

Tabaccologia

Tobaccology

Trimestrale a carattere scientifico per lo studio del tabacco, del tabagismo e patologie fumo-correlate
Quarterly scientific journal for the study on tobacco, tabagism and tobacco-related diseases



Appello di Michael Fiore ai medici italiani
Graffiti smoke-free • Il rapporto medico/paziente
Associazione tra fibrosi ed enfisema polmonare
New addictions: collezionismo patogeno

Primo principio di **VISCOFLU** nella bronchite cronica:

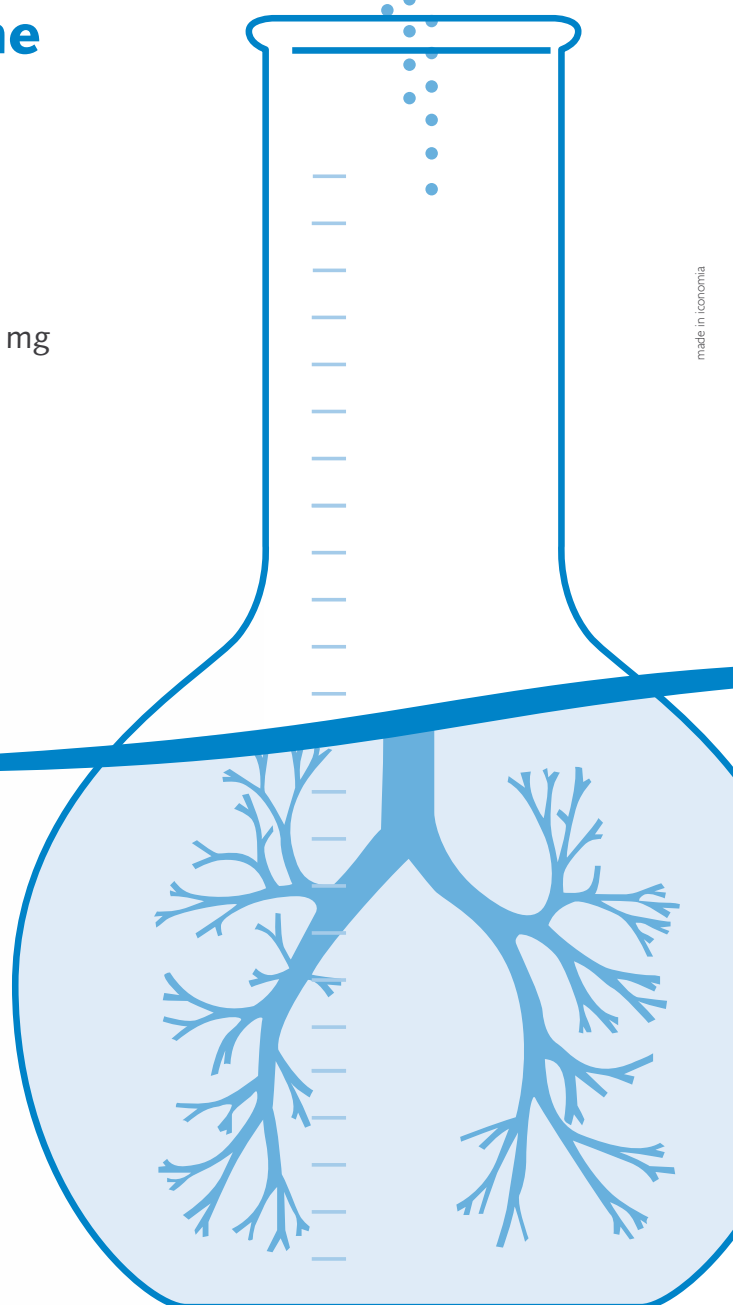
**“Ad ogni somministrazione
corrisponde sollievo”**

VISCOFLU

n-acetilcisteina 200 mg + peptidase (Serrazimes®) 33 mg

Grazie alla sinergia d'azione dei suoi componenti, **VISCOFLU** agisce contemporaneamente sulla viscoelasticità del muco e sull'edema locale, favorendo la clearance mucociliare e la funzionalità respiratoria.¹

1. Eur Respir J 2000; 16(2):253. Respirology 2003; 8(3): 316. Int J Oral Maxillofac Surg 2008; 37(3): 64.



made in italy

La ricerca del benessere è nei nostri principi.

PHARMALINE
from life to life



Cosa bolle in redazione

Medici che fumano tabacco

La cover di questo numero di Tabaccologia è dedicata ai medici che fumano tabacco. Come potete leggere nell'editoriale di Michael Fiore e della sua collaboratrice Wendy E. Theobald, anche i medici, soprattutto negli anni '40-'50, furono ingaggiati dalle industrie del tabacco come persuasori, per niente occulti, della innocuità del fumo di tabacco. Oggi, grazie a varie ricerche scientifiche e a qualche colpo di scena, come la testimonianza di Jeff Wigand contro le multinazionali del tabacco, sappiamo che non è così ma che anzi è responsabile, come dice l'OMS, di un'epidemia da tabacco indicata più realisticamente da Proctor della Stanford University col termine di Golden Holocaust. Fiore, da buon scienziato italo-americano, fa un appello ai medici italiani perché smettano di fumare, diventando così essi stessi testimonial antifumo nei riguardi dei loro pazienti, perché perseguano aggiornamenti formativi in tabaccologia e possano mettere in pratica almeno l'ABC della smoking cessation.

Federico Perozziello ci guida nel difficile rapporto tra medico e paziente fumatore che, come ci suggerisce Rosastella Principe e coll, può essere ottimizzato con una più fattiva collaborazione con lo psicologo.

Francesco Romano ci propone un case report di associazione fra enfisema e fibrosi polmonare idiopatica in un fumatore.

Con l'articolo di Giacomo Mangiaracina apriamo invece una finestra su una nuova addiction fra quelle cosiddette "senza sostanza": il collezionismo patogeno. Un tratto probabilmente molto più diffuso di quello che si possa pensare e da cui probabilmente anche lo scrivente non si sente del tutto immune.

Con il progetto RespirARTI di Bologna, la street art dei graffiti, per il world no-tobacco day del 31 maggio, si apre alla comunicazione smoke free, con possibili sviluppi futuri di intervento nella strategia di prevenzione primaria del tabagismo. Come ogni anno riportiamo il tema che l'OMS dà alla Giornata Mondiale senza Tabacco. Quest'anno è particolarmente interessante per noi che seguiamo l'argomento da anni: le interferenze dell'industria del tabacco ovvero il grande inganno perpetrato a danno dei fumatori causando un'ecatombe che Proctor chiama con un termine molto efficace che dà il titolo alla sua recentissima pubblicazione Golden Holocaust.

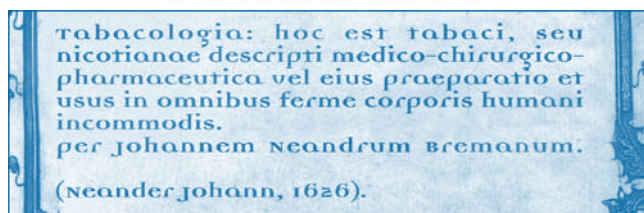
Anche l'OSSFAD-ISS per l'occasione terrà a Roma l'annuale convegno a cui interverranno importanti relatori della tabaccologia nazionale. La sera, i romani e dintorni potranno godere della Serata "No-smoking Jazz" con Mario Donatone e la sua band al Felt Jazz Club di Roma, patrocinata da SITAB con l'Unità di Tabaccologia della Sapienza di Roma.

Allo scottante tema della cospirazione di Big Tobacco si allaccia l'editoriale del Direttore Responsabile di Tabaccologia stigmatizzando il fatto che, sebbene siamo a mani nude contro i carri armati, qualcuno ha ancora paura del lupo cattivo non portando fino in fondo quelle azioni di informazione e di contromarketing necessarie a far comprendere questo grande inganno e non consentendo così di prendere misure efficaci, degne di questo nome, di prevenzione primaria e secondaria del tabagismo. Infine un ricordo di Enrico Gattavecchia, amico e punto di riferimento nelle ricerche sulla radioattività del tabacco, di recente scomparso improvvisamente.

Buona lettura!

Vincenzo Zagà
(caporedattore@tabaccologia.it)

Sommario



EDITORIALI

- | | |
|--|----------|
| Chi ha paura del lupo cattivo?. (G. Mangiaracina) | 3 |
| Medici fumatori, è ora di smettere!
(W.E. Theobald, M.C. Fiore) | 5 |

FOCUS ON

- | | |
|--|-----------|
| • Street Art e segnali di "fumo". (R. Bonzano) | 8 |
| • Murales, graffiti e graffitismo. (A. Cavazzi, V. Zagà) | 10 |
| • Progetto RespirARTI. (A. Zanasi) | 12 |
| • Bologna come Miami? Why not? (V. Zagà) | 12 |

TRIBUNA ARTICLE

- | | |
|---|-----------|
| • Rapporto medico-paziente nel trattamento del tabagismo (F.E. Perozziello) | 13 |
|---|-----------|

ORIGINAL ARTICLE

- | | |
|---|-----------|
| Come ottimizzare la collaborazione medico-psicologo nel trattamento del tabagismo.
L'esperienza in un Centro "Anti-Fumo"
<i>How to enhance physician/psychologist collaboration in the tobacco dependence treatment (the experience in a Smoking Cessation Service).</i> (R. Principe, R. Gorio, F. Clementi) | 18 |
|---|-----------|

CASE REPORT ARTICLE

- | | |
|--|-----------|
| Associazione tra fibrosi polmonare idiopatica ed enfisema nei fumatori.
<i>Combined idiopathic pulmonary fibrosis and emphysema in smokers.</i> (F. Romano, M.I. Scarlato, L. Leonetti, P. De Donato) | 25 |
|--|-----------|

REVIEW ARTICLE

- | | |
|--|-----------|
| Nuove dipendenze: dalla relazione oggettiva al collezionismo patogeno
<i>New dependencies: from the objectual relationship to the collecting disease.</i> (G. Mangiaracina, F. Barili, M. Nuti, A. Coraci, L. Abazi, L. Mangiaracina) | 30 |
|--|-----------|

NEWS & VIEWS

- | | |
|--|-----------|
| • "Le interferenze dell'industria del tabacco"
<i>"Tobacco industry interference"</i> | 36 |
| • Serata "No-smoking Jazz" | 36 |

SITAB HOME PAGE

- | | |
|---|-----------|
| Lettera del Presidente
(B. Tinghino) | 37 |
|---|-----------|

IN MEMORIAM

- | | |
|--|-----------|
| Enrico Gattavecchia (1946 – 2012): un'eccellenza in tema di radioattività alfa nel fumo di tabacco | 38 |
|--|-----------|

Istruzioni per gli Autori

Tabaccologia (*Tobaccology*) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medica. Viene pubblicato con cadenza trimestrale, più gli eventuali supplementi. Vengono pubblicati Editoriali, Articoli Originali, Rassegne, Stati dell'Arte, "Focus on", "Perspective&Research", Opinioni, Abstracts e Lettere su argomenti legati al tabacco, patologie indotte dal tabacco, dipendenza dal fumo e sua prevenzione. Tutti gli articoli devono essere inviati in formato Microsoft Word via e-mail all'indirizzo redazione@tabaccologia.it. Le Figure devono essere inviate in file separati in formato Powerpoint, TIF o JPG. Il testo deve essere in formato Times New Roman con doppia spaziatura. Le pagine devono essere numerate in fondo a ciascuna. Tutti gli articoli non invitati vengono inviati al processo di **peer-review** dall'Editor. Tutte le comunicazioni inerenti gli articoli inviati a Tabaccologia avvengono via e-mail. Gli autori degli articoli accettati per la pubblicazione dovranno firmare un modulo col quale trasferiscono i copyright a Tabaccologia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le **Tabelle** e le **legende delle Figure** devono seguire il corpo del manoscritto e devono essere numerate consecutivamente. Le Figure devono essere inviate in file separati e devono essere in formato Powerpoint, TIF o JPG. Tabaccologia si riserva il diritto di apportare cambiamenti nel testo. Gli articoli non redatti secondo queste istruzioni non verranno considerati per la pubblicazione.

Segreteria di redazione e marketing: Alessandra Cavazzi
E-mail: tabaccologia@gmail.com

Come ricevere la rivista

a) Tramite abbonamento di € 40,00 da versare con bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

b) Diventando un socio SITAB, a cui la rivista Tabaccologia viene inviata per posta ordinaria.

Come diventare membro della SITAB

L'iscrizione alla SITAB per il 2012 è di € 50,00 (€ 25,00 per infermieri, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto). Il pagamento può essere fatto con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, c/c 010000001062; CAB: 02401; ABI: 03032; IBAN: IT02U0303202401010000001062

Il modulo di iscrizione deve inoltre essere scaricato dal sito web www.tabaccologia.it ed inviato alla dott.ssa Francesca Zucchetta:

- per posta ordinaria: c/o Qì Studio, P.zza G.La Pira, 18, Lissone (MB)
- per fax: 0393940283
- per e-mail: francesca.zucchetta@tin.it

Instructions to Authors

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

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

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

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

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

The **second page** of Original Articles and Reviews should include the summary (abstract) and 3 to 5 key words. The summary should not exceed 250 words. The summary of Original Articles should be structured in the following paragraphs: Introduction, Methods, Results, Conclusions. Then, the summary in English. In the Original Articles it must be structured in the following way: *Introduction, Methods, Results, Conclusions* and 3 to 5 *keywords*.

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

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

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

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

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

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

Bibliography: After the manuscript body, quoted **references** should be listed in order of appearance in the text. There is no limit for quoted references. In the text, the number of each reference should be indicated in square bracket. Quoted journal's articles should indicate: surname and name initials of all authors (max 6), complete title of the article in original language, abbreviated information of the journal according to the Medical Index, publication year, volume and pages (the beginning and the end). For example: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-925.

Book chapters should indicate the surname and authors' initials, the chapter title, surname and initials' book authors, editor, place and year of publication. For example: Murphy DM, Fishman AP. Bullous diseases of the lung. In: Fishman AP, Pulmonary diseases. McGraw-Hill, New York, 1998.

Websites should indicate the subject title and the web address. For example: Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm

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

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

Editorial and marketing secretary: Alessandra Cavazzi
E-mail: tabaccologia@gmail.com

How to receive the journal

a) Annual subscription is € 40,00 to be sent by bank draft to: Banca CREDEM di Bologna, Agenzia 2, Account n. 010000001062; CAB 02401; ABI 03032; IBAN IT02U0303202401010000001062

b) By becoming member of SITAB. The journal Tabaccologia is sent by mail to all members of SITAB.

How to become SITAB member

The SITAB membership fee for 2012 is € 50,00 (€ 25,00 for nurses, undergraduate and post-graduate students and residents) to be sent by bank draft to: Banca CREDEM Bologna, Agency 2, Account n. 010000001062; CAB 02401; ABI 03032; IBAN IT02U0303202401010000001062

Please also download the membership form from website www.tabaccologia.it and send it to Dr. Francesca Zucchetta:

- by mail: c/o Qì Studio, P.zza G.La Pira, 18, Lissone (MB)
- by fax: 0039-0393940283
- by e-mail: francesca.zucchetta@tin.it



Chi ha paura del lupo cattivo?

Giacomo Mangiaracina

Da sempre la definiamo una lotta impari, ad armi spuntate, perdente già in partenza. Chi può competere con la potenza delle grandi compagnie del tabacco? Come si può competere? Ma la madre di tutte le domande rimane questa: è possibile competere?

Cominciamo dall'ultima. Va subito chiarito che per "competere" si deve intendere "sviluppare azioni di contrasto efficaci". In apparenza la risposta sembra essere uno scontatissimo "Sì", ma a leggere meglio tra le righe è opportuno un onesto quanto scientifico "Forse". Perché la possibilità implica delle condizioni. Ci vogliono strumenti adeguati, strategie, capacità, abilità, convinzioni, motivazioni e persino coraggio.

Va ricordato che la resistenza di trecento coraggiosi e valenti spartani non riuscì a fermare l'immenso esercito persiano alle Termopili (480 a.C.). Diede solo il tempo necessario alle città greche di coalizzarsi contro il nemico e sconfiggerlo più tardi. Ci volle la falange macedone del grande Alessandro, un secolo dopo, per annientare per sempre l'impero persiano estendendo le conquiste greche in Asia, ai confini delle terre d'Oriente.

Ammettendo dunque la possibilità condizionata della competizione, occupiamoci brevemente del "Chi". La Scienza ha senza dubbio un suo ruolo in questo scenario, ma funge da strumento, produce evidenze necessarie, per così dire forgia le armi, ma non può considerarsi il soggetto principale delle azioni di contrasto. I soggetti sono principalmente due: i governi e le istituzioni. Sono loro infatti i destinatari del messaggio dell'OMS nel contesto della Giornata mondiale senza tabacco 2012, il cui tema per

l'appunto concerne *"l'interferenza dell'industria del tabacco"*.

L'esempio del conflitto greco-persiano calza a pennello. Infatti, mentre per anni dei soggetti e gruppi isolati scatenavano guerriglie contro il tabacco qua e là, il mondo si attrezzava con la più grande azione di contrasto alle multinazionali del tabacco che sia mai stata paritorita, la Convenzione Quadro internazionale sul tabacco (FCTC), sottoscritta dalla maggior parte delle nazioni. Per la prima volta l'organizzazione tentacolare del tabacco, con tanto di cupola, capi mandamenti e un esercito di avvocati, ha incassato il colpo. Ma ha anche reagito.

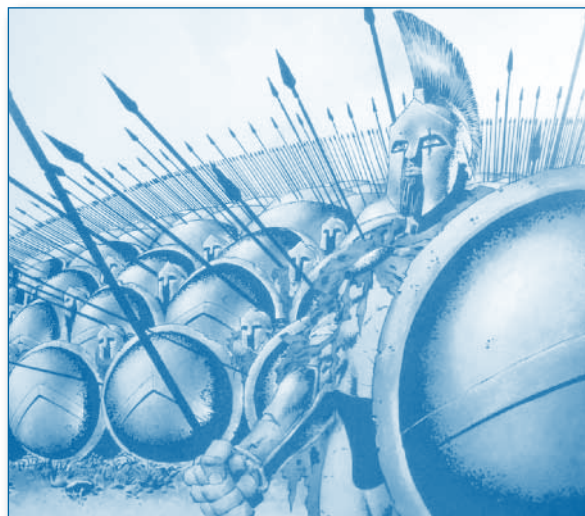
Mentre cresce il numero di paesi che si adeguano agli obblighi della convenzione quadro dell'OMS, le compagnie del tabacco cercano di attaccare il trattato con azioni aggressive. Per fermare l'adozione delle avvertenze sanitarie con le immagini sui pacchetti di sigarette, stanno denunciando i governi ai sensi dei trattati bilaterali per gli investimenti, sostenendo che le avvertenze impediscono alle società di usare i loro marchi legalmente registrati.

Sferrano attacchi anche su altri fronti, verso quei governi che si apprestano a varare leggi sui divieti di fumare negli ambienti di lavoro, di pubblicità, di promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco. Perciò con la Giornata mondiale 2012, l'OMS vuole far conoscere i decisori politici, ma pure l'opinione pubblica, circa le tattiche nefaste e nocive dell'industria del tabacco.

Il preambolo della FCTC riconosce infatti *"la necessità di contrastare tutte*



FCTC
WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL





le azioni dell'industria del tabacco per indebolire e sovvertire le azioni di controllo". E l'articolo 5.3 recita testualmente che *"nella definizione e nell'attuazione delle politiche della salute, i paesi sottoscrittori del trattato devono agire per proteggere queste politiche da interessi commerciali [...] dell'industria del tabacco"*. Inoltre, le linee guida per l'attuazione dell'articolo 5.3 stabiliscono che i paesi che hanno aderito al trattato (l'Italia ha aderito nel 2007) sono anche invitati a *"sensibilizzare l'opinione pubblica circa le interferenze dell'industria del tabacco con le politiche di controllo attuate dai governi"*. Nell'anno in corso e in quello seguente, l'OMS promette addirittura di stimolare i governi a mettere al centro dei loro impegni le azioni di contrasto alle interferenze dell'industria del tabacco. Noi siamo pronti ad affiancare i supervisori in questa verifica.

Non rimane che il "Come". Qui la Scienza, quella tabaccologica nello specifico, si riappropria del suo ruolo-guida per indicare azioni, strategie, obiettivi, e con la pretesa di verificarne l'efficacia. Una delle anomalie di questo ultimo decennio risiede nella prevalente negazione delle competenze in questo ambito tecnico. Infatti non esiste al Ministero della Salute alcuna mobilitazione di specialisti nel campo.

Eppure, ad onta di coloro che negano ogni evidenza, siamo bene in grado di indicare ai decisori italiani il "Come" opporre resistenza ai due colossi anglo-americani che si spartiscono il mercato del tabacco in Italia: Philip Morris e British American Tobacco. Tocchiamoli in questi punti e vedremo la loro reazione.

- In Italia la legge che vieta la pubblicità esiste da decenni, ma non si possono chiudere gli occhi davanti alla spudorata pubblicità via web [1] e alla possibilità di acquistare tranquillamente sigarette in rete [2]. Neppure può passare in cavalleria la promozione di sigarette one-to-one da parte di un esercito di avvenenti ragazze opportunamente reclutate, in discoteche, stadi e campus universitari.

- Il divieto di fumare nei luoghi di lavoro e di svago ce l'abbiamo da 7

anni. Ma occorre incentivare e intensificare i controlli dal momento che da un paio d'anni le segnalazioni di trasgressione dei divieti ci arrivano da dipendenti di piccole e grandi aziende, Rai in testa, in misura crescente.

- Le norme devono tutelare in particolare i giovanissimi visto che rappresentano il target elettivo delle compagnie del tabacco. Estendere i divieti in tutte le aree scolastiche, anche spazi aperti, è da approvare, ma occorre rendere anche più difficile l'accesso ai prodotti del tabacco, eliminando i distributori automatici.

- Le scritte sul pacchetto non rappresentano più un deterrente all'acquisto di sigarette. I fumatori le ostentano con disinvoltura, e cosa peggio, le avvertenze tutelano paradossalmente il produttore da azioni di rivalsa. È il momento di metterci sopra le immagini seguendo le raccomandazioni dell'OMS, bisogna sporcare il maledetto logo, o rendere i pacchetti di sigarette simili tra loro, contraddistinti soltanto dal nome, come sta avvenendo in Australia.

Loro hanno giocato sporco sin dai primi del Novecento, con pubblicità occulte, mendaci e spudoratamente manifeste. Hanno ingannato l'America e il mondo con la "franca dichiarazione" del 1954 [3] che contestava l'evidenza scientifica dei danni da fumo attivo e passivo, determinando in modo criminale l'atroce sorte di milioni e milioni di persone.

La potenza del colosso è stata costruita sulla menzogna e la corruzione. Si dovrà combatterlo con la conoscenza, con l'onestà, con la legalità e con il coraggio. ■

Giacomo Mangiaracina

(direttore@tabaccologia.it)

1. www.facebook.com/pages/Philip-Morris/101935035721

2. www.bizsmoke.com/ital/index.php

3. Renzi D, Ali HM, Giorgi E, Cattaruzza MS. The frank statement. Tabaccologia 2010, 2: 14-17.



Medici fumatori, è ora di smettere!

Italian physicians, It's time to quit smoking!

Wendy E. Theobald, Michael C. Fiore

I medici assumono un ruolo di esempio per gli studenti di medicina [1, 2], i loro colleghi e i loro pazienti [3, 4]. Questo fatto non è stato ignorato dall'industria di tabacco, che ha pubblicizzato aggressivamente il fumo di sigarette in tutti i media disponibili, comprese le riviste mediche e perfino le conferenze del settore dagli anni venti fino agli anni cinquanta [5, 6]. Per decenni nella pubblicità dell'industria di tabacco c'erano medici che incoraggiavano l'uso delle sigarette, promuovendo i benefici del fumare, e prestando il loro prestigio ad alcune marche di sigarette.

Questo tipo di pubblicità si è fermato nella maggior parte dei paesi sviluppati; ma il potere dei medici di incidere sui comportamenti salutari rimane. La dipendenza da tabacco, la causa più prevenibile di morbosità e mortalità, esige una tassa sulla salute pubblica, in aumento costante, ed è stata etichettata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità come un'epidemia globale [7]. I medici sono nella posizione unica di contrastare la diffusione di questa epidemia, aiutando i loro pazienti a smettere di fumare o ad usare in altri modi il tabacco.

I medici sono stati tra i primi che hanno ridotto il fumo in vari paesi, di solito precedendo la diminuzione del tasso dei fumatori nella popolazione generale [8-11].

Purtroppo, questo non è stato il caso dell'Italia. In Italia, la percentuale dei fumatori nella popolazione generale è diminuita notevolmente fino a raggiungere nel 2010 la storica prevalenza, la più bassa dagli anni sessanta, del 21,7%, mentre la mortalità correlata al fumo si è ridotta del 15% negli ultimi 12 anni [12]. Tuttavia, i fumatori tra i medici italiani (come anche tra gli altri professionisti del settore della salute) continuano ad essere di più rispetto alla popolazione generale. In uno studio multicentrico sui professionisti della salute condotto in cinque città ($n=1082$), Ficarra e collaboratori hanno riportato un tasso di fumatori del 33,9% tra 165 medici. Gli studenti di medicina e le infermiere fumavano

Physicians serve as role models for medical students [1, 2], their colleagues and their patients [3, 4]. This fact was not ignored by the tobacco industry, which aggressively advertised cigarette smoking in all available media including medical journals and even at medical conventions from the 1920s well into the 1950s [5, 6]. For decades tobacco industry ads featured doctors promoting tobacco use, touting the health benefits of smoking, and lending their prestige to particular brands of cigarettes. Such advertising has ceased in most developed countries; but the power of physicians to impact the health behaviors of others remains. Tobacco dependence, the greatest preventable cause of morbidity and mortality, exacts an ever-increasing toll on public health and is labeled a worldwide epidemic by the World Health Organization [7]. Physicians are uniquely placed to help thwart the spread of this epidemic by helping their patients to quit smoking or other use of tobacco.

Doctors have notably been among the first to reduce their smoking rate in several countries, usually preceding a decrease in smoking rate among the general public [8-11].

Unfortunately, this has not been the case in Italy. In Italy, the smoking rate among the general population has decreased to a remarkable 21.7% – the lowest prevalence since the 1960s – and smoking-related mortality in Italy has declined 15% over the last 12 years [12]. However, smoking among Italian physicians (and among Italian healthcare professionals) remains higher than that of the general public. In a multicenter, five-city, study of Italian healthcare professionals ($n=1082$), Ficarra and colleagues reported a 33.9% smoking rate among 165 medical doctors.

Medical students and nurses smoked at even higher rates, 35% and 49.8%, respectively, as did most other healthcare professionals surveyed [13].

Like it or not, physicians' personal use of tobacco impairs their ability to help their patients who are likewise addicted [14-20]. In a large study in Germany, Ulbricht and colleagues found that cessation counseling delivered by a general practitioner who

Experience is the Best Teacher

Rudolf Virchow
(1821-1902)
proved it in pathology

Virchow's research on leucocytosis, leontiasis ossae, and other pathological conditions added much to medical knowledge. Although the idea was not original with him, Virchow's experiences with many pathological specimens led to his conception of the cell as the center of pathological change. He believed that every morbid structure consisted of cells derived from pre-existing cells—a great advance in pathology.

Yes, and experience is the best teacher in smoking too!

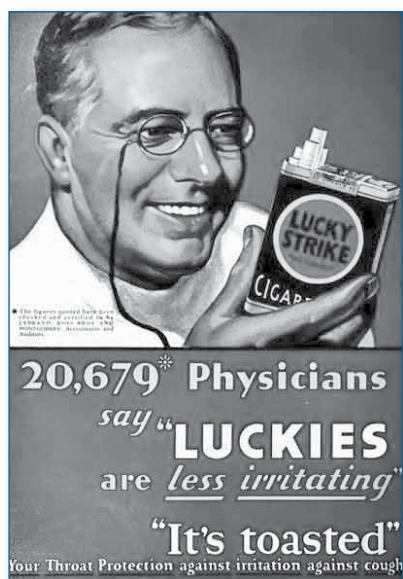
EXPERIENCE during the wartime shortage taught smokers the differences in cigarette quality. Millions of people smoked more different brands than they would normally have tried in years. More smokers came to prefer Camels as a result of that experience, so that today more people are smoking Camels than ever before. But, no matter how great the demand, we don't tamper with Camel quality. Only choice tobaccos, properly aged, and blended in the time-honored Camel way, are used in Camels.

According to a recent Nationwide survey:
MORE DOCTORS SMOKE CAMELS
than any other cigarette



con una percentuale ancora più elevata, rispettivamente del 35% e 49.8%, come altrettanto facevano la maggior parte dei medici che sono stati intervistati [13].

Che vi piaccia o no, l'uso personale di tabacco da par-



te dei medici compromette la propria capacità di aiutare i loro pazienti che sono essi stessi in dipendenza da tabacco [14-20]. In un grande studio in Germania, Ulbricht e collaboratori hanno segnalato che il counseling per la disassuefazione da parte dei Medici di Medicina Generale che non fumavano, portava a un'astinenza più elevata e prolungata rispetto

a quando il counseling veniva effettuato da colleghi fumatori [21]. In una revisione dell'indagine nazionale del fumo negli adulti in Italia (2004-2006), Ferketich e collaboratori hanno trovato che solo il 22% degli Italiani fumatori hanno ricevuto un consiglio clinico a smettere quando anche i propri medici fumavano [22]. Nardini e collaboratori, indagando lo stato attuale dei fumatori tra il personale sanitario, compresi i medici di un ospedale italiano, e le loro attitudini verso il tabacco, hanno rivelato che tutto il personale che fumava sottostimava le conseguenze dell'uso di tabacco, mentre erano meno propensi a trattare e assistere pazienti che volevano smettere [23]. Inoltre, in un'indagine tra gli pneumologi italiani, da Nardini e collaboratori è stato trovato che i medici che fumavano sottostimavano le conseguenze di questa abitudine e fallivano nel loro ruolo educativo verso i pazienti fumatori [24]. In maniera simile, in uno studio sui Medici di Medicina Generale/Medici di Famiglia di 16 paesi ($n=2836$), è stato riscontrato che i fumatori avevano una probabilità significativamente più bassa di vedere il fumo come pericoloso rispetto ai loro colleghi non fumatori (rispettivamente 64% vs. 77%), ed era meno probabile un minimal advice per il fumo ad ogni visita (34% vs 45%) [20]. Recentemente, uno studio multicentrico di Ficarra e collaboratori [13] ha concluso affermando che il personale sanitario che fumava era più negligente riguardo al supporto per il cambio dei comportamenti salutari nei propri pazienti. Data la scovolgente evidenza delle conseguenze del fumo sulla salute e il documentato effetto nocivo che ha il proprio fumo sulla loro abilità di assistere altri fumatori, i medici fumatori affrontano, oggi più che mai, un obbligo etico, ossia agire nel miglior interesse dei pazienti e del pubblico, smettendo di fumare [4].

didn't smoke resulted in higher rates of prolonged abstinence than when counseling was delivered by general practitioners who did smoke [21]. Ferketich and colleagues, in a review of the Italian national adult tobacco survey (2004 to 2006), found that only 22% of Italian smokers were advised to quit and were less likely to receive such advice when their physicians also smoked [22]. Nardini, et al., examining current smoking status and attitudes toward smoking among health staff, including physicians at an Italian hospital, found that all staff who were smokers underestimated the health consequences of tobacco use and were less likely to treat and assist patients with quitting [23]. A further survey of Italian chest physicians by Nardini and colleagues found that those doctors who smoked underestimated health consequences of smoking and failed as educational role models for their patients who smoked [24]. Similarly, a 16-country survey of general and family practitioners ($n=2836$) reported that doctors who smoked were significantly less likely to view smoking as harmful than their nonsmoking colleagues, 64% vs. 77%, respectively, and less likely to discuss smoking at each visit (34% vs. 45%) [20]. More recently, the multicenter study by Ficarra and colleagues [13] concluded that healthcare professionals who smoke are negligent in supporting health behavior change among their patients. Given the overwhelming evidence of the health consequences of smoking and the documented detrimental effect their own smoking has on their ability to assist other smokers, doctors who smoke are faced, more than ever, with an ethical obligation to act in the best interests of their patients and the public by quitting smoking [4].

Italy was the third European country to institute smoking bans in all indoor public places and these smoke free policies have resulted in improved health among the Italian population. A country-wide analysis of the National Hospital Discharge Database revealed a 4% decrease in hospital admission for acute coronary events in 2006, one year after Italy's smoking ban was enacted [25]. In fact, the smoking ban may have contributed to increased motivation to quit among the Italian population as evidenced by increased efficacy of smoking cessation interventions (group counseling and smoking cessation medications) among a sample of Italian smokers [26]. Gallus and colleagues recently determined that along with the lowest smoking rate in 50 years, Italy has seen a 15% drop in smoking-related mortality since 1998 [12]. The authors surmise that the tobacco epidemic may have peaked in Italy and that support for smoking cessation is now the major goal. Dr. Biagio Tinchino, the Presidente of Società Italiana Tabaccologia (SITAB), has called upon medical doctors and other health professionals in Italy to make the treatment of tobacco dependence a standard of care [27]. This goal can most readily be achieved when Italian physicians who smoke seek cessation treatment themselves and set the standard for their colleagues and their patients.

Appel suggests that the practice of medicine is a "public trust" and that physician behavior should not undermine this trust [4]. Reducing the prevalence of smoking by physicians will provide a necessary behavioral model for their patients [13] and their colleagues [23] and will strengthen the physician's role as an advocate of the public health.



L'Italia è il terzo paese Europeo che ha istituito divieti di fumare in tutti i posti pubblici interni e questa politica senza fumo ha portato ad un miglioramento della salute nella popolazione Italiana. Un'analisi del database delle schede di dimissioni ospedaliere ha rivelato una diminuzione del 4% dei ricoveri per eventi coronarici acuti nel 2006, un anno dopo che il divieto di fumo era entrato in vigore [25]. Di fatto, il divieto potrebbe aver contribuito ad un incremento della motivazione a smettere nella popolazione italiana, come è stato messo in evidenza da un aumento dell'efficacia degli interventi di disassuefazione (counseling di gruppo e utilizzo di farmaci per la cessazione) in un campione di fumatori italiani [26]. Gallus e collaboratori hanno determinato recentemente che insieme alla più bas-

sa percentuale di fumatori negli ultimi 50 anni, in Italia è stata osservata anche una diminuzione del 15% della mortalità correlata al fumo dal 1998 [12]. Gli autori ipotizzano che l'epidemia da tabacco potrebbe aver raggiunto il picco in



Italia e che il supporto per la cessazione costituisce ora un obiettivo cardinale. Il dott. Biagio Tinghino, presidente della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), ha invitato i medici e altri professionisti della salute in Italia a fare del trattamento per la disassuefazione uno standard nelle cure [27]. Questo obiettivo potrà essere prontamente raggiunto quando i medici fumatori in Italia cercheranno loro stessi di sottoporsi ad un trattamento per smettere, diventando così uno standard per i loro colleghi e pazienti.

Appel indica che la pratica della medicina si basa su un "pubblico accordo fiduciario" e il comportamento medico non lo dovrebbe mettere a repentaglio [4]. La riduzione della prevalenza dei medici fumatori fornirà un necessario modello comportamentale per i pazienti [13] e per i loro colleghi [23] e rafforzerà il proprio ruolo come attori della sanità pubblica.

È giunta l'ora, dunque, che i medici italiani smettano di fumare, rimettendosi al passo con la maggioranza della popolazione generale italiana e assumendo il ruolo influente che compete loro nell'eradicare questa grave malattia cronica. ■

Traduzione a cura di Charilaos Lygidakis

Wendy Theobald

UW-CTRI - University of Wisconsin

School of Medicine and Public Health - Madison, USA

Michael C. Fiore (mcf@ctri.medicine.wisc.edu)

Professor of Medicine, Director, UW-CTRI

University of Wisconsin - School of Medicine and Public Health - Madison, USA

It's time for Italian physicians to quit smoking, catch up with the Italian public, and assume their influential role in eradicating this grave, chronic disease [25]. ■

References

1. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? BMJ. 2002;325(7366):707-710.
2. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. J Gen Int Med. 1997;12(1):53-56.
3. Watts MS. Physicians as role models in society. Western J Med. 1990;152(3):292.
4. Appel JM. Smoke and mirrors: one case for ethical obligations of the physician as public role model. Camb Q Healthc Ethics 2009;18(1):95-100.
5. Blum A. When "More doctors smoked Camels": Cigarette advertising in the journal. Social Med. 2010;5(2):114-122.
6. Gardner MN, Brandt AM. "The doctors' choice is America's choice": the physician in US cigarette advertisements, 1930-1953. Am J Public Health. 2006;96(2):222-232.
7. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. 2008; <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
8. Smith DR, Leggat PA. The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964-1997. Tob Induced Dis. 2008;4:13.
9. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. BMC Public Health. 2007;7:115.
10. Smith DR. The historical decline of tobacco smoking among United States physicians: 1949-1984. Tob Induced Dis. 2008;4:9.
11. Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. Can Fam Physician 2009;55(8):810-811 e817.
12. Gallus S, Muttarak R, Sanchez JM, Zuccaro P, Colombo P, La Vecchia C. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. Prev Med. 2011;52(6):434-438.
13. Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. Eur J Public Health. 2011;21(1):29-34.
14. Li HZ. Cigarette smoking and anti-smoking counselling: Dilemmas of Chinese physicians. Health Educ. 2007;107(2):192-207.
15. Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. Intern Med. 1997;36(3):162-165.
16. Frank E, Winkleby MA, Altman DG, Rockhill B, Fortmann SP. Predictors of physician's smoking cessation advice. JAMA. 1991;266(22):3139-3144.
17. Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Public Health. 1997;111(5):285-288.
18. Gunes G, Karaoglu L, Genc MF, Pehlivan E, Egri M. University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counseling in Malatya, Turkey. Patient Edu Couns. 2005;56(2):147-153.
19. Meshedjian GA, Gervais A, Tremblay M, Villeneuve D, O'Loughlin J. Physician smoking status may influence cessation counseling practices. Can J Public Health. 2010;101(4):290-293.
20. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. Patient Edu Couns. 2009;74(1):118-123.
21. Ulbricht S, Baumeister SE, Meyer C, et al. Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? Patient Edu Couns. 2009;74(1):23-28.
22. Ferketich AK, Gallus S, Colombo P, et al. Physician-delivered advice to quit smoking among Italian smokers. Am J Prev Med. 2008;35(1):60-63.
23. Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Ravelli L, Donner CF. Personal smoking habit and attitude toward smoking among the health staff of a general hospital. Monaldi Arch. Chest Dis. 1998;53(1):74-78.
24. Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Donner CF. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. Eur Respir J. 1998;12(6):1450-1453.
25. Barone-Adesi F, Gasparrini A, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute coronary events: a country-wide study. PLoS ONE, 2011;6(3):e17419.
26. Grassi MC, Enea D, Ferketich AK, Lu B, Nencini P. A smoking ban in public places increases the efficacy of bupropion and counseling on cessation outcomes at 1 year. Nicotine Tob Res. 2009;11(9):1114-1121.
27. Tinghino B. Il programma di trattamento standard (STP) per smettere di fumare. Tabaccologia, 2010;4:3-5.



FOCUS ON

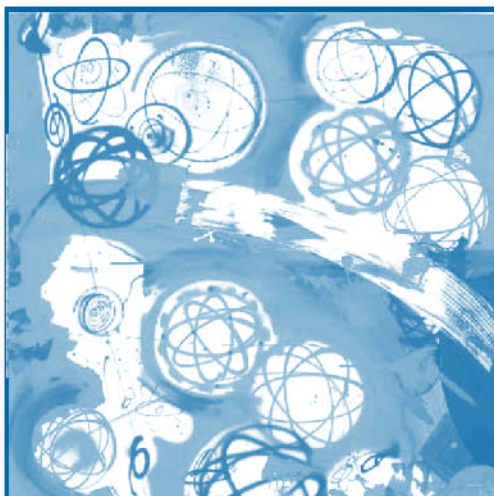
Street Art e segnali di “fumo”

Raffaella Bonzano

L’“arte contemporanea” non è da confondersi con l’“arte moderna” anche se nel linguaggio corrente la confusione è frequente. Si tratta in realtà di periodi che non possono essere confusi tra loro in quanto corrispondono a cicli nettamente differenziati. Le vecchie periodizzazioni dei manuali scolastici suddividono la storia dell’arte in età “antica”, “medioevale”, “moderna”¹ e “contemporanea”². Attualmente, i criteri sui quali si sono fondate tali differenziazioni, appaiono superficiali in quanto basati unicamente sul rilevamento di fatti esterni, come le guerre, le grandi scoperte, le nascite o le morti di personaggi famosi. Una storiografia avveduta, spiega Renato Barilli, “punta oggi” invece “sulla ricerca di fattori forti, agenti in profondità sull’assetto generale delle società e delle culture” [1].

Quali sono dunque tali fattori? Sono i fattori materiali, legati al mondo del lavoro e della produzione, più specificamente i fattori tecnologici.

Nel famoso saggio del culturologo canadese Marshall McLuhan, *The Gutenberg Galaxy* (1962) [2], l’atto inaugurale della “modernità” è stata l’invenzione della stampa a caratteri mobili (1450-1455), una tecnologia alimentata ad energia meccanica. Il libro stampato è il primo esempio di prodotto industriale di serie e la sua diffusione ha abituato l’uomo a privilegiare, come strumento di comunicazione, la superficie piana (il formato rettangolare della pagina)



adottando nei suoi confronti una distanza standard e vincolando così il lettore ad una definita dimensione dell’immagine. La stampa è un *medium caldo*, poiché stimola maggiormente (surriscalda) il senso della vista a discapito degli altri (orale, acustico, tattile e gustativo).

L’atto inaugurale della “contemporaneità” è indicato poi da McLuhan, nell’avvento delle nuove tecnologie alimentate da energie elettroniche ed elettromagnetiche³. Questi nuovi *medium*, grazie alla loro natura istantanea e globalizzante, sono infatti destina-

ti a modificare il campo della meccanica e dell’informazione e gli effetti esercitati sulla percezione e sul comportamento sono a dir poco straordinari. Sono di fatto definibili *medium freddi*, ovvero idonei a coinvolgere l’intero nostro apparato sensoriale.

Se “l’età moderna” ha come forma simbolica la linea retta⁴, “l’età contemporanea” si identifica con il circolo, schematizzazione della natura ondulatoria delle correnti elettriche.

I primi a rompere con i precetti moderni dell’illusione ottica culminati nella pittura degli Impressionisti, sono stati i pittori Simbolisti sul finire dell’800. Questi ultimi, proprio attraverso l’abolizione del canone prospettico ci restituiscono immagini rapide di un mondo simbolicamente sintetizzato. Spetterà alle Avanguardie del 900 il compito di teorizzare e comunicare gli esiti più avanzati cui l’arte contemporanea avrebbe potuto aspirare nei de-

¹ Dalla metà del Quattrocento alla fine del Settecento.

² Il periodo che perdura ancora oggi.

³ L’invenzione della “dinamo” di A. Pacinotti (1860) e la posa del primo cavo transoceanico (1858).

⁴ Si veda anche l’omologia con la Prospettiva di L. B. Alberti teorizzata nel 1450.

⁵ Termine coniato dal filosofo tedesco A.G. Baumgarten (1714-1762) nel 1735. La parola *aesthetica* ha origine dal greco e significa “percezione media-ta dal senso”.



cenni a venire. Sarà infatti l'arte stessa a mettere in discussione i suoi suffissi tradizionali e tutti i luoghi deputati ad accoglierla, per poi sostituirli con l'energia di una esperienza "estetica"⁵ totalizzante all'insegna di una nuova libertà e consapevolezza.



so alla fruttuosa molla dell'ironia che è appunto tipica delle società evolute e mature..." [3]. Grazie a tecnologie sempre più affidate alle energie impalpabili, ormai disponibili, nascono così eccitanti giochi che combinano realtà e virtualità.

All'insegna di un ritrovato nomadismo, l'uomo contemporaneo viaggia in tempo reale alla scoperta di un villaggio massmediale estremamente evoluto, fatto di immagini e suoni, all'interno del quale anche il tatto viene rimesso in gioco. Nuovi primitivi lanciano segnali di fumo (le chat) dalle tribù di Facebook, Twitter, MySpace o Meetup, abbattendo ogni limite geografico e culturale "...in un continuo confronto orizzontale fra noi e l'altro, fra culture differenti in una visione allargata a 360 gradi" [3]. Gmail o Virgilio come tecnologici piccioni viaggiatori portano i nostri bagagli ultraleggeri a destinazione con un clic.

Paradossalmente, e l'arte contemporanea ne è ben testimone, questa sensibilità sin - estetica, rilanciata dai nuovi media, avvicina idealmente l'uomo di oggi a quelle civiltà premoderne, che si affidavano all'oralità ed al linguaggio del corpo.

Il corto circuito tra post e pre-modernità, che simboleggia la nostra condizione odierna, è rintracciabile anche nei tanti interventi che l'arte contemporanea ha

Le nuove generazioni sono andate infatti incontro ad "...un alleggerimento costante" ci dice Alessandra Borgogelli "...costruito secondo una comune coscienza di voler scaricare in modo nuovo e diverso i problemi della quotidianità ricorrendo spesso



"presentato" sull'epidermide del corpo umano (*Body Art*) o del territorio (*Land Art*), rievocando riti ancestrali. In maniera simile il graffitismo agisce sul tessuto urbano. Il fenomeno dei Graffiti Art nasce come movimento di protesta e autoaffermazione giovanile negli Stati Uniti dei tardi anni '60 per poi dilagare a livello planetario. L'imposizione alle metropoli moderne di darsi una facciata di rispettabilità con il bianco assoluto del cemento armato finisce per rendere inospitali e asettici gli spazi pubblici, invitando a profanare, con vivaci maquillage di colori a spray, quel sistema di muri impeccabili. Renato Barilli ci spiega che la messa al bando di ogni forma di ornamento riemerge prorompente nel *lettering*, ritrovando "la grazia e l'ampollosità di quando la si usava in epoche pre guttemberghiane da parte di amanuensi e miniatori" [4-6].

Alle scritte fiorite e ridondanti si alternano poi atavismi ripensati dalle epoche più remote e dalle culture extra occidentali, come nel caso dei feticci del "graffiti writer" di origine haitiane Jean Michel Basquiat (1960/1988) o dei a geroglifici dello statunitense Keith Haring (1958/1990) che invadono come tatuaggi la pelle delle stazioni delle subway. Questi artisti hanno rappresentato la grande cultura di strada della N.Y. degli anni '80. Lo stesso vale anche per il newyorkese e oggi affermato graphic-designer Futura 2000 (1956) che, come sottende il suo pseudonimo,

al posto di attingere dal grande serbatoio della memoria supera i confini del tempo per spingersi in spazi inesplorati.

Anche le generazione più giovani si caratterizzano per avere una duplice natura: da un lato mostrano il loro essere ancora "acerbi" ai primordi della maturità, ma dall'altro, appaiono straordinariamente post moderni per la padronanza con cui si muovono nelle realtà virtuali offerte dal web. I loro idoli sono gli eroi dei video-

games e al confronto, i modelli di comportamento a cui guardare non possono essere banali. I Writters, con le loro sigle accattivanti, un po' ribelli ed un po' eroi metropolitani possono essere testimonial di messaggi positivi che arrivano per vie alternative alla educazione tradizionale. Una campagna contro il fumo che ha come obiettivo proprio quello di sensibilizzare i giovanissimi non poteva dunque scegliere "strada" migliore. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Barilli R. L'arte contemporanea. Da Cezanne alle ultime tendenze, Feltrinelli, Milano, 1984, pag.15.

2. Mac Luhan M. The Gutenberg Galaxy: the making of typographie man. University of Toronto Press. 1962.

3. Borgogelli A. "La vita ha sempre ragione", diceva Marinetti, in Aa.Vv., Videoart yearbook, Logo Fausto Lupetti Editore, Bologna, 2009, cit. pag.15

4. Barilli R. Prima e dopo il 2000. La ricerca artistica 1970-2005, Feltrinelli, Milano, 2006

5. Barilli R. Scienza della cultura e fenomenologia degli stili. Il Mulino, Bologna, 1982

6. Barilli R. Dubuffet e l'arte dei graffiti. Edizioni Gabriele Mazzotta, Milano, 2002



Murales, graffiti e graffitismo

Alessandra Cavazzi, Vincenzo Zagà

L'arte di scrivere e disegnare in spazi pubblici ha accompagnato l'uomo fin dai primi passi della sua storia. I primi petroglifi preistorici su pietra poi evolutisi in pittura rupestre, come le scritte murali che decoravano le superfici dei centri urbani delle civiltà antiche, per esempio quelle cinese, egizia, etrusca e romana, sono tutti indizi che, sparsi per il mondo, testimoniano l'innato impulso alla creatività e alla comunicazione della nostra specie [1].

I graffiti, prima ancora di diventare arte di strada, hanno rappresentato, da sempre, un'ottima testimonianza storica della forma espressiva di un popolo in tutte le sue variegate espressioni, dal benessere alla rabbia, dalla speranza alla disperazione.

Una importante distinzione va fatta fra murales e graffiti.

Il termine **murales** indica ogni tipo di pittura realizzata su pareti esterne, generalmente di grandi edifici o su muri di cinta. I murales indicano dipinti sulle mura di carattere vario, ed è infatti una forma più completa di pittura. La pittura murale ha origini antiche ed è divenuta celebre per il movimento artistico messicano noto come muralismo il cui maggior esponente fu Diego Rivera che sposò Frida Kahlo. Frequentò Pablo Picasso per cui artisticamente nasce come cubista ma trovò la sua più ampia ispirazione nell'adesione agli ideali rivoluzionari del Messico, alla cui propaganda contribuì attivamente con murales ispirati alla storia antica e recente del suo Paese. Oggi è molto diffusa tra i giovani artisti e spesso viene praticata su superfici pubbliche oppure per decorare pareti e soffitti all'interno di edifici. La pittura murale può essere realizzata con varie tecniche, come l'affresco, realizzato dipingendo con pigmenti stemperati in acqua su intonaco fresco.

I **graffiti** invece nascono da scritte, in origine firme, che poi si sviluppano ingrandendosi e andando a formare dei veri e propri disegni fino a sfociare nella street art del graffitismo. Il graffitismo, fenomeno statunitense noto anche come Graffiti Art, si sviluppò negli anni tra il 1975 e il 1980 e fu caratterizzato da scritte e figurazioni eseguite in prevalenza con vernice a spruzzo, nello stile del fumetto e della pubblicità, inizialmente sulle pareti e sui convogli della metropolitana newyorkese, poi su muri e pannelli. I

graffiti, nati da movimenti di protesta, come libere espressioni creative della popolazione contro il potere, hanno assunto sempre più nel tempo valore estetico, divenendo una vera e propria corrente artistica innovativa. La vera rivoluzione creata dal graffitismo sta nel realizzare le opere su vagoni ferroviari e pareti urbane prevalentemente con tecnica spray. Il graffitismo inoltre non necessita dell'appoggio di critici o galleristi, ma viene indirizzato direttamente al pubblico di massa. Oggi vengono spesso commissionati dagli enti pubblici per evidenziare l'identità di un luogo, per ridurre l'impatto di brutture architettoniche di alcuni centri urbani, o per veicolare messaggi di nuovi stili di vita salutari, come sta avvenendo a Bologna con "GraffitiArt". E divengono così richiamo di turismo culturale come già avviene in alcune città come Miami (USA).

Il moderno graffitismo può inserirsi tra quelle tendenze dell'arte del sec. XX che hanno dialogato con il graffitismo preistorico, l'arte "primitiva" e il disegno infantile, espressioni queste accumulate dalla mancanza della prospettiva e della profondità. Esso è nato ed si è autogenerato nei sotterranei, nei vagoni della metropolitana, nelle

stazioni e in tutti i non-luoghi neutri, asettici, esposti all'aggressione cromatica spesso selvaggia dei manifesti pubblicitari. Con il tempo il mezzo "pittorico" del graffitismo si è evoluto, avvalendosi di supporti più sofisticati, valendosi di vernici industriali dai solventi elaborati e dai fissanti efficaci, racchiuse in bombolette in grado di fornire una emissione del colore tale da facilitare e valorizzare il segno dell'artista.

Due sono sostanzialmente i gruppi che hanno dato vita al graffitismo.

Il primo è costituito da rappresentanti anonimi, ma con precise cognizioni tecniche, esecutori di una forma d'arte collettiva, che non hanno potuto e voluto ambire a riconoscimenti personalizzati. Questi hanno preferito rinunciare al proprio nome per assumerne altri simili a bandiere di combattimento: A-One, C-One, Toxic-One, Craze, Crash, riconoscendo come "capo" l'artista di origine italiana che ha assunto il nome di Rammellzee.

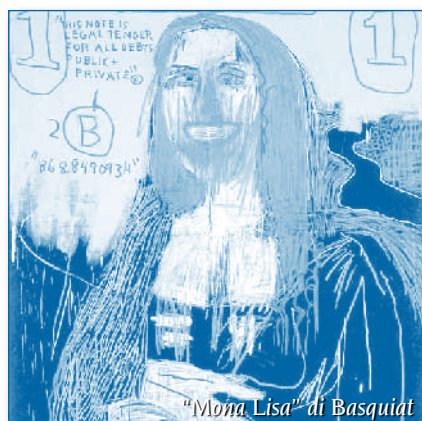
Il secondo gruppo è costituito da "artisti colti" che sono riusciti a definire un proprio stile personale e riconoscibile pur sullo sfondo di caratteristiche assai comuni. Tra questi spicca K. Haring (1958-1990), che con molti dei graffitisti americani animò la scena artistica italiana con la mostra



Diego Rivera, particolare di murale



“Arte di frontiera” ospitata dalla Galleria d’arte moderna di Bologna e poi in altre sedi tra cui il Palazzo dell’Esposizioni di Roma dove Haring tracciò i suoi calligrammi sullo zoccolo del palazzo romano a fianco della scalinata d’accesso. Vicino a lui J. Holzer, K. Scharf R., J. Brown e D. Baechler. Ma il protagonista più degno di reggere il confronto con Haring è senza dubbio J.M. Basquiat. Legato alla minoranza haitiana, Basquiat ha amato tracciare immagini corpose ed evidenti, con segno barbarico e regressivo; immagini, frasi, battute, parole da suburbia, che dominano lo sfondo staccandosi da esso con autorevolezza, graffio e velocità. Haring e Basquiat cercarono negli spazi urbani come treni, metropolitane, stazioni le superfici adatte alle loro creazioni artistiche. I graffiti di Haring risultano facili e sintetici ad una prima occhiata con le sue figure antropomorfe sempre in movimento su sfondi colorati con tinte primarie. Il linguaggio è semplice e di grande impatto



visivo da cui comunque traspare la denuncia del disagio sociale patito dalle classi più deboli creato da un divario economico e culturale sempre più in via di accentuazione, soprattutto nelle grandi città [2].

Con la partecipazione all’esposizione Documenta 7 di Kassel (1982) e alla mostra Post graffiti (1983, New York e Rotterdam), che ne hanno consacrato i principali esponenti (K. Haring, J.M. Basquiat), il graffito è entrato ufficialmente nella scena artistica internazionale, collegandosi per certi aspetti al neoespressionismo e alla transavanguardia europei [3].

Dopo questa prima fase di entusiasmo, il rapporto fra graffitismo e mondo dell’arte si raffredda. Il grande ritorno d’interesse nei confronti di artisti dei graffiti si deve allo strabiliante sviluppo sociale del fenomeno nel corso

degli anni ‘90: il graffitismo sbarca in Europa per poi dilagare velocemente negli altri continenti, prosperando energicamente in ogni angolo del pianeta e rivelandosi come fenomeno sociale e culturale di massa. Si delinea in questi anni la nuova tendenza stilistica del graffiti-logo: artisti sostituiscono le scritte enigmatiche con decorazioni figurative, veri e propri personaggi o illustrazioni di oggetti, che vengono riprodotti in modo seriale sui muri delle città. La tendenza graffiti-logo evolverà velocemente nelle prime esperienze di Street art, termine con il quale oggi si definisce qualsiasi gesto artistico compiuto in spazi pubblici. I primi ad accorgersi dell’enorme potenziale economico di questa cultura sono i pubblicitari e gli studi grafici: molti Street artists si formano come grafici, avvantaggiati rispetto ai colleghi dall’aver sperimentato e maturato linguaggi visivi nuovi, forti e impattanti. Il loro modo si impone nella pubblicità e diventa di moda. Un’affermazione così incontenibile sul gusto visivo della società non poteva che preludere a una legittimazione di quegli artisti di valore che da anni contaminano con la Street art pittura e scultura.

Dietro a ogni Street artist si celano un personaggio e una storia. Il pubblico può riconoscere facilmente le opere in strada, semplicemente passeggiando per le vie delle nostre città.

Una importante vetrina per l’avanguardia del graffitismo italiano è stata la mostra “Street art, Sweetart”, promossa dal Comune di Milano presso il Padiglione d’arte contemporanea e curata da Alessandro Riva nel 2007 che ha portato alla ribalta alcuni partecipanti di questi artisti che rappresentano le punte di diamante della street art italiana come Marco Grassi (Pho), Rae Martini, Marco Mantovani (KayOne), Wany, Atomo, Airone, KayOne, Rendo, Mambo, Led, Basik, Joys, Dado e Stefy, Marco Teatro, Eron, Microbo, Boi 30, Blu, Ericailcane, Ozmo, Abbóminevole, Sonda, Sea, Dem, Nais, Gatto, Filippo Minelli e Mitja Bombardieri (Verbo) [4]. ■



Jean Michel Basquiat



BIBLIOGRAFIA

1. (http://www.137infiniti.eu/murale/arte_murale_street_art.html)

2. (<http://www.graffitiart.it/>)

3. (<http://www.treccani.it/enciclopedia/graffitismo/>)

4. (http://www.137infiniti.eu/murale/arte_murale_street_art.html)



PROGETTO RespirARTI

Da quest'anno a Bologna, nell'ambito delle iniziative promosse per il **31 maggio 2012** in occasione della **"Giornata mondiale senza tabacco"** parte il progetto **RespirARTI**.

Promotori dell'evento sono AIST "Associazione Italiana per lo Studio della Tosse", l'Istituto di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi, i Centri Antifumo della Provincia di Bologna e con il patrocinio della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e dell'Associazione Liberi dal Fumo (ALIBERF). Il progetto è reso possibile grazie al contributo della Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, alla collaborazione di Confcommercio ASCOM Bologna. È stato richiesto il Patrocinio al Comune di Bologna e all'Assessorato alla Sanità del Comune.

Il progetto **RespirARTI** ha lo scopo di sensibilizzare i giovani contro l'uso del tabacco e nel contempo di valorizzare questa nuova forma d'arte, la "street art" come forma d'arte distintiva, potente elemento di cultura urbana e di comunicazione, ben lontana dal vandalismo che imbratta i muri. Questa campagna contro il fumo si rivolge principalmente ai giovani attraverso un linguaggio e una strategia di comunicazione in grado di catturare la loro attenzione: "dalla strada al web", non imposizioni coercitive o messaggi minacciosi, bensì una informazione semplice e corretta su cui riflettere per comprendere i vantaggi del non fumare. Il progetto prevede diverse fasi:

- 1) Un incontro scientifico culturale che si svolgerà il 31 maggio 2012 presso l'Auditorium Enzo Biagi (la Sala Borsa) con esperti del mondo medico e da professori delle scuole che hanno aderito all'iniziativa.
- 2) Individuazione, in collaborazione con le Istituzioni, di uno "spazio idoneo" di ampia visibilità, sul quale realizzare 8 opere aventi come oggetto la problematica fumo, eseguite da "artisti di strada" di differente estrazione. Le location individuate dove i creativi armati di spray e stencil potranno trasformare idee e pensieri in disegni contro l'uso della sigaretta, sono i muri delle scuole medie Carlo Pepoli e delle elementari Don Milani localizzate nel parco della Lunetta Gamberini, uno dei polmoni verdi di Bologna.
- 3) Le 8 opere saranno poi riprodotte su migliaia di magliette distribuite in occasione della manifestazione del 31 maggio. Sulla maglietta, inoltre, ci saranno messaggi discreti, che riportano i vantaggi legati al non fumare.
- 4) Il coinvolgimento di gallerie d'arte consentirà di esporre i bozzetti originali dei disegni, assieme alle foto dell'opera nel suo insieme e alle magliette, in un contesto dove "l'arte di strada" amplifica il messaggio contro gli effetti nocivi del fumo sulla salute.

Obiettivo è quello di sviluppare un processo partecipativo più ampio possibile. A tal fine sarà attivato un sito dove i giovani, da un lato potranno dialogare e partecipare attivamente proponendo anche messaggi da riportare sulle etichette delle magliette, dall'altro avranno la possibilità di richiedere qualsiasi informazione sulle problematiche legate al fumo e trovare i contatti con Centri e organizzazioni che aiutano a smettere di fumare.

Alessandro Zanasi



Miami sdogana i graffiti: tour in Vespa per conoscerli Bologna come Miami? Why not?

Bologna come Miami? Perché no, magari fra qualche anno! Certo non ci riferiamo a mare, spiagge e palme ma ad un possibile graffiti-tour per la città. L'idea ci viene infatti da Miami (Florida) che, con l'estate 2011, ha sdoganato i suoi graffiti, proponendoli come opera d'arte a tutti gli effetti, degna di tour guidati a tema.

Accade nel quartiere di Wynwood, uno dei più trendy della metropoli della Florida, dove un operatore turistico locale, Roam Rides, organizza visite di due ore, che si eseguono a bordo di scintillanti Vespa Piaggio. Nel giro si possono osservare i murales "storici" del quartiere ma anche artisti all'opera in diretta.

I loro nomi, importanti e significativi per i cultori di questa street art, per noi "ignoranti" in materia, sembrano usciti da un brano hip hop (Typoe, Tribe, Called, Presh, TCP e altri).

I muri che vanno a decorare sono situati nel bel mezzo di un'area che pullula di gallerie d'arte e ristoranti molto "in". Il giro comincia con una "cavalcata" in scooter della Venetian Causeway e si conclude in uno dei ristoranti del quartiere.

Vincenzo Zagà

Tribuna



Rapporto medico-paziente nel trattamento del tabagismo

The relationship between doctor and patient in smoking cessation

Federico E. Perozziello

Riassunto

Il rapporto tra medico e paziente riveste dei contenuti culturali e linguistici specifici. Richiede una formazione apposita, che i giovani medici apprendono all'inizio della loro storia professionale e che in seguito non sottopongono più a revisioni e valutazioni critiche. La disassuefazione dal fumo costringe il terapeuta a ricorrere ad una interpretazione originale e individuale dell'essere umano che a lui si rivolge. Un modo di lavorare ed esercitare il proprio ruolo che necessita di comportamenti innovativi e originali, cui i medici non vengono di solito preparati, preferendo demandare il loro ruolo interpretativo del paziente ad altre figure professionali.

Parole chiave: *paradigma scientifico, complessità, medical humanities*

Summary

The relationship between doctor and patient is of specific cultural and language content. Young physicians are required to undergo a special training early in their professional career and not to go through any critical review and evaluation later on. Smoking cessation forces the therapist to turn to an original and very individual interpretation of the person that came to him. This way of working requires innovative and original means and behavior, for which doctors are not usually prepared, preferring to leave their interpretative role to other professionals.

Keywords: *scientific paradigm, complexity, medical humanities*

"... in un certo senso il medico rappresenta la professione emblematica, perché il suo compito non consiste nel "produrre", bensì nel prestare aiuto, facilitare all'essere vivente il ritorno in salute e il rientro nella vita. Il medico non potrà mai avere la completa illusione che caratterizza la capacità pratica e la produzione. Egli sa che nel migliore dei casi a trionfare non è lui stesso o la sua abilità, ma la natura sostenuta dal suo aiuto. Di fatto questa è la straordinaria posizione della medicina nel complesso della scienza. [...] La scienza medica è l'unica in fondo a non produrre nulla, ma a dover fare i conti espressamente con la prodigiosa capacità della vita di ristabilirsi ed equilibrarsi da sola. Il compito peculiare del medico consiste proprio nell'aiutare a conseguire il ristabilimento della salute ..." (Hans Georg Gadamer) [1]

Introduzione

La medicina per gli Antichi Greci era un'Arte, una parola che nella loro lingua si esprimeva con il vocabolo *Technè*, vale a dire una disciplina basata su di un insegnamento teorico e su di un corrispettivo pratico, che costituiva il punto di arrivo armonico dell'apprendimento. Un concetto di arte molto diverso da quello di occupazione legata all'aderenza a determinati canoni estetici e di origine spes-

so irrazionale, come in seguito è stata intesa. Secondo Aristotele, che era figlio del medico Nicomaco, il rapporto tra medico e paziente era nato come un'amicizia tra disuguali. La ricerca di un'unità d'intenti tra queste due persone per riacquistare o conservare la salute comportava uno sforzo per raggiungere dei fini comuni, i quali si giustificavano attraverso la convinzione dell'esistenza di un bene superiore unanimemente ritenuto tale e costituito dalla conser-

vazione della vita. Nessuna delle due parti in causa aveva a priori la misura identica di questo bene, ma una valutazione equilibrata si costituiva nel dialogo e si realizzava nel reciproco adattarsi dell'uno all'altro attraverso la conoscenza [2].

Si trattava di un'amicizia, ma era anche un incontro di esistenze e di esperienze. Anche se in Aristotele il rapporto del medico con il malato poteva definirsi all'origine squilibrato e asimmetrico, poiché al sapere e al *potere* del primo faceva da contrappunto la dipendenza del secondo, questa condizione veniva riequilibrata dai doveri che il medico responsabilmente assumeva su di sé, per garantire al paziente di essere adeguatamente curato. La medicina si presenta come una professione che combina la scienza e la conoscenza del corpo umano, un metodo scientifico condiviso per ottenerla e infine l'arte, la *technè*, per esercitarla. Il suo fine, come nel passato, continua ad essere l'affrontare i problemi della persona malata, curarla e dargli conforto. Sono stati fatti grandi progressi nella comprensione dei meccanismi patogenetici e delle basi molecolari delle malattie, come pure nelle indagini diagnostiche e nelle terapie, specie quelle contro le infezioni. Questi progressi sono stati ottenuti attraverso un passaggio da una *Scienza osservazionale e descrittiva*, basata sull'anamnesi e sull'attesa della possibile guarigione attraverso l'azione della natura, quale era la situazione prima dell'affermazione della moderna farmacologia, ad una *Scienza interventista*, figlia della filosofia positivista dell'Ottocento. Una scienza che ha affermato di poter cambiare in meglio la realtà del malato e che questo cambiamento fosse perfettibile in modo illimitato, necessitando solo di tempo e della disponibilità di maggiori risorse economiche e umane [3].

La complessità del rapporto tra medico e paziente

Negli ultimi decenni si è passati da una scienza medica basata sull'esperienza professionale personale di un numero relativamente ristretto di studiosi, spesso isolati anche fisicamente in centri di ricerca lontani tra di loro, all'applicazione del riscontro legato ai grandi numeri. Sono nati in tal modo i *trial* clinici randomizzati su coorti considerevoli di pazienti, arruolati per la verifica dell'efficacia delle terapie. La globalizzazione economica del Secondo Dopoguerra ha visto affermarsi lentamente un modo di intendere la salute perseguito attraverso una politica planetaria condotta su di una scala sempre più vasta. Il ricco Occidente, spinto dalla necessità di dover erogare in modo razionale le grandi risorse necessarie al funzionamento dei suoi *Welfare State*, ha assistito compiaciuto e rassicurato all'affermazione della *Medicina Basata sull'Evidenza* (E.B.M.). [4,5] Si è trattato del trionfo di una modalità di studio essenzialmente statistica delle malattie e delle loro terapie. Padre di questa disciplina è stato un epidemiologo e clinico scozzese,



Federico E. Perozziello

se, dalla vita avventurosa, ricca di molteplici esperienze: Archibald Leman Cochrane (1909-1988). Questa modalità operativa di valutazione dei risultati scientifici in medicina ha ispirato la formulazione di linee guida per la gestione delle patologie e dei comportamenti dei medici, una misurazione dichiarata come obbiettiva dell'efficacia terapeutica e della morbidità, una definizione più sicura della qualità di vita e degli *outcome* a beneficio del paziente, utilizzando per lo più il metodo logico induttivo, già

sottoposto a innumerevoli critiche per la sua inadeguatezza dalla moderna logica e dalla filosofia della scienza [6].

Si è venuta a costituire una griglia complessa di percorsi e di comportamenti, più o meno obbligati o suggeriti, ai quali il medico moderno ha dovuto attenersi al fine di ricevere una certificazione di attendibilità scientifica del suo operato da parte di organismi di controllo sociale, sanitario ed economico. Il medico è diventato così, suo malgrado, *un ordinatore di spesa*, i cui margini di libertà prescrittiva sono stati drasticamente ridotti. Nello stesso tempo è stata invece lasciata in disparte la necessità di valutare e migliorare l'abilità diagnostica e relazionale del sanitario basata sulla semeiotica tradizionale e con essa la capacità umana e tecnica di *visitare* il paziente ed entrare in empatia con lui. Forse perché si trattava di capacità individuali, queste ultime, che non potevano essere facilmente misurate in modo obiettivo. Si è preferito allora farle apparire come non prevalenti o al più poco influenti, rispetto a quanto era stato previsto potesse essere offerto da parte dello stato e allo stesso tempo si poteva valutare, quantificare e retribuire.

Nonostante queste forzature e il disinteresse degli organi di gestione della sanità pubblica, il rapporto tra medico e paziente rimane però una relazione umana importante, che si basa sulla fiducia e sulla stima nel curante e che dipende da molti fattori legati all'incontro tra le personalità dei medici e quelle dei loro assistiti. La complessità del rapporto medico-paziente appare oggi esposta a molte influenze e queste risultano poco controllabili nel loro insieme, come mostrato dalla **figura n.1**.

Interagire con un fumatore comporta per il medico dover ricoprire un ruolo determinato in una relazione di aiuto. Il sanitario si trova ad operare attraverso una dinamica di *counselling*, come è stato ipotizzato dallo psicologo Carl Rogers (1902-1987). Nell'interpretazione rogersiana di questa dinamica, il modo più adeguato per aiutare una persona in difficoltà non sarebbe consistito nel dirle cosa fare, bensì nell'aiutarla a comprendere la propria condizione personale.

Questi elementi avrebbero reso la terapia del tabagismo molto differente dai processi decisionali consueti che si affrontano in medicina. Secondo l'antropologo Byron J. Good, la medicina permetterebbe di modificare la realtà della malattia e della cura articolandosi come un vettore

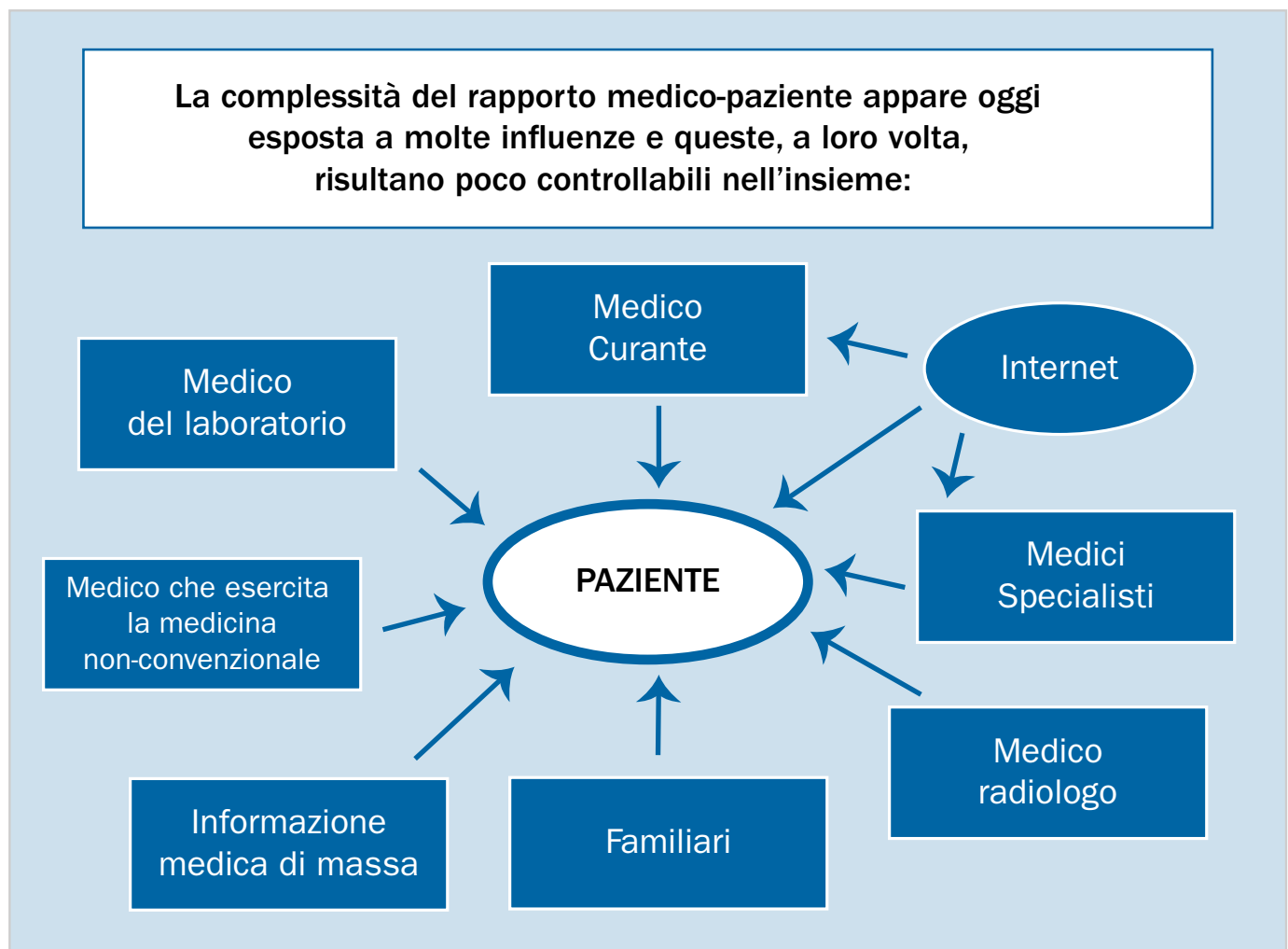


Figura n.1 Complessità del rapporto medico-paziente nella medicina moderna

di esperienze diverse, un mezzo di dialogo e di incontro, rivestendo una capacità di interpretazione dei fatti e di modulazione dei conflitti tra gli esseri umani che potrebbe consentirgli di trasformare i rapporti interpersonali. I pazienti avvertono la propria condizione umana all'interno di un insieme di significati multiformi, legati all'unicità dell'essere persone che si correlano tra di loro nel contesto di una rete affettiva. Un'attenzione vigile e consapevole a questa molteplicità di fattori potrebbe aiutare i sanitari a rispondere con più efficacia ai bisogni dei loro assistiti [7].

Nel corso del loro lungo periodo di apprendimento i giovani medici vengono educati a scomporre le storie personali dei pazienti che incontrano, a cercare il particolare nei loro vissuti, a rendere il più possibile oggettiva la descrizione dei loro corpi, conferendo a questi ultimi alcuni segnali di riconoscimento legati ai segni clinici. Imparano a ricostruire i diversi casi che si presentano nella loro professione secondo un modello specifico e preordinato, composto di segni e di sintomi. Una visione del malato che appare così ovvia e condivisibile ai facenti parte la comunità professionale di riferimento da non necessitare di perdere troppo tempo in una discussione critica di verifica tra l'oggetto dell'osservazione, il paziente e il suo

indagatore. Gli studenti del corso di laurea in medicina acquisiscono un vero e proprio nuovo modo di vedere la realtà, di scriverne, di parlarne, di relazionarsi con i propri colleghi e con gli altri operatori sanitari e infine interagire con i propri pazienti.

Diventare medico significa essersi formato a un diverso tipo di linguaggio, a una modalità di relazione specifica, attraverso la quale farsi riconoscere all'interno di un insieme professionale come uno dei propri membri. Ai giovani e futuri medici non verrà più consentito l'esprimersi in un modo diverso da quello condiviso e accettato dal nuovo gruppo sociale di cui si aspira a far parte. L'uso obbligatorio di un determinato apparato di termini tecnici finisce con l'essere altrettanto importante del possesso delle nozioni necessarie per diventare medico. Il linguaggio diviene pertanto forma e formazione esso stesso, obbligando la personalità del medico a disporsi e a comunicare attraverso delle coordinate specifiche, di cui non si libererà mai lungo tutto lo scorrere della propria vita professionale.

Restringere la modalità comunicativa a un numero preordinato di termini e di frasi obbliga ad una interpretazione del reale preordinata. La presenza del dolore e della malattia, come pure quella della salute e del benessere, di-

ventano ciò che i medici sono in grado di comprendere e soprattutto descrivere, trasmettere alla loro comunità e agli altri esseri umani, utilizzando degli strumenti relazionali che sono stati creati ed elaborati in tal senso attraverso un processo di affinamento durato secoli. I fenomeni naturali che non sono in grado di essere ricompresi in questa griglia descrittiva semplicemente non esistono. Non possono esistere, perché non possono essere rappresentati e trasmessi in un modo giudicato tecnicamente corretto. Il corpo umano viene inteso e immaginato come un oggetto di indagine, come un'entità distinta rispetto ai corpi con cui quello stesso soma interagisce nella vita quotidiana. Gli studenti di medicina sono consapevoli del fatto che stanno apprendendo una modalità alternativa di osservare e descrivere la realtà, una diversa abilità percettiva per ricostruire l'immagine del malato e della sua fisicità secondo delle coordinate precise. Si tratta di un processo simile a quello determinato dall'apprendere la lettura di una carta nautica. Se non si è in grado di comprenderla e di tracciare una rotta, si finirà inevitabilmente sugli scogli o in un tratto di mare diverso da quello verso cui avremmo voluto dirigersi.

Esiste un pericolo ancora maggiore, costituito dall'introduzione di strumenti tecnologici in grado di guidarci senza dover ricorrere a delle valutazioni elaborate dalla mente umana. Un elemento che può appiattire e semplificare il modo di leggere la realtà, poiché la comprensione dell'altro viene demandata ad una macchina, la quale utilizza il linguaggio che le viene insegnato come il più sicuro e autorevole, l'unico possibile. Nella descrizione del caso clinico, nella redazione dei referti e dei documenti che lo descrivono, persino nella lettura degli esami strumentali praticati, gli studenti in medicina imparano a organizzare le storie dei loro pazienti sotto forma di documenti redatti secondo delle regole che hanno appreso attraverso un lungo e duro tirocinio. Non possono allontanarsi da alcuni argomenti obbligatori, salvaguardando il tenore di fondo del loro agire, che deve essere riferito unicamente a problemi di tipo medico.

Anche se volessero dilungarsi nell'approfondire particolari aspetti umani del paziente, questo intervento potrebbe essere giudicato in senso negativo, respinto o disapprovato come inutile e dannoso dalla comunità medica di cui aspirano a far parte. La visione del mondo di chi cura si colloca su di un piano conoscitivo e linguistico radicalmente diverso rispetto a coloro che vivono l'esperienza del malato. Esserne consapevoli permetterebbe al medico di riavvicinarsi all'ascolto del

paziente come un individuo e come una persona, dando spazio a interventi mirati e ad aspetti spesso trascurati del disagio che il malato cerca di raccontare, modificando un comportamento tecnico ritenuto intoccabile. Si tratta di un *habitus* comportamentale da cui il medico teme di distaccarsi, per non incorrere in giudizi di eccentricità o di scarsa aderenza a regole e protocolli stabiliti dalla comunità scientifica, la quale difende tenacemente i propri paradigmi scientifici e con minore consapevolezza, ma con altrettanta tenacia, quelli linguistici.

L'interagire con il paziente nell'ambito della disassuefazione dal tabacco costringe invece il medico a doversi formare un'interpretazione originale di chi gli sta di fronte. I paradigmi di obiettività con cui è stato educato a confrontarsi perdono una parte della loro capacità di condivisione e di neutralità. Il fumatore chiede di essere compreso e riconosciuto nella sua unicità e drammaticità esistenziale. Rifiuta spesso terapie preordinate e soluzioni prefabbricate. Dal momento che avverte il fumo in modo diverso da una malattia che minaccia da vicino la propria esistenza, vuole essere convinto dal proprio medico al cambiamento in modo assolutamente originale. Tuttavia per ottenere questo risultato il curante non dispone di strumenti culturali e linguistici idonei. Deve adattarsi ad un ambito comunicativo diverso e per fare questo deve in parte dimenticare le regole che ha appreso quando era studente o giovane medico. Inoltre le potenzialità del linguaggio nella comprensione tra gli esseri umani sono molteplici e possono dare luogo a fraintendimenti e inganni. Spesso il medico non è consapevole delle capacità mimetiche del paziente che sta interrogando. Un significativo passo del romanzo *La Coscienza di Zeno* di Italo Svevo, uno scrittore che fumò oltre sessanta sigarette al giorno per tutta la sua vita, ci permette di rendere con maggiore dettaglio questo concetto:



Figura n.2 Italo Svevo (1861-1928)
con una delle sue innumerevoli sigarette

«...il dottore presta fede troppo grande a quelle mie benedette confessioni che non vuole restituirmi perché le riveda. Dio mio! Egli non studiò che la medicina e perciò ignora che cosa significhi scrivere in italiano per noi che parliamo e non sappiamo scrivere il dialetto. [...]

Con ogni nostra parola toscana noi mentiamo! Se egli sapesse come raccontiamo con predilezione tutte le cose per le quali abbiamo pronta la frase e come evitiamo quelle che ci obbligherebbero di ricorrere al vocabolario! È proprio così che scegliamo dalla nostra vita gli episodi da notarsi. Si capisce come la nostra vita avrebbe tutt'altro aspetto se fosse detta nel nostro dialetto...»

da Italo Svevo, *La coscienza di Zeno*, 1923 [8]

Una persona che racconta la propria condizione di malato fornisce una creazione narrativa del proprio sé. Il fumatore si racconta davanti al medico, che dovrebbe avere il tempo di ascoltarlo e l'attenzione per interpretarlo. Il fumatore rappresenta sé stesso mediante un proprio racconto esistenziale, dando forma alla sua inimitabile identità personale. Questa narrazione creatrice del sé risulta un atto di ricerca di un equilibrio tra l'autonomia del proprio essere, quando si racconta come una persona coerente con il proprio passato, la volontà e l'inevitabile alterità che lo circonda, costituita dalla famiglia, dagli amici, dalle istituzioni. Soggetti che si attendono alcuni determinati e spesso rassicuranti comportamenti.

La vita appare al paziente fumatore come la ricerca di un equilibrio tra una propria autonomia decisionale e l'impegno nel cambiare alcune condizioni esistenziali. Il bagaglio operativo del medico che si avvicina al fumatore utilizza invece alcuni passaggi obbligati, che è difficile eludere, perché come abbiamo prima descritto sono legati ad un lungo e a volte involontario condizionamento. La vista identifica l'immagine anatomica di un essere umano. Lo scrivere e il parlare successivi servono ad andare al centro della questione, isolando le caratteristiche cliniche più importanti che sono state riconosciute. La descrizione del caso clinico contempla la raccolta di elementi misurabili e condivisibili attraverso un linguaggio comune. Alla diagnosi si arriva attraverso un confronto dei dati raccolti utilizzando degli schemi classificativi precostituiti, appresi in precedenza. La terapia contempla infine l'applicazione di procedure fondate sulla loro dimostrazione di efficacia, che possano salvaguardare il medico da critiche e da procedimenti disciplinari. Come si vede, una cassetta degli attrezzi ordinata per operare nei confronti di malattie di tipo *tradizionale*, non verso un diverso stato esistenziale, quale è quello proprio del fumatore. Un paziente che possiede una condizione di consapevole e a volte compiaciuta dipendenza, in cui si è instaurato da tempo un patto di aiuto tra una persona e un *genere di conforto* materiale, quale è il tabacco.

Il medico adopera una tipologia di interventi di tipo tradizionale, spesso abbreviata e sincopata dalla fretta e dalla ripetitività della vita di tutti i giorni. Questo mentre nel caso del fumatore l'itinerario dialogico deve essere contrattato con particolare impegno. Si dovrebbe magari fare ricorso ad una nuova consapevolezza della congiunzione di aspetti fisiopatologici e soteriologici, vale a dire di salvezza da un destino negativo, che costituisce l'essenza della medicina. La medicina dovrebbe risultare un modo di affrontare

il mondo e la malattia attraverso un insieme di esperienze, un mezzo di incontro e di interpretazione dell'altro, oltre che di gestione dei conflitti. Di trasformazione, possiamo aggiungere, del *malato* fumatore in un soggetto *sano*.

Conclusioni

In tutto questo discorso emerge come i principali fattori limitanti l'intervento di disassuefazione dal fumo appaiano essere costituiti dal tempo da dedicare alla persona che vive la dipendenza dal tabacco e alla capacità del medico di interpretarla. Ne consegue come interventi di minima possano magari ottenere risultati positivi in termini statistici, ma appaiano drammaticamente inadeguati nella loro capacità di interagire con la complessità del paziente e del perché questi abbia compiuto e scelga ogni giorno, fumando, una comportamento autodistruttivo. Una preparazione professionale del medico priva di elementi filosofici e umanistici mostra, anche in questo contesto, tutte le sue inadeguatezze. Un vuoto a cui si è tentato forse invano di supplire attraverso l'intervento di più figure professionali o terapie di gruppo, che devono necessariamente arrestarsi ad un livello diverso di consapevolezza dell'individuo e dei suoi bisogni silenziosi e inespressi.

Ancora una volta il modello di medicalizzazione pura del dipendenza dal tabacco non funziona come unico interprete del problema. In questo scenario appare necessaria la presenza di un medico diverso, consapevole delle proprie azioni e soprattutto delle parole che adopera, oltre le ristrettezze imposte dalle consuetudini tecniche e comportamentali. Risulta indispensabile elaborare un nuovo modello formativo, basato su di un diverso modo di interpretare il paziente fumatore. Un operare che utilizzi strumenti culturali inconsueti nella medicina tradizionale, come la filosofia e riscopra la particolare sensibilità alle richieste del paziente conferita dalle *Medical Humanities*. Strumenti che i medici cominciano ad apprezzare anche al di fuori della lotta al tabagismo, insoddisfatti dall'interpretazione riduttiva e spesso inutilmente vincolante e costrittiva in cui la loro professione è stata relegata da un'aderenza acritica alla statistica e alla *Medicina Basata sull'Evidenza*. Un itinerario che appare promettente e gratificante, il quale non rinuncia alla scientificità autorevole della professione medica, ma che cerca di innovarla e arricchirla, liberandola dalla sterile schiavitù ad un solo metodo e ad un unico linguaggio. ■

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Gadamer HG. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
2. Aristotele. *Opere*. Laterza, Roma-Bari, 1973.
3. Perozziello FE. *Storia del Pensiero Medico*. III e IV volume, Mattioli1885, Fidenza (PR), 2009-2010.
4. Liberati A. *La medicina delle prove di efficacia: potenzialità e limiti della EBM*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.
5. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh & New York, 2000.
6. Losee J. *Introduzione alla Filosofia della Scienza*. Il Saggiatore, Milano, 2001.
7. Byron J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino, 2006.
8. Italo Svevo. *La coscienza di Zeno*. (1923), Einaudi, Torino, 2001.

Come ottimizzare la collaborazione medico-psicologo nel trattamento del tabagismo. L'esperienza in un Centro "Anti-Fumo"

How to enhance physician/psychologist collaboration in the tobacco dependence treatment (the experience in a Smoking Cessation Service)

Rosastella Principe, Raffaella Gorio, Francesca Clementi

Riassunto

Introduzione. Le linee guida per il trattamento del tabagismo prevedono come personale dedicato ad un centro antifumo di II livello oltre alla figura del medico anche quella di uno psicologo per la terapia psico-comportamentale, ma spesso è difficile far accettare al paziente anche tale supporto. Lo scopo del nostro studio è stato quello di facilitare il contatto con lo psicologo a tutti i pazienti che si presentavano al nostro centro antifumo, vincendo le resistenze a sottoporsi ad un colloquio anche con tale figura professionale, al fine di ottenere una riduzione degli abbandoni alla terapia e un aumento delle cessazioni.

Materiali e metodi. Il metodo nuovo, pur applicando le linee guida per il trattamento del tabagismo, si basa su una diversa gestione del setting di terapia, collocando nella sala di attesa lo psicologo specializzato in terapia cognitivo-comportamentale fin dalla prima visita medica per l'accesso al centro antifumo e così proseguendo anche negli incontri successivi decisi dal medico, che valuta i cambiamenti comportamentali di ogni paziente e decide l'inserimento della terapia farmacologica (NRT, vareniclina, bupropione). In tal modo i pazienti vengono seguiti individualmente nel percorso di riduzione e cessazione e si inseriscono anche nei gruppi gestiti dallo psicologo nella sala di attesa. Così, anche se eterogenei per livello di riduzione o cessazione dal fumo, tutti sfruttano i diversi momenti di confronto al fine di rinforzare la motivazione alla cessazione.

Risultati. Abbiamo analizzato, con un confronto retrospettivo gli stessi 7 mesi del 2009 di trattamento standard (senza presenza dello psicologo) con gli stessi 7 mesi del 2010 di trattamento sperimentale e i risultati dimostrano un raddoppio del numero di cessazioni statisticamente significativo ($p=0,011$). Inoltre, nonostante il breve arco temporale preso in esame, abbiamo numericamente riscontrato un incremento del 40% dei pazienti trattati

Summary

Introduction. The tobacco dependence treatment guidelines recommend that the staff of a second level smoking cessation service should include a clinician and a psychologist for behavioral therapy. However, patients often refuse psychological support. The aim of our study was to facilitate the access to this kind of support for all patients treated in our smoking cessation service, overcoming their resistance to undergo an interview with the psychologist, in order to reduce dropouts and increase quitting rates.

Materials and methods. The new method follows the tobacco dependence treatment guidelines, however, it is based on a different management of the therapy setting. In fact, the waiting room is set up as a "Tobacco dependence room" and a cognitive-behavioral psychologist follows the patients since their first clinical visit and throughout the follow-up visits requested by the physician.

The physician will evaluate each patient's behavioral changes and decide whether to prescribe pharmacological treatment (NRT, varenicline, bupropion).

This method allows the clinician to follow each patient during their treatment and patients are included in the groups managed by the psychologist working in the "Tobacco dependence room". This way, all patients take advantage of the confrontation and are able to strengthen their motivation to quit smoking.

Results. We performed a retrospective comparison of the results of a 7-month period of standard treatment (i.e. without psychological support) carried out in 2009 with a 7-month period of treatment including psychological support carried out in 2010. A doubling in quitting rates was noticed ($p=0.011$). Furthermore, even if there were only 7 months, we observed a 40% increase

Rosastella Principe (rprincipe@scamilloforlanini.rm.it)
Pneumologo, Responsabile Ambulatorio Prevenzione e Terapia del Tabagismo, Az. Osp San Camillo-Forlanini di Roma.

Raffaella Gorio
Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Servizio di Psicologia Clinica, Crisi ed Emergenza, Az. Osp. San Camillo Forlanini di Roma.

Francesca Clementi
Psicologo Psicoterapeuta, Servizio di Psicologia Clinica, Crisi ed Emergenza, Az. Osp. San Camillo Forlanini di Roma.

e una riduzione degli abbandoni alla terapia del 20%. Solo 2 pazienti su 97 hanno rifiutato il supporto psicologico. Il numero dei soggetti assistiti nei due gruppi sono omogenei per età, sesso, pack year, percentuale esenzione ticket.

Conclusioni. Da quanto sopra esposto possiamo affermare che, associando ad ogni incontro individuale per il trattamento comportamentale e farmacologico del medico la terapia di gruppo e il supporto cognitivo dello psicologo, è aumentata l'efficienza e l'incisività dell'intervento, non solo diminuendo il numero di abbandoni e aumentando le cessazioni, ma riducendo la quantità di incontri necessari per il raggiungimento della cessazione (numero totale di accessi al servizio) e di conseguenza riducendo la lista di attesa per il primo incontro. Il metodo risulta essere contenuto nei costi e di facile trasferibilità.

Parole chiave: fumo, terapia di gruppo, centro antifumo, terapia cognitiva.

Introduzione

Si definiscono Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) o Centri Antifumo (CAF) le strutture di cura ed eventualmente anche di prevenzione del tabagismo che operano in modo multidisciplinare, in relazione agli specialisti in forza nel centro stesso. Le figure professionali attualmente impegnate sono soprattutto medici, affiancati spesso da infermieri o educatori. I medici attuano un counselling mirato e un trattamento farmacologico e in alcuni casi hanno una formazione specifica in trattamento comportamentale. In oltre la metà dei centri è possibile trovare anche la figura dello psicologo per il counselling o il trattamento di gruppo [1].

Fino al mese di settembre 2010 presso l'Ambulatorio di Prevenzione e Terapia del Tabagismo dell'Ospedale San Camillo di Roma veniva utilizzata la terapia comportamentale e farmacologica implementata da un medico pneumologo opportunamente formato. L'accesso era di tipo ambulatoriale tramite presentazione della ricetta medica di 'Visita pneumologia per tabagismo'. Il percorso di disassuefazione prevedeva incontri settimanali durante i quali si applicava una diminuzione selettiva graduale del numero di sigarette fumate attraverso l'uso di un diario di automonitoraggio [2], fino ad arrivare alla cessazione; poi venivano pianificati dei follow up per la fase di mantenimento. L'intero trattamento durava circa 12 incontri in tre mesi. Le Linee Guida per il trattamento del tabagismo [3] prevedono come personale dedicato ad un centro antifumo di II livello oltre alla figura del medico anche quella di uno psicologo per la terapia psico-comportamentale [2]. Spesso però abbiamo riscontrato che è difficile far accettare al paziente anche il supporto psicologico, che invece risulta essere molto utile nel percorso di disassuefazione. Lo scopo del nostro studio è stato dunque quello di facilitare l'accesso al supporto psicologico per tutti i pazienti che si presentano al nostro centro antifumo, cercando di vincere le resistenze a sottoporsi ad un colloquio anche con lo psicologo. Il fine era quello di massimizzare l'efficacia

in patients treated in the service and a 20% reduction of drop-outs. Only two patients refused the psychological support. Both groups were homogeneous for age, sex, pack years etc.

Conclusions. According to our experience, we can indeed confirm that combining each visit, in which the clinician offers behavioral and pharmacological therapy, with a group therapy and the support of a cognitive behavioral psychologist enables the growth of both the efficiency and the intervention impact. This result was reached not only by reducing dropouts and increasing quitting rates, but also by cutting down the number of meetings necessary to attain quitting (total number of accesses to the service), thus reducing the waiting list for the first appointment. This method has proven to be cost-effective and easily transferable.

Keywords: smoking, group therapy, smoking cessation service, cognitive therapy.

della terapia, favorendo la compliance alla terapia psicologica per ridurre gli abbandoni e aumentare le cessazioni da fumo.

Materiali e metodi

Per affrontare tali resistenze abbiamo pensato di allestire la sala di attesa come 'Stanza Tabagismo': un luogo preposto all'accoglienza del paziente tabagista. Alle pareti ci sono poster informativi sia sui danni da fumo, le Carte del Rischio [4] che su consigli per abitudini più salutari di vita, e una bacheca per l'affissione dei grafici del percorso di riduzione (vedi più avanti). Quasi tutte le sedie sono disposte a semicerchio in mezzo alla stanza, tranne alcune che sono state lasciate appoggiate alla parete per poter permettere di partecipare da luoghi più protetti anche ai soggetti restii al contatto con lo psicologo o quelli con forte introversione sociale. In questa stanza lo psicologo accoglie il paziente all'arrivo e gestisce il tempo di attesa della visita con il medico pneumologo attraverso la conduzione del gruppo dei presenti. Non vi è distinzione fra pazienti al primo incontro, in fase di scalaggio delle sigarette o già astinenti. Questo permette di avere un gruppo aperto e accessibile a tutti, senza alcuna selezione. La permanenza ad ogni singolo incontro di gruppo è libera e quindi ogni utente sceglie autonomamente di partecipare e ritornare anche dopo aver effettuato la visita medica. Il lavoro dello psicologo va dunque ad affiancarsi e supportare quello dello pneumologo. Le due figure hanno infatti compiti ben distinti e fra loro complementari in ogni fase del trattamento. Come già detto, al primo incontro lo psicologo accoglie il paziente nella Stanza Tabagismo e utilizza un'intervista semistrutturata (Box) sviluppata e collaudata dallo stesso, attraverso l'esperienza nel nuovo setting di trattamento al centro, orientata a raccogliere informazioni su: storia tabagica del paziente (n. sigarette, anni di fumo, precedenti tentativi di cessazione ecc.); suoi vissuti (belief, distorsioni cognitive, ecc.); sue emozioni (noia, irritazione ecc.) e contingenze (caffè, cibo, televisione, guida ecc.) ed esplora la sua moti-

vazione (intrinseca o estrinseca, dubbi, paure, aspettative ecc.) e la sua percezione di riuscita (self-efficacy). Spiega poi, dopo una breve introduzione sulla duplice natura sia fisica che psicologico-comportamentale della dipendenza da nicotina [5, 6], come funziona il centro e in che cosa consiste il percorso di dissuasione (durata, frequenza, figure professionali e loro ruoli ecc.). Nel colloquio utilizza in special modo rispecchiamento e ridefinizione del materiale emerso riportato dal paziente, con particolare attenzione a quelli che sono i suoi bisogni legati al fumo [7]. Il gruppo è un potente rinforzatore in quanto gli altri utenti possono oltre a incoraggiare, confermare e dare indicazione e consigli, anche accogliere in maniera non giudicante il nuovo *compagno di viaggio* [8, 9] raccontando la propria esperienza al centro antifumo e il loro modo di imparare a vedere con occhi critici i loro precedenti comportamenti legati al fumo. Il nuovo utente può inoltre assistere a come si svolgono le sedute successive con i pazienti che sono già in trattamento, man mano che lo psicologo si occupa di aggiornare i loro grafici di riduzione. Per facilitare il primo impatto con il medico, accompagna il paziente alla visita medica quando è arrivato il suo turno, invitandolo a tornare nella Stanza Tabagismo a fine visita. Il medico svolge una anamnesi clinica, un esame obiettivo e valuta eventuali esami diagnostici per le malattie fumo-correlate [2, 10]. Viene poi fatto un intervento educativo su fumo, nicotina, dipendenza, danni fumo-correlati e consigliato comportamenti più salutaris sia dal punto di vista alimentare (consumo di frutta e verdura) che fisico. Procede con la misurazione del livello di monossido di carbonio (CO) espirato spiegandone il significato e valuta la dipendenza tramite Test di Fagerström per la Dipendenza dalla Nicotina [11] e la motivazione del paziente con il Test Motivazionale [2]. Spiega poi in cosa consistono le varie fasi dello scalaggio e implementa il programma personalizzato per il prossimo incontro (non c'è quindi una data di cessazione uguale per tutti, ma il rispetto delle singole individualità), sottolineando l'importanza della frequenza costante agli incontri. Chiede in ultimo di compilare sin dal primo incontro e fino alla cessazione un diario giornaliero 'semplificato' sul fumo, indicando di scrivere semplicemente ora e attività prima di accendere ogni sigaretta. Se necessario per un assessment completo richiede accertamenti strumentali (RX torace, Prove di funzionalità respiratoria, Test da sforzo cardiorespiratorio ecc.) e fissa l'appuntamento per la settimana successiva. Quando il paziente esce dall'ambulatorio, torna nella Stanza Tabagismo dove lo psicologo indaga su come è stata vissuta l'esperienza del primo incontro e in caso gestisce eventuali dubbi o resistenze, soprattutto nella compilazione del diario. Di quest'ultimo viene sottolineata l'importanza sia per attuare da parte del paziente maggiori controlli e autoconsapevolezza sulla propria abitudine al fumo che per implementare un trattamento personalizzato comportamentale e farmacologico da parte dello pneumologo. In ultimo, salvo casi particolari (difficoltà cognitive legate a patologia o età), lo psico-

logo consegna degli estratti del CBA 2.0 [12], spiegando al paziente come compilarlo e chiedendogli di consegnarlo all'incontro successivo. Il CBA, Cognitive Behavioral Assessment 2.0 - Scale primarie, è una batteria di più test che mira a fornire un assessment a vari livelli, attraverso un'anamnesi psicosociale e una valutazione di alcuni costrutti psicologici di primaria importanza quali l'ansia di stato, la depressione, le paure, le ossessioni, le compulsioni e i disturbi psicofisiologici. Tale strumento permette di avere una visione globale dello stato psicologico della persona e risulta essere particolarmente utile in caso di attuazione di un intervento mirato a particolari necessità psicologiche e psicofarmacologiche. Nelle visite successive il paziente attende la visita di controllo e aggiornamento del programma con lo pneumologo nella Sala Tabagismo insieme allo psicologo e agli altri pazienti e nell'attesa vengono condivisi e commentati i successi o gli eventuali problemi e difficoltà della settimana trascorsa. Il gruppo aiuta a rassicurare e consiglia, cercando di mantenere sempre alta la motivazione, andando ad elargire rinforzi ai comportamenti e ai pensieri funzionali al benessere della persona. Anche qui il confronto e il supporto/sostegno hanno un ruolo importante. Con lo psicologo viene inoltre riportato su un grafico cartesiano per ogni paziente il numero di sigarette fumate durante i giorni passati creando una linea di andamento. Questa è la Scheda Personale (vedi figura 1). L'impatto visivo dell'andamento è molto chiaro e diretto e si è rivelato essere molto utile per veicolare concetti, informazioni e rinforzi. Quando il paziente arriva alla seconda settimana dalla cessazione, viene fatta una fotocopia della Scheda Personale, viene firmata e consegnata al paziente, come 'diploma'.

La valutazione del CO espirato eseguita anche negli incontri successivi, quale rinforzo associato alla motivazione, fa parte della normale routine con il gruppo e quindi svolto insieme allo psicologo. Durante le interazioni di gruppo non ci sono argomenti prestabiliti, ma si lascia che si sviluppino di volta in volta in base alle specifiche esigenze emerse in relazione al rapporto con il fumo. Il dibattito è moderato dallo psicologo, il quale cerca di coinvolgere tutti, dando priorità alla persona con maggiori abilità o risorse in quell'ambito. Vi è dunque libertà sugli argomenti trattati ma, nell'effettivo, non nel loro dispiegarsi che è condotto dallo psicologo che funge da moderatore. La gestione del programma di scalaggio tramite tecniche comportamentali è compito esclusivo dello pneumologo, il quale segue ad ogni ritorno il paziente anche dal punto di vista medico. Per aiutare il paziente può inserire, durante lo scalaggio, già una terapia sostitutiva con la nicotina, NRT [13], e per la cessazione e il suo mantenimento anche farmaci di provata efficacia quali vareniclina [14, 15] e in alcune situazioni bupropione [16]. Lo pneumologo, in accordo con lo psicologo, si avvale della consulenza di uno psichiatra per inserire anche una eventuale copertura psicofarmacologica per alcuni pazienti con disturbi psichiatrici [16] non adeguatamente supportati in tal senso.

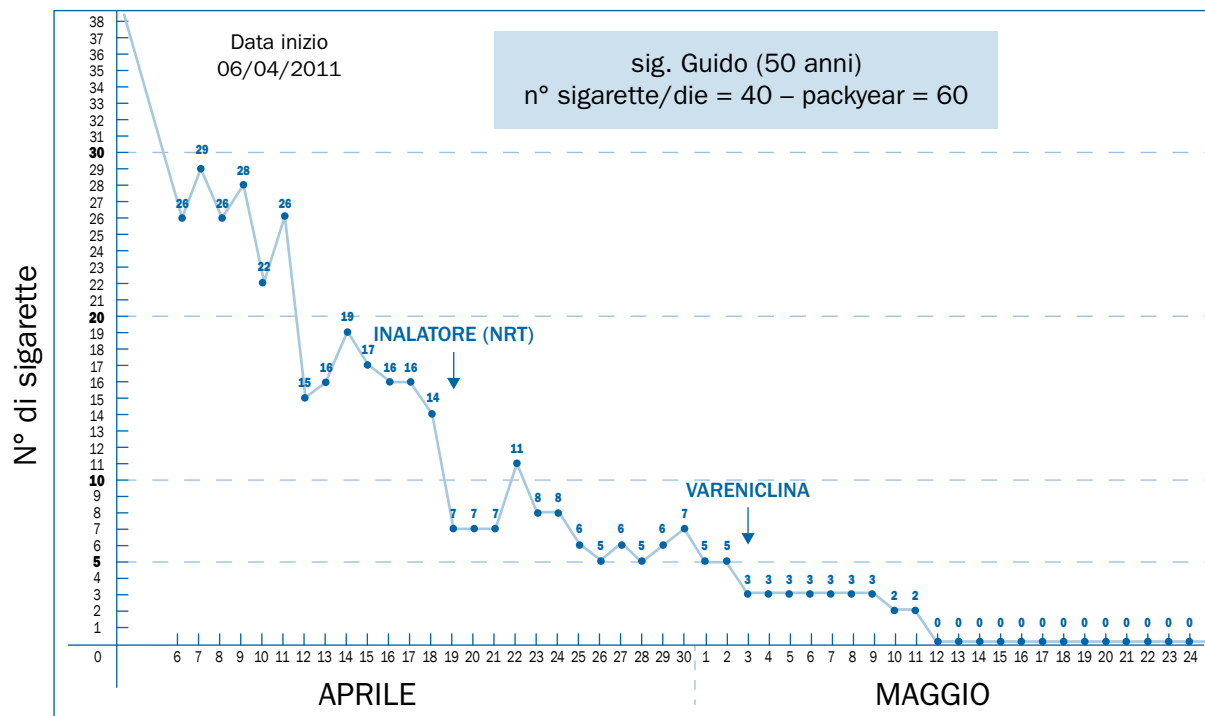


Figura 1 Esempio: grafico di riduzione progressiva fino alla cessazione.

Riguardo il monitoraggio dell'andamento del peso, si è scelto di non dare risalto e quindi non aggiornare regolarmente tale parametro in quanto si ipotizza che, essendo questo generalmente in crescita durante il percorso di disassuefazione, può creare resistenze e difficoltà. Vi è però la disponibilità ad accogliere tali preoccupazioni sull'aumento ponderale e rassicurare sulla futura gestione e riequilibrio.

Lo pneumologo continua dunque ad occuparsi in prima persona della gestione del percorso di riduzione, implementando il trattamento con tecniche comportamentali e farmacologiche, in considerazione degli effetti collaterali e della compliance del paziente alla terapia farmacologica. Stabilisce le date successive di appuntamento per il singolo paziente e lo segue dal punto di vista diagnostico in caso di patologie fumo correlate. Anche questo aspetto risulta essere utile per mantenere alta la motivazione. Lo psicologo invece, in maniera complementare, accoglie il paziente

al servizio, gestisce i gruppi nella sala d'attesa moderando il confronto e il dibattito fra gli utenti e solo in alcuni casi, su indicazione medico/psicologo, offre colloqui individuali di tipo supportivo (ridefinizione del problema, indicazioni di problem solving, ristrutturazione cognitiva, tecniche di gestione dell'ansia ecc.).

Generalmente l'ambulatorio permette l'accesso al gruppo anche a soggetti affetti da schizofrenia, ma in alcuni casi di forte labilità emotiva si tende a dare appuntamenti in orari più protetti al termine dell'incontro di gruppo o comunque in assenza di altri utenti, in quanto si potrebbero avere casi di incompatibilità con il setting e le dinamiche di gruppo. L'obiettivo terapeutico con questi ultimi, che solitamente sono forti fumatori (50-70 sigarette die), a volte può essere spostato dalla cessazione ad una importante riduzione (non più 10-20 sigarette die) mantenuta nel tempo.

	Trattamento standard 2009	Trattamento sperimentale 2010
Numero Utenti (Numero di utenti trattati nel periodo di riferimento)	70	97
Cessazioni	21 %	41 %
Abbandono (paziente che ha sospeso il trattamento)	56 %	42 %
Fallimento (paziente che ha completato il trattamento ma non ha cessato)	2 %	3 %
Cartella Aperta (utente all'inizio del trattamento al momento del rilevamento)	21 %	14 %

Risultati

Per valutare l'efficacia di tale sperimentazione abbiamo confrontato il periodo di tempo dal 1 Luglio 2009 al 31 Gennaio 2010 in cui non era ancora stata inserita la figura dello psicologo (Trattamento Standard) con i risultati ottenuti sugli utenti che hanno avuto accesso al servizio dal 1 Luglio 2010 al 31 Gennaio 2011 (Trattamento Sperimentale).

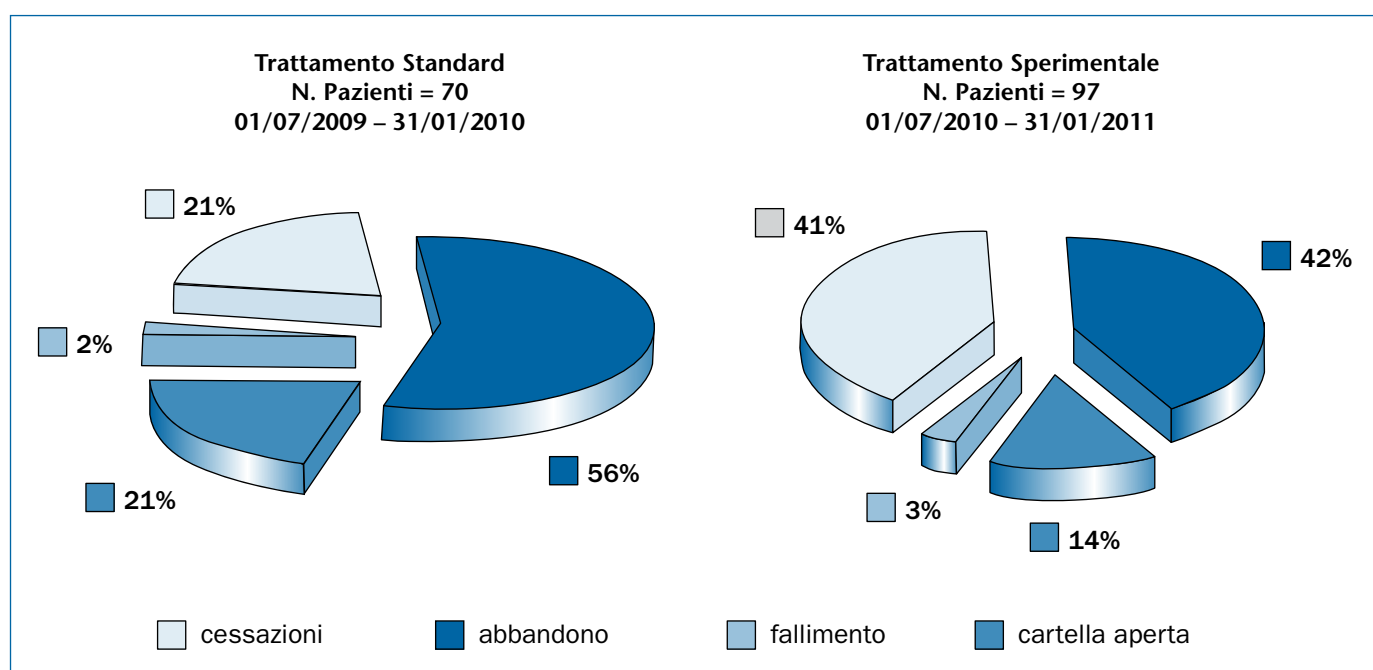
Da quanto sopra esposto si può notare che nello stesso arco di tempo di 7 mesi dal 2009 al 2010 vi è stato un raddoppio del numero di cessazioni statisticamente significativo ($p=0,011$ con intervallo di confidenza da +34,4% a +5,6%), un incremento del numero di utenti trattati pari a circa +40%, una diminuzione del numero di abbandoni di circa -20% e un minor numero di utenti ancora in fase di trattamento –cartella aperta- al momento della rilevazione (dovuto alla diminuzione del tempo totale di terapia). Inoltre si registra un aumento del numero di visite effettuate pari a +70%, dovuto all'incremento dei pazienti e alla riduzione degli abbandoni.

Il numero di pazienti assistiti nel gruppo di riferimento del 2009 e in quello sperimentale del 2010 è omogeneo per età, sesso, percentuale di esenzione ticket, presenza di malattie fumo correlate, grado di dipendenza, pack year ed incidenza di disturbi psichiatrici.

Discussione

Prima di iniziare tale sperimentazione, era stata avviata un'indagine conoscitiva sulle variabili che maggiormente potevano incidere sul successo del trattamento. Gli elementi distintivi presi in considerazione erano stati principalmente: età - sesso - esenzione ticket - presenza malattie fumo correlate - grado di dipendenza - pack year - compilazione diario di automonitoraggio - presenza

di patologia psichiatrica - precedenti tentativi di cessazione - modalità d'invio. Le variabili che risultarono essere discriminanti per il successo della terapia sono state principalmente: la compilazione del diario, l'assenza di patologia psichiatrica e in misura minore la presenza di malattie fumo correlate. All'interno del campione analizzato infatti non sembravano essere particolarmente predittivi né il numero di sigarette fumate giornalmente, né gli anni di fumo o il grado di dipendenza. L'introduzione/affiancamento della figura dello psicologo è stata preceduta da un periodo di tre settimane durante il quale quest'ultimo ha effettuato un'osservazione non partecipe alle sedute del medico pneumologo con i pazienti allo scopo di valutare: le dinamiche di rapporto medico/paziente in questa particolare patologia, l'uso delle tecniche comportamentali (diario di automonitoraggio, scaglie graduale selettivo, rinforzi ecc.) e farmacologiche. Ciò che si è ipotizzato mancare è stata una adeguata accoglienza, intesa come primo contatto con il servizio, valutazione della storia tabagica e delle aspettative rispetto a sé stessi, al medico e quindi al percorso, non trascurando il rifiuto o diffidenza al supporto psicologico, riferito già al primo incontro da alcuni pazienti. Alla storia personale sul fumo non veniva dato abbastanza spazio e veniva quindi messa in secondo piano dalle valutazioni cliniche sullo stato di salute e dall'intervento educativo-comportamentale e farmacologico. Verosimilmente venivano disattese le aspettative di andare in un centro antifumo e parlare del proprio vissuto riguardo al fumo, che non si esaurisce con la semplice raccolta di informazioni tramite questionario. Inoltre il non sapere come sarebbe andato avanti l'intervento (solamente spiegato a grandi linee per motivi di tempo), poteva aumentare ancor di più l'inquietudine di soggetti probabilmente con



livelli di ansia già alti e portare ad evitamento/abbandono già dopo il primo incontro. Inoltre, proprio perché non espressi e quindi non trattati, non venivano presi in giusta considerazione nel primo incontro i diversi correlati emotivi legati alla situazione tabagica (insicurezze, paure ecc.).

La scelta di avere una eterogeneità (utenti in diverse fasi del trattamento, dal primo incontro, a fasi intermedie e avanzate dello scalaggio fino a pazienti in follow up dopo la cessazione) diversifica questa terapia di gruppo rispetto a quella standard [9] poiché è legata all'idea di sfruttare i diversi momenti di confronto, accoglimento e modellamento che tale particolare situazione può generare, andando a elargire rinforzi materiali e sociali a più livelli emotivi in pazienti a diverse fasi del trattamento, creando un buon clima di accoglimento non giudicante fin dal primo incontro. Per gli astinenti il poter fare da modello dà un senso di soddisfazione e consolida il risultato, per quelli in fase di scalaggio aiuta a vedere che non si è da soli e che le difficoltà possono essere gestite e superate, anche con il supporto dell'esperienza altrui.

In ultimo, si sottolinea l'importanza della creazione della Stanza Tabagismo, nella quale il tempo d'attesa per la visita acquista un importante valore euristico: diventa momento di accoglimento, confronto e supporto e quindi a tutti gli effetti, tempo integrante del trattamento.

Conclusione

Vi sono in letteratura numerose evidenze del fatto che combinare il trattamento farmacologico con il counseling

o/e il supporto psicologico hanno un impatto maggiore e più duraturo sull'outcome dei pazienti [2]. L'innovazione di tale approccio risiede nel combinare e quindi potenziare gli effetti delle due terapie, individuale e di gruppo, ad ogni singolo incontro. Dai dati emersi dalla nostra esperienza possiamo affermare che associando ad ogni incontro il trattamento comportamentale-farmacologico alla terapia di gruppo e al supporto psicologico ad orientamento cognitivo-comportamentale, si è aumentata l'efficienza e l'incisività dell'intervento. La presenza dello psicologo, come figura che al primo contatto accoglie e informa e non 'analizza', è ben accettata e successivamente cercata negli incontri seguenti. Viene vissuta come parte integrante del trattamento e lo psicologo in sintonia con il rispetto delle singole individualità, lascia ampia libertà di scelta nel ruolo che ogni utente ha nella Stanza Tabagismo, da membro attivo a singolo spettatore. Questo permette anche ai soggetti con ansia sociale di poter assistere senza sentirsi minacciati di doversi esporre per partecipare.

Tale programma è di facile trasferibilità nelle strutture sanitarie poiché non richiede costi o personale aggiunto rispetto a quello stabilito nelle Linee Guida per il trattamento del tabagismo [2, 3] e favorisce gli accessi del paziente al percorso diagnostico-terapeutico in quanto il suo inserimento è svincolato dalle liste di attesa per la formazione di un nuovo gruppo d'inizio terapia. ■

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

INTERVISTA SEMISTRUTTURATA CONDOTTA DALLO PSICOLOGO

L'intervista si sviluppa a seconda delle risposte che vengono date dal paziente di volta in volta e si adatta dunque alla singola persona. Il suo scopo non è solo quello di raccogliere informazioni, ma anche di andare ad intervenire sulle idee irrazionali, i pensieri disfunzionali, rinforzando la motivazione e rassicurando dove ce ne sia bisogno. Lo scopo è quello di tranquillizzare ed abbassare i livelli d'ansia, attraverso la formazione di un clima accogliente e comprensivo, mai giudicante.

Di seguito si propone un esempio di intervista:

A. Si indaga la motivazione (intrinseca, estrinseca)

- Come ha conosciuto il nostro centro?
- Ha scelto solo o è stato consigliato da altri?
- Perché è qui proprio adesso?

B. Si indaga la storia tabagica

- Quando ha iniziato a fumare? Perché?
 - Quanto fuma attualmente?
 - Ha sempre avuto questa media?
 - Ha mai provato a smettere?
- (se sì) Mi può raccontare con quali esiti?
Quanto è durato?
Com'è andata?
Come si sentiva?
Perché ha iniziato di nuovo?

C. Si indaga il rapporto con il fumo

- Dove fuma (casa, stanze specifiche -bagno, cucina ecc.- auto, ufficio ecc.)?
- Quand'è che fuma? Ci sono occasioni in particolare in cui le piace fumare? E ce ne sono in cui ne sente il bisogno?
- Altre persone oltre a lei in casa fumano?

D. Si indaga la percezione di autoefficacia

- Quante pensa possano essere le sue possibilità di riuscita da 0 a 10?

E. Si indagano le aspettative

- Come immagina questo suo percorso?
- Cosa si aspetta dal nostro centro?
- Cosa pensa possa esserle d'aiuto per farcela?

BIBLIOGRAFIA

1. Pacifici R. "Rapporto Nazionale sul Fumo 2010. XII Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 31 Maggio 2010 http://www.iss.it/binary/pres/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2010.pdf
2. Nardini S, Bertolotti R, Carrozzi L, Sabato E. "Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico" Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio (2000) vol 15 n. 3
3. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update" Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
4. Zuccaro P. et al. "Linee Guida Cliniche per Promuovere la Cessazione dell'Abitudine al Fumo" ISS -OSSFAD 2008. http://www.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf
5. McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R. "Manual of smoking cessation. A guide for counsellors and practitioners" 2006 Blackwell Publishing UK
6. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. "Pharmacological Profile of the Alpha4beta2 nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist Varenicline, an Effective Smoking Cessation Aid" Neuropharmacology 2007 Mar; 52 (3): 985-94
7. Rollnick S, Mason P, Butler C "Cambiare stili di vita non salutari" Ed. Erickson, Trento 2004
8. Stead LF, Lancaster T "Group behavior therapy programmes for smoking" (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
9. Orlandini D (a cura di) "Trattamento di Gruppo per Smettere di Fumare. Manuale Operativo per Conduttori" Regione Veneto, Venezia 2010
10. Martucci P, Sestini P, Canessa PA et al. "Smoking cessation in patients requiring bronchoscopy: The Bronchoscopy Anti-Smoking Study (BASIS)" Respiratory Medicine (2010) 104, 61-66
11. Heatherton et al: "The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire" Br. J. Addiction, 1991; 86 1119-112.
12. Sanavio E, Bertolotti G, Michelin P, Vidotto G, Zotti A.M. "CBA- 2.0 Scale Primarie" O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 1986
13. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler "Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation" Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.
14. Wang C, Xiao D, Chan KP, et al. "Varenicline for Smoking Cessation: a Placebo-controlled, Randomized Study" Respirology 2009Apr; 14 (3): 384-92
15. Rigotti N, Pipe A, Benowitz NL, et al. "Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients with Cardiovascular Disease: a Randomized Trial" Circulation 2010 Jan; 19 (121): 221-9
16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. "Anti-depressants for smoking cessation" Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1
17. APA "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" Fourth edition, 1994 Washington D.C., American Psychiatric Press

5 x 1000 alla SITAB
C.F. 96403700584

Associazione tra fibrosi polmonare idiopatica ed enfisema nei fumatori

Combined idiopathic pulmonary fibrosis and emphysema in smokers

Francesco Romano, Marisa Ines Scarlato, Luigi Leonetti, Pierangela De Donato

Riassunto

Obiettivo: Descrivere i risultati clinici e funzionali recentemente riportati nella letteratura medica per i pazienti con diagnosi combinata di enfisema che interessa i lobi superiori e di fibrosi polmonare idiopatica (IPF) che coinvolge i lobi inferiori.

Caso clinico: Vengono descritti i risultati clinici di un paziente forte fumatore con enfisema e IPF che è stato sottoposto a tomografia assiale computerizzata ad alta risoluzione del torace e a studio della funzione respiratoria. I valori di FEV1 e FEV1/FVC sono risultati rispettivamente pari a 104.6% e 81.6%. I volumi polmonari erano normali. Non era presente restrizione polmonare né iperinflazione. La capacità di diffusione del CO era gravemente ridotta (25.2% del predetto). È stato eseguito il test del cammino dei 6 minuti: la distanza coperta è stata di 230 m (41%), e il paziente ha presentato desaturazione $\geq 25\%$. I reperti ecocardiografici sono stati suggestivi di ipertensione polmonare severa (pressione arteriosa polmonare sistolica 65 mmHg).

Conclusioni: La presenza concomitante di enfisema e IPF provoca cambiamenti caratteristici nei test di funzionalità polmonare. Il reperto più significativo è una discrepanza tra la capacità di diffusione e i risultati della spirometria. Sebbene la concomitanza di enfisema e IPF sia un reperto occasionale, l'evidenza suggerisce che il fumo può causare entrambe le malattie nello stesso paziente.

Parole chiave: enfisema polmonare, fibrosi polmonare, malattia polmonare interstiziale, ipertensione polmonare, fumo di tabacco.

Introduzione

Il fumo è una delle principali cause di morbidità e morte prematura. In Italia, si stima che ci siano oltre 80.000 morti ogni anno per malattie fumo-correlate [1]. Tra gli effetti più comuni del fumo vi sono la malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) e il carcinoma broncogeno. Nel 1990, la BPCO era la sesta principale causa di morte nel mondo e, nonostante gli interventi di sanità pubblica, questa patologia potrebbe diventare la terza causa di morte entro il 2020 [2, 3]. Anche alcune malattie polmonari interstiziali, come la bronchiolite

Abstract

Objective: To describe the clinical and functional findings recently reported in the medical literature for smoking patients diagnosed with emphysema involving the upper lobes and idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) involving the lower lobes.

Clinical case: We describe the clinical findings in a heavy smoker patient with emphysema and IPF who underwent high-resolution computed tomography of the lung and pulmonary function tests. The values of forced expiratory volume in one second (FEV1) and FEV1/FVC were 104.6% and 81.6% respectively. Lung volumes were normal. There was neither restriction nor hyperinflation. The diffusing capacity was severely reduced (25.2% of predicted). The six-minute walking test was performed: the covered distance was 230 m (41%) and the patient presented desaturation $\geq 25\%$. Echocardiographic findings were suggestive of severe pulmonary hypertension (systolic pulmonary artery pressure 65 mmHg).

Conclusions: The concomitant presence of emphysema and IPF causes characteristic changes on pulmonary function tests. The most significant finding is a discrepancy between diffusing capacity and spirometry results. Although the concomitance of emphysema and IPF can be an incidental finding, evidence suggests that smoking induces both diseases in the same patient.

Keywords: pulmonary emphysema, pulmonary fibrosis; interstitial lung diseases, pulmonary hypertension, tobacco smoking.

respiratoria associata a malattia polmonare interstiziale (RBILD), la polmonite interstiziale desquamativa (DIP) e l'istiocitosi a cellule di Langerhans del polmone (LCPH), sono state associate al fumo [4, 5]. Il ruolo del tabagismo in queste malattie è suggerito dal miglioramento clinico e radiologico che può verificarsi dopo la cessazione del fumo, nonché dalla presenza di combinazioni di queste malattie nello stesso paziente [5, 6]. Il fumo sembra essere un fattore di rischio anche per lo sviluppo di fibrosi polmonare idiopatica (IPF). La prevalenza del consumo di tabacco in corso di IPF varia dal 41% all'83%, a se-

conda della definizione del caso utilizzata negli studi [6, 7]. In uno studio caso-controllo, comunque, il fumo è stato identificato come fattore di rischio potenziale di IPF (OR = 1.6) [8]. Negli ultimi anni sono stati descritti alcuni casi di enfisema nei lobi superiori associato a fibrosi alle basi polmonari. Questi pazienti presentano normali valori spirometrici o ostruzione delle vie aeree di grado lieve con volumi polmonari relativamente conservati, ma accusano una grave riduzione della capacità di diffusione polmonare del monossido di carbonio (DLCO) cui si possono aggiungere grave ipossiemia e ipertensione polmonare (PH) negli stadi più avanzati della malattia [9]. In questo articolo, viene descritto un caso clinico di questa forma combinata di fibrosi polmonare ed enfisema in fumatore.

Caso clinico

Un paziente di 65 anni, insegnante in pensione ed ex-fumatore (60 pack-years, avendo smesso di fumare otto anni prima) si è ricoverato per dispnea da sforzo. La dispnea era stata notata cinque anni prima, ma era aumentata significativamente negli ultimi sei mesi prima del ricovero. Inoltre lamentava tosse produttiva ed ipertensione arteriosa da almeno dieci anni.

La madre e 2 fratelli erano portatori di enfisema polmonare. All'esame obiettivo il paziente si presentava longilineo e magro, con dita a bacchetta di tamburo, cianosi del letto ungueale e dei lobi auricolari; il torace era ipomobile e l'auscultazione dei campi polmonari rivelava fini crepitii basali bilaterali con murmure vescicolare nettamente ridotto ai quadranti superiori.

L'emogasanalisi all'ingresso evidenziava una notevole ipossiemia (pO₂ 40,1 mmHg) con ipocapnia (pCO₂ 29,6 mmHg), desaturazione di O₂ (75%) e alcalosi respiratoria (pH 7,465), valori che venivano corretti con alti flussi di O₂.

I test di funzionalità polmonare rivelavano FEV₁/FVC 81,71%, FEV₁ 3,38 l (104,6% del valore predetto), FVC 4,14 l (99,4% del valore predetto) con test di reversibilità bronchiale negativo (FEV₁ aumentato del 6%).

Era presente, al contrario, una grave riduzione della capacità di diffusione del monossido di carbonio (2,36 mmol / min / kPa – 25,2% del valore predetto).

Una radiografia del torace metteva in evidenza un marcato e diffuso rinforzo del disegno polmonare di tipo reticolonodulare come da interstiziopatia, prevalente nei campi polmonari medio-basali (Fig. 1). La to-

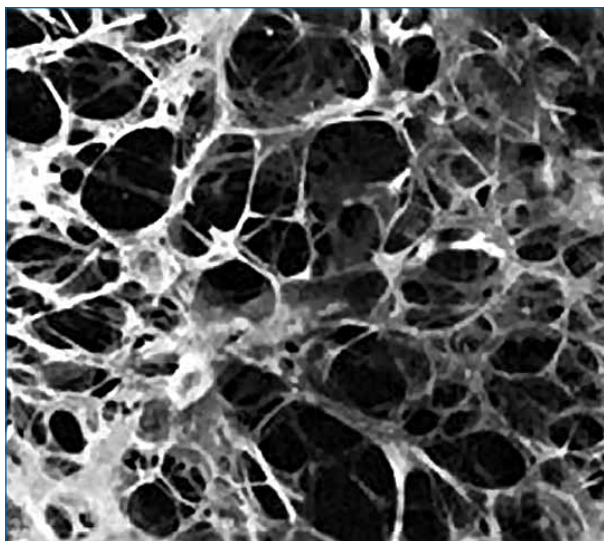


Immagine di enfisema polmonare.

mografia computerizzata ad alta definizione del torace mostrava un sovvertimento della struttura polmonare da diffuso e irregolare ispessimento dell'interstizio con micronodulia a distribuzione parasettale, parabronchiale e subpleurica ed interposte bronchiectasie da trazione (Fig. 2).

Nelle zone superiori dei polmoni, si osservavano grossolane lacune aeree come da enfisema bolloso (Fig. 3). È stato eseguito il test del cammino dei 6 minuti e la distanza coperta dal paziente

è stata di 230 m (41% del teorico), con una desaturazione durante il test $\geq 25\%$. Un esame ecocardiografico confermava una grave ipertensione polmonare (PAPs 65 mm Hg). Per la severa tendenza alla desaturazione di O₂ non è stata eseguita alcuna procedura endoscopica. Gli esami ematochimici evidenziavano aumento degli indici di infiammazione (VES 10 e PCR 36,2 mg/L), dell'alfa-1 antitripsina (372 mg/dL) e del CEA sierico (7,68 ng/mL), mentre pANCA e cANCA non erano presenti così come il fattore reumatoide (RF).

All'esame citologico dell'espettorato non sono state osservate cellule carcinomatose, così come negativo è risultato l'esame batteriologico dello sputo.

Sulla base della presentazione clinica e radiologica e dei risultati dei test funzionali respiratori è stata pertanto posta la diagnosi di fibrosi polmonare combinata ad enfisema (CPFE) in ex forte fumatore.

Il paziente è stato avviato ad un trattamento con steroidi, Ca-antagonisti (oltre alla terapia antipertensiva già praticata con ACE-inibitori), mucolitici, O₂ ad alto flusso, ed è stato seguito ambulatoriamente con valutazioni clinico-funzionali ogni 3 mesi. È deceduto per grave insufficienza cardio-respiratoria ad un anno dalla diagnosi.

Discussione

In questo studio, sono stati riportati la clinica e i risultati funzionali di un paziente fumatore che ha presentato, contemporaneamente, enfisema ai lobi polmonari superiori e fibrosi nei lobi inferiori [10,11,12], con conseguente disventilazione mista ai test di funzionalità respiratoria. Nella concomitanza tra queste due malattie, il FEV₁ e il rapporto FEV₁/FVC possono essere normali o coerenti con un quadro di ostruzione o di restrizione lieve, con volumi polmonari relativamente conservati e una significativa diminuzione della DLCO [13,14,15]. In tali pazienti, variazioni del pH e ipossiemia possono manifestarsi a riposo o sotto sforzo [16,17].

L'iperinflazione e l'elevata compliance nelle aree enfisematose compensano le perdite di volume dovute alla fibrosi, con conseguente reperto di normalità o leggera alterazione dei volumi polmonari. Nell'enfisema a causa della distruzione progressiva delle strutture alveolari, la DLCO è ridotta. Nella IPF, la diminuzione della DLCO si verifica a causa di una riduzione del volume capillare polmonare e delle conseguenti anomalie nel rapporto ventilazione-perfusione [18].

Pertanto, la combinazione di enfisema e IPF potrebbe avere un effetto additivo o sinergico sulla DLCO, riducendola fino al punto da determinare ipossiemia. Nei pazienti affetti da IPF, l'enfisema, anche quello limitato nella sua estensione (in media, 14% del volume polmonare totale in un campione di 21 pazienti), è stato associato con il peggioramento dei risultati dei test di funzionalità polmonare [19]. Recentemente, uno studio retrospettivo ha valutato le caratteristiche dei pazienti che presentavano DLCO ridotta come unica alterazione della funzione polmonare nei test di funzionalità respiratoria. La diagnosi più frequente in questi casi è stata la combinazione di enfisema e IPF [20]. I casi descritti in questo studio sono simili a quelli riportati negli studi precedenti [9, 19, 21, 22]. Il nostro paziente ha presentato risultati spirometrici caratterizzati da ostruzione lieve con volumi polmonari normali e DLCO ridotta, con grave desaturazione di O₂ durante il test del cammino (6MWT). In uno studio [21], le caratteristiche dei 21 pazienti con IPF e volumi polmonari conservati (definiti come FVC > 80%) sono state confrontate con quelle di 27 pazienti con IPF e restrizione polmonare.

Nel gruppo di pazienti che presentavano volumi conservati, c'è stata una maggiore proporzione di maschi, di fumatori e di individui con diagnosi di enfisema rispetto al gruppo di pazienti che presentavano restrizione polmonare.

Tuttavia, la tomografia computerizzata ha documentato la presenza concomitante di enfisema in solo 9

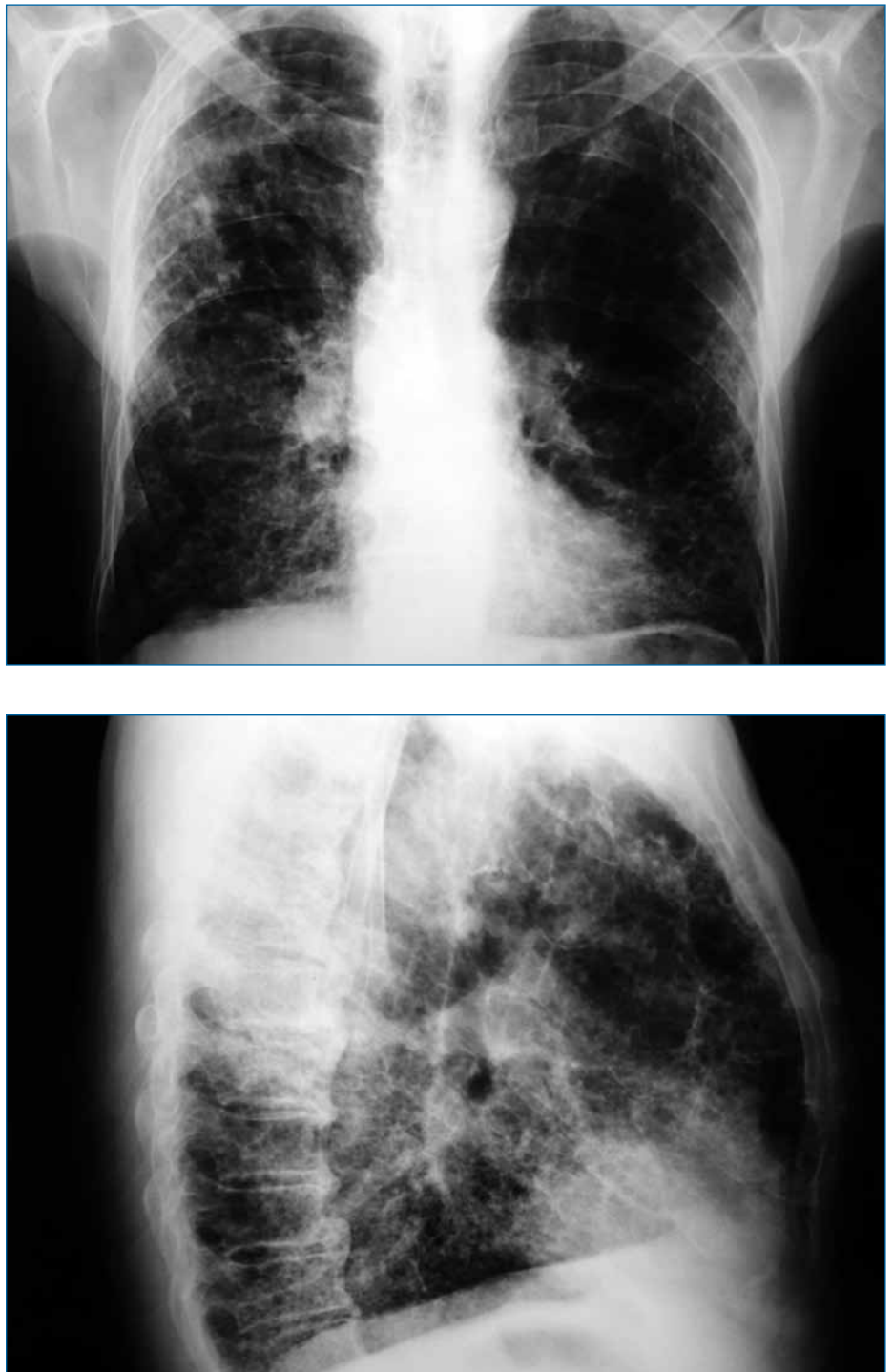


Fig. 1 – Rx del torace : Marcato e diffuso rinforzo del disegno polmonare di tipo reticolonodulare come da interstiziopatia, prevalente nei campi polmonari medio-basali.

dei 21 pazienti. Il paziente valutato nel nostro studio ha presentato una HRCT del torace coerente con IPF ed enfisema. In uno studio multicentrico retrospettivo, sono stati valutati 61 pazienti con diagnosi di enfisema e concomitante IPF. Tutti erano fumatori e presentavano dispnea da sforzo. I volumi polmonari sono risultati normali nel 75% dei casi. La prevalenza di ipertensione polmonare è stata del 47% al momento della diagnosi e del 55% durante il follow-up. I pazienti sono stati monitorati per $2,1 \pm 2,8$ anni dopo la diagnosi.



Fig. 2 – HRCT del torace: Sovvertimento della struttura polmonare da diffuso e irregolare ispessimento dell'interstizio con micronodulia a distribuzione parasettale, parabrachiale e subpleurica ed interposte bronchiectasie da trazione.



Fig. 3 – HRCT del torace: Grossolane lacune aeree come da enfisema bolloso di entrambi i lobi superiori.

La presenza di PH al momento della diagnosi è stata identificata come un importante fattore prognostico negativo [22]. Nel nostro caso, il paziente, sottoposto ad ecocardiogramma, ha presentato al momento della diagnosi una grave forma di PH.

Egli, inoltre, era un forte fumatore. Il fumo è responsabile della maggior parte dei casi di enfisema polmonare [18] e potrebbe essere un fattore di rischio

indipendente di IPF [8]. Il fumo attivo in pazienti affetti da IPF è stato dimostrato essere associato a valori superiori di volume residuo e capacità funzionale residua, nonché a una maggiore riduzione della DLCO [23]. Sebbene il meccanismo coinvolto nella combinazione di enfisema e IPF resti sconosciuto, molti studi suggeriscono che il fumo può essere il fattore eziologico comune. L'uso del tabacco aumenta il rilascio del fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α) nei polmoni. In un modello animale, è stato dimostrato che la sovraespressione di TNF- α può determinare caratteristiche patologiche coerenti con la combinazione enfisema - IPF [24].

I risultati di un altro studio suggeriscono che lo stesso percorso patogenetico è associato con la genesi di queste due malattie [25]. Nel nostro studio, il paziente presentava ippocratismi digitali. È noto che questo reperto è indipendente dall'enfisema.

L'ippocratismi digitali che compare in età adulta, soprattutto in un fumatore, è indicativa di cancro del polmone.

Tuttavia, le bronchiectasie o una sindrome postinfettiva associata a malattia interstiziale, come ad esempio nel caso del nostro paziente, sono le cause che dovrebbero essere considerate nella diagnosi differenziale del clubbing in un paziente con BPCO. Comunque, gli studi su questa patologia hanno dei limiti che devono essere considerati.

La limitazione principale è rappresentata dal fatto che i casi sono molto spesso identificati retrospettivamente tra i pazienti trattati negli ambulatori specializzati in malattie polmonari interstiziali e BPCO.

Gli studi retrospettivi possono presentare dei bias in termini di selezione (casi persi al follow-up), così come di misura (dati ottenuti da cartelle cliniche). Alcuni risultati tomografici, come ad esempio le opacità reticolari e le bronchiectasie da trazione, sono stati riportati con un tasso inferiore rispetto alle frequenze attese.

Dato che le alterazioni sono state descritte utilizzando i referti tomografici riportati sulle cartelle cliniche dei pazienti, è possibile che esse non riflettano la presenza reale di certi reperti.

Un altro aspetto che deve essere considerato è che, negli studi descritti, pochi pazienti sono stati sottoposti a biopsia chirurgica del polmone per confermare la diagnosi. Il nostro caso era tomograficamente tipico e la biopsia chirurgica avrebbe fornito pochi benefici. Inoltre, si deve ricordare che questa procedura comporta un rischio significativo. Nel più ampio studio di pazienti con enfisema e IPF riportato in letteratura [22], solo 8 dei 61 pazienti sono stati valutati con una biopsia chirurgica. In altre casistiche [9, 19, 21], nessuno dei pazienti è stato sottoposto a tale procedura.

Conclusione

La presenza concomitante di enfisema e IPF dovrebbe essere riconosciuta come una entità con caratteristiche

proprie, o un particolare fenotipo di BPCO, in cui c'è una discrepanza tra i risultati spirometrici e la DLCO. Gli effetti opposti che queste malattie hanno sul ritorno elastico, che porta alla conservazione dei flussi e dei volumi polmonari, stanno alla base del fatto che questa associazione possa passare inosservata.

Tuttavia, la significativa diminuzione della DLCO, l'ipertensione polmonare moderata-grave, e l'ipossiemia da sforzo hanno dimostrato la gravità di questa combinazione.

Sebbene la concomitanza di enfisema e di IPF possa essere un reperto occasionale, l'evidenza suggerisce che il fumo induce entrambe le malattie nello stesso paziente. ■

Disclosure: *gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi che possa riguardare il caso clinico descritto nel presente lavoro.*

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute. Attività per la Prevenzione del Tabagismo. Rapporto anno 2011. 10 Gennaio 2012.
- Calverley PM, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2003;362(9389):1053-61.
- Raherison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. *Eur Respir Rev* 2009; 18: 114, 213-221
- Selman M. The spectrum of smoking-related interstitial lung disorders: the never-ending story of smoke and disease. *Chest*. 2003;124(4):1185-7.
- Vassallo R, Jensen EA, Colby TV, Ryu JH, Douglas WW, Hartman TE, et al. The overlap between respiratory bronchiolitis and desquamate interstitial pneumonia in pulmonary Langerhans cell histiocytosis: high-resolution CT, histologic, and functional correlations. *Chest*. 2003;124(4):1199-205.
- Ryu JH, Colby TV, Hartman TE, Vassallo R. Smoking-related interstitial lung diseases: a concise review. *Eur Respir J*. 2001;17(1):122-32.
- American Thoracic Society. Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International consensus statement. American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS). *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(2 Pt 1):646-64.
- Baumgartner KB, Samet JM, Stidley CA, Colby TV, Waldron JA. Cigarette smoking: a risk factor for idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155(1):242-8.
- Grubstein A, Bendayan D, Schactman I, Cohen M, Shitrit D, Kramer MR. Concomitant upper-lobe bullous emphysema, lower-lobe interstitial fibrosis and pulmonary hypertension in heavy smokers: report of eight cases and review of the literature. *Respir Med*. 2005;99(8):948-54.
- American Thoracic Society; European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165(2):277-304.
- Müller NL, Fraser RS, Colman NC, Paré PD. Radiologic signs of chest disease. In: Radiologic diagnosis of diseases of the chest. Philadelphia, Pa: Saunders, 2001; 443-510.
- Müller NL, Fraser RS, Colman NC, Paré PD. Chronic Interstitial Lung Disease. In: Müller NL, Fraser RS, Colman NC, Paré PD, editors. Radiologic diagnosis of diseases of the chest. Philadelphia, Pa: Saunders, 2001; 443-510.
- M.R. Miller, R. Crapo, J. Hankinson, V. Brusasco, F. Burgos, R. Casaburi, A. Coates, P. Enright, C.P.M. van der Grinten, P. Gustafsson, R. Jensen, D.C. Johnson, N. MacIntyre, R. McKay, D. Navajas, O.F. Pedersen, R. Pellegrino, G. Viegi and J. Wanger. General considerations for lung function testing. *Eur Respir J* 2005; 26: 153-161
- J. Wanger, J.L. Clausen, A. Coates, O.F. Pedersen, V. Brusasco, F. Burgos, R. Casaburi, R. Crapo, P. Enright, C.P.M. van der Grinten, P. Gustafsson, J. Hankinson, R. Jensen, D. Johnson, N. MacIntyre, R. McKay, M.R. Miller, D. Navajas, R. Pellegrino and G. Viegi. Standardisation of the measurement of lung volumes. *Eur Respir J* 2005; 26: 511-522
- Brazzale DJ, Upward AL, Pretto JJ. Effects of changing reference values and definition of the normal range on interpretation of spirometry. *Respirology*. 2010 Oct;15(7):1098-103
- Schmidt SL, Nambiar AM, Tayob N, Sundaram B, Han MK, Gross BH, Kazerooni EA, Chughtai AR, Lagstein A, Myers JL, Murray S, Toews GB, Martinez FJ, Flaherty KR. Pulmonary function measures predict mortality differently in IPF versus combined pulmonary fibrosis and emphysema. *Eur Respir J*. 2011 Jul;38(1):176-83.
- Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest*. 1988;93(3):580-6.
- Shapiro SD, Snider GL, Rennard SI. Chronic bronchitis and emphysema. In: Murray JF, Nadel JA, editors. Murray and Nadel's textbook of respiratory medicine. Philadelphia: Saunders, 2005. p 1115-68.
- Mura M, Zompatori M, Pacilli AM, Fasano L, Schiavina M, Fabbri M. The presence of emphysema further impairs physiologic function in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Respir Care*. 2006;51(3):257-65.
- Aduen JF, Zisman DA, Mobin SI, Venegas C, Alvarez F, Biewend M, et al. Retrospective study of pulmonary function tests in patients presenting with isolated reduction in single breath diffusion capacity: implications for the diagnosis of combined obstructive and restrictive lung disease. *Mayo ClinProc*. 2007;82(1):48-54.
- Doherty MJ, Pearson MG, O'Grady EA, Pellegrini V, Calverley PM. Cryptogenic fibrosing alveolitis with preserved lung volumes. *Thorax*. 1997;52(11):998-1002.
- Cottin V, Nunes H, Brillet PY, Delaval P, Devouassoux G, Tillie-Leblond I, et al. Combined pulmonary fibrosis and emphysema: a distinct underrecognised entity. *Eur Respir J*. 2005;26(4):586-93.
- Schwartz DA, Merchant RK, Helmers RA, Gilbert SR, Dayton CS, Hunninghake GW. The influence of cigarette smoking on lung function in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Am Rev Respir Dis*. 1991;144(3 Pt 1):504-6.
- Lundblad LK, Thompson-Figueroa J, Leclair T, Sullivan MJ, Poynter ME, Irvin CG, et al. Tumor necrosis factor alpha overexpression in lung disease: a single cause behind a complex phenotype. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(12):1363-70.
- Gauldie J, Kolb M, Ask K, Martin G, Bonniaud P, Warburton D. Smad3 signaling involved in pulmonary fibrosis and emphysema. *Proc Am Thorac Soc*. 2006;3(8):696-702.

Nuove dipendenze: dalla relazione oggettuale al collezionismo patogeno

New dependencies: from the objectual relationship to the collecting disease

Giacomo Mangiaracina, Flavia Barili, Marika Nuti, Alessandro Coraci, Lejda Abazi, Lidia Mangiaracina

Riassunto

Le "nuove dipendenze" rappresentano un campo di interesse e di studio in crescente e costante sviluppo in Addittologia e in Sanità Pubblica. Un'area di approfondimento di questa materia riguarda i comportamenti disfunzionali riferiti agli stili di vita, alla gestione del tempo, ai consumi, alle forme di attaccamento, alle difficoltà relazionali, al persino rapporto con gli oggetti della vita di una persona.

L'analisi in oggetto ipotizza la possibilità di sviluppo di forme di dipendenza patogena che si innestano su comportamenti diffusi e normali come quello del collezionare oggetti. Dopo una analisi della relazione oggettuale, gli autori evidenziano le caratteristiche dei processi psichici e le relative influenze ambientali che orientano il comportamento, descritto come relazione complessa tra la persona e l'oggetto, come è possibile riscontrare nella dipendenza dalle sigarette, e descrivono l'area patogenetica della disfunzionalità comportamentale applicata al collezionismo.

La nostra analisi viene completata dalla descrizione di un caso emblematico: Mario Praz, critico d'arte e di letteratura con una forte passione per l'antiquariato e l'arte, che finiscono per dominare pesantemente la sua stessa vita. Gli autori ipotizzano pertanto un confine oltre il quale si accede al territorio della dipendenza, permettendo di inquadrare il problema in chiave moderna, che supera il vecchio concetto stigmatizzante di "tossicodipendenza", approvando la trasformazione dei "Servizi per le Tossicodipendenze" (SERT) in "Servizi per le Dipendenze" (SERD).

Parole chiave: dipendenze, nuove dipendenze, new addiction, SERT, collezionismo.

Introduzione

Per dipendenza patogena si intende una condizione morbosa ad elevato grado di complessità che può generare sofferenza a vari livelli, nell'individuo, nel contesto familiare e in quello sociale. Il termine *Addiction*, usato dagli anglosassoni e oramai diffuso in tutti gli ambiti di studio e di lavoro nel campo delle dipendenze, trova origine nel latino *Addictus*, condizione dello schiavo per debiti e descrive bene la condizione di asservimento.^[1]

Summary

The "new dependencies" represent a research area that gains an increasing attention and development in addictive disorders studies and in Public Health. One of the main aspects of this subject is dysfunctional behavior in life style patterns, time management, consuming, forms of attachment, management of relationships, even the relationship between a person and the objects in his life.

This analysis argues about the forms of addiction disease that may take place over normal and common behavior patterns such as collecting. After an analysis of the object relation, the authors put emphasis on the characteristics of the psychological processes and the environment effects that steer the behavior and they can be described as a complex relationship between a person and an object, just as the one that can be found in cigarette addiction. They also describe the patho-genetic area of a dysfunctional behavior referred to collecting.

Our overview ends with the description of an emblematic case: Mario Praz was an art and literature critic with a strong passion for antiques and artworks, which ended up dominating his personal life rather heavily.

Therefore, the authors presume the existence of a margin, outside which the area of dependency begins. Allowing for a modern way of interpretation that overcomes the formerly stigmatizing concept of "addiction", they endorse that the Italian Health Policy makers are reforming and redefining the "Drug addiction Services" (SERT) as "Addiction Services" (SERD).

Keywords: dependencies, new dependencies, new addiction, SERT, collecting, collectors.

Storicamente, il termine "dipendenza" è stato applicato alle sostanze, come si può evincere dagli enunciati diagnostici del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV TR) dell'American Psychiatric Association, e l'*International Classification of Diseases* (ICD-10) dell'OMS. Entrambi i criteri fanno riferimento ad alterazioni comportamentali e alla perdita di controllo nella relazione con la sostanza d'abuso.

L'ipotesi che un comportamento o una determinata abitudine, protratti nel tempo, possano evolvere in una

Giacomo Mangiaracina

(giacomo.mangiaracina@uniroma1.it)

Facoltà di Medicina e Psicologia, Università Sapienza di Roma.

Flavia Barili, Marika Nuti,

Alessandro Coraci, Lejda Abazi

GEA Progetto Salute, Area Ricerca in Psicologia - Roma

Lidia Mangiaracina

Psychologist, St. Mary Hospital, Walla Walla, Washington State, USA.

forma patogena, è plausibile. Gli adolescenti diventano dipendenti del tabacco persistendo nel consumo di sigarette, prima occasionale, poi periodico. Ciò che rende patologica la condizione di dipendenza è il non poter prescindere dalla sostanza o dal comportamento stesso, con totale perdita della capacità di controllo. Un processo che genera gradi di sofferenza.

Gli aspetti disfunzionali della dipendenza patogena non si sviluppano solo nella relazione che la persona stabilisce con le sostanze ma anche con persone, comportamenti, luoghi, e persino oggetti. Tutte forme di attaccamento riconducibili ad un alterato rapporto con la realtà e con il mondo esterno, riscontrabili nella dipendenza da gioco d'azzardo, da lavoro, da relazioni affettive, da internet o videogame.

La perdita di controllo è legata alla compulsività, all'impulsività e all'ossessività. I pensieri e i comportamenti riferiti all'azione o all'oggetto di dipendenza impegnano la persona per la maggior parte del tempo interferendo con le normali abitudini, le relazioni sociali e affettive.

Forme di dipendenza sono legate anche ad azioni di coping [4], di fronteggiamento dello stress, messe in atto spontaneamente dagli adolescenti. Fumare e bere alcol assumono funzionalità e diventano paradossalmente forme di autoprotezione da emozioni intense percepite come minaccia. Prova ne è che il disagio psichico condiziona la libertà di scelta, e predispone a comportamenti di dipendenza, dove la capacità di risolvere conflitti e di gestire l'emotività, risulta compromessa.

Nuove dipendenze

Con il termine *new addictions* [5] o "nuove dipendenze" vengono indicate forme di dipendenza codificate come patologiche, in cui non sono implicate le sostanze, ma comportamenti o attività lecite, socialmente accettate, integrate nella vita quotidiana. In alcuni individui assumono caratteristiche patologiche con comportamenti disfunzionali nelle attività, negli stili di vita, nella gestione del tempo, nei consumi, nelle forme di attaccamento, nel rapporto con la realtà, e persino con gli oggetti. Fra le più diffuse *new addictions* si colloca la dipendenza da gioco compulsivo (gambling), da internet (computer, videogiochi,...), da lavoro, da sesso, da relazioni affettive. Si tratta di comportamenti che esprimono un certo grado di patogenicità quando si ripetono con maggiore frequenza e con minore possibilità di controllo, tali da divenire punto focale di ogni azione e pensiero, creando disagi nel lavoro e nella vita sociale.

Un comportamento ritenuto del tutto normale, come la tendenza a col-

lezionare oggetti, va preso in giusta considerazione quando la cura e l'attenzione posta all'oggetto sfociano nell'accaparramento, nell'impiego di ingenti risorse economiche o nell'eccessivo tempo impiegato a reperirlo e a custodirlo nella propria collezione. Ci si pone allora l'ipotesi dello sconfinamento in un ambito di patogenicità, specie quando emergono disfunzionalità familiari, lavorative e sociali, che esprimono aree di sofferenza [6].



Dipendenza come patologia complessa

La dipendenza patogena può considerarsi uno stato morboso complesso, difficilmente individuato e trattato nell'ambito della medicina territoriale, in quanto la formazione specifica degli operatori sanitari risulta del tutto carente. La persona e i suoi comportamenti sono il risultato di una altrettanto complessa interazione fra determinanti biologici, processi psichici e influenze ambientali.

La maggior parte degli studi delle neuroscienze si concentrano sull'uso e sull'abuso di sostanze, permettendo di comprendere i meccanismi neuronali e il ruolo dei neurotrasmettitori implicati nel processo, con analogie evidenziati anche negli studi sul gioco d'azzardo e sul lavoro compulsivo [7].

Parimenti è anche necessario entrare nel merito dei processi psichici che determinano il comportamento per potere effettuare interventi terapeutici efficaci, attraverso competenze integrate e multidisciplinari [8].

Il contesto, il sistema sociale, le relazioni interpersonali e le influenze culturali hanno un ruolo nello sviluppo dei comportamenti di dipendenza, tenendo conto che la relazione fra individuo e ambiente è biunivoca: il contesto influenza la persona e la persona il contesto [9].

Una problematica complessa richiede dunque un approccio complesso, sistemico e multidisciplinare basato sull'alleanza terapeutica, la capacità di sviluppare con il paziente una relazione di fiducia, di rispetto e di collaborazione, finalizzata alla soluzione di problemi e difficoltà nel trattamento. Si costruisce durante il colloquio per pianificare gli obiettivi e i necessari percorsi per raggiungerli [10].

Dipendenza come relazione

L'uomo stabilisce relazioni necessarie e funzionali con il territorio e i suoi contenuti. La sindrome da sradicamento è emblematica nella rappresentazione del legame fra l'uomo e il suo ambiente. La forza di questo legame è evidente



anche nel mondo animale e vegetale, dove un trasloco può provocare serie difficoltà di adattamento di animali domestici e piante al nuovo ambiente.

Il rapporto con gli oggetti è anche legato ad attribuzioni di significato (l'orologio del nonno, la foto dei cari, il giocattolo dell'infanzia,...) e contrassegna la vita e le radici proprie. Persino il fumatore che chiama la sigaretta "amica" o "compagna", ha stabilito una relazione affettiva con l'oggetto, che assume un'identità rassicurante e significativa.

La perdita di un oggetto caro potrebbe risultare doloroso. D'altro canto, le tradizioni popolari come quelle di fine anno celebrate nel Novecento, hanno educato al distacco affettivo dagli oggetti "vecchi" della propria casa, gettandoli via in una sorta di rito collettivo di apertura al nuovo.

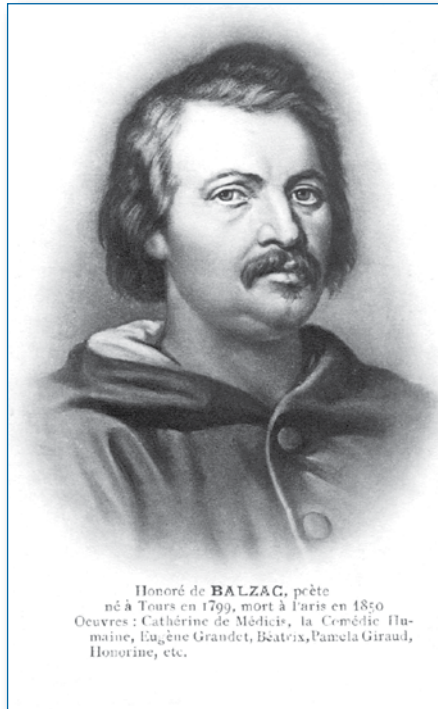
In una dimensione psicoanalitica, gli oggetti collezionati possono assumere significati simbolici per il soddisfacimento di pulsioni. La teoria delle relazioni oggettuali di Melanie Klein [11], permette spunti di riflessione. Lo sviluppo emozionale e interpersonale sarebbe il risultato delle prime esperienze e delle prime relazioni oggettuali del neonato.

La relazione dell'adulto con gli oggetti è condizionata dalla modalità con cui il bambino ha vissuto e si è relazionato con suoi oggetti e con le sue rappresentazioni interiori. In questa cornice si pone attenzione al collezionismo come relazione complessa con l'oggetto, indipendentemente dal suo valore (un tappo di bottiglia ha valore ben diverso da un quadro d'autore) e si vuole pertanto percorrere l'ipotesi che nell'ambito del collezionismo si possano sviluppare elementi di patogenicità, dalla ricerca dell'oggetto all'acquisizione e al suo possesso, legata alla riduzione della tensione come rinforzo per il ripetersi del comportamento, come nel *gambling*, dove il meccanismo della ricompensa può innescare una compulsione a ripetere.

L'oggetto collezionato, le modalità di reperimento e la gestione della collezione svolgono un ruolo importante e vanno a rappresentare le modalità di relazione [12]. Tornando alla sigaretta, è noto il suo valore simbolico, interiorizzato in forma di bisogno. Il fumatore la distrugge e la incorpora in una sorta di cannibalismo tabagico. Ne risulta un oggetto ipersignificante, che si carica dei significati diversi che il fumatore le attribuisce [13].

Collezionismo tra piacere e bisogno

Il mondo del collezionismo è da sempre seguito con grande fascino, interesse e curiosità riguardo sia alla personalità del collezionista che alla scelta degli oggetti collezionati e alla modalità di sistamarli nella propria collezione. Collezionista è chi per passione cerca, raccoglie e mette insieme



oggetti da possedere, impiegando buona parte del tempo nella ricerca, stabilendo relazioni piacevoli e stimolanti con persone, luoghi e situazioni.

Nell'ultimo decennio la passione per il collezionismo si è sviluppata grazie anche ad internet. In rete il collezionista può acquisire oggetti anche da luoghi remoti direttamente da casa sua. Ma il nostro focus non viene posto su cosa si colleziona, ma su chi colleziona.

La figura del collezionista è stata caratterizzata da Honoré de Balzac nell'opera *Le cousin Pons* (1925, p.162) [14] in forma negativa, in cui l'orgoglio è l'aspetto caratterizzante, "per i tesori incomparabili che essi custodiscono con instancabile premura". E in

tal modo descrive: "...vestiti molto miseramente [...] hanno l'aria di non temere nulla; non badano né alle donne né alle vetrine. Camminano così, come trasognanti, le loro tasche sono vuote, il loro sguardo vuoto di pensieri, e ci si domanda a quale specie di parigini appartengono. [...] Sono collezionisti, gli uomini più passionali che esistano al mondo".

Dietro il collezionare emergono significati ulteriori quali:

Evasione: il collezionista si ritira nel suo mondo dove si sente al sicuro, appagato, al riparo dalle delusioni della realtà e dalle responsabilità;

Possesso: prova piacere nel possedere oggetti per lui autentici e attraenti, in modo egoistico (gode nel pensare che sono soltanto suoi);

Espressione: cela parte della sua personalità dietro gli oggetti collezionati, per essere se stesso in un modo personale e segreto;

Compensazione: si sente al sicuro nel suo privato, compensa le gioie di una realtà assai difficile da gestire;

Comunicazione e condivisione: trova nel suo mondo persone con cui condividere la passione, dove è più facile comunicare e scambiare idee, celando una personalità schiva e riservata, che raramente fa sfoggio della collezione in quanto ne è geloso e vuole proteggerla;

Distrazione: si immerge nel suo mondo, si astraie e dirotta i pensieri legati alle difficoltà della vita quotidiana;

Cultura: collezionare oggetti d'arte, di antiquariato, numismatica e filatelia, è conoscenza, rende capaci di collocare l'oggetto nel tempo, con una storia e una vita propria [15].

Ne *"L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica"* Walter Benjamin (1955) [16], analizza gli elementi che caratterizzano la figura del collezionista, l'oggetto della collezione e il luogo. Nella *vision culture* delle collezioni vi so-

no elementi comuni che contraddistinguono i soggetti: lo sguardo, che lega il collezionista al proprio oggetto; l'esposizione, che lega l'oggetto al luogo, e il catalogo, che lega il luogo al collezionista. Per Benjamin, gli oggetti raccolti avrebbero proprietà "magiche", ovvero capaci di influenzare la persona. Sta di fatto che le prime collezioni avvenivano nei luoghi sacri, il cui nesso è quello di appartenere alla santità. La reliquia è un semioforo, qualcosa che viene ipercaricato di senso. L'oggetto collezionato si trasforma e assume valore simbolico, collocato in un proprio spazio. Secondo Bredekamp il luogo originario evolve nella *Kunstkammer* o *Wunderkammer* (camera delle meraviglie), o nelle varie teche: pinacoteca, fototeca, cliptoteca [17].

Il rapporto con l'oggetto è un vedere e un toccare, cosa che normalmente non accade in un museo dove si può solo guardare. Lo sguardo del collezionista è uno sguardo che tocca, come in una dimensione voyerista e feticista, dove gli oggetti sostituiscono qualcosa di sotteso. Nel sistema espositivo lui cerca di creare un ordine, una simmetria, un'idea di centro del mondo.

Goncourt da' minore importanza dall'oggetto rispetto all'insieme destinato a contenerlo, ma per i collezionisti è sempre l'oggetto in sé ad avere un ruolo-guida [18], ed è questo a spingere l'abate Michel de Marolles, grande collezionista delle incisioni di Van Ostade, a realizzarne un immenso e rigoroso lavoro di catalogazione [19].

Le motivazioni che spingono a raccogliere e collezionare oggetti sono molteplici: divertimento, curiosità, cultura, relazioni sociali, investimento. Motivi meno percepibili si trovano nel senso di sé, nella richiesta di attenzione, nel segno di distinzione, nella ricerca di significato o addirittura di immortalità, ove l'oggetto passa attraverso il tempo e manifesta imperturbabile la sua forma e la sua esistenza. È ipotizzabile anche la ricerca di sicurezza e il controllo sul mondo costruito, forse anche un conforto nella vita per colmare paure e insicurezze [20].

La patologia

La passione e l'interesse nel collezionare oggetti possono acquisire una connotazione patologica quando emergono gradi di sofferenza e disagio nell'ambito personale, relazionale e sociale, sotto il dominio della compulsione e della coazione a ripetere un determinato comportamento [21]. La dimensione patologica del collezionismo emerge dunque nelle seguenti situazioni:

Perdita di controllo. Viene meno la capacità decisionale, guidata dalla ripetizione coattiva del comportamento.

Interferenza con la vita personale. La ricerca perma-

nente dell'oggetto si pone al centro dei propri interessi, con un dirottamento di attenzioni, di interessi quotidiani e di tempo verso la ricerca e il possesso.

Interferenza con la vita di relazione. Vengono privilegiate le relazioni sociali affini alla situazione di dipendenza per similarità di interessi, condivisione e contesto sociale.

Le persone dipendenti hanno maggiori difficoltà a risolvere conflitti e crisi, e a mantenere relazioni equilibrate. L'oggetto può divenire un supporto a cui ricorrere per alleviare l'angoscia dei momenti difficili. Subbowsky suggerisce una lettura psicoanalitica in cui il collezionare si accosterebbe ad un ritorno alla fase anale, nel periodo della incapacità di controllo nel rilascio delle feci, evento traumatico per il quale il collezionista proverebbe a tornare indietro per

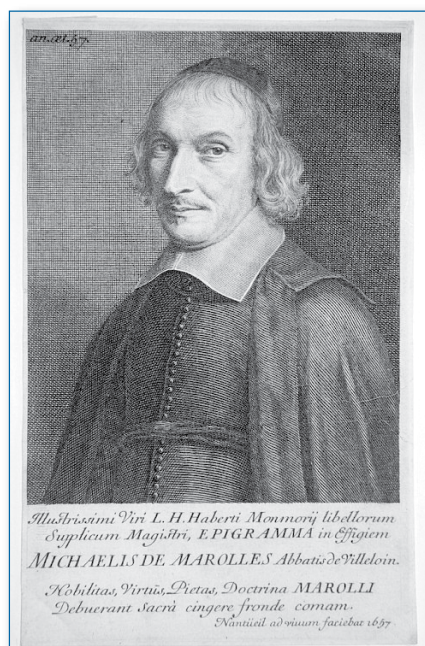
porre rimedio al trauma, non solo con il controllo ma anche con il possesso di ciò che aveva perduto [22].

Un'altra condizione è quella dell'ammassare, ovvero del possedere oggetti senza poi ordinarli o sistematizzarli. L'ammassare ha aspetti che si ricollegano alla dimensione psicopatologica del collezionare, ovvero il puro desiderio di possesso. Nella cura della propria collezione emergono anche aspetti di ritualità riguardanti le diverse fasi dalla ricerca all'acquisto, collocazione e ordine. Un aspetto del disturbo ossessivo-compulsivo è l'accaparramento e l'accumulo di oggetti spesso inutili. In alcuni casi l'oggetto può acquistare un valore erotico spostando il problema verso il feticismo [23]. Ricerche sugli aspetti neurobiologici dell'attitudine al collezionismo

ipotizzano la presenza di un'alterazione in un'area del lobo frontale della corteccia cerebrale. Tale ipotesi è stata formulata sottoponendo a risonanza magnetica pazienti che successivamente ad un trauma con lesione focale al telencefalo avevano sviluppato una mania a collezionare. Sono stati poi confrontati con pazienti che pur traumatizzati non avevano subito alcuna tendenza né all'accumulo né al collezionismo. La mania del collezionare si esprimeva nella raccolta di oggetti più diversi e di facile reperibilità e nell'accumulare scorte alimentari. Caratteristiche del comportamento di questi pazienti sono state ritrovate negli esperimenti su un gruppo di ratti nei quali l'accaparramento non era influenzato dalla deplezione delle riserve ma dipendeva dall'impulso ad accumulare oggetti [24].

Un caso emblematico: Mario Praz

Mario Praz, critico d'arte e di letteratura, traduttore e giornalista è considerato uno dei maggiori uomini di cultura del nostro Paese, ma anche dei collezionisti italiani. Della



sua casa rimane oggi un museo. Nato nel 1896 da famiglia benestante con rivendicazioni di nobiltà da parte di madre.

Dopo la morte del padre si trasferisce in Italia con la madre. Significativo è il rapporto con la madre, idealizzata e posta a simbolo di bellezza ed eleganza. Laureato in Giurisprudenza, poi in Lettere, trascorse alcuni anni in Inghilterra dove insegna letteratura italiana all'università di Manchester, fino a quando ottenne la cattedra in Letteratura inglese all'università di Roma.

Il secondo matrimonio della madre, avvenuto in adolescenza (1912), lo visse come una sorta di tradimento. I rapporti con il patrigno furono formali, ma con lui il giovane Mario intraprese i primi viaggi in Europa. Il rapporto si incrinò quando, dopo la morte della madre, il patrigno decise di sposare la governante. Praz non lo accettò e lo visse come un disonore nei confronti della madre. Perciò riscrisse la sua biografia tentando di cancellarne la memoria [25]. Anche il suo matrimonio con una donna amata e anch'essa idealizzata a simbolo di bellezza, naufraga dopo qualche anno. Da una intervista alla dott.ssa Maria Rosa Rosazza, attuale curatrice del museo "Mario Praz", ci è noto che il marito la fotografava ponendo attenzione ai dettagli, cercando di riprodurre gli ideali di bellezza, di dolcezza ed eleganza che trasparivano dalla persona e dall'espressione. Ingaggiò persino un artista per eseguire un ritratto della moglie ma non ne fu soddisfatto.

Anche il rapporto con la figlia andò in crisi trasformandosi in delusione per non poter condividere con lei interessi e passioni. Lei non nutriva alcun interesse per le attività del padre, che decise di vendere la collezione allo stato per non lasciarla in eredità.

Il contratto prevedeva che gli oggetti presenti nella casa dovessero mantenere la loro posizione nella quale erano stati da lui collocati.

Nella biografia ufficiale Praz viene presentato come uomo di spirito, dotato di *humor*, che amava circondarsi di persone alla sua altezza per dialogare e dilettersi in discussioni e argomentazioni, frequentatore di salotti letterari, amante del cinema, del teatro, di viaggi, spesso invitato a presiedere giurie. Tuttavia ciò contrasta con la testimonianza raccolta da un suo allievo. Sembra che nell'ateneo romano lo considerassero una sorta di menagramo, al punto da non pronunciarne neppure il nome. Per tutti era "il professore". L'isolamento, l'invecchiamento, e forse le delusioni amorose, lo indussero infine a ritirarsi sempre più nella sua casa attorniato dai suoi oggetti, acquistati da antiquari di mezza Europa, con tutto il denaro di cui disponeva, sacrificando anche quello per la sussistenza. Nonostante

il grande valore dei suoi oggetti, viveva praticamente "in povertà".

Praz rappresenta un caso emblematico in cui la passione per il collezionismo sconfina nel territorio della dipendenza, caratterizzata da compulsività e ossessività. La ricerca degli oggetti era divenuta al centro della sua vita. Con i suoi "fedeli oggetti" si sentiva protetto da una realtà difficile da gestire sul piano relazionale e affettivo.

Dalle informazioni raccolte si ha l'impressione che anche la moglie venisse considerata una sorta di "oggetto da collezione". Praz era ossessionato dalla bellezza e la contrapponeva alla caducità della vita e del corpo, perciò nel collezionismo ricercò il senso dell'immortalità, dell'oggetto che attraversa il tempo e mantiene immutato la propria forma e la propria esistenza. L'oggetto è opera d'arte e simbolo di eternità, e la casa diventa museo, dove ogni cosa trova spazio e posizione.

Per non alterare la bellezza e il valore delle cose, dormiva su una brandina, in un angolo di corridoio della casa, e consumava i suoi pasti su un piccolo scrittoio, nell'unico punto luce della casa, in fondo al corridoio, appoggiato alla finestra del balcone, da dove è possibile osservare i tetti di altre case. Forse in questo modo, con la sua casa alle spalle, spiava il mondo altrui.

La ricerca continua e affannosa, e l'acquisto di svariati oggetti, lo portarono a dilapidare un patrimonio, oltre le sue stesse possibilità. Si indebitò e non riusciva neppure

a pagare l'affitto. La collezione è ormai al centro di ogni interesse. Trascurò gli affetti e la vita sociale, ritirandosi nel suo mondo, instaurando un linguaggio silenzioso e profondo con mobili e oggetti, ammirandone la bellezza e il loro esistere.

La disposizione degli arredi nella casa, oggi visitabile, appare un esempio di gusto e al contempo di evidente maniacalità. Ogni oggetto esprime una sintonia con mobili e suppellettili, creando relazioni e legami simbolici, collocati con rigore millimetrico. Il testamento di Praz infatti venne rispettato e dunque tutto rispetta la collocazione originaria, come se le cose trovassero senso e significato solo in quell'interno.

Oggetti e ambiente sono collegati in modo inseparabile. Ogni cosa ha la sua storia e rivive con un ruolo preciso, occupa un particolare posto, riveste un particolare significato, comunica emozioni, conserva la memoria del passato. Per Praz la casa era ambiente di vita per eccellenza: *"L'ambiente diviene un museo dell'anima, un archivio delle sue esperienze"* [26]. Le centinaia di acquerelli di interni di case nobiliari, patrimonio del museo, spiegano in parte il termine di "casa della vita".



La casa-museo di Mario Praz

Conclusioni

Nell'ampio spettro delle cosiddette "nuove dipendenze" è possibile ipotizzare frange di patogenicità nell'ambito della comune propensione a collezionare oggetti? I comportamenti e le relazioni disfunzionali riferiti ad attività, stili di vita, gestione del tempo, consumi, autopercezioni, stili di attaccamento, rapporti con la realtà e con il mondo esterno, portano ad ipotizzare forme di relazione complesse tra la persona e gli oggetti dove il confine tra "passione" e comportamento disfunzionale risulta labile.

È osservazione comune l'instaurarsi di legami affettivi con gli oggetti della vita di ogni individuo, dalle cartoline alla penna del nonno.

È dunque inevitabile l'attribuzione di significato agli oggetti che si possiedono o di cui si va in cerca. Si potrà parlare di dipendenza allorquando emergono aspetti compulsivi, ossessivi e impulsivi del comportamento che inducono alla perdita del controllo, dove pensieri e comportamenti sono concentrati sugli oggetti, la cui ricerca catalizza l'attenzione e i desideri per gran parte del tempo interferendo con le normali abitudini, con le relazioni sociali e affettive. Questa descrizione sembra emergere nel caso descritto, emblema di come sia possibile travalicare il confine di significato emotivo e affettivo di un oggetto alterando le normali relazioni sociali e relazionali, sostituite dal mondo oggettuale.

Questa analisi vuole aprire la strada ad ulteriori ricerche che pongano maggiore attenzione alla relazione tra la persona e l'oggetto, come nel caso eclatante della relazione oggettuale e affettiva tra il fumatore e la sua sigaretta, ponendo il focus sulle forme disfunzionali di questa relazione, che definiscano in modo più approfondito, possibili forme di collezionismo "patogeno" da annoverare tra le

nuove dipendenze, e di conseguenza sviluppare ipotesi di trattamento, come negli ultimi anni è avvenuto per il gioco d'azzardo e lo shopping compulsivo.

In questa visione è da approvare il nuovo ruolo e la rinnovata organizzazione dei servizi territoriali per le tossicodipendenze (SerT), che per decenni hanno stigmatizzato il "tossico" e settorializzato il campo terapeutico. Nel descrivere e sviluppare questo tema del tutto atipico e un po' estremo si vuole incentrare l'attenzione della Sanità pubblica verso politiche della salute che prendano in seria considerazione la modifica già effettuata dalla FederSerD (ex FederSerT), ossia quella di proseguire nell'orientamento dei servizi per le Tossicodipendenze verso i servizi per le Dipendenze (SerD).

La differenza è sostanziale perché presuppone una totale ristrutturazione del sistema con l'acquisizione di nuove professionalità che affrontino la Dipendenza a tutto tondo, come patologia dominante del nostro tempo, nelle sue diverse espressioni: tabagismo, disturbi del comportamento alimentare, gambling, sex addiction, lavoro-dipendenza, internet e ogni forma di relazione patogena come anche illustrata nelle sue forme essenziali in questo studio. ■

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Mangiaracina G. *Curare il Fumo*. EDUP editore, Roma, 2003.
2. American Psychiatric Association. *DSM VI-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. A cura di Andreoli V, Cassano GB, Rossi R, Milano, Elsevier, 2003.
3. World Health Organization ICD-10. *Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginevra 1992.
4. Taylor SE. *Health Psychology International Edition*. Mc Granw-Hill Education, 2006.
5. Caretti V, La Barbera D. *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano, Raffaello Cortina, 2010.
6. Scafidi Fonti GM. *Il percorso Psicodiagnostico. Aspetti teorici e tecnici della valutazione*. Franco Angeli, Milano 2004.
7. Rosenzweig MR, Leiman AL, Breedlove SM. *Psicologia biologica*. Casa editrice Ambrosiana, Milano, 1998.
8. Galimberti U. *Dizionario di Psicologia*. Ed. UTET, 2006
9. Bronfenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, 1986
10. Rollinick S, Miller WR. *Il colloquio motivazionale*. Ed. Erickson, 2004
11. Hughes JM. *La psicoanalisi e la teoria delle relazioni oggettuali* in Melanie Klein, W.R.D. Fairbairn e D.W. Winnicot. Astrolabio Ubaldini 1991
12. Asseger H. *The exclusion of the other. A clinical contribution to an object relations theory of obsessional defence*. The International Journal of Psycho-Analysis, Dec. 2006 (pt6) 1291-1309.
13. Lesourne O. *Il grande fumatore e la sua passione*. Raffaello Cortina editore, Milano 1986
14. Balzac H. *Le Cousin Pons*, Paris 1925
15. Mc Kinley MB. *The psychology of collecting*. The International Journal of Psychology, 2006 p.183-201.
16. Benjamin W. *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*, Einaudi, Torino 1955.
17. Bredekamp H. *Il richiamo di antichità e il culto della macchina: la Kunstkammer e l'evoluzione della Natura, Arte e Tecnologia* (Allison Brown, traduttore) (Princeton: Marcus Weiner) 1995
18. Goncourt E. *La casa di un artista*, a cura di Briganti B., Sellerio Editore Palermo, 2005
19. De Marolles M. *Livre des peintres et des graveurs*, Parigi 1677
20. Beackeland F. *Psychological aspects of art collecting*. Psychiatry, 1981 44: 45-59.
21. Caretti V, La Barbera D. *Le nuove dipendenze diagnosi e clinica*. Ed. Carocci, Roma.2009
22. Subkowsky P. *On the psychodynamic of collecting*. The International Journal of Psychoanalysis, 2006, 87(2) 383-401.
23. Celani D. *A structural analysis of the obsessional character*. The International Journal of psychoanalysis, June 2007 67(2) 119-140.
24. Anderson SW, Damasio H, Damasio R. *A neural basis for collecting behaviour in humans*. 2005 Brain 128: 201-212.
25. Riccio B. *Lettere sull'antiquariato di Mario Praz e Luigi Magnani*. Ed. Alemandi 1997.
26. Praz M. *La filosofia dell'arredamento*. Longanesi, Roma 1945

News & Views



31 maggio 2012 - World No Tobacco Day

“Le interferenze dell’industria del tabacco” “Tobacco industry interference”

Il tema scelto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per celebrare la Giornata Mondiale senza Tabacco, che si terrà il prossimo 31 maggio 2012 è: **“Le interferenze dell’industria del tabacco” - “Tobacco industry interference”**.

La campagna si concentrerà sulla necessità di denunciare e contrastare i tentativi sempre più aggressivi dell’industria del tabacco di indebolire la Convenzione quadro dell’OMS sul controllo del tabacco (WHO FCTC).

L’uso del tabacco è una delle principali cause prevenibili di morte. L’epidemia mondiale di tabacco uccide quasi 6 milioni di persone ogni anno, di cui oltre 600.000 sono persone esposte a fumo passivo. Se non si mettono in atto azioni di contrasto, l’epidemia mondiale di tabacco ucciderà fino a 8 milioni di persone entro il 2030, di cui oltre l’80% di paesi a basso e medio reddito. Mentre un numero sempre maggiore di paesi si sta adeguando agli obblighi che derivano dall’adesione alla convenzione quadro dell’OMS, gli sforzi dell’industria del tabacco per indebolire il trattato stanno diventando sempre più forti.

Per esempio, nel tentativo di fermare l’adozione delle avvertenze sanitarie con pittogrammi sui pacchetti di sigarette, l’industria del tabacco ha recentemente adottato la nuova tattica di denunciare i

Make
every day
World No
Tobacco Day.



paesi ai sensi dei trattati bilaterali per gli investimenti, sostenendo che gli avvertimenti incidono sulla possibilità delle società di usare i loro marchi legalmente registrati. Nel frattempo, i tentativi per minare il trattato proseguono su altri fronti, con particolare riguardo ai paesi che intendono vietare il fumo nei luoghi pubblici, vietare la pubblicità, la promozione e la sponsorizzazione del tabacco.

La Giornata mondiale senza tabacco 2012 intende rendere consapevoli i decisori politici e l’opinione pubblica circa le tattiche subdole, nefaste e nocive dell’industria del tabacco.

Nella Giornata mondiale senza tabacco 2012, e durante tutto l’anno seguente, l’OMS esorterà i paesi contraenti a porre al centro dei loro sforzi per controllare l’epidemia globale del tabacco il contrasto alle interferenze dell’industria del tabacco.

(VZ)

Fonte: World Health Organization

XIV Convegno Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale

Conferenza della Settimana Europea contro il Cancro

31 maggio – 1 giugno 2012

Ministero della Salute • Auditorium Biagio D’Alba

Viale Giorgio Ribotta, 5 - Roma



31 Maggio 2012 - Roma

Serata “No-smoking Jazz”

con Mario Donatone e la sua band

Una riflessione in musica per chi fuma, per chi vorrebbe smettere, per chi non ha mai fumato e per chi vuole tutelare se stesso, i propri cari e i propri figli. Alla serata è abbinata l’iniziativa di solidarietà “Spegni il fumo... Accendi la Vita”. Rinunciando ad un pacchetto di sigarette, con il denaro equivalente sosteniamo i progetti di “Comunità Solidali nel Mondo” per i bambini disabili in Tanzania (www.solidalinelmundo.org). La Giornata Mondiale senza Tabacco 2012 ha per tema “L’interferenza dell’industria del Tabacco”, a significare che le grandi compagnie del tabacco attuano continue iniziative di disturbo per ostacolare o aggirare le norme per il controllo del tabacco in difesa dei giovanissimi, loro target elettivo. Perciò l’OMS incoraggia i governi a sviluppare azioni di contrasto efficaci. Le grandi potenze economiche del tabacco (in Italia il duopolio Philip Morris - British American Tobacco controllano praticamente tutto il mercato nostrano) permettono di comprare e finanziare tutto, partendo dal Cinema, passando per gli eventi sportivi e culturali, i concerti, e pure la ricerca scientifica (manipolata a proprio vantaggio). Hanno finanziato soprattutto il Jazz, che più di ogni altro evento musicale ha promosso l’immagine del musicista “maledetto”, con

l’inseparabile sigaretta e la bottiglia di whisky. Sigarette e whisky hanno soppresso prematuramente molti di loro per tumori del polmone o per intossicazione alcolica come accadde al più grande trombettista jazz di tutti i tempi, Bix Beiderbecke morto a 28 anni per alcolismo. Qui si inserisce l’evento “No-smoking Jazz”, patrocinato da SITAB, con l’Unità di Tabaccologia della Sapienza di Roma, l’Agenzia nazionale per la Prevenzione e GEA Progetto Salute, e organizzato con la collaborazione di Francesca Capua e Giacomo Mangiaracina. Nelle intenzioni degli organizzatori si vuole affermare la certezza che è possibile fare musica “pulita”, e Jazz in particolare, per respirare a pieni polmoni.

Un aspetto correlato è il valore etico che si vuole dare al denaro speso per acquistare prodotti del tabacco. Da anni viene ormai riproposto il progetto “Spegni il Fumo, Accendi la Vita”, per ricordare che meno fumo e più solidarietà aiutano a migliorare la vita propria e altrui. La serata alterna musica con interviste e brevi filmati su maxischermo.

Giacomo Mangiaracina

FELT JAZZ CLUB - via degli Ausoni 84, Roma

Prenotazioni: 06 491978 - prenotazioni@feltmusic.it

Lettera del Presidente

Monza, 30 gennaio 2012

Oggetto: iscrizione alla Società Italiana di Tabaccologia, anno 2012

Gentile collega, gentile socio

Con la presente ti ricordo che è possibile rinnovare l'iscrizione alla Società Italiana di Tabaccologia per il 2012.

Il contributo che ha fornito la nostra società è stato determinante nella promozione del trattamento del tabagismo in Italia. Nel corso dell'ultimo anno abbiamo messo a disposizione di ricercatori, clinici e operatori percorsi formativi, aggiornamento, materiali. Ricordo il sostegno fornito dall'Ufficio Progetti alla realizzazione degli stand della campagna "Smetti in 7 mosse", che ha coinvolto numerosi centri italiani, iniziativa che ha riscosso notevole risonanza da parte dei mass-media.

Molti colleghi hanno potuto usufruire dei materiali che la SITAB ha messo gratuitamente a disposizione (monografie, opuscoli, locandine, brochure...) e hanno partecipato ai convegni che hanno visto, fra l'altro, l'intervento dei maggiori esperti internazionali.

I soci ricevono, inoltre, **Tabaccologia**, l'unica rivista che in Italia assicura in modo settoriale aggiornamento e informazione sui temi del tabagismo.

Un'offerta molto apprezzata è costituita dalle due newsletter (Tobacco Science, SITAB Studi e Ricerche) che vengono inoltrate con regolarità.

Tutto ciò è possibile grazie all'impegno di noi tutti e si realizza anche attraverso le adesioni dei soci. Sono sicuro, perciò, che continueremo a lavorare insieme e potremo contare anche sul tuo apporto.

Mi è gradita l'occasione per augurarti buon lavoro e porgere i miei più cordiali saluti.

Il Presidente della Società Italiana di Tabaccologia
Dr. Biagio Tinghino





SITAB, Società Italiana di Tabaccologia, via G. Scalia 39, 00136 Roma. Tel.: 06-39722649, Fax: 06-233297645, 178-2215662.
CF: 96403700584 Email presidenza: presidenza@tabaccologia.it - segreteria: segreteria@tabaccologia.it
Ufficio Progetti: ufficio progetti.sitab@gmail.com; Web site: www.tabaccologia.it

Richiesta di iscrizione 2012

Scrivere in modo chiaro e a STAMPATELLO, ed inviare a: SITAB Segreteria,
Dr.ssa Francesca Zucchetta, c/o QI Studio, Piazza Giorgio La Pira 18, 20851 LISSONE (MB)
email: segreteria@tabaccologia.it

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

Via/Piazza _____ n. _____ cap _____ città _____

Telefono: abitazione _____ lavoro _____

Cellulare _____ e-mail _____ Fax _____

Professione _____

Istituto/organizzazione _____

Indirizzo dell'organizzazione _____

Qualifiche in seno all'organizzazione _____

Chiede l'associazione alla **SITAB** (Società Italiana di Tabaccologia) per l'anno **2012** e versa la propria quota di iscrizione di **50 Euro (25 €)** per infermieri, assistenti sanitari, laureandi, specializzandi, dottorandi, personale del comparto) con bonifico alle seguenti coordinate bancarie: **Banca CREDEM** di Bologna Ag. 2, CAB: 02401; ABI: 03032, c/c **010000001062**.
IBAN: IT02U0303202401010000001062

In materia della vigente normativa sulla privacy accetta che i propri dati siano usati solo per motivi statistici e per comunicazioni interne all'associazione.

Allega alla presente fotocopia della ricevuta del versamento effettuato per l'iscrizione.

Data _____

Firma _____

SERVIZI AGLI ASSOCIATI

La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

1. Invio gratuito della rivista **TABACCOLOGIA**, organo ufficiale SITAB.
2. Aggiornamento continuo e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB con la e-Newsletter **Tobacco Science** e **Studi e Ricerche**.
3. Supporto e Patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
4. Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori e sostegno a quelli già esistenti (rete dei Centri per il Trattamento del Tabagismo) attraverso l'Ufficio Progetti (ufficioprogetti.sitab@gmail.com)

Enrico Gattavecchia (1946 – 2012): un'eccellenza in tema di radioattività alfa nel fumo di tabacco

Vincenzo Zagà

È con grande tristezza che annunciamo alla comunità della tabaccologia italiana l'improvvisa scomparsa del prof. Enrico Gattavecchia (Forlì 4 novembre 1946 - Forlì 19 gennaio 2012), eccellente ricercatore in tema di radioattività alfa nel fumo di tabacco.

Laureatosi nel 1971 a Bologna in Chimica pura con 110 e lode, da subito iniziò a lavorare presso l'Università degli Studi di Bologna, prima con due borse di studio poi come ricercatore e, dal 1986, come docente associato di seconda fascia prima in Radiochimica e poi, con la scomparsa, una decina di anni fa, dell'orientamento in Radiochimica e Radioprotezione, era diventato docente di Chimica Generale ed Inorganica, anche nelle sedi distaccate di Rimini e di Imola (Corso di Scienze farmaceutiche applicate).

La Radiochimica rimaneva comunque la sua branca di specializzazione e la sua grande passione professionale tanto da diventare uno dei maggiori esperti della materia a livello nazionale. Da anni pertanto dirigeva il laboratorio di Radiochimica presso il Dipartimento di Scienze dei Metalli, Elettrochimica e Tecniche Chimiche (SMETEC) della Facoltà di Farmacia dell'Università di Bologna.

Personalmente ebbi la fortuna di conoscerlo nel 1994 quando dovendo scrivere un opuscolo per le scuole mi imbattei, per la prima volta, in notizie di letteratura sulla presenza di radioattività alfa da Po-210 nel fumo di tabacco e suo relativo danno biologico che, a mio avviso, se confermato poteva avere un impatto devastante e fortemente motivazionale nella popolazione generale e nei fumatori in particolare.

Una serie di circostanze fortuite mi portarono a conoscerlo. Gli esposi il progetto di verificare la presenza di Po-210 in alcune sigarette vendute in Italia ed Enrico si mostrò anch'egli incuriosito ed entusiasta.

Ci procurammo la necessaria letteratura scientifica sull'argomento ma ci occorreva anche un kg di ogni marca di sigarette per il rilevamento della radioattività sul tabacco non fumato. Qualche giorno dopo ci fu una fortunata coincidenza che ci risolse il problema, dato che avevamo finanziamenti pari a zero: un tabaccaio, con broncopolmonite, opportunamente fidelizzato al progetto e con promessa di mantenere l'anonimato onde evitare rappresaglie eventuali da colleghi. Nel 1995, l'Unità

edizione di Bologna del 1 giugno, riportò a pag. 23, nell'ambito della Giornata Mondiale senza fumo del 31 maggio in una mia intervista da parte del giornalista Maurizio Collina, la notizia sul rischio radioattività alfa e fumo di tabacco riportato in letteratura scientifica e sull'intenzione di iniziare una verifica sperimentale su 5 marche di sigarette, le più vendute a Bologna e in Italia (per la cronaca 4 estere e 1 italiana), in collaborazione col prof. Enrico Gattavecchia dell'Unità Complessa di Scienze Chimiche, Radiochimiche e Metallurgiche dell'Università degli Studi di Bologna, cosa poi iniziata nell'autunno dello stesso anno su base volontaristica, con zero finanziamenti e, se vogliamo, come abbiamo visto, con risvolti talvolta simpaticamente rocamboleschi.

Nel frattempo il lavoro viene seguito anche da una laureanda per una tesi sperimentale su Radioattività e fumo di tabacco. Nel settembre dello stesso anno il problema

radioattività e fumo viene inserito nel primo opuscolo di Bologna senza fumo dedicato alla scuola dal titolo "Il fumo fa male alla crescita - Scuola senza fumo", e stampato in 10.000 copie. Il rischio radioattività viene ribadito nel 1996 sul Resto del Carlino in una nostra intervista della giornalista Renata Ortolani. È inutile dire che lo stupore era la reazione minima a questa notizia.

Nel 1998 lo stesso argomento, con alle spalle la sperimentazione già alle fasi conclusive, viene ribadito sul secondo opuscolo per la popolazione generale di Bologna senza fumo dal titolo "Chi fuma si consuma" e distribuito in 30.000 copie. I risultati della ns. ricerca

vengono per la prima volta presentati con una comunicazione- poster dal titolo Radioattività alfa (Polonio-210) e fumo di tabacco e pubblicata negli Atti Congressuali del XXXV Congresso Nazionale Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) a Firenze nel 1999.

Ricordo di un'accoglienza fra lo stupore e l'incredulo. Il 6 marzo del 2000 a Monza gli stessi dati vengono presentati in una comunicazione al I° Convegno SITAB di Tabaccologia organizzato da Biagio Tinghino ed arricchito dalla prestigiosa presenza del prof. Robert Molimard, Presidente della Société Française de Tabacologie e nel 2005 all'SRNT- Europe a Padova, cominciando a suscitare un sempre maggior interesse fra i tabaccologi. Per la prima volta si comincia a sollevare il problema Polonio in un incontro istituzionale in occasione del World No-



Tobacco day 2000 presente l'allora Ministro della Sanità, prof. Umberto Veronesi, ad opera dell'avv. Rienzi (CO-DANS) che presentò i risultati del nostro studio sulla radioattività del fumo. La notizia fu così ripresa dalla RAI (Uno mattina), dalla stampa (La Repubblica, Il Messaggero, Il Mattino) e rilanciata da qualche agenzia (DIRE). Enrico ed io comunque avvertivamo, con rammarico, che il problema radioattività alfa nel fumo di tabacco era sentito, a tutti i livelli, come un tabù.

Nel novembre del 2006 avviene però un episodio internazionale che allarmò l'opinione pubblica ma che contribuì a sdoganare il problema Polonio e fumo di tabacco: l'avvelenamento con Polonio dell'ex spia russa Litvinenko. Subito fummo richiesti di vari interventi su radio e tv e di scrivere sull'argomento. Pertanto pubblicammo su Tabaccologia il primo articolo/rassegna in italiano sul Polonio nel fumo di tabacco, e su Pneumologia in lingua rumena.

Ma la nostra più grossa soddisfazione è stata quando nel 2011, in periodo pre-Fukushima, ci fu richiesta dal Journal of Oncology una review su Polonium and Lung Cancer e quando il Direttore dell'OSSFAD, dr. Piergiorgio Zuccaro, ci incaricò di studiare la radioattività alfa nelle dieci marche di sigarette più vendute in Italia, i cui dati sono stati presentati per la prima volta nel Convegno del 31 maggio 2011 (World No Tobacco day) presso l'Istituto Superiore di Sanità. I dati, in via di pubblicazione ufficiale, sono stati nel frattempo presentati nel VII Congresso SITAB di Tabaccologia e all'ultimo Congresso AIPO (Dicembre 2011) destando un interesse sempre crescente.

Grazie ad Enrico, per questo studio, avevamo fatto squadra con un ricercatore dell'ENEA (Paolo Bartolomei) e due del U-Series Lab (Massimo Esposito e Mattia Taroni). Questa piccola "Panisperna" bolognese, come scherzosamente punzecchiavo Enrico, cercherà di continuare gli studi insieme intrapresi e progettati, fra cui la rilevazione della radioattività alfa in vivo nei broncolavaggi dei fumatori.

Enrico non posso non ricordarlo se non con affetto perchè senza di lui la mia curiosità sulla radioattività alfa sarebbe rimasta tale, senza la sua paziente disponibilità io non avrei mai potuto iniziare a scrivere nulla sul Polonio nè avremmo completato l'ultima ricerca sulle sigarette italiane e, diciamo pure, la ricerca italiana in tabaccologia sarebbe stata un po' più povera.

Per noi che l'abbiamo conosciuto e potuto apprezzare, ci mancherà il suo pragmatismo scientifico e la sua semplicità. E ci uniamo ai suoi studenti dell'Alma Mater Studiorum che in una lettera alla vedova sig.ra Elisabetta, si dicono fieri ed orgogliosi di averlo avuto come maestro e noi aggiungiamo come amico. ■

Tabaccologia

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

ORGANO UFFICIALE SITAB
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

Direttore Responsabile: Giacomo Mangiaracina - Roma
(direttore@tabaccologia.it)

Direttore Scientifico: Gaetano Maria Fara - Roma
(gaetanomaria.fara@uniroma1.it)

CapoRedattore: Vincenzo Zagà - Bologna
(caporedattore@tabaccologia.it)

Comitato Scientifico-Redazionale: M. Sofia Cattaruzza (Roma), Christian Chiamulera (Verona), Fiammetta Cosci (Firenze), Charilaos Lygidakis (Bologna), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico italiano: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Lucio Casali (Pneumologia-Università di Perugia), Mario Del Donno (Benevento), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Girolamo Sirchia (Università di Milano), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Giovanni Viegi (Direttore CNR, Palermo), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma).

Comitato scientifico internazionale: Micheal Fiore (University of Wisconsin, Madison-USA), Mariella Debiase (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic-Rochester USA), Richard Hurt (Mayo Clinic-Rochester USA), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Oxygene, Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacques Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Brianna Rego (Antropologia Stanford University, USA) - Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tubercolosi
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori
- FederAsma
- Associazione Pazienti BPCO
- Fondazione ANT Italia
- ALIBERF (Associazione Liberi dal Fumo)

Segreteria di redazione/marketing: Alessandra Cavazzi
(tabaccologia@gmail.com)

Realizzazione editoriale: Graph-x studio • Bologna
www.graph-x.it

Ricerca iconografica: Zagor & Kano

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

Tutti i diritti riservati, è vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore. Per le immagini pubblicate restiamo a disposizione degli aventi diritto che non si siano potuti reperire.

Periodico trimestrale sped. ab. post. 45% L. 662/96 - Autor. D.C. Business
AN / Autorizzazione Tribunale di BO n° 7319 del 24/04/2003
Cod. ISSN1970-1187 (Tabaccologia stampa)
Cod. ISSN 1970-1195 (Tabaccologia Online)

Finito di stampare nel mese di aprile 2012.

PAIPO

è uno strumento utile al controllo della gestualità tipica del fumatore



PAIPO

è un inalatore aromatizzato in plastica senza nicotina che porti con te ovunque: si aspira, ma non si accende, senza danni alla salute.

in Farmacia - www.paipo.org

INTIMIDATION

STOP TOBACCO INDUSTRY INTERFERENCE

© World Health Organization, 2012 / Design: pro bono: Fabrice (poster: M. Fovellier; photo: A. Ferretto)

**Tobacco industry tactics
to undermine tobacco
control must be exposed
and resisted.**

World No Tobacco Day, 31 May
www.who.int/tobacco



**World Health
Organization**