scaringi Claudia, Scozzi Davide, Sebastiani Simone, Silvestri Emanuele, Spremberg Filippo, Stabile Olga, Stefanetti Linda, Stella Maria Carmen, Stigliano Ivan, Supino Guido, Tirotti Chiara, Traverso Giulia, Valente Roberto, Valentini Chiara, Vano Valentina, Varzi Alessandro, Vescera Consuelo, Villa Naima, Zancla Benedetta, Zeppa Antonio, Zinelli Federica

Comunicazioni:

Antonio Ivan Lazzarino: Tel. 328 7847657, email: ivan76@tin.it

Consumo di tabacco e influenza dei media

Tobacco consumption and media influence

Luca Pietrantonì, Mina Ria

Riassunto

I mass media assolvono una duplice funzione: influenzare coloro che ne fruiscono ed essere un mezzo di *loisir*. In questa rassegna consideriamo come il fumo da sigaretta è rappresentato in quattro luoghi mediatici, cinema, fiction, sport ed internet e come può influenzare il comportamento e l'atteggiamento dei fruitori. L'effetto dei messaggi riguardanti il tabacco veicolati attraverso il cinema e la tv sui giovani, è stato oggetto di ricerche epidemiologiche e psicosociali. Nelle manifestazioni sportive è assai frequente l'esposizione visiva del logo e del nome delle sigarette; si pensi che il nome o il marchio della casa produttrice di tabacco compare circa 6000 volte in una manifestazione di 90 minuti. Internet è un luogo virtuale in cui è possibile vendere sigarette ai minorenni e in cui il fumo è astutamente associato a stimoli visivi attraenti.

Parole chiave: mass media, consumo di tabacco, adolescenza.

Summary

The mass-media has a double function: influencing the users and being a tool of enjoyment. In our article we consider how the cigarette smoking is represented in four mediumistic places, cinema, fiction, sport, Internet and how it can influence users' behaviour and attitude. The effect of some tobacco-related messages that are transmitted through the cinema and the TV to young people, have been considered by many psychosocial and epidemiological researches. Often, during some racings we can see the visual exposure of cigarette name and trade-mark; we can consider that name and trade-mark of Tobacco Companies appear about 6000 times within 90 minutes sport programme. Internet is a virtual place where it is possible to sell some cigarettes to under age people and where smoking is astutely associated with attractive, visual stimulus.

Keywords: massmedia, tobacco consumption, adolescence.

Introduzione

Lo studio dei mass media costituisce un capitolo importantissimo all'interno delle ricerche effettuate per decenni da psicologi e sociologi. È interessante notare la duplice funzione assolta dai mass media all'interno della società: influenzare coloro che ne fruiscono e fungere da mezzo di *loisir*. Quale delle

due componenti sia preponderante non è facile dirlo, ma entrambe si intrecciano in modo intricato. E se è vero che non può esistere una rete informativa senza dei nodi-fruitori è anche vero che non si riesce ad individuare fino a che punto il soggetto che fruisce del mezzo mediatico ricava dei vantaggi personali (piacere e reperi-

mento di informazioni) o è il nodo-bersaglio verso il quale si scaglia la freccia del potere dei mass media all'interno della rete informativa. Tale potere si concretizza, peraltro, nella capacità di influenzare il target di riferimento rispetto a stili di vita sani o nocivi per la salute. Per mezzo di tale potere i mass media possono traghettare i prodotti

Luca Pietrantonì, Mina Ria
Dipartimento di Scienze dell'Educazione
Facoltà di Psicologia - Sede di Cesena
Università degli Studi di Bologna

più disparati e più centrali del marketing sulle sponde dell'audience e inserirli così nel circuito commerciale.

Una questione principale per i professionisti che si occupano di salute pubblica è quella della rappresentazione di prodotti nocivi per la salute come il tabacco nei media e l'effetto che questi hanno sui comportamenti individuali. In quest'articolo prenderemo in considerazione le maggiori ricerche scientifiche sull'argomento, la visibilità e la rappresentazione del tabacco in media molto diversi tra loro, il cinema, la Tv, Internet, e il mondo delle celebrità, da quella della moda a quelle dello sport, e infine, analizzeremo il legame equivoco tra i media e la produzione di tabacco.

Fumo e cinema

Il cinema hollywoodiano (e la cultura americana di cui è un'emanazione) rappresenta un prodotto largamente esportato in tutto il mondo. Se in passato, attraverso i grandi film e lo show business si poteva diffondere un'immagine positiva del fumatore e del fumo attraverso l'associazione con il mondo fascinioso delle celebrità, di recente anche all'interno della *major* cinematografiche, qualcosa è cambiato: basti pensare ai numerosi gruppi di advocacy contro il fumo nei media, uno dei quali negli Stati Uniti prende il nome di "smoke free movies" che si schiera contro la comparsa del fumo nei film.

Tuttavia quando siamo al cinema vedere un attore o un'attrice che fuma è un

episodio tutt'altro che infrequente. Un'associazione americana, l'*American Lung Association* (1), ha indagato i messaggi riguardanti le immagini del tabacco che i giovani ricevono quando guardano un film. In tale ricerca sono stati coinvolti più di 100 adolescenti di Sacramento e Los Angeles con la consegna di guardare 133 film (risalenti al 1996) nell'arco di un anno e di farne un resoconto finale.

I risultati hanno dimostrato che il ricorso al fumo di tabacco non compare nel 23% dei casi. Del 77% rimanente, il 26% presenta da 1 a 10 episodi, il 23% da 11 a 24, il 18% dai 25 ai 49 e l'11% ne aveva più di 50. La quantità di tabacco mostrata nei film, varia anche in base alla casa di produzione: la Walt Disney si presenta come la casa con una media più bassa (6 episodi a film), mentre Miramax ha una media decisamente più alta. In aggiunta, da questo studio è emerso un fatto singolare riguardante l'uso del sigaro: mentre il sigaro è fumato soltanto dal 3% della popolazione, nel 52% dei film se ne riscontra la presenza. Sono state inoltre riscontrate delle differenze di genere in quanto il 94% dei film in cui compare l'utilizzo del tabacco ha un protagonista maschile che fuma. La marca non è neanche un elemento da sottovalutare poiché nel 20% dei film in cui si fuma è esposta una marca specifica di tabacco e la Marlboro presenta il livello più alto di esposizione nei film (in metà dei casi). Ma qual è la percezione che gli adolescenti hanno del fumo sullo schermo al di là del numero di scene in cui il fumo compare?

Per rispondere a questa domanda abbiamo fatto ricorso ad una ricerca (12) incentrata intorno alla percezione dell'immagine del fumo nei film da parte degli adolescenti di 12 e 13 anni. Durante le interviste, molti di essi hanno sostenuto che la presenza del fumo nei film riflette la realtà. Attraverso le immagini delle persone che fumano si comunica anche il possibile significato affidato al fumo ad esempio mostrandolo come un efficace mezzo per alleviare lo stress o un segno di indipendenza, divertimento, potere tra gli adulti.

I dati empirici mostrano che la presenza di fumo nel cinema può influenzare i





comportamenti di salute degli adolescenti. Uno studio di Escamilla (8) ha dimostrato che le attrici famose fumano di più nei film rivolti ad un'audience giovanile. Un singolare studio di Sargent (14) rivela che più gli adolescenti vedono fumare nei film, più tendono a provare la prima sigaretta: gli adolescenti con il più alto livello di esposizione ai film tendevano in misura superiore alle due volte e mezzo a cominciare a fumare rispetto agli adolescenti che avevano un'esposizione minima.

In un'altra ricerca di Distefan et al. (7) è stato chiesto a 6252 adolescenti di indicare la loro celebrità preferita. È emerso che gli adolescenti che non avevano mai fumato e che preferivano attori cinematografici che fumavano (sia sullo schermo che nella propria vita privata) erano più propensi a fumare gli anni successivi.

Un curioso studio di Hines et al. (10) ha investigato l'impatto della presenza del fumo sullo schermo sui soggetti. I soggetti, 151 studenti universitari di un'età compresa fra i 17 e i 41 anni, sono stati divisi in due gruppi: un gruppo guardava delle scene tratte da 6 film in cui il personaggio principale preferito fumava, ed un altro alcune scene tratte dagli stessi film in cui i personaggi principali non stavano fumando. Dalla ricerca è emersa l'esistenza di uno stretto rapporto tra la visione di sequenze cinematografiche in cui i personaggi fumano e la probabilità di fumare in seguito: infatti, i fumatori che avevano visto fumare il protagonista erano più propensi a fumare dei fumatori che avevano visto sequenze in cui non si fumava. I soggetti poi, guardando il film, dovevano valutare alcune caratteristiche (ad esem-

pio fascino, bellezza, socievolezza, sensualità) dei personaggi sia maschili che femminili. Dai risultati, inoltre, è emerso che le donne che nel film fumavano ricevevano una valutazione connotata negativamente su ogni caratteristica di attrazione interpersonale.

A risultati simili sono giunti, anche, gli autori di un'altra ricerca (6) nella quale un campione di soggetti partecipanti aveva la consegna di guardare dei video di donne ed uomini con e senza l'abitudine di fumare e di riportarne la prima impressione. I personaggi femminili che fumavano erano giudicati da una parte come donne più sessualmente assertive ed emancipate, dall'altra come meno desiderabile e meno "sane" di quelli femminili che non fumavano. Tale differenza non emergeva, invece, nei confronti dei personaggi maschili.

Ci pare che tale stereotipo venga fatto proprio dalle stesse fumatrici in quanto esse stesse si percepiscono come meno desiderabili delle donne non fumatrici. Infatti in una ricerca (2), in cui sono state coinvolte 504 donne (tra i 14 e i 65 anni) fumatrici, ex-fumatrici, e non fumatrici è stato studiato l'atteggiamento delle donne verso il proprio corpo. Dai risultati ottenuti mediante la somministrazione di un questionario, è emerso che le fumatrici si sentivano meno attraenti (anche se non si percepivano come meno forti ed in forma) delle non fumatrici.

Fumo e pubblicità televisiva

Nella società attuale, le vie attraverso le quali il mercato riesce a vendere i prodotti fabbricati al suo interno non sono quelle che portano il consumatore a contatto diretto con il venditore. La pubblicità televisiva spesso media tale rapporto attraverso svariate strategie persuasive di marketing. Bambini e adolescenti, target verso cui sono destinati una miriade di prodotti, anche nocivi per la salute, sono indotti a desiderare il prodotto reclamizzato e a richiederlo poi in famiglia alle persone con disponibilità economica. Se nel 1775 a.C., il Codice di Hammurabi considerava un crimine, punibile con la morte, vendere qualsiasi cosa ad un minore senza aver prima ottenuto un'autorizzazione da un avvo-

cato, nel XXI secolo vendere prodotti a bambini ed giovani di qualsiasi natura e vedere la loro pubblicità in Tv è una pratica consolidata e normativa del mercato. Questo ci lascia intuire quanto sia poderosa la presa effettuata dalla tv sui bambini e sugli adolescenti, molto più vulnerabili degli adulti (se si considera che un 18enne medio ha visto oltre 22.000 ore di televisione e 350.000 spot commerciali, più delle ore trascorse a scuola pari a 12.000), giacché i primi fino ad otto anni non riescono a distinguere tra pubblicità e programmazione televisiva.

La tecniche di marketing suggeriscono infatti che in adolescenza si iniziano alcuni comportamenti a rischio per la salute personale che spesso si protraggono per tutta la vita, come il fumo. Per attirare il target adolescenziale è tuttavia necessario rendere appetibile il prodotto nelle pubblicità presentando il consumo a giovani amanti del divertimento, sportive, persone di successo, sessualmente vincenti e seducenti (es., vedi la pubblicità di superalcolici come Baileys, Martini).

La pubblicità del fumo da sigaretta in Italia è vietata in TV e sulla stampa dalla legge (10 aprile 1962, n.165). Pertanto in Italia le multinazionali non trasgrediscono la legge stracciandone il tessuto di cui è composta, ma passano semplicemente attraverso le sue maglie con la pubblicità indiretta mediante la fiction televisiva e l'utilizzo del marchio di sigarette negli eventi sportivi.

Fumo e fiction televisiva

Il fumo, noto elemento impalpabile, s'insinua, prima ancora che nelle vie respiratorie dell'attore di turno, nei copioni televisivi: pensate a telefilm come il Maresciallo Rocca o ai celebri personaggi del Grande Fratello, i quali fumando una sigaretta dopo l'altra sono stati uno spot a ciclo continuo per l'industria del tabacco.

A tal proposito l'Osservatorio sul fumo dell'ISS in collaborazione con RGB Medical (4) ha effettuato una ricerca quantitativa su fiction, serial tv, telefilm e film in programmazione sulle sette reti televisive con visibilità su tutto il territorio nazionale: le tre reti Rai, le tre reti

Mediaset e La7. La ricerca, monitorata per campioni settimanali, è stata effettuata dal 1 maggio 2000 al 30 aprile 2001, periodo durante il quale è stato visionato un totale di 2.940 ore di cui se ne sono valutate 965. La valutazione attuata nell'analisi dei dati verte sulla frequenza media di quelli che gli autori hanno definito "atti fumo".

Da un totale di 965 ore sono emersi 2.202 atti fumo con una frequenza di 1 ogni 26 minuti. La frequenza complessiva si registra principalmente nella programmazione cinematografica, anche se in alcune fiction resta comunque piuttosto alta: tra queste ultime figurano ai primi due posti Rai 3 con la serie "L'ispettore Derrick" (un atto ogni 12 minuti mostrando ragazzi dai 12 ai 17

anni nell'atto di fumare) e TMC, con Kojak (un atto ogni 9 minuti). Un altro risultato alquanto sorprendente è stato quello di notare come le programmazioni per ragazzi sono letteralmente pervase da fumo: nel periodo natalizio in 23 ore di film di animazione si fuma ogni 30 minuti.

Tra gli altri dati rilevanti dello studio notiamo che il fumare non caratterizza il personaggio, nel senso che costituisce un gesto abituale e consueto, un espediente, cioè, per riempire un momento di silenzio o di inattività. Pertanto il fumo non sottolinea più un atteggiamento seduttivo e soprattutto nelle fiction è completamente slegato dal rapporto tra i sessi. Come precedentemente accennato, attra-

verso le immagini e la storia raccontata si veicolano le funzioni "positive" del fumo: in particolare i personaggi femminili ricorrono all'uso del tabacco per combattere ansia o depressione, mentre i personaggi maschili lo fanno per concentrarsi meglio o per ingannare l'attesa.

Insomma la rappresentazione del fumo nella fiction televisiva è molto varia. In alcuni serial televisivi si ritrovano anteroi e personaggi che fumano volutamente caratterizzati in maniera negativa (vedi il famoso "Uomo che fuma" di X Files), in altri ritroviamo il fumo-indipendenza e libertà femminile (vedi la protagonista narratrice di "Sex and the City").

Interessante la tendenza di alcuni serial di importazione americana che hanno aggiunto un



esplicito richiamo educativo, mostrando le conseguenze negative del fumo per la salute e la sicurezza collettiva; ad esempio, episodi del noto telefilm E.R. (Medici in Prima Linea) sono stati dedicati agli incendi causati da mozziconi di sigarette, all'importanza del divieto di fumo e del counseling antifumo negli ospedali, e non è insolito vedere pazienti che muoiono di cancro al polmone a causa della loro insana abitudine.

Fumo ed eventi sportivi

Un ambito di grande risonanza popolare con indirette allusioni al tabacco è dato dalle manifestazioni sportive. Il logo e il nome delle sigarette inoltre sono abbinati anche a manifestazioni sportive come regate veliche, tornei open di tennis, competizioni ciclistiche, gran premi di off-shore e la Formula Uno. Il riscontro dell'effetto che ha questo binomio sport-fumo sugli adolescenti maschi appassionati di sport è il fatto che questo target sceglie le marche di sigarette più celebrate nel mondo dello sport.

Una ricerca pubblicata su Lancet (5) sostiene che un'alta percentuale di ragazzi partecipanti ad una ricerca nel 1994 e 1995 preferiva le corse dei motori tra gli sport trasmessi in TV. Questi ragazzi inoltre erano molto più inclini a preferire le marche di sigarette esposte durante le manifestazioni sportive (Marlboro e Camel). Il dato interessante emerso da questo studio è che i ragazzi (il cui sport preferito erano le corse), che non fumavano regolarmente, sono diventati dei fumatori regolari contrariamente a quanto accadeva a coloro che non gradivano le corse dei motori. La corsa dei motori resta, pertanto, una variabile indipendente significativa, ancora





più importante dell'influenza del proprio migliore amico.

Nell'ambito degli sport motoristici, infatti, la prevalenza di sponsor di tabacco è molto alta anche se qualcosa sta cambiando. Nell'ambito del motociclismo Valentino Rossi, più volte campione, si è sempre rifiutato di avere come sponsor un'azienda di tabacco. La Honda ha dovuto rifiutare le offerte di sponsor tabaccari come Camel e Mild Seven per il divieto di Valentino di essere accostato a pubblicità di sigarette.

Nell'ambito della Formula Uno, evento sportivo ancora di salvataggio per la pubblicità del tabacco, i bolidi, le tute dei piloti, i cartelloni pubblicitari, sono ricoperti da marche di sigarette le cui



immagini sono trasmesse dalla tv insieme con la corsa. Nonostante le proteste della Associazioni dei Consumatori, il logo della Marlboro è più volte esibito durante le interviste rilasciate dai piloti durante le trasmissioni sportive. Si calcola che in 90 minuti di corsa automobilistica il nome o il marchio della casa produttrice di tabacco compaia sulla schermata televisiva circa 6000 volte. La Formula Uno attrae approssimativamente 600 milioni di spettatori ogni anno, giovani e adulti. La Philip Morris si presenta come l'esempio più significativo, poiché costituisce lo sponsor principale della casa di Maranello.

A tal proposito la legge pare cambiare dal 2006, data a partire dalla quale la Formula Uno dovrà rinunciare agli sponsor dei marchi produttori di sigari e di sigarette. La Federazione Internazionale dell'auto (FIA) ha stabilito un patto con l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) per lanciare una campagna a cui prenderanno parte anche il Cio e la Fifa, intitolata "Sport senza tabacco". Gli sponsor del tabacco stanno portando al mondo delle corse oltre 360 milioni di Euro l'anno. Attualmente in F1, c'è un team (la Bar) che è interamente di proprietà della British and American tabacco. Le altre scuderie, Ferrari, McLaren, Benetton e Jordan hanno come sponsor principale un marchio di sigarette. Alcuni Gran Premi come quello d'Ungheria sono direttamente organizzati da multinazionali del tabacco.

Fumo ed Internet

Accanto ad una pubblicità del tabacco tangibile e vistosa come quella delle manifestazioni sportive ce n'è una meno visibile ed è quella fatta su Internet, nuovo media per eccellenza. Questo tipo di pubblicità è tra le più insidiose poiché (3), la rete è accessibile a tutti, in ogni parte del mondo, e la pubblicità può raggiungere gli stati come il nostro dove questo tipo di pubblicità è vietato.

Infatti una ricerca effettuata da Malone e Bero (2000), ha esaminato l'accessibilità e il fascino esercitato sui giovani dai siti attraverso i quali si pubblicizzano e si



vendono i sigari. Tali siti si presentano come allettanti poiché offrono un prodotto a dei prezzi bassi e svariate modalità di pagamento. Pertanto la promozione sregolata di sigari via internet dimostra l'inesistenza di barriere alla vendita di tabacco nella rete.

Curioso notare poi che in alcuni siti hard (che su Internet godono di un buon successo commerciale) la sigaretta è divenuta un oggetto erotico nelle mani di donne che in abiti provocanti e posizioni sexy, ne aspirano il contenuto simulando un livello di eccitazione simile a quello di un rapporto sessuale. Il fumo è in tal

modo associato a stimoli visivi attraenti, come i simboli erotici. Concludiamo dicendo che questo excursus sul tema del fumo appare come il mitico personaggio steso sul letto di Procuste: a seconda dei casi è allungato a dismisura per rientrare nelle dimensioni della legalità o

accorciato brutalmente quando si tratta di farlo rientrare nell'invisibile rete pubblicitaria. Sembrerebbe che le dimensioni reali del fumo sfuggano agli occhi di numerosissimi spettatori.

Bibliografia

- 1) American Lung Association American. Thumbs Up! Thumps Up! Results on tobacco images in 1996 movies. Rapporto dell'American Lung Association 1997. Sito Internet: www.lungusa.org
- 2) Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K.. Some body-related attitudes in women smokers and non-smokers. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 1129-1131 .
- 3) Calati M. Tabacco e Internet. Osservatorio sul tabacco 2001; 4.
- 4) Caraffa G., Attardo S., Pacifici R., Zuccaio P. Fumo e televisione. Ricerca quantitativa sulla frequenza degli atti fumo in Tv: primi risultati. Rapporto dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità 2002. www.ossfad.iss.it
- 5) Charlton A., While D., Kelly S. (1997), Boys' smoking and cigarette-brand-sponsored motor racing. *Lancet*; 350: 1474.
- 6) Clark, E. M., Klesges, R. C., & Neimeyer, R. A. (1992). Attributions about sexual behavior, attractiveness, and health as a function of subjects' and targets' sex and smoking status. *Basic & Applied Social Psychology*, 13, 205-216 .
- 7) Distefan J., Gilpin E., et al. (1999), "Do movie stars encourage adolescents to start smoking? Evidence from California", *Preventive Medicine*, 28: 1-11.
- 8) Escamilla, G., Craddock, A. L., & Kawachi, I. (2000). Women and smoking in Hollywood movies: A content analysis. *American Journal*

of Public Health, 90, 412-414 .

9) Glantz, S. A. (2001). Smoking in teenagers and watching films showing smoking. *BMJ: British Medical Journal*, 323, 1378-1379 .

10) Hines, D., Saris R.N., Throckmorton-Belzer, L. (2000), "Cigarette smoking in popular films: Does it increase viewers' likelihood to smoke?", *J. Applied Social Psychology*, 30: 2246-2269.

11) Malone, R. E., & Bero, L. A. (2000). Cigars, youth, and the Internet link. *American Journal of Public Health*, 90, 790-792 .

12) McCool, J. P., Cameron, L. D., & Petrie, K. J. (2001). Adolescent perceptions of smoking imagery in film. *Social Science & Medicine*, 52, 1577-1587 .

13) Sargent, J., J. Tickle, et al. (2001), "Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes", *Lancet*, 357: 29-32.

14) Sargent, J.D., Beach, M. L., et al., "Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *Br. Med. J.*, 2001; 323:1394-7.

15) Sargent, J.D., Dalton, M.A., et al. (2002), "Viewing tobacco use in movies: Does it shape attitudes that mediate adolescent smoking?", *Am. J. Prev. Med.*, 22:137-145.

Siti Internet citati

www.sexysmoking.com
www.smokefreemovies.com
www.smokefreeworld.com/sports



www.ecm-sanita.it
— Educazione Continua in Medicina —

Educazione Continua in Medicina

www.ecm-sanita.it



HotMinds s.r.l. - Via Speranza 35 - 40068 San Lazzaro di Savena (Bo) Italia - Tel. 051 6271163 - Fax 051 6271399 - info@ecm-sanita.it

I rapporti tra fumo di tabacco e tubercolosi

The relationships between tobacco smoke and tuberculosis

Lucio Casali, Giulio Pinchi, Raffaele Cerbini

Riassunto

L'articolo di Gajalakshmi e coll. pubblicato su *Lancet* nell'agosto 2003 e relativo ad uno studio condotto in India ha posto in luce attraverso un'analisi metodologica rigorosa i rapporti tra l'abitudine al fumo di tabacco e la tubercolosi che comportano un rischio relativo di mortalità per questa malattia fino a 4.5 in ambito urbano e 4.3 in quello rurale. Si tratta di dati importanti e drammatici che fino ad ora non erano stati molto considerati.

Nuove indagini condotte in altre realtà socio-economiche sono necessarie per una più approfondita definizione del fenomeno.

Parole chiave: fumo di tabacco, tubercolosi.

Summary

The article of Gajalakshmi and others published on "The Lancet" on August 2003 regarding a study drawn in India pointed out, by a rigorous methodological analysis, the role of the complex relationship between tobacco smoke and mortality from tuberculosis. The relative risk of mortality in cigarette smokers affected by tuberculosis had been estimated to be 4.5 in urban environment and 4.3 in the rural one. These are important and dramatic data so far not properly evaluated.

New investigations in other socio-economic realities are necessary for a more profound clarification of the whole phenomenon.

Keywords: tobacco smoking, tuberculosis.

Introduzione

Nell'agosto 2003 *Lancet* ha pubblicato un lavoro frutto di una ricerca retrospettiva molto vasta condotta in India sui rapporti tra il fumo e la mortalità per tubercolosi ed altre malattie (1).

I risultati sono stati sicuramente interessanti e soprattutto per gran parte inediti, almeno per quanto riguarda la tubercolosi, ma prima di illustrarli e commentarli sia pure succintamente, è opportuno che ci si soffermi sul tipo di lavoro svolto.

Da un punto di vista metodologico si tratta di un'indagine "caso-controllo" che ha preso in esame le cause di morte di 43000 maschi adulti e di 35000 controlli suddividendo entrambe le casistiche secondo zone di provenienza urbane e rurali. I casi appartenevano al sesso maschile in quanto nella zona considerata (Madras, capitale dello Stato Tamil Nadu) l'abitudine al fumo era molto scarsa tra le donne. L'accuratezza del lavoro è stata garantita dalle interviste che i membri delle famiglie dei defunti hanno concesso ai

ricercatori per verificare e confermare le abitudini al fumo e le cause di morte in quanto erano state escluse le cause violente. I controlli per un totale di 35000 erano rappresentati dai familiari adulti (oltre i 25 anni) conviventi con una persona di sesso femminile venuta meno nello stesso periodo preso in esame.

Al termine dei vari controlli incrociati i ricercatori hanno dichiarato plausibili le cause di morte nel 95% dei maschi appartenenti all'ambiente urbano e allocati nella fascia di età compresa tra i 25 e i 69 anni mentre per età più avan-

Lucio Casali
Università degli Studi di Perugia. Chairman del gruppo tubercolosi della European Respiratory Society

Giulio Pinchi
Ospedale S. Maria
Terni

Raffaele Cerbini
Specialista in Medicina Interna
Perugia

zate la certezza era molto più sfumata. In ambito rurale la percentuale di certezza si abbassava fino all'83% per motivi facilmente intuibili. La correttezza metodologica veniva garantita da 5 supervisor e il 5% delle interviste era stato ripetuto allo scopo di assicurare un'ulteriore validazione.

Si è trattato pertanto di un lavoro capillare ma metodologicamente molto corretto a garanzia dell'attendibilità dei dati.

I risultati

Tralasciando quelli riguardanti altre malattie dell'apparato respiratorio, le cardiopatie e i tumori, si scopre che il rischio relativo di morire per tubercolosi era stato stimato di 4.5 per i fumatori, non solo, tra i 1840 morti per tuber-

rischio relativo è stato di 4.3 con una percentuale tra i fumatori del 73%. Le considerazioni riguardanti i malati di età avanzata evidenziano un rischio relativo di 3.4 a 75 anni in area urbana, mentre in area rurale il valore scendeva a 2.5.

Gli Autori riportano per confronto anche altri dati ricavati da uno studio di popolazione condotto nella stessa zona nel corso del quale era stata misurata la prevalenza della malattia in quanto tale ma non in quanto causa di morte.

In questa realtà si osserva che la tubercolosi aumentava con l'età fino a circa 60 anni e ciò era più evidente tra i fumatori rispetto ai non fumatori. Inoltre tra i 35 e i 69 anni la tubercolosi era più frequente tra i fumatori di sigarette e di "bidis" (0.2-0.3 g di tabacco avvolti in



colosi nella fascia di età tra 25 e 69 anni contenuti nel campione il 79% era rappresentato da fumatori ed inoltre trasferendo ai fumatori i tassi di mortalità dei non fumatori si è osservato che il 61% di questi decessi sarebbe stato evitabile. Tutto questo nell'area urbana.

In quella rurale come già si è sottolineato le correlazioni si fanno meno stringenti, tuttavia le notizie sembrano abbastanza precise per quanto riguarda le morti per tubercolosi, per le quali il

foglie di un'altra pianta) essendo correlata con il loro numero ($p < 0.002$).

Considerazioni aggiuntive

I dati sopra riportati pongono sotto gli occhi una realtà inequivocabile basata sui rapporti tra abitudine al fumo e sviluppo della malattia tubercolare che nel caso in questione viene valutata come causa di morte.

Affinché non si giunga a conclusioni indimostrabili di un rapporto causa-



Colonie di *Mycobacterium Tuberculosis* su terreno di coltura

effetto, occorre ricordare che il fumo non può essere considerato elemento necessario nella morte per tubercolosi dal momento che anche i non fumatori muoiono per la stessa malattia, ma neppure può essere causa sufficiente considerando che non tutti coloro che sono infettati dal bacillo della tubercolosi sviluppano la malattia e ne muoiono in quanto fumatori.

Un interrogativo logico tra gli esperti di fumo e di tubercolosi riguarda la possibilità che in passato si fossero tentati studi analoghi.

In effetti l'associazione tra questi due fattori era stata considerata soprattutto in anni non recenti: ad esempio Lowe (2) nel 1956 aveva notato all'interno di una casistica di malati di tubercolosi raccolta in Inghilterra una netta prevalenza dei fumatori nei due sessi che andava rafforzandosi con il numero di sigarette fumate. Circa 10 anni più tardi Adelstein e Remington (3) nel corso di uno studio longitudinale su oltre 76000 soggetti sottoposti a schermografia osservarono che il numero di casi di tubercolosi aumentava con il numero di sigarette fumate nei due sessi tanto che i tassi passavano da 0.53/1000 nei non fumatori di età superiore a 35 anni, a 1.19 nei fumatori di 1-9 sigarette/die fino ad arrivare a 4.25 quando si fossero superate le 20 sigarette giornaliere. L'ipotesi degli autori, piuttosto semplicistica, ma conforme ai tempi, era che il fumo, in

quanto espettorante, avrebbe favorito la mobilità dei bacilli dalle loro sedi sostenendo quindi la colonizzazione di nuovi territori.

Molto più recentemente uno studio spagnolo (4) avrebbe dimostrato un più facile passaggio dalla condizione di infezione a quella di malattia nei giovani contatti di forme bacillifere che fossero fumatori. Anche in Italia nel 1995 Migliori e coll. (5) nel corso di uno studio di sorveglianza sulle malattie tubercolari in provincia di Varese avevano rilevato che il fumo esercitava un'azione ai limiti della significatività ($p < 0.06$) per le forme polmonari, fatto questo che non veniva evidenziato dall'alcool. Anche in Romania dove la tubercolosi fa registrare tassi superiori a 100/100000 abitanti e dove l'abitudine al fumo di tabacco è ancora molto diffusa, si è osservato nel corso di uno studio trasversale che l'87.7% dei maschi e il 68.2% delle femmine con malattia tubercolare erano fumatori (6), percentuali queste nettamente superiori a quelle dei fumatori tra la popolazione generale.

In modo più ampio si può anche aggiungere che si è rilevata un'associazione positiva tra reattività tubercolinica e fumo di sigaretta e tra fumo passivo e malattia tubercolare (7).

Un altro punto importante, che potrebbe fungere da fattore di confondimento, è rappresentato dall'associazione tra fumo e alcool considerando che da sempre l'abuso di alcool è stato associato alla tubercolosi. È certamente difficile separare il ruolo dei due fattori, tuttavia si può dire che l'alcool è generalmente più presente come abitudine favorente e il fumo di sigaretta è certamente associato all'abuso di alcool (8-9).

Commento

Studi come quello analizzato si possono considerare di importanza notevole non solamente sotto il profilo epidemiologico in quanto, da queste basi, è possibile giungere a delineare e ad approfondire un rapporto patogenetico tra agente eziologico ed ospite in relazione alla coesistenza di fattori come il fumo di tabacco in grado di svolgere azioni ad ampio raggio e soprattutto molto radi-



cato nella nostra società.

Si può infatti ricordare innanzitutto che il fumo in varia misura favorisce forme virali quali influenza e raffreddore, ma anche patologie batteriche quali le polmoniti e per l'appunto la tubercolosi oltre ad essere implicato come fattore causale nelle neoplasie. Esso svolge anche ruoli più marginali nella genesi del pneumotorace spontaneo, nell'interessamento polmonare in corso di artrite reumatoide, nelle bronchioliti ed in altro ancora (10).

Oltre a ciò numerose evidenze recenti, e meno recenti hanno

puntualizzato il ruolo del fumo nell'alterazione dell'equilibrio immunitario del polmone valutando non solo i danni sull'organo di scambio, ma anche su funzioni provviste di riflessi di ordine generale. Basti pensare all'alterazione dell'equilibrio dei rapporti tra linfociti CD4 e CD8 nel BAL, all'aumento di polimorfonucleati e macrofagi nello

spazio alveolare (11), alle modificazioni morfologiche dei macrofagi che assumono irregolarità di forma ed aumento delle dimensioni (12). L'alterazione dell'equilibrio tra le varie linee linfocitarie è rappresentato anche da una riduzione funzionale dei natural killers (13).

Naturalmente è appena il caso di ricordare l'aumento del carico ossidante apportato dal fumo stesso e rilasciato dal processo di fagocitosi, così come la profonda alterazione della motilità ciliare con danni anche permanenti alle cellule di superficie.

In ultima analisi si ritiene che una delle nuove direttrici di ricerca nell'ambito della tubercolosi dovrebbe riguardare proprio i rapporti tra fumo e tubercolosi approfondendoli in quei Paesi dove la tubercolosi ha cessato di essere endemica. Può essere infatti più facile osservare certi fenomeni in India e molto meno altrove dove vi possono essere interferenze diverse da parte di altri fattori e dove le classi sociali con le loro abitudini radicate possono favorire aspetti differenti.

Tutto questo potrebbe contribuire a fare chiarezza sia nel campo della tubercolosi, sia in quello dell'abitudine al fumo, fermo restando che i dati sopra riferiti identificano una realtà che deve essere aggiunta a tutte le altre poco nobili di cui il fumo si deve assumere la paternità.

Bibliografia

- 1) Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka TS, Jha P. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003; 362: 507-515.
- 2) Lowe CR. An association between smoking and respiratory tuberculosis. *Br Med J*, 1956; 12: 1081-1086.
- 3) Adelstein AM, Remington J. Smoking and pulmonary tuberculosis: an analysis based on a study of volunteers for mass miniature radiography. *Tubercle*, 1967; 48: 219-226.
- 4) Alcaide J, Altet MN, Plans P, et al. Cigarette smoking as a risk factor for tuberculosis in young adults: a case-control study. *Tuber Lung Dis*, 1996; 77: 112-116.
- 5) Migliori GB, Spanevello A, Ballardini L, et al. Validation of the surveillance system for new cases of tuberculosis in a province of northern Italy. Varese Tuberculosis Study Group. *Eur Respir J*, 1995; 8: 1252-1258.
- 6) Mihaltnan F, Defta D, Tabacu E. A profile of the smoker with pulmonary tuberculosis. *Pneumoftiziologia*, 1995; 44: 33-36.

moftiziologia, 1995: 44: 33-36.

7) Maurya V, Vijayan VK, Shah A. Smoking and tuberculosis: an association overlooked. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2002; 6: 942-951.

8) Brown KE, Campbell AH. Tobacco, alcohol and tuberculosis. *J Dis Chest*, 1961; 55: 155-158.

9) Lewis JG Chamberlain DA. Alcohol consumption and smoking habits in male patients with pulmonary tuberculosis. *Br J Prev Soc Med*, 1963; 17: 149-152.

10) Murin S, Bilello KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med*, 2000; 21: 121-137.

11) The BAL Cooperative Group Steering Committee. Bronchoalveolar lavage constituents in healthy individuals, idiopathic pulmonary fibrosis, and selected comparison groups. *Am Rev Respir Dis*, 1990; 141: 5169-202.

12) Hocking WG, Golde DW. The pulmonary-alveolar macrophage (first of two parts). *N Engl J Med*, 1979; 301: 580-587.

13) Park CS, Oliver LC, Renzi PM. Natural killer activity in smokers: characterization of the defect and the response to biological modifiers. *Am Rev Resp Dis*, 1987; 135: 154A.

Abstract & Commentary

le ultime dalla ricerca



A cura di C. Chiamulera, G. Forza, G. Invernizzi

Rapporto sui danni da fumo nei riguardi della salute riproduttiva e infantile

Tanith Muller, British Medical Association, Febbraio 2004

Un nuovo rapporto sui danni da fumo nei riguardi della salute riproduttiva e infantile è stato pubblicato l'11 febbraio 2004 dalla British Medical Association (BMA). Il rapporto, il primo del suo genere, è opera della collaborazione tra il Comitato Scientifico del BMA e il Tobacco Control Resource Centre (TCRC).

In particolare si stima che, nel Regno Unito, il fumo di tabacco sia responsabile, da solo di:

- 120.000 casi di impotenza nei maschi di età tra i 30 e i 50 anni;
- 1.200 casi di cancro del collo dell'utero, ogni anno;
- 3.000-5.000 casi di aborto, ogni anno.

Inoltre:

- nelle fumatrici la gravidanza si instaura dopo più tentativi rispetto alle non fumatrici, in quanto le possibilità di fecondazione dell'uovo sono ridotte del 40%;
- uomini e donne hanno risultati inferiori in caso di trattamenti per fecondazione assistita.

Nel rapporto si afferma che il fumo arreca danni alla salute sessuale e riproduttiva di uomini e donne, che riguardano l'intera vita riproduttiva – dalla pubertà, alla prima e tarda età adulta. Il fumo può arrivare a impedire di avere una famiglia, e quello in particolare dei genitori può causare serie conseguenze sulla salute a lungo termine dei figli. L'esposizione al fumo passivo costituisce un rischio durante la gravidanza, e danneggia neonati e bambini.

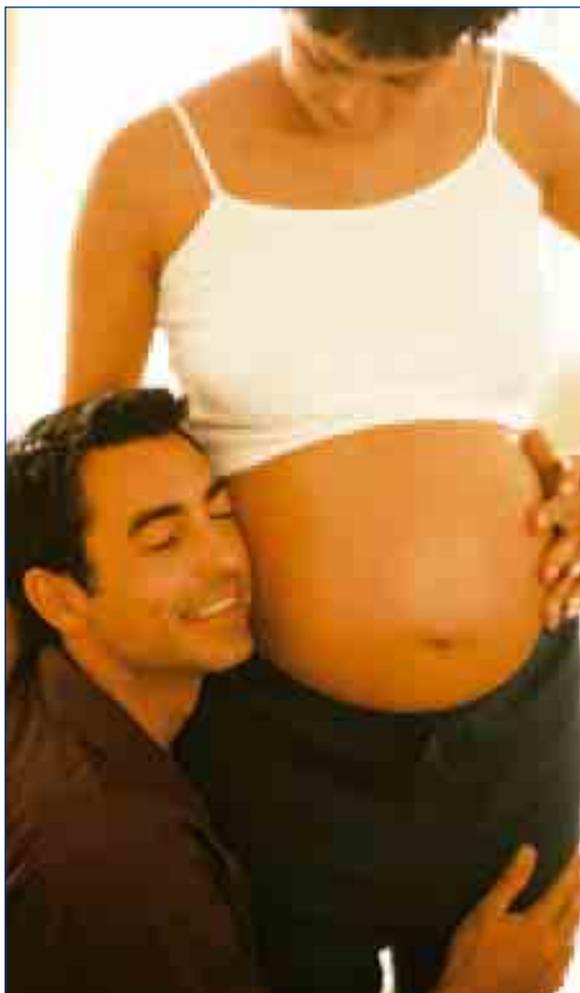
Il fumo in gravidanza aumenta di tre volte il rischio di avere bambini sottopeso, e ciò è legato a maggior morbidità e mortalità infantile. Aumenta poi il rischio di aborto e parto prematuro, e quindi di morte intrauterina e neonatale.

Si riferisce inoltre di nuove prove riguardo ai rischi di alcune malconformazioni fetali, quali labbroleporino e palatoschisi. Anche l'allattamento è compromesso dal fumo, in quanto la quantità e qualità del latte sono alterate.

Per quanto riguarda gli effetti del fumo passivo sui bambini, ricordiamo la morte improvvisa in culla (SIDS), infezioni respiratorie e asma bronchiale.

Secondo la dott.ssa Vivienne Nathanson, responsabile per Scienza ed Etica del BMA, le donne sanno che non dovrebbero fumare in gravidanza, ma il messaggio dovrebbe esser molto più forte. Le persone che programmano una





gravidanza dovrebbero smettere di fumare. Inoltre le donne dovrebbero farlo per proteggersi dal cancro del collo dell'utero e gli uomini per continuare ad avere una normale attività sessuale, visto che è provata la responsabilità del fumo nell'impotenza.

Il supporto di familiari e amici è importante per il successo della fumatrice, ma, mentre 1 donna su tre smette in gravidanza, solo 1 partner su 20 riesce a rinunciare all'abitudine tabagica. Il ruolo maschile nella coppia è quindi molto importante, per migliorare la propria salute riproduttiva, aiutare la propria partner e proteggere i propri figli.

Nel rapporto si leggono una serie di raccomandazioni:

- Le donne gravide che non si possono sottrarre all'effetto del fumo passivo sul luogo di lavoro dovrebbero avere diritto al congedo per tutta la durata della gravidanza, senza riduzione

di salario (direttiva EU 92/85/EEC).

- Immagini riguardanti i danni alla salute, con riferimento a quelli sulla riproduzione, dovrebbero essere presenti sui prodotti contenenti tabacco.

- Forte preoccupazione provoca la promozione del tabacco tramite i modelli cui fanno riferimento i giovani: in particolare i messaggi veicolati da film e TV, avvenimenti sportivi e di moda, ecc. I personaggi mediatici, editori, produttori e celebrità non dovrebbero promuovere o far apparire affascinante il fumo di tabacco.

- I governi, per ridurre la prevalenza dei fumatori, dovrebbero sviluppare programmi più ambiziosi, e introdurre norme legislative per rendere smoke-free i luoghi pubblici. Questo tipo di politica è particolarmente importante nei riguardi delle classi sociali

disagiate, in quanto il fumo di tabacco è un fattore chiave nel campo delle ineguaglianze di salute e ricchezza.

I costi legati al fumo per quanto riguarda la salute riproduttiva non sono noti: si stima però che quelli sostenuti in generale dal Sistema Sanitario Nazionale per le malattie fumo-correlate siano di 1 miliardo di sterline l'anno.

Aumentano le spese sanitarie per l'ospedalizzazione di bambini a causa del fumo passivo (17.000 ricoveri l'anno di bambini al di sotto dei 5 anni), e si calcola che il costo complessivo per l'esposizione al fumo infantile ammonti a 167 milioni annui, ai prezzi del 1997.

Sinead Jones, direttore del TCRC e autore del rapporto afferma: **"Il fumo di tabacco ha profonde ripercussioni su ogni aspetto della vita riproduttiva. Influisce non solo sulla propria salute, ma anche su quella dei propri cari. Si tratta di una eredità che va oltre l'attuale generazione, e che lasciamo alla prossima"**.

Chi, come me, si interessa per propria formazione culturale e professionale di danni fumo-correlati in ostetricia e ginecologia, non troverà nello studio della BMA novità eclatanti. Gli effetti negativi del tabagismo sulla salute riproduttiva e sessuale di uomini e donne sono segnalati da tempo. Purtroppo anche i danni sul neonato e sul bambino convivente con fumatori sono ben noti, dalla SIDS (fino a 4 volte più frequente nei neonati di gravide fumatrici), all'asma bronchiale (il 15% dei casi è dovuto a genitori fumatori), ai tumori infantili, ecc..

Per chi invece non è un esperto del problema, questo lavoro è molto interessante perché affronta una problematica suggestiva, in quanto investe problemi socio-sanitari complessi come la capacità riproduttiva o come il diritto alla salute dei minori, che ha risvolti etici profondi.

Molto interessante è il fatto che questa rassegna, che conferma in pratica quanto già si sapeva o si sospettava, sia opera dell'Associazione Medica Britannica, e che quindi abbia un crisma scientifico-etico tutto particolare. Nel Regno Unito, la consapevolezza del problema tabagismo nei medici è antica, in quanto le prime ricerche sui danni da fumo furono fatte proprio, attorno agli anni cinquanta su medici fumatori. Da allora, come conseguenza, la prevalenza di tabagismo nei medici è andata gradualmente e regolarmente decrescendo fino a diventare attualmente irrilevante. E sui medici la società e le organizzazioni sanitarie possono contare, nei programmi di contenimento del consumo del tabacco, in quanto, oltre a conoscere il problema, sono credibili.

Nel nostro paese al contrario, dove la prevalenza di fumatori è maggiore nella classe medica che nella popolazione generale, la figura del medico non è sempre un punto di riferimento positivo per i fumatori, che anzi possono trovare in lui una giustificazione in più nel non voler prendere coscienza della propria patologia, condizione indispensabile per affrontarla e magari risolverla.

Paradossalmente, il medico può quindi rappresentare per l'operatore antitabagismo non un prezioso alleato, ma un subdolo ostacolo.

Domenico Enea, specialista in Ginecologia e Ostetricia, responsabile del Centro Policlinico senza fumo - Policlinico Umberto I°, Roma)

Sigarette al mentolo: non si rischia di meno per il cancro bronchiale

Daniel R. Brooks, Julie R. Palmer, Brian L. Strom, Lynn Rosenberg. Menthol cigarettes and risk of lung cancer. *Ann. J. Epidemiol.* 2003; 158:609-616.

Gli Autori della Boston University e della University of Pennsylvania riportano uno studio caso-controllo intrapreso allo scopo di dimostrare che le sigarette al mentolo non sono meno nocive delle altre in relazione al rischio di cancro bronchiale primitivo. Il numero dei casi si componeva di malati affetti da questo tipo di tumore, tutti fumatori di sigarette al mentolo da almeno 20 anni.

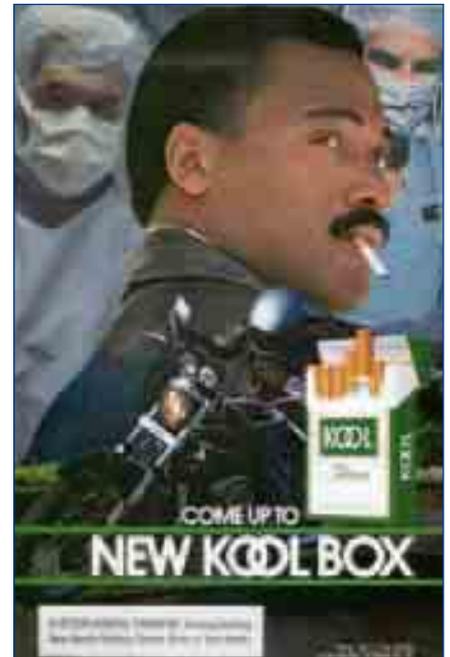
Gli accertamenti furono eseguiti sui 643 casi su 4.410 controlli per i quali l'informazione relativa alla marca di sigarette utilizzata (al mentolo) era accertata relativamente ad almeno il 60% della durata della loro vita di fumatori. È stato stimato il rischio relativo di cancro bronchiale in funzione della durata di esposizione alle sigarette mentolate (0, tra 1 e 15, più di 15, anni di esposizione) dopo aggiustamento secondo i parametri demografici legati al tabagismo.

Il rischio di cancro nei fumatori esposti da lunga data alle sigarette al mentolo è simile a quello degli altri fumatori consumatori di sigarette non mentolate (OR 0,97; IC 95% 0,70-1,34). Le odds ratio si sono rivelate vicino all'unità in tutte le analisi distinte per sesso e razza. I risultati di questo studio dimostrano che le sigarette al mentolo sembrano avere lo stesso potere cancerogeno di quelle non mentolate. Esse non fanno peggio ma non sono migliori e ciò tende a dimostrare che nessuna sigaretta è innocua.

(Vincenzo Zagà)

[http://aje.oupjournals.org/\[...\]t/abstract/158/7/609](http://aje.oupjournals.org/[...]t/abstract/158/7/609)

[http://aje.oupjournals.org/\[...\]ntent/full/158/7/617](http://aje.oupjournals.org/[...]ntent/full/158/7/617)



L'efficacia a lungo termine dei cerotti alla nicotina non raggiunge il suo scopo

Yudkin P, Hey K, Sarah Roberts, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised trial of nicotine patch. *Br Med J* 2003; 327: 28-29.

L'utilizzo di nicotina, sotto forma di gomma da masticare o di cerotto, rende più semplice lo svezzamento tabagico a breve termine (poche settimane o mesi). A distanza di un anno, i risultati rimangono significativi, ma sono già relativamente deludenti. Cosa succede in un intervallo più lungo?

Per capirlo, Patricia Yudkin e i collaboratori di Oxford hanno contattato, per posta e per telefono, i partecipanti ad un test randomizzato alla cieca, condotto fra il 1991 e il 1992, il quale metteva a confronto un cerotto alla nicotina ed un cerotto placebo.

1686 soggetti partecipavano a questo test. A distanza di un anno, l'11,2 % dei soggetti del gruppo cerotto avevano

smesso di fumare contro il 7,7 % dei soggetti del gruppo placebo (differenza significativa). Dopo 8,3 anni, 840 soggetti hanno accettato di rispondere ad un nuovo questionario e di sottoporsi a un dosaggio di cotinina plasmatica. Fra questi 840 soggetti, 153 avevano smesso di fumare dopo un anno (13,2 %) e 83 erano ancora astinenti dopo 8 anni (5%). Il tasso di ricaduta fra il 1° e l'8° anno non è significativamente diverso fra il gruppo placebo e il gruppo cerotto.

Malgrado le imperfezioni, dovute al gran numero di persone che si sono perse di vista, questo studio rivela un tasso di svezzamento estremamente basso dopo 8 anni, che in realtà deve essere inferiore



a quel 5% misurato nei partecipanti, e che non sembra essere superiore nei soggetti che avevano beneficiato del cerotto.

Questo studio conferma i risultati di altri lavori, che dimostrano che i candidati allo svezzamento dal fumo hanno bisogno di un aiuto continuo e integrato nel tempo. Pertanto se da un lato è urgente ricercare nuovi metodi (farmacologici o meno) di supporto allo svezzamento tabagico, dall'altro il sostegno e l'appoggio di un professionista della salute sembrano in effetti determinanti per aumentare le chances di successo.

(Vincenzo Zagà, Michela Perito)

Donne e tabacco

Mackaj J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology*, June 2003; 8: 123-130.

Nonostante in molti Paesi la diffusione del fumo sia minore tra le donne che tra gli uomini, ci sono nel mondo circa 200 milioni di donne che fumano e, in aggiunta, altri milioni di donne che masticano il tabacco.

Approssimativamente fuma il 22% delle donne nei Paesi sviluppati ed il 9% delle donne nei Paesi in via di sviluppo. Siccome la maggior parte delle donne vive in Paesi sviluppati, il numero delle donne fumatrici in suddetti Paesi è maggiore.

A meno che non vengano realizzate delle iniziative esaurienti per ridurre l'incidenza del fumo tra le giovani e incrementare la bassa percentuale di disassuefazione dal tabacco tra le donne, probabilmente il numero delle fumatrici nei Paesi sviluppati ed in quelli in via di sviluppo sarà aumentato del 20% nel 2025. Questo significa che nel 2025 potrebbero esserci 532 milioni di donne fumatrici.

Anche se in futuro il livello di diffusione non aumenterà, il numero delle donne che fumano crescerà in ogni caso perché è previsto che la popolazione femminile passerà dagli attuali 3,1 miliardi a 4,2 miliardi nel 2025. Così, mentre tra gli uomini l'epidemia dell'uso del tabacco è in lento ribasso, l'epidemia tra le donne non oltrepasserà il suo picco massimo, ed inizierà a calare, nel ventunesimo secolo. Tutto ciò avrà delle ripercussioni enormi non solo sulla salute e sul benessere economico delle singole donne ma anche sulle loro famiglie.

Gli effetti nocivi del fumo sulla salute delle donne sono più seri di quelli per il sesso maschile perché, in aggiunta ai problemi che riguardano entrambi i sessi, le donne affrontano rischi addizionali durante la gravidanza, sono soggette al cancro della cervice, e maggiormente esposte al fumo passivo.

In Asia, nonostante vi siano generalmente livelli più bassi di uso del tabacco tra le donne, il fumo tra ragazze è già in aumento in determinate zone. Il potere d'acquisto delle ragazze e delle donne sta crescendo e di conseguenza



le sigarette stanno diventando più accessibili. Le costrizioni sociali e culturali che precedentemente impedivano a molte donne di fumare si sono affievolite; inoltre, i programmi specifici per le donne di educazione alla salute e di disassuefazione dal fumo sono insufficienti. Tra l'altro l'evidenza dei fatti dimostra che le donne trovano più difficile smettere di fumare.

Le Compagnie del tabacco stanno prendendo di mira le donne attraverso campagne pubblicitarie di sigarette leggere, morbide e al mentolo ed introducono un tipo di pubblicità accattivante e mirato soprattutto ad un pubblico femminile. La più grande sfida e la più grande opportunità per la prevenzione primaria della salute in Asia e nelle altre zone in via di sviluppo è di evitare il predetto aumento del fumo tra le donne.

(Christian Chiamulera)

Bupropione e sonnambulismo

Khazaal Y, Krenz S, Zullino DF. Bupropion-induced somnambulism, *Addict Biol.* 2003, 8:359-62.

Mentre ci sono alcuni casi di sogni vividi ed incubi notturni da bupropione, fino ad oggi il suo effetto non è stato associato con il sonnambulismo. Viene riportato il caso di un paziente trattato con bupropione per la disassuefazione dal fumo, il quale riportava sonnambulismo durante l'astinenza da nicotina. Inoltre, gli episodi di deambulazione notturna erano associati a comportamento alimentare. Tutti gli episodi erano associati ad amnesia. Considerando che bupropione è un farmaco sia dopaminergico che noradrenergico, e che l'astinenza da nicotina è associata ad alterazioni delle funzioni di questi sistemi neurotrasmettitoriali, gli Autori ipotizzano una interazione a questo livello come possibile meccanismo del sonnambulismo. Tuttavia è spesso difficile scindere gli effetti dovuti all'astinenza dal tabacco con gli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici per smettere di fumare.

(Christian Chiamulera)

Un modo per limitare... i danni Antiossidanti nella terapia oncologica

Lamson DW, Brignall MS. Antioxidants in Cancer Therapy; their actions with oncologic therapies. *Alt Med Rev* 1999; 4 (5): 304-29.

Gli antiossidanti hanno la capacità di ridurre la genesi di radicali liberi ossidanti generati in corso di radio e chemioterapia, diminuendo così l'efficacia della terapia stessa. Il quesito che ha dato l'incipit a questa review è quindi se la somministrazione orale di antiossidanti è o meno controindicata durante la terapia antitumorale. Le evidenze raccolte e riportate dimostrano che gli antiossidanti esogeni producono effetti benefici in presenza di vari tumori e, ad eccezione di pochi specifici casi, gli studi sugli animali e sugli uomini hanno dimostrato che la somministrazione contemporanea di antiossidanti non riduce intanto l'efficacia dei chemioterapici e dell'irradiazione. Nei fatti poi, se consideriamo anche i recenti dati disponibili, possiamo vedere che gli antiossidanti incrementano l'efficacia di molti farmaci antitumorali e diminuiscono gli effetti sfavorevoli delle terapie oncologiche convenzionali.

(Vincenzo Zagà)

Ricaduta tabagica: sdrammatizzare e ridare fiducia

Aubin HJ, Meunier N. La rechute tabagique. Un échec ou un apprentissage nécessaire? *Alcoologie et Addictologie* 2002; 24(4):370-1.

Meno del 5% dei tentativi per smettere di fumare senza aiuto medico portano ad una astinenza superiore ad 1 anno. Se i tassi di successo sono approssimativamente doppi o tripli con i trattamenti specifici disponibili, la ricaduta resta sempre un possibile esito del tentativo intrapreso. Comunque ogni tentativo di smettere, compresa l'eventuale ricaduta, è ricco di insegnamenti che saranno utilmente sfruttati consciamente o inconsciamente nei successivi tentativi. L'acquisizione di strategie efficaci, l'analisi dei meccanismi che hanno portato alla ricaduta, la ricerca di strategie alternative sono altrettanti elementi che possono rassicurare il paziente. Il ruolo del terapeuta è dunque quello di sdrammatizzare la ricaduta e ridare fiducia al fumatore mettendo in luce le "acquisizioni" dell'esperienza.

(Vincenzo Zagà)

Passare alle sigarette "leggere" non riduce il rischio di cancro polmonare

Harris JE, Thun MJ, Mondul AM. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ* 2004;328:72.

I medici dovrebbero informare i loro pazienti fumatori che, se scelgono, per ridurre i danni, sigarette a contenuto di catrame basso piuttosto che medio, il rischio di cancro ai polmoni rimane lo



stesso. Lo dimostra uno studio effettuato negli Stati Uniti da ricercatori del Massachusetts Institute of Technology e dall'American Cancer Institute. I risultati sono

esposti in un articolo del British Medical Journal. I ricercatori hanno studiato più di 940.000 soggetti per sei anni; un quarto di questi erano fumatori. I dati sono stati aggiuntati per sesso, età, razza, condizioni socio-culturali, dieta e vitamine, esposizione all'amianto e, ovviamente, quantità giornaliera di sigarette ed inizio e durata della loro abitudine al fumo. L'associazione fra contenuto di catrame della sigaretta e rischio di morte per cancro ai polmoni è stata valutata attraverso un'analisi multivariata. È risultato che i fumatori di sigarette ad alto contenuto di catrame (oltre 22 mg), che sono comunque una minoranza, sono esposti a un rischio più elevato, rispetto ai fumatori a medio, basso e bassissimo contenuto di catrame. Esaminando invece l'incidenza di cancro ai polmoni nei fumatori di sigarette a medio, basso e bassissimo contenuto di catrame, non è stata rilevata alcuna differenza sostanziale fra questi tre gruppi. Tutti i fumatori si espongono a un rischio molto più elevato rispetto a coloro che non fumano o hanno smesso prima dei 35 anni. In conclusione, non c'è alcun vantaggio nel fumare sigarette a basso e bassissimo contenuto di catrame, rispetto a quelle di contenuto medio, riguardo alla prevenzione del cancro ai polmoni: l'unica vera prevenzione è non fumare.

(Vincenzo Zagà)

Tabac M@il

lettere a tabaccologia



A cura della redazione di Tabaccologia

Scienza, arte, artigianato

Un confronto sulle esperienze e l'aneddotica dello smettere di fumare

Carissimi,

eccomi rientrato dagli US dove ho avuto modo di presentare alla Society for Neuroscience, durante la sessione dedicata a "Addiction Nicotine", la mia proposta che vi avevo anticipato mesi fa riguardo il fenomeno della "cue reactivity" come esemplare del ruolo dell'ambiente nel tabagismo (ed a cui ho dedicato l'editoriale sul terzo numero di Tabaccologia). Questa ipotesi non elimina la nicotina dal tabagismo, ma ne propone un ruolo diverso rispetto a quello tradizionale, non più di unica responsabile ma di complemento al ruolo giocato dagli stimoli ambientali legati al fumare. A supporto ho portato tutta una serie di dati sperimentali biologici, comportamentali e psicologici. Il feedback positivo ottenuto dai colleghi neuroscienziati mi permetterà adesso di completare una review da pubblicare su una rivista del settore.

Il modello così proposto (a proposito...l'ho introdotto anche a nome della Italian Society of Tobaccology!) ha suscitato interesse e discussione anche perché non è una "teoria rivoluzionaria" ma una "modello di implementazione". Cosa vuol dire? E qui mi collego alla polemica che sostiene John Polito da mesi nel newsgroup Globalink. Personalmente non sono d'accordo a questo violento attacco contro gli NRT per tutta una serie di motivi.

- Innanzitutto, i sostenitori stessi (passati e presenti) del NRT continuano a rimarcare per iscritto ed a voce la limitata efficacia di questa terapia. I sostenitori "duri" del NRT (che la considerano la pillola magica) esistono ancora ma sono sempre meno. Tutti, esperti e linee guida, raccomandano ormai dovunque che solo la terapia integrata farmaci+psicosociale ha le maggiori probabilità di successo.
- È un problema di marketing? Le aziende di NRT stesse raccomandano l'uso concomitante con gli altri interventi.
- Il fatto è che anche se poco gli NRT funzionano, esistono numerosi studi validati con dati significativi. La pratica dimostra che in alcuni fumatori possono aiutare la disassuefazione.
- Che vantaggio si ottiene a scatenare la guerra al NRT? Più rimedi validati abbiamo meglio è. È una scelta pragmatica. È preferibile spendere soldi (pubblici e non) a utilizzare qualcosa che funziona poco ma quel poco è ampiamente dimostrato, piuttosto che spendere soldi per rimedi dall'efficacia mai dimostrata o dimostrata male.
- Sicuramente è fondamentale continuare a studiare nuovi approcci sia dal punto di vista teorico che pratico. Bisogna sicuramente far cambiare idea agli ultimi sostenitori "duri" del NRT. Non credo all'utilità PRATICA delle rivoluzioni ma credo fermamente alla continua, imperterrita, implementazione e miglioramento dell'esistente.

Pur avendo un background da riduzionista molecolare, sapete come il mio pensiero è sempre anti-semplicista per quanto riguarda il tabagismo. Ritengo tuttavia che la complessità vada affrontata con pragmatismo, attaccandola da più lati possibile, senza perdere la visione d'insieme.

Saluti,

Christian Chiamulera

(Farmacologo ricercatore, SNRT, Università di Verona)

RISPOSTA

Caro Christian,

Ti ringrazio per il tuo prezioso contributo attraverso questa analisi curata del problema. Credo che qui non vi sia nulla da rivoluzionare perché non vi sono proposte innovative rispetto a ciò che conosciamo. Quando la LILT varò il "suo" (anche mio) metodo escludeva in modo categorico l'uso di farmaci e di NRT e lo ostentava, al pari della Lega Vita e Salute in cui ho militato in gioventù, quasi fosse un vanto. Poi arrivarono i sostenitori dell'approccio individuale e dell'uso di NRT, con il sistematico consistente supporto dei produttori, che proprio per questo ebbero maggiore attenzione. Il problema sta nella

visione d'insieme e di una formazione che ponga finalmente il focus sull'operatore e non sul metodo. Teniamo pure presente che non sono e non saranno solo i medici a trattare la terapia del Tabagismo. I processi di cambiamento si curano entrando nel clima della complessità del rapporto tra persona e oggetto.

La tua visione d'insieme e la tua proposta mi sembrano del tutto equilibrate.

In bocca al lupo.

Giacomo Mangiaracina (Direttore Tabaccologia-Roma)

Gentili colleghi, vorrei sottoporre alla vostra riflessione, e quindi avere un confronto di esperienze o informazioni, su prodotti ad azione "avversativa" rispetto al fumo. Ho personalmente sperimentato un collutorio che rende il "sapore" del fumo quasi insopportabile (molto amaro, con un gusto molto accentuato di "mozzicone" finale di sigaretta). Oltre al sotto-

scritto anche un amico fumatore incallito ha provato il collutorio e ha sperimentato che l'effetto sul gusto perdura per alcune ore. Siete a conoscenza di prodotti analoghi? La persona che me lo ha proposto non mi ha rivelato il contenuto del collutorio (sta pensando di brevettarlo...) ma mi ha detto che la DL50 della sostanza è di 50 mg e che veniva utilizzata in concentrazione bas-

sissima. Sono sopravvissuto all'esperimento (!) anche se devo dire che per qualche ora ho notato un aumento della salivazione ed un lieve effetto "anestetico" a livello delle mucose (simile a quello dopo un lungo risciacquo con un collutorio).

Un cordiale saluto.

Stefano Vianello (Padova)

RISPOSTA

Ritengo che la nostra attenzione debba essere sempre alta nei confronti di qualsiasi cosa aiuti il fumatore. La multifattorialità della dipendenza lascia spazio a strategie diverse, che non escludono interventi pratici, avversativi, gestuali. Un pò di aneddotica. Molti miei pazienti usano tenere in bocca legnetti di liquirizia, che masticano ogni tanto e da cui traggono il caratteristico aroma. La liquirizia, a meno di usare l'estratto secco in dose di alcuni grammi, non ha effetti collaterali importanti e dai legnetti alla fine si estrae ben poco principio attivo (acido glicirretico), che è quello incriminato per l'effetto mineralcorticoide. Qualche decennio fa si proponeva il nitrato d'argento (l'ho usato in qualche gruppo nel lontano '86), la radice di genziana o di dulcamara. Tra le curiosità, in un gruppo che ho condotto un paio d'anni fa, un paziente "scoprì" la cannella, sotto forma di cilindretto tagliato. Nel volgere di 48 ore tutti i compagni di disassuefazione si erano dotati di questi strani "sigari" da tenere in bocca. Senza nulla togliere alla terapia nicotinic, i cui vantaggi sono ormai accertati, un altro paziente recentemente ha riferito di usare il bocchino dell'inhaler solo per stringerlo tra i denti. Lo aiutava l'effetto del rosicchiare qualcosa: le cartucce venivano lasciate intatte nella confezione. Ci sono, infine, in commercio bocchini da cui si aspirano innocui aromi (al caffè, alla vaniglia, alla menta). Mi sono fatto un'idea sul senso di questa gestualità orale, che si aggiunge alle spiegazioni della psicanalisi. Tenere impegnati i muscoli della bocca credo che sia la grande scoperta che ha fatto funzionare la gomma da masticare come elemento ricreativo in quanto permette di tenere attivata gran parte della corteccia motoria e probabilmente di scaricare la tensione nervosa in momenti particolari. Naturalmente deve restare ferma la distinzione tra terapie validate e "piccoli trucchi". Armamentario artigianale da personalizzare che però nella borsa del medico può essere molto utile.

Biagio Tinghino (Co-caporedattore Tabaccologia - Monza)

NARGHILÉ

SECOLO XIX: DEFINIZIONE DELLA PAROLA TABACCO



Tabacco: la parola tabacco deriva da "Tabaco", nome di una città delle Americhe dove gli Spagnoli si sono imbattuti per la prima volta in questa pianta.; quello di "Nicotiana" viene da Nicot, ambasciatore francese in Portogalo nel 1560, al quale si deve la conoscenza del tabacco (...). Nella terapeutica si mette a profitto l'azione irritante del tabacco. Si fa su certi tumori indolenti con delle lozioni e fomentazioni con decotto di tabacco. Il tabacco in polvere oppure incorporato in un corpo grasso, e' stato usato per distruggere il pus della testa e del pube, ma il suo uso, spesso, è stato seguito da incidenti. Delle volte lo si è usato in clistere per combattere la costipazione risultante da una paralisi dell'intestino; per rimediare a questo disturbo spesso il fumo di tabacco veniva introdotto nel ret-

to. Quest'ultimo metodo è stato usato con successo anche contro l'asfissia.

Se si pensa di dover somministrare il tabacco per via enterica come purgante non si dovrà dare più di 1/4 o 1/2 dose alla volta come decotto in molte volte durante le 24 ore. Il dosaggio della polvere è pari a 1-2 o più chicchi di grano.

A forti dosi diventa un veleno narcotico-acre molto violento che produce allo stesso tempo l'infiammazione del tubo intestinale, stato stuporoso, tremori, vertigine, ect.; anche utilizzato come lozione può determinare gravi incidenti e morte.

Definizione della parola tabacco così come appare alla pagina 913 del Dizionario di medicina, chirurgia, farmacia, delle scienze e dell'arte veterinaria di P.Nysten, 8° edizione di M. Bricheateau, O. Henry e J. Briand, Editore J. S. Chaudé, Paris 1841.



Nicotiana glauca



homepage

CAMPAGNA 2004 DI ADESIONE ALLA SITAB

Carissimi, Dicembre del 1999 sembra una data lontanissima, quando con Zagà, Nardini, Sabato, Enea, Carrozzì, e Bertolletti, in via Appia Nuova, a Roma, fondammo la SITAB. Sono passati appena tre anni e ci sembrano un periodo lunghissimo. È stato in verità un periodo di incessante lavoro, portato avanti con passione dai pochi aderenti, ma fortemente produttivo, e nella assoluta certezza di avere dato al patrimonio scientifico italiano un rilevante contributo.

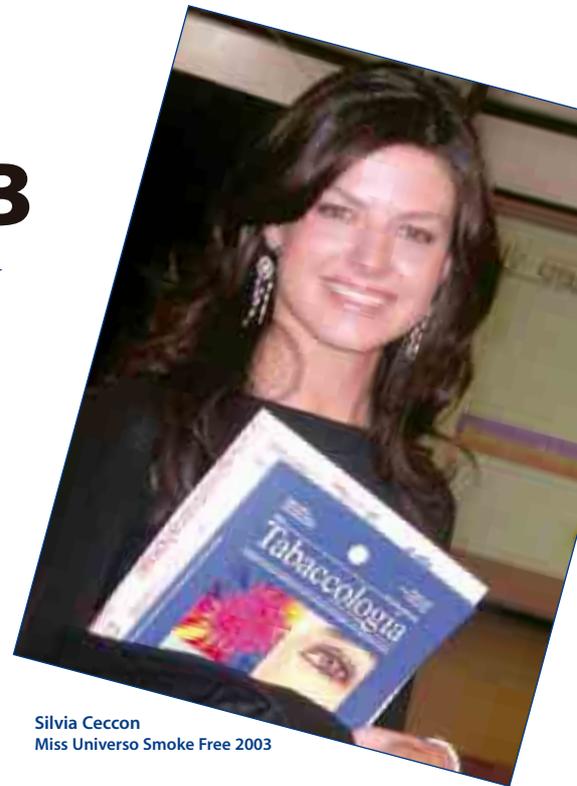
Non ci occupiamo di malattie rare, ma della malattia più diffusa che esista, il Tabagismo, con tutti i problemi sociali e sanitari che in qualche modo vi sono collegati. Lo abbiamo fatto anche con competenza, accrescendo e arricchendo le professionalità, attraverso corsi, aggiornamenti, giornate di studio, convegni e quant'altro in prevenzione, terapia e strategie di controllo.

Abbiamo prodotto risultati al di sopra delle concrete possibilità che abbiamo avuto. Siamo una piccola forza. Che però promuove idee, fatti concreti, e mi si passi, mette in moto i movimenti. Il problema del Tabacco è nel modo più dissonante e paradossale, tanto ignorato quanto al centro delle attenzioni socio-politiche e sanitarie. E noi della SITAB ci siamo stati dentro da protagonisti.

La SITAB ha introdotto vocaboli e significati nuovi nel tessuto sociosanitario. Se si inseriva la parola "tabaccologia" in un motore di ricerca in internet fino al 1999, si otteneva una sola corri-

spondenza. Dopo appena un anno, comparivano tante pagine con quella stessa parola. Oggi è un oceano di corrispondenze. C'è solo da provare per credere. È solo una spia, un indicatore, della nostra presenza in Italia. Ma c'è molto di più. C'è una mole di lavori e pubblicazioni scientifiche, la costante presenza in Internet, la rivista Tabaccologia, le iniziative sociali, le presenze pubbliche, gli interventi sui media, e le giuste strategie intraprese. Soprattutto la creazione di un raccordo tra le varie realtà scientifiche, così come ci eravamo proposti di attuare sin dalla sua costituzione. Le intese siglate con la Federazione Medico Sportiva, con la Federazione per le Malattie Polmonari Sociali, e tra poco anche con l'Associazione Italiana degli Pneumologi Ospedalieri (AIPO), la collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, la collaborazione con il Ministero della Salute (la SITAB è un provider ECM accreditato), e la collaborazione con la Commissione Europea nei programmi europei di controllo del Tabagismo, vanno in questa direzione.

La SITAB ha delimitato lo spartiacque tra un'epoca e un'altra. Tra i "metodi per smettere di fumare" e la "terapia del Tabagismo", tra la "Medicina delle conseguenze" e la "Tabaccologia clinica". Lo scenario italiano ci vedrà ancora protagonisti indiscussi, però ancora costretti a scalare con fatica le falde ripide di un monte. Non stanchiamoci e non molliamo. Questo è il mio augurio. Per ogni fumatore che avremo aiutato a vincere la dipendenza tabagica avremo fatto



Silvia Cecon
Miss Universo Smoke Free 2003

Medicina di alto livello restituendo salute e benessere alla persona, ma anche alla società. Il nostro lavoro porta benessere.

Per questo motivo vi esorto con tutta la forza possibile a rinnovare il vostro supporto alla SITAB, che andrà avanti comunque sia ben chiaro. Ma con voi siamo più forti. E facciamo pure la voce forte nei contesti giusti, scientifici, sociali, e presso l'opinione pubblica. Il futuro vedrà la sfida della Prevenzione. Io ci sarò di sicuro, ma voglio che ci siano tanti altri con noi perché il lavoro è enorme.

Ho avuto un grande onore nel rappresentarvi. L'ho fatto come avrei fatto, nel mio stile, pronto e ben lieto di passare il testimone, alla fine del mandato, purché il progetto che abbiamo iniziato, possa proseguire nel migliore dei modi possibili.

Vi saluto con affetto.

Giacomo Mangiaracina

Presidente SITAB

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università La

Sapienza 2

Al Comitato Nazionale di Bioetica

Al Presidente prof. Francesco D'Agostino

A nome della Società Italiana di Tabaccologia desidero esprimere la mia e nostra approvazione per avere opportunamente affrontato in un documento(*) gli aspetti etici concernenti la problematica tabagica in Italia. Tuttavia, ad una più attenta disamina, abbiamo rilevato una carenza oggettiva concernente il rapporto tra dipendenza tabagica e personale sanitario e del medico in particolare. In altre parole non se ne fa menzione.

Nulla togliendo alla validità dei contenuti del documento, crediamo che l'argomento in questione meriti una particolare attenzione sul piano etico, in considerazione del ruolo educativo che personale sanitario e insegnanti rivestono sul piano professionale e sociale.

Riteniamo altresì opportuno informarvi che nel maggio scorso, in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco, la SITAB, con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, l'Istituto Mario Negri e la Consulta Italiana sul

Tabagismo, ha inoltrato alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici una formale richiesta perché ponesse in discussione la questione etica concernente il consumo di Tabacco tra il personale sanitario. Fino ad oggi la Federazione non si è espressa in merito, pertanto sottoponiamo la questione al Vostro parere.

Un cordiale saluto ed un augurio per il nuovo anno.

Il Direttivo Nazionale SITAB

(*) www.palazzoichigi.it/bioetica/testi/Tabagismo210303.pdf

Proposta SITAB Olimpiadi di Torino 2006 senza fumo



Riportiamo di seguito la lettera che il Presidente G. Mangiaracina, per conto della Sitab, ha inviato al comitato organizzatore dei XX Giochi Olimpici Invernali di Torino 2006.

La lettera ha lo scopo di sollecitare il Comitato Organizzatore a dichiarare tutti gli spazi ufficiali delle olimpiadi, di gara e non, liberi dal fumo, dandone l'opportuna visibilità e risonanza. Tutto ciò al di là dell'accordo OMS - CIO, in forza del quale da Salt Lake City, i Giochi Olimpici sono ufficialmente dichiarati smoke free.

Spett. Comitato Organizzatore XX Giochi Olimpici Invernali Torino 2006
Corso Novara 96
10152 Torino (Italia)

A nome della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), e facendomi portavoce al contempo della Federazione Medico Sportiva Italiana con cui la SITAB ha siglato un'intesa per la prevenzione del Tabagismo tra i giovani, faccio istanza a codesto Comitato Organizzatore, affinché i Giochi Olimpici Invernali, che avranno luogo a Torino nel 2006, vengano definiti "Senza Fumo", ossia liberi dal fumo di tabacco. La SITAB promuoverà l'aggregazione di varie risorse, istituzionali e non, italiane ed estere, a supporto di tale eventuale iniziativa sociale di grande rilevanza sul piano educativo. In

particolare saranno mobilitate i seguenti organismi:

1. Ministero della Salute
2. Istituto Superiore di Sanità
3. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
4. Federazione Medico Sportiva Italiana
5. Federazione per le Malattie Polmonari Sociali
6. Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
7. Unione Italiana di Pneumologia
8. Federasma - federazione delle associazioni dei malati asmatici
9. Consulta Italiana sul Tabagismo
10. Union Internationale contre le Cancer
11. Globalink International - Tabacco Control network
12. Commissione Europea - progetto Tabagismo

13. Altri

Nel corso dell'evento sportivo la SITAB potrà mobilitare i suoi specialisti nella organizzazione di un convegno nell'area olimpica, sul tema "Giovani, Tabacco e stili di vita: nuove tendenze", con invito delle massime autorità dello Stato. Si potranno dare vita inoltre ad iniziative collaterali di sensibilizzazione dei giovani attraverso indagini tra gli sportivi, diffusione di materiale documentativo e servizi via internet.

Si rimane in attesa di un cortese cenno di riscontro.

Cordiali saluti.

Prof. Giacomo Mangiaracina

Docente di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
2° Facoltà di Medicina Università La Sapienza, Roma.
Presidente SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

Richiesta di adesione alla SITAB (Società Italiana di Tabaccologia)

Scrivere in stampatello e inviare a :

SITAB Comitato Direttivo: c/o Dr. Biagio Tinghino, Via Carvisi 2B; 24030 Terno D'Isola (BG); e-mail: btinghi@tin.it

Il sottoscritto **Cognome** **Nome**

Data di nascita

Via/Piazza **n.** **cap** **città**

Telefono (abitazione) **(lavoro)**

Cellulare **e-mail** **Fax**

Professione

Istituto/organizzazione

Indirizzo dell'organizzazione

Qualifiche in seno all'organizzazione

Chiede l'associazione alla SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) per l'anno 2004 e versa la propria quota di iscrizione di 52 Euro (26 euro per laureandi, specializzandi, dottorandi) sul c/c 01000001062 - CREDEM di BOLOGNA Ag. 2 - codici CAB: 02401; ABI: 03032 - CIN: U; In materia della vigente normativa sulla privacy accetta che i propri dati siano usati solo per motivi statistici e per comunicazioni interne all'associazione. Allega alla presente fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'iscrizione.

Data

Firma

Servizi ai Soci

I soci della SITAB sono professionisti, ricercatori e soggetti a vario titolo coinvolti nei programmi di controllo del tabagismo.

La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

1. Supporto e patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
2. Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori.
3. Aggiornamento e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB.
4. Promozione delle attività e comunicazione attraverso i propri mezzi di informazione.
5. Disponibilità della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di "GEA Progetto

Salute" sia a scopo divulgativo delle proprie iniziative, sia come strumento di informazione per le scuole e per gli utenti dei programmi antifumo.

6. Pubblicazione di articoli e collaborazione con la rivista Tabaccologia e con il sito internet www.tabaccologia.org
7. Rivista "Tabaccologia", con accesso alla rivista "Tabaccologia On-Line"
8. Newsletter SITAB via email.

Tutti gli specialisti interessati alle problematiche da fumo di tabacco, possono entrare nel gruppo di discussione di Globalink-Italia. È stata creata una sezione apposita su www.tabaccologia.org e su Gea per agevolare la registrazione: www.gea2000.org/globalink

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia www.tabaccologia.org

Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

Presidente:

Dott. Giacomo Mangiaracina (OMS, Healty Cities Project "Roma senza Fumo", direttore scientifico "Gea Progetto Salute"- Roma, Responsabile Area Tabagismo Lega Italiana Lotta contro i Tumori).

Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dott. Vincenzo Zagà (Dirigente Tisiopneumologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL città di Bologna)

Segretario:

Dott. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 - Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia)

Consiglieri:

- Dott. Maurizio Laezza (Ufficio per le Tossicodipendenze Regione Emilia Romagna, segretario Consulta Nazionale sul Tabagismo)
- Prof. Domenico Enea (responsabile clinico Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo")
- Dott. Claudio Poropat (Direttore SERT-Trieste)
- Dott. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo)
- Dott. Mario Del Donno (Direttore U.O. Pneumologia - Osp. Rummo, Benevento)
- Dott.ssa Margherita Neri (Direttore U. O. Pneumologia, Fondazione Maugeri di Tradate, Varese)

Aree Scientifiche SITAB (Gruppi di Studio) e Referenti Regionali sul sito www.tabaccologia.org

Congressi & Eventi

IN ITALIA

• 13-14 febbraio 2004

Bologna: V° Congresso AIST-La tosse Prevenzione e Trattamento. Aula Magna di Pediatria-Policlinico S.Orsoila-Malpighi. Info: 051-6144004 e-mail: posta@iec-srl.it

• 28 febbraio 2004

Roma: Tabagismo e Prevenzione, Ospedale S. Andrea, aula Carlo Urbani. Organizzazione: Università La Sapienza 2, facoltà di Medicina, SItI, Società Italiana di Igiene. Fax: 06-85352882, email: info@zeroeicongressi.it

• 13 marzo 2004

San Severo (Foggia): Giornata di Studio "Tabagismo: Problemi e Prospettive", organizzato dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, AUSL FG/1. Tel. 0882-380506, Fax: 0882-380331, e-mail: torsert@tin.it

• 20 marzo 2004

Roma: Scuola Medica Ospedaliera. Corso per operatori dei programmi antifumo (25 ore di formazione). Info: dott.ssa Giusi Todaro, tel. 06-68352411, segreteria@smorrl.it.

• 25-26 marzo 2004

Roma: 25-26 Marzo. Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Sala Alessandrina, Lungotevere in Sassia 3. Prima Giornata di Tabaccologia (corso di aggiornamento su Tabagismo e problemi correlati). Info: Tel. 06-6833626, Fax: 06-6833485, email: asas@quipo.it

• 4 aprile 2004

Roma: Il Farmacista e il Fumo. Ore 8.30-18.00. Policlinico Umberto I, Auditorium 1° Clinica Medica. Organizzazione: Ordine dei Farmacisti, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Società Italiana di Tabaccologia. Corso ECM. Info: farmacisti.roma@tiscali.it. Tel.: 06.44234139, 06.44236734.

• 16 aprile 2004

Pontebba (UD): Convegno "... per non mandare la vita in fumo", informazioni e programma ((prof. Modonutti): monodut@univ.trieste.it

• 21-24- aprile 2004 • 17-22- maggio 2004 • 19- giugno 2004

Corso di formazione per Operatori e Conduuttori nella Terapia di Gruppo del Tabagismo Istituto per Lo Studio delle Psicoterapie Roma Via San Martino della Battaglia 31- Roma. Segr. Organ.: Dr.ssa Greta Cerretti 3389240066, Dr.ssa Federica Manucci 3471882019, Centro Antifumo ISP0644340019 - Fax. 0644340017. E mail: icatoie@libero.it, i.psicoterapie@tiscali.it
www.istitutopsicoterapie.it

• 31 maggio 2004

Roma: VI Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale - World No Tobacco Day. Sede: ISS, viale Regina Elena 299 - Roma - Info: 0649902611 - 0649904121 E-mail: segr-sac@iss.it

• 30 settembre-2 ottobre 2004

Napoli: VI Congresso Nazionale su "I Contesti della Salute". E-mail: congressosalute@virgilio.it

INTERNAZIONALI

• 07-11 march 2004

New Delhi, India: 3rd World Assembly on Tobacco Counters Health

• 26-30 april 2004

Melbourne, Australia: 2004 World Health promotion and Education Conference

• 21-26 maggio 2004

Orlando, Florida, USA: American Thoracic Society International Conference
(<http://www.chestnet.org/CHEST/future.locations.html>)

• 21-28 maggio 2004

Seattle, WA, USA: Chest 2004
(<http://www.chestnet.org/CHEST/future.locations.html>)

• 23-26 giugno 2004

Mosca, CSI: "The 3-rd Congress of IUATLD, European Region - The 14-th National Congress on Lung Diseases"
Info e-mail: gbmigliori@fsm.it

• 24-29 ottobre 2004

Jerusalem, Israel: 13th World Clean Air Congress and Exhibition
(<http://www.kenes.com/cleanair/>)

• 17-21 settembre 2005

Copenhagen, Denmark: European Respiratory Society
<http://www.woco.dk/>

"Integratore aminofitoterapico coadiuvante nella disintossicazione da tabacco: tutta l'efficacia della natura"



Numerosi sono i metodi d'appoggio utilizzati per smettere di fumare utilizzando i principi della terapia sostitutiva, con somministrazione controllata di nicotina o l'impiego di farmaci, o terapie dolci.

La "EOS" oggi ha messo a punto una nuova linea di prodotti denominata NOtabac® composta da tre diverse formule, totalmente naturali e realizzate con estratti vegetali concentrati, arricchite con aminoacidi e vitamine. La vitamina C nella sua forma liposolubile (Ascorbylpalmitat) si è dimostrata un efficace mezzo per la protezione delle cellule sane e nello stesso tempo una difesa, favorendo la rimozione delle cellule malate (incluse quelle cancerogene). Prolina e lisina sono aminoacidi naturali che servono come base per le fibre collagene ed elastine. Malgrado che la vitamina C e Lisina siano di importanza vitale non vengono prodotte dal nostro corpo. NOtabac® ha scelto la formula in gocce, perché ha il vantaggio di essere assimilata istantaneamente attraverso le mucose e di essere immediatamente messa in circolazione. NOtabac® è particolarmente consigliato a chi ha smesso o sta smettendo di fumare,

indipendentemente e/o in sinergia all'uso di altri metodi (con farmaci, terapia di gruppo o applicazioni come agopuntura, pranoterapia, orecchini o altro). NOtabac® infatti è un valido aiuto per superare le difficoltà iniziali.

- **NOtabac® BLU** per aiutare nei confronti dei disagi delle crisi d'astinenza. Il preparato è un ottimo coadiuvante per allentare la tensione, il nervosismo, l'ansia e lo stress dovuti all'eliminazione dell'abitudine al fumo.
- **NOtabac® ROSSO** favorisce la disintossicazione. In questo modo si ha un miglioramento della circolazione del sangue che aiuta il fumatore nei confronti dell'assuefazione. Il sangue diventa più fluido, pulito, più ossigenato facilitando la concentrazione e la lucidità mentale.
- **NOtabac® GIALLO** favorisce la depurazione degli organi interni, essenziale per eliminare l'esigenza del tabacco. Ripristina il buon funzionamento del metabolismo, in particolare quello epatico e quello intestinale. La circolazione linfatica viene stimolata e con essa l'eliminazione delle tossine.

(U. Maria Rothlin)



NOtabac®
www.notabac.com
info@notabac.com

Fluimucil® 600 mg

compresse effervescenti

R05CB01

Acetilcisteina



Zambon Italia