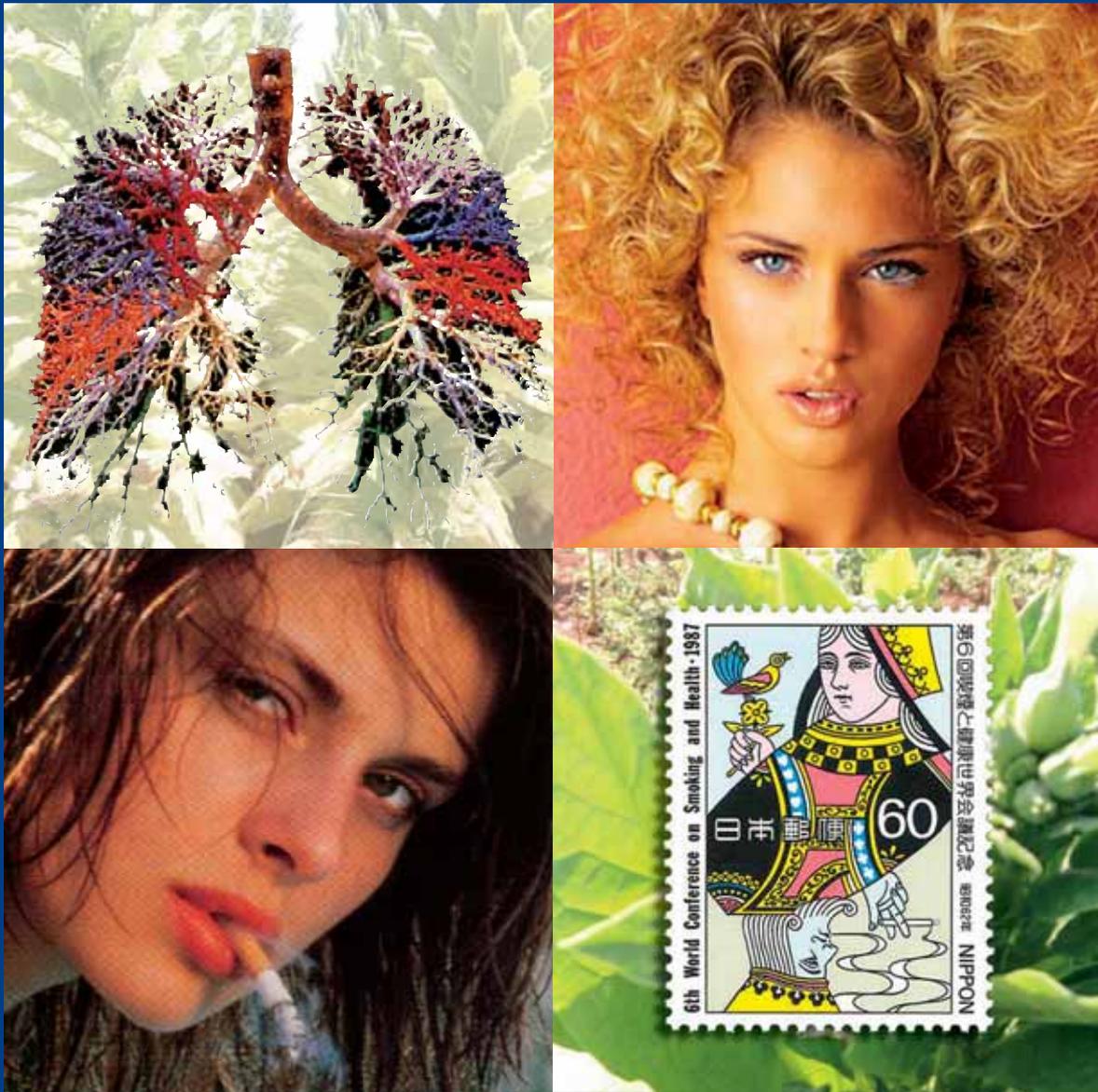


# Tabaccologia

tobaccology

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



Legge antifumo: un anno dopo • Snus

Miss Mondo Italia smoke free • Interazioni fumo-farmaci

# sommario

## EDITORIALE

- 3 Coraggio sostenibile (G. Mangiaracina)

## SPECIALE

- 5 Legge antifumo un anno dopo (AA. VV.)

- 9 **ABSTRACT & COMMENTARY - le ultime dalla ricerca**

## FOCUS ON

- 11 Sul tabacco orale svedese (Snus), la riduzione dei danni da fumo e altre storie (M.R. Galanti)

## ORIGINAL ARTICLE

- 17 Concorsi di bellezza smoke-free: update di un'indagine (S. Pacella Silvia, M. Caucci, G. Mangiaracina)
- 23 Il Centro Antifumo di Parma Studio retrospettivo (2000-2005) su 549 fumatori (G. Giucaastro, E. Marangio, A. Verduri, M. Del Donno)

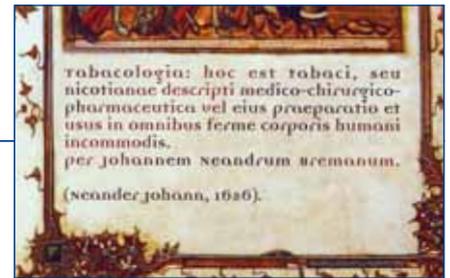
## REVIEW

- 28 Interazioni tra fumo di tabacco e farmaci (V. Zagà, M. Mura, S. Tripodi, A. Argiolas, M. De Bernardi di Valserra)

## NEWS & VIEWS

## SITAB HOME PAGE

## TABAC MAIL



Pagina 5



Pagina 45

### Tabaccologia

Organo Ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia - SITAB

#### Direttore Responsabile:

Giacomo Mangiaracina (Roma)

#### Direttore Scientifico:

Gaetano Maria Fara (Roma)

#### CapoRedattore:

Vincenzo Zagà (Bologna)  
vinceo.zaga@fastwebnet.it

#### Vice CapoRedattore:

Biagio Tinghino (Monza)  
btinghi@tin.it

#### Comitato

##### Scientifico-Redazionale:

Christian Chiamulera (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Marco Mura (Toronto - CDN), 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), Alessandro Zanasi (Bologna), Pier Giorgio Zuccaro (Roma), Francesca Zucchetta (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 (Società Francese de Tabaccologie, 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 Tuberculosis
- 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

#### Impaginazione:

Graph-X di Fabrizio Cani  
www.graph-x.it

#### Ricerca iconografica:

Zagor & Kano

#### Stampa:

Ideostampa  
Via del Progresso s.n.  
61030 Calcinelli di Saltara (PU)

#### Pubblicità:

Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)  
Via Venturoli 38/D  
40138 Bologna  
Tel/Fax 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 2006 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 .....



# Coraggio sostenibile

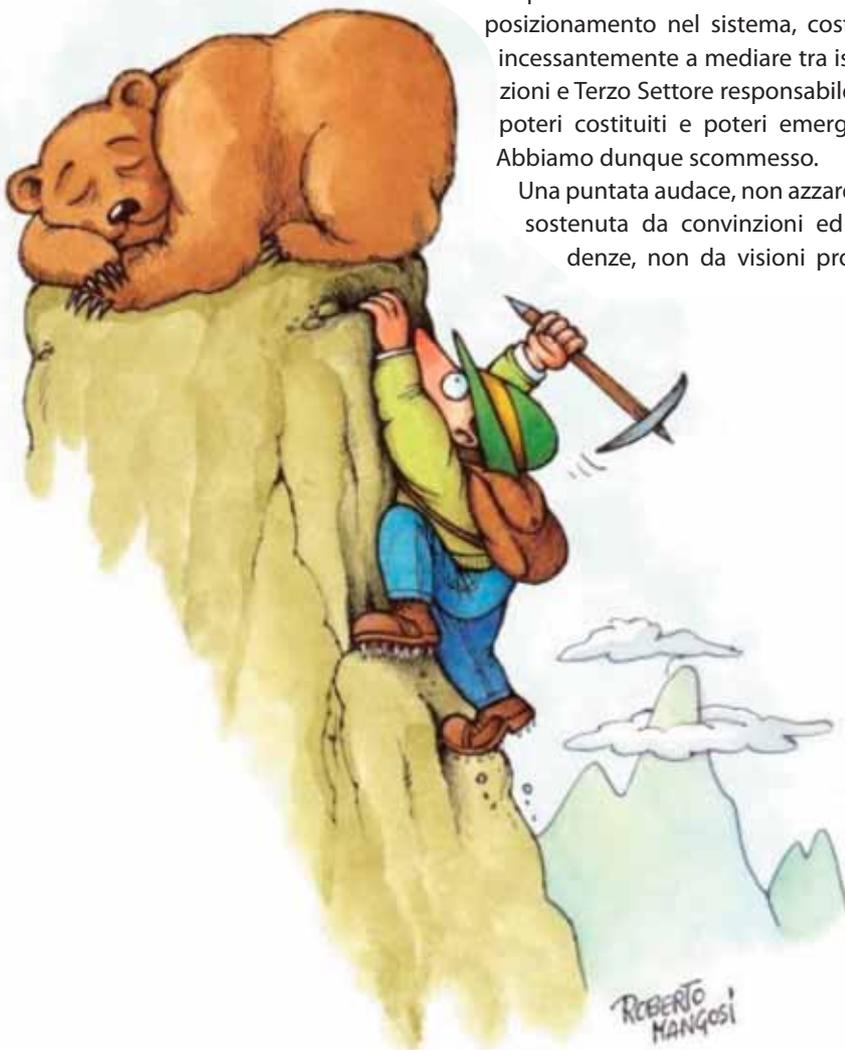
Giacomo Mangiaracina

**A**vevamo ragione. Il Tabacco (con la T maiuscola) è un problema talmente serio da richiedere una mobilitazione generale al di là di ogni forma di reazione individuale e sociale, per posizione presa o per ignoranza. Siamo ormai all'interno di un sistema precario, in bilico tra evidenza scientifica ed ipocrisia "culturale". La denuncia serve a poco. Occorre la pazienza dei saggi, la temerarietà di un rocciatore, la disciplina di un samurai. Avevamo ragione a prevedere la difficoltà del nostro posizionamento nel sistema, costretti incessantemente a mediare tra istituzioni e Terzo Settore responsabile, tra poteri costituiti e poteri emergenti. Abbiamo dunque scommesso.

Una puntata audace, non azzardata, sostenuta da convinzioni ed evidenze, non da visioni profeti-

che. Ora lo possiamo pure dire: per aver voluto a tutti i costi una rivista per l'aggiornamento continuo degli specialisti della malattia del secolo, di una dipendenza che miete vittime alla stregua delle grandi epidemie del passato, per aver voluto QUESTA rivista, noi del consiglio direttivo, ci siamo tassati. Abbiamo spremuto la borsa a denti stretti, con rabbia celata o palese, ma sempre rabbia era, pure convinti di avere agito per un bene comune, anche se non riconosciuto. Oggi osserviamo con una punta di soddisfazione (solo una punta, per carità) i primi frutti del lavoro più faticoso, di zappatura di un terreno avaro e arido.

Non si può fare a meno però di ricordare che nell'arsura di questo contesto sociale e persino scientifico, siamo stati tutti testimoni di una scossa tellurica indotta, una legge fatta di poche righe, anzi impropriamente definita "legge", perché semplicemente "articolo", il 51 della legge 3/2003 sulla Pubblica Amministrazione, entrato in vigore al principio di quest'anno. Giunti alla fine del 2005, con un pugno di cifre che incoraggiano, ci sentiamo di dovere esprimere un grazie poderoso a chi il coraggio lo ha avuto. Questo coraggio, che in gergo chiamiamo "spina dorsale", o più volgarmente "palle", il professor Girolamo Sirchia lo ha dimostrato resistendo ad un sistema corrotto, disinformato, tronfio di insuccessi spacciati per virtù. Ne ha pagato lo scotto, ma la norma è rimasta ferma nelle sue intenzioni, pronta a far discutere ancora, democraticamente ineccepibile, che costringe i cosiddetti "fumatori" ad essere minoranza di fatto, con il loro 25% di presenza nel territorio nazionale, e non maggioranza presunta. Il 5 novembre, Giornata Nazionale per i Diritti dei Non fumatori, ha riproposto nei gruppi di discussione internetiani la soddisfazione di alcuni esponenti di quel 75% che doveva subire e accettare situazioni di



fatto e privilegi ingiusti concessi a soggetti che oggi curiamo alla stessa stregua di un malato neuropsichiatrico.

E qui ci attendiamo la levata di scudi dei colleghi specialisti del neurone e delle sinapsi. La pretesa di essere gli eletti per vocazione non ha alcun senso. Ricordiamoci che nella cura della dipendenza alcolica ha fatto di più Alcolisti Anonimi, dal 1939 ad oggi, che l'intera categoria professionale del DSM IV. Quando bussavo alle loro porte negli anni Ottanta, non aprivano. Al Sert di piazza delle Cinque Giornate a Roma, un collega mi liquidò vent'anni fa con queste parole: *"Tabagismo? Qui diamo Metadone, roba pesante, altro che fumo"*. Oggi, il dott. Claudio Baldelli, dirigente dello stesso Sert, collabora con la Sitab. Ad onor del vero, sono stati gli pneumologi italiani a muoversi per primi, e questo merito se lo riconquistano anno dopo anno con il loro impegno nel campo, con difficoltà oggettive, consci anche dei loro limiti nel trattare la complessità della dipendenza tabagica, ma aperti all'approfondimento e al conseguimento di nuove abilità (skills) professionali, pronti a sedersi sui banchi per integrare un counselling al trattamento con Nicotina. Coraggiosi.

Anche il 24 settembre è alle nostre spalle, ma le speranze sono avanti a noi. Il progetto INSPIRO è decollato secondo le regole. Una cinquantina di responsabili e coordinatori di altrettanti "Centri Antifumo", tra i pochi a detenere esperienza e competenza nella cura del Tabagismo, hanno lavorato e prodotto il primo risultato, un documento finale che va letto con attenzione.

Rappresenta l'avvio di un altro percorso di ricerca di modalità di lavoro condivise tra gli operatori dei servizi di 2° livello. Il terreno per la Consensus è spianato. L'appuntamento per tutti è fissato per marzo 2006, un'altra pietra miliare nel percorso delle strategie di controllo del Tabacco, per capire meglio ciò che serve a raggiungere obiettivi concreti. E ci auguriamo che a quella data il governo abbia già ratificato la *Framework Convention* sul Controllo del Tabacco (FCTC). Perché un fatto è certo: sottoporremo a valutazione ogni atto, ed in special modo quelli che comportino un impegno di denaro pubblico, per distinguere con maggiore chiarezza i modi appropriati di fare prevenzione e terapia, dagli interventi di facciata, che fanno tanto bene ai grandi dispensatori di fumo. Il coraggio non ci mancherà neppure questa volta.

Giacomo Mangiaracina  
([mangiaracina@globalink.org](mailto:mangiaracina@globalink.org))  
Presidente SITAB

## Tabagismo: Prevenzione e Terapia

"La ricerca, la formazione, le azioni concrete e condivise, la valorizzazione delle risorse, le prospettive"

10 - 11 Marzo 2006

ROMA, Hotel Villa Panphili

- **Prevenzione e Terapia del Tabagismo: Orientamenti, Azioni, Risultati**
- **Lo Stato dell'Arte e le Prospettive**

**Tabacco e comunicazione**

**Tabacco e professioni sanitarie**

**Fumo e ambiente**

**I soggetti e le azioni**

**Progettualità ed esperienze a confronto**

**La riduzione del danno**

**Segreteria Scientifica**

G. Tarsitani, G. Mangiaracina  
Università La Sapienza, Roma

**Organizzazione**

Anteprimadue S.r.l., viale del Tintoretto 88, 00142 Roma.

Tel + 39 06.5403600, Fax + 39 06.5417010.

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

SITAB



# Effetti della legge 3/03 sul divieto di fumo nei locali pubblici

Riccardo Tominz, Claudio Poropat



**L'**Italia è uno dei pochi paesi al mondo che ha adottato una legge che vieta il fumo nei locali pubblici. Molti altri paesi stanno prendendo in considerazione una legge simile e guardano all'Italia per comprendere come un simile approccio possa essere attuato con efficacia anche nei loro paesi.

Per meglio comprendere gli intendimenti ed i potenziali ostacoli all'attuazione della legge, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità ha intrapreso uno studio 1) nel gennaio-aprile 2005 sul monitoraggio dell'applicazione della legge che vieta il fumo nei locali pubblici. In un campione di 34 ASL, lo studio si prefigge di:

1. descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti in relazione alla legge dei proprietari di locali pubblici, definiti come bar, pizzerie, pub, ristoranti; stimare l'adesione alle disposizioni di legge nei locali pubblici.

Il **monitoraggio nei locali pubblici** durerà un anno. In un primo momento sono stati selezionati in modo casuale, utilizzando l'elenco telefonico (pagine gialle), 50 locali (bar, ristoranti, pizzerie e pub) in ogni ASL che ha partecipato allo studio, tra cui l'ASS1 Triestina. Per raccogliere i dati si è utilizzato un questionario in due parti: una riempita dal **gestore del locale** e l'altra dal **ricercatore** della ASL, riguardante l'eventuale presenza di fumatori nei locali nell'orario di maggiore affluenza della clientela, e registrando sia la presenza diretta di clienti fumatori

che le tracce eventualmente lasciate da questi ultimi (livello visivo ed olfattivo di fumo). Negli stessi locali, si realizzeranno 3 successive rilevazioni di dati a distanza di 6 mesi e 1 anno dal 10 gennaio 2005, con l'obiettivo di poter stabilire una tendenza degli aspetti più importanti.

Ai **dati nazionali** abbiamo aggiunto la colonna con i **dati locali** dell'ASS triestina di cui eravamo in possesso. Lo scopo è un confronto tra il dato medio italiano e quello triestino, con tutti i limiti dovuti alla scarsa numerosità del campione triestino ed alla selezione di comodo (non casuale) delle 34 ASL del campione nazionale. Tale confronto è particolarmente interessante se, per ipotesi di lavoro e per opinione comune, considerassimo la nostra realtà di Trieste come particolarmente ligia a leggi e regolamenti, e quindi potessimo farci un'idea di quanto il dato italiano sia più o meno omogeneo nelle sue diverse realtà. E' anche uno stimolo a fare altrettanto nelle altre ASL attive nella ricerca.

I dati riportati, a meno che non sia diversamente specificato, si riferiscono al campione nazionale gennaio-aprile 2005.

## Dati rilevati dal ricercatore

Il 54% dei locali erano bar, il 34% ristoranti, il 7% pizzerie e il 5% pub. Nel 95% dei locali visitati il cartello con l'indicazione di divieto di fumo era già stato affisso (100% a Trieste, confermando l'ipotesi dell'introduzione) e l'1% di questi era dotato di zona fumatori in conformità alle nuove norme. Inoltre durante le visite nello 0,4% dei locali sono state notate persone che fumavano, nel 2,4 % era presente fumo od odore di fumo (rispettivamente 0% e 0% a Trieste); non c'erano posacenere all'interno dei locali.

## I Gestori

Prima della legge era **fumatore** il 46% (54% a Trieste). Dopo l'entrata in vigore della legge l'80% ha dichiarato di aver smesso/ridotto vs il 68% a Trieste.

## La legge dal punto di vista dei gestori

L'84% dei gestori intervistati ha ritenuto che il fumo passivo fosse una **minaccia per la sua salute** o per quella dei suoi collaboratori. L'82% è convinto che se la legge che proibisce il fumo nei locali pubblici venisse applicata correttamente, sicuramente o probabilmente i non fumatori correrebbero meno rischi di avere malattie legate al fumo, come per esempio asma e bronchiti, e il 60% ha ritenuto che questa legge farà fumare di meno le persone o addirittura le farà smettere di fumare. Buono quindi il livello di conoscenza.

A Trieste sembrano meno convinti dei danni pur essendo più aderenti alla legge.

Riguardo alla clientela, il 68% dei gestori ha dichiarato che prima del 10 gennaio 2005, almeno la metà dei loro **clienti erano fumatori**. La maggioranza (72%) ha riferito che nell'ora di punta nel loro locale, i non fumatori sembravano infastiditi dal fumo, e il 41% ha dichiarato che, nel mese precedente l'entrata in vigore della legge, ha avuto qualche volta o frequentemente delle lamentele per la presenza di fumo nel locale da parte di clienti non fumatori.

A Trieste vengono riportati più fumatori, meno fastidio ma eguali lamentele.

Quando è stato loro chiesto in che misura i loro **clienti rispettano questa legge**, il 92% dei gestori ha riportato che tutti la rispettano. Solo una minoranza (11%) ha dichiarato di aver dovuto chiedere a qualche cliente di smettere di



fumare, e ancora meno (2%) si è visto opporre un rifiuto da parte dei clienti sollecitati a spegnere la sigaretta.

L'aderenza alla legge è eguale nel campione triestino, nonostante le difformità precedentemente descritte.

In risposta alla domanda su quale è stata l'**opinione generale dei loro clienti** rispetto alla legge fino a questo punto, il 74% dei gestori ha dichiarato che l'opinione dei loro clienti è molto favorevole o favorevole. È da notare che solo il 6% ha riportato che i propri clienti erano contrari.

Nel campione triestino c'è meno favore nei confronti del divieto, ma è totale l'aderenza alla legge.

La minoranza, pari al 16% dei gestori intervistati, ha dichiarato che il locale è stato ispezionato dalle **forze dell'ordine**

per controllare se ci fossero persone che fumavano.

Questo dato, e l'ancor minore percentuale nell'"estremità" triestina, sembra indicare che l'applicazione della nuova legge è un dato di cultura condivisa, piuttosto che un'imposizione.

Una delle principali preoccupazioni da parte dei gestori rispetto alla nuova legge riguarda le possibili **implicazioni economiche** negative, anche se un simile effetto non è mai stato provato negli altri paesi in cui tale legislazione è stata messa in atto. Alla domanda se ritengono che, in seguito alla legge, vi siano stati effetti economici sulla loro attività, solo il 12% ha dichiarato di aver subito una perdita significativa. A Trieste \*, a febbraio, ben il 49% ha dichiarato una perdita significativa ma alla seconda intervista di

giugno-luglio, tale percentuale era ridotta al 33%.

Questo proverebbe l'esistenza di un timore eccessivo, poi ridimensionato, o un adattamento della clientela alle nuove norme.

## Conclusioni

La maggior parte dei gestori intervistati era consapevole degli effetti nocivi del fumo passivo e dei benefici potenziali della legge per la salute della loro clientela.

L'entrata in vigore della legge sul fumo sembra aver prodotto dei cambiamenti di rilievo. In primo luogo, nei locali visitati un'infima percentuale stava fumando, e persino l'odore di fumo era praticamente assente.

Sembra che la maggior parte dei fumatori si siano prontamente adeguati alla legge; pochi gestori riportano di aver dovuto chiedere ai loro clienti di smettere di fumare. E tutto ciò sembra essersi verificato in assenza di sostanziali sforzi di applicazione delle sanzioni previste dalla legge, dal momento che la minoranza dei locali riporta di aver avuto un controllo da parte delle forze dell'ordine.

Probabilmente la maggiore preoccupazione dei gestori riguarda il potenziale danno economico. Peraltro solo il 12% ha riportato perdite significative ed il confronto, pur connesso a molte variabili, con il dato triestino che presenta una vistosa diminuzione dopo tre mesi, ci fa pensare a stime pessimistiche ma in via di ridimensionamento da parte dei gestori.

A breve distanza di tempo dalla diffusione di questo rapporto disporremo dei risultati della seconda rilevazione che permetteranno di stabilire delle linee di tendenza e forniranno delle informazioni più precise sulla efficacia della legge anti-fumo.

### Riccardo Tominz

Unità di Epidemiologia, Dip. di Prevenzione, ASS n1 Triestina

### Claudio Poropat

Centro per la prevenzione e cura del tabagismo, Dip. delle Dipendenze, ASS n1 Triestina

#### CONFRONTO TRA I DATI DELL'ITALIA E DELLA ASS1 TRIESTINA

Bar	54%	48%
Ristoranti	34%	32%
Pizzerie	7%	12%
Pub	5%	8%
SI affissione cartello divieto	95%	100%
SI presenza zona fumatori	1%	0%
SI fumo visibile e odore sigarette	2%	0%
Presenza persone che fumavano	0.4%	0%
<b>CONOSCENZA DANNI FUMO PASSIVO</b>		
Ritiene che il fumo sia una minaccia	84%	58%
La legge diminuisce malattie legate al fumo	82%	62%
La legge fa fumare meno o smettere	60%	?
<b>COMPORTEMENTO CLIENTI PRIMA DELLA LEGGE</b>		
"Almeno la metà dei loro clienti erano fumatori":		
lo ha dichiarato il	68%	90%
"I non fumatori sembravano infastiditi dal fumo":		
lo ha dichiarato il	72%	59%
Lamentele per presenza di fumo	41%	40%
<b>DOPO L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE</b>		
In che misura i clienti rispettano legge	92%	94%
Ho dovuto chiedere di smettere di fumare	11%	18%
Rifiuto da parte del cliente	2%	2%
<b>OPINIONE riportata dei CLIENTI sulla legge</b>		
Favorevole	74%	49%
Contrari	6%	4%
<b>CONTROLLI effettuati forze ordine</b>		
	16%	6%
<b>EFFETTI della legge sul comportamento fumo gestori (ridotto o smesso)</b>		
	80%	68%
<b>IMPLICAZIONI ECONOMICHE</b>		
perdita significativa	12%	49% - 33%*

1) BEN, Bollettino Epidemiologico Nazionale. Studio sugli effetti della nuova legge che vieta il fumo nei locali pubblici condotto in 34 ASL (gennaio-aprile 2005)



## Il divieto di fumo nei locali pubblici in Italia ha ridotto il consumo di sigarette dell'8%

Marco Mura

Il lavoro pubblicato da Gallus et al. su *Annals of Oncology* il 7 novembre u.s. dimostra che il divieto di fumare nei luoghi e locali pubblici (inclusi aeroporti, stazioni ferroviarie, ristoranti, bar, luoghi di lavoro) della penisola e' stato universalmente accettato e non ha avuto conseguenze negative sul business dei locali stessi. Contemporaneamente il consumo di sigarette si e' ridotto dell'8%. Questo studio dimostra gli indubbi vantaggi di una legislazione "smoke-free" sulla salute pubblica. Dopo l'entrata in vigore della legge (10 gennaio 2005) gli studiosi dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano hanno condotto un survey su 3114 uomini e donne di tutte le et  superiori a 15 anni e rappresentativi delle diverse aree geografiche, fasce sociali, educazione e categorie lavorative del paese. Gli Autori hanno quindi confrontato i dati relativi al consumo di tabacco ottenuti da diversi altri studi di popolazione nazionale e dai dati provenienti direttamente dai venditori. Nel periodo gennaio-aprile 2005 sono state venduti

28.3 milioni di tonnellate di sigarette, contro i 31.1 milioni di tonnellate dello stesso periodo dell'anno precedente. Questo equivale ad una diminuzione dell'8,9% delle vendite, che ben si correla con il calo del 7.8% riportato dal survey condotto sul campione di popolazione, sempre rispetto allo stesso periodo (marzo-aprile) del 2004. La diminuzione nel consumo di sigarette sembra inoltre essere maggiore tra i giovani (14-24 anni) con un calo del 23%, e tra le donne (10.5%), anche se sarebbe necessario un campione di maggiore dimensione per trarre una conclusione definitiva. Infine, a fronte del 10% di intervistati che dichiaravano di essere andati spesso al ristorante o al bar dopo l'introduzione del divieto, solo il 7.4% ha dichiarato di esserci andato meno spesso. Questi incoraggianti risultati hanno quindi avuto grande visibilit  nella letteratura Internazionale e non fanno che

confermare l'efficacia ed anche la popolarit  della legislazione smoke-free, gi  precedentemente riportata sulle pagine della nostra Rivista a proposito dei risultati osservati a New York.

- Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Annals of Oncology* published online on November 7, 2005 <http://annonc.oxfordjournals.org/> , doi: 10.1093/annonc/mdj070
- Abergavenny Roger Dobson. Italy's ban on smoking in public places has led to 8% drop in consumption. *British Medical Journal* 19 November 2005 (Vol 331, No 7526) - [bmj.com](http://bmj.com)

## Legge antifumo: cronistoria di un tentato golpe

Cinzia Marini

La legge 3/2003, che ha introdotto il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi dal 10 gennaio 2005, ha scatenato, sin dall'inizio, grandi passioni e discussioni senza fine tra favorevoli e contrari. Dibattiti televisivi, articoli e lettere sui giornali, forum su vari siti Internet e molto altro ancora.

Il pandemonio scatta per  qualche giorno prima della sua entrata in vigore, e cio  in coincidenza con la pubblicazione della circolare del 17 dicembre con la quale l'allora Ministro della Salute, Prof. Sirchia, chiarisce i tanti punti dubbi rimasti in sospeso fino a quel momento. Tra questi, il pi  controverso attribuisce ai

gestori dei pubblici esercizi (bar, ristoranti, pub, discoteche, sale bingo ecc.) l'obbligo di richiamare formalmente i trasgressori all'osservanza del divieto e quello di segnalare, nel caso tale richiamo rimanga inascoltato, il loro comportamento a pubblici ufficiali e agenti, ai quali competono la contestazione della violazione del divieto e la conseguente redazione del verbale di contravvenzione.

Aperti cielo! I gestori dei pubblici esercizi salgono immediatamente sulle barricate, dichiarando che mai e poi mai si appunteranno la stella di sceriffi antifumo.

Non possono sostituirsi alle forze dell'ordine e neanche mettersi in una posizione di cos  forte contrasto nei confronti dei clienti che devono essere serviti e non denunciati.

Girolamo Sirchia, di fronte ai propositi dichiarati da Sergio Bill  Presidente della FIPE di ricorrere al TAR, afferma che dietro le minacce c'  la Confcommercio che, in quanto azionista della BAT (British American Tobacco), la cordata aziendale che ha rilevato l'ETI (Ente Tabacchi Italiano) con un investimento di pi  di due miliar-



INTERVISTA Il ministro Sirchia, padre della legge 'anti-bionde'

# «Proibizionisti noi? Chi fuma ringrazierà»

Quattro giorni dall'entrata in vigore del divieto in bar e ristoranti si infiamma la battaglia

## Fumo, il fronte dei ribelli corre anche alla Consulta

di di euro, è molto preoccupata dalla possibilità che una contrazione del mercato possa costarle parecchi quattrini. Non si spiegherebbe altrimenti tanto accanimento nei confronti di una legge che incontra il favore degli stessi esercenti. È evidente che l'associazione è spinta da interessi di lobby e per questa ragione continua a porre in essere un'azione così violenta con ricorsi e atti di contrasto. Nonostante le vibranti proteste, il fatidico giorno arriva, ma tutto sembra risolversi nel migliore dei modi; la stragrande maggioranza dei fumatori si rassegna e si trasferisce a fumare all'aperto e, nei rari casi in cui questo non avviene, i gestori dei locali pubblici, timorosi delle salatissime multe previste, intervengono in modo deciso e perentorio.

Entro pochi giorni il nostro Paese è irri-conoscibile e i fumatori stessi sembrano soddisfatti del rigore con cui la legge è applicata e rispettata. Congratulazioni arrivano anche da molti paesi europei.

Nel mese di febbraio, la società che gestisce il bar "Lo Scaletto" di Savona, presenta ricorso al Tar contro la contravvenzione elevata dalla Polizia municipale per 420 euro per aver omesso di far rispettare il divieto di fumare nel proprio locale.

Nel mese di aprile 2005 il Prof. Sirchia viene sostituito da Francesco Storace, ex governatore del Lazio e fresco di sconfitta elettorale, il quale, non appena nominato, sottolinea che la gestione del suo predecessore è stata improntata a un eccessivo salutismo (!) e dichiara di volersi impegnare più sulle malattie che sulle diete. Afferma che ci sono problemi urgenti da risolvere, quali il contratto dei medici e il costo dei farmaci. Pur non mettendo in discussione la legge sul fumo, il neoministro dichiara che gli stili di vita

non si impongono e rincara la dose, proponendo una legge di defiscalizzazione per incentivare i gestori dei locali a realizzare ambienti per fumatori. Dichiarazioni che non destano stupore dal momento che Storace aveva bollato la legge antifumo come "una

grande ingiustizia perché fa sentire i cittadini colpevoli di un reato che non hanno commesso".

Nei giorni successivi persino i fumatori, tra loro alcuni nomi molto noti, e privati cittadini criticano le affermazioni di Storace e difendono l'operato di Sirchia. Sandro Curzi, ex direttore di Liberazione, dichiara: "All'inizio ero scettico, ma con grande fatica ho cominciato ad apprezzare i ristoranti no smoking". Pierluigi Castagnetti ha addirittura detto addio all'amato sigaro e ammette: "Senza il divieto non ce l'avrei fatta", mentre Franca Rame recita sì, ma il *mea culpa*: "Qualche sigaretta la fumo ma so che fa male. Uccide e spero che anche il ministro lo ricordi".

Che la musica sia cambiata appare subito evidente. Molti quotidiani infatti pubblicano la notizia che in Consiglio dei Ministri Storace, Fini e Calderoli (quest'ultimo, lo ricordiamo, è medico) fumano allegramente, mentre alla Camera dei Deputati, dopo una breve tregua durante la quale sono stati fatti sparire tutti i posacenere e sono state allestite aree per fumatori esterne, con la fine dell'era Sirchia, il consumo delle bionde ricomincia.

Ed eccoci ai due passetti indietro menzionati nel titolo. Il 1° agosto il Tar del Lazio pubblica la sentenza che, accogliendo il ricorso del bar di Savona, cancella di fatto gli obblighi dei pubblici esercenti previsti dalla circolare del 17 dicembre. Permane esclusivamente quello di affiggere i cartelli di divieto con gli estremi della norma e le sanzioni previste. Gaudio e tripudio della FIPE, soddisfazione dei titolari dei pubblici esercizi e costernazione di utenti e clienti. I soli che, dopo la sentenza del TAR, saranno chiamati a redarguire i fumatori irrispettosi e, se necessario, a sollecitare l'inter-

vento delle forze dell'ordine. Il Codacons dichiara immediatamente che tale sentenza non modifica la responsabilità dei gestori dei locali nei quali si fumi nonostante i divieti. I non fumatori possono comunque denunciare i gestori per concorso nella contravvenzione a carico del fumatore e per omissione dolosa che consente il compimento del reato. Inoltre, i gestori potranno essere chiamati al risarcimento dei danni, alla stregua della recente sentenza del Tribunale di Roma che ha condannato il Ministero dell'Istruzione riconoscendo la sua responsabilità poiché ha omesso di impedire il fumo.

Nei mesi successivi i cittadini italiani che frequentano bar e ristoranti, manifestando maggior senso civico di chi li governa, continuano a rispettare la legge.

La stessa cosa non si può dire di altri luoghi pubblici quali discoteche e ospedali e molti luoghi privati di lavoro, dove, a giudicare dalle segnalazioni che pervengono all'indirizzo e-mail [help@smokebusters.it](mailto:help@smokebusters.it) creato da Codacons, Società di Tabaccologia, Gea Progetto Salute e Aria Pulita per tutelare i diritti dei Nonfumatori con informazioni e suggerimenti, il rispetto della legge risulta molto più problematico e i responsabili dei controlli in molti casi preferiscono far finta di nulla di fronte a palesi e ripetute violazioni.

In conclusione si può affermare che il nostro Paese ha fatto un enorme passo avanti con l'approvazione della legge 3/2003, ma è doveroso rilevare che la strada da percorrere per poter vedere un cambiamento culturale è ancora lunga e la sentenza del Tar non contribuisce certamente a migliorare la situazione dal momento che, i gestori dei locali pubblici, esenti ormai da ogni obbligo di vigilanza, non si preoccupano affatto del problema fumo. Tutti noi abbiamo pertanto il dovere e la responsabilità di vigilare e segnalare le violazioni alle autorità competenti ovunque si verificano, affinché vivere in ambienti liberi dal fumo diventi per tutti (e al più presto) una realtà quotidiana.

# Abstract & Commentary

## le ultime dalla ricerca



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

## Fumo di tabacco e clearance muco-ciliare: novità dalla ricerca

Marco Mura

**U**no dei principali fattori patogenetici della bronchite cronica (BC) e della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è la ridotta clearance muco-ciliare, a cui contribuisce in maniera determinante il fumo di tabacco.

Ricercatori del Dnipropetrovsk State Medical Academy (Ucraina) hanno studiato la clearance muco-ciliare con il metodo dell'indicatore al ferro da inalare; l'eliminazione dell'indicatore con l'escreato è stata utilizzata come parametro di clearance. Un gruppo di pazienti ex-fumatori con BC (n=15, età 30.0±5.5) ha presentato una eliminazione significativamente inferiore dell'indicatore, e quindi una peggiore clearance, rispetto ad un gruppo di controlli sani (n=10, età 28.4±3.1) (p<0.001). Nel primo gruppo la clearance era inoltre significativamente inferiore rispetto ad un gruppo di pazienti con BC ma non fumatori (n=10, età 34.5±6.9) (p<0.01). In definitiva, la clearance muco-ciliare in giovani pazienti bronchitici è peggiore rispetto a pazienti di età sovrapponibile ma non fumatori.

Ricercatori della Dokuz Eylul University (Izmir, Turchia) hanno utilizzato un metodo differente per misurare la clearance muco-ciliare, la scintigrafia con Tecnezio 99m inalato. I gruppi di pazienti inclusi nello studio comprendevano soggetti fumatori di sigarette (n=23), soggetti fumatori di narghilè (n=20) e soggetti esposti al fumo passivo (controlli, n=15). Età, durata dell'abitudine al fumo e quantità di fumo inalato erano sovrapponibili

nei diversi gruppi. Sono stati anche misurati in tutti i soggetti i livelli urinari di cotinina con tecnica immunoenzimatica. Il gruppo di fumatori di narghilè ha presentato una clearance muco-ciliare significativamente peggiore (ritenzione di aerosol radioattivo significativamente più lunga) sia rispetto ai fumatori di sigarette che rispetto ai controlli. La clearance di aerosol era inoltre significativamente più lenta nei fumatori di sigarette rispetto ai controlli. I livelli di cotinina erano più elevati sia nei fumatori di sigarette che nei fumatori di narghilè rispetto ai controlli. Questo secondo studio ha quindi dimostrato e confermato con una diversa tecnica che la clearance muco-ciliare è peggiore nei soggetti fumatori. In particolare nei fumatori di narghilè è risultata peggiorata rispetto ai fumatori di sigarette e ai controlli, sfatando il mito del narghilè innocuo, come più estesamente riportato nella review di Kamal Chaouachi in questo stesso numero.

Una delle strategie terapeutiche più utilizzate nella BC e nella BPCO è rappresentata dai broncodilatatori beta 2 agonisti a lungo termine. Tuttavia, fino ad ora il loro effetto sulla clearance muco-ciliare nella BC era sconosciuto. Ricercatori della University of North Carolina at Chapel Hill (USA) hanno studiato la clearance del Tecnezio 99m marcato con solfuro colloidale per un periodo di 2 ore in 14 pazienti bronchitici trattati con salmeterolo (42 mg) oppure placebo (gruppi randomizzati). Durante la prima ora di osservazione ai pazienti è stato chiesto di effettuare 60 colpi di tosse ad intervalli prestabiliti. Il trattamento con salmeterolo ha prodotto un aumento della clearance muco-ciliare

durante le due ore di osservazione (22±9 dopo salmeterolo vs. 17±10 nei controlli), che sfiorava la significatività statistica (p=0.05). Tali risultati vanno interpretati con cautela visto il limitato numero di soggetti studiati, ma suggeriscono un benefico effetto *acuto* del salmeterolo sulla clearance muco-ciliare oltre che sul calibro delle vie aeree.

### Referenze

- Gurzhiy OV, Kireyeva TV. Internal Medicine, Dnipropetrovsk' State Medical Academy, Dnipropetrovsk, Ukraine. Mucociliary clearance in patients with chronic bronchitis. ERJ september 2005; vol. 26, suppl. 49: abstract 2003, ERS Congress 2005.
- Koseoglu N<sup>1</sup>, Aydin A<sup>2</sup>, Sabri Ucan E<sup>1</sup>, Ceylan E<sup>1</sup>, Eminoglu O<sup>3</sup>, Durak H<sup>2</sup>, Imren Y<sup>2</sup>, Guven H<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Department of Chest, Dokuz Eylul University Hospital, Izmir, Turkey; <sup>2</sup>Department of Nuclear Medicine, Dokuz Eylul University Hospital, Izmir, Turkey; <sup>3</sup>Department of Pharmacology, Dokuz Eylul University Hospital, Izmir, Turkey. Chronic effects of water-pipe smoking on mucociliary clearance. ERJ september 2005; vol. 26, suppl. 49: abstract 1006, ERS Congress 2005.
- Bennett WD, Almond MA, Zeman KL, Johnson JG, Donohue JF. Effect of salmeterol on mucociliary and cough clearance in chronic bronchitis. Pulm Pharmacol Ther. 2005 Jun 18 [Epub ahead of print]

Marco Mura  
marcomura@hotmail.com





## La diagnosi di COPD rafforza la smoking cessation

Malgorzata Czajkowska-Malinowska,<sup>1</sup> Jan Zielinski.<sup>2</sup> *Diagnosis of COPD increases smoking cessation rate. ERJ september 2005; vol. 26, suppl. 49: abstract 1025, ERS Congress 2005.*

<sup>1</sup>Department of COPD and Respiratory Failure, Kujawy – Pomorze Pulmonology Center, Bydgoszcz, Poland. <sup>2</sup>National Tuberculosis and Lung Disease Research Institute, Warsaw, Poland.

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare gli effetti di ripetuti counseling antifumo in due gruppi di persone: fumatori con diagnosi recente di COPD e fumatori con normale funzionalità polmonare.

Lo screening spirometrico è stato effettuato in 2125 soggetti volontari ad alto rischio per COPD. Tra i 400 fumatori attuali del campione, in 169 è stata riscontrata una limitazione al flusso aereo deponente una diagnosi di COPD (COPD group). I rimanenti 231 presentavano una spirometria normale (C-gruppo). Entrambi i gruppi avevano ricevuto i consigli per smettere di fumare. Durante i 4 anni di follow-up è stata ripetuta la spirometria ed è stato valutato lo stato di fumatore una volta l'anno. In quella occasione il consiglio di smettere di fumare è stato ripetuto ad ogni fumatore.

Durante il periodo di controllo 22 persone sono decedute: 16 nel gruppo COPD e 6 nel gruppo controllo. Tutti questi sono stati esclusi dall'analisi. I risultati sono descritti in tabella:

QUIT RATE IN % OF TOTAL NUMBER OF SUBJECTS							
	subjects	Age	M / F	Follow-up	Follow-up	Follow-up	Follow-up
	(No)	(years)	(%)	1 year	2 years	3 years	4 years
COPD group	153	57.0±9.3	66.3/33.7	18.6%	31.3%	39.6%	51.6%
C - group	225	51.5±7.9	56.7/43.3	8.3%	14.0%	21.5%	26.2%

Le conclusioni in base ai risultati sono che il consiglio ripetuto di smettere di fumare dato ai fumatori a rischio per patologie importanti polmonari è più efficace nei fumatori con COPD che nei fumatori con normale funzionalità polmonare.

Il presente articolo rafforza la validità del percorso seguito dagli pneumologi nell'approccio alla disassuefazione dal fumo di tabacco dal momento che, seguendo le linee guida AIPO, negli Ambulatori per il trattamento del tabagismo viene sempre effettuata una visita con test funzionale dell'apparato respiratorio.

(Vincenzo Cilenti)

## L'esposizione precoce al fumo di tabacco aumenta il rischio di asma

Trude Duelien Skorge, Tomas M. L. Eagan, Geir Egil Eide, Amund Gulsvik and Per S. Bakke. *The Adult Incidence of Asthma and Respiratory Symptoms by Passive Smoking In Utero or in Childhood. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Am J Respir Crit Care Med 2005; 172: 61-6.*

Il fumo passivo pre o postnatale aumenta di molto il rischio di asma o sintomi respiratori in età adulta. Precedenti studi avevano osservato gli effetti del fumo passivo precoce sulle malattie respiratorie in fasi più tardive della vita, ma rimaneva poco chiaro se tale esposizione influenzasse di fatto il rischio di malattia in età adulta. Il presente studio norvegese (University of Bergen), condotto su una coorte di 3.786 soggetti di età compresa tra i 15 e i 70 anni, è il primo ad evidenziare questa vulnerabilità apportata dal fumo passivo in fasi molto precoci: in base alle frazioni attribuibili stimate, quasi un quarto dei casi incidenti di asma dell'età adulta (l'incidenza di asma bronchiale negli adulti per il 17.3% era causata dal fumo materno e per il 9.3% dal fumo di entrambi i genitori) potrebbe essere prevenuto se i bambini non venissero esposti al fumo di tabacco nell'ambiente in fase pre e postnatale.

(Vincenzo Zagà)

## Difficoltà nell'identificare e trattare la BPCO e nell'attribuzione del rischio imputabile al fumo nella BPCO

Wilson D, Adams R, Appleton S, Ruffin R, North West Adelaide (Cohort) Study Team *Chest. 2005;128:2035-2042. Health Observatory, University of Adelaide, Queen Elizabeth Hospital, Woodville Road, Woodville, Adelaide, South Australia*

Gli interventi di sanità pubblica dipendono da una accurata identificazione di un "target" di popolazione, che varia a seconda dei criteri di diagnosi adottati. Un interessante studio dell'Università di Adelaide, Australia, ha confrontato diversi criteri internazionali utilizzati per diagnosticare la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nella popolazione generale. La prevalenza dei casi di BPCO può essere determinata da studi sul rischio attribuibile di fumare nella popolazione di pazienti affetti da BPCO (PAR). È stato valutato il PAR sia per i fumatori che per gli ex-fumatori. 2501 soggetti australiani di età pari a 18 anni sono stati inclusi nello studio. La diagnosi e la severità di BPCO sono state determinate sulla base dei valori di FEV1/FVC e FEV1 (% pred.) raccomandati da diverse autorità pneumologiche internazionali. I dati demografici, le abitudini di vita correlate alla salute e la qualità di vita sono stati raccolti mediante interviste telefoniche e questionari auto-somministrati. Il PAR di fumare (fumatori ed ex-fumatori) variava dal 51 al 70% a seconda dei criteri diagnostici utilizzati. La prevalenza della BPCO era del 5,4 usando i criteri ATS, del 3,5% secondo i criteri BTS, del 5,0% in base ai criteri ERS e del 5,4% secondo i criteri GOLD. In conclusione il rischio di sviluppare BPCO in relazione al consumo di tabacco è quantificabile tramite il PAR, ma quest'ultimo identifica anche altri rischi, anche se non quantificabili. L'individuazione dei casi di BPCO a livello dei servizi di medicina di base rimane difficoltosa a causa del range di valori spirometrici eccessivamente vario e della frequente sottodiagnosi.

(M.M.)





# Sul tabacco orale svedese (Snus), la riduzione dei danni da fumo e altre storie

M. Rosaria Galanti

## 1. "Harm reduction": discorso o prassi?

A chi lavora nell'ambito del trattamento delle tossicodipendenze l'espressione "harm reduction" (riduzione del danno) è certamente familiare. Già alla fine degli anni '80, e sull'onda dell'epidemia di infe-

zione da HIV (1) si sono identificati collettivamente con questo termine interventi il cui fine primario era o la minimizzazione del danno di salute in costanza del comportamento dannoso (es: distribuzione di siringhe sterili in cambio delle usate), o la sostituzione del comportamento dannoso con un altro meno dannoso (es: terapie sostitutive a lungo termine con metadone, somministrazione controllata di eroina). Pur nell'eterogeneità degli interventi invocati o prati-

Nell'ambito delle misure di controllo del fumo di sigaretta il termine è di uso assai più recente (2). Nella mia memoria esso si collega alla prima conferenza europea della SRNT (Società di Ricerca sulla Nicotina e sul Tabacco) a Copenhagen nel 1998. La discussione si centrò allora sull'opportunità/accettabilità di consigliare terapie sostitutive a base di nicotina che fossero prolungate nel tempo e/o utilizzate per ridurre il consumo di sigarette allorché il fumatore non riuscisse ad abbandonarlo del tutto. Da allora, il termine è esploso fino a comprendere, negli ultimi anni, tutte le strategie ed i prodotti potenzialmente in grado di ridurre l'esposizione al fumo di sigaretta (3). Mentre in America si tratta in pratica di una molteplicità di prodotti (dalla sigaretta incombusta "Eclipse" alle bibite a base di nicotina), in Europa sembra aggirarsi solamente lo spettro dello "snus", un particolare tipo di tabacco orale di fabbricazione svedese, che verrà descritto più avanti.

Il termine "riduzione del danno" ha sollevato però diverse riserve (4), poiché nella maggioranza dei casi questa riduzione è teoricamente possibile, ma non empiricamente rilevata. Come mai, e perché è così difficile stabilire un fatto all'apparenza così semplice?

Tanto per cominciare, per osservare la riduzione di un danno di salute, non basta sostituire un prodotto dannoso con uno meno dannoso, ma bisogna anche che sia minore la "dannosità" (ad esempio cancerogenicità), e che la sostituzione di una certa entità, raggiunga per così dire una "massa critica". Per esempio, un forte fumatore che dimezzasse il consumo di sigarette potrebbe ridurre apprezzabilmente il proprio



Snus come tradizione: reclame per una delle più antiche manifatture di tabacco orale svedese

cati, il minimo comun denominatore consiste quindi nella rinuncia all'estinzione del comportamento primariamente dannoso, nei casi in cui al paziente risultasse difficile o impossibile liberarsene.



Foto1: Prodotti e consumatori tipici di snus

rischio di cancro del polmone (5), ma che succederebbe se la riduzione fosse di minore entità?

Per di più, pesa nella memoria di tutti e sulla coscienza di pochi l'esempio illuminante delle sigarette cosiddette "light", reclamizzate come "metodi per ridurre l'esposizione" a componenti cancerogene della combustione, le quali non hanno ridotto il rischio di tumore del polmone, ma probabilmente solamente causato un'a redistribuzione di forme istologiche. Infatti, il fumatore con una forte dipendenza da nicotina viene indotto ad inalare più profondamente questo tipo di sigarette che non quelle "regolari". (6)

Ma c'è dell'altro. Per osservare l'auspicata riduzione del danno a livello di **popolazione**, (che è ciò che più interessa nell'ottica della prevenzione) si devono verificare altre due condizioni. Primo, la frequenza del comportamento "alternativo" deve essere sufficientemente alta, e sostenuta nel tempo. Secondo, l'introduzione del comportamento "alternativo" non deve creare "rischi collaterali". Un esempio di questo genere si avrebbe se persone che non avrebbero altrimenti usato affatto prodotti a base di nicotina venissero indotte al loro uso da una propaganda rassicurante o decisamente promozionale. Un'epidemia di "dipendenza" da nicotina potrebbe così aprire le porte ad una successiva transizione a prodotti più dannosi (teoria del "gateway", cioè "porta d'entrata") (7). Un altro esempio si avrebbe qualora fumatori che avrebbero in futuro smesso di fumare con altri mezzi venissero incoraggiate soltanto a ridurre il consumo, anzi-

chè a smettere *tout court* (ritardata cessazione).

In conseguenza delle considerazioni di cui sopra, è stato proposto di sostituire l'espressione "harm reduction" con quelle più caute di "risk reduction" o "exposure reduction", cioè riduzione del "rischio", o meglio ancora riduzione dell'"esposizione

ne" al fumo (per esempio i prodotti, a base di tabacco o nicotina, suscettibili di essere usati a questo scopo, sono stati collettivamente denominati dallo IOM, l'istituto di medicina americano, PREPs, Potential Reducing Exposure Products) (8)

Ciò che rende la questione particolarmente controversa è il fatto che una policy pubblica che accettasse, o persino promuovesse, forme alternative di uso di nicotina e tabacco toccherebbe non solo le scelte di salute, ma comporterebbe altre importanti implicazioni, di carattere soprattutto etico. Provo ad elencare le più citate (9, 10):

Accettare di inserire prodotti a base di tabacco nell'arsenale delle misure di controllo del fumo costituisce un segnale educativo negativo per l'opinione pubblica, segnale che potrebbe in seguito minare la credibilità dei messaggi di prevenzione (non esistono forme di "tabacco buono").

Propagandare tabacco orale come "alternativa al fumo" porta credito e danaro alla industria del tabacco, che è notoriamente composta di individui cinici e non affidabili

Esistono forme di nicotina "pulita", il cui contenuto è controllato e dichiarato, prive di altre sostanze cancerogene, che sono sottoutilizzate nelle terapie del tabagismo.

In ogni caso, i guadagni in termini di riduzione del fumo vanno pesati contro le perdite in termini di aumento di dipendenza da nicotina e ritardata cessazione

Tutte le riserve di cui sopra sono al centro dell'acceso dibattito scatenato dal "caso Svezia".

## 2. Svezia un "esperimento naturale"?

Nel 2003 (11) alcuni ricercatori ed attivisti di lotta al tabagismo caldeggiarono la rimozione a livello europeo del veto di commercializzare il tabacco orale Svedese "snus". Ma cos'è lo "snus", e perchè fa tanto parlare di sè?

Lo "snus" è un prodotto per uso orale costituito da tabacco finemente tritato, che viene venduto in due tipi di confezione-base: il tipo "sfuso", vale a dire semplicemente pressato in una scatola, da cui il consumatore estrae una "porzione" pizzicandola fra due dita, ed il tipo "in bustina", in cui una dose standard viene racchiusa in una bustina che ricorda quelle da tè). Sul mercato svedese esistono molte varianti di questo prodotto. Le differenze principali consistono nella quantità di tabacco in una scatola (fra 6 e 50 gr), in una dose standard (da 0.3 ad 1 gr) e nell'aggiunta di "modificatori di gusto", per esempio alla liquirizia, alla vaniglia, etc. Altri additivi "dichiarati" comprendono: cloruro di sodio, acqua (il prodotto va mantenuto umido), regolatori di umidità e acidità. Per un approfondimento della varietà di prodotti sul mercato svedese si può consultare il sito del produttore ([www.gothiatek.com](http://www.gothiatek.com))

La presa di snus viene inserita fra il labbro superiore e la gengiva e tenuta in loco per un tempo variabile, generalmente fra i 30 e i 60 minuti, dopodichè viene sputata ed eventualmente sostituita da una nuova. In questo modo, il consumatore di snus può autosomministrarsi nicotina virtualmente non-stop nell'arco della giornata.

Uno studio recente riporta che la dose di nicotina estratta dallo snus in porzioni durante l'uso corrisponde al 20-45% del contenuto iniziale del tabacco, mentre la bio-disponibilità della nicotina estratta dallo snus, cioè la quota che effettivamente passa nel circolo sanguigno, corrisponde al 40-60% della dose estratta, con un picco di concentrazione plasmatica dopo 30 minuti (12).

Oltre alla nicotina, in ragione di 8-10 mg /gr di tabacco, lo snus, come tutti i prodotti a base di tabacco, contiene una quantità enorme di sostanze chimiche.



Di particolare interesse le nitrosamine specifiche (TSNA), un gruppo di sostanze derivanti dalla reazione dei nitriti con gli alcaloidi specifici del tabacco, inclusa la nicotina. Alcune nitrosamine con proprietà cancerogene sono presenti anche nello snus, ma a concentrazioni inferiori a quelle rilevate in altri tipi di tabacco orale (13)

Il tipo di snus venduto sciolto per uso orale è la forma più antica, tradizionalmente usata dalla popolazione maschile svedese da più di 200 anni, in particolare da lavoratori manuali nel nord della Svezia. Il tipo a "porzioni" è stato invece introdotto nel mercato relativamente di recente, nella seconda metà degli anni '70, ma ha raggiunto una popolarità sorprendente, e costituisce oggi più del 50% del mercato. Ciò è dovuto anche ad un'intensa attività di marketing verso le nuove categorie di consumatori, cioè i giovani e le donne. Infatti mentre l'uso dello snus tradizionale è esteticamente non attraente, le molto più discrete e meno maleodoranti mini-porzioni, con l'aggiunta di gusti "morbidi" (vaniglia, cassis, eucalyptus) minimizzano questi problemi. Ci sono motivi di ritenere che i segmenti di mercato individuati abbiano reagito come da programma (14)

Lo "snus" è anche molto più accessibile delle sigarette dal punto di vista del prezzo (una scatola da 24 gr costa circa 2.6 Euro, contro i circa 3.7 Euro di un pacchetto di sigarette).

Dati nazionali, disponibili sistematicamente a partire dagli anni la '80, dimostrano un notevole aumento sia delle vendite di snus, sia della prevalenza di consumatori nella popolazione (grafico 2). In pratica, dopo un lungo periodo di "latenza" dopo la seconda guerra mondiale, in cui lo snus perse popolarità, si è assistito ad un continuo trend in aumento nella popolazione maschile. Fra le donne, solo negli ultimi 5-7 anni si è avuto un aumento delle consumatrici abituali, praticamente segregate fra le donne di elevata istruzione. Parallelamente, la prevalenza di fumatori giornalieri in Svezia è diminuita drammaticamente ed è oggi fra le più basse nei paesi occidentali (grafico 1), specie fra gli uomini (13% secondo un'inchiesta nazionale del 2005). Da notare tuttavia che la

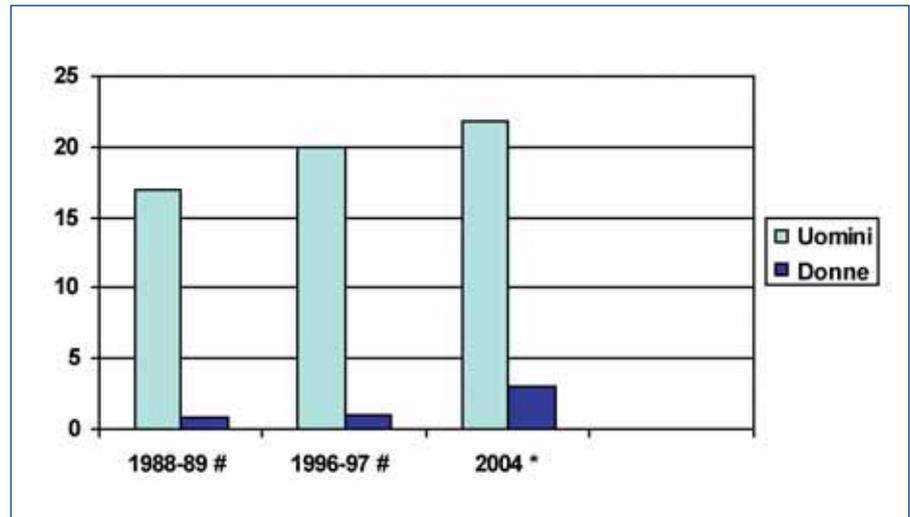


Grafico 1: Prevalenza (%) di consumatori giornalieri di snus nella popolazione adulta svedese, rilevata in tre inchieste nazionali

diminuzione di fumatori giornalieri riguarda entrambi i sessi, tanto che se si tiene conto del consumo di tabacco totale gli uomini permangono ad un livello più alto delle donne.

In Svezia, a partire dall'inizio degli anni '80 l'incidenza del tumore maligno del polmone fra gli uomini ha mostrato un trend in continua diminuzione, in accordo con quanto poteva essere predetto in base alla diminuzione di fumatori e alla latenza per la diminuzione del rischio (15). Fra le donne, il cancro polmonare è invece ancora in aumento, anche qui in accordo con il più recente picco epidemico di fumo di sigaretta nel sesso femminile.

### 3. Rischi di salute legati all'uso dello snus

In contrasto con la diffusione del consumo sta una sorprendente scarsità di ricerca sui danni dell'uso dello snus per la salute. Un gruppo di lavoro dello IARC (Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro) ha recentemente concluso (16) che tutte le forme di tabacco orale, incluso lo snus, sono in grado di causare cancro nell'uomo, ma gli studi epidemiologici implicanti l'uso di tabacco svedese come esposizione sono solo una manciata. Le forme di cancro più probabilmente causate dallo snus includono il carcinoma orale (17)

e quello del pancreas (18). Gli studi esistenti non sono concordi nell'indicare un aumento del rischio di morbidità cardiovascolare legato all'uso di snus, mentre è probabile che vi sia un aumento della letalità degli eventi coronarici acuti nei consumatori di snus in confronto ai non-consumatori di tabacco (19, 20). Due studi svedesi (21, 22) presentano dati contrastanti anche riguardo allo snus come possibile fattore di rischio per diabete di tipo II (insulino-resistente), ma non è escluso che un consumo forte e prolungato esponga ad un aumento di rischio.

Lo snus è probabilmente responsabile anche di patologie orali non tumorali (retrazioni gengivali, parodontite) (23). Inoltre, nonostante basate su un solo studio (24), ci sono indicazioni che l'uso dello snus in gravidanza esponga a diminuzione del peso alla nascita, a parto pre-termine ed a rischio di pre-eclampsia.

Gli studi svedesi, oltre che essere pochi, soffrono di un'altra limitazione, e cioè che è i consumatori esclusivi di snus, cioè quelli che non hanno mai fumato, sono fin qui una minoranza. Solo negli ultimi anni si è accumulata una consistente schiera di esclusivi consumatori di tabacco orale, sui quali sarà possibile condurre studi appropriati in futuro. Globalmente, i danni per la salute conseguenti all'uso di snus sono fin qui da valutarsi inferiori ai danni causati dal fumo, in quanto mancano totalmente gli effetti legati all'inalazione di sostanze combuste.

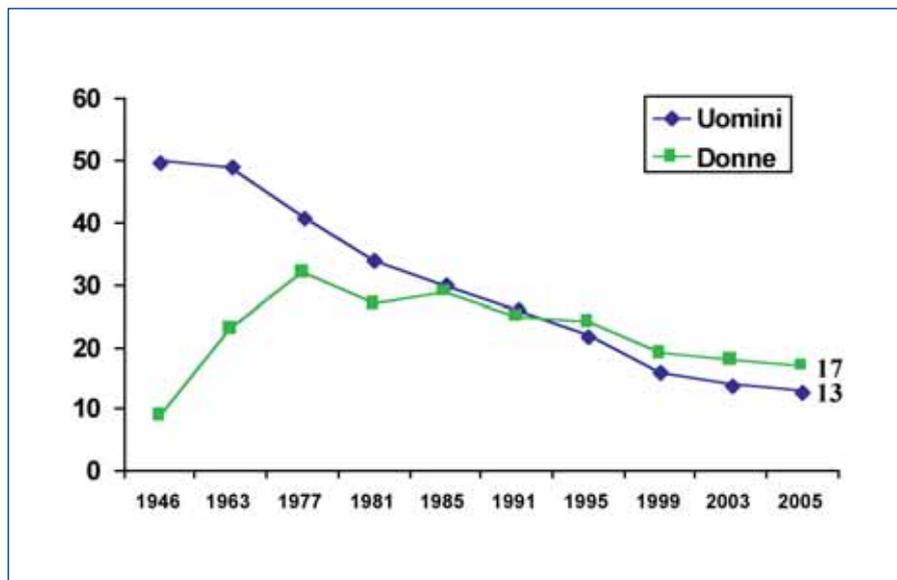


Grafico 2: Prevalenza(%) di fumatori giornalieri nella popolazione adulta svedese

#### 4. Snus come aiuto alla cessazione del fumo ?

Combinando insieme le osservazioni di cui ai paragrafi precedenti, il gruppo di teorici dell' "harm reduction" ha ipotizzato che la diminuzione del fumo di sigaretta e dei danni relativi sia, almeno fra gli uomini, in gran parte da attribuire al ruolo "compensatorio" dello snus. In altre parole, lo snus avrebbe facilitato la cessazione o riduzione del fumo nella popolazione svedese, sia direttamente, sostituendo una forma deleteria di somministrazione della nicotina con una meno deleteria, sia indirettamente, cioè favorendo la diffusione di nuove norme sociali anti-fumo (25).

Uno studio svedese (26) ha però rilevato due fatti importanti: primo, l'uso dello snus sembra in effetti aumentare la probabilità di riuscire a smettere di fumare di circa l'80%; ma, secondo, la stragrande maggioranza di ex fumatori con lungo intervallo di astinenza ha smesso senza l'aiuto dello snus. Questi due fatti, assieme all'osservazione di diminuzione della prevalenza di fumatrici fra le donne, fra le quali l'uso dello snus è fin qui stato molto raro, indicano che la proporzione di cessazione del fumo attribuibile allo snus è probabilmente modesta. Inoltre, negli anni in cui si è assistito ad un aumento del consumo di snus in Svezia sono state messe in atto numerose misu-

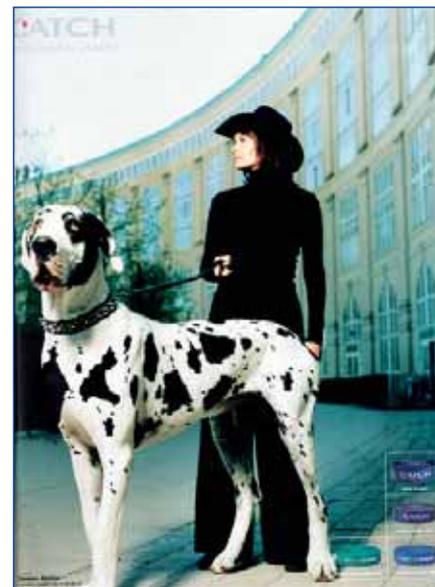
re per il controllo della commercializzazione, promozione e uso del fumo di tabacco, culminate nella legislazione anti-tabacco, la Tobacco Act del 1993. In conclusione, è difficile stabilire quanto la riduzione dei fumatori sia da attribuire allo snus e quanto al ribaltamento della normatività rispetto al fumo cui si è assistito negli ultimi 20 anni.

#### 5. Snus = iniziazione al tabacco = porta d'ingresso al fumo?

Un'altro importante argomento sollevato dagli oppositori del progetto di liberalizzazione del snus è che la presenza di un ulteriore tipo di tabacco sul mercato potrebbe avere come effetto quello di indurre giovani "immuni al fumo" a provare e diventare dipendenti da questa fonte alternativa di nicotina. Questo avrebbe il duplice svantaggio di aumentare i tassi di "nicotinismo" nella popolazione giovanile e di eventualmente aprire le porte ad una successiva transizione all'uso di sigarette.

Il problema non può essere eluso, ma non è neppure facile trovare evidenza a supporto o disconferma. I dati di popolazione svedesi non sembrano confermare l'ipotesi di un effetto "gateway" poichè la prevalenza del fumo è in discesa, mentre la prevalenza di uso dello snus è stabile fra i maschi e in ascesa fra le femmine

(27). Tuttavia, una quota consistente di ragazzi alla fine della scuola dell'obbligo usa entrambi i prodotti in quantità apprezzabili. Studi americani sull'uso del tabacco orale non hanno offerto immagini concordi su questo fenomeno (28, 29). Cosa sarebbe successo ai giovani che usano snus qualora questo non fosse stato disponibile è una domanda cui allo stato attuale non è dato di rispondere, perchè mancano dati sperimentali o quasi sperimentali al riguardo.



#### 6. Il mercato non gioca a dadi

Come è facile arguire, l'alta temperatura della discussione è dovuta anche agli enormi interessi economici in gioco. La compagnia Swedish Match, il principale produttore svedese di snus, naviga benissimo in acque turbolente. Tanto per mettere in chiaro dove stanno le sue prospettive di espansione, nell'ultimo rapporto economico della compagnia a fine anno 2004, la pagina di copertina mostra una sorridente "donna in carriera" che tiene delicatamente fra il pollice e l'indice una porzione di snus. Dal rapporto (scaricabile anche in inglese dal sito [www.swedishmatch.com](http://www.swedishmatch.com)) si deduce quanto segue:

a. il modello "harm reduction" viene speso in pieno dalla compagnia, che riporta ampi stralci degli argomenti in favore della "sostituzione di uso"



b. il mercato svedese è pressochè saturo, e, vista l'impermeabilità della legislazione europea, l'espansione può oggi come oggi solo avvenire sul mercato americano, che rappresenta il target attuale per la commercializzazione su larga scala.

Si può anche speculare che il mercato americano, notoriamente più vivace di quello europeo, offre una duplice opportunità alla Swedish Match. Da una parte, vi è l'aspetto commerciale puro e semplice: oltre 200 milioni di potenziali consumatori, sbocco per la produzione locale di tabacco, etc. Dall'altra, la penetrazione sul mercato americano rappresenterebbe un trampolino di lancio su mercati ancora più "giovani" (es. paesi africani, dell'est asia-

tico, etc), e un tramite altamente persuasivo per una successiva regolamentazione del prodotto, condizione primaria per l'ammorbidente della legislazione europea (30)

### Domande aperte

I modelli di "harm reduction" sono in definitiva sfide, che sollevano interrogativi sia scientifici che etici, sia sul piano della prevenzione che su quello del trattamento del tabagismo. è vero, infatti, che il principio del "primum non nocere" può essere considerato ambiverso: *introdurre un potenziale di rischio è eticamente altrettanto inaccettabile del sottrarre un potenziale di riduzione del rischio*. In questo senso, va forse sottolineato che gli aspetti da considerare nell'assistenza al

fumatore in un contesto "clinico" non sono gli stessi di quando si fanno scelte che hanno come target l'intera popolazione. Infine, non va dimenticato che le modificazioni di comportamento a livello di "comunità" sono multifattoriali, legate cioè a modelli culturali, tradizioni, scelte politiche, economiche, e influenze mass-mediali. Auspicare l'esportazione di un prodotto come soluzione di problemi legati ad un comportamento complesso come il fumare potrebbe rivelarsi, alla fine della storia, un grave peccato di ingenuità.

**M. Rosaria Galanti**

Epidemiologo, Unita' di Prevenzione del Tabagismo della Regione di Stoccolma e Karolinska Institutet

### Bibliografia

- Drummond C, Edwards G, Glanz A et al. Rethinking drug policies in the context of the acquired immunodeficiency syndrome. *Bull Narc* 1987;39(2):29-35.
- Hughes JR. Harm -reduction approaches to smoking. The need for data. *Am J Prev Med* 1998;15(1):78-9.
- McNeill A. Harm reduction. *BMJ* 2004;328(7444):885-7.
- Warner KE. Tobacco harm reduction: promise and perils. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 2:S61-71.
- Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2005;294(12):1505-10.
- Franceschi S, Bidoli E. The epidemiology of lung cancer. *Ann Oncol* 1999;10 Suppl 5:S3-6.
- Hatsukami DK, Lemmonds C, Tomar SL. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? *Prev Med* 2004;38(3):309-17.
- Heath J, Andrews J, Balkstra CR. Potential reduction exposure products and FDA tobacco and regulation: a CNS call to action. *Clin Nurse Spec* 2004;18(1):40-8
- Bolinder G. Swedish snuff: a hazardous experiment when interpreting scientific data into public health ethics. *Addiction* 2003;98(9):1201-4.
- Martin EG, Warner KE, Lantz PM. Tobacco harm reduction: what do the experts think? *Tob Control* 2004;13(2):123-8.
- Bates C, Fagerström K, Jarvis MJ, Kunze M, McNeill A, Ramström L. European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tob Control* 2003;12(4):360-7.
- Lunell E, Lunell M. Steady-state nicotine plasma levels following use of four different types of Swedish snus compared with 2-mg Nicorette chewing gum: a crossover study. *Nicotine Tob Res* 2005;7(3):397-403.
- Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerström K. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tob Control* 2003;12(4):349-59.
- Stjerna ML, Lauritzen SO, Tillgren P. "Social thinking" and cultural images: teenagers' notions of tobacco use. *Soc Sci Med* 2004;59(3):573-83.
- Galanti M. Il modello svedese di prevenzione del tabagismo. *Tabaccologia* 2003;4:19-22.
- IARC monographs programme finds smokeless tobacco is carcinogenic to humans. Press release n. 154. Lyon: IARC; 2004.
- Lewin F, Norell SE, Johansson H et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden. *Cancer* 1998;82(7):1367-75.
- Boffetta P, Aagnes B, Weiderpass E, Andersen A. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *Int J Cancer* 2005;114(6):992-5.
- Bolinder G, Alfredsson L, Englund A, de Faire U. Smokeless tobacco use and increased cardiovascular mortality among Swedish construction workers. *Am J Public Health* 1994;84(3):399-404.
- Huhtasaari F, Lundberg V, Eliasson M, Janlert U, Asplund K. Smokeless tobacco as a possible risk factor for myocardial infarction: a population-based study in middle-aged men. *J Am Coll Cardiol* 1999;34(6):1784-90.
- Persson PG, Carlsson S, Svanström L, Ostenson CG, Efendic S, Grill V. Cigarette smoking, oral moist snuff use and glucose intolerance. *J Intern Med* 2000;248(2):103-10.
- Eliasson M, Asplund K, Nasic S, Rodu B. Influence of smoking and snus on the prevalence and incidence of type 2 diabetes amongst men: the northern Sweden MONICA study. *J Intern Med* 2004;256(2):101-10.
- Wickholm S, Söder PO, Galanti MR, Söder B, Klinge B. Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarette users. *Acta Odontol Scand* 2004;62(6):333-8.
- England LJ, Levine RJ, Mills JL, Klebanoff MA, Yu KF, Cnattingius S. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(4):939-43.
- Fagerström KO, Schildt EB. Should the European Union lift the ban on snus? Evidence from the Swedish experience. *Addiction* 2003;98(9):1191-5.
- Gilljam H, Galanti MR. Role of snus (oral moist snuff ) in smoking cessation and smoking reduction in Sweden. *Addiction* 2003;98(9):1183-9.
- Hvitfeldt T, Rask L, Andersson B, Hibell B. Skolelevers drogvänor 2004. Stockholm: Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning; 2004:84.
- Tomar SL. Is use of smokeless tobacco a risk factor for cigarette smoking? The U.S. experience. *Nicotine Tob Res* 2003;5(4):561-9.
- Kozlowski LT, O'Connor RJ, Edwards BQ, Flaherty BP. Most smokeless tobacco use is not a causal gateway to cigarettes: using order of product use to evaluate causation in a national US sample. *Addiction* 2003;98(8):1077-85.
- Gray N. Mixed feelings on snus. *Lancet* 2005;366(9490):966-7.

# FLUIFORT<sup>®</sup>

R05CB03

## Carbocisteina sale di lisina monoidrato

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

### 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Fluifort 2,7 g granulato

### 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

1 bustina da 5 g contiene: principio attivo: carbocisteina sale di lisina monoidrato pari a 2,7 g di carbocisteina sale di lisina; per gli eccipienti, vedere 6.1.

### 3. FORMA FARMACEUTICA

Granulato

### 4. INFORMAZIONI CLINICHE

**4.1 Indicazioni terapeutiche.** Mucolitico, fluidificante nelle affezioni dell'apparato respiratorio acute e croniche.

**4.2 Posologia e modo di somministrazione.** 1 sola bustina al giorno o secondo prescrizione medica. In considerazione delle caratteristiche farmacocinetiche e della elevata tollerabilità, la posologia consigliata può essere mantenuta anche in pazienti con insufficienza renale ed epatica. Durata del trattamento: Carbocisteina sale di lisina monoidrato può essere impiegata anche per periodi prolungati, in questo caso è opportuno seguire i consigli del medico. Istruzioni per l'impiego della bustina: sciogliere il contenuto della bustina in circa mezzo bicchiere d'acqua mescolando bene.

**4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ulcera gastroduodenale. Gravidanza ed allattamento. Pazienti di età pediatrica (al di sotto degli 11 anni).

**4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Non sono noti fenomeni di assuefazione o dipendenza. Fluifort 2,7 g granulato non influisce su diete ipocaloriche o controllate e può essere somministrato anche a pazienti diabetici. Fluifort 2,7 g granulato non contiene glutine; pertanto può essere somministrato a pazienti affetti da celiachia. Fluifort 2,7 g granulato contiene aspartame come dolcificante: tale sostanza è controindicata in soggetti affetti da fenilchetonuria.

**4.5 Interazioni con altri farmaci e altre forme di interazione.** In studi clinici controllati non sono state evidenziate interazioni con i più comuni farmaci di impiego nel trattamento delle affezioni delle vie aeree superiori ed inferiori né con alimenti e con test di laboratorio.

**4.6 Gravidanza e allattamento.** Sebbene il principio attivo non risulti né teratogeno né mutageno e non abbia mostrato effetti negativi sulla funzione riproduttiva nell'animale, Fluifort non deve essere somministrato in gravidanza (vedere 4.3). Poiché non sono disponibili dati relativi al passaggio di carbocisteina sale di lisina monoidrato nel latte materno, l'uso durante l'allattamento è controindicato (vedere 4.3).

**4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati riportati, né sono ipotizzabili, effetti negativi del farmaco sulla capacità di guidare veicoli o usare macchinari.

**4.8 Effetti indesiderati.** L'esperienza derivata dalla commercializzazione di Fluifort evidenzia che la comparsa di effetti indesiderati è un evento molto raro. Basandosi sulla stima di pazienti esposti, segnalazioni spontanee di reazioni avverse sono state riportate in meno di un paziente ogni milione di pazienti esposti. Nella maggior parte dei casi i sintomi hanno avuto carattere transitorio e si sono risolti con la sospensione della terapia e, in alcuni casi, con trattamento farmacologico specifico. Le reazioni avverse riscontrate con Fluifort, tutte molto rare (incidenza <1/10.000), sono le seguenti: **Cute e annessi:** rash cutaneo, orticaria, eritema, esantema, esantema/eritema bolloso, prurito, angioedema, dermatite. **Sistema digestivo:** dolore addominale, nausea, vomito, diarrea. **Sistema nervoso:** vertigine. **Sistema cardiovascolare:** rossore. **Sistema respiratorio:** dispnea. È stato riportato un singolo caso di ipoguesia e parosmia in un paziente trattato con dosi più elevate di quelle raccomandate.

Le rarissime reazioni avverse che hanno avuto carattere di gravità (solo tre segnalazioni) includono solo casi di reazioni cutanee (orticaria, eritema e/o esantema, anche bolloso).

**4.9 Sovradosaggio.** Sono stati riportati rarissimi casi di reazioni avverse occorse in pazienti trattati con dosi di Fluifort 2-3 volte più alte di quelle raccomandate. In nessuno dei casi le reazioni hanno avuto carattere di gravità. I sintomi riportati in questi casi di sovradosaggio hanno coinvolto prevalentemente reazioni cutanee, con due casi singoli rispettivamente di eventi gastrointestinali e alterazioni dei sistemi sensoriali. È inoltre stato riportato un caso di un bambino di 9 anni trattato con una dose inadatta all'età (2,7 grammi/die per singola somministrazione). Il paziente ha ripetutamente manifestato vomito immediatamente dopo l'assunzione. Non esiste un antidoto specifico; si consiglia eventualmente di eseguire lavanda gastrica seguita da terapia di supporto specifica.

### 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E TOSSICOLOGICHE ED ELEMENTI DI FARMACOCINETICA

**5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento; espettoranti escluse le associazioni con sedativi della tosse, mucolitici. Codice ATC: R05CB03. Carbocisteina sale di lisina monoidrato ristabilisce in modo dose-dipendente la viscosità e l'elasticità delle secrezioni mucose a livello sia delle alte che delle basse vie aeree. La sua efficacia nel normalizzare le secrezioni mucose sembra essere dovuta alla capacità di aumentare la sintesi di sialomucine, ripristinando pertanto il corretto equilibrio tra sialo- e fuco-mucine, elemento fondamentale di contribuire alla fluidità del muco. Inoltre carbocisteina sale di lisina monoidrato stimola la secrezione di ioni cloro nell'epitelio delle vie aeree, fenomeno associato a trasporto di acqua e di conseguenza, alla fluidificazione del muco. Nel coniglio la somministrazione orale di Carbocisteina sale di lisina monoidrato previene la riduzione del trasporto mucociliare determinata dall'instillazione intratracheale di elastasi esogena. Carbocisteina sale di lisina monoidrato produce un incremento dose-dipendente della concentrazione di lattoferrina, lisozima e di alfa1-antichimotripsina, indicando una ripresa funzionale delle cellule sierose delle ghiandole peribronchiali e dei loro meccanismi di sintesi proteica. Carbocisteina sale di lisina monoidrato ha dimostrato un'azione positiva nei confronti della produzione di IgA secretorie nasali e tracheobronchiali. Carbocisteina sale di lisina monoidrato inoltre migliora la clearance mucociliare e migliora la diffusibilità dell'antibiotico.

**5.2 Proprietà farmacocinetiche.** Carbocisteina sale di lisina monoidrato dopo somministrazione orale viene assorbita in modo pressoché totale e rapidamente. Il picco di assorbimento si ha in 1,5 - 2 ore. L'emivita plasmatica è di circa 1,5 ore. La sua eliminazione e quella dei suoi metaboliti avviene essenzialmente per via renale. Il prodotto è escreto tal quale nelle urine per il 30-60% della dose somministrata, la rimanenza è escreta sotto forma di vari metaboliti. Come tutti i derivati con il gruppo tiolico bloccato, carbocisteina sale di lisina monoidrato si fissa in modo specifico al tessuto broncopulmonare. Nel muco il farmaco raggiunge concentrazioni medie di 3,5 µg/ml, con un tempo di dimezzamento di circa 1,8 ore (dose 2 g/die). La biodisponibilità della carbocisteina non viene influenzata dalle differenti forme farmaceutiche.

**5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Gli studi di tossicità acuta, di tossicità subacuta e cronica non hanno evidenziato manifestazioni di tossicità a dosaggi notevolmente superiori a quelli terapeutici consigliati (DL<sub>50</sub> in mg/kg: topo e ratto i.p. > 5760; topo e ratto p.o. > 13500. Dosi non tossiche negli studi cronici: 3 mesi cane p.o. = 300 mg/kg/die; 6 mesi ratto p.o. = 500 mg/kg/die). Studi di teratogenesi condotti su due specie animali (ratto e coniglio) non hanno evidenziato anomalie di organogenesi. Studi di tossicità riproduttiva condotti nel ratto hanno dimostrato che Carbocisteina sale di lisina monoidrato non interferisce sulla fertilità o riproduzione né sullo sviluppo embrionico, né su quello post-natale. Il prodotto non è correlato chimicamente con prodotti ad attività cancerogena ed è risultato non mutageno nei test di genotossicità "in vitro" ed "in vivo".

### 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

**6.1 Elenco degli eccipienti.** Acido citrico, mannitolo, povidone, aroma naturale di cedro, aroma naturale di arancia, succo di arancia, aspartame.

**6.2 Incompatibilità.** Nessuna.

**6.3 Periodo di validità.** Tre anni.

La data di scadenza indicata si riferisce al prodotto in confezionamento integro correttamente, conservato.

**6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Nessuna

**6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Bustine in carta/alluminio/politene. Confezione di 30 bustine da 5 g

**6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione.** Sciogliere il contenuto della bustina in circa mezzo bicchiere d'acqua mescolando bene.

### 7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Dompé farmaceutici s.p.a - Via San Martino, 12 - Milano. Concessionario per la vendita: Dompé s.p.a. - Via Campo di Pile - L'Aquila

### 8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

AIC n. 023834056

### 9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data di rinnovo: giugno 2005

### 10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

giugno 2005

# Concorsi di bellezza *smoke-free*: update di un'indagine

## Smoke-free beauty competitions: update of a survey

Pacella Silvia, Caucci Melissa, Mangiaracina Giacomo

### Riassunto

**Introduzione.** In considerazione delle difficoltà spesso riscontrate in ambito di Prevenzione del Tabagismo, si sono voluti esplorare nuovi linguaggi che permettano di veicolare messaggi di salute in grado di raggiungere contesti difficilmente permeabili, ben lontani dal concetto "austero" di Prevenzione spesso percepito. L'indagine, diretta alle finaliste di Miss Mondo, va ad integrare la precedente esplorazione degli atteggiamenti e delle abitudini delle finaliste di Miss Universo 2003 nei riguardi del fumo di tabacco.

**Materiali e metodi.** L'indagine 2005 è stata condotta attraverso il medesimo questionario usato nel 2003, direttamente somministrato, durante uno stage formativo, alle partecipanti alla finale del concorso "Miss Mondo - Italia".

**Conclusioni.** Il campione, ancora esiguo, arriva a superare i 100 soggetti, dimostrando poche variazioni rispetto ai dati precedenti, ma confermando una ridotta prevalenza di Tabagismo tra le giovani donne, nell'ambito dei concorsi di bellezza.

**Parole chiave:** massmedia, fumo di tabacco, adolescenza, prevenzione del tabacco.

### Abstract

**Introduction.** Considering the difficulties in Tobacco prevention, we wanted to explore new forms of language in order to create messages of health to reach different contexts of young people, far away from an "austerity" of perception in prevention. The current investigation (Miss World's finalists) is integrative to the previous research about attitudes and habits of the finalists of beauty competitions, started with the Italian edition of Miss Universe 2003, towards tobacco smoke.

**Methods.** The 2005's survey was carried out by the same questionnaire used in 2003, directly given to the finalists of Miss World - Italia, during a stage.

**Conclusions.** The sample has still a small numerosity, just over 100 girls, and it demonstrates few variations in comparison with previous figures. It confirms a smaller prevalence of tobacco consumption among young women in beauty competitions.

**Keywords:** massmedia, tobacco consumption, adolescence, smoking prevention.

### Introduzione

Secondo l'indagine Doxa commissionata dall'Istituto Superiore di Sanità (1), negli ultimi anni la situazione relativa al consumo di tabacco in Italia sembrerebbe migliorata; gli attuali fumatori sarebbero il 25,6% della popolazione generale contro il 26,2% del 2004 e il 27,6% del 2003. Sempre secondo i dati Doxa, 500 mila fumatori avrebbero smesso nell'ultimo anno. La diminuzione sareb-

be superiore tra gli uomini (29,3% nel 2005, 30% nel 2004, 33,2% nel 2003), ma anche nelle donne si registrerebbe un calo delle fumatrici meno appariscenti (22,1% nel 2005, 22,5% nel 2004 e nel 2003). Gli ex fumatori sarebbero di conseguenza aumentati, passando dal 17,9 al 18,6% (25,2% maschi e 12,4% femmine), mentre i non fumatori rappresenterebbero il 55,8% (45,5% uomini e 65,5% donne) della popolazione generale.

Quando parliamo di dati riferiti al consumo di tabacco, nonostante lo studio Doxa sia ritenuto del tutto attendibile dai ricercatori dell'ISS, vi è sempre una buona dose di scetticismo da parte degli specialisti della materia, in funzione del fatto che le cifre del passato hanno mostrato incongruenze e discordanze, che meritano ancora oggi la dovuta attenzione (2). Tuttavia, se riduzione oggettiva vi è stata, il merito andrebbe attribuito alla maggiore sensibilità dei vertici della Sanità Pubblica e delle istituzioni preposte alla tute-



Santa Maria di Leuca (LE): la finale del concorso di Miss Mondo - Italia (18/09/2005)

la della Salute nel nostro Paese, che si sono tradotti in programmi di Controllo del Tabagismo, specie sul piano del trattamento (centri antifumo). Ma il merito di maggiore rilevanza si deve attribuire alle recenti emanazioni legislative, in particolare l'art. 51 della 3/2003 sulla Pubblica Amministrazione, entrata in vigore il 10 gennaio 2005, che sta contribuendo in modo significativo al cambiamento dei comportamenti sociali in materia di Fumo, buona premessa alla divulgazione di una cultura della prevenzione.

Bisogna tuttavia tenere conto che i dati provenienti dai produttori del tabacco, in particolare Altria Group e Reynolds American, continuano a registrare un aumento dei profitti, dimostrando che la diminuzione del consumo di tabacco non sarebbe poi così eclatante.

In relazione al quadro descritto è imperativo impiegare le necessarie risorse finalizzate alla prevenzione, la cui efficacia spesso non appare documentata. Le iniziative e i programmi di prevenzione vengono proposte con sistematica periodicità. Nella sostanza possono essere così riassunti:

### Documento Conferenza di Roma del 13-15 novembre 2003

Il documento, stilato nell'ambito del Convegno su "Tabacco, prevenzione e

comunicazione incentrate sui giovani" si poneva l'obiettivo fondamentale di adottare raccomandazioni che potessero guidare la Commissione europea nel definire i criteri per l'elaborazione di future campagne.

### Campagne Europee

In occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco 2005, la Commissione Europea ha presentato la campagna HELP - Per una vita senza tabacco, con tre spot televisivi, trasmessi contemporaneamente in tutti i paesi membri dell'Unione, per la sensibilizzazione sul tabagismo e la creazione di un sito Internet: [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com).<sup>(3)</sup> I tre spot "HELP" affrontano il tema della, prevenzione, della cessazione e del fumo passivo rivolgendosi in particolare ai ragazzi e ai giovani adulti, considerati un gruppo a rischio. "HELP" è la seconda grande campagna antifumo attivata in tutti gli stati membri dell'Unione Europea, basata sugli esiti della precedente campagna "Feel-Free to Say NO", realizzata tra il 2002 e il 2004 e che ha avuto 1 miliardo di contatti tra i giovani di tutta l'UE. La campagna si fonda su una strategia di comunicazione integrata che fa ricorso alla pubblicità tradizionale, a spot televisivi, cinematografici e radiofonici, ad inserzioni e cartelloni pubblicitari nonché alle pubbliche relazioni e alle mani-

festazioni tradizionali. Un altro aspetto della campagna è costituito da un sito Internet in undici lingue <http://www.feel-free.info>, che contiene anche collegamenti a centri a cui è possibile telefonare e chiedere un supporto a distanza nella cura della dipendenza tabagica (*Quit-Line*).

### Coalizioni nazionali e internazionali

L'ENSP (European Network for Smoking Prevention - [www.ensp.org](http://www.ensp.org)), rete europea per la prevenzione del Fumo, ad esempio, riunisce 600 organizzazioni attive nel campo del controllo del Tabacco con lo scopo di dare maggiore incisività alle attività a livello regionale, nazionale ed europeo, e di garantire una collaborazione ed un intervento efficace ai progetti in ambito politico, strategico e operativo.

### Enypat

La *European Network on Young People and Tobacco* è nata nel 1993 con lo scopo di sviluppare programmi per la prevenzione del fumo tra i giovani. Tra questi spicca lo "Smoke free class competition", che prevede una competizione fra classi in cui vince chi segue lo stile di vita più sano. Il progetto, lanciato per la prima volta nell'anno scolastico 1997/98 su un campione di 100.000 alunni appartenenti a diversi Paesi Europei, continua ancora oggi con il coinvolgimento di un numero sempre crescente di Paesi e di classi. Con questo ed altri programmi ENYPAT è riuscita sia ad instaurare un felice rapporto di collaborazione tra diversi Paesi, sia a favorire la collaborazione tra insegnanti, esperti del settore, ricercatori e politici.

### Programmi scolastici

Se da un lato va riconosciuto l'impegno e il coinvolgimento delle scuole nella prevenzione del tabagismo, dall'altro va detto che tali propositi mancano di alcuni elementi essenziali come i criteri di selezione dei programmi idonei in base ad età e ordine scolastico e i criteri di selezione delle competenze adatte (operatori della salute esperti in Tabagismo) a veicolare i messaggi di prevenzione. La prevenzione, in altre parole,

deve essere condotta con criteri scientifici in grado di delineare "programmi-tipo".

### Programmi regionali

Numerose sono le iniziative a livello regionale. L'Assessorato Sanità della Regione Lombardia ha stilato nel 2000 le Linee-Guida per il controllo e la prevenzione del Tabagismo; nel Veneto, il Centro di riferimento per la Prevenzione del Tabagismo, guidato da Elisabeth Tamang, ha promosso lo *Smoke Free Class Competition* su tutto il territorio nazionale. Di sicuro interesse l'iniziativa della Regione Emilia Romagna di sperimentare nuovi strumenti e metodi nel campo della prevenzione e della promozione della salute (Playback Theatre, scrittura creativa, analisi immaginativa e diversi laboratori interattivi) per giungere a strategie adatte in particolar modo alle esigenze di giovani e docenti.

Rimane tuttavia fondamentale aderire alla traccia segnata dalle Linee-Guida regionali emanate con lo scopo di evitare improvvisazioni che invalidano l'approccio scientifico in Prevenzione a discapito dell'efficacia. I progetti di prevenzione possono presentare oggettive difficoltà quando l'obiettivo è quello di migliorare la salute individuale e collettiva. Uno degli ostacoli ad una prevenzione efficace è l'influenza delle "ondate emotive" del contesto sociale. Infatti l'attenzione e l'enfasi posta sulle tematiche da parte dei Media è variabile. A questa incostanza si affianca l'irregolarità o la scarsità dei supporti in ambito amministrativo ed istituzionali, che mettono in crisi la continuità degli interventi. Per questo la prevenzione deve contare sulla qualità e la multidisciplinarietà delle competenze, e la sola informazione certamente non basta a cambiare atteggiamenti e comportamenti. Le campagne di prevenzione del tabagismo devono dunque essere integrate in una strategia globale<sup>4</sup>. Di fatto occorre contrasta-

re in una qualche maniera la promozione incessante dei grandi produttori del tabacco verso i giovanissimi, che per l'80% sperimentano il fumo prima dei 18 anni. Rimane importante studiare e analizzare le dinamiche affettivo-relazionali giovanili, definendo con chiarezza gli obiettivi e gli indicatori di efficacia. C'è comunque bisogno di campagne per adulti e giovani, a cui si dovrà parlare come a degli adulti, utilizzando i mezzi di comunicazione più adeguati.

Nel tentativo di esplorare nuove vie, la SITAB ha cercato di permeare contesti del tutto nuovi e di veicolare messaggi di salute attraverso l'utilizzo di linguaggi alla portata di tutti, condivisi dai giovani, che si discostino il più possibile dall'immagine "austera" e "mutilante" della prevenzione. L'obiettivo è migliorare la salute, la qualità di vita e la sua durata, alimentando una cultura della salute che non sia frutto di moralismi e salutismi.

Da qui la ricerca di testimonial e di figure che in qualche modo abbiano un forte impatto e grande presa sugli organi di informazione e sul pubblico, in particolare quello giovanile. Questo viaggio ha portato ad avvicinarci al mondo dell'estetica (moda e bellezza)<sup>(5)</sup>. L'occasione ci è stata offerta da "Miss Universo", e proseguendo su questa linea siamo approdati a "Miss Mondo" e a "Mr. Centocelle".

In questa sede descriveremo l'impegno nel conseguire una serie di obiettivi tra cui quelli già citati:

- sfruttare contesti che riscuotono maggiore interesse da parte dei Media;
- dare vita a messaggi in grado di raggiungere un target di popolazione più ampio e vario;
- esplorare percorsi e linguaggi nuovi rispetto a quelli tradizionali o convenzionali.

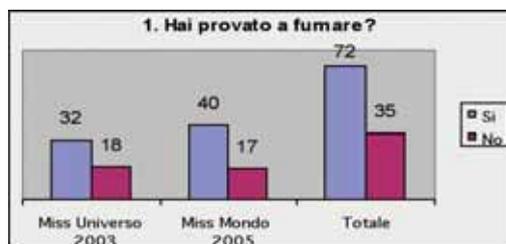
Si è dunque voluto proseguire con l'indagine iniziata in occasione del concorso Miss Universo 2003, che si proponeva di indagare atteggiamenti, stili di vita e conoscenze sul Tabagismo delle partecipanti alla fase finale<sup>(6)</sup>.

### Materiali e metodi

Durante il concorso "Miss Mondo" 2005 si è provveduto ad analizzare gli stili di vita e le conoscenze delle ragazze in merito al Tabagismo attraverso la somministrazione dello stesso questionario utilizzato nel 2003<sup>(6)</sup>, composto da un totale di 20 domande di cui alcune dicotomiche del tipo "sì-no" e "vero-falso", altre aperte per le cui risposte si è provveduto alla costruzione di categorie di analisi, ed altre in cui veniva richiesto di indicare l'importanza di una serie di problematiche elencate. I dati raccolti sono stati analizzati dal punto di vista qualitativo.

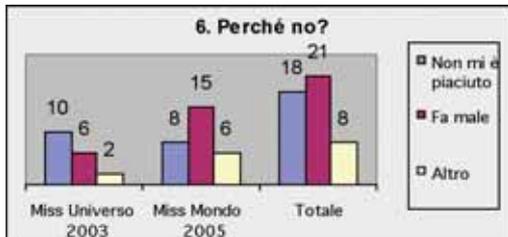
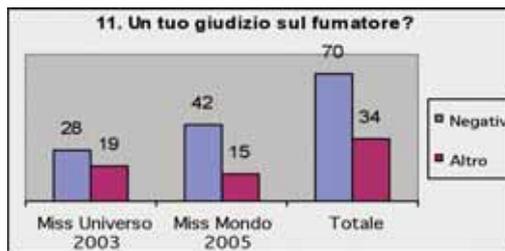
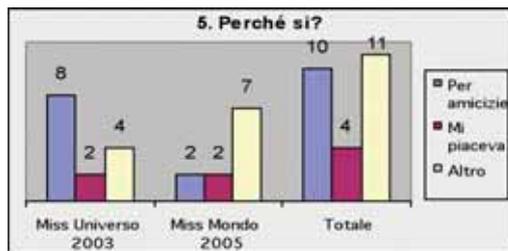
Il campione esaminato delle finaliste di Miss Universo 2003 era composto da 50 ragazze; quello di Miss Mondo è stato di 57 concorrenti.

## Analisi del questionario Miss Mondo 2005 e Confronto con i dati Miss Universo 2003



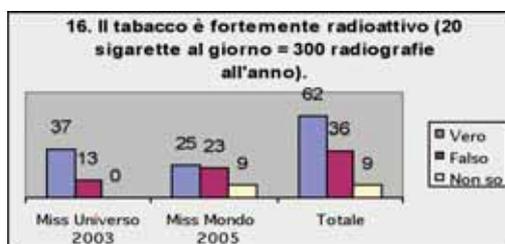
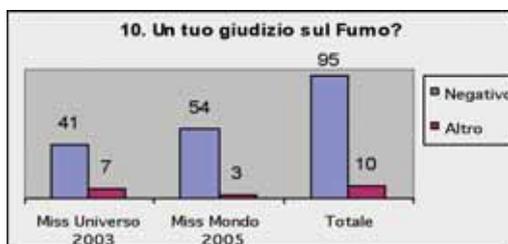
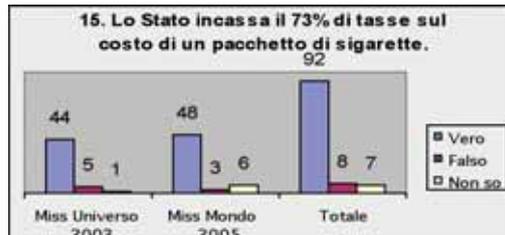
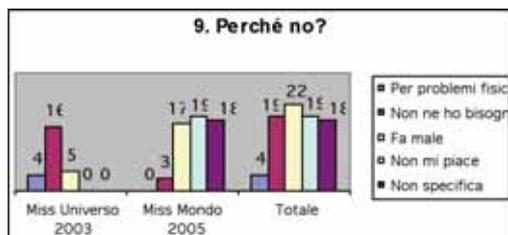
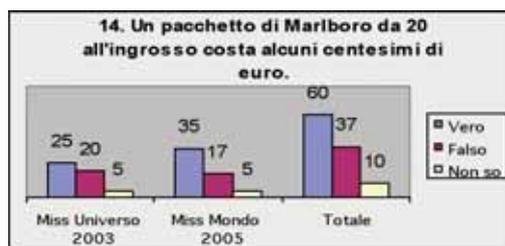
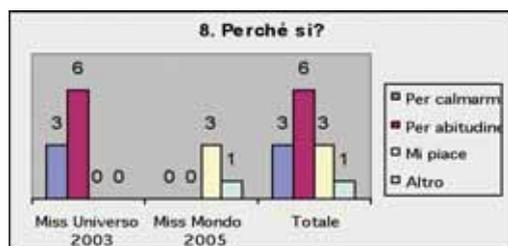
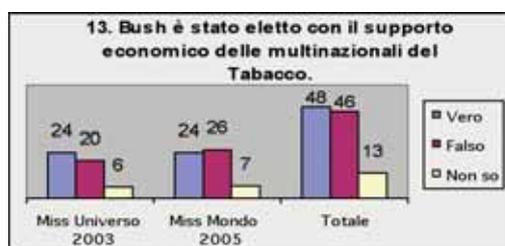
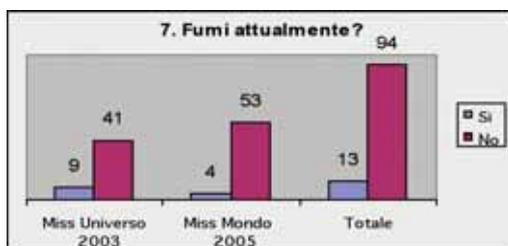
2. A CHE ETÀ?			
	Miss Universo 2003	Miss Mondo 2005	Totale
Età media	16 anni	15 anni	15,5 anni





**12. INDICA PER CIASCUNA DI QUESTE PROBLEMATICHE IL VALORE DI IMPORTANZA SOCIALE DA 1 A 5**

	Miss Universo 2003	Miss Mondo 2005
Inquinamento	Massima	Medio-Grande
Elettromagnetismo	Media	Media
Tabagismo	Media	Medio-Grande
Tossicodipendenza	Medio-Grande	Medio-Grande



## Risultati e discussione

L'esigua numerosità del campione non ci permette di effettuare disamine scientifiche né di ottenere risultati statisticamente significativi; si evidenzia però il fatto che siamo di fronte ad un campione fortemente selezionato, derivante da numerose votazioni da

parte di pubblico e giurie e tratto da un ambito particolare e chiuso (le ragazze sono state sottoposte al questionario proprio perché partecipanti al concorso). I dati ci offrono dunque l'opportunità di esplorare un piccolo contesto che, considerando anche i risultati ottenuti dall'analoga indagine da noi

condotta nel 2003 può farci costruire delle ipotesi sul consumo di tabacco all'interno del mondo della Moda, che merita una vigile considerazione poiché, come sappiamo, è insieme a quello dello Sport particolarmente capace di catturare l'attenzione e l'emulazione dei giovani.

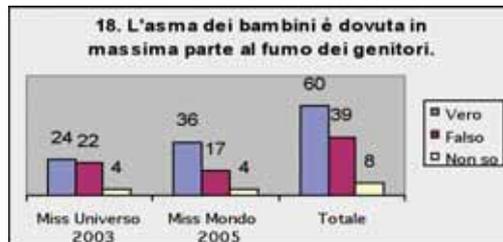
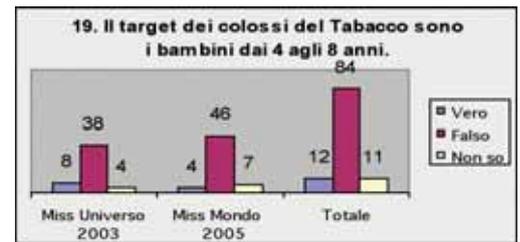
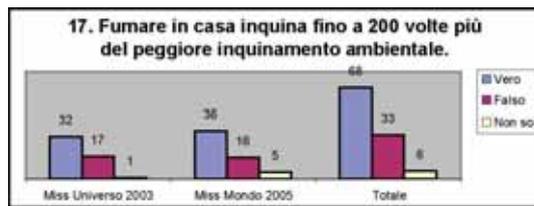
Il 70% delle ragazze (40 su 57) dichiara di aver provato almeno una volta a fumare, percentuale considerevolmente superiore a quella registrata nel 2003 (64%) (fig. 1). L'età media in cui ciò è avvenuto è di 15 anni (d.s. = 2) (fig. 2) ed il contesto della sperimentazione è quello grupale (67%) (fig. 3). Nella voce "altro" sono incluse alcune risposte degne di un commento: 2 ragazze, infatti, hanno fumato la prima sigaretta proprio durante un concorso di bellezza; sconcertante è poi la dichiarazione di una ragazza che ha provato per la prima volta "grazie" ad una sigaretta offertale da suo padre. Solo 11 ragazze su 29 (27%) hanno continuato a fumare (fig. 4), adducendo motivazioni prevalentemente legate alla condivisione amicale e all'accettazione da parte degli altri ("per farmi notare"); tra queste, inoltre, solo 2 dichiarano di aver continuato per piacere (fig. 5). Tra coloro che non hanno dato un seguito alla prova la motivazione prevalente è legata alla salute e ai danni che il fumo può provocare (15 su 29), nonché all'assenza di piacere nel fumare (8 su 29) (fig. 6).

Sebbene non rappresentativi, i dati complessivi (cioè sul campione totale di 107 ragazze, 2003+2005) sin qui riportati sono sovrapponibili alla tendenza generale ad attuare un comportamento

esploratorio da parte della maggioranza degli adolescenti nei confronti della sigaretta (2 su 3 provano; nostro campione = 67%) e a proseguire da parte di una minoranza di questi (1 su 3 acquisisce l'abitudine al fumo e diventa dipendente; nostro campione = 34%).

Un'altra osservazione da fare riguarda l'attribuzione a fattori esterni della prosecuzione dell'abitudine al fumo (amici ecc...) rispetto ad una maggiore presa di coscienza personale che sembra caratterizzare il gruppo di chi non ha proseguito (attenzione verso la propria salute, mancanza di piacere nel fumare).

Interessante inoltre notare che la maggior parte delle ragazze che hanno continuato a fumare ha comunque smesso successivamente, tanto che al momento della somministrazione solo 4 ragazze sul totale di 57 erano fumatrici, corrispondente al 7%, percentuale decisamente inferiore a quella relativa alla popolazione generale (25%) e a quella relativa all'analogo campione del 2003 (18%) (fig. 7). Il primo dato sembra confermare l'ipotesi per cui "le rilevanti motivazioni di autoaffermazione presenti nel gruppo esaminato giocano un ruolo significativo nella scelta delle modalità di coping e nella opzione verso il consumo di droghe; in altre parole si potrebbe ipotizzare che ad una maggiore intensità di autoaffermazione possa corrispondere una maggiore autostima e di conseguenza una minore ricerca di stampelle psico-sociali"(6); considerando il campione complessivo, infatti, l'87% delle ragazze è costituito da non fumatrici. Il secondo aspetto, relativo alla riduzione del numero di fumatrici rispetto al precedente campione, ci porta a credere che l'iniziativa di rendere smoke-free il concorso in maniera stabile nel tempo (dal 2002) possa in qualche modo aver veicolato nelle ragazze stesse il messaggio di incompatibilità dei concetti di bellezza, giovinezza, freschezza e quindi libertà con la dipendenza da una droga come il



Presidente SITAB alla premiazione di Mr. Centocelle Smoke Free



Miss Mondo - Italia 2005: premiazione di Sofia Bruscoli



Santa Maria di Leuca (LE): la giuria del concorso

tabacco. Tra le fumatrici, 3 dichiarano di provare piacere nel fumare, mentre 1 lo fa per "paura di ingrassare", dimostrando di nascondersi dietro il falso mito che vuole che il fumo di sigaretta faccia dimagrire (fig. 8); le motivazioni addotte verso la scelta di non fumare (93%) riguardano prevalentemente il disgusto verso il fumo ed il suo odore e la consapevolezza dei danni che esso può provocare (fig. 9). Rispetto al campione del 2003, è interessante notare come la motivazione delle scelte di fumare o di non farlo non viaggi lungo la dicotomia "utile-inutile": le fumatrici di Miss Universo 2005, infatti, gli attribuivano una sorta di proprietà terapeutica e in particolare un'azione calmante; le non fumatrici, di contro, affermavano di non aver bisogno del fumo.

Il giudizio delle ragazze sul Fumo è negativo (95%) e varia dalla considerazione della sua pericolosità, alla sua sgradevolezza, all'inutilità fino alla considera-

zione di questo come "mezzo per autodistruggersi" (fig. 10). Il 74% delle ragazze esprime un giudizio negativo anche sul fumatore, considerato prevalentemente come un dipendente, un debole, privo di volontà e di autostima, uno stupido (fig. 11). Complessivamente si registra un parere negativo più verso il fumo (90%) che verso chi fuma (67%).

Rispetto ai dati del precedente campione è sensibilmente cresciuta la consapevolezza dell'importanza sociale della problematica Tabagismo ("medio-grande"), a conferma dell'impatto delle recenti campagne mediatiche e legislative (fig. 12). La sua gravità è considerata al pari di inquinamento e tossicodipendenze, aspetti che godono di un maggior risalto da parte dei Media nonostante il numero delle vittime da essi causate sia di gran lunga inferiore agli 80-90.000 decessi l'anno attribuibili al fumo nel nostro Paese. Le ragazze si sono invece mostrate più sensibili verso la "guerra",

problema di grande attualità, e l'AIDS, attribuendo loro una importanza massima.

Il campione attuale ha mostrato di avere una discreta conoscenza della maggior parte degli aspetti relativi alle multinazionali del Tabacco ed ai danni Fumo-correlati (figg. 13/18), ma ha quasi completamente negato la possibilità che i grandi produttori orientino il marketing sui giovanissimi per "rimpiazzare" le numerose vittime causate dall'unico prodotto in commercio legale, in grado di uccidere un consumatore su due (fig. 19).

Riguardo al concorso *smoke-free* 2005, 19 ragazze su 57 hanno trovato l'iniziativa positiva, 14 hanno espresso incertezza e infine 24 l'hanno definito "furbo", probabilmente coscienti dell'impatto che questo può avere sui giovani.

## Conclusioni

I dati ottenuti mediante la somministrazione del questionario alle finaliste di "Miss Mondo - Italia" 2005 confermano sostanzialmente quelli rilevati in occasione di "Miss Universo" 2003, e ci permettono di riscontrare che all'interno di contesti in cui dominano il desiderio di auto-affermazione e l'attenzione alla immagine esteriore, esiste una scarsa prevalenza della dipendenza tabagica. In considerazione del ridotto campione a disposizione, si ritiene comunque opportuno proseguire l'indagine in occasione dei prossimi concorsi al fine di ottenere un più ampio e preciso quadro delle abitudini e delle conoscenze in merito al tabagismo in un ambito particolare come quello della moda e dello spettacolo al femminile, e di effettuare degli interessanti confronti con altri specifici contesti.

## Bibliografia

1. Istituto per le ricerche statistiche e l'analisi dell'opinione pubblica "Doxa" 2005. [www.iss.it](http://www.iss.it): "FAQ. Chi fuma oggi in Italia".
2. Poropat C, Montina GL, Tominz R, Zagà V, Ticali S, Ciarfeo Purich R. I numeri del tabagismo in Italia e in altri stati: un confronto critico, in *Tabaccologia* n. 1/2003, pagg. 20-28.

3. [www.saluteeuropa.it](http://www.saluteeuropa.it): "Campagna europea "HELP- Per una vita senza tabacco".
4. Tinghino B. La valutazione dei progetti di prevenzione, in Mangiaracina G, Ottaviano M. La prevenzione del Tabagismo, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, 2004.
5. Ferrini C. Belle d'Italia in gara per Miss Mondo, in *Radiocorriere TV*, n. 38/2005, pag. 32.

<http://news2000libero.it>: "Bellezza Smoke-Free". [www.missmondo.it](http://www.missmondo.it): News del 18-09-05.

6. Nicoletti S, Taroni I, Zagà V, Mangiaracina G. Valutazioni preliminari relative al progetto "Miss Universo Smoke-Free - Italia", in *Tabaccologia* n. 2/2003, pagg. 15-20.

# Il Centro Antifumo di Parma

## *Studio retrospettivo (2000-2005) su 549 fumatori*

### The Centre for Smoking Cessation in Parma

#### *A retrospective study (2000-2005) on 549 smokers*

Giuliano Giucaastro, Emilio Marangio, Alessia Verduri, Mario Del Donno

#### Riassunto

**Introduzione.** Il Centro Antifumo di Parma, aperto nel 2000, è un ambulatorio multidisciplinare che svolge programmi di disassuefazione dal fumo di tabacco. L'obiettivo principale è la tutela della salute del fumatore mediante l'eliminazione o la riduzione dei rischi connessi al fumo di sigaretta, con interventi che consentano il raggiungimento di una condizione di astinenza permanente o a lungo termine.

**Metodi.** Il programma di disassuefazione si compone di un counseling individuale associato a terapia farmacologica con bupropione e/o sostituti nicotinici, con un follow-up di 12 mesi. È stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti fumatori afferiti al Centro Antifumo dal Dicembre 2000 al Marzo 2005.

**Risultati e Conclusioni.** Su 549 pazienti, 409 hanno completato il programma annuale e 140 sono tuttora in fase di valutazione. Lo studio esamina i risultati relativi in termini di scelta terapeutica e di percentuale di astinenza dal fumo di tabacco. In termini di risultato totale la percentuale di astinenti ad un anno si attesta al 31%.

**Parole chiave:** cessazione dal fumo di tabacco, bupropione, sostituti nicotinici, counseling.

#### Abstract

**Introduction.** Since 2000 the Centre for Smoking Cessation in Parma provides intensive anti-tobacco interventions. The main aim of the Centre is the health care of smokers by offering a smoking cessation program and providing long-term abstinence or even permanent abstinence.

**Methods.** The tobacco intervention is based on individual intensive counseling and pharmacotherapy (bupropion and/or nicotine replacement therapy). The primary outcome is the 1-year cessation rate. We conducted a retrospective study on smokers referring to the smoking cessation program in Parma from December 2000 to March 2005.

**Results and Conclusions.** Of the 549 smokers who were recruited in the study, 409 completed the 1 - year smoking cessation program and the remaining 140 are still being evaluated. The study data are expressed in terms of type of therapy compared to the cessation rate. The 1-year cessation rate obtained is 31%

**Keywords:** smoking cessation, bupropion, nicotine replacement therapy, counseling.

#### Introduzione

Nel 1999 la Regione Emilia Romagna ha deliberato il "Progetto regionale tabagismo" contenente le linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie sugli interventi rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione dal tabagismo e dei problemi fumo - correlati (1), recependo in questo modo le indicazioni dell'OMS e del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 sul controllo del fumo attivo e passivo di tabacco.

La delibera, oltre a prevedere strumenti educativi rivolti alla popolazione generale e finalizzati a sostenere la crescita di una cultura del "non fumo", soprattutto nelle scuole e nei luoghi di lavoro, promuove decisamente lo sviluppo di strumenti di supporto alla disassuefazione, sia attraverso un coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, che mediante l'attivazione di apposite articolazioni funzionali denominate "Centri Antifumo" presso i Servizi Tossicodipen-

denze (Ser.T) e le Unità di Pneumologia.

Nasce così il Centro Antifumo di Parma, strutturato come ambulatorio multidisciplinare, in grado di sviluppare programmi terapeutici individuali e/o di gruppo adeguati alla specificità della dipendenza da nicotina e di offrire prestazioni professionali sulla base delle competenze del Programma Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma e della Unità Operativa di Clinica Pneumologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

Giuliano Giucaastro  
Dipartimento di Dipendenze Patologiche  
Azienda USL Parma

Emilio Marangio, Alessia Verduri  
Dipartimento di Scienze Cliniche -U.O. di Funzionalità  
Polmonare-Centro Antifumo

Mario Del Donno  
U.O. di Peumologia - Azienda Ospedaliera "G. Rummo"  
Benevento



L'obiettivo principale è quello di tutelare la salute degli individui attraverso l'eliminazione o la riduzione dei rischi connessi al fumo di

sigaretta, rendendo disponibili strumenti, metodologie e interventi che consentano il raggiungimento di una condizione di astinenza o quanto meno una diminuzione del consumo personale di nicotina.

### Aspetti organizzativi

Il Centro Antifumo di Parma è stato attivato nel Dicembre 2000 e formalizzato da un accordo tra Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera – Universitaria, sancito da un'apposita e specifica delibera nella quale vengono indicate le risorse e i costi da attribuire agli attori istituzionali coinvolti (2).

Nonostante la indubbia connotazione del tabagismo nei suoi aspetti comportamentali come problema afferente all'area delle dipendenze patologiche (3-5), si è pensato di collocare il Centro Antifumo presso la Unità Operativa di Clinica Pneumologica dell'Università degli Studi di Parma, tenendolo separato dall'ambiente del Ser.T, per evitare una coabitazione impropria con utenti tossicomani. In tal modo si è reso più agevole l'accesso dei tabagisti e si è potuto approfondire, ove necessario, l'aspetto diagnostico e terapeutico relativo ai danni biologici da fumo.

Nell'ambulatorio del Centro Antifumo, che è aperto al pubblico due pomeriggi a settimana, svolgono la loro attività un medico specialista in Pneumologia, un medico delle Dipendenze Patologiche ed un'infermiera professionale.

Le modalità di accesso, inizialmente gestite mediante il sistema di prenotazione unificato, avvengono attualmente per chiamata telefonica diretta con la struttura.

E' previsto il pagamento di un ticket per la prima visita medica e di due ticket per le successive visite di controllo, corrisposti in un'unica soluzione in occasione del primo accesso.

### La disassuefazione del fumatore: approccio clinico-terapeutico

La fase iniziale del programma di trattamento prevede una prima visita medica in cui si raccoglie l'anamnesi e si effettua l'esame obiettivo. Si valuta quindi il grado di dipendenza tabagica con il test di Fagerström (6) e la motivazione del fumatore a smettere, e si misura il valore basale del monossido di carbonio (CO) sull'espriato (7). Sulla base di questi rilievi si imposta un programma terapeutico il più possibile "personalizzato" che prevede un'integrazione tra la terapia farmacologica con sostitutivi nicotini e/o bupropione (8-11) e gli aspetti di natura comportamentale relativi all'accordo medico – paziente sulla fissazione dello stop day: le prime ventiquattro ore di astensione da fumo (vedi **Tabella 1**).

Una successiva visita di controllo, fissata a due settimane esatte dalla prima, la si fa coincidere con la prima giornata di totale astensione dal fumo e prevede un colloquio clinico orientato a valutare la regolarità e la compliance verso la terapia farmacologica impostata, l'eventuale insorgenza di effetti collaterali, l'andamento dell'abitudine tabagica nell'intervallo considerato e l'effettiva ottemperanza alla prescrizione delle ventiquattro ore di astensione.

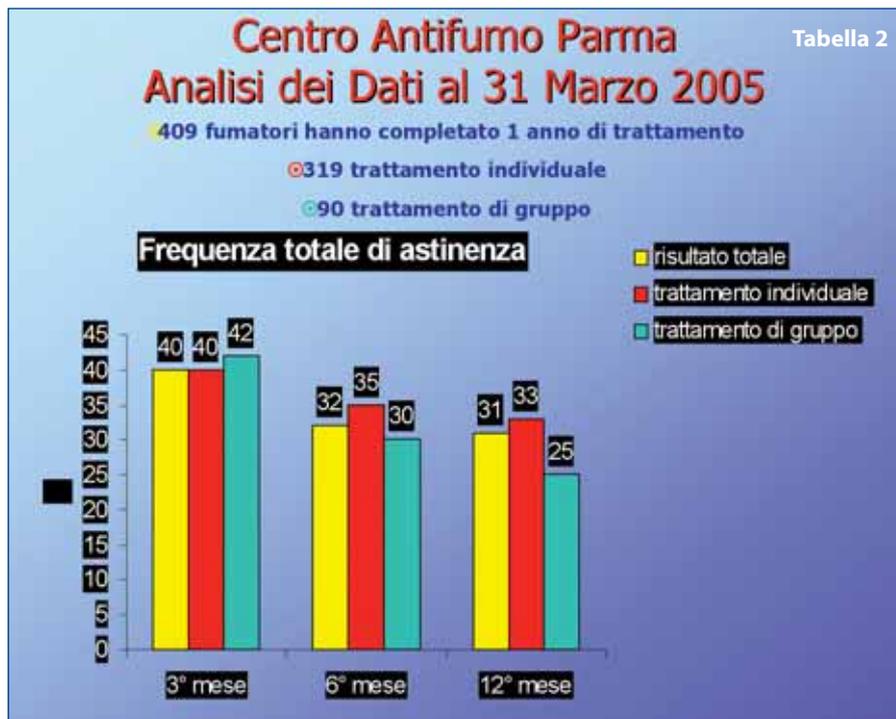
Una volta completati questi rilievi, viene eseguita la misurazione quantitativa del CO sull'espriato per passare successivamente alla valutazione, mediante apposita scheda, della eventuale presenza ed intensità dei sintomi più comuni di astinenza causati dalla deprivazione di nicotina.

La prima visita di controllo si conclude con il rinforzo motivazionale del paziente da parte del medico mediante l'offerta di consigli pratici di natura comportamentale per sostenere la determinazione nel proseguire il percorso di cambiamento (12) e la relativa astensione da fumo.

Le successive visite di controllo, valide come follow up dell'astinenza dal consumo di tabacco, sono previste dopo due settimane ulteriori (dunque a distanza di un mese dal primo accesso), quindi al secondo, terzo, sesto, nono e dodicesimo mese, per un totale di otto accessi per ciascun paziente, che in tal modo riesce a completare il ciclo di trattamento. Il sistema di valutazione è basato sulla convocazione del paziente in ambulatorio e sulla misurazione del CO sull'espriato come test di conferma della dichiarazione verbale del paziente stesso.

Alla scadenza del periodo di trattamento, quindi a distanza di un anno dal primo accesso, il paziente astinente viene considerato " clinicamente guarito " e dimesso dall'ambulatorio.





Il Centro, oltre alla disassuefazione dal fumo di tabacco, svolge anche un'attività di prevenzione nei confronti dei "fumatori a rischio", in cui l'anamnesi, l'eventuale familiarità per patologie respiratorie e l'esame obiettivo mettano in evidenza elementi o sintomi meritevoli di approfondimento diagnostico. In questi casi viene consigliata una radiografia del torace, eventualmente una TAC torace ad alta risoluzione, e si suggerisce l'esame spirometrico per la valutazione della funzionalità respiratoria, fino ad indagini maggiormente specifiche come l'espettorato indotto per la citologia bronchiale (Tabella 1). Nei giorni di apertura del Centro Antifumo tutti i soggetti afferiti (fumatori oppure ex-fumatori) possono quindi rivolgersi al personale incaricato per ulteriori consigli o valutazioni cliniche, se necessarie.

Nel primo periodo di attivazione del Centro Antifumo, le possibilità di trattamento comprendevano anche l'approccio terapeutico basato sulla terapia di gruppo (13) sotto forma di specifici corsi per smettere di fumare, ad impronta cognitivo - comportamentale. I corsi utilizzano elementi di provata efficacia tratti dai principi che ispirano i gruppi di auto - mutuo aiuto, ormai universalmente diffusi come strategia di contrasto della dipendenza da alcool e da sostanze stupefacenti.

Sulla base dei risultati ottenuti (vedi Tabella 2) e dal confronto tra le diverse modalità di trattamento, che non hanno evidenziato sostanziali vantaggi in termini di percentuale di astinenza ad un anno, si è optato per una prosecuzione dell'attività centrata esclusivamente sull'approccio individuale con setting ad impronta più rigorosamente medica, anche in considerazione del maggior onere organizzativo richiesto per gestire programmi di disassuefazione di gruppo.

## Risultati

Dal Dicembre 2000 al Marzo 2005 sono afferiti al Centro Antifumo 549 fumatori, 341 maschi e 208 femmine, con età media di 48,5 anni; le sigarette fumate al giorno erano mediamente 24 e il CO sull'espirato rilevato alla prima visita era in media 22,2 ppm. Su 549 fumatori solamente 409 hanno completato un anno di follow up, mentre 140 sono tuttora in fase di valutazione.

Dei 409 fumatori, 90 hanno seguito uno schema di trattamento di gruppo, associato o meno a terapia farmacologica a base di bupropione e/o sostitutivi nicotinici e 319 hanno seguito una modalità di trattamento individuale, anch'essa associata o meno al trattamento farmacologico (Tabella 2).

Nonostante con la progressione del tempo si osservi una tendenza al decremento percentuale in entrambi i gruppi, la percentuale di astinenti ad un anno si attesta al 31% in termini di risultato totale, con l'evidenza di una maggiore permanenza dello stato astinenziale per i soggetti seguiti con programma di tipo individuale.

Nella Tabella 3 sono invece riportate le percentuali di astinenti ad un anno di distanza dall'inizio del trattamento, suddivise in base alla tipologia della terapia farmacologica prescritta (bupropione, sostitutivi nicotinici, bupropione e sostituti nicotinici in associazione, solo counseling motivazionale).





Con la progressione del follow up si osserva una tendenza alla diminuzione della percentuale di astinenti per l'aumento del numero di ricadute; questo fenomeno si verifica in maniera omogenea indipendentemente dal tipo di trattamento.

Le percentuali maggiori di successo ad un anno riguardano l'associazione di bupropione e la terapia sostitutiva nicotinic (41% di astinenza), seguono la monoterapia con bupropione (32%), i sostitutivi nicotinici (28%) ed infine il solo counseling motivazionale (26%).

I risultati ottenuti rispecchiano quanto affermato nelle Linee Guida per la pratica clinica sul trattamento dell'uso e della dipendenza da tabacco, rapporto dell'U.S. Public Health Service, pubblicate su JAMA nel 2000 (14). Tali Linee Guida mostrano, su base annua, nel 3% dei casi successi correlati a tentativi individuali di smettere di fumare, nel 5% dei casi quelli

ottenuti con il consiglio breve del Medico di Medicina Generale, nel 10% quelli dovuti al supporto minimo del Medico di Medicina Generale accompagnato dalla prescrizione di terapia sostitutiva nicotinic, e nel 20% le percentuali di astinenza derivate dalla prescrizione della terapia sostitutiva nicotinic all'interno di un supporto più intensivo eseguito presso un Centro Antifumo (Tabella 4).

### Conclusioni

Come riportato dalla letteratura internazionale, non esistono ancora studi controllati che consentano raccomandazioni

specifiche per segmenti di fumatori rispetto all'opportunità della prescrizione di bupropione e/o sostitutivi della nicotina. (8-11)

Rimane tuttora sotto la diretta responsabilità del singolo medico consigliare il tipo, la forma, la modalità di trattamento più opportuna per ogni singolo fumatore in base a considerazioni sui fattori di rischio – beneficio relativi all'anamnesi del fumatore, all'età ed alle patologie concomitanti, ai dubbi o alle perplessità manifestate dal fumatore stesso, alla tipologia di fumo, ad eventuali controindicazioni all'uso dei farmaci.

Anche i risultati di questo studio sono stati ottenuti in assenza di un protocollo di assegnazione dei diversi utenti alle singole modalità di trattamento ma piuttosto sulla base di considerazioni empiriche coincidenti con quelle sopraindicate.

Va inoltre tenuto presente che tali risultati riguardano una popolazione selezionata di fumatori fortemente motivati a smettere (sia pur consapevoli di aver bisogno di un aiuto per riuscirci), rappresentati in maggioranza da persone di età media, con buon livello di istruzione e buone abilità cognitive, prive di patologie psichiatriche maggiori di asse I secondo il DSM IV<sup>o</sup>, esenti da gravi patologie attribuibili al fumo, come la BPCO di grado severo, le cardio – vasculopatie

Tabella 4

## FREQUENZE DI ASTINENZA E TRATTAMENTO

% ASTINENZA A 12 MESI

• Auto tentativo	3%
• Materiale auto aiuto	4%
• Intervento minimo del MMG	5%
• Intervento minimo del MMG + Sostituti Nicotinici	10%
• Centro Antifumo + Sostituti Nicotinici	20%

"Trattamento dell'uso e della dipendenza da tabacco: Linee Guida per la pratica clinica"  
Rapporto dello U.S. Public Health Service  
JAMA, Giugno 2000



più impegnative o le neoplasie a carico dell'apparato respiratorio o di altri distretti.

Nonostante il conseguente valore soltanto indicativo, essi confermano tuttora quello che è ormai accettato in

modo unanime, il fatto cioè che il trattamento integrato, che coniuga il supporto farmacologico alla mobilitazione delle risorse personali del paziente attraverso lo stile motivazionale del colloquio clinico, consente di ottenere

risultati che, in termini assoluti, conferiscono una dignità clinica di tutto rispetto alle azioni ed ai percorsi della pratica medica rivolti al supporto della cessazione ed alla disassuefazione da fumo di tabacco.

### Bibliografia

1. Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna, 26 maggio 1999, n. 785 "Progetto regionale tabagismo".
2. Del Donno M, Granauro P, Giucastro G, Argentieri F. L'istituzione del Centro Antifumo a Parma: proposta organizzativa e delibera attuativa. *Europ Respir News* 2000; 8: 245-252.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994.
4. Picciotto MR. Common aspects of the action of nicotine and other drugs of abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 1998; 51: 165 - 172.
5. Di Chiara G. Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *European Journal of Pharmacology* 2000; 393: 295 - 314.
6. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. *Ear, nose throat J* 1990; 69: 763 - 768.
7. Marino L, Latini R, Barbano G, et al. Definition of a reliable threshold value for detecting current smokers by CO measurement: preliminary results. The Society for Research on Nicotine and Tobacco. Second European Conference "Tobacco Addiction. New Horizons for the 21st century" Abstract book, London: England November 25th - 26th 1999, pp59.
8. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. *JAMA*, June 22/29, 1994. Vol.271, n. 24: 1940 - 1947.
9. Jorenby DE et al. A controlled trial of sustained - release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685 - 91.
10. Silogy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD000146.
11. Holmes S, Zwar N, Jimenez-Ruiz CA, et al. Bupropion as an aid to smoking cessation: a review of real-life effectiveness. *Int J Clin Pract* 2004 Mar; 58 (3): 285 - 291.
12. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of self - change in smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390 - 395.
13. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Apr 18; (2): CD001007.
14. Fiore MC. Treating tobacco use and dependence, US Department of Health and Human Services. *Respir Care* 2000 Oct 45 (10): 1200-1262.



## POLIAMBULATORIO PRIVATO CENTRO KINESI FISIOTERAPICO DI GIORNO

Direttore Sanitario **Dott. Lucio Maria Manuelli** *Medico Chirurgo  
Spec. Fisiocinesiterapia Ortopedica - Ortopedia e Traumatologia*

### SPECIALITÀ PRATICATE

Ortopedia e Traumatologia - Terapia Fisica e Riabilitazione - Medicina Legale e delle Assicurazioni - Medicina dello Sport  
Cardiologia - Dermatologia - Laserchirurgia - Videodermatoscopia - Reumatologia - Geriatria - Neurologia  
Neuropsichiatria Infantile - Odontoiatria - Otorinolaringoiatria - Pediatria - Ginecologia e Ostetricia - Medicina del Lavoro  
Chirurgia Vascolare - Chirurgia Maxillo Facciale - Chirurgia della Mano - Neurochirurgia - Urologia  
Medicina Generale: Pneumologia, Medicina Interna, Endocrinologia, Gastroenterologia, Oncologia

### DIAGNOSTICA

Densitometria Ossea - Ecocardiogramma - Ecocolor Doppler - Elettromiografia - Ecografia generale - Ecografia vascolare  
Ecografia muscolo-tendinea - Ecografia Senologica - Ecografia ostetrica-ginecologica - Istero-sonografia  
Neuropsicologia-valutazione: attenzione, memoria, linguaggio - Audiologia - Vestibologia: manovre liberatorie

Autorizzazione Comune di Bologna PG 36493 del 05/03/2001

### FKT E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Onde d'urto - ALGONIX - Laser Neodimio: YAG - Laser CO2 - TECAR - Ipertermia - Magneto - T.E.N.S. - T.E.N.S. Acuscope  
Elettrostimolazioni - Elettrostimolazioni Compex - Correnti diadinamiche - Correnti interferenziali  
Correnti faradiche - Correnti galvaniche - Idrogalvano - Ionoforesi - Infrarossi - Ultravioletti - Ultrasuoni - Paraffina - Radar  
Massaggio - Massaggio Linfodrenaggio Manuale - Trazioni Vertebrali - Kinesi - Riabilitazione funzionale  
Rieducazione neuromotoria - Riabilitazione respiratoria - Manipolazioni Vertebrali Manu Medica  
R.P.G. Rieducazione Posturale Globale - Osteopatia - Isocinetica - Palestra generale - Riabilitazione in acqua

Autorizzazione Comune di Bologna PG 84545 del 21/05/2001

Orario continuato 8/20

P.zza dei Martiri, 1/2 - Bologna - Tel. 051 249101 - 051 254244 - Fax 051 4229343  
E-mail: poliamb@ckf-digiorno.com web: www.ckf-digiorno.com

AI SOCI SITAB-ALIBERT  
SCONTO SPECIALE **20%**  
PER TUTTE LE PRESTAZIONI

# Interazioni tra fumo di tabacco e farmaci

## Interactions between tobacco smoke and drugs

Vincenzo Zagà, Marco Mura, Sonia Tripodi, Alberto Argiolas, Mario De Bernardi di Valserra

### Riassunto

Il fumo di tabacco può modificare l'attività e la tossicità dei farmaci, attraverso interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche a vari livelli del metabolismo. La presente rassegna prende in esame le interazioni clinicamente significative. Il fumo infatti determina modificazioni della biodisponibilità sistemica e d'organo di molti farmaci, fra cui teofillina, insulina, propossifene, diazepam, propranololo e contraccettivi orali. Pertanto, in pazienti fumatori che fanno uso di questi farmaci i dosaggi vanno attentamente aggiustati e l'astensione dal fumo va particolarmente incoraggiata.

**Parole chiave:** fumo di tabacco, interazioni farmacologiche, farmacocinetica, farmacodinamica, citocromi.

### Abstract

Tobacco smoke can modify the activity and toxicity of drugs through both pharmacokinetic and pharmacodynamic interactions at different levels of the metabolism. In this review the clinically significant interactions are discussed. Tobacco smoke causes changes of systemic and organ-specific bioavailability of theophyllines, insulin, propoxyphene, diazepam, propranolol and oral contraceptives. Consequently, in smoker patients who use these drugs the dose should be carefully adjusted and abstention from smoke should be particularly encouraged.

**Keywords:** tobacco smoke, pharmacological interactions, pharmacokinetic, pharmacodynamics, cytochromes.

### Introduzione

L'uso di tabacco, il consumo di bevande alcoliche e particolari abitudini alimentari possono modificare l'attività e la tossicità dei farmaci. Nella popolazione tabacco-dipendente occorre distinguere le interazioni tra organismo e farmaci da una parte e sostanze contenute nel fumo e medicinali dall'altra.

Le interazioni tra fumo di tabacco e farmaci possono rivestire una particolare importanza nei pazienti "polimedicali", specialmente nei soggetti con patologie cardiorespiratorie e psichiatriche. In particolare i pazienti psichiatrici, spesso in trattamento con più farmaci, sono notoriamente forti fumatori. Infatti, da uno studio statunitense, è emerso che in una

popolazione di pazienti seguiti ambulatorialmente con turbe psichiatriche, il 52% fumava rispetto al 30-33% di una popolazione generale di controllo (28). Tra questo 52%, i pazienti schizofrenici e con stato maniaco fumavano rispettivamente nell'88% e nel 70% dei casi; la stessa elevatissima **prevalenza** veniva rilevata indipendentemente dall'età, sesso e stato socio-economico di questi pazienti.

### Meccanismi di interazione fumo-farmaci

Un'interazione farmacologica si verifica quando gli effetti farmacologici di un farmaco sono modificati, nell'intensità o nella durata, dalla precedente o concomitante somministrazione di un altro

xenobiotico, che può essere rappresentato da un solvente organico, da un metallo pesante, da un altro farmaco o dal fumo di tabacco (29).

Il fumo di sigaretta può alterare la biodisponibilità del farmaco o modificare la risposta attesa del paziente al farmaco. Le interazioni che ne derivano possono ridurre l'efficacia della terapia e renderne più imprevedibili gli effetti.

Le interazioni farmacologiche possono essere farmacocinetiche o farmacodinamiche; i due tipi non si escludono a vicenda.

La **farmacocinetica** studia le variazioni nel tempo di un farmaco nei vari compartimenti dell'organismo: la cinetica di un farmaco è quindi la sorte che esso

#### Vincenzo Zagà

Coordinatore Centri Antifumo, Presidio di Pneumotisiologia, Azienda USL Città di Bologna, SITAB

#### Marco Mura

Dipartimento di Medicina Interna, Università di Roma "Tor Vergata"

#### Sonia Tripodi, Mario De Bernardi di Valserra

L.U.de.S. - Libera Università degli Studi di Scienze Umane e Tecnologiche Paradiso, Svizzera

#### Alberto Argiolas

Direttore Farmacia - AFM Bologna

subisce nell'organismo per intervento di diversi processi quali: l'assorbimento, la diffusione, il metabolismo e l'eliminazione. Ciascun processo può apportare delle modificazioni che si misurano mediante parametri **specifici**, tra cui: l'emivita ( $T_{1/2}$ ) e la concentrazione massima ( $C_{max}$ ). Queste modificazioni hanno talora delle conseguenze terapeutiche importanti. I fattori suscettibili di influenzare la cinetica dei farmaci sono: il pH e la velocità di transito per l'assorbimento, le variazioni del volume di distribuzione, la concentrazione delle proteine plasmatiche, l'attività dei citocromi  $P_{450}$  sul metabolismo e la funzionalità renale.

La **farmacodinamica** studia invece il meccanismo d'azione dei farmaci nell'organismo e gli effetti, desiderabili o indesiderabili. Le modificazioni farmacodinamiche sono legate agli effetti propri delle molecole.

## 1/ Effetti dei componenti del fumo di tabacco sulla farmacocinetica

I componenti del fumo di sigaretta sono suscettibili d'interagire con l'attività enzimatica responsabile del metabolismo dei farmaci. Una parte del fumo di tabacco è infatti assorbito e si ritrova nel sangue e nel fegato, sede di tali attività enzimatiche.

Il fumo di sigaretta è composto per il 95% da una fase *gassosa* contenente più di 500 composti ( $CO_2$ , CO, acido cianidrico, ossido nitrico, benzene, ammoniaca, radicali liberi, polonio<sup>210</sup>, etc.) e per il 5% da una fase *corporeale* **costituita** da più di 3.500 composti (30, 31). **Tra questi ultimi vi sono** composti idrosolubili, **tra cui** nicotina e altri alcaloidi, **ed una** fase liposolubile o catrame contenente sostanze cancerogene, idrocarburi aromatici policiclici (PAH), N-nitrosamine, amine aromatiche e metalli pesanti (cadmio, nichel, piombo<sup>210</sup>, cromo).

### Idrocarburi aromatici policiclici

I PAH sono il prodotto della incompleta combustione di sostanze organiche,

come legno, carbone, oli non raffinati, benzina e tabacco. **Essi** sono abbondantemente presenti nel fumo di sigaretta, e sono potenti induttori degli enzimi epatici, agendo su alcune glucuronil-transferasi con modificazioni sia del metabolismo di farmaci, sia con produzione di sostanze cancerogene.

I PAH, fra i quali il benzopirene, l'antracene e il fenantrene, sono largamente responsabili dell'aumentato metabolismo dei farmaci, grazie all'induzione di enzimi microsomiali epatici e in modo particolare di citocromi quali: 1A1, 1A2, 2E1 e soprattutto  $P_{450}$ .

Il fumo di sigaretta, inoltre, determina un aumento della concentrazione dell'isoenzima CYP1A2, responsabile dell'attivazione di alcuni agenti cancerogeni e del metabolismo di molti farmaci, tra cui la teofillina e la tacrina; di conseguenza nei fumatori sono spesso richiesti dosaggi più alti di questi farmaci, rispetto ai non fumatori, per ottenere lo stesso effetto.

### La Nicotina

Gli effetti vasoconstrictori della nicotina sono stati implicati nel ritardato assorbimento di farmaci somministrati per via transcutanea (31). La nicotina è principalmente metabolizzata in cotinina nel fegato, per azione del citocromo 2A6. Questo metabolismo è auto-inducibile. **Negli animali di laboratorio (ratti)** è stato **ugualmente** dimostrato un effetto induttore della nicotina sui citocromi 2B1/2B2, e 2A1/2A2, ma in maniera meno intensa.

### Ossido di carbonio

L'inibizione dei citocromi da parte dell'ossido di carbonio è stata dimostrata in studi *in vitro*. L'effetto è dose-dipendente, diretto e selettivo. L'ossido di carbonio non sembra invece inattivare i citocromi 1A2 e 2E1.

### Metalli pesanti

Fra i metalli pesanti sono state studiate soprattutto le interazioni del cadmio, che inibirebbe il citocromo 2E1 ma sarebbe senza effetto sul 3A4. Il cadmio, inoltre, può svolgere un ruolo importante nella patogenesi dell'enfisema, inibendo la produzione di procollagene da parte dei fibroblasti (34).

Alla base delle interazioni farmacologiche del fumo di tabacco vi è dunque soprattutto l'induzione dei citocromi epatici. Esiste comunque una variabilità inter-individuale d'origine genetica (esistono dei soggetti metabolizzatori lenti e rapidi). Alcune induzioni enzimatiche non sono state riscontrate con le gomme a base di nicotina.

La Tabella 1 illustra i componenti del fumo di tabacco identificati come induttori dei sistemi enzimatici.

COMPONENTI DEL FUMO DI SIGARETTA IN GRADO DI STIMOLARE I SISTEMI ENZIMATICI
<b>Rilevante effetto di induzione</b> Idrocarburi aromatici policiclici 3,4-benzopirene 3,4-benzofluorene antracene fluorantrene benzoantracene crisene
<b>Minore effetto di induzione</b> nicotina cadmio alcuni pesticidi (soprattutto i polialogenati)

## 2/Tabacco e interazioni medicamentose

Le interazioni medicamentose farmacodinamiche **provocate dal fumo** sono spesso il frutto di osservazioni cliniche isolate o di inchieste epidemiologiche. Esse sono essenzialmente legate agli effetti della nicotina, in particolare cardiovascolari, in seguito all'attivazione centrale e periferica del sistema simpatico, con liberazione di catecolamine. Ciò ha per conseguenza un aumento del ritmo cardiaco e della pressione arteriosa. Si osserva inoltre una vasoconstrizione coronarica e cutanea, così come un aumento della vigilanza e delle secrezioni gastriche. A livello bronchiale, la nicotina è responsabile della prima fase di broncoconstrizione. Gli studi effettuati da Hong, Hartiala, Matsumoto e Bonham, inizialmente su animali da esperimento come cani e topi, dimostrano infatti che la nicotina presente nella componente gassosa è il principale agente responsabile dell'innescare della I fase di risposta broncostruttiva al fumo di sigaretta.

**Questa** I fase è una fase rapida, indotta sia da un riflesso colinergico che da un rilascio di tachichinine, evocate dall'attivazione delle fibre C vagali broncopolmonari (35, 36,37,38). Un recente studio di Matsumoto e Coll. ha inoltre individuato nei radicali liberi idrossilici (OH) una potente agente broncostrutturatore per stimolazione colinergica sia delle

fibre non adrenergiche che non colinergiche (e-NANC) del sistema parasimpatico (39).

### Quali interazioni fumo-farmaci sono clinicamente significative?

Solo una dozzina di queste interazioni tra fumo e farmaci si sono dimostrate, a

tutt'oggi, clinicamente significative (Tabella 2). Alcuni studi, infatti, hanno messo in evidenza una effettiva riduzione degli effetti del farmaco o la necessità di aumentare le dosi, legate all'aumento della clearance determinata dal fumo, mentre in altri la clearance risultava solo lievemente influenzata, o del tutto invariata.

TABELLA 2. INTERAZIONI FARMACOCINETICHE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVE TRA FUMO E FARMACI (1)

Farmaco	Meccanismo	Effetto nei fumatori
Teofillina	induzione della CYP1A2	il fumo può condurre a ridotte concentrazioni sieriche di t. e a ridotti effetti clinici; l'eliminazione di t. è considerevolmente più rapida nei fumatori che nei non fumatori; siccome la teofillina ha un range terapeutico ridotto, la sua interazione col fumo è di moderata/elevata rilevanza clinica
Propranololo	aumentato rilascio di catecolamine nei fumatori	i fumatori che assumono p. possono avere un'aumentata pressione arteriosa e frequenza cardiaca rispetto ai non fumatori; il fumo può interferire nell'efficacia del p. nel trattamento dell'angina pectoris; il fumo inoltre può ridurre l'efficacia del p. nel prevenire l'ictus nei pazienti ipertesi
Mexiletina	induzione della CYP2D6	il fumo incrementa il ritmo di eliminazione della m.; aggiustamenti del dosaggio sono spesso necessari
Eparina	aumentato legame all'antitrombina III	i fumatori possono richiedere un dosaggio leggerm. più alto rispetto ai non fumatori; i fumatori hanno un'emivita più breve e una eliminazione più rapida dell'e. rispetto ai non fumatori
Tacrina	induzione della CYP1A2	l'efficacia della t. nei fumatori può essere ridotta; le concentrazioni medie della t. nei fumatori sono del 67% inferiori
Insulina	riduzione dell'assorbimento dell'i., che può legato alla vasocostrizione periferica	i diabetici insulino-dipendenti forti fumatori possono richiedere una dose superiore del 15-30% rispetto ai non fumatori
Flecainide	sconosciuto	il fumo di sigaretta può ridurre secondo una metanalisi le concentrazioni sieriche di f.; pazienti fumatori con contrazioni ventricolari premature, in uno studio, richiedevano dosaggi più alti rispetto ai non fumatori, sebbene il meccanismo di questa interazione sia sconosciuto, è possibile un aumento del metabolismo epatico della f.
Pentazocina	sconosciuto	il fumo può causare riduzione dell'effetto analgesico della p.; i fumatori possono richiedere un dosaggio maggiore del 40-50% per avere lo stesso effetto
Propossifene	sconosciuto	nei forti fumatori può essere necessario un dosaggio maggiore per ottenere lo stesso effetto analgesico
Antidepressivi triciclici	aumento del metabolismo epatico	secondo alcuni, ma non tutti gli studi, sono state rilevate nei fumatori concentrazioni sieriche di a.t. minori
Benzodiazepine	sconosciuto	i fumatori possono necessitare di dosaggi maggiori di b. per avere gli stessi effetti sedativi
Estradiolo	aumento del metabolismo verso metaboliti meno attivi	

### Interazioni farmacocinetiche

Le interazioni farmacocinetiche riguardano quei farmaci che alterano l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo o l'eliminazione di altri farmaci, potendo causare un'alterata risposta.

Le interazioni farmacocinetiche comprendono quindi cambiamenti nell'assorbimento gastrointestinale, nel legame alle proteine plasmatiche, nel metabolismo e nell'escrezione urinaria (1).

### Antipirina

E' stato studiato l'effetto del fumo di sigaretta sulla farmacocinetica dell'antipirina in 63 donne sane: si è osservata in effetti una riduzione significativa dell'emivita e un aumento della clearance del farmaco

nelle fumatrici che non fanno uso di contraccettivi, rispetto ai controlli, mentre l'effetto del fumo viene antagonizzato ed annullato dal contemporaneo uso di contraccettivi, che riporta l'emivita e la clearance ai valori dei controlli (18).

### **Benzodiazepine e Clorpromazina**

I forti fumatori mostrano una minore sedazione rispetto ai non fumatori, ma non è stato ancora definito se questo effetto sia dovuto ad una alterazione farmacocinetica o ad una alterata risposta d'organo (1). Nei fumatori, infatti, viene riscontrata un'aumentata clearance dell'alprazolam, lorazepam, oxazepam, diazepam e demetil-diazepam, una diminuzione delle concentrazioni plasmatiche della clorpromazina e clozapina, mentre il clordiazepossido non risulta influenzato dal fumo (2). Il fumo probabilmente agisce stimolando il sistema nervoso centrale, piuttosto che accelerando il metabolismo o riducendo le concentrazioni di questi farmaci nel cervello.

Ancora una volta il clinico dovrebbe comunque essere consapevole del fatto che possono essere richiesti maggiori dosaggi nei pazienti che fumano per ottenere gli stessi effetti sedativi dei pazienti non fumatori (1).

### **Antidepressivi e analettici**

L'induzione degli enzimi epatici determina un aumento del metabolismo e una diminuzione delle concentrazioni plasmatiche di imipramina, clomipramina, fluvoxamina e trazodone. L'effetto del fumo sulle concentrazioni plasmatiche dell'amitriptilina e della nortriptilina è variabile. Il bupropione non mostra invece di essere influenzato dal fumo. Il fumo è associato inoltre ad un'aumentata clearance di tiotixene, flufenazina, aloperidolo e olanzapina (2).

### **Clorochina**

Questo farmaco antimalarico, come dimostrato da studi sperimentali *in vitro* ed *in vivo*, è metabolizzato attraverso sistemi enzimatici che utilizzano il citocromo P<sub>450</sub>. Il fumo di tabacco, mediante l'azione del benzopirene, cadmio e CO, può interferire col metabolismo della clorochina attraverso varie vie, riducendo la concentrazione di farmaco attivo (6, 46).

### **Corticosteroidi**

L'azione del fumo di tabacco sui corticosteroidi quali desametasone, prednisone e prednisolone è stata fatta oggetto ancora di pochi studi. Al momento non sono state rilevate alterazioni significative della biodisponibilità sistemica e della clearance dei corticosteroidi nei fumatori rispetto ai non fumatori (43).

### **Eparina**

Il fumo di sigaretta è causa di una clearance più rapida dell'eparina, probabilmente dovuta ad un'attivazione fumo-indotta dei processi trombotici con aumentato legame dell'eparina all'antitrombina III. Tale effetto può determinare la necessità di un modesto incremento del dosaggio di eparina nei pazienti fumatori (4).

### **Estrogeni**

Il fumo di tabacco porta ad un aumento della trasformazione ossidativa degli estrogeni nell'uomo; l'estradiolo viene così ossidato ad estrone. E' stato dimostrato che il fumo di tabacco accresce la 2-idrossilazione di circa il 50% (33). L'effetto antiprogesterinico del fumo può in parte spiegare la minore incidenza di cancro endometriale, l'aumentata osteoporosi e la più precoce menopausa osservata nelle fumatrici (6). In particolare il fumo di tabacco sembra annullare i benefici effetti del trattamento con estrogeni nelle donne in postmenopausa (47, 48). In uno studio multicentrico condotto su 2.873 donne (età media 62 anni), l'uso di estrogeni non è stato in grado di proteggere dalle fratture d'anca le donne che fumavano (rapporto di rischio con l'uso di estrogeni: 1,26; limiti confidenziali 95% 0,29-5,45), ma ha svolto invece un effetto protettivo nelle non fumatrici (rapporto di rischio corretto per l'uso attuale o in passato di estrogeni: 0,37; limiti confidenziali 95% 0,19-0,75) (47).

### **Flecainide**

Sulla base di una metanalisi di 7 studi farmacocinetici e 5 trial multicentrici è stato dimostrato che il fumo di sigaretta può ridurre le concentrazioni sieriche della flecainide (9). Il fumo infatti aumenta la

clearance plasmatica della flecainide, essendo perciò necessari maggiori dosaggi del farmaco per raggiungere la stessa concentrazione plasmatica allo *steady state*. Sono pertanto richiesti dosaggi più elevati per stabilire una soppressione ottimale delle contrazioni ventricolari premature. Anche se il meccanismo di questa interazione è sconosciuto, un aumento del metabolismo epatico è possibile, mentre secondo Conrad e Ober l'assorbimento del farmaco sarebbe normale (10).

### **Fenacetina e Paracetamolo**

In uno studio effettuato su 36 soggetti fumatori sani, il fumo ha dimostrato di aumentare significativamente la clearance della fenacetina somministrata per via orale, agendo sull'isoenzima CYP1A2. I soggetti esposti al fumo passivo mostravano poi una clearance intermedia tra quella dei controlli non fumatori e dei soggetti fumatori (17).

### **Diuretici**

E' stato dimostrato che il fumo inibisce la diuresi, interferendo sull'azione dei farmaci diuretici come la furosemide. Tale effetto è mediato dalla nicotina, che aumenta la secrezione di ormone anti-diuretico dalla ghiandola pituitaria posteriore (40).

### **H<sub>2</sub>-antagonisti dell'istamina**

Il fumo determina un ritardo di guarigione dell'ulcera duodenale, interferendo con la terapia medica antiulcerosa (41). I pazienti fumatori quindi possono così non avere tutti i benefici della terapia con H<sub>2</sub>-antagonisti ed essere più esposti alle recidive (42).

### **Insulina**

I pazienti insulino-dipendenti e fumatori, secondo uno studio clinico (11), possono necessitare di dosi più alte di insulina, pari al 15-30% in più rispetto ai soggetti non fumatori. Ciò può essere dovuto alla vasocostrizione periferica indotta dalla nicotina, che nei soggetti sani può durare da pochi minuti a oltre un'ora. Tuttavia, benché la vasocostrizione possa rallentare l'assorbimento dopo somministrazione sottocutanea, essa non dovrebbe ridurre la quantità totale assorbita, in

quanto l'insulina ha una biodisponibilità del 100%. Il meccanismo sottostante all'aumentato fabbisogno di insulina nei fumatori non è quindi ancora chiaro.

In un altro studio effettuato su 96 pazienti diabetici non furono trovate differenze significative nella glicemia e nella concentrazione di emoglobina A1c tra soggetti insulino-dipendenti fumatori e non fumatori (12). Nonostante questi equivoci risultati, il clinico dovrebbe comunque tenere in considerazione il fumo come un fattore di instabilità metabolica nei pazienti suscettibili, tale da rendere necessari aggiustamenti nel dosaggio della insulina (1).

### **Mexilitina**

La mexilitina è un agente antiaritmico di classe Ib rapidamente e completamente assorbito dopo somministrazione orale, con una biodisponibilità del 90% circa. Per il 70% è legata alle proteine plasmatiche e viene eliminata lentamente nell'uomo, con una emivita di 10 ore.

Il fumo di sigaretta, come la rifampicina e la fenitoina, aumenta significativamente il tasso di eliminazione della mexilitina, inducendo l'attività del citocromo P<sub>450</sub> e CYP2D6 (8).

### **Pentazocina**

In uno studio è stata dimostrata l'esistenza di una interazione tra pentazocina e fumo, visto che i pazienti fumatori richiedevano dosaggi più alti del farmaco per ottenere lo stesso effetto analgesico. Tuttavia nell'uso clinico del farmaco questa interazione è passata inosservata e sarebbe quindi clinicamente non significativa (2).

### **Propranololo**

I livelli allo *steady state* del farmaco sono inferiori nei fumatori rispetto ai non fumatori. La clearance del farmaco, infatti, è significativamente maggiore nei fumatori; la differenza decresce però all'aumentare dell'età.

Il fumo di sigaretta associato al propranololo è una combinazione azzardata, a causa della diminuzione della funzionalità cardiaca, dell'aumento della pressione arteriosa e dell'aumento delle resistenze periferiche causati del fumo (1).

### **Propossifene**

In uno studio degli anni '70 fu dimostrata la minore efficacia analgesica del propossifene nei forti fumatori rispetto ai non fumatori (13).

In un altro studio, però, non sono state osservate differenze significative nelle concentrazioni plasmatiche del farmaco tra fumatori e non fumatori (14). E' anche possibile che i fumatori presentino una diminuita tolleranza al dolore, mentre Jusko ha suggerito che il meccanismo responsabile della minore efficacia del propossifene nei fumatori sia l'aumentata biotrasformazione (15). Può quindi essere appropriato evitarne l'uso nei fumatori.

### **Ropivacaina**

Il fumo di tabacco aumenta l'escrezione della 3-OH-ropivacaina nelle urine, probabilmente a causa dell'induzione del citocromo CYP1A2, che ne media il metabolismo, e diminuisce l'escrezione del metabolita (S)-2-6-pipecoloxilidide, la cui formazione dipende dall'isoenzima CYP3A4. Tuttavia non sono state osservate differenze nella clearance plasmatica e nell'emivita del farmaco tra fumatori e non fumatori (16). Questi risultati sembrano però confermare l'ipotesi di un aumento selettivo del metabolismo dei farmaci da parte del fumo e dell'esistenza di una specificità nell'induzione dei diversi isoenzimi del citocromo P<sub>450</sub>.

### **Tacrina**

Il fumo di sigaretta può ridurre considerevolmente le concentrazioni plasmatiche della tacrina. In uno studio, nei fumatori la concentrazione dei metaboliti della tacrina nelle urine era circa 3 volte maggiore che nei non fumatori, mentre le concentrazioni plasmatiche del farmaco erano circa un terzo di quelle nei non fumatori e l'emivita era del 50% più breve. I fumatori possono quindi necessitare di dosaggi maggiori di tacrina rispetto ai non fumatori (1).

### **Tc<sup>99m</sup>-DTPA**

Nei fumatori senza significativa ostruzione delle vie aeree la clearance del Tc<sup>99m</sup>-DTPA (dietilentriaminopentacetato), utilizzato nelle scintigrafie ventilatorie per lo studio della permeabilità alveolo-capillare, risulta aumentata, determinando una diminuzione dell'emivita, che si

normalizza con l'astensione dal fumo per almeno una settimana (19,20,21).

Anche la marcatura dei globuli rossi e delle proteine plasmatiche da parte del Tc<sup>99m</sup> può essere ridotta dal fumo di sigaretta. L'effetto del fumo di tabacco su questo radiofarmaco può essere diretto o indiretto e può essere dovuto ad ossidazione dello ione stagno, a possibili danni causati nella membrana plasmatica, od ad una possibile azione chelante sugli ioni stagno e/o pertecnectato (22).

### **Teofillina**

Numerosi studi hanno dimostrato che la teofillina è eliminata più rapidamente nei fumatori che nei non-fumatori (1). Il fumo riduce l'emivita della teofillina e ne aumenta la clearance totale. Inoltre, come abbiamo già visto, il fumo determina un aumento della concentrazione dell'isoenzima CYP1A2, responsabile del metabolismo della teofillina. Di conseguenza, le concentrazioni ematiche della teofillina sono significativamente ridotte nei fumatori, a causa dell'aumento della clearance corporea.

Le teofillina, come noto, ha una finestra terapeutica ridotta (5-20 µg/ml), e quando si smette di fumare improvvisamente, può essere necessaria una riduzione dei dosaggi della teofillina per evitarne gli effetti tossici. Inoltre, dal momento che possono essere necessari da alcuni giorni a diverse settimane prima che gli effetti dell'induzione enzimatica siano scomparsi (a seconda del numero di sigarette che venivano fumate giornalmente), questo effetto può essere osservato diverso tempo dopo la cessazione del fumo.

In uno studio è stato dimostrato che le reazioni avverse alla teofillina erano meno frequenti nei moderati fumatori (11%) e nei forti fumatori (7%) che nei non-fumatori (13%), a causa delle ridotte concentrazioni ematiche di teofillina osservate nei soggetti fumatori. Questo fenomeno era più evidente nei soggetti fumatori giovani, probabilmente perché nei soggetti anziani il sistema enzimatico epatico ha una efficienza ridotta e una completa induzione enzimatica non è possibile (1). L'incremento delle dosi di teofillina necessarie nei fumatori è variabile, ma secondo Miller e Hunt i soggetti

giovani richiedono il doppio della dose, ed una riduzione di 1/3 o 1/4 della dose durante l'astinenza (6-7). Miller ha anche osservato che le gomme alla nicotina non hanno effetto sulla clearance della teofillina, suggerendo ancora una volta che i principali induttori enzimatici sono i PAH. Anche il fumo passivo di tabacco, come dimostrato da Mayo, determina un aumento della clearance della teofillina in bambini asmatici esposti, rispetto al gruppo di controllo di non esposti (32).

### Interazioni farmacodinamiche

Le interazioni farmacodinamiche riguardano quei farmaci che alterano la risposta attesa o l'azione di altri farmaci. Tali interazioni possono coinvolgere farmaci direttamente in competizione per recettori specifici o farmaci che causano cambiamenti nei meccanismi fisiologici di altri farmaci.

Le interazioni farmacodinamiche significative tra il fumo di sigaretta e i farmaci includono:

- un maggior rischio di eventi cardiaci nei fumatori con **ipertensione controllata**;
- una diminuzione degli effetti terapeutici di alcuni **farmaci antipertensivi** ( $\beta$ -bloccanti in particolare) e **antianginosi** (4); **in particolare**, secondo uno studio il propranololo nei fumatori, oltre che potenzialmente pericoloso, è meno efficace nel diminuire la pressione arteriosa di un diuretico tiazidico (23); secondo un altro studio, gli antagonisti dell'enzima convertitore dell'angiotensina sono più efficaci dei  $\beta$ -bloccanti nel trattamento dei fumatori con ipertensione arteriosa (24);
- possibile interferenza del fumo negli effetti terapeutici del **propranololo** anche sull'angina pectoris; il meccanismo di questa interazione è sconosciuto, ma è possibile che i fumatori raggiungano concentrazioni di carbossiemoglobina del 5-13% (contro l'1-2% dei non fumatori), che possono di per sé aggravare l'angina (25); da ricordare anche l'interferenza riportata del fumo sull'efficacia dell'**atenololo** e soprattutto della **nifedipina** nel trattamento dell'angina (26);
- aumento delle concentrazioni sieriche delle **lipoproteine LDL** e del **colesterolo totale**;
- aumentato rischio di sviluppo e di recidiva di **ulcera peptica**, o diminuzione della risposta agli **antagonisti dei recettori H<sub>2</sub>**; secondo Lam il sucralfato, che non risente degli effetti avversi del fumo, andrebbe quindi preferito nei fumatori (27). Questo studio, peraltro, è stato severamente criticato in quanto non effettuato in doppio cieco, né controllato l'effetto placebo; altri studi hanno fallito nel dimostrare un effetto superiore del sucralfato sugli altri farmaci anti-ulcera;
- aumentato rischio di eventi cardiovascolari avversi nelle donne che fumano e che assumono contemporaneamente **contraccettivi orali**, soprattutto nella popolazione tra i 35 e i 45 anni (44, 45);
- diminuzione della sedazione da parte delle **benzodiazepine**, diminuzione dell'analgesia da **oppioidi**, probabilmente a causa degli effetti stimolanti della nicotina;
- diminuzione dell'efficacia della **terapia antimalarica** nel Lupus cutaneo (46) e verosimilmente nel trattamento della patologia malarica.

Nell'interpretazione della letteratura riguardante le interazioni tra fumo e farmaci è sempre bene tenere in mente che i fumatori rappresentano una popolazione differente dai non fumatori, in quanto essi tendono a consumare maggiori quantità di caffè, alcol, analgesici, lassativi e ipnotici rispetto ai non fumatori. Il catabolismo della **caffeina**, per esempio, è aumentato del 60-70% per induzione del citocromo 1A2 (30, 31). La caffeinemia può raddoppiare, a parità di consumo di caffè, quando si smette di fumare, e questo potrebbe in parte spiegare lo stato di nervosismo presente quando si smette di fumare. I soggetti fumatori, inoltre, pesano mediamente meno rispetto ai soggetti non fumatori, per cui è necessario assicurarsi che la posologia farmacologica sia stata adattata all'eventuale differente peso dell'ex-fumatore, rispetto a quando era fumatore. Da ultimo, è ancora una volta particolarmente importante sottolineare la necessità da parte del clinico di prevenire o far cessare l'abitudine al fumo nelle donne tra i 35 e i 45 anni che fanno uso di contraccettivi orali, le quali sono particolarmente a

rischio di infarto miocardico, ictus e trombosi. In questa popolazione l'abitudine al fumo è spesso particolarmente ben radicata, e le forti fumatrici sono almeno il doppio rispetto alle età più giovani; tuttavia il grado di prevenzione di malattia **ischemica** ottenuto con la cessazione del tabagismo è notevolmente elevato (1).

## 3/ Conclusioni

Scopo di questa rassegna era rispondere al quesito se vi siano interazioni farmacologiche clinicamente rilevanti col fumo di tabacco. La risposta è che, nella maggior parte delle situazioni cliniche considerate, c'è una evidenza, più o meno consistente a seconda dei farmaci considerati, di un rischio riconducibile all'interazione col fumo, in particolare con gli idrocarburi aromatici policiclici, che sono potenti induttori enzimatici. Le evidenze più significative riguardano le teofilline, l'insulina, il propossifene, il diazepam e il propranololo. Il fumo quindi può aumentare la clearance del farmaco, diminuirne l'assorbimento, determinare induzione della catena enzimatica dei citocromi, o talvolta una combinazione di tutti questi fattori. La ricaduta clinica nei fumatori consiste in un maggior rischio per i pazienti in trattamento per patologie cardiovascolari, bronchiali ostruttive, gastrico-ulcerose e per le donne che assumono contraccettivi orali. Molte potenziali interazioni restano da studiare. La difficoltà di valutazione nella pratica clinica risiede nel fatto che il comportamento individuale nei riguardi della sigaretta è molto vario. In pratica, in un paziente fumatore cronico un qualsiasi trattamento farmacologico può essere avviato in prima battuta con le posologie standard. L'adattamento posologico può poi rendersi necessario in quei pazienti con patologie a rischio (diabete, cardiopatie, broncopneumopatie ostruttive, uso di anticoncezionali, patologie psichiatriche), a causa delle interferenze del fumo di tabacco coi farmaci somministrati cronicamente. I professionisti della salute devono quindi prestare una attenzione particolare ai pazienti che fumano e sono portatori di queste malattie, incoraggiando la disassuefazione dal tabagismo.

## Bibliografia

1. Schein R. Cigarette smoking and clinically significant drug interactions. *Ann Pharmacother* 1995;29:1139-48.
2. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001;15(6):469-94.
3. D'Arcy PF. Drug interactions and reactions update. *Drug Intell Clin Pharm* 1984;18:302-7.
4. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clin Pharmacokinet* 1999;36(6):425-38.
5. Liston HL, Markowitz JS, DeVane CL. Drug glucuronidation in clinical psychopharmacology. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21(5):500-15.
6. Miller LG. Recent developments in the study of the effects of cigarette smoking on clinical pharmacokinetics and clinical pharmacodynamics. *Clin Pharmacokinet* 1989;17:90-108.
7. Hunt SN, Jusko WJ, Yurchak AM. Effect of smoking on theophylline disposition. *Clin Pharmacol Ther* 1976;19:546-51.
8. Labbe L, Turgeon J. Clinical pharmacokinetics of mexilitine. *Clin Pharmacokinet* 1999;37(5):361-84.
9. Holtzman JL, Weeks CE, Kvam DC, Berry DA, Mottonen L, Ekholm BP et al. Identification of drug interactions by meta-analysis of premarketing trials: the effect of smoking on the pharmacokinetics and dosage requirements for flecainide acetate. *Clin Pharmacol Ther* 1989;46:1-8.
10. Conrad GT, Ober RE. Metabolism of flecainide. *Am J Cardiol* 1984;53:41B-51B.
11. Madsbad S, McHair P, Christiansen MS. Influence of smoking on insulin requirement and metabolic status in diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1980;3:41-3.
12. Mathiensen ER, Segard U, Christiansen JS. Smoking and glycemic control in male insulin-dependent (type 1) diabetics. *Diabetes Res* 1984;1:155-7.
13. Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Clinical depression of the central nervous system due to diazepam and clordiazepoxide in relation to cigarette smoking and age. *N Engl J Med* 1973;288:277.
14. Murdock HR, Robillard NF. Use of smokers in bioavailability studies. *Clin Pharmacol Ther* 1979;24:23.
15. Jusko WJ. Role of tobacco smoking in pharmacokinetics. *J Pharmacokinet Biopharmaceut* 1978;6:7-39.
16. Jokinen MJ, Olkkola KT, Ahonen J, Neuvonen PJ. Effect of rifampin and tobacco smoking on the pharmacokinetics of ropivacaine. *Clin Pharmacol Ther* 2001;70(4):344-50.
17. Dong SX, Ping ZZ, Xiao WZ, Shu CC, Bartoli A, Gatti G, D'Urso S, Perucca E. Effect of active and passive smoking on CYP1A2-mediated phenacetin disposition in Chinese subjects. *Ther Drug Monit* 1998;20(4):371-5.
18. Scavone JM, Greenblatt DJ, Abernethy DR, Luna BG, Harmatz JS, Shader RI. Influence of oral contraceptive use and cigarette smoking, alone and together, on antipyrine pharmacokinetics. *J Clin Pharmacol* 1997;37(5):437-41.
19. Mason GR, Uszler JM, Effros RM, Reid E. Rapidly reversible alteration of pulmonary epithelial permeability induced by smoking. *Chest* 1983;83:6-11.
20. Jones JG, Minty BD, Lawler P, Hulands G, Crowley JCO, Veall N. Increased alveolar permeability in cigarette smokers. *Lancet* 1980;8:66-80.
21. Kennedy SM, Elwood RK, Wiggs BJR, Pare PD, Hogg JC. Increased airway mucosal permeability of smokers. Relationship to airway reactivity. *Am Rev Resp Dis* 1984;129:143-148.
22. Vidal MV, Gutfilem B, de Fonseca LM, Bernardo-Filho M. Influence of tobacco on the labelling of red blood cells and plasma proteins with technetium-99m. *J Exp Clin Cancer Res* 1998;17(1):41-6.
23. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. *Br Med J* 1985;291:97-104.
24. Kotamaki M, Manninen V, Laustiola KE. Enalapril versus atenolol in the treatment of hypertensive smokers. *Ur J Clin Pharmacol* 1993;44:13-7.
25. Fox K, Jonathan A, Williams H, Selwyn A. Interaction between cigarettes and propranolol in treatment of angina pectoris. *Br Med J* 1980;1:91-3.
26. Deanfield J, Wright C, Krikler S, Ribeiro P, Fox K. Cigarette smoking and the treatment of angina with propranolol, atenolol, and nifedipine. *N Eng J Med* 1984;310:951-4.
27. Lam SK, Hui WM, Lau WY, Branicki FJ, Lai CL, Lok ASF. Sucralfate overcomes adverse effect of cigarette smoking on duodenal ulcer healing and prolongs subsequent remission. *Gastroenterology* 1987;92:1193-201.
28. Soaf SE, Linnoila M. Interaction of ethanol and smoking on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medications. *Psychopharmacol Bulletin* 1991;4:577-95.
29. Schein JR. Cigarette smoking and clinically significant drug interactions. *Ann Pharmacol* 1995;29:1139-48.
30. Talbert M. Medicaments, alcool et tabac. *J Pharm Clin* 1992;11:23-7.
31. Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking: an update. *Clin Pharmacokinet* 1999;6:425-38.
32. Mayo PR. Effect of passive smoking on theophylline clearance in children. *Ther Drug Monit* 2001;5:503-5.
33. Michnovicz JJ, Herschcopf RJ, Naganuma H, Bradlow HL, Fishman J. Increased 2-hydroxylation of estradiol as a possible mechanism for the anti-estrogenic effect of cigarette smoking. *N Eng J Med* 1986;315:1305-9.
34. Kraemer DF, Lucas JB, Pahren HR, Ryan JA, Kowal NE. Cadmium toxicity. *Lancet*. 1979;1(8128):1241-2.
35. Hong J-L, Rodger IW, Lee LY. Cigarette smoke-induced bronchoconstriction: cholinergic mechanisms, tachykinins, and cyclooxygenase products. *J Appl Physiol* 1995; 78(6):2260-66.
36. Hartiala J J, Mapp C, Mitchell R, Gold WM. Nicotine-induced respiratory effects of cigarette smoke in dogs. *J Appl Physiol* 1985;59(1):64-71.
37. Hong JL, Lee LY. Cigarette smoke-induced bronchoconstriction: causative agents and role of thromboxane receptors. *J Appl Physiol* 1996;81(5):2053-59.
38. Bonham AC, Chen CY, Mutoh T, Joad JP. Lung C-Fiber CNS Reflex: Role in the Respiratory Consequences of Extended Environmental Tobacco Smoke Exposure in Young Guinea Pigs. *Environmental Health Perspectives* 2001;109(4):573-8.
39. Matsumoto K, Aizawa H, Inoue H, Koto H, Fukuyama S, Hara N. Effect of dimethylthiourea, a hydroxyl radical scavenger, on cigarette smoke-induced bronchoconstriction in guinea pigs. *Eur J Pharmacol* 2000;1:403(1-2):157-61.
40. Taylor NBG, Walker JM. Antidiuretic substance in humane urine after smoking. *J Physiol* 1951;113:412-8.
41. Friedman GD, Sieghelaub AB, Seltzer CC. Cigarettes, alcohol, coffee and peptic ulcer. *N Eng J Med* 1974; 290: 469-73.
42. Lane MR, Lee SP. Recurrence of duodenal ulcer after medical treatment. *Lancet* 1988;1: 1147-9.
43. Rose JQ, Yurchak AM, Meikle AW, Jusko WJ. Effect of smoking on prednisone, prednisolone, and dexamethasone pharmacokinetics. *J Pharmacol Biopharm* 1981;9:1-14.
44. Vessey MP, Lawless M, Yates D. Oral contraceptives and stroke. Findings in a large prospective study. *Br Med J* 1984;289:530-1.
45. Pettiti DB, Wingerd J, Pellegrin F, Rancharan S. Risk of vascular disease in women: smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA* 1979;242: 1150-4.
46. Rhaman P, Gladman DD, Urowitz MB. Smoking Interferes with efficacy of antimalarial therapy in cutaneous Lupus. *J Rheumatol* 1998;25:1716-9.
47. Kiel DP et al. Smoking eliminates the protective effect of oral estrogens on the risk for hip fracture among women. *Ann Intern Med* 1992;116:716-21.
48. Komulainen M et al. Identification of early postmenopausal women with no bone response to HRT: results of five-year clinical TRIAL. *Osteoporos Int* 2000;11:211-8.



# News & Views

(in collaborazione con GEA Progetto Salute e Globalink)



ANCHE LA SITAB PARTECIPA ALLA COMMEMORAZIONE

## 24 settembre

## Memorial Day per le vittime del Tabacco

Da qualche anno in California si è costituita la "Tobacco Survivor United" (TSU), una associazione che riunisce persone che hanno perso loro cari per malattie causate dal consumo di tabacco. La TSU si propone di smascherare le menzogne e la propaganda a favore del tabacco perpetrate dalle industrie e dalla politica, che insidiano specialmente i giovani e i bambini. Guidata da Laurie Comstock, che nel 1999 ha perso la sorella di 44 anni per tumore al polmone causato dalle sigarette, dopo avere fumato per 31 anni. L'associazione ha indetto nel 2004 la prima "Giornata per la Memoria delle Vittime del Tabacco". Il Memorial Day si è celebrato l'anno scorso nella sede centrale amministrativa del California State Capitol Building, e si ripeterà quest'anno nello stesso luogo il 24 Settembre. **Evento centrale della commemorazione sarà la "Marcia per la Salute, la Trasparenza e la Memoria"** che si svolgerà dalle 11.00 alle 14.00, nel corso della quale si terranno (dalle 12.00 alle 13.00) gli interventi degli oratori e la lettura dell'elenco di Enti e Associazioni che avranno comunicato la loro adesione. Per le 12.45 ora californiana, sono previsti alcuni momenti di silenzio in segno di partecipazione e lutto, tramite i quali sarà possibile anche da lontano sentirsi vicini al cuore della celebrazione. Laurie invita coloro che in tutto il mondo sono impegnati nella lotta al fumo ad aderire alla celebrazione. La Società di Tabaccologia ha aderito alla manifestazione ritenendola utile ad accrescere la consapevolezza sociale del problema del tabacco ed una percezione del Fumo più attinente alla realtà. "La contrapposizione al Mito del tabacco può venire

proprio dalla percezione della realtà", ha cura di spiegare il presidente Mangiaracina. "Questa iniziativa riconduce a pensare alle vittime del tabacco come qualcosa di concreto, niente affatto come ipotesi. Il fermarsi qualche istante a riflettere fa capire come al tumore e all'infarto ci si prepara attraverso un percorso ventennale fatto di scelte sbagliate che inducono sofferenza". La proposta della Sitab ad aderire è stata salutata con entusiasmo da alcune associazioni come GEA progetto Salute e quella dei non fumatori "Aria Pulita". Ha aderito anche l'Agenzia Nazionale per la Prevenzione, che il 24 settembre, con la SITAB presenterà uno spot pubblicitario che induca ulteriormente alla riflessione nel corso di un Convegno che si terrà presso l'Hotel Hilton di Fiumicino, con la partecipazione dei rappresentanti dei 140 centri italiani per la cura del Tabagismo, che hanno aderito al progetto INSPIRO. Nel corso del convegno inoltre i lavori saranno sospesi per qualche istante per partecipare al momento di Silenzio contemporaneamente a tutte le altre nazioni aderenti. La validità di una giornata dedicata alla memoria è rilevante di per sé, non solo

perché potrebbe aiutare emotivamente chi si ritrova a convivere con il dolore della perdita di una persona cara, ma anche per contribuire a fare chiarezza anche nell'informazione pubblica, perché i "dubbi", creati e alimentati ad arte dai produttori di tabacco per screditare la ricerca e l'evidenza scientifica, lascino il posto alla verità.

La Società scientifica di Tabaccologia (SITAB) aderisce al secondo "Memorial Day" per le vittime del Tabacco, indetto dall'organizzazione americana *Tobacco survivors* ([www.TobaccoSurvivorsUnited.org](http://www.TobaccoSurvivorsUnited.org)). La Giornata di commemorazione ha avuto luogo sabato 24 settembre, giorno in cui la SITAB (Società Scientifica per lo studio del Tabacco, del Tabagismo e dei problemi Fumo-correlati) ha organizzato a Roma, presso l'Hotel Hilton di Fiumicino, un meeting al quale hanno aderito i 139 rappresentanti dei Centri italiani per la cura del Tabagismo, riconosciuti dal Ministero della Salute e partecipanti al Progetto INSPIRO.

Per l'occasione la SITAB ha presentato un nuovo Spot televisivo: "Quando fumi, pensa".

(Cristina Vatteroni)





## Spot SITAB: Quando fumi, pensa

E' lo spot televisivo messoci a disposizione dalla Mundocom di Milano che è stato presentato al Meeting del Progetto INSPIRO presso l'H. Hilton Airport di Fiumicino il 24 settembre u.s. Fumare è una dipendenza fatta sequenze di gesti automatici che si ripetono 10, 20, 30, 40 e più volte al giorno. Nessuna dipendenza ha simili caratteristiche. E' indispensabile fermarsi e pensare a questo. Molte volte le parole servono a poco. La campagna "QUANDO FUMI, RIFLETTI" vuole invitare i fumatori a pensare alla loro condizione. Lo Spot che la SITAB diffonde dal 24 settembre 2006, e' stato adottato dalla Campagna Europea contro il Tabacco HELP "Per una Vita senza Tabacco"(www.help-eu.com), con l'obiettivo di invitare il fumatore proprio a pensare. Lo fa con un

distributore automatico di sigarette che risponde tossendo. Il film

inizia con un fumatore che compie un'azione abitudinarria: compra un pacchetto di sigarette a un distributore. Mette i soldi, sceglie il prodotto e aspetta il suo pacchetto. Ma incredibilmente la macchina pronuncia la frase di rito "Selezionare l'eventuale altro prodotto o ritirare il resto, grazie e arrivederci" tossendo in modo forsennato e lasciando basito il protagonista che, forse, si spera, penserà ai danni provocati dal fumo la prossima volta che comprerà un pacchetto di sigarette. La squadra creativa è composta da Barbara Ghiotti, Giulio Pattarino e Andrea Jublin che è anche il regista dello spot. La produzione è di Mundocom. Concordemente, GEA Progetto Salute, in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per la Prevenzione e con l'Università di Ginevra, ha creato un servizio di Web-Care ([www.tabagismo.it](http://www.tabagismo.it)) ed una Info-Line (340 70 88 301) per assistere i fumatori a distanza.

Fonti: • [www.TobaccoSurvivorsUnited.org](http://www.TobaccoSurvivorsUnited.org)  
• [GEA Progetto Salute \(www.gea2000.org\)](http://www.gea2000.org)

## Prevenzione del Tabagismo nei minori Paradossi e strategie nelle politiche giovanili

I dati Istat 2005 dicono che in Italia nell'arco di un solo anno dal 2004 al 2005 sono aumentati dell'1,6% i fumatori giovanissimi al di sotto dei 14 anni. Il pericolo per loro è maggiore: hanno polmoni non ancora definitivamente sviluppati e il fumo ne compromette la crescita. Nel 2004 i fumatori maschi nella fascia d'età 11-14 anni erano il 2,9%, nel 2005 il 4,5%. Le ragazze fumatrici sono aumentate dello 0,4%. Già nell'anno scolastico 2000 - 2001 una Ricerca finalizzata alla prevenzione delle patologie derivanti dagli stili di vita promossa da Psicologia-salute.it di Torino aveva chiaramente indicato l'aumento della dipendenza fumo tra i giovani a cominciare da 11 anni con prevalenza delle fumatrici. Da

questa ricerca emergono alcuni dati interessanti: a) L'iniziazione al fumo, vissuta come voglia di crescere, di fare le cose dei "grandi", comincia già, sempre più spesso, in seconda media. b) Esiste un incremento dell'incidenza dei fumatori nel passaggio dalla scuola media - dove la percentuale fumatori oscilla tra l'8% e il 14% - alla scuola superiore, dove varia tra 11% e 58%, un incremento sensibile che avviene nelle classi prime e tende a stabilizzarsi nelle seconde. c) La presenza del leader fumatore può fungere da elemento trainante e condizionare l'intera classe. d) I vantaggi psicologici del fumo vengono segnalati dai maschi fumatori, ma soprattutto curiosamente dalle ragazze. e) I non fumatori, rispetto ai fumatori,

## No smoking cessation? ...Ai Ai!



Quando qualcuno afferma che smettere di fumare è pressoché impossibile, basta avere costanza...e ricordargli che dal momento che l'uomo deriva dai primati possiamo prendere esempio da Ai Ai, la scimpanzè, ospite dello zoo di Pechino. Si accese la prima sigaretta nel lontano 1989 per superare il dolore e la tristezza causati dalla morte di un'amico poi, dopo il decesso di un secondo compagno, il tabacco diventò per lei una vera e propria schiavitù ma ora, dopo 16 anni, ha smesso di fumare... lo assicurano i guardiani dello zoo di Pechino che si prendono cura di lei. La volontà e la costante attenzione dei guardiani dello zoo ha fatto sì che Ai Ai oggi dopo 16 anni ha smesso di fumare. La terapia? Una dieta alimentare più ricca e saporita, lunghe passeggiate distensive, attività fisica e ascolto della musica pop con il Walkman.

(Liviaelena Laurentino)

fonte AdnKronos 03/10/2005



mettono maggiormente in evidenza i danni sulla salute. f) Il rischio spesso non è percepito (dissonanza cognitiva), perché prevalgono le informazioni a favore del fumo e il senso di onnipotenza (smetto quando voglio), di contro a una reale fragilità. Quali strategie allora nelle politiche giovanili se mancano investimenti per la ricerca e la prevenzione? La formazione ha un ruolo decisivo nella prevenzione, senza la quale ha buon gioco chi si preoccupa di educare al fumo, all'alcol e alle droghe.

(Emanuele Passanante)

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



## Miss Mondo Italia & Mister Centocelle

### Testimonial smoke-free avanti tutta

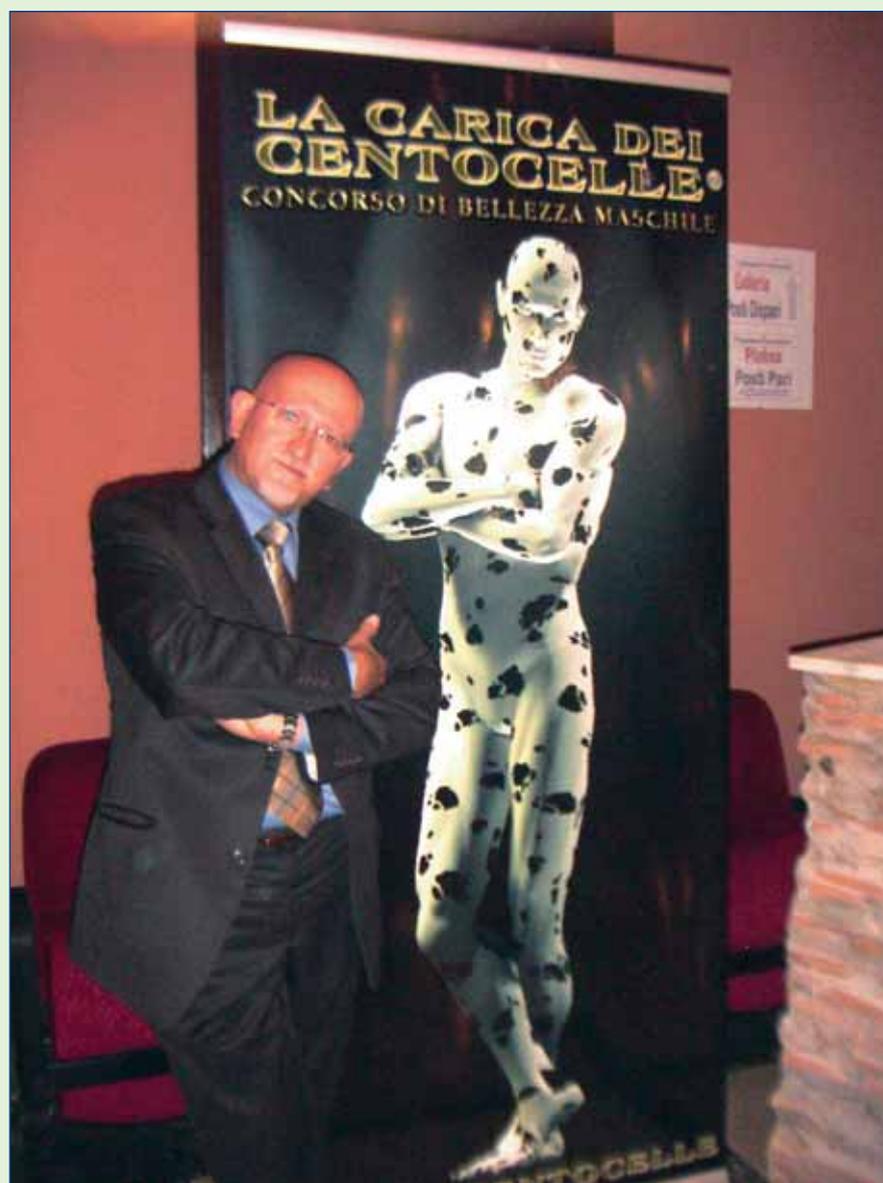
Santa Maria di Leuca (LE) ha ospitato le finaliste del concorso di Miss Mondo Italia 2005.

Anche quest'anno ci siamo stati, dopo avere siglato l'accordo con il patron del concorso, Antonio Marzano, che si è impegnato con noi a promuovere un messaggio di salute, puntando su una modalità innovativa di comunicazione.

Anche questa edizione del concor-

so ha visto la partecipazione delle aspiranti miss al corso di formazione a "Testimonial contro il Tabacco" condotto da Mangiaracina.

Inoltre, come da protocollo d'intesa, le concorrenti e in particolare la vincitrice del concorso si impegnano a testimoniare una "buona salute" e una bellezza senza "fumo", come ha avuto modo di sottolineare il presidente nel corso della conferenza stampa di lan-



Presidente SITAB al Centocelle smoke free

cio del concorso, presente Luciano Rispoli, direttore della nuova rete televisiva TV Italia, e Marco Predolin, conduttore della serata finale, andata su Sky TV il 18 settembre. Il sogno si è realizzato per Sofia Bruscoli, che rappresenterà l'Italia alla kermesse internazionale di Miss World il 10 Dicembre in Cina.

All'insegna della bellezza e dell'impegno sociale anche un concorso tutto al maschile, che ha visto protagonisti, lo scorso 29 settembre, i ragazzi "piu' belli d'Italia" in lizza per il titolo di Mister Centocelle 2005. I Centocelle con la loro ironia e bellezza sono da tempo l'idolo delle ragazze e modelli di riferimento per molti giovani, per questo motivo, sono stati scelti come testimonial dalla SITAB, promuovendo un messaggio di informazione e prevenzione.

Chissà se i nuovi linguaggi della prevenzione non ci permetteranno di entrare meglio in contatto con il pubblico giovanile.

*(Silvia Pacella e Melissa Caucci)*



## Milano si mobilita contro i mozziconi

Lotta al mozzicone selvaggio. La prima risposta ufficiale ad uno degli inconvenienti dell'applicazione della legge Sirchia (3/2003) sul divieto di fumo nei locali pubblici arriva da Milano. Il Comune insieme all'Amsa ha deciso di fornire bar, ristoranti e pizzerie di portacenere open air per evitare il tappeto di cicche che ricoprono i marciapiedi fuori dai locali. L'assessore all'Ambiente, Domenico Zampaglione ha già un nome: il portacenereMilano. Una marea di cicche fuori dagli esercizi pubblici dove si applica la legge antifumo è l'altra faccia della legge Sirchia. I fumatori non si danno per vinti. Si formano crocicchi davanti ai bar. Al ristorante, tra una portata e l'altra si abbandonano i tavoli per gustarsi il piacere di una bionda. Il risultato è sotto gli occhi di tutti: i marciapiedi brulicano di mozziconi. Un superlavoro per l'Amsa e un

brutto colpo d'occhio per la pulizia della città. Da qui, l'idea. Perché non fornire i locali pubblici di posacenere standard da piazzare fuori degli esercizi commerciali? Perché non ampliare il contratto di servizio dell'Amsa contemplando anche il recupero cicche? L'Amsa si è messa al lavoro. Ha cominciato a contattare le aziende che producono portacenere. Ha chiesto dei prototipi. E contemporaneamente ha fatto due conti. I locali da rifornire variano dai 4.000 ai 6.000. I portacenere verranno dati in comodato d'uso (quindi gratis). Compito dei proprietari sarà quello di ritirare il portacenere all'orario di chiusura e di svuotarlo. Si è deciso di tenere fuori tutti quegli esercizi dove i clienti non stazionano più di tanto. La scelta è caduta su bar, ristoranti e pizzerie. Esclusi i negozi di abbigliamento. Sono arrivati anche i primi preventivi. Alti, altissimi: 80 euro a pezzo. Scartati. La ricerca va avanti e Amsa ha chiesto nuovi modelli. Anche perché il portacenere deve avere certe caratteristiche: una certa resistenza non solo per evitare che qualcuno lo usi come un'arma impropria, ma anche alle intemperie. E chiaramente dovrà essere ignifugo. Amsa spera di piazzare le prime forniture all'inizio dell'anno. Un'idea a ns avviso ottima, da diffondere ai Comuni interessati. E i costi si abbatterebbero.

(Cinzia Marini)

Fonte: Corriere della Sera 28/09/2005

## Torna il contrabbando di bionde Ma chi le compra fuma segatura

MILANO settembre 2005. Un ucraino sulla cinquantina richiama l'attenzione di quei pochi passanti che si avventurano in piazza Luigi di Savoia. «Sigaretta. Due Euro. Un pacchetto». L'affare sembra buono. Ma occhio, c'è il trucco. Non solo sono sigarette di contrabbando - fenomeno tornato di attualità nelle ultime settimane - ma spesso sono bionde truccate: sono prodotte clandestinamente nel paese d'origine con una buona percentuale di segatura. E se il tabacco è dannoso per i polmoni, chissà che effetto fa lo scarto del legno!? Eppure i fumatori incalliti per la maggior parte extracomunitari continuano a frequentare la piazza. E per vedere lo smercio, basta fare due passi. Ma l'aspetto preoccupante è che le sigarette prodotte fuori dalla Comunità Europea, realizzate in stabilimenti clandestini, hanno una minima parte di tabacco. Il resto è segatura.

(Branka Brkic)

Fonte: Libero 27/09/2005

## Moda Narghilé Un problema emergente

Si sentono profumi insoliti passeggiando nella notte milanese. Effluvi dolciastri che arrivano dalle terrazze, dai locali dalle



scritte arabeggianti, dalle piscine all'aperto che di sera si trasformano in luoghi d'incontro per umani e zanzare. Tutti particolarmente attratti dal fumo aromatizzato, alla mela, alla fragola, alla menta e alla rosa del narghilé, l'antica pipa ad acqua usata da secoli in Medio Oriente per esaltare i momenti di tranquillità, o riunirsi con parenti e amici. Shisha per gli egiziani, narghilé per i libanesi, hookah in Marocco e India, la bottiglia che brontola quando viene aspirata, da New York a Londra a Milano è l'attrattiva delle feste, anche quelle affollate di uomini d'affari. Tanto da spingere Mohamed Errabia, 42 anni, ad aprire un «shisha bar» sulla terrazza che si affaccia su via della Spiga, inaugurato con un «shisha party», unica scritta sull'invito dorato. «Molti l'hanno scoperto dopo il divieto di fumare nei locali. E ora il narghilé è apprezzato per la sua leggerezza. Contiene una quantità minima di nicotina e il fumo viene raffreddato dall'acqua - spiega Mohamed. Fumare narghilé è diverso dal fumare una sigaretta, è come fare un giro turistico in carrozza. Presuppone la condivisione, insegna tolleranza e pazienza, fa apprezzare la buona compagnia». Peccato che il nostro amico non sappia che esistono varie patologie correlate al fumo di narghilé e, inoltre, che la legge antifumo 3/2003 non parla di divieto di fumo di sigaretta bensì di tabacco. Affidiamo queste note per competenza a chi di dovere.

(Torquemada)

Fonte: Maria Teresa Veneziani-Corriere della Sera 09/06/2005



# homepage

Il 24 settembre 2005, si è tenuto a Roma, presso l'hotel Hilton Airport di Fiumicino, il meeting SITAB dei 140 rappresentanti di altrettanti Centri Tabagismo italiani riconosciuti dal Ministero della Salute. Il meeting si è concluso con il documento finale scaturito dai vari gruppi di lavoro dei partecipanti

## Progetto "INSPIRO" Documento finale

### Premessa

Il presente documento esprime il risultato dei gruppi di lavoro svolti in occasione del convegno della Società Italiana di Tabaccologia sul tema: "La valutazione clinica del paziente fumatore", tenutosi a Roma il 24 settembre 2005. Viene proposto come Documento Finale dei lavori congressuali e come testo introduttivo alla Consensus Conference nel contesto del congresso internazionale SITAB sul tema "Le Strategie di Controllo del Tabacco in Italia" che si terrà a Roma nel marzo 2006.

Il Documento Finale contiene una analisi, distinta per aree, delle criticità attualmente rilevate nei Centri per il Trattamento del Tabagismo e delle indicazioni che possono orientare l'attività clinica e gli aspetti organizzativi.

### 1. Area Organizzativa

Per superare le difficoltà di comunicazione relative alla cura del tabagismo e ai problemi Fumo-correlati, viene proposto di definire i "Centri Antifumo", in modo più appropriato, come "Centri per la Prevenzione e/o la Terapia (o Cura o Trattamento) del Tabagismo", aventi caratteristiche peculiari e dotati di propria specificità rispetto alle strutture specialistiche che curano i danni d'organo provocati dal fumo. I Centri privi di adeguato supporto multiprofessionale e/o dedicati esclusivamente alla cura potrebbero meglio essere definiti come "Ambulatori per il tabagismo".

In ambito organizzativo si ritiene di dover

segnalare l'urgenza dell'accreditamento istituzionale dei Centri e degli Ambulatori e del riconoscimento nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni erogate da queste strutture. Nel proporre ciò si sottolinea l'urgenza di definire dei requisiti minimi che ciascun centro deve possedere per essere accreditato, sia in termini di figure professionali e di spazi fisici, ma anche in rapporto alla metodologia utilizzata. In particolare emerge la necessità che:

- a. I Centri possano rappresentare punto di riferimento anche per la prevenzione del tabagismo, la promozione e l'educazione alla salute, la formazione e ricerca;
- b. queste strutture si collochino in un'ottica di rete con i contesti di cura di 1° livello (medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta, ambulatori specialistici).

### 2. Area terapeutica di intervento

Nell'ambito degli interventi terapeutici si constata l'elevata eterogeneità dei percorsi metodologici, influenzata sia dal tipo di risorse disponibile, sia dal background formativo e professionale degli operatori che se ne occupano.

Si raccomanda perciò che:

- a. Ogni Centro assicuri una modalità di approccio integrato, attraverso una

#### SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

##### Comitato Direttivo Nazionale (2002-2005)

###### Presidente:

Prof. Giacomo Mangiaracina (Dip. Scienze di Sanità Pubblica, Univ. La Sapienza, Roma).  
[mangiaracina@globalink.org](mailto:mangiaracina@globalink.org)

###### Vicepresidente e Tesoriere (ad interim):

Dott. Vincenzo Zaga (Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL di Bologna)  
[vincenzo.zaga@fastwebnet.it](mailto:vincenzo.zaga@fastwebnet.it)

###### Segretario:

Dott. Biagio Tinghino (Centro Diagnosi e Terapia del Tabagismo ASL Mi3 - Monza; Commissione per la Prevenzione del Tabagismo Regione Lombardia)  
[btinghi@tin.it](mailto:btinghi@tin.it)

###### 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)
- Prof. Christian Chiamulera (Ricercatore Farmacologo, SRNT)
- 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](http://www.tabaccologia.org)

### 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](http://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](http://www.tabaccologia.org) e su Gea per agevolare la registrazione: [www.gea2000.org/globalink](http://www.gea2000.org/globalink)



equipe multidisciplinare, anche attraverso sinergie e alleanze tra diverse risorse operanti nel territorio;

b. le modalità di trattamento applicate siano standardizzate ed in larga misura condivise;

c. ciascun operatore sia adeguatamente formato con criteri di qualità ed omogeneità applicabili sul territorio nazionale, nel rispetto di linee guida e delle conoscenze scientifiche disponibili;

d. venga resa possibile la rimborsabilità dei farmaci utilizzati nel trattamento del tabagismo, quantomeno la loro collocazione in fascia H, affidandone la prescrizione alle strutture accreditate di secondo livello.

### 3. Valutazione e diagnosi

Anche in ambito diagnostico sono state osservate elevate diversità operative. Per ovviare a questa criticità, si ritiene opportuno proporre:

a. Una maggiore omogeneità gestionale anche nei tempi di attesa tra Colloquio Clinico e programma terapeutico.

b. La creazione di una cartella clinica informatizzata, che preveda anche la descrizione dei parametri clinici fondamentali (per es. anamnesi, peso, altezza, P.A.), somministrata da un operatore adeguatamente formato.

c. Una più oculata somministrazione del Nicotine Addiction Test (di Fagerstrom), indicato come test di riferimento per la misurazione della dipendenza fisica da nicotina. Si sottolinea altresì la necessità di implementare il percorso diagnostico con altri test idonei ad indagare il livello motivazionale, il

tono dell'umore, l'autoefficacia, ed altri aspetti di rilievo del percorso terapeutico del fumatore.

d. La misurazione del CO espirato va considerata come uno standard qualitativo indispensabile nella terapia del tabagismo.

Si suggerisce inoltre, per migliorare l'adesione al percorso di trattamento, che la valutazione venga eseguita possibilmente in un solo incontro (salvo necessità di specifici approfondimenti) da personale formato o, eventualmente, dall'equipe multidisciplinare.

Si ritiene necessario effettuare i follow-up sia per il monitoraggio clinico che per fornire occasioni di rinforzo del risultato raggiunto, con la misurazione del CO espirato dopo 1, 3, 6, 12 mesi di astinenza dal fumo.

Si ritiene opportuno che i Centri organizzino un lavoro di rete che assicuri un adeguato supporto tecnico da parte di altri specialisti, per eventuali approfondimenti diagnostici o terapeutici.

### 4. Formazione e ricerca

La Formazione deve prevedere livelli differenziati di ruolo (formatori, supervisori, operatori-conduttori, ed operatori in ambito di prevenzione) e di formulazione didattica:

- il 1° livello comporterà l'insegnamento dei concetti basilari inerenti il Problema (fenomenologia, epidemiologia, patologie, problemi Fumo-correlati), il Metodo (strumenti di intervento in prevenzione e terapia) il ruolo dell'Operatore (definizione, posizionamento, abilità, insight, capacità di relazione) e il lavoro nel Territorio (nor-

native, lavoro di rete, comunicazione sociale), opportunamente calibrati verso le differenti figure professionali, in particolare medici di Medicina Generale, medici specialisti, psicologi, infermieri, operatori sanitari di altra estrazione;

- il 2° livello sarà di tipo esperienziale e permetterà di orientare maggiormente i professionisti al "saper fare", attraverso stage pratici di conduzione e partecipazione diretta alla gestione dei servizi, dal colloquio clinico alla terapia, alla valutazione conclusiva dell'intervento.

La Formazione dovrà assicurare possibilmente l'aggiornamento continuo ed il tutoraggio diretto o a distanza degli operatori nel 1° e nel 2° livello di formazione. Si ritiene indispensabile un incremento delle risorse umane dedicate, oltre che alla Clinica, anche alla Formazione e alla Ricerca.

La formazione dovrebbe effettuarsi attraverso master e corsi specifici, che assicurino elevati e condivisi standard di preparazione

Si ritiene necessario incrementare gli strumenti di aggiornamento, come le riviste, le newsletter, i forum dedicati. A tale proposito si ritiene utile che gli operatori e i professionisti dell'area tabagismo, aderiscano a "Globalink International" ed al suo forum italiano "Globalink-Italia", come punto di incontro e di confronto tra gli specialisti del settore.

Viene caldeggiata l'utilizzo della cartella clinica informatizzata, anche per consentire una più agevole gestione dei dati, anche a fini di ricerca.

Si evidenzia, infine, la disponibilità della rivista di Tabaccologia ad ospitare contributi scientifici, proposte e a farsi punto di raccolta delle varie esperienze della realtà italiana.



# Tabac M@il

## lettere a tabaccologia



A cura della redazione di Tabaccologia

T@bac Mail

Invia
Conversazione
Allega
Indirizzo
Font
Colori
Registra come Bozza

A: tabaccologia@infinito.it

### Scienza, arte, artigianato

*Un confronto sulle esperienze dello smettere di fumare*

Cari Colleghi,

rientrato dagli US, ho avuto modo di presentare alla Society for Neuroscience, durante la sessione dedicata a "Addiction Nicotine", la mia proposta che 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 a smettere.
- 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)

---

*Ringrazio Chiamulera per il 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.*

Giacomo Mangiaracina  
 (Direttore Tabaccologia)

T@bac Mail
Invia Conversazione Allega Indirizzo Font Colori Registra come Bozza

A: [tabaccologia@infinito.it](mailto:tabaccologia@infinito.it)

**Scienza, arte, artigianato**  
*Aneddotica dello smettere di fumare*

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 sottoscritto 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 bassissima. 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

---

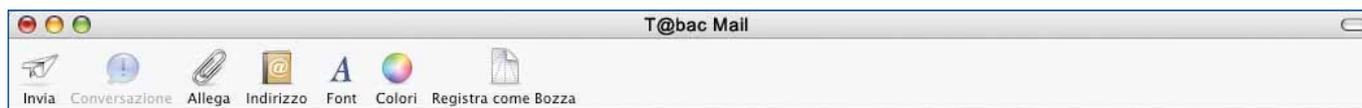
*Nel mio primo saggio "Uscire dal Fumo" del 1992, ho descritto questo metodo, che mi è stato trasmesso da un medico bulgaro, il dott. Mihail Georgiev. Mi riferì che era alquanto conosciuto in Bulgaria ed usato dal padre, medico, per i suoi pazienti fumatori. Si tratta di una soluzione di Nitrato d'Argento in soluzione acquosa all'1 per mille, con cui fare uno sciacquo di pochi secondi in bocca. A quella diluizione il Nitrato d'Argento provoca una irritazione lieve della mucosa orofaringea che a contatto con gli irritanti del fumo di tabacco provoca una sensazione sgradevole al palato. Non è certamente una novità, ma sono convinto che potrebbe riproporsi, magari in una formula che garantisca la non lesività della soluzione, come ulteriore strumento terapeutico a disposizione del tabaccologo terapeuta, da somministrare in alcuni casi.*

Giacomo Mangiaracina  
(Direttore Tabaccologia)

---

*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 po' 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  
(SERT Monza)



A: tabaccologia@infinito.it

## Nicotina: dipendenza ma non solo...

Una "special communication" su Tobacco Control (TC 2005; 14:161-165. doi: 10.1136/tc.2004.010272) a firma di N Gray, JE Henningfield, NL Benowitz, GN Connolly, C. Dresler, K. Fagerstrom, MJ Jarvis., dal titolo "Toward a comprehensive long term nicotine policy", partendo dal presupposto che "tobacco attributable disease is directly related to exposure to tobacco related toxicans, but not to nicotine per se", costruisce un mondo in cui, constatando pragmaticamente che, nonostante le terapie disponibili, comunque c'è gente che "si fa" di nicotina, la "clean nicotine" venga resa disponibile su larga scala e non legata necessariamente a finalità di cessazione. Aberrazioni della logica del cosiddetto male minore?

Constato peraltro che anche l'epidemiologo Carlo La Vecchia, in un articolo apparso su "Il Sole 24 Ore" verso fine luglio, nel sottolineare che la nicotina non avrebbe effetti positivi sulla salute se non in relazione alla cessazione, identifica come unico elemento di dannosità dell'alcaloide la responsabilità della dipendenza. E gli effetti cardiocircolatori, dismetabolici, angiogenetici, antiprolattinomici, ecc.? (Una recensione apparsa su Nature su una recente ricerca, parla dell'effetto angiogenetico della nicotina che fa meditare sulla possibile azione co-cancerogena della sostanza, specialmente quando assunta "isolatamente", proprio come proposto da N. Gray et Al).

Avverto in tali posizioni, nella migliore delle ipotesi, un difetto di prudenza, una incompletezza di informazione, un orientamento verso politiche di sanità pubblica dai contorni incerti, un'attenzione settoriale che perde di vista valori e valutazioni in gioco di portata molto maggiore. Inoltre, lo spostamento del focus della lotta al tabagismo su tali ambiti, temo comporti la riduzione degli investimenti sulle tecniche che non hanno per loro natura effetti collaterali negativi (educazione, counselling, gruppi di disassuefazione) e, soprattutto, il progressivo appannamento dell'impegno a lavorare per generazioni libere da tutte le dipendenze.

Porgo queste considerazioni all'attenzione del Direttore e dei colleghi lettori di Tabaccologia, nella speranza di tenere alto il dibattito su tali argomenti e non considerare una strada ormai segnata quella che si va prefigurando all'orizzonte.

Nel ringraziare per l'attenzione, invio i più cordiali saluti.

Dott. Luca Gino Sbrogiò

Servizio per i Programmi Regionali di Sanità Pubblica  
Dipartimento di Prevenzione Az.ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)  
[programmiregionali@ulss7.it](mailto:programmiregionali@ulss7.it)

*In effetti, anche in campo scientifico non si va oltre alla Nicotina come sostanza principale responsabile della dipendenza da tabacco, sottostimando e relegando in posizione ancillare altri effetti legati alla nicotina inalata, in forma attiva o passiva, col fumo di tabacco. Classicamente si tende a negare o a misconoscere alla Nicotina una qualche azione dannosa sull'apparato respiratorio. Recenti studi, al contrario, hanno permesso di dimostrare il ruolo primario che la Nicotina gioca nella patologia ostruttiva bronchiale. Gli studi effettuati da Hong (1), Hartiala, Matsumoto e Bonham, inizialmente su animali da esperimento come cani e "guinea pigs", dimostrano che la nicotina presente nella componente gassosa è il principale agente responsabile dell'innesco della **I fase** di risposta bronco-ostruttiva al fumo di sigaretta; questa I fase è una fase rapida indotta sia da un riflesso colinergico che da un rilascio di tachichinine, evocate dall'attivazione delle fibre C broncopolmonari (1). Questa I° fase è evocata anche dall'inalazione di radicali liberi in fase gas come OH<sup>-</sup> e H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. La componente corpuscolata (tar), soprattutto mediante i radicali chinone e idrochinone, gioca invece un ruolo maggiore nella **II fase** della bronco-ostruzione, che è una fase ritardata, causata dall'azione di metaboliti prostanoidi dell'acido arachidonico, formati attraverso la via della ciclossigenasi, come il trombossano TxA<sub>2</sub> e le prostaglandine PGD<sub>2</sub> e PGF<sub>2α</sub> che agiscono sui recettori TP dei muscoli lisci delle vie aeree causando appunto bronco-ostruzione (1). A ciò si aggiunga il riscontro da parte di Fauler e Collaboratori nel 1997, di un'aumentata sintesi di leucotrieni nel fumatore abituale, che potrebbe aprire nuovi scenari terapeutici nella gestione della BPCO (2) e di un aumento transitorio anche delle IgE totali (3).*

*Queste osservazioni sperimentali sono la dimostrazione di quanto peraltro già evidenziato clinicamente in vivo da Guillemin nel 1972, e ancor prima ipotizzato da Dubois nel 1956 e da Nadel e Comroe nel 1961: il fumo, ed in particolare la nicotina, è responsabile dell'aumento immediato delle resistenze bronchiali dopo inalazione di fumo di sigaretta. A mio parere questi studi sono molto importanti, in quanto dimostrano che il fumo di tabacco, attivo e passivo, mediante la nicotina e alcuni radicali liberi (OH<sup>-</sup> e H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, chinoni e idrochinoni), essenzialmente è responsabile: a) della bronchite cronica ed enfisema mediante gli irritanti ed i*



radicali liberi, e b) con la nicotina e i radicali liberi ( $\text{OH}^-$  e  $\text{H}_2\text{O}_2$ , chinoni e idrochinoni) dell'ostruzione bronchiale, spesso con tosse e/o dispnea, che nei BPCO e negli asmatici si verifica in presenza di fumo di tabacco. Queste nuove acquisizioni, pertanto, dovrebbero essere spese, oltre che per la salute dei fumatori, anche e soprattutto per la difesa dei non fumatori, specie se asmatici e BPCO. Quando poi al fumo passivo sono esposti dei bambini, il problema si carica di valenze molto più particolari. Infatti mai come in questo caso pare corretta la dizione di fumo passivo = fumo involontario: è infatti nota la maggiore incidenza di iperreattività bronchiale e di asma nei figli di fumatori. Ovviamente tutto ciò non sposta l'utilità dell'utilizzo, più o meno breve e a termine, dell'NRT nella terapia del Tabagismo, con un occhio di riguardo per fumatori BPCO e asmatici.

Vincenzo Zagà  
Pneumologo-AUSL di Bologna

#### Bibliografia

1. Hong J-L, Rodger IW, Lee L-Y: Cigarette smoke-induced bronchoconstriction: cholinergic mechanisms, tachykinins, and cyclooxygenase products. *J Appl Physiol* 1995; 78 (6): 2260-2266.
2. Fauler J, Frolich JC: Cigarette smoking stimulates cysteinil leucotiene production in man. *Eur J Clin Invest* 1997 Jan; 27 (1): 43-47.
3. Orszczyn MP, Annessi-Maesano I, Charpin D, Paty E, Maccario J, Kauffmann F: Relationship of active and passive smoking to total IgE in adults of Epidemiological Study of the genetics and Environment of Asthma, Bronchial Hyperresponsiveness, and Atopy (EGEA). *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161 (4 Pt 1): 1241-46.



## Big Tobacco: la tela del ragno

Le multinazionali del tabacco sotto la pressione di varie legislazioni antifumo nazionali cercano di rifarsi il look per ottenere una improbabile nuova credibilità. E allora si cambia look ai pacchetti di sigarette, si cambia il nome della multinazionale in alcuni paesi (Altria al posto di Phillip Morris), si sponsorizzano eventi culturali e sportivi, fino a spingersi, con impudenza, a finanziare campagne di prevenzione del tabagismo nei "minori" e proporre e finanziare ricerche "indipendenti" condotte in ambito universitario.

Che una multinazionale dotata di laboratori e fondi che le università non si sognano nemmeno, decida di chiedere la collaborazione di pur eminenti studiosi per sviluppare una sigaretta meno dannosa mi fa ridere se non mi facesse piangere. E' evidente che la "consulenza scientifica" non interessa affatto, e del resto le multinazionali sono state capaci di sviluppare nel massimo segreto, nel corso degli anni, sigarette sempre più "attraenti" per il fumatore. Che cosa vogliono allora? In Inghilterra si è sviluppato un feroce dibattito (credo nell'Università di Manchester) sull'opportunità che una multinazionale del tabacco possa finanziare l'Università,

addirittura senza richieste esplicite. La risposta, con minacciate dimissioni del Rettore, è stata negativa per il fondato sospetto che tale finanziamento potesse condizionare le ricerche. Per le Multinazionali del tabacco l'avvallo di importanti studiosi verrà tradotto (e non importano precisazioni e/o accordi preliminari) nello slogan che tale sigaretta è stata sviluppata con la "consulenza" di illustri ricercatori e che perciò può essere consumata con meno preoccupazioni. Per chi conosce la psicologia del fumatore dipendente alla continua ricerca di giustificazioni per continuare, è facile capire che questa sarà un'ulteriore potente giustificazione che rallenterà l'eventuale decisione di smettere (ma forse la dipendenza se la sono inventata altri meno eminenti studiosi fuorviati da manie salutistiche...). Francamente consideravo la vecchia pubblicità degli anni '30 con il medico che consigliava le L.S. come "meno irritanti per la gola" un fatto del passato. In conclusione: libere le industrie di sviluppare una sigaretta meno dannosa (e siamo stati "noi" ad obbligarle a considerare le sigarette dannose con lunghe e defatiganti battaglie) MA LIBERI ANCHE NOI DI FARE IL NOSTRO LAVORO.

Claudio Poropat  
(SERT Trieste)