

Tabaccologia

Tobaccology

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



Historia Tabaccologica • SITAB: nuovo Comitato Direttivo
Speciale Report SRNT • Gli inganni di Big Tobacco
Progetto EU-DAP • Fumo passivo in età pediatrica

PREVENZIONE SALUTE

associazione
senza scopo di lucro

ti invita

a Roma il 21, 22, 23, 24 aprile 2009 al
Palazzo dei Congressi, p.zza Kennedy 1.

SANIT
6° Forum Internazionale della Salute
International Health Forum
www.sanit.org

Potrai incontrare



SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

SITAB

ai Salotti
di Prevenzione Salute



visibili sul sito

WWW.PREVENZIONESALUTE.IT



Cosà bolle in redazione

SRNT: c'ero anch'io

Non avevamo esagerato ad utilizzare frasi come Woodstock o Saturnalia della tabaccologia per descrivere quello che sarebbe stato il Congresso Europeo della Società di Ricerca sulla Nicotina e Tabacco (SRNT), svoltosi a Roma il 23-26 settembre u.s. La realtà ha per noi superato le aspettative per la qualità delle relazioni, per la simpatia e l'umanità professionale dei relatori e degli ospiti internazionali. E chi era presente potrà dire con orgoglio intellettuale: c'ero anch'io! Come prologo, un affollato Satellite Meeting SITAB/SRNT con Assemblea elettiva finale che ha designato il nuovo Comitato Direttivo Nazionale SITAB 2009-2011.

Succede a Giacomo Mangiaracina 1° Presidente "a SITAB condita", Biagio Tinghino, sponda SERT, provenienza Monza. Il numero presente è dedicato in buona parte all'evento di Roma con uno Speciale Report SRNT in cui sono stati inclusi alcuni fra i più significativi contributi. Altri saranno pubblicati nel prossimo numero. Come si comportano il Governo e le Industrie del tabacco di fronte a qualcosa di tossico ma di straordinariamente redditizio come il tabacco? Nel nuovo spazio Tribuna conoscerete da Devra Davis, Direttore del Center for Environmental Oncology all'Università di Pittsburgh, la risposta ovvero un altro degli inganni di Big Tabacco.

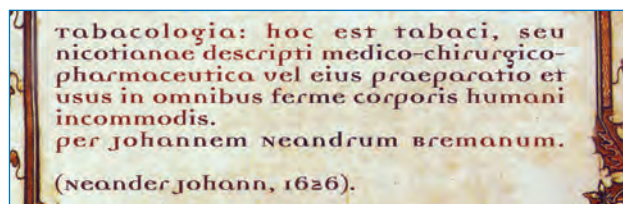
L'articolo originale, a firma di eminenti tabaccologi del Karolinska di Stoccolma e dell'Università Orientale del Piemonte, riporta i risultati a breve termine del progetto EU-DAP, uno studio multicentrico di valutazione di un intervento di prevenzione scolastica del tabagismo, dell'uso di alcool e di sostanze psicotrope illegali condotto in 7 paesi Europei. Da Palermo, a firma Stefania La Grutta, ci giunge una bella rassegna sui danni respiratori da fumo passivo in età pediatrica. L'intervista di questo numero è per Stefano Nardini, tabaccologo della prima ora, che, agli inizi degli anni '90, portò avanti il progetto AIPO degli Ospedali senza fumo.

Nel 1999 fu co-fondatore assieme a noi della Società Italiana di Tabaccologia. Infine in TabacMail vi segnalo, non senza soddisfazione, e la risposta del Preside di Veterinaria dell'Università di Milano che ci comunica l'avvenuta sanzione del professore che, con arroganza e impunità, fumava durante gli esami e l'innalzamento della guardia antifumo in Facoltà; e inoltre quesiti di colleghi e richieste di aiuto antifumo provenienti da vari contesti.

Buona lettura.

Vincenzo Zagà - Caporedattore
(redazione@tabaccologia.it)

Sommario



EDITORIALI

Historia Tabaccologica. (G. Mangiaracina)	3
Eccellenti solisti, una grande orchestra. (B. Tinghino)	4

SPECIALE REPORT SRNT - ROMA

Cronaca di un successo. (P. Lancia)	5
Report da villa Pamphili. (P. Lancia)	8
Vareniclina (P. Cojutti, M. Baraldo)	11
Tabagismo e area psicosociale (A. Dionigi, P. Gremigni)	13

QUELLI CHE IL FUMO...

Un incontro con... Stefano Nardini. (M. Giovenchi)	21
--	-----------

TRIBUNA

La sigaretta più sicura. The safer cigarette (D. Davis)	23
---	-----------

ORIGINAL ARTICLE

Prevenzione primaria del tabagismo: valutazione di un programma scolastico in Europa (EU-DAP). Universal smoking prevention among youths: evaluation of a school-based program in European schools. (MR Galanti, F Vigna-Taglianti, F Faggiano, Gruppo di Studio EU-DAP)	30
--	-----------

REVIEW

L'impatto dell'esposizione al fumo di tabacco sulla salute respiratoria in età pediatrica. Tobacco Smoke Exposure impact on children's respiratory health. (S. La Grutta)	36
---	-----------

Rubriche

News & Views

La Legge Antifumo compie 4 anni (E Giovenchi)	43
Fazio: allo studio pacchetti più cari. "Non danneggia il comparto" (Fonte: AdnKronos)	43
Governo e Tabacco: contraddizioni e buoni propositi. (Fonte: Aduc.it)	44

SITAB homepage	45
-----------------------	-----------

Tabac mail	46
-------------------	-----------

InformaLILT

Fazio consegna a Sirchia premio europeo "Smokefree". (M Giovenchi)	48
--	-----------

Congressi & eventi	III
-------------------------------	------------

Istruzioni per gli Autori

Tabaccologia (*Tobaccology*) è l'organo ufficiale della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed è una rivista medica. 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 strutturato nei seguenti paragrafi: Introduzione; Metodi; Risultati; Discussione; Conclusioni. Le Conclusioni devono essere presenti anche nelle Rassegne.

Gli Articoli Originali che includono qualsiasi procedura diagnostica o terapeutica su esseri umani devono chiaramente indicare nei "Metodi" sotto la responsabilità agli autori che il **consenso informato** 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 in apice. Non vi sono limiti per il numero di referenze citate. Gli **articoli di riviste** devono indicare: il cognome e le iniziali del nome degli autori (al massimo 6), il titolo completo dell'articolo in lingua originale, le informazioni abbreviate sulla rivista, in accordo con il Medical Index, l'anno di pubblicazione, il volume e le pagine di inizio e fine. Per esempio: Stanton WR, Oei TPS, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *Int J Addiction* 1994; 29: 913-925.

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

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

Le **Table** 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.

Segretaria dell'Editore: Livia Laurentino
Indirizzo: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna
Tel./fax 051304737 - e-mail liviaelena.laurentino@fastwebnet.it

Come ricevere la rivista

a) Tramite abbonamento di **30 €** 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 2009 è di **35 Euro (25 €** per laureandi, specializzandi, dottorandi). 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.org ed inviato alla Dott.ssa Nolita Pulerà:

- per posta ordinaria: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno
- per fax: 0586223006
- per e-mail: segreteria@tabaccologia.it

Instructions for the Authors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Carbon monoxide - Environmental Health Center, National Safety Council: www.nsc.org/ehc/indoor/carb_mon.htm

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

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

Secretary of the Editor: Ms. Livia Laurentino

Mail address: Suoni Comunicazione, Via Venturoli 38/D, 40138 Bologna, Italy
Tel./fax +39-051304737
e-mail liviaelena.laurentino@fastwebnet.it

How to receive the journal

a) The yearly subscription is 30 € to be sent by bank draft to:

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

How to become member of SITAB

The SITAB membership fee for 2009 is 35 Euro (25 € for 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 the website www.tabaccologia.org and send it to Dr. Nolita Pulerà

- by mail: Centro Tabagismo, Ospedale Livorno, Viale Alfieri 36, 51100, Livorno, Italy
- by fax: 0039-0586223006
- by e-mail: segreteria@tabaccologia.it



Historia Tabaccologica

«*Si tibi deficiant medici, medici tibi fiant haec tria: mens laeta, requies, moderata diaeta*»

Se ti mancano i medici, siano per te medici queste tre cose: l'animo lieto, la quiete e la moderata dieta - Scuola Medica Salernitana

Giacomo Mangiaracina

La storia della Medicina è anche storia dello sviluppo del pensiero scientifico in 2.700 anni, contando dal maestro Ippocrate ad oggi. Non ho idea di quanti anelino ad un ritorno all'ideale ippocratico, essenzialmente clinico, fatto di cura del paziente come persona, di presa in carico del suo sentire e del suo soffrire, una medicina nel senso più tradizionale, in cui si curava il corpo e lo spirito. Sono tra quelli che lo desiderano.

A testimonianza di una relazione profonda con il paziente serve ricordare che i primi hospitales furono i conventi. Contrariamente a chi vuol vedere il Medioevo "buio" a tutti i costi, i grandi lumi si accesero proprio alla fine del primo Millennio. Si pensi alla Scuola salernitana. L'insegnamento strutturato, nella formazione del medico, ebbe immediata diffusione in quella che sarebbe stata l'Europa che conosciamo. Bologna, Parigi e Salamanca aprirono quasi contemporaneamente i battenti per avviare, fra genialità ed errori, il percorso di eccellenza che giunge a noi. Siamo figli di questa storia, ma un pò anomali, protesi a guardare avanti, a sopravvivere in un mondo ostile e competitivo, o a raggiungere obiettivi personali sempre più ambiziosi, perdendo via via il ricordo con le radici. Alla fine ci troviamo a vivere il presente senza neppure il bisogno di recuperare, anche in parte, il nostro passato. Quando con de-

creto del ministro dei Beni Culturali fui nominato membro dell'Accademia romana di Storia dell'Arte Sanitaria, provai un'emozione grande. Mi trovai improvvisamente ad essere partecipe e parte dell'Ars Curandi, della Tecnè Iatriké, e del suo sviluppo nei secoli. Quest'arte ha assunto proporzioni gigantesche e diversificate. Le sofisticate tecniche diagnostiche strumentali sono cresciute al pari del counselling nutrizionale e del colloquio motivazionale. Una telecamera può essere ingerita e circolare nell'intestino allo stesso modo in cui una tecnica persuasiva può essere utilizzata nel contesto di una relazione di aiuto. Il progresso medico non è fatto solo di chimica e di strumenti, ma anche di crescita e di evoluzione del proprio modo di essere terapeuta. E qui ci serve il passato. Abbiamo giurato su Apollo, Asclepio, Igea e Panacea. Abbiamo letto parole antiche che ricorrono al presente: "...allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento". Riaffermiamolo. Ci lega un contratto vincolante con il paziente, ma anche con i maestri e i colleghi, e persino con la profondità della vita e dei suoi misteri. L'alleanza terapeutica

va riproposta in senso orizzontale (relazionale) e verticale (spirituale). Ecco dove ci ha portato il nostro lavoro.

La Tabaccologia ha una storia che rivendichiamo e affermiamo in un quarto di secolo di progresso della Medicina in Italia e nel mondo. Questa disciplina è in antitesi con

le "malattie rare", incentrata sulla patologia dominante del nostro tempo: il Tabagismo.

È in progressivo aumento anche l'interesse della ricerca mondiale. Lo ha testimoniato il recente congresso europeo SRNT, con l'intervento del suo presidente, Scott Leischow, che ha dichiarato come siano cresciute in modo straordinario le iscrizioni alla società scientifica su Nicotina e Tabacco. Un ottimo indicatore del declino dell'idiozia, che relegava la materia ai bassifondi. Questa è invece una nobile materia, nella quale operiamo ricercando destrezza e maestria. La studiamo e la insegniamo con passione a studenti e professionisti della salute già formati all'epoca in cui il problema era ignorato nelle università, figli un pò anomali di Ippocrate, parzialmente ciechi alla meta, a cui perdoniamo la lacuna a patto che riconoscano il nuovo dell'Ars Curandi.

La storia della Tabaccologia in Italia prosegue, carica di significati ulteriori, ma soprattutto con più uomini e donne, più ricercatori, più idee, più entusiasmo, più risultati. È necessario dimostrare che un decennio di SITAB in Italia ha prodotto evidenza di efficacia nel controllo del tabacco e nel diffondere questa disciplina, in modo trasversale, tra istituzioni e società scientifiche.

È con questo spirito di armonica continuità e di ricerca dell'eccellenza, che consegno felicemente il testimone al collega Biagio Tinghino, persona cara e professionista stimato, uomo di scienza, capace di proseguire il cammino al timone della SITAB. ■

Giacomo Mangiaracina
(info@tabaccologia.it)
Direttore Tabaccologia



il francobollo dedicato alla Scuola Medica Salernitana, raffigura una rielaborazione dell'iconografia denominata "Medico al capezzale di un malato", tratta dal manoscritto "Galenus in Ippocratis Aphorismos et in Librum Pronosticorum", conservato nella Biblioteca Nazionale di Napoli.

Il nuovo corso della SITAB tra continuità e alleanze strategiche

Eccellenti solisti, una grande orchestra

Biagio Tinghino

Si dice che Cristoforo Colombo registrasse le miglia di navigazione effettuata su due brogliacci di bordo: uno per sé (e qui le misure erano reali) e uno per l'equipaggio, a cui riferiva un percorso compiuto inferiore. Temeva che la percezione della distanza inducesse ansia nei marinai, o addirittura potesse disporli all'ammutinamento. È un metodo che disapprovo senza mezzi termini. Ma è, dall'altra parte, un esempio che ci illumina nell'insegnarci che chi sta a capo di una spedizione deve avere un'idea

del dove si va, della direzione e delle energie necessarie. Aggiungerei che deve avere idee chiare. Quando ci siamo imbarcati nella nave della SITAB non eravamo in molti. Solo per una fortuita coincidenza non potei recarmi dal notaio (ero in vacanza) per siglare l'atto con cui è nata la nostra società scientifica. Debbo dire che chi stava al timone prima di me ha il merito storico di aver voluto la spedizione, di averle dato una

rotta, di aver spinto la nave alla massima velocità che la struttura dell'imbarcazione poteva permettere. Giacomo Mangiaracina in questo senso ha avuto un ruolo insostituibile. Devo a lui, a Enzo Zagà, e all'accordo praticamente di tutti (mi è impossibile farne un elenco esaustivo), questo passaggio di consegne che oggi mi trova, con pochi meriti e tanti impegni, alla presidenza della Società Italiana di Tabaccologia. Una società che è cresciuta, ha visibilità, si è inserita in un contesto europeo e internazionale. Quando parlavo di idee chiare intendevo fare riferimento non solo agli obiettivi, ma anche alle strategie e agli strumenti per raggiungerli. Questi elementi non sono, credo fermamente, prerogativa

di poche persone, per quanto carismatiche e competenti esse siano. Perciò ho dato inizio al mio lavoro con l'approccio del direttore d'orchestra, il quale sa di avere tanti buoni maestri nel proprio organico (alcuni ottimi solisti), ma sa anche che l'interpretazione di una sinfonia è molto più che il virtuosismo tecnico, la sensibilità e l'arte del singolo. L'eccellenza in questo caso si manifesta nell'intesa, nel fine passaggio di frase da uno strumento all'altro, senza prevalenze o inutili ridondanze che non siano dettate dal bisogno di dare espressione compiuta e completa a tutto il brano. In



termini pratici mi piace pensare che l'azione della nostra società sarà improntata ad una condivisione dei passaggi, una strategia di alleanze, un rinnovato impegno nella ricerca scientifica e nella formazione. La *condivisione* è un valore determinante, che richiede forse della fatica, ma ripaga ampiamente, perché imprime una direzione più univoca alle forze in campo e migliora l'efficacia dei processi. Le *allean-*

ze sono una ricchezza che non può essere perduta nel perseguimento degli obiettivi. Ci proponiamo di essere nella rete, sapendo che una rete è composta di tanti fili, di tanti nodi, e che tutti hanno un ruolo. Riteniamo legittimo ed abbiamo tutti i numeri per aspirare all'eccellenza, ma non riteniamo di avere monopoli. È necessario allargare le intese, peraltro importanti, già strutturate, e costruire rapporti stabili (istituzionali e operativi) con il grande mondo dei Servizi per le Dipendenze, le Unità di Cardiologia ospedaliera e del territorio, le società e le associazioni che rappresentano i Medici di Medicina Generale, gli specialisti (pneumologi, ginecologi, otorinolaringoiatri, riabilitatori, etc.). Tutti e ciascuno

saranno interlocutori privilegiati, perché la prima regola della rete è che "nessuno è al centro". La SITAB ha gli strumenti e le competenze per proporre *formazione*, con caratteristiche tali da garantire la diffusione sul territorio e la molteplicità dei livelli. Sono in cantiere progetti avanzati che forniranno un contributo innovativo, determinante e non estemporaneo al panorama italiano. Tutto ciò avverrà con un team di esperti delle diverse discipline, con esperienze importanti alle spalle (sia cliniche che didattiche), su strumenti e metodologie valutati, efficaci, affidabili. Un segno positivo verrà, inoltre, dalla *ricerca*. In questo senso si stanno predisponendo programmi che forniranno dati ed esperienze di grande qualità alla letteratura internazionale. Desideriamo promuovere, inoltre, un cambiamento radicale nella politica sanitaria italiana, raccogliendo istanze condivise, che vanno nella direzione di dare alla prevenzione e alla cura del tabagismo una priorità mai avuta. Ci batteremo, con l'aiuto di tutti, per l'inserimento nei LEA delle prestazioni di cura fornite ai fumatori, per la costruzione di percorsi didattici specifici nel sistema universitario italiano, per la rimborsabilità dei farmaci di provata efficacia nella terapia della dipendenza da tabacco. Non sono sogni, né solo speranze. Si tratta di progetti che nel cantiere SITAB sono già molto concreti. La navigazione è stata lunga e non sempre facile. Abbiamo superato tempeste e tempi in cui non soffiava alcun vento. Ma adesso ci stiamo dirigendo in modo chiaro verso l'obiettivo. Forse un "nuovo mondo" è raggiungibile, un modello di sanità in cui la prevenzione, l'attenzione al benessere globale della persona e agli stili di vita sono prioritari. Le idee sono chiare: noi faremo la nostra parte. ■

Biagio Tinghino
(presidenza@tabaccologia.it)
Presidente SITAB



SRNT-Roma 2008

Cronaca di un successo

Paola Lancia

Fatto. L'agenda SITAB si è completata con l'organizzazione dell'evento più importante che l'Italia abbia mai ospitato nel campo della ricerca sul Tabacco: il 10° Meeting Europeo della Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT). Dal 23 al 26 settembre Roma è stata lo scenario di questo congresso ospitando 510 scienziati, da 29 paesi, in rappresentanza dei più importanti istituti di ricerca del mondo. Tema: l'evidenza scientifica nella ricerca di base, clinica, epidemiologica e nelle strategie di controllo della piaga più grande che affligge il mondo: il Fumo. Il soggetto esprime la necessità di avere un punto di riferimento preciso nella terapia e soprattutto nel campo della prevenzione, dove le improvvisazioni fanno perdere terreno all'efficacia.

La SITAB, in collaborazione con le università di Roma (Sapienza) e Verona, con la LILT e l'associazione degli pneumologi ospedalieri (AIPO), ha realizzato il più grande sforzo organizzativo nei suoi nove anni di presenza nel panorama scientifico italiano, un grande successo guadagnato con l'impegno costante, capacità

professionali e organizzative. Due artefici principali: Christian Chiamulera e Giacomo Mangiaracina, che a definirli un ambito è riduttivo, visto che a tombola ci si sono messi due comitati, quello europeo della SRNT e quello italiano della SITAB, che hanno lavorato incessantemente per un anno su questo progetto.

"Per la nostra storia è il momento più importante. - spiega Giacomo Mangiaracina, presidente del Congresso - Crea una linea di demarcazione tra passato e futuro. È il momento in cui la scienza del tabacco fa udire la sua voce in modo forte e chiaro ponendo innanzi a tutto l'evidenza scientifica, i risultati, l'efficacia verificabile, replicabile e trasmissibile".

Il pre-meeting satellite SITAB, tutto italiano, ha permesso di fare il punto della situazione attraverso un ampio dibattito con varie parti in causa, Istituzioni e Società Scientifiche. Da ora in poi si procede uniti. Mangiaracina ha ricordato l'evoluzione di questo cammino difficile. La SITAB nasce nel '99 producendo conoscenza ed esperienza. Un indicatore elementare ma significativo è stato quello della presenza in rete della parola "Tabaccologia". Nel 1999 le voci

rispondenti a questo termine sui motori di ricerca erano solo due. Ora sono più di 4.000. Più importante è stata l'evoluzione culturale e scientifica che ha posto il Tabagismo come patologia da dipendenza da trattare in modo appropriato e specifico. Dalla medicina delle conseguenze alla terapia del Tabagismo, ecco il passaggio epocale. I medici, formati alla terapia delle patologie d'organo, necessitano ora di una appropriata formazione specifica e multidisciplinare.

Daniela Galeone ha ricordato i numeri del tabagismo, con un appello alle istituzioni perché attuino strategie risolutive, e con una raccomandazione finale: omogeneità dei servizi e attenta formazione per chi si occupa della cura del tabagismo a livello territoriale.

Elizabeth Tamang ha portato l'uditorio attento all'importanza delle alleanze interne, tra le Regioni, ed esterne, fra Nazioni. Si allaccia al concetto espresso da Biagio Tinghino, neo-eletto presidente SITAB, che per la cura del tabagismo per il senso comune sia sufficiente la buona volontà. La proposta è che vengano istituiti maggiori centri per la terapia del tabagismo, e soprattutto che la





formazione degli operatori sia attuata in modo serio e con una maggiore informazione dei pazienti ospedalizzati.

Christian Chiamulera ha reso mirabilmente chiara la complessità della dipendenza illustrandola con immagini sulla *cue reactivity* della corteccia cerebrale dei fumatori con la semplice visione di immagini-fumo che attiverrebbero la memoria emozionale legata ai ricordi piacevoli. A supporto di ciò, un lavoro realizzato con la facoltà di Scienze Motorie dell'università di Verona, che dimostra come l'astinenza da fumo diminuisca la prestazione negli atleti del basket. Un dato utile alla divulgazione scientifica.

Nené Mangiacavallo, presidente della Federazione per le Malattie Polmonari Sociali, anche in virtù della sua esperienza politica, ha permesso di ampliare la comprensione dei meccanismi istituzionali in riferimento alle scelte per la salute. Il suo frequente riferimento al 5% della spesa sanitaria nazionale che dovrebbe essere destinato alla prevenzione ma che viene stornato dallo Stato in altri lidi, viene considerato una delle vie da percorrere per la creazione di un fondo nazionale per il controllo del Tabacco.

L'inaugurazione della Conferenza europea, rigorosamente in lingua inglese anche se con la traduzione simultanea per gli italiani presenti, ha visto il saluto di Chiamulera, co-chair e attuale presidente eletto (a settembre 2009 sarà presidente

europeo della SRNT) e la presentazione degli ospiti: Tarsitani e Fumagalli, in rappresentanza delle università di Roma e di Verona, Le Houezec, presidente di SRNT Europe, Fagerstrom, Berlin, Scott Leischow, presidente mondiale, e infine il relatore della serata, Michael Fiore, preceduto dalla introduzione di Mangiaracina, che ha posto all'uditorio un quesito per certi versi inquietante: *"Dieci anni di SRNT, cosa hanno prodotto in noi? Cosa hanno realizzato in termini di consapevolezza sociale sui problemi del tabacco, nelle nostre istituzioni e nei nostri politici? Vi è necessità di evidenze anche in questo ambito"*. Di certo la nutrita partecipazione all'evento di Roma rappresenta il primo indicatore di interesse per la materia. Poi Mangiaracina ha consegnato due targhe a due collaboratori inusuali nella lotta al tabagismo: Miss Universo Silvia Cecon, testimonial SITAB in molti eventi pubblici, e Roberto Mangosi, cartoonist italiano pluripremiato per la sua bravura e colonna della rivista Tabaccologia, che ha regalato ai congressisti una divertente vignetta... *alive*.

Michael Fiore, autore delle linee guida Usa contro il Tabacco (Fiore MC et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Washington, 2008 www.surgeongeneral.gov/tobacco), dove ha proposto il riconoscimento del Tabagismo come patologia cronica, consulente scientifico di due presidenti americani,

Clinton e Bush, ha aperto il congresso con la sua lezione magistrale. Ha sorpreso tutti con la lettura in italiano della sua esperienza di vita da italo americano di seconda generazione proveniente da Terlizzi (Bari), che studiato anche a Perugia per un anno. Nella sua relazione ha sviluppato tre livelli concernenti la riduzione del tabacco: la tassazione del tabacco, il coinvolgimento della rete istituzionale, lo sviluppo dei centri per la cura del tabagismo, auspicando una possibile totale eradicazione del consumo di tabacco dalla vita degli esseri umani.

Per lo sviluppo del congresso chiediamo agli atti congressuali distribuiti ai partecipanti e che possono essere scaricati anche dal sito SRNT: http://www.srnt.org/meeting/eu/08_europe.html. Segnaliamo la tavola rotonda con cui si sono aperti i lavori, il cui tema sta diventando l'elemento portante inerente la prevenzione e il trattamento della dipendenza tabagica. Basti ricordarne il titolo per capire: *Teaching tobacco science in medical school and postgraduate formation*. Due igienisti del calibro di Eva Kralikova, dell'università di Praga, e Giacomo Mangiaracina, hanno moderato la sessione presentando l'esperienza francese (Ivan Berlin) e quella italiana (Maria Sofia Cattaruzza) realizzata alla "Sapienza" di Roma, che ha presentato una ricerca svolta nella 2° Facoltà di Medicina con il coinvolgimento diretto degli studenti,





che hanno dimostrato una entusiastica adesione al programma. In particolare i ragazzi fumatori hanno potuto verificare i livelli di CO espirato e le percentuali di CO-Hb nel sangue, più alte di quelle dei colleghi non fumatori. Sandström, del Public Health Institute finlandese, ha evidenziato la necessità di una collaborazione multidisciplinare e internazionale per omogeneizzare per quanto possibile i metodi di formazione e facilitare l'uso di strumenti nel trattamento del tabagismo. Il corso pilota presentato dal modello finlandese prevede una formazione di base in e-learning, completato da un seminario di mezza giornata con il collegamento di diverse figure professionali, discussioni di gruppo, giochi di ruolo, esercitazioni e discussione di casi clinici.

Molto partecipata la sessione dedicata ai poster a cui forse sarebbe stato necessario dedicare maggior tempo: un'ora è stata davvero poca a giudicare dalle accese discussioni che si creavano.

Nutrita partecipazione alla sessione concernente il ruolo della teoria psicologica nel trattamento e nella prevenzione promossa da Robert West, dove si è sottolineata la necessità di ulteriori ricerche per aiutare i fumatori a colmare il divario tra intenzione e azione, tra sapere e sapere fare. Inoltre, esaminando la letteratura sulla non adesione o non aderenza ai regimi sanitari e medici, si evidenziano due concetti chiave: la *ne-*



Giorgio Napolitano
Presidente della Repubblica Italiana

Telegramma di saluto del Presidente della Repubblica all'SRNT

23-set-2008 12:43 da: 065403600 a:+39066602645 f.1/1
Poste Italiane s.p.a. - udr romaeur
pagina 1 di 1 progr. stampa 298 dist. 2136
zozc uff298 055758 601/rca ngc/a3105 rif20080922-012-15002977
igrm co igrm 084
00100 romaquirinale 84 22 1504
Prof. Giacomo Mangiaracina Presidente (uff 298)
della conferenza annuale della Society for Research on Nicotine and Tab.
c/c ant.srl, Viale del Tintoretto, 88 - 0142 Roma

In occasione della decima conferenza della SRNT Europa, il Presidente della Repubblica rivolge a Lei, egregio professore, ai relatori e a tutti gli intervenuti un cordiale saluto dal convegno romano, che costituisce un'interessante occasione di confronto sui più recenti indirizzi preventivi e terapeutici legati al trattamento del tabagismo, potranno emergere nuovi e più efficaci strumenti per affrontarne i risvolti patologici ed il forte impatto sociale. Con questo auspicio, il Capo dello Stato formula l'augurio di buon lavoro e un rinnovato saluto, cui unisco il mio personale.

Donato Marra
Segretario Generale Presidenza Repubblica

mittente:
Segretario Generale della Presidenza della Repubblica
Palazzo del Quirinale
00187 Roma - 22/09 15:59





cessità, ovvero la misura in cui le persone ritengono che il trattamento sia necessario, e la preoccupazione riferita alla convinzione su ipotetiche conseguenze negative dovute al trattamento.

In ultima analisi, questo evento ha rappresentato un vero grande passo avanti per la Salute pubblica e per chiunque abbia a cuore e senta il problema. La Conferenza è stata effettivamente un successo, per il numero di partecipanti e per il programma vario e giudicato da tutti di grande interesse.

Se ciò non bastasse, aggiungo la mia personale sensazione rispetto all'atmosfera internazionale, ottima occasione per stabilire relazioni e confronti allargati: un mare di ricerca e di sperimentazione a confronto, una overdose di stimoli e di approfondimenti, un tentativo di comunicazione tra ricerca e pratica clinica. Il tutto è stato condito e arricchito da momenti conviviali e di relax favoriti dal bel tempo e da un'ottima e divertente cena sociale, dove Mangosi ci ha deliziato con una raffica di vignette disegnate "in diretta".

Per tutto questo ringraziamo tutti, organizzatori, relatori e ricercatori, con i loro contributi e il costato lavoro nel campo, tutti i partecipanti che hanno seguito assiduamente i lavori, e tutti i collaboratori a vario titolo coinvolti nell'organizzazione. Grazie davvero! ■

Paola Lancia
Psicologa, Roma

Atti / Proceedings and commentary

REPORT DA VILLA PAMPHILI

Le giornate romane dell'SRNT, incorniciate da un soleggiato ponentino, sono state intense e dense di spunti scientifici. In certi momenti, per la piacevolezza degli incontri e delle relazioni, sembrava di essere, come con enfasi sessantottina questo Convegno è stato definito dal nostro caporedattore, alla Woodstock della tabaccologia. Altre volte è stato come andare a fare shopping nei fori imperiali della scienza del tabacco. Pertanto la vostra cronista si è aggirata, talora un po' stordita, ma sempre interessata, da questa overdose di stimoli e di approfondimenti.

La prima relazione della seconda giornata (**Health professionals and smoking cessation – a functional care pathway through multidisciplinary collaboration Sandström P., Falkenberg M., Tanskanen P., Patja K., Kauhanen J. National Public Health Institute, Finland University of Kuopio, Finland**) ha messo in evidenza la necessità non solo della formazione pre e post laurea, rimarcata ampliamente anche dal Prof. Mangiaracina in questo e in precedenti convegni, ma altresì di una collaborazione multidisciplinare e internazionale al fine di unificare i metodi di

formazione e facilitare l'uso di strumenti per la cessazione dell'abitudine al fumo. Il corso pilota presentato dai finlandesi può essere anche adattato totalmente alla fruizione su internet compreso ad esempio un seminario di mezza giornata con il collegamento di diverse figure professionali con discussioni di gruppo, giochi di ruolo esercitazioni, casi clinici.

Nella stessa mattinata la **Dott.ssa Maria Sofia Cattarruzza** del Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", ha presentato un'interessante ricerca svolta nella 2° Facoltà di Medicina con il coinvolgimento diretto degli studenti (**How to teach tobacco science in medical education? an italian experience**). Gli studenti si sono dimostrati entusiasti di valutare la loro salute. Dopo aver fumato una sola sigaretta l'aria dell'aula poteva essere paragonata a quella di una strada soggetta ad intenso traffico e presentava un tasso di inquinamento maggiore di quello previsto dalle norme per far scattare il divieto di circolazione delle auto private.

Gli studenti fumatori hanno potuto verificare come i livelli di CO respiratorio e le percentuali di carbossiemoglobina nel sangue siano più alte di quelle dei colleghi non fumatori: la media del





CO-espriato è stata di 2,6 ppm per i non fumatori e di 11,2 ppm per i fumatori, con un trend che aumenta linearmente all'aumentare del numero di sigarette fumate (6,7 ppm, 18,8 ppm e 23,2 ppm rispettivamente se si fumano 1-10, 11-20, >20 sigarette al giorno). Le conclusioni si avvicinano molto alla relazione accennata in precedenza in quanto insegnare la tabaccologia nell'ambito della promozione della salute è molto più efficace quando essa coinvolge direttamente gli studenti; inoltre il fumo di sigaretta è una delle più importanti cause di morte prevenibili e la dipendenza da nicotina è anche collegata all'età in cui si inizia a fumare; è molto importante attrarre e coinvolgere i giovani su questi argomenti.

Ho trovato molto interessante la relazione sulle differenze sessuali (**Sakire Pogun, Sex differences in nicotine addiction**) in quanto il sesso viene considerato un importante variabile di trattamento e prevenzione. Sebbene il numero dei fumatori sia progressivamente decrescente nei paesi sviluppati, i restanti fumatori stanno diventando più difficili da trattare. Il calo è stato meno pronunciato nelle donne rispetto agli uomini, e vi è una crescente preoccupazione per gli adolescenti fumatori. Le donne hanno una minore vulnerabilità per le malattie connesse al fumo (in particolare infarto miocardico e cancro ai polmoni) rispetto

agli uomini, ma riescono meno a smettere; gli uomini beneficiano della terapia sostitutiva con nicotina di più rispetto alle donne. Sembra che le donne diventino dipendenti in meno tempo rispetto ai maschi, facciano un minor numero di tentativi di smettere, possano rimanere astinenti per periodi più brevi rispetto ai maschi e abbiano un tasso di ricaduta più alto rispetto ai maschi.

Anche il sondaggio inglese illustrato nella *prima free oral session* da **E. Vangeli, R. West (Sociodemographic differences in the triggers that prompt quit attempts: findings from a national survey)** merita di essere segnalato. Sono stati intervistati 5.611 fumatori di cui il 42,5% (2.441) ha riferito di aver tentato seriamente di smettere. La domanda discriminante: "Cosa ha attivato il vostro più recente tentativo di smettere?" con risposte multiple ha evidenziato una maggiore preoccupazione per futuri problemi di salute (28,5%), seguito da problemi di salute momentanei (18%) e che il fumo era troppo costoso (12,2%). Interessante notare che i fumatori con uno status socioeconomico più alto hanno una correlazione positiva con la preoccupazione per il futuro stato di salute, mentre quelli con uno status socioeconomico più basso citano più spesso i costi e problemi di salute attuale.

Ruth Barr (Schizophrenia and nicotine use: effects on cognition and therapeutic

implications) ammettendo la necessità di ulteriori approfondimenti, ha presentato uno studio che conferma precedenti conclusioni cioè che una singola dose di nicotina migliora l'attenzione e che la nicotina specificamente migliora la risposta inibitoria nei soggetti non fumatori con schizofrenia.

Degna di "colore" (nel senso letterale del termine) è stata la presentazione **Prevalence and determinants of smoking in Ghana E. Owusu-Dabo, S. Lewis, A. Mcnail, A. Gilmore, J. Britton**. La ricerca è stata effettuata nelle aree rurali e urbane di Ashanti nel Ghana: a più di 7.000 persone è stata fatta un'intervista *face to face* con un questionario strutturato. L'88% ha risposto; l'età media dei partecipanti è stata di 31 anni; 3,4% erano fumatori abituali (con 10,11 sig/die durante i giorni feriali e 20 durante il fine settimana. Tra gli intervistati la metà vivevano in ambienti urbani. Circa il 90% sarebbe a favore di un divieto totale, citando la salute, avversioni personali e motivi economici. La presentazione è stata conclusa affermando che la diffusione del fumo in Ghana è bassa. Si dovrebbero adottare misure di controllo del tabacco prima che aumenti l'uso.

Come accennato in precedenza, sono stati presentati gli effetti del fumo in giocatori esperti di basket (**Effects of smoking abstinence on perceptual performance in elite basketball players P. Ce-**





sari, F.Pizzolato, C. Chiamulera). Nella ricerca sono stati coinvolti 8 giocatori di basket ("esperti") e 8 non-giocatori ("non esperti") fumatori. Dopo 18 ore di astinenza (verificata progressivamente con la misurazione di CO espirato). Una delle prove a cui i soggetti sono stati sottoposti consisteva in diversi videoclip; in metà dei video la palla finiva nel canestro (IN) e nell'altra metà al di fuori (OUT). I soggetti erano tenuti a interrompere il video non appena intuivano il destino del tiro premendo uno dei due tasti su una tastiera corrispondente alle risposte IN / OUT. Il rapporto tra la percentuale di risposte corrette e il tempo in cui il soggetto interrompeva il video è stato utilizzato come indice di efficienza inverso. I giocatori professionisti di basket hanno diminuito sensibilmente la previsione del lancio durante l'astinenza da nicotina mostrando una performance paragonabile ad un giocatore non esperto, mentre nessuna differenza è stata trovata per i non-giocatori.

Nella presentazione **Group counseling and bupropion: a six-year survey of a smoking cessation treatment in Rome** (D. Enea, R. Marchetti, P. Nencini, M.C. Grass), gli autori riportano i risultati del lavoro svolto dal gennaio 2001 al dicembre 2006 con ben 706 volontari motivati a smettere di fumare (media di $24,3 \pm 10,4$ sigarette/die per un periodo di $30,0 \pm 10,8$ anni). In tutto il periodo di sei anni,

i soggetti trattati con Bupropione hanno mantenuto un più alto tasso di astinenza, rispetto al solo trattamento di sei settimane Gruppo Program Counseling (SGCP): 60,5% e 40,5% rispettivamente a un anno di follow-up. I soggetti che hanno seguito il trattamento in un SGCP dal 2001 al 2006 hanno mostrato un elevato tasso di cessazione dell'abitudine al fumo sia a breve termine (75,1%: alla fine del SGCP) sia nei follow-up ai tre mesi, sei mesi e un anno (67,7%, 54,8%, 48,0% rispettivamente). I risultati suggeriscono che il SGCP può contribuire in maniera significativa a smettere di fumare.

Nelle due giornate centrali della conferenza sono stati esposti numerosi e interessanti POSTER.

La seconda parte dell'ultima mattinata è stata dedicata maggiormente al ruolo della teoria psicologica nel promuovere il trattamento e la prevenzione (Role of psychological theory in advancing treatment and prevention). In particolare la prima relazione della sessione ha fatto riferimento alle variabili motivazionali (**Robert West: The application of motivational theory to generating "assisted quit attempts"**); **Thomas Webb** nella sua relazione (**Understanding and tackling the "intention-action" gap in smoking cessation**) sottolinea la necessità di ulteriori ricerche per aiutare i fumatori a colmare il divario tra intenzione e azione, tra sapere e sapere fare.

Rob Horne in Theoretical approaches to non-adherence to pharmacological and behavioural interventions, esaminando la letteratura sulla non adesione o non aderenza ai regimi sanitari e medici, evidenzia due concetti chiave: *necessità* si riferisce alla misura in cui le persone ritengono che il trattamento sia necessario in materia di sanità per qualunque obiettivo; *preoccupazione* si riferisce alla convinzione di potenziali utenti circa le conseguenze negative dovute al trattamento.

L'autore conclude che i trattamenti di cessazione dell'abitudine al fumo potrebbero beneficiare della ricerca nel più ampio problema di aderenza e di riconoscere che almeno una parte della spiegazione risiede nel generico atteggiamento ai trattamenti medici e non solo quelli per la cessazione dell'abitudine al fumo.

Susan Michie nella sua relazione **Applying psychological theory to promote evidence-based clinical practice**, afferma che se vogliamo migliorare i nostri interventi, sia per ridurre il fumo sia per migliorare la pratica clinica, dobbiamo essere in grado di specificare con precisione e fare una relazione dell'intervento stesso. Questo permette un'indagine sistematica, la replica e l'accumulo di conoscenze. Conclude affermando che gli interventi per promuovere l'evidenza basata sulla pratica clinica possono essere rafforzati mediante l'applicazione di teorie psicologiche.





Gli aspetti psicologici risultano più complessi in quanto le variabili in gioco sono molto più numerose e a volte imprevedibili. Il tentativo che si sta cercando di portare avanti, e questo convegno ne è la dimostrazione, è di integrare i diversi approcci, farmacologico, psicologico e sociale, nella terapia della dipendenza tabagica.

Prima della cerimonia di chiusura è stato dedicato uno spazio ai rischi del fumo in gravidanza. Nello studio riportato da **Simona Pichini and Ilaria Palmi (Environmental tobacco smoke: fetal and childhood exposure and health outcomes)** si è notato, in Italia e Spagna, una significativa tendenza a fumare meno durante la gravidanza, come pure una minima esposizione al fumo passivo nelle donne incinte non fumatrici e i loro neonati.

In chiusura la relazione di **M. Delcroix, C. Gomez, A. Sasco (Expired air carbone monoxide in pregnant women and its relationship with the newborns' perinatal characteristics. Data of 100 000 mothernewborn dyads)** ha ribadito che il fumo materno durante la gravidanza aumenta il rischio di complicazioni, come ritardo nella crescita intrauterina, prematurità, placenta preavia, morte infantile improvvisa, una maggiore assistenza durante l'infanzia. L'eccezionalità di tale ricerca è da ritrovarsi nell'elevato numero di donne in gravidanza coinvolte a cui è stato misurato il CO espirato.

A conclusione della "sbornia" scientifica la personale sensazione ricavata dall'atmosfera transazionale è stata quella di avere vissuto un'ottima occasione per stabilire relazioni e confronti allargati oltre che nazionali anche internazionali. ■

(Paola Lancia)

VARENICLINA

A fronte dei progressi conoscitivi nel campo delle patologie fumo-correlate, la cessazione dal tabagismo rimane uno fra i problemi più complessi nella pratica clinica quotidiana. Le principali ragioni addotte per spiegare il basso successo dei programmi di cessazione dal fumo sono la scarsa motivazione dei pazienti e l'assenza di un'efficace molecola che possa contrastare i sintomi della sindrome di astinenza nicotinic.

Un nuovo farmaco, Vareniclina, è da poco tempo entrato nel mercato farmaceutico: si tratta di un agonista parziale altamente selettivo per il recettore nicotinic $\alpha 4\beta 2$ che determina quindi il rilascio di un livello minore di dopamina rispetto alla nicotina, suo agonista completo; in tal modo, nei pazienti che hanno appena smesso di fumare, attenua i sintomi della crisi di astinenza.

Uno studio osservazionale sull'efficacia di Vareniclina condotto in Bra-

sile (**Iara N. Fiks, Varenicline "in real life": what's new in smoking cessation? Clinical experience in a private pneumologic clinic**) che prevedeva, dopo una prima visita medica, la prescrizione e la successiva assunzione del farmaco, ha evidenziato come su 32 soggetti con un'età media di 47 anni che avevano iniziato il trattamento con vareniclina, 23 (71.9%) hanno cessato di fumare in tre mesi e, di questi, 18 (56.3%) hanno mantenuto la sospensione fino a fine follow-up.

Risultati simili, seppure in un campione di bassa numerosità, sarebbero stati raggiunti in soggetti di età maggiore a 65 anni (**Cagnazzo MG, Educational group program and varenicline to stop smoking in people older 65 years**).

Su 15 soggetti inizialmente sottoposti ad un programma di cessazione tabagica organizzato in lezioni sulla cessazione dal tabagismo con successiva somministrazione di vareniclina, il tasso globale di cessazione dal fumo (cessation rate) è stato del 73.3%: in particolare, tra coloro che poi effettivamente avevano assunto il farmaco (10/15) e i soggetti che avevano intrapreso solo il programma educativo, il cessation rate è risultato rispettivamente dell'80% (8/10) e del 60% (3/5).

Il razionale dell'impiego di vareniclina e delle terapie sostitutive nella cessazione dal fumo di tabacco, come





precedentemente detto, è quello di attenuare i sintomi della crisi di astinenza. È quindi interessante valutare come i diversi trattamenti incidono sull'evoluzione del craving durante il decorso della terapia. Lo studio condotto da Nerin (**Nerin I., Craving evolution on smokers treated with NRT vs. varenicline**) ha valutato 184 soggetti, di cui 79 (35.4%) trattati con varenicline e 105 (47.1%) trattati con nicotina a rilascio controllato (NRT): sebbene durante il follow-up di 12 mesi non siano emerse differenze statisticamente significative tra i due trattamenti ad eccezione della sesta settimana, i pazienti trattati con varenicline hanno registrato punteggi sul craving minori durante l'ultima fase di trattamento.

Dai dati finora pubblicati è emerso che nausea e alterazioni psichiatriche rappresentano le principali tossicità della terapia con varenicline.

Per quanto concerne queste ultime, diversi studi hanno indagato l'incidenza di reazioni avverse psichiatriche in relazione al trattamento intrapreso (varenicline, NRT, bupropione, placebo). Tonstad (**Tonstad S, Incidence of depression in placebo-controlled clinical trials involving varenicline. / Russ C., Incidence of psychiatric adverse events other than depression in placebo-controlled clinical trials involving varenicline**) analizzando i dati di

9 studi in doppio cieco randomizzati controllati precedentemente pubblicati e coinvolgenti complessivamente 2738 soggetti trattati con varenicline, 795 con bupropione, 1655 con placebo, ha rilevato che l'incidenza di depressione è stata di 2.8% con Varenicline (all doses), 3.1% con Bupropione e 1.8% con placebo. Il rischio relativo di depressione per Varenicline vs. placebo è stato di 1.55 (all doses) e di Varenicline vs. bupropione di 0.89. Sebbene Varenicline aumenti il rischio di depressione rispetto al placebo, non differisce sostanzialmente dal Bupropione. Inoltre, per quanto riguarda l'incidenza di ansia, alterazioni della percezione, alterazioni nell'attività psicomotoria (bruxismo, agitazione), mania, disturbo bipolare e disordini psicotici, non vi sarebbe alcuna evidenza di un aumentato rischio nei soggetti trattati con varenicline rispetto a quelli trattati con Bupropione e placebo.

Un altro studio sull'incidenza di sintomatologia psichiatrica (**Gonzales D., Emergent adverse psychiatric symptoms by therapy during 12 weeks of treatment with varenicline, bupropione SR or placebo for smoking cessation**) che ha analizzato i dati provenienti da 2 trials sulla cessazione dal fumo che includevano un periodo di trattamento di 12 settimane con Varenicline (696

soggetti), con Bupropione (671 soggetti) e con placebo (685 soggetti), ha evidenziato che la frequenza di sintomatologia psichiatrica era simile tra Varenicline e Bupropione, ma maggiore rispetto al placebo. La depressione è risultata incidere in meno dell'1.5% dei soggetti trattati indipendentemente dalla terapia; i sogni anomali sono risultati più frequenti con Varenicline (11.7% Varenicline, 5.7% Bupropione, 4.5% placebo), mentre l'insonnia più frequente con il Bupropione (21.4% Bupropione, 13.9% Varenicline, 12.3% placebo).

Sebbene si possa ritenere che l'incidenza di sintomatologia psichiatrica grave sia globalmente bassa indipendentemente dal tipo di trattamento farmacologico attuato, sembra che insonnia, cefalea e sogni anomali (**Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB Jr, Gong J, Williams KE, Reeves KR. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: Results from a randomised, open-label trial Thorax. 2008 Aug;63(8):717-24**) incidano per più del 10% dopo terapia con Varenicline; inoltre sono necessari studi condotti in pazienti con patologie psichiatriche, dal momento che tali soggetti sono stati esclusi da tutti i lavori attualmente pubblicati. ■

(PierGiorgio Cojutti, Massimo Baraldo
Ambulatorio Tabagismo - Azienda Policlinico UniUdine)





TABAGISMO E AREA PSICOSOCIALE

Si è tenuto a Roma, dal 23 al 26 Settembre 2008, il X Congresso Internazionale della SRNT (Society for Research on Nicotine and Tobacco) dal titolo: "The Scientific Evidence: Criteria for Therapy, Needs for Prevention". Obiettivo del congresso è stato portare all'attenzione degli studiosi provenienti da tutto il mondo il fatto che, nonostante esistano linee guida mondiali ed una vasta letteratura scientifica sull'argomento, l'intervento pratico su tematiche quali lo smettere di fumare, la prevenzione ed il controllo dell'uso di tabacco è ancora troppo spesso basata solo sul senso comune, sull'intuizione e su approcci con scarsa evidenza scientifica.

Uno dei compiti della SRNT è quello di integrare le competenze degli esperti in diversi ambiti e di trasmetterle agli addetti al settore giornalmente impegnati nella ricerca, nella pratica medica, nella formazione sulla terapia e sulla prevenzione del tabacco. Lo scopo di questo incontro fra studiosi di tutto il mondo è stato quello di rinforzare il valore transnazionale dell'evidenza scientifica, come un accettato criterio per la terapia e per l'attività di prevenzione.

Al congresso sono stati presentati diversi contributi scientifici in diverse discipline; per ciò che concerne l'area psicologica o psicosociale, sono stati

presentati 12 studi realizzati da ricercatori provenienti da diverse parti del mondo: 6 sono stati condotti negli USA, 2 in Spagna, 1 in Germania, 1 in Olanda, 1 in Cina ed 1 in Italia.

Le diverse tematiche affrontate in ambito psicosociale vengono descritte nel presente contributo, raggruppandole in aree specifiche, per facilitarne la descrizione, mentre il rimando bibliografico all'abstract originale permette l'approfondimento sui singoli studi.

Le aree in cui abbiamo ritenuto opportuno raggruppare i contributi sono le seguenti: fattori biopsicosociali legati al comportamento tabagico; condotte tabagiche, rappresentazione di sé e degli effetti del fumo; programmi per la prevenzione e cessazione del comportamento tabagico; strumenti di misura per la dipendenza da sigarette; conseguenze del tabagismo.

Fattori biopsicosociali legati al comportamento tabagico

In quest'area emergono alcune tematiche specifiche, quali l'influenza sociale sul comportamento tabagico in adolescenza e l'associazione del tabagismo con fattori psicologici, quali le caratteristiche cognitive e comportamentali degli individui, valutate in età evolutiva.

Slomkowski e Rende hanno condotto due studi sull'influenza della presenza di un fratello o sorella fumatore/fumatrice. Nel primo studio (**Slomkowski C., Rende R. Social targets for preventing adolescent smoking: real time data capture - Transdisciplinary Research Group, Butler Hospital Department of Psychiatry and Human Behavior, The Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, USA**), 60 coppie di fratelli e sorelle di età media 15 anni (e differenza di età media pari a 2 anni) sono state valutate 3 volte in un periodo di 18 mesi usando il paradigma *Ecological Momentary Assessment* (EMA), mediante un computer palmare sul quale fornivano dati in tempo reale sul contesto, sulle relazioni sociali, su stress ed emozioni, e sul bisogno di consumare sigarette e alcolici. Ogni partecipante è stato monitorato ogni circa 30 minuti per 6 giorni in ognuna delle 3 fasi di raccolta dei dati, fornendo in media 100 dati per ogni fase. I soggetti hanno mostrato una buona aderenza al protocollo (oltre 85%) e i dati auto-riportati con il PDA hanno mostrato una correlazione positiva ($r = 0,90$) con i valori salivari della cotinina. I fattori maggiormente influenti sul comportamento tabagico sono la presenza di un fratello e la presenza di un amico, con un'influenza sinergica dovuta alla presenza contemporanea di entrambi. Fumare in presenza di un fratello/sorella





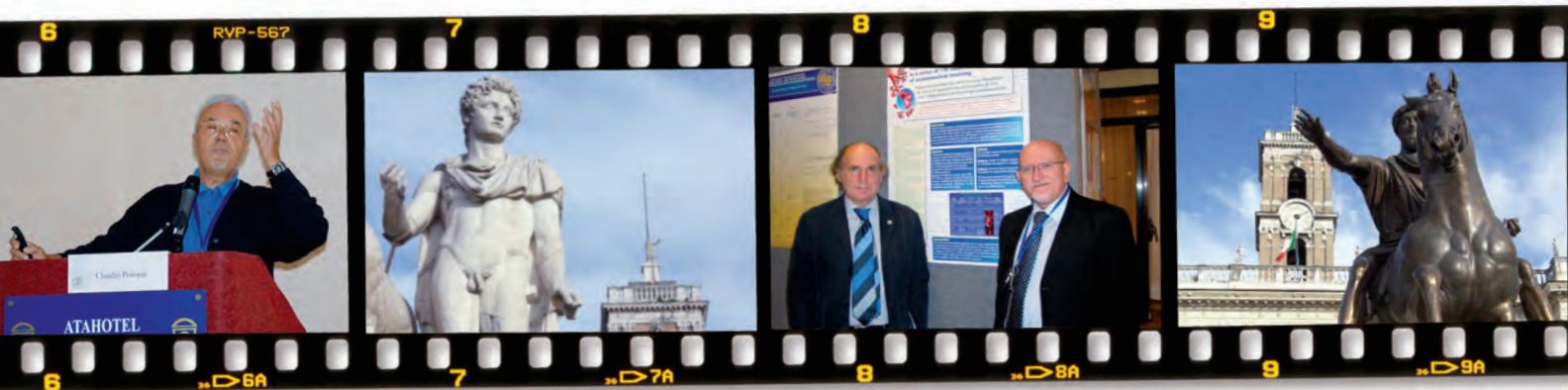
o di un amico avviene specialmente fuori casa e lontano dalla presenza dei genitori. Durante i periodi in cui vengono infrante regole comportamentali, come fumare, i fratelli riportano livelli elevati di sentimenti sia negativi, sia affiliativi con i fratelli. Da questo studio emerge un forte sostegno ai modelli teorici che enfatizzano l'influenza interpersonale e sociale dei pari e dei fratelli sul comportamento tabagico degli adolescenti più giovani, specialmente in situazioni di intense emozioni, sia positive che negative.

Nel secondo studio (**Rende R., Slomkowski C. Social influences on adolescent smoking: drawing implications for prevention from genetically-informative designs - Transdisciplinary Research Group, Butler Hospital Department of Psychiatry and Human Behavior, the Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, USA**), i due autori hanno indagato il comportamento tabagico in fratelli gemelli (monozigoti e dizigoti), in fratelli continui (nati uno dopo l'altro) e in fratelli non continui. Il campione era composto da oltre 2000 fratelli partecipanti ad uno studio longitudinale statunitense sulla salute degli adolescenti. I dati auto-riportati riguardano il percorso da fumatori, l'attuale frequenza comportamentale (il numero di giorni in cui si è fumato negli ultimi 30 giorni), l'intensità (cioè il numero

di sigarette fumate per giorno) e sono stati raccolti durante l'adolescenza (età media 16 anni) e la prima fase dell'età adulta (età media 21 anni). I risultati mostrano significativi effetti dovuti al contesto ambientale sull'iniziazione a fumare, sull'intensità e sulla frequenza del comportamento tabagico, sia per gli adolescenti che per i giovani adulti. Oltre il 50% dell'effetto ambientale è attribuibile alla presenza di fratelli e di pari fumatori e le influenze socio-ambientali sugli adolescenti fumatori appaiono forti estese in tutto l'arco dell'adolescenza e operanti indipendentemente dalla componente genetica. Queste influenze sociali incidono sulle dinamiche relazionali come esperienze condivise. Il contesto sociale di prossimità appare pertanto un promettente campo di azione sia per la prevenzione del comportamento tabagico, sia per la limitazione della progressione verso più alti livelli di frequenza ed intensità del fumo.

Un altro studio sui fattori predisponenti del comportamento tabagico è stato condotto negli USA da Cornelius e colleghi (**Cornelius M.D., Leech S.L., DeGenna N. Early childhood predictors of tobacco and other drug use in young adolescents - University of Pittsburgh, School of Medicine, Department of Psychiatry, USA**) sul ruolo dei fattori cognitivi e comportamentali identificati nella scuola primaria come possibili predit-

tori dell'uso di sostanze nella prima adolescenza. Questo studio prospettico esamina le relazioni tra consumo di tabacco e caratteristiche di 236 ragazzi di 14 anni con madri giovani (49% femmine, 74% afroamericani), monitorati dall'età di 6 anni fino ai 14. All'inizio dello studio, i bambini di 6 anni avevano compilato test sulle dimensioni comportamentali e sulle abilità cognitive. Dai dati è emerso che, all'età di 14 anni, il 29% dei soggetti intervistati aveva già provato a fumare, il 18% aveva già bevuto alcol, il 20% aveva già usato marijuana, con un inizio rispettivamente all'età media di 11,7, 13 e 12,9 anni. Inoltre, i comportamenti esternalizzanti e una condizione sociale umile risultano predittivi dell'uso di marijuana a 14 anni; nessuno dei domini comportamentali o cognitivi misurati appare predittivo del comportamento alcolico, che risulta associato solo alla razza caucasica; mentre i predittori del comportamento tabagico a 14 anni sono la tendenza del bambino ad esternalizzare i problemi e alti livelli di attività, oltre all'aver una madre fumatrice con un atteggiamento poco ostile. Nessuna dimensione cognitiva valutata a 6 anni appare infine predittiva dell'uso di alcuna sostanza a 14 anni. Da questo studio emerge come bambini con comportamenti esternalizzanti e alti livelli di attività all'età di 6 anni possano essere più suscettibili di un inizio precoce





dell'uso di tabacco e marijuana. Poiché l'esposizione prenatale al tabacco e alla marijuana è stata associata a risultati analoghi a questi, ricerche future dovranno esaminare il ruolo dell'iperattività e dell'esternazione come potenziale mediatore tra esposizione gestazionale e suscettibilità dei figli al fumo e all'uso di sostanze.

Condotte tabagiche, rappresentazione di sé e degli effetti del fumo

Oltre ai fattori biopsicosociali che possono influire sul comportamento tabagico, sono stati presentati studi che descrivono le condotte tabagiche e le rappresentazioni dei soggetti riguardo al proprio status di fumatore o meno e agli effetti che il fumo produce.

Uno studio volto a descrivere, analizzare e conoscere meglio i comportamenti specifici dei fumatori è stato condotto da Salto e colleghi (**Salto E., Ververde A., Ortega G., Cabezas C. What our smokers are they like? - Catalonia, Spain**) su un sottocampione di 4.319 individui (di età superiore ai 14 anni) estrapolato da un campione più ampio di uno studio trasversale condotto nel 2006 in Catalogna su 15.926 individui. Dall'analisi descrittiva del sottocampione emerge che 1.231 sono fumatori abituali. L'età media dei fumatori è pari a 38,13 anni, tra questi l'87% è formato da fumatori abituali di

13,5 sigarette al giorno in media, che fumano da una media di 21 anni e hanno effettuato una media di 2,8 tentativi infruttuosi di smettere. I maschi intervistati sono di età maggiore rispetto alle donne (39,7 contro 36 anni per le donne, di media), hanno cominciato prima a fumare (17,1 anni contro 17,7), fumano di più (15,3 contro 11, 3 sigarette al giorno) e hanno attuato un minor numero di tentativi per smettere di fumare (2,8 contro 2,9). Il 43,2% dei soggetti ha effettuato un tentativo nell'ultimo anno (38,7% nei maschi), la maggioranza dei quali (88,2%) affidandosi solo alla forza di volontà, il 5,4% affidandosi all'aiuto del dottore, 2,5% rivolgendosi al farmacista, 2% a infermieri e ancora meno a psicologi, ipnotisti ed agopuntori. I trattamenti alternativi maggiormente utilizzati sono: l'uso della gomma da masticare alla nicotina (9,8%), il cerotto (6,9%) e le compresse (3,1%), mentre il Bupropione è stato utilizzato solo in minima parte (0,5%). Le maggiori ragioni di ricaduta sono state: nervosismo (49,3%), pressioni da parte di altri (14,4%), eventi dolorosi (13,5%), noia (11,2%) e aumento di peso (5,5%). Infine, ancora un 2,3% del campione considera il fumo non dannoso, il 45,6% non è preoccupato dall'effetto negativo del fumo sulla salute e solo al 22,3% è capitato che gli sia stato richiesto, da parte di qualcun altro, di non fumare, specialmente a casa, al lavoro e

al ristorante. Da questo studio emerge come la popolazione dei fumatori in Catalogna mostri globalmente un profilo medio-alto di consumo di tabacco, con una piccola percentuale di tentativi di smettere, in genere tramite auto-aiuto e non supportata da farmaci, con elevate ricadute dovute a irritabilità, caratterizzato da un'alta proporzione di fumatori soddisfatti e inconsapevoli degli effetti nocivi del fumo.

Dalla letteratura emerge un progressivo aumento del numero dei fumatori definiti "leggeri" (coloro che fumano meno di 10 sigarette al giorno) e occasionali (quelli che fumano solo in particolari occasioni). Queste persone tendono spesso a non considerarsi fumatori, a sottovalutare il fumo come comportamento di rischio per la salute e a considerare poco rilevante l'obiettivo di smettere di fumare. Riguardo alla percezione del rischio legato al fumo, la letteratura presenta spesso risultati contrastanti, mostrando che i fumatori tendono sia a sottovalutare, sia a sovrastimare i rischi del fumo. La percezione di sé come fumatore e del rischio percepito associato ai danni provocati dal tabacco è rilevante per attuare strategie efficaci di prevenzione del tabagismo, sia tra gli adulti, sia tra gli adolescenti. A tale proposito, Levy e colleghi (**Levy D., Rigotti N., Biener L. The natural history of light and intermittent smoking: a population-based cohort**





study - Massachusetts General Hospital, Boston, USA) hanno presentato una ricerca effettuata su un campione di 3.083 adulti del Massachusetts, definiti come fumatori leggeri (meno di 10 sigarette al giorno) e molto leggeri (meno di 5). I soggetti sono stati intervistati tre volte in 4 anni: nel 2000/1 e 2002/3 con un tasso di risposta pari al 56%, $n = 1726$ e nel 2005/6 con un tasso di risposta pari al 43%, $n = 1319$. Dallo studio è emerso che i fumatori occasionali, se confrontati con quelli abituali, sono più giovani, cominciano a fumare più tardi, hanno uno stato socio-economico più elevato, mostrano una minor percezione di dipendenza da nicotina, fumano di più con gli amici e attuano un maggior numero di tentativi per smettere di fumare. I fumatori molto leggeri, se comparati con quelli abituali a 4 anni, mostrano una maggiore probabilità di mantenere un pattern tabagico più stabile (31% contro il 7%), mostrano una probabilità inferiore di aumentare il numero di sigarette fumate (20% contro 32%) e hanno una maggiore probabilità di smettere (44% contro 27%). I fattori associati ad un aumento del numero di sigarette fumate durante il giorno, nei fumatori molto leggeri, sono l'appartenere all'etnia bianca, fumare sigarette quotidianamente, minor distanza di tempo dalla prima sigaretta fumata, avere più amici che fumano e fumare soprattutto con gli amici. In questa popolazione, i

fumatori "leggeri" non necessariamente diventano fumatori abituali. In particolare, fumatori molto leggeri e non abituali difficilmente aumentano il numero di sigarette e spesso smettono, mentre fra questi hanno più probabilità di incrementare progressivamente il consumo di tabacco coloro che mostrano sintomi di dipendenza da nicotina o che vivono in ambienti sociali che incoraggiano il tabagismo.

Un altro studio, volto a indagare la relazione fra la percezione del non sentirsi fumatore e l'aver fumato durante gli ultimi 30 giorni, è stato condotto da Berg e colleghi (**Berg C.J., An L.C., Sanem J.R., Lust K.A., Kirch M.A., Ehlinger E., Ahluwalia J.S. Discrepancies between cigarette use and smoker self-identification among college students - University of Minnesota, Department of Medicine, USA**), che si sono posti l'interrogativo se il non percepirsi come fumatore possa influenzare, ed in quale maniera, i tentativi per smettere di fumare tra gli studenti di college americani. Il campione dello studio è composto da 9.931 studenti provenienti da 14 scuole, che hanno completato un'intervista online. Dei 2263 (22.8%) studenti che hanno dichiarato di aver fumato negli ultimi 30 giorni, 1148 (il 50.7%) hanno risposto NO alla domanda: "ti consideri un fumatore"? I risultati dello studio indicano che i fattori legati al non percepirsi come fumatore sono:

essere di età più giovane, maschio, frequentare il 4° anno di corso invece che il 2° ed avere consumato alcool negli ultimi 30 giorni. Non percepirsi come fumatore è correlato positivamente anche con il non aver mai provato a smettere di fumare. Dai risultati emerge che oltre la metà dei ragazzi che hanno fumato negli ultimi 30 giorni non si etichettano come fumatori, sono meno inclini a smettere e considerano smettere di fumare poco rilevante. Per questo motivo, gli autori suggeriscono di raccogliere informazioni più dettagliate sui comportamenti tabagici dei giovani, nelle indagini sul tabagismo, piuttosto che limitarsi a chiedere loro se sono o meno fumatori.

Repetto ha in fine condotto uno studio per valutare le caratteristiche di un gruppo di 452 adolescenti cileni che vivono in Spagna indagandone la percezione sia dei benefici, sia dei rischi associati al fumo come predittori del comportamento tabagico. Diverse variabili sono state oggetto di studio: rischi percepiti a breve termine (ammalarsi più frequentemente di raffreddore), a lungo termine (possibilità di sviluppare un tumore, vita più breve), conseguenze negative sull'immagine fisica, sulle relazioni sociali (alito cattivo, avere meno amici) e su possibili dipendenze future. Sono stati anche definiti i benefici, identificando 4 dimensioni: gestione del peso, gestione dell'umore negativo, focalizzarsi meglio





sul compito e sulle relazioni sociali. Le differenze riguardo al sesso sono emerse in riferimento ai benefici percepiti dal fumare in merito alle relazioni sociali: i maschi percepiscono un maggiore effetto positivo del fumo sulle relazioni sociali rispetto alle femmine. Nei soggetti che avevano già fumato, a differenze di quelli che non avevano mai fumato, è emersa la percezione del fumare come modalità efficace nella gestione dell'umore negativo. Il fumare meno viene percepito come effetto negativo sulla costruzione e sul mantenimento delle relazioni sociali fra fumatori. Altri risultati suggeriscono che rischi e benefici possono dipendere specificatamente dal livello di consumo delle sigarette e che non esiste un unico modello per spiegare il comportamento dell'adolescente fumatore.

Programmi per la prevenzione e cessazione del comportamento tabagico

Un contributo tedesco (**Geier A., Metz K. Smoking cessation for adolescents - presentation of theoretically and empirically well-founded smoking cessation programme - IFT Institut Fuer Therapieforchung Parzivalstrasse 25, Munich, Germany**) illustra il background teorico del comportamento degli adolescenti fumatori per costruire un programma di trattamento che sia teoricamente ed empiricamente

ben fondato. Gli autori hanno condotto un'analisi della letteratura sulle teorie e sugli studi empirici su adolescenti fumatori e sulle tecniche da essi utilizzate per smettere di fumare. In base alle informazioni raccolte è stato sviluppato un nuovo modello, composto di 6 fasi. Il programma, sviluppato per gruppi di 4-8 partecipanti e indirizzato sia a ragazzi che ragazze, può essere condotto sia a scuola che in centri di aggregazione extra scolastici. Il coinvolgimento dei ragazzi al programma è anticipato da un incontro informativo interattivo, precedente l'inizio del programma, allo scopo di convincere e invogliare i giovani a partecipare. Al fine di favorire un aumento dell'autostima e la costituzione dell'identità di non fumatore, gli incontri vengono condotti con modalità giocosa ed accompagnati da musica. La motivazione dei partecipanti è mantenuta alta da elementi dinamici del gruppo, come slogans comuni e incentivi o piccole ricompense. Una telefonata e due sms servono come ulteriori contatti nel periodo post-intervento (prevenzione delle ricadute).

De Vries e colleghi (**De Vries H., Smit E.S., Dijk F. Smoke-alert: effects of an internet-based computer tailoring program for older adolescents - Care School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht, Netherlands**) hanno presentato uno studio sugli effetti di un pro-

gramma di educazione alla salute che si pone l'obiettivo di aiutare gli adolescenti a smettere di fumare. Si tratta di un programma computerizzato, chiamato "Smoke Alert", di prevenzione primaria e secondaria rivolto a fumatori fra i 15 e 18 anni di età olandesi. Oltre 2.700 studenti di 42 scuole hanno partecipato allo studio per definire l'efficacia del programma completando un questionario online riguardante diversi ambiti: il comportamento del fumatore, la relazione con dimensioni quali atteggiamento, influenza sociale e autoefficacia, piani d'azione e intenzione di fumare o smettere, usando il modello *Change* sviluppato precedentemente dagli stessi autori. Gli studenti sono stati assegnati casualmente ad una fra tre condizioni, due sperimentali ed una di controllo. I gruppi sperimentali avevano ricevuto 3 lettere personalizzate di feedback in 6 mesi, il primo gruppo direttamente sullo schermo del proprio computer, il secondo gruppo tramite materiale cartaceo in classe. Le informazioni riguardavano: la percezioni degli adolescenti sui pro e contro del fumare, del non fumare, dello smettere di fumare; come ottenere sostegno sociale per non fumare e come aumentare la propria autoefficacia. Al baseline, il 19% degli studenti si dichiarava fumatore (cioè fumava almeno una volta al mese) e la maggior parte di questi (12%) lo faceva giornalmente. Al follow-up dopo 6 mesi,





più studenti risultavano fumatori (21%), sebbene la percentuale dei fumatori abituali non fosse cambiata. I fumatori in condizione di controllo mostravano un tasso di cessazioni (17%) inferiore, rispetto a quelli in condizione "Internet" (27%). Inoltre, i soggetti non fumatori in condizione sperimentale mostravano una probabilità minore di cominciare a fumare rispetto agli adolescenti nella situazione di controllo. I tassi di nuovi inizi erano 9% per il gruppo di controllo, 6% per il gruppo "Internet" e 4% per il gruppo sperimentale con feedback cartaceo. I risultati di questo studio mostrano che la modalità computerizzata può essere usata efficacemente per gli adolescenti più grandi per rinforzare il comportamento di non fumatore e per stimolare i fumatori a smettere.

È stato presentato anche un contributo italiano sui programmi nelle scuole per smettere di fumare (**Testi R, Ferrari L. Tobacco prevention lessons in secondary school in verona-italy: perceptions by the students - Centro Studi Fondazione Smith Kline, Rome; Liceo Scientifico Statale "Girolamo Fracastoro" Verona, Italy**) che riassume i risultati di una ricerca condotta in un Liceo Scientifico di Verona con lo scopo di esplorare la percezione di un programma sulla prevenzione del fumo. 331 studenti di 15 classi di scuola superiore sono stati incontrati nelle rispettive classi in due oc-

casioni distinte, distanziate dieci giorni l'una dall'altra, da uno pneumologo che ha spiegato loro un programma di prevenzione specificatamente preparato. Il programma includeva: un questionario di 15 item a risposta dicotomica (vero/falso) su atteggiamenti, comportamento sociale e rischi di sviluppare malattie legate al fumo; una lista di motivazioni favorevoli o non favorevoli al fumare, che permetteva di elaborare un profilo personale in base alle abitudini al fumo; una presentazione al computer con informazioni relative ai seguenti argomenti: inizio e incidenza del tabagismo in adolescenza, influenza dei genitori, dei media e del gruppo di amici, strategie di vendita messe in atto dalle multinazionali del tabacco, composizione delle sigarette, meccanismi della dipendenza da nicotina, malattie fumo-correlate, legislazione europea in merito al divieto al fumo; infine un video di 5 minuti sul fumo passivo e l'inquinamento da PM10. Alla fine del secondo incontro, il questionario è stato discusso e la precedente posizione rivista in piccoli gruppi. Dal questionario risulta una grande dispercezione riguardo ai danni da fumo. Il grande interesse mostrato dai partecipanti per questo programma rafforza la necessità di implementare programmi di controllo sul tabacco per incoraggiare i non fumatori a non cominciare, oltre che a motivare i fumatori a smettere.

Strumenti di misura per la dipendenza da nicotina

È stato presentato un nuovo strumento, creato e validato da due colleghi cinesi (**Chih-Ling Huang, Hsiu-Hung Wang. The comprehensive cigarette dependence scale: development and psychometric evaluation - Department of Nursing, Chang Jung University, Taiwan College of Nursing, Kaohsiung Medical University, Taiwan**) per la valutazione della dipendenza tabagica. Si tratta della *Comprehensive Cigarette Dependence Scale* (CCDS), primo questionario completo testato e validato sulla popolazione di Taiwan, volto all'assessment fisiologico, psicologico e sociale della dipendenza da sigarette, poichè lo strumento finora utilizzato (la versione cinese del *Fagerstrom*) si è mostrato carente per la diagnosi psicosociale e sociale della dipendenza da nicotina. Per validare il nuovo strumento, è stato condotto uno studio trasversale in tre fasi tra febbraio 2006 e gennaio 2008. Nella prima fase, un'intervista semi-strutturata è stata somministrata a 39 fumatori maschi adulti. Il campione includeva fumatori che avevano o meno provato a smettere di fumare di età superiore ai 18 anni. Un pool iniziale di 367 items è stato ottenuto in base all'analisi della letteratura, ai risultati della prima fase dello studio e alle opinioni degli esperti. Nella seconda fase, l'analisi degli item del CCDS è stata condotta sui questionari compilati da 109 maschi fumatori adulti. Nella terza





fase il questionario è stato sottoposto a 256 partecipanti. La valutazione psicometrica include consistenza interna, affidabilità test-retest, validità di contenuto, validità di criterio concorrente e validità di costrutto. Molte sottoscale del CCDS mostrano accettabili validità e affidabilità. La sottoscala che misura la dipendenza fisiologica, composta da 30 item, copre i criteri diagnostici di dipendenza da nicotina ed ha una consistenza interna maggiore della versione cinese del test di Fagerstrom. Consistenza interna e stabilità sono sostenute da un buon alpha di Cronbach e da un test-retest a due settimane maggiore di 0,80 per ogni sottoscala, comprese quelle dei domini psicologico (37 item) e sociale (12 item). Infine, ogni sottoscala della dipendenza fisiologica correla positivamente con specifici biomarker. Questo strumento appare utile sia per coloro che si occupano di salute pubblica, sia per i professionisti della salute, visto il suo approccio globale alla diagnosi di dipendenza da sigarette, che mette in evidenza una prospettiva psicologica e socio-culturale mai utilizzata prima per lo studio della dipendenza tabagica in Taiwan.

Conseguenze del tabagismo

Oltre ai fattori che hanno un ruolo predittivo del comportamento tabagico, appare interessante studiare l'influenza che il comportamento tabagico ha sullo

sviluppo di condizioni specifiche come ad esempio il sovrappeso o l'obesità. Un'ampia letteratura sulla relazione tra peso corporeo e tabagismo presenta risultati contrastanti, che mostrano, ad esempio, come i fumatori in generale pesino meno dei non fumatori, sebbene i forti fumatori pesino più di chi non ha mai fumato. Pomerleau e colleghi (**Pomerleau C.S., Snedecor S.M., Pomerleau O.F. Never-smokers with a positive family smoking history are more likely to be overweight or obese than never-smokers with a negative smoking history - University of Michigan Department of Psychiatry, USA**) hanno presentato uno studio condotto negli USA volto gettare luce su questa complessa relazione, confrontando fra loro persone che non hanno mai fumato provenienti da famiglie con o senza una storia di tabagismo. Il campione dello studio è composto da 99 famiglie con i due genitori non fumatori (FH-) e 71 famiglie con i due genitori fumatori (FH+). Tenendo sotto controllo sesso, razza ed età, l'indice di massa corporea (BMI) appare significativamente più alto nei soggetti di famiglie FH+ che in quelli di famiglie FH-; i soggetti provenienti da famiglie FH+ hanno inoltre una probabilità 2,7 volte maggiore di essere sovrappeso o obesi e mostrano risultati maggiori in un questionario per valutare l'alcolismo rispetto a quelli con famiglia FH-. Questo studio offre qualche sostegno all'ipotesi della tendenza ereditaria

ad un comportamento alimentare disinibito, consistente nell'adozione di comportamenti di rischio, fra cui l'abbuffarsi di cibo, che caratterizza i genitori fumatori, oppure la presenza di possibili carenze educative verso i figli nell'infanzia, quali scarsa enfasi posta sull'attività fisica, e/o di altri fattori metabolici/costituzionali ereditati, che potrebbero aver guidato un comportamento tabagico legato al controllo del peso nei genitori FH+. Dagli studi di ambito psicosociale presentati al X Congresso Nazionale della SRNT sono emerse indicazioni utili per capire le direzioni da intraprendere per prevenire e contrastare il comportamento tabagico. Analogamente a quanto già evidenziato in letteratura, è emerso che, poiché il fumare è un comportamento dannoso largamente in uso anche tra i giovani, è importante conoscere e comprendere, sia i meccanismi che lo governano e lo influenzano, sia i fattori predisponenti al fine di programmare adeguati interventi di prevenzione primaria e secondaria, volti i primi a ridurre la probabilità che si inizi a fumare e che questa diventi un'abitudine stabile, i secondi a modificare il comportamento tabagico quando è già stabilizzato. Dalle ricerche riportate, emerge la necessità di uno studio attento di molteplici dimensioni personali, psico-sociali, comportamentali e dell'ambiente percepito, fra i quali pressione dei pari e dei fratelli, influenza della famiglia e dell'ambiente





socio-culturale, controllo e vulnerabilità personale e sociale nel coinvolgimento in comportamenti di rischio, messa in atto di altri comportamenti dannosi per la salute (fare uso di alcol e droga). Riguardo all'influenza del controllo sociale è emerso che i ragazzi che percepiscono un minor controllo del proprio comportamento da parte dei genitori mostrano una maggiore vulnerabilità verso il fumo, mentre i ragazzi i cui fratelli maggiori fumano tendono a fumare in quanto questi offrono loro modelli autorevoli da imitare. La percezione dello stress quotidiano causato dalla famiglia, dalla scuola e dalla vita sociale e di relazione, figura come un ulteriore fattore associato al comportamento tabagico. Un altro fattore emerso e su cui prestare attenzione si riferisce alla rappresentazione di sé del fumatore: aumenta, infatti, progressivamente il numero di persone che fumano in maniera occasionale o in determinati contesti (i cosiddetti *Social Smokers*) che non si percepiscono co-

me fumatori proprio per la loro non continuità nel comportamento tabagico. Questa popolazione di fumatori "leggeri" o occasionali non necessariamente progredisce verso un profilo stabile di fumatore abituale. In particolare, fumatori molto leggeri e non abituali mostrano una probabilità minore di aumentare il numero di sigarette fumate al giorno. I comportamenti di rischio degli adolescenti come quello tabagico sono legati all'interazione fra l'immagine di sé e lo stereotipo del fumatore che ognuno si è formato. Inserire fumatori che non si rappresentano come tali in programmi per smettere di fumare appare difficile, proprio a causa di tale rappresentazione. Se ne trae un suggerimento a tenere conto di questa dimensione rappresentativa, nel programmare interventi di prevenzione che offrano anche spunti educativi per chiarire e approfondire il concetto di comportamento tabagico. Dagli studi è infine emerso che la maggioranza dei fumatori, nonostan-

te le linee guida mondiali ed una vasta letteratura scientifica in merito, intraprende un percorso per smettere di fumare basandosi solo sul senso comune, sull'intuizione e su approcci senza evidenza scientifica, evitando di rivolgersi direttamente a specialisti del settore. I contributi presentati in relazione ai programmi volti alla prevenzione primaria e secondaria del comportamento tabagico suggeriscono la necessità di sviluppare programmi efficaci da utilizzare fin dalle scuole medie, in modo da informare e formare gli adolescenti ad un comportamento salutare. A tali suggerimenti ci preme aggiungere quello di informare altrettanto precocemente la popolazione giovanile sull'aiuto sia alla cessazione, sia al mantenimento della condizione di non fumatore, che può essere loro offerto dalle strutture e dagli esperti di tabagismo presenti sul loro territorio. ■

(Alberto Dionigi, Paola Gremigni
Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna)

Arrivederci a Dublino (27-30 Aprile 2009)

Dear SRNT Europe Member,

The European chapter of SRNT is currently in good health, as reflected in the high number of registrations at the recent annual meeting in Rome. However, we noticed that there were far more registrations from European delegates than there are European members of SRNT.

With the SRNT meeting being held jointly with SRNT Europe in 2009 in Dublin (<http://www.srnt.org/meeting/2009/index.html>), we hope to use this opportunity to increase the number of European members. In particular, for both the SRNT and SRNT Europe meetings, the cost difference between registration for members and non-members is equivalent to the cost of membership of SRNT for one year.

Would therefore ask you to encourage your European colleagues, postdoctoral fellows, PhD students and anyone else who might be considering attending the Dublin meeting to join SRNT and increase the representation of European members in the society in general.

I look forward to seeing you in Dublin.

Yours, Marcus Munafò
President, SRNT Europe



Un incontro con... Stefano Nardini

intervista di **Manuela Giovenchi**



Stefano Nardini, pneumologo, è primario del servizio di Pneumologia dell'ospedale di Vittorio Veneto, segretario generale dell'AIMAR (Associazione Interdisciplinare per le Malattie Respiratorie) e co-fondatore della SITAB.

TABACCOLOGIA: Lei è uno dei maggiori esperti di Tabagismo e certamente il primo pneumologo d'Italia che ha studiato con interesse e passione i problemi relativi al consumo di tabacco. Com'è iniziato questo percorso?

NARDINI: Per tutti gli anni Ottanta, prima di passare ad altro incarico, ho gestito un "modulo" (allora si chiamava così) di endoscopia respiratoria: in pratica ero incaricato di fare broncoscopie. La broncoscopia è un esame che viene effettuato con uno strumento flessibile a fibre ottiche di piccolo diametro che consente di entrare attraverso il naso, la gola e la trachea a visionare i bronchi. Di gran lunga il principale scopo della broncoscopia è confermare o escludere un sospetto di tumore del polmone. E in effetti, si diagnosticava un gran numero di tumori.

A quel tempo, e purtroppo ancora adesso, la prognosi del cancro del polmone non era per niente buona (in effetti da circa 40 anni la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi di questa malattia è intorno al 10-15%): la maggior parte dei malati che ricevevano la diagnosi moriva dopo poche settimane o mesi. Veniva quindi spontaneo chiedersi quale fosse il significato del nostro lavoro. L'approccio doveva essere cambiato: come diceva un epidemiologo inglese, dovevamo "spostarci più a monte" per intervenire prima che una persona si ammalasse.

Per quel che concerne il tumore polmonare, già allora era ampiamente dimostrato che la sua causa di gran lunga principale era il fumo. Così il mio percorso è iniziato.

TABACCOLOGIA: La ricerca tabaccologica ha avuto un posto centrale nel suo lavoro, e alcune sue pubblicazioni rimangono una

traccia evidente. Come e quanto ritiene di avere influenzato la categoria professionale nell'ambito delle malattie respiratorie?

NARDINI: Non sono in grado di rispondere a questa domanda in modo preciso, perché non sono in possesso di dati. Volendo essere realista, ritengo che la azione condotta (non solo da me ma anche da molti altri valorosi Colleghi) abbia contribuito a sensibilizzare la categoria degli Pneumologi sul problema. Su questo punto ci sono delle evidenze chiare, ma al risultato positivo hanno sicuramente contribuito anche i cambiamenti socio-culturali della società italiana nei confronti del fumo.

TABACCOLOGIA: Il suo interesse per la materia non è rimasto confinato alla relazione del fumo con le patologie respiratorie, ma ha dovuto necessariamente sviluppare ulteriori competenze nelle strategie di controllo del tabacco e in particolare nella prevenzione. Quanto conta l'ecletticità in tabaccologia?

NARDINI: Direi che è fondamentale. Non riusciremo a modificare sostanzialmente la prevalenza di fumo nei prossimi anni, soprattutto non riusciremo a far smettere di fumare percentuali consistenti di fumatori, se non inseriremo gli interventi di disassuefazione all'interno dell'insieme di tutti gli altri interventi, dall'aumento dei prezzi delle sigarette, alla educazione sanitaria della popolazione, alla vigilanza attiva e se necessario - cattiva sul divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro.

Questo ovviamente vale anche simmetricamente: i divieti saranno tanto meglio osservati, quanto più sarà disponibile assistenza per aiutare i fumatori a smettere. Sono del parere che l'applicazione dell'articolo 51 della legge 3/2003 sarebbe stata (e sarebbe) molto più

semplice e vasta in presenza di una rete nazionale organizzata di cure primarie e ambulatori specialistici che avessero aiutato i fumatori "spiazzati" dalla legge a smettere di fumare.

TABACCOLOGIA: Il progetto Ospedali senza Fumo ha avuto in lei il principale promotore. Poi ha avuto una battuta d'arresto. Cosa suggerisce per farlo ripartire?

NARDINI: Una serie di circostanze mi ha impedito di continuare a occuparmi del progetto a partire dal 2001, quindi non posso rispondere, con cognizione di causa, sul progetto in se.

Sulle prospettive future ci sono due considerazioni da fare: la prima è che l'articolo 51 della legge 3/2003 ha cambiato indubbiamente il quadro di riferimento.

Il fumo negli ospedali effettivamente era proibito già dal 1975, ma il dettato della legge ne rendeva difficile la applicazione pratica.

I cambiamenti della accettazione sociale del fumo e il buon lavoro fatto dall'Ufficio legislativo del Ministero della salute in fase di stesura del testo di legge consentono oggi un controllo quasi completo del fumo.

Per il domani un progetto di "Ospedali senza fumo" deve ripartire proprio da qui, dalla verifica della osservanza della legge 3/2003. Poi, secondo me, una buona idea potrebbe essere la applicazione - sul piano nazionale - del codice europeo degli ospedali senza fumo, che è parte della rete europea omonima, di cui la Società scientifica di cui sono attualmente segretario, l'AIMAR, è stata (ed è) referente italiano. Il codice detta una serie di azioni che tracciano la strada per un controllo completo del fumo, prevedendo un livello di base

e- attraverso successivi passi- un livello di eccellenza come punto di arrivo. Coerentemente, sulla base, prima, di una auto-valutazione, e poi di verifiche esterne, prevede che vengano conferiti gradi diversi e crescenti di riconoscimento dell'impegno per il controllo completo del fumo.

È il caso di sottolineare che in altri Paesi, a noi vicini, come la Francia, l'adesione al progetto e l'applicazione del codice è una condizione per l'accreditamento della struttura ospedaliera

TABACCOLOGIA: *Lei è stato uno dei fondatori della Società di Tabaccologia. A distanza di anni ritiene che quel progetto iniziale di società scientifica si sia evoluto?*

NARDINI: Ho aderito molto volentieri alla proposta che a suo tempo mi fece Giacomo Mangiaracina di partecipare alla fondazione della SITAB.

Devo altrettanto sinceramente confessare che successivamente non ho partecipato con continuità alla vita societaria.

Per rispondere alla domanda, è opportuno distinguere nell'ambito del controllo del fumo, le azioni di sensibilizzazione in senso lato (gli anglosassoni definiscono questo ambito "advocacy") dalle azioni mediche in senso stretto, e, aggiungo, tale distinzione sarebbe molto proficua anche in Italia.

Le azioni mediche consistono nell'assistere i fumatori perché attraverso opportune cure guariscano o migliorino la loro malattia.

L'advocacy consiste nella educazione sanitaria della popolazione, nella divulgazione più ampia possibile delle informazioni disponibili, nell'arruolamento di testimonial di eccezione contro il fumo, cioè in tutte quelle iniziative che controbattano il marketing e le bugie delle aziende produttrici di tabacco e aiutano la società nel suo insieme a difendersi dal loro attacco, stabilendo, prima di tutto il non-fumo come norma.

In assenza di queste azioni, anche le migliori azioni mediche avrebbero sul fumo un impatto del tutto marginale. Secondo me, dovrebbe essere quest'ultimo il campo principale di azione di

SITAB, oggi. E in parte per quel che so, è proprio così.

TABACCOLOGIA: *L'ambito della formazione universitaria e post-universitaria in tabaccologia risulta ancora carente: quali linee di indirizzo ritiene si debbano indicare per promuoverla?*

NARDINI: Questo purtroppo è uno dei due veri punti critici della situazione italiana, insieme con il mancato rimborso delle cure per smettere di fumare da parte del servizio sanitario nazionale.

Tra l'altro, l'assenza di una formazione sul fumo, universitaria e specialistica condiziona anche la possibilità di codificare per il SSN le prestazioni specialistiche sul fumatore.

A mia cognizione, solo una università in Italia ha formalizzato un master nella materia che ci interessa.

Tuttora insomma assistiamo al paradosso che la più importante causa di morte prevenibile nella nostra società non viene affrontata nelle nostre università e la sua terapia non viene insegnata ai futuri medici e infermieri.

Per fortuna una parte di questo deserto viene abitato dalle società scientifiche, soprattutto di area respiratoria, e tuttavia gli eventi ECM sul fumo sono poche decine su molte decine di migliaia che ogni anno vengono accreditate in Italia. Temo che finché il ministero competente non formalizzerà il fumo come materia di insegnamento universitario e specialità post-laurea, la situazione non sarà sbloccata.

TABACCOLOGIA: *Il dialogo con e tra le varie società scientifiche dovrebbe amplificare iniziative e progetti, e pertanto risulta indispensabile. A che punto siamo?*

NARDINI: In Italia sono ben poche le società scientifiche che si occupano di formazione e ricerca sul fumo.

Tra quelle che se ne occupano, siamo ancora alle prove di dialogo. La situazione però è promettente, perché ci sono società, come la SITAB, ad esempio, che sono molto attive nel programmare o aderire a iniziative comuni.

TABACCOLOGIA: *Il congresso AIMAR che avrà luogo a Napoli nel marzo prossimo darà spazio, e quanto, ai temi del tabacco?*

NARDINI: Il congresso AIMAR di Napoli darà spazio al fumo in una prospettiva essenzialmente clinica.

Lo specialista in malattie respiratorie deve innanzitutto imparare a aiutare i propri pazienti a smettere di fumare: se tutti gli pneumologi si impegnassero seriamente in questo compito, la salute della comunità migliorerebbe significativamente e rapidamente.

TABACCOLOGIA: *Il 2009 si preannuncia come "Anno del Respiro". Trova utile istituire un tavolo comune nella lotta al tabagismo? Pensa che la SITAB possa avere un ruolo per assolvere a questo compito?*

NARDINI: Il fumo non è soltanto la più importante causa di morte prevenibile; è anche la più importante causa di malattie respiratorie croniche di importanza sociale come l'enfisema polmonare o rapidamente mortali come il cancro del polmone.

Inoltre un malato respiratorio cronico che smetta di fumare migliora non solo la qualità della sua vita ma anche le prospettive di sopravvivenza.

Dunque, dato che il problema fumo condiziona la prevenzione, la terapia e la riabilitazione del malato respiratorio, l'"Anno del Respiro" può e deve essere l'occasione per un tavolo comune tra le istituzioni e le organizzazioni di operatori sanitari e pazienti per fissare l'agenda delle cose da fare e per iniziare a metterle in pratica. ■



Tribuna



Gli inganni di Big Tobacco

La sigaretta più sicura

Come si comportano il Governo e le Industrie del tabacco di fronte a qualcosa di tossico ma di straordinariamente redditizio?

The safer cigarette

What do government and industry do when something is toxic but massively profitable?

Devra Davis

Nel suo libro intitolato Propaganda, scritto nel 1928, Edward Bernays, padre fondatore della moderna industria delle pubbliche relazioni, affermava che la democrazia dipendeva da un soddisfacente controllo dell'opinione pubbli-

ca: "Una consapevole e intelligente manipolazione delle abitudini strutturate e delle opinioni delle masse è un importante fattore della società democratica. Coloro i quali manipolano l'invisibile meccanismo della società costituiscono un governo invisibile in cui risiede il vero potere di guidare la nostra nazione...". E da nessun'altra parte le strategie più astute e più complesse per manipolare la coscienza pubblica emergono in tutta la loro chiarezza, come nella prolungata, mal riuscita, costosa e inadeguata campagna per produrre una sigaretta più sicura. La storia dell'ascesa, e della caduta, del tabacco è stata estesamente raccontata con ampie pennellate, ma uno dei capitoli meno noti riguarda il tentativo compiuto dall'industria del tabacco per far quadrare il cer-

In his book Propaganda, written in 1928, Edward Bernays, the founding father of today's PR industry, argued that democracy depended on the successful control of public opinion: "The conscious and intelligent manipulation of the organized habits and opinions of the masses

is an important element of democratic society. Those who manipulate the unseen mechanism of society constitute an invisible government which is the true ruling power of our country?; Nowhere are clever and complex strategies to manipulate the public mind more clear than in the prolonged, failed, costly and eerily relevant campaign to produce a safer cigarette. The story of the rise – and fall – of tobacco has been widely told in broad brushstrokes, but one of the lesser-known chapters is how the industry tried to have it both ways. At the same time as assuring the public its product was safe, many in the tobacco industry in the UK and US used the cover of 'trade secrets' to carry out expensive, clandestine efforts to design a less harmful cigarette. In 1957, the notion that tobacco smoking could be



Devra Davis

Direttore del Center for Environmental Oncology - Università di Pittsburgh



chio. Rassicurando da un lato il pubblico circa la sicurezza del proprio prodotto, molte industrie inglesi e americane si sono nascoste dietro lo scudo del “segreto industriale” al fine di perseguire sforzi costosi e segreti per realizzare una sigaretta meno pericolosa.

Nel 1957 il concetto per cui il fumo poteva essere considerato un’abitudine sana, come garantito da molte pubblicità dell’epoca, iniziò ad essere sfatato a diversi livelli. I medici fumavano Camel e altre sigarette, ma l’assurdità di questa loro dipendenza cominciò ad essere attaccata sempre da più parti. In quell’anno, il popolare Reader’s Digest portò a segno in due storie separate quello che sembrò essere un colpo fatale per l’industria del tabacco. La pubblicazione svelò alcuni “segreti aziendali”, compresa la dichiarazione secondo cui i boss del tabacco stavano nascondendo qualcosa in merito ad un “fumo più sicuro”.

La prima storia del Reader’s Digest riportava alcuni test di laboratorio secondo cui le quantità di nicotina e di catrame che venivano inalate con le odierne sigarette con filtro non erano inferiori, e a volte erano di gran lunga maggiori, rispetto a quelle ispirate con sigarette senza filtro. In alcuni casi, il passaggio da una normale sigaretta senza filtro ad una con un filtro grosso (‘king size’) addirittura determinava un aumento del tasso di catrame e di nicotina aspirati. Infatti, le sigarette con filtro a marchio King e Hit Parade contenevano il 30 per cento in più di nicotina rispetto alle Camel senza filtro.

Ma nel 1953, quando la diffusione del filtro era agli inizi, l’American Medical Association (AMA) ne analizzò tre tipi e scoprì che uno, quello utilizzato dalla marca Kent, rimuoveva effettivamente il 55 per cento di catrame e nicotina. Tuttavia, quello che questi filtri Kent contenevano venne svelato con la seconda storia. La Commissione per l’Energia Atomica aveva da poco pubblicato una ricerca riguardante un importante filtro per aerosol che rimuoveva particelle radioattive dall’aria nelle centrali nucleari. Questo materiale straordinario era la crocidolite, un tipo bluastro di amianto. Nel 1952, la società produttrice della sigarette Kent, la PJ Lorillard, decise di utilizzare questo nuovo materiale nel filtro delle sue nuove sigarette (NdR: Micronite Kent). Quasi 12 miliardi di queste sigarette all’amianto, 585 milioni di confezioni, furono vendute negli Stati Uniti fino al 1956. La pubblicità assicurava ai fumatori che questi filtri proteggevano la salute. Test di laboratorio nei quali venivano usati macchinari che simulavano l’esposizione umana, pubblicati solo nel 1995, dimostrarono che non era così. Il fumatore medio avrebbe infatti respirato considerevoli quantità di amianto, adesso noto come causa di cancro ai polmoni e di mesotelioma, un tumore del rivestimento pleurico dei polmoni, che causa la morte delle persone per soffocamento.

All’epoca, comunque, furono scommessi un sacco di soldi sulla vendita della “fallica” eleganza dei filtri come strumento per un fumo meno dannoso, più pulito e più facile. Prima del 1954 solo una sigaretta su 10 vendute aveva il filtro. Nel 1957, circa il 75 per cento delle sigarette l’aveva. Negli Stati Uniti i proventi della pubblicità sul tabacco ammontavano a più di

considered a healthful habit – as many contemporary ads promised – was beginning to come undone in many quarters. Doctors may have smoked Camels and other cigarettes, but growing numbers were beginning to grasp the absurdity of their dependence. That year, in two separate stories, the popular Reader’s Digest struck what appeared to be a fatal blow to the industry. The magazine revealed a set of ‘industry secrets’, including the allegation that tobacco bosses were holding out on a ‘safer smoke’. The first Reader’s Digest story detailed laboratory tests proving the amount of nicotine and tar inhaled from the current crop of filter-tip cigarettes was no less – and was sometimes



far greater – than that from plain smokes. In some cases, switching from a regular-size plain cigarette to a king-size filter actually increased the tars and nicotine inhaled. In fact, the filtered King and Hit Parade cigarettes contained 30 per cent more nicotine and tar than unfiltered Camels. But in 1953, when filters were just be-

ginning, the American Medical Association (AMA) tested three new types and found that one, used in the Kent brand, actually did remove 55 per cent of all tars and nicotine. What was in these too-efficient Kent filters was disclosed in the second story. The Atomic Energy Commission had recently declassified a report about a remarkable aerosol filter that removed radioactive particles from the air in nuclear power plants. This extraordinary material was crocidolite – a bluish kind of asbestos. In 1952, the company making Kent cigarettes, PJ Lorillard, decided to use this new material to filter its brand-new cigarettes. Nearly 12 billion of these asbestos-filtered cigarettes – 585 million packs – were sold in the US until 1956. Ads assured smokers these filters provided health protection. Laboratory tests using smoking machines to simulate human exposures, eventually published in 1995, proved this was not the case. A typical smoker would have inhaled considerable amounts of asbestos, known now to induce lung cancer and mesothelioma – a tumour of the lining of internal organs, which basically causes people to suffocate to death. At the time, however, lots of smart money bet on selling the phallic elegance of filters as less harmful, cleaner and easier smokes. Before 1954, only one out of every 10 cigarettes sold was filtered. By 1957, close to 75 per cent of all cigarettes would be. In the US, revenues from tobacco advertising accounted for more than one in every four dollars spent in the booming business of shaping public opinion. There was, however, a price to be paid for being an early adopter. Kent’s filters proved to be too efficient. Sales eventually tanked as smokers complained the cigarettes just did not have that tobacco taste. Nevertheless, people wanted to believe that filters would fix that problem. Until that time, the risks of lung cancer had been demonstrated in industrial nations by charting the health of those who had used plain, unfiltered cigarettes. So the battle of the filter-tips began: how to design a filter that looked as though it was doing the right thing, but did not really remove



uno per ogni quattro dollari spesi nel fiorente business del plagio dell'opinione pubblica.

C'era comunque un prezzo che i pionieri, in quanto tali, dovevano pagare. I filtri della Kent risultarono essere troppo efficienti. Le vendite di queste sigarette alla fine diminuirono, visto che i fumatori si lamentavano del fatto che non sapevano di tabacco. Comunque, la gente voleva credere che i filtri avrebbero risolto quel problema. Fino a quell'epoca, i rischi di tumore polmonare erano stati dimostrati nelle nazioni industriali facendo riferimento alla salute di coloro che facevano uso di sigarette senza filtro. Allora la battaglia del filtro iniziò: come creare un filtro che potesse adempiere alla sua funzione ma che allo stesso tempo non togliesse troppo di ciò che rendeva una sigaretta una sigaretta e che facesse in modo che le persone avessero sempre più voglia di fumare? Nel marzo 1957, la ricerca era sotto esame da parte della British American Tobacco (BAT)¹, a Southampton, Inghilterra. Scopo del programma era cercare di capire se la quantità degli agenti cancerogeni che si formavano potesse essere diminuita conferendo alle sigarette speciali forme o design. Ad un certo punto i ricercatori provarono a ricostruire la sigaretta stessa, creando un design coassiale in cui il nucleo centrale di tabacco era completamente ricoperto da un materiale più spesso, simile ad un filtro. Essi svilupparono altresì filtri di diverso tipo e di differenti lunghezze. Ciascuna variante era testata in relazione alla quantità di cancerogeni rilasciati. Nessuna funzionò completamente. Ad una prima lettura, gli articoli pubblicati dal Reader's Digest sembravano aver inferto un duro colpo all'industria. Infatti, erano parte di un piano. Il primo articolo terminava con un racconto provocatorio su un segreto aziendale del quale nessuno voleva che i lettori fossero messi a conoscenza: molte industrie avevano iniziato ad usare pezzi di tabacco di scarto, tabacco che avrebbero buttato nei rifiuti, mescolando i gambi con le foglie migliori. Mettere gli scarti di tabacco nelle sigarette tornò utile su diversi fronti. Innanzitutto era più economico, poi risultò addirittura che, stando ai macchinari impiegati dalla US Federal Trade Commission² per misurare la quantità di catrame e nicotina, le sigarette che contenevano quello che veniva definito come "tabacco ristrutturato" sembravano "più sane". Riciclando i propri scarti di tabacco, l'industria produceva del fumo che sembrava migliore e che conteneva meno catrame. Sembrò un successo finanziario e per la salute pubblica: avrebbero potuto essere create sigarette meno costose e meno potenti. Ma come per la maggior parte degli impegni presi, l'industria stava buttando fuori più fumo di quanto non ne stesse purificando.

MUOVERE GUERRA AL TABACCO

In realtà, la maggior parte della "scienza" del tabacco, che i produttori cercavano di comunicare, era nient'altro che un'operazione di pubbliche relazioni molto ben mascherata. Il dubbio pubblico sulla verità dei pericoli del tabacco è stato a lungo coltivato sotto l'egida di diversi esperti medici. Il caporedattore del Journal of the American Medical Association³, Morris Fishbein, ha architettato strategie altamente proficue per promuovere il tabacco, foraggiando le casse dell'Ameri-

too much of whatever it was that made a cigarette a cigarette and kept people craving more? By March 1957, research was underway at the British American Tobacco Company (BAT), in Southampton, UK. The programme looked into whether or not the amount of various carcinogens formed could be lowered by different shapes or designs of cigarette. At one point they tried to rebuild the cigarette itself, creating a coaxial design in which the tobacco core was completely blanketed by thicker, filter-like material. They also developed a wide variety and length of filters. Each variant was tested for the amount of carcinogens released. None worked completely. At first reading, the articles in Reader's Digest looked like a heavy hit on the industry. In fact, they were a set-up. The first article ended with a tantalising report on a trade secret nobody wanted readers to know: most companies had begun to use the pieces of tobacco they had been sending to landfills, blending stems with fine tobacco leaves. Putting tobacco scraps in cigarettes proved to be useful on several fronts. It was cheaper for a start, but it also turned out the smoking machines employed by the US Federal Trade Commission to measure the amount of tar and nicotine, found cigarettes containing what was to be called 'reconstituted tobacco' looked 'healthier'. By recycling its tobacco rubbish, the industry was producing smokes that looked better and contained less tar. It seemed a financial and public health triumph: less costly and less potent cigarettes could be created. As with so many of its promised advances, however, the industry was blowing more smoke than it was clearing.

WAGING THE TOBACCO WARS

In truth, the great bulk of the tobacco 'science' that appeared in print was well-disguised public relations work. Public doubt as to the truth of the dangers of tobacco had long been nurtured under the aegis of various medical experts. The editor-in-chief of the Journal of the American Medical Association, Morris Fishbein, masterminded highly profitable strategies to advertise tobacco, boosting the coffers of the AMA over more than two decades, long after officials had pronounced the product a public menace. In a real sense, the modern field of epidemiology evolved in response to the doubt-provoking tactics of the tobacco industry. The need to establish proof that tobacco was harmful was held up as a perfectly reasonable demand by the highly profitable industry. The national economies of Britain and the US, already dependent on tobacco revenues to fund various public works, including health services, easily accepted this stipulation. A well-engineered campaign of actively collaborating or occasionally unsuspecting experts fomented doubt about what sort of evidence was needed to establish proof of human harm. Occasionally, however, the truth crept out. Much to the shock of UK tobacco firms, in 1962 the Royal College of Physicians issued a report declaring that smoking damaged human health. Richard Doll, the man behind early British research on the dangers of tobacco, told me that the report was delayed close to five years because of the tremendous influence of the industry and its vital role for the recovering Cold War economy. In truth, Doll and many others knew that German, US, Japanese and Argentinian scientists had proven the dangers of tobacco for health in the



can Medical Association (AMA) per più di due decenni, molto tempo dopo che fonti ufficiali avevano dichiarato il prodotto una minaccia pubblica. In realtà, il campo moderno dell'epidemiologia si è sviluppato in risposta alle tattiche "instilladubbi" dell'industria del tabacco. La necessità di trovare prove sulla nocività del tabacco è stata ostacolata come una pretesa perfettamente ragionevole dalle ricche industrie. Le economie nazionali di Inghilterra e Stati Uniti, già dipendenti dai proventi del tabacco per il finanziamento di diversi lavori pubblici, servizi sanitari compresi, hanno facilmente accettato questa condizione. Una campagna ben studiata di esperti attivamente collaborativi o occasionalmente ingenui ha fomentato dubbi circa il tipo di accertamento necessario a stabilire una prova del danno provocato nell'uomo dal fumo.

In certe occasioni, comunque, la verità è venuta a galla. A causa dello shock delle industrie del tabacco inglesi, nel 1962 il Royal College of Physicians ha pubblicato una ricerca nella quale dichiarava che il fumo era dannoso per la salute umana. Richard Doll, l'uomo dietro le prime ricerche inglesi sui danni del tabacco, mi disse che la pubblicazione di questo studio venne ritardata di almeno cinque anni a causa della pesante influenza dell'industria del tabacco e del suo ruolo vitale per la claudicante economia dell'epoca della Guerra Fredda. In realtà, Doll e molti altri sapevano che scienziati tedeschi, americani, giapponesi e argentini avevano già dimostrato la pericolosità del tabacco per la salute negli anni '30 e '40, sia attraverso lavori sperimentali sia attraverso alcune analisi della salute pubblica. I produttori di tabacco inglesi hanno ritenuto per molto tempo che, dato che il governo dipendeva in modo decisivo dai proventi del tabacco per sovvenzionare il sistema sanitario (ad oggi il servizio sanitario nazionale riceve soldi dalle tasse sul tabacco), tra gli altri servizi nazionali, essi avrebbero potuto creare delle barriere difficilmente sormontabili in merito a ciò che poteva essere considerato come pericolo per l'uomo. Fintantoché l'incertezza poteva essere mantenuta grazie alla scienza, l'industria del tabacco è rimasta immune da un controllo governativo diretto. Quando finalmente venne pubblicato lo studio che accusava il tabacco, i dati del Royal College fecero vacillare l'industria. Subito dopo, un importante incontro fu tenuto dai leader di ricerca e sviluppo della British American Tobacco. Uno di essi, Sir Charles Ellis, spiegò in una conferenza del Luglio 1962 che la sfida si sarebbe manifestata con un elementare cambiamento nella natura delle sigarette: "Il comitato riconosce che questo problema deve essere affrontato su due fronti, da una parte con la ricerca medica sulle origini del cancro ai polmoni e attraverso un esame degli effetti del fumo sull'organismo, dall'altra avendo riguardo alla composizione del fumo e alle possibilità di modificarla". Sir Charles ha continuato promettendo che, se da qualcuna delle nuove ricerche tossicologiche fosse risultato importante migliorare la salute dei prodotti, il consiglio avrebbe condiviso questa informazione con le altre aziende del tabacco, invece che cercarne un vantaggio commercialmente competitivo. La possibilità di condividere quest'informazione con le autorità pubbliche o sanitarie non fu nemmeno presa in considerazione. Non molto tempo dopo negli Stati Uniti,

1930s and 1940s, in both experimental work and some public health analyses. The tobacco manufacturers in Britain had long assumed that because the government depended so heavily on revenues from tobacco to fund the health system (to this day the NHS receives money from the tax on tobacco), among other national services, they could create impossibly high bars of evidence regarding what could be deemed proof of human harm. As long as uncertainty could be magnified about the science, the tobacco industry remained immune from direct government control. When its report indicting tobacco finally appeared, the Royal College's data sent the industry reeling. Immediately afterwards, a major powwow was held by BAT's research and development leaders. One, Sir Charles Ellis, explained at a conference in July 1962 that the challenge was to come up with a basic change in the nature of cigarettes: 'The board recognises this problem must be tackled from two sides, and the first being at medical research on the origin of lung cancer and bio assay on the biological effects of smoke, the second being the composition of smoke and the possibilities of modifying it.' Sir Charles went on to promise that if any new toxicology research was found that was relevant to improving the health of its product, the board would share this information with other tobacco companies, rather than seeking any commercial competitive advantage. Whether this information would ever be shared with the public or health authorities was not even considered. Not long after in the US, Kenneth Endicott, the four-packs-a-day, chain-smoking chief of the National Cancer Institute, became convinced there had to be a safer way to smoke, and embarked one of the more bizarre chapters in the history of the war on cancer. In 1967, five years after the Royal College of Physicians and three years after the US Surgeon General had declared smoking caused lung cancer, Endicott began a government programme that spent more than \$30 million of taxpayer money to create a safe cigarette. Similar efforts were also mounted in Britain.

Perhaps the concept of making cigarettes safer has an inherent logic, but less bad does not mean good, as the world would eventually have to admit. To carry out the objective of crafting a safer cigarette, the industry tapped respected researchers at private institutions, including the University of London, the American Health Foundation in New York, the AMA and the American Cancer Society, as well as the US government. These groups not only worked with the tobacco industry to engineer a safer smoke, but also profited from coming up with methods by which the chemical engineering and epidemiological safety of the product could be evaluated. It is not clear what was more foolish: the idea that a healthy cigarette could be designed using filters and newly configured types of tobacco waste, or the notion that the government ought to pay to come up with it to benefit what was already a heavily subsidised, multi-billion-dollar, multinational industry. The decision to attempt to engineer a safe smoke must be one of the more perverse results of tobacco's grip on public thinking. The notion that cigarettes could be made safer was fuelled in part by scientists such as Endicott and surgeons, more than half of whom were heavy smokers themselves, and by a naïve sense that a safe cigarette would be far easier to create than a major programme to discourage most men and grow-



Kenneth Endicott, responsabile del National Cancer Institute, fumatore incallito di quattro pacchetti di sigarette al giorno, si convinse che ci doveva essere una via più sicura per fumare e diede vita ad uno dei capitoli più bizzarri nella storia della guerra contro il cancro. Nel 1967, cinque anni dopo che il Royal College of Physicians e tre anni dopo che la US Surgeon General dichiararono che il fumo provoca il cancro, Endicott intraprese un programma governativo con in quale investì più di 30 milioni di dollari provenienti dalle tasse per creare una sigaretta più sicura. Simili iniziative vennero altresì intraprese in Gran Bretagna. Forse il concetto di creare una sigaretta più sana ha una sua logica intrinseca, ma meno male non significa bene, come il mondo alla fine si sarebbe ritrovato ad ammettere. Per raggiungere l'obiettivo della sigaretta meno dannosa l'industria ha ingaggiato stimati ricercatori di istituzioni private, compresa l'Università di Londra, l'American Health Foundation di New York, l'American Medical Association e l'American Cancer Society, e anche il Governo statunitense. Questi gruppi non solo lavorarono con l'industria del tabacco per sviluppare un fumo più sano, ma approfittarono altresì della scoperta di metodi che permettevano di valutare la composizione chimica e la sicurezza epidemiologica del prodotto. Non è chiaro cosa fosse più stupido: se l'idea che una sigaretta salutare potesse essere creata usando filtri e nuovi tipi di tabacco di scarto, o se l'idea che il Governo fosse costretto a pagare per raggiungere questo fine con lo scopo di beneficiare un'industria multinazionale multimiliardaria, già pesantemente sovvenzionata. La decisione di provare a costruire un fumo meno dannoso può essere considerata come uno dei risultati più perversi della morsa del tabacco sul pensiero pubblico. L'idea per cui le sigarette avrebbero potuto essere rese più sane era stata alimentata in parte da scienziati come Endicott e altri chirurghi, per la maggior parte essi stessi fumatori accaniti, in parte da un ragionamento ingenuo (NdR: ingenuo?) in base al quale era più facile realizzare una sigaretta sicura piuttosto che creare un programma per scoraggiare uomini e un crescente numero di donne a fumare. La cosa che rende degna di nota questa storia è che l'industria del tabacco ha sempre saputo che i filtri non avrebbero fatto la differenza e che con il tentativo di creare una sigaretta meno nociva per la salute l'industria stava in effetti riconoscendo la fondamentale tossicità del suo prodotto.

OLTRE L'APPARENZA

Non tutti i funzionari del Governo, comunque, si lasciarono abbindolare dalle abilità nelle pubbliche relazioni. Joseph Califano, avvocato uscito da Harvard e capace oratore, alla guida del Dipartimento americano della Salute e dei Servizi Umani durante l'amministrazione del presidente democratico Jimmy Carter alla fine degli anni 70, non fece ricorso al programma di supporto del tabacco messo in atto dall'amministrazione per cui lavorava. Come molti nel governo, Califano fu un pesante fumatore, ma diversamente dai più smise. Non conosciuto per le sue capacità diplomatiche, Califano divenne nemico del tabacco. L'11 gennaio 1978 Califano propose il più clamoroso programma anti-sigarette che mai uscì da un ufficio di gabi-

ing numbers of women from smoking. What makes this story so remarkable is that the tobacco industry knew all along that filters did not make enough of a difference and that in trying to engineer a safer smoke, the industry was in effect acknowledging the primary toxicity of its product.

CUTTING THROUGH THE SMOKECREEN

Not all government officials, however, were spellbound by the PR spin. Joseph Califano, a Harvard-educated lawyer and skilled litigator who headed up the US Department of Health and Human Services during the administration of Democratic President Jimmy Carter at the end of the 1970s, didn't accede



to the tobacco-supporting programme of the administration he served. Like many in government, Califano had been a heavy smoker, but unlike most had kicked the habit. Not known for his diplomatic skills,

Califano became no friend to tobacco. On 11 January 1978, Califano proposed the most strident anti-cigarette programme ever to come out of a cabinet-level office. Calling cigarettes 'Public Enemy Number 1', Califano wanted schools in the US to teach children about the consequences of smoking. He wanted a higher federal excise tax on cigarettes and called on the Civil Aeronautics Board to ban smoking on all commercial flights. The breadth of the proposals left the tobacco barons and their defenders seething. Senator Jesse Helms chided Califano for 'callous disregard for economic realities, particularly for the economy of North Carolina.' Governor Jim Hunt challenged Califano to visit to learn what tobacco meant to North Carolinians. Representative Charlie Rose, Democrat who represented tobacco farmers in the east of the state, elevated the whole discussion when he said, 'We're going to have to educate Mr Califano with a two-by-four, not a trip.' German playwright Bertolt Brecht, who spoofed Stalinist policies, argued that if the government didn't like what the people wanted it should elect another people. Califano's efforts to get public authorities to tackle tobacco made it clear that he was one person who could not continue to be part of the tobacco-friendly government. Later that year, when President Carter visited North Carolina – then the nation's top tobacco-growing state – as part of his campaign for re-election, Califano was not with him. He joked to the crowd that he had planned to bring along that infamous former smoker, Secretary Joe Califano, but explained he changed his mind when he realised North Carolina not only produces more tobacco than any other state, but also made 'more bricks than anyone in the nation as well'. The same day the president was mocking and threatening Califano's anti-smoking efforts, the AMA's Education and Research Fund released a lavishly printed report on a study that took four years and a considerable amount of money to complete, with more than 800 researchers and untold numbers

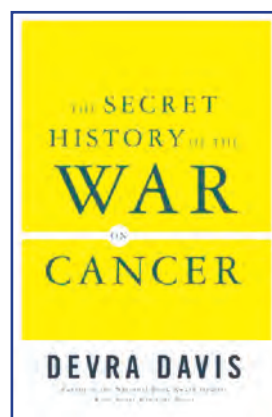


netto del Governo USA. Definendo le sigarette come “Nemico Pubblico Numero 1”, Califano volle che le scuole americane insegnassero ai bambini quali erano le conseguenze del fumo. Impose un'accisa federale più alta sulle sigarette e volle che il Civil Aeronautics Board⁴ bandisse il fumo su tutti i voli commerciali. L'ampiezza di tali propositi fece ribollire e mise in agitazione i baroni del tabacco e i loro sostenitori. Il senatore Jesse Helms accusò Califano di aver manifestato un “insensibile disinteresse per le realtà economiche, soprattutto per quella della Carolina del Nord”. Il Governatore Jim Hunt sfidò Califano a visitare il Nord Carolina per vedere cosa il tabacco significasse per quella regione. Il rappresentante Charlie Rose, un democratico che rappresentava i coltivatori di tabacco nella parte est dello Stato, alzò i toni della conversazione quando affermò “Dobbiamo educare Mr. Califano con una tavola di legno, non con un viaggio”. Lo scrittore tedesco Bertolt Brecht, che si prendeva gioco delle strategie leniniste, fece notare che se al governo non piaceva ciò che la gente voleva, allora avrebbe dovuto scegliere altre persone.

Gli sforzi portati a termine da Califano per fare in modo che le autorità pubbliche andassero contro il tabacco resero chiaro che quell'uomo non poteva continuare ad essere parte di un governo amico del tabacco. Più tardi, quell'anno, quando il Presidente Carter visitò il Nord Carolina, allora il maggiore stato dedito alla coltivazione del tabacco, come parte del suo programma di rielezione, Califano non era con lui. Carter scherzò con la folla dicendo che aveva in programma di portarsi dietro quell'infame ex fumatore, il segretario Joe Califano, ma spiegò che aveva cambiato idea quando si rese conto che la Carolina del Nord non solo produceva più tabacco di tutti gli altri Stati, ma era altresì “il maggior produttore nazionale di mattoni”. Nello stesso giorno in cui il presidente si stava prendendo gioco e stava minacciando gli sforzi anti-fumo di Califano, l'Education and Research Fund dell'American Medical Association (AMA) pubblicò una nutrita relazione di uno studio durato quattro anni e costato una considerevole quantità di denaro, che coinvolse più di 800 ricercatori e un non specificato numero di lobbisti. Molto confusionaria, la ricerca consisteva in niente più che un “potpourri” di studi non collegati che raggiungevano però la stessa conclusione: “Il cuore dello studio sostiene l'assunto che fumare sigarette gioca un ruolo importante nello sviluppo di problemi polmonari cronici di tipo ostruttivo e costituisce un grave pericolo per gli individui che presentano già problemi alle arterie coronarie.”

Era il 1979, quasi 15 anni dopo il report del Surgeon General sul cancro ai polmoni e il fumo, e l'American Medical Association decise finalmente di riconoscere che fumare faceva male ai polmoni. Questo costoso studio dell'AMA ignorava la questione del tumore ai polmoni appoggiandosi al debole pretesto che il National Cancer Institute si stava già occupando del problema. Di lì a giorni, il Journal of the American Medical Association pubblicò uno scritto sconvolgente: “Verso una sigaretta meno pericolosa: gli odierni sviluppi”, nel quale si metteva in risalto che, come conseguenza dello sforzo governativo per creare una sigaretta più sicura, grossi traguardi stavano per essere raggiunti. Le moderne sigarette con filtro,

of lobbyists. Much ballyhooed, the report consisted of nothing more than a potpourri of mostly unrelated studies that reached the lame conclusion: ‘The bulk of the research supports the contention that smoking cigarettes played an important role in the development of chronic obstructive pulmonary diseases and constitutes a great danger to individuals with pre-existing diseases of the coronary arteries.’ It was 1979, nearly 15 years after the surgeon general’s report on lung cancer and smoking, and the AMA had finally decided to acknowledge that smoking was bad for the lungs. This costly AMA report ignored the issue of lung cancer on the flimsy pretext that the National Cancer Institute was already studying the problem. Within days, the Journal



of the American Medical Association published an astonishing paper: ‘Toward Less Hazardous Cigarettes: Current Advances’, boasting that as a result of the government effort to make a safe cigarette, a major breakthrough was at hand. Modern filters, some of which they named by brand, could be smoked to yield a ‘tolerable risk’. The truth, as scientists knew then and have repeatedly shown since, was quite the opposite. People smoking filtered cigarettes suck harder, breathe deeper and take in more tars, nicotine and cancer-causing chemicals than they do with plain smokes. With respect to tobacco science, however, truth has always been a rare commodity. The lengthy battle to gain public acceptance of the dangers of tobacco lasted as long as it did for two reasons: tobacco is highly addictive and was made more so by physical manipulation of the cigarette by the industry. Tobacco advertising and sponsorship invaded every part of modern life, from comedy and drama hours to major sports contests. Smokers’ addiction to tobacco was chemical; for the rest of society it was economical. Based on what now appears to have been at best misguided thinking, at worst delusional, the UK and US governments spent millions trying to help the tobacco industry come up with a safer cigarette. How so much money was spent on such a bad idea for such a long time offers a moral tale with relevance to other realms.

Goaded by a bevy of expertly expressed technical doubts, public opinion came to wonder whether proof could ever be developed that smoking was harmful. Each time a report appeared showing that smokers faced increased risks of lung cancer or other diseases, experts were tapped to explain how the study had not quite got it right. Crucial evidence was missing. The groups looked into were not really the right ones. Some basic flaw kept the results from being deemed definitive proof. The costly, decade-long effort to craft a healthier cigarette can be seen as further proof of how scientists can be just like anyone else. If it makes their world a bit easier, they are happy to believe in what they probably know that it is not true – especially if they are well paid to do so. The lessons of tobacco have broad contemporary relevance. It is not possible for any public health issue



alcune delle quali citate per marca, potevano essere fumate per accedere ad un "rischio tollerabile". La verità, come gli scienziati sapevano e hanno da allora ripetutamente dimostrato, era il contrario. Chi fuma sigarette con filtro succhia di più, inspira più in profondità e inala più catrame, nicotina e agenti cancerogeni rispetto a chi fuma sigarette senza filtro. Per quanto riguarda la scienza del tabacco, comunque, la verità è sempre stata un bene raro. La duratura battaglia per far guadagnare riconoscimento pubblico ai pericoli connessi al tabacco è durata così tanto per due motivi: il tabacco crea un'elevata dipendenza e ciò venne incrementato dalla manipolazione fisica delle sigarette operata dall'industria. La pubblicità del tabacco e le sponsorizzazioni hanno invaso ogni parte della vita moderna, dai film ai principali eventi sportivi. L'assuefazione al tabacco per i fumatori era di tipo chimico; per il resto della società aveva carattere economico. Basandosi su ciò che ora viene considerato nel migliore dei casi come un pensiero scorretto, nel peggiore come illusorio, i governi inglesi e americani hanno speso milioni per aiutare l'industria del tabacco a trovare una sigaretta più sicura. La quantità di denaro investita in un'idea così malvagia per un tempo così prolungato ha una rilevanza morale che si estende anche in altri territori.

Provocata da un coacervo di dubbi tecnici espressi in modo professionale, l'opinione pubblica iniziò così a chiedersi quale prova potesse mai essere sviluppata per dimostrare che il fumo fa male. Ogni volta che veniva pubblicato un articolo che dimostrava che i fumatori erano soggetti a maggiori rischi di cancro ai polmoni e di altre malattie, venivano ingaggiati degli esperti per dimostrare che quello studio non era proprio esatto. Che mancavano prove cruciali. Che i gruppi presi in esame non erano propriamente quelli giusti. Che alcuni errori basilari impedivano ai risultati di essere considerati come prova definitiva. Il costoso e lungo sforzo fatto per creare una sigaretta più sana può essere considerato come l'ulteriore prova di come gli scienziati possano essere e comportarsi come chiunque altro. Se questo rende le cose più semplici, sono ben contenti di credere che quello che loro fanno probabilmente non è vero, specialmente se sono ben pagati per questo.

La lezione che s'impara dal tabacco ha una grande rilevanza moderna. Non è possibile per alcuna questione relativa alla salute pubblica che coinvolge milioni di dollari e di vite, riguardi essa i telefonini, l'aspartame, il cattivo o troppo uso dei raggi X o le cure psichiatriche, che possa essere risolta senza che vi sia una pressione determinante di pubbliche relazioni e di studi scientifici sovvenzionati da coloro i quali sono alla guida del governo invisibile. Come aveva capito Bernays, le migliori relazioni pubbliche appaiono come scienza impeccabile, presentata da oratori esperti. Il sogno di una società aperta, dove regni lo scambio di idee, sembra debole ed effimero. Di tutti i sospetti pericoli moderni, quali informazioni riescono a raggiungere il mercato? Chi decide quando rilasciare le scoperte riguardanti le minacce alla salute pubblica? Queste cose non sono determinate da una libera ricerca scientifica, ma dalla realtà sociale ed economica dentro la quale essa è costretta. ■

involving millions of dollars and lives – whether mobile phones, aspartame or the misuse or overuse of diagnostic radiation or psychiatric medications – to be resolved without a major press of public relations and cutting-edge scientific studies being funded by those who run the invisible government. As Bernays knew, the best public relations appear as impeccable science, presented by expert advisors. The dreams of an open society, where the marketplace of ideas governs, look faint and ephemeral. On any of these suspect modern hazards, what information is permitted to get to the marketplace? Who decides when to release findings about public health threats? These things are not determined by unfettered scientific inquiry, but by the social and economic realities that constrain them. ■

Devra Davis is the director of the Center for Environmental Oncology at the University of Pittsburgh. This article is adapted from her latest book, *The Secret History of the War on Cancer* (Basic Books/Perseus, £16.99).

Fonte: The Ecologist Link: http://www.theecologist.org/pages/archive_detail.asp?content_id=1200 - 15.05.08

Traduzione italiana per www.comedonchisciotte.org di Rachele Materassi.

Tabaccologia ringrazia il sito www.comedonchisciotte.org per aver messo a disposizione il testo tradotto.

Note

1. La British American Tobacco o BAT (www.bat.com), fondata nel 1902 come joint venture tra la inglese Imperial Tobacco Company e l'americana American Tobacco Company, è la seconda più grande azienda mondiale produttrice di sigarette. Nel 2003 la BAT ha acquisito dallo stato italiano l'ETI (Ente Tabacchi Italiani), l'ex Monopolio di Stato per i tabacchi (fonte: http://it.wikipedia.org/wiki/British_American_Tobacco).
2. Agenzia federale americana creata nel 1914 con il fine di prevenire le pratiche commerciali sleali, oggi le sue competenze sono state estese anche all'ambito della protezione dei consumatori (<http://www.ftc.gov/ftc/about.shtm>).
3. Fondato nel 1883, è una tra le riviste mediche più note e diffuse ed è l'organo ufficiale della American Medical Association (JAMA). Adempie a finalità divulgativo-formative, affrontando settimanalmente temi sia di medicina clinica, sia di medicina di laboratorio, sia un'ampia gamma di argomenti medici (<http://jama.ama-assn.org/>).
4. Il Civil Aeronautics Board (CAB) fu un'agenzia governativa Americana, operativa tra il 1938 e il 1984, le cui funzioni sono oggi esercitate dal Dipartimento dei Trasporti, che aveva il compito di disegnare i collegamenti aerei tra gli stati e di regolamentare le tariffe dei voli commerciali.

Prevenzione primaria del tabagismo: valutazione di un programma scolastico in Europa (EU-DAP)

Universal smoking prevention among youths: evaluation of a school-based program in European schools

Maria Rosaria Galanti, Federica Vigna-Taglianti, Fabrizio Faggiano, Gruppo di Studio EU-DAP

Riassunto

Obiettivo: L'articolo riporta i risultati a breve termine del progetto EU-DAP, uno studio multicentrico di valutazione di un intervento di prevenzione scolastica del tabagismo, dell'uso di alcool e di sostanze psicotrope illegali condotto in 7 paesi Europei.

Metodi: L'intervento sperimentale consiste in un curriculum scolastico in 12 sessioni basato su un modello di "comprehensive social influence", condotto dagli insegnanti all'interno dello schema scolastico ordinario. La valutazione di efficacia è stata condotta mediante un Trial Randomizzato Controllato in cui le scuole sono state assegnate a caso ad un gruppo di intervento (nuovo curriculum) o uno di controllo (educazione sanitaria in uso). Gli allievi in età compresa fra i 12 e i 14 anni nelle 143 scuole che hanno cooperato allo studio (7079 all'atto del reclutamento), costituiscono il campione su cui la valutazione è stata effettuata. I comportamenti oggetto di valutazione sono stati riportati dagli studenti in un questionario anonimo, somministrato prima dell'intervento e in due occasioni successive post-intervento. L'associazione fra intervento e fumo di sigaretta è stata analizzata mediante regressione logistica multilivello, con le stime di associazione espresse come Odds Ratios di Prevalenza al post test (POR) e intervalli di confidenza (CI) al 95%.

Risultati: Un'associazione di tipo protettivo è stata osservata fra il curriculum sperimentale e la prevalenza di fumo giornaliero (almeno 20 sigarette negli ultimi 30 giorni, POR=0.70; CI=0.52-0.94). Fra gli studenti esposti al curriculum sperimentale la proporzione che ha progredito dal non-fumo o fumo sporadico a livelli più avanzati è stata inferiore che nel gruppo di controllo. Tuttavia, fra gli studenti che al pre-test già fumavano giornalmente non si è osservata una diminuzione del fumo correlata al programma.

Conclusioni: Interventi di educazione sanitaria basati su un modello di "comprehensive social influence" possono essere efficaci nel prevenire o dilazionare il fumo regolare fra gli adolescenti.

Parole chiave: fumo di tabacco, prevenzione primaria, programmi scolastici, modello di influenza sociale, uso di sostanze.

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness of a school-based drug abuse prevention program developed in the EU-Dap study (European Drug Abuse Prevention trial) in preventing the use of tobacco

Methods: Cluster Randomized Controlled Trial carried out simultaneously in seven European countries: 170 schools (7079 pupils 12-14 years of age) were randomly assigned to one of three experimental conditions or to a control condition during the school year 2004/2005. A pre-test survey assessing past and current substance use was conducted before the implementation of the program. The program consisted in 12-hour class-based curriculum based on a comprehensive social influence approach. A post-test survey was carried out in all participating schools, 3 months after the end of the program. The association between program condition and change in substance use at post-test was expressed as adjusted Prevalence Odds Ratio (POR), estimated by multilevel regression model.

Results: Program effects were found for daily cigarette smoking (POR=0.70; 0.52-0.94) in the past 30 days, but not for any smoking or less than daily smoking. The curriculum was successful in preventing baseline non-smokers or sporadic smokers from moving onto daily smoking, but it was not effective in helping baseline daily smokers to reduce or stop smoking

Conclusion: School curricula based on a comprehensive social influence model may delay progression to daily smoking

Keywords: tobacco smoking, primary prevention, school-based programs, social influence model, substance use.

INTRODUZIONE

Nell'ultimo decennio la prevenzione del tabagismo fra i giovani è stata dibattuta

con toni spesso di aperto scetticismo, in particolare per ciò che riguarda l'efficacia di interventi di prevenzione primaria

a livello scolastico¹. Nonostante a partire dagli anni '80 fosse stata sviluppata una nuova generazione di programmi

Maria Rosaria Galanti, medico epidemiologo, Stockholm Centre for Public Health, Professore Associato di Epidemiologia, Karolinska Institutet, Svezia
 Federica Vigna-Taglianti, medico epidemiologo, Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte
 Fabrizio Faggiano, Professore Associato di Epidemiologia, Università A. Avogadro - Piemonte Orientale, Novara

basati su teorie quali la “social influence”^{2,3}, che aveva generato un qualche ottimismo, la maggior parte degli interventi non reggeva ad una rigorosa valutazione di efficacia.

A partire dagli anni '90 è stato possibile analizzare i diversi studi valutativi in modo aggregato, attraverso metanalisi e reviews. Nel 2001, inoltre, vennero pubblicati i primi risultati di un gigantesco studio randomizzato controllato condotto in USA⁴. La conclusione rimaneva la stessa: l'efficacia della prevenzione scolastica del fumo fra i giovani, se dimostrabile, è di entità tale da poter difficilmente reggere un confronto di costi-efficacia con altri tipi di intervento preventivo⁵⁻⁷.

Al tempo stesso, non è possibile ignorare che molti studi quasi-sperimentali evidenziavano la superiorità nella prevenzione dell'uso di tabacco, alcohol, e droghe illegali, di programmi educativi basati sull'apprendimento di abilità sociali primarie (c.d. “Life skills”) rispetto a metodi educativi tradizionali o a metodi basati semplicemente sull'affinamento della capacità di resistenza alle influenze dell'ambiente sociale (c.d. “refusal skills”)^{8,9}. Nell'interpretazione e diffusione dei risultati di questi studi si incontrano però non poche difficoltà:

in primo luogo, la quasi totalità di questi programmi, e dei relativi studi valutativi, proviene dal Nord America, in particolare dagli USA

molti studi valutativi presentano seri problemi metodologici (selezione di particolari scuole, perdite al follow-up, campioni di popolazione troppo piccoli, analisi di efficacia non basata sul comportamento bensì su variabili intermedie, etc.

MATERIALI E METODI

In Europa, la prevenzione scolastica del tabagismo e dell'uso di altre sostanze psicotrope è apparentemente diffusa, ma presenta uno scenario di variabilità eccezionale, non solo da paese a paese, ma anche all'interno dello stesso paese (Gregor Burkhardt, EMCDDA, comunicazione personale). Questo stato di cose dipende da diversi fattori, quali l'assenza di linee guida stringenti e basate sull'evidenza scientifica, il peso di tradi-

zioni scolastiche pesantemente segnate da un apprendimento preminentemente teorico, la mancanza di formazione degli insegnanti.

Si potrebbe riassumere la situazione dicendo che “tutti fanno qualcosa, ma pochi sanno cosa fare e nessuno sa perchè fa ciò che fa”. Ciò è particolarmente vero nei paesi sud-europei. Inoltre, anche quando particolari programmi sono stati adottati, è mancata la relativa valutazione di efficacia.

Come risposta a questo stato di incertezza, nell'autunno del 2002, su iniziativa dell' EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), dell' Università di Torino e dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte nasce il progetto EU-DAP (European Drug Abuse Prevention Trial), uno studio sperimentale multicentrico con l'obiettivo di sviluppare e valutare su base europea un intervento scolastico per la prevenzione del tabagismo e dell' abuso di alcohol e dell'uso di droghe illegali. Al progetto hanno aderito, oltre all'Italia rappresentata da tre centri regionali, altri sei centri

regionali dai seguenti paesi: Austria, Belgio, Germania, Grecia, Spagna, e Svezia (Figura 1).

L'intervento

Il programma scolastico, denominato “Unplugged” nella versione internazionale in lingua inglese (www.eudap.net), è stato progettato da un gruppo internazionale di psicologi, esperti in scienze del comportamento e in sanità pubblica, nel corso di un intenso lavoro durato 15 mesi circa. Le caratteristiche centrali del curriculum sono:

1) l'adozione di un modello basato sull'influenza sociale globale (comprehensive social influence)¹⁰, che include un equilibrata miscela di apprendimento di nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali (capacità critica, risoluzione dei conflitti, formulazione di obiettivi, comprensione delle dinamiche di gruppo, management di stress ed emozioni) e correzione delle percezioni erronee riguardanti la diffusione e l'accettabilità dell'uso di sostanze psicotrope.

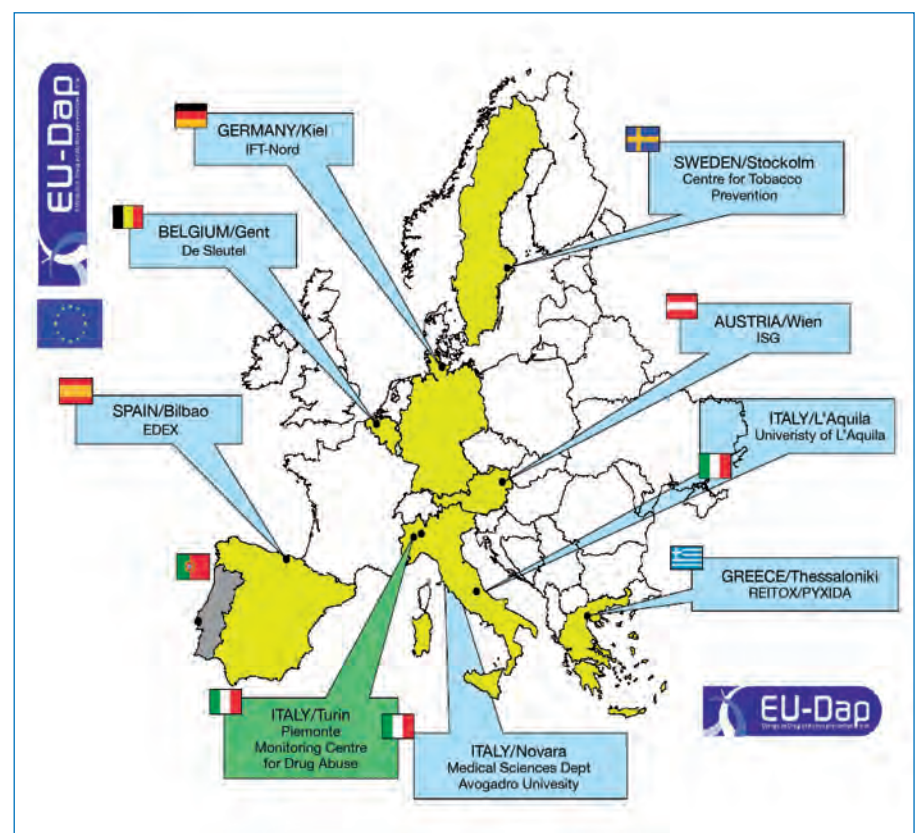


Figura 1. Paesi e centri partecipanti al progetto EU-DAP

- 2) La scomposizione in 12 unità modulari, ciascuna della durata approssimativa di un'ora scolastica, con la seguente struttura: introduzione e formazione del gruppo-classe, dichiarazione degli obiettivi formativi, attività centrale (spesso un gioco interattivo o un gioco di ruoli), riflessione e chiusura. Le unità modulari sono adattabili a qualsiasi schema scolastico, anche la raccomandazione è di condurle con cadenza preferibilmente settimanale
- 3) La possibilità di essere condotto da un insegnante di qualsiasi materia della scuola dell'obbligo, previa formazione all'uso di metodi interattivi. La formazione degli insegnanti, nella fase sperimentale del programma, è stata condotta da un unico esperto in ogni centro nazionale, esperto che aveva a sua volta frequentato due giorni di formazione congiunta a livello internazionale.

Per capire se l'efficacia del programma scolastico potesse essere incrementata qualora oltre alle lezioni in classe si fossero coinvolti i genitori o si fossero aggiunte attività interne condotte da compagni di scuola, in alcune delle scuole designate per l'intervento si sono aggiunti dei seminari serali per genitori oppure

delle sessioni di discussione fra compagni di classe, condotte da un paio di essi appositamente formati allo scopo.

Il disegno e i metodi dello studio di valutazione

La valutazione dell'intervento, compiuta durante l'anno scolastico 2004-2005, ha riposato su due capisaldi. In primo luogo è stata eseguita, mediante uno studio randomizzato controllato, il disegno di studio più adatto a fornire evidenza solida di efficacia di un intervento, se essa esiste. In secondo luogo, i risultati primari sono stati concepiti in termini di modificazioni comportamentali, e solo secondariamente di modificazioni sul piano cognitivo e/o delle intenzioni.

I passi dello studio randomizzato controllato, dove l'unità di selezione e di randomizzazione è costituita dalla scuola, sono descritti in figura 2.

In pratica, a partire da un pool di scuole con determinate caratteristiche, ogni centro ne ha selezionate un certo numero (pre-stabilito da un protocollo centrale). Il centro coordinatore ha assegnato a caso ciascuna scuola al gruppo di intervento (adozione del programma "Unplugged") o di controllo (nessun programma preventivo o programmi tradizionalmente adottati dalla scuola).

Ogni scuola ha designato almeno due classi, i cui allievi hanno costituito il campione su cui le osservazioni comportamentali sono state eseguite. Il campione internazionale all'atto del reclutamento aveva le caratteristiche visualizzate in tabella 1.

Lo strumento per la determinazione dei risultati consiste in un questionario cui gli allievi hanno risposto in classe, alla presenza di membri del gruppo di ricerca, ma senza intervento degli insegnanti. Inoltre, al fine di incoraggiare la veridicità delle risposte, il questionario veniva identificato attraverso un codice anonimo ricavato da informazioni note solo all'allievo¹¹.

Il questionario è stato somministrato all'inizio dell'anno scolastico, cioè prima della conduzione di qualsiasi programma di educazione sanitaria; alla fine dell'anno scolastico stesso (maggio 2005), cioè alcuni mesi dopo il termine dell'intervento; e al termine dei due anni scolastici successivi. La rispondenza da parte degli studenti nelle prime tre inchieste è stata alta: 95.5% all'inchiesta basale; 93.3% all'inchiesta a breve termine e 82.1% a quella a medio termine. L'inchiesta dopo due anni dall'intervento ha dato invece basse partecipazioni in molti paesi, mentre un centro ha declinato la partecipazione. La numerosità del campione analitico, cioè degli alunni con questionari validamente analizzati dopo appaiamento dei codici anonimi, era di 6370 alunni al primo post-test e di 5541 al secondo post-test.

Analisi statistica

L'analisi statistica è stata condotta valutandosi di un cosiddetto modello di regressione multilivello¹², che tiene cioè conto della struttura gerarchica dei dati (i singoli allievi appartengono a sistemi di raggruppamento, cioè a classi distribuite in scuole, scuole che a loro volta appartengono a centri geografici diversi). In questi casi si assume che la variabilità fra allievi all'interno dello stesso gruppo sia inferiore a quella di allievi provenienti da cluster diversi. Come misura generale di efficacia (cioè di associazione fra l'intervento ed il comportamento che si vuole prevenire) è stato scelto l'odds ratio di prevalenza al

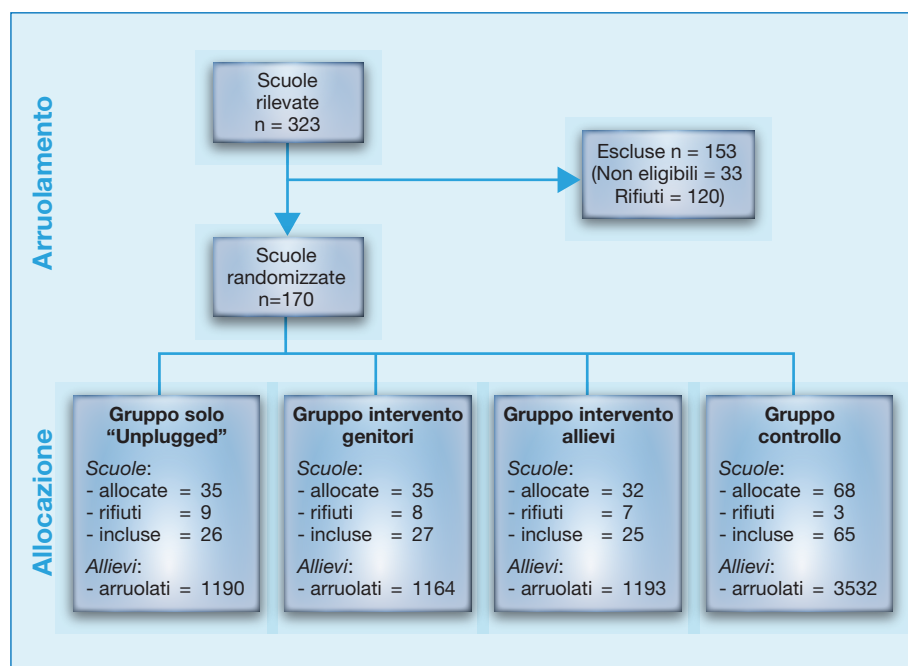


Figura 2. Flusso di selezione e randomizzazione delle unità (scuole, classi, allievi) partecipanti allo studio multicentrico EU-DAP.

Tabella 1. Campione degli alunni partecipanti allo studio multicentrico EU-DAP, ottobre 2004.

GRUPPO SPERIMENTALE	Intervento (n=3547)	Controllo (n=3532)	Totale (n=7079)	
	%	%	N	%
Sesso				
Maschi	52.5	51.5	3679	52.0
Femmine	46.0	46.9	3289	46.5
Manca informazione sul sesso	1.5	1.6	111	1.6
Età in anni*				
12	25.6	28.8	1924	27.2
13	38.5	31.4	2474	34.9
14	35.9	39.8	2681	37.9
Ha fumato almeno una volta nella vita	33.9	35.9	2469	34.9
Si è ubriacato almeno una volta nella vita	23.5	24.7	1704	24.1
Ha usato cannabis almeno una volta nella vita	7.6	8.9	583	8.2

* Età mediana della classe.

follow-up (POR), che stima la riduzione o l'aumento del rischio totale per soggetti sottoposti al programma alternativo "Unplugged" paragonati ai soggetti di controllo. Per tenere conto di variabili di contesto, le associazioni sono state inoltre aggiustate per la prevalenza di fumatori nel centro di provenienza e per il livello individuale di intensità di fumo all'inchiesta basale. Infine, allo scopo di ovviare a differenze fra gruppo di intervento e di controllo nei persi al follow-up, si sono effettuate analisi di sensibilità sotto diversi assunti.

Le stime vengono presentate assieme al loro intervallo di confidenza al 95%, che viene usato come misura di precisione e di significatività statistica.

Inoltre sono stati confrontate le transizioni fra diversi livelli di intensità di fumo fra alunni sottoposti all'intervento ed alunni del gruppo di controllo.

RISULTATI

Poiché le attività aggiuntive al curriculum scolastico (genitori e discussioni in classe condotte da allievi) non evidenziavano effetti significativi i risultati vengono presentati per tutte le scuole di intervento raggruppate insieme e confrontate con le scuole di controllo.

I risultati principali relativi al fumo sono presentati nelle tabelle 2 e 3, per tutti i centri e tutti i tipi di intervento aggregati insieme.

Dalla tabella 2 si evince che i ragazzi sottoposti all'intervento hanno una probabilità del 30% inferiore ai ragazzi delle scuole di controllo di fumare giornalmente (nell'accezione di questo studio, di riportare fumo di sigaretta in 20 o più dei precedenti 30 giorni). Nessuna differenza significativa si evidenzia invece se si paragona il rischio di aver fumato almeno una volta o il rischio di fumo fre-

quente, ma non necessariamente giornaliero (6 o più volte nell'ultimo mese). Dalla tabella 3 si evince che gli studenti del gruppo di controllo hanno progredito verso stadi avanzati di abitudine al fumo più frequentemente degli studenti sottoposti al programma "Unplugged".

Per esempio, 2.2% vs 1.5% hanno progredito dalla posizione di non-fumatore a quella di fumatore giornaliero; 19.9% vs 8.3% sono passati dal fumare sporadicamente al fumare ogni giorno; 38.4% vs 31.6% da fumo frequente a fumo giornaliero. Inoltre, il gruppo di controllo ha mostrato una minore tendenza a regredire verso stadi di minore intensità di fumo rispetto al gruppo di intervento. Tuttavia, la tendenza a regredire fra coloro che all'inizio dell'anno scolastico già fumavano giornalmente non differisce fra i due gruppi (intervento e controllo).

Tabella 2. Odds ratios di prevalenza e relativi intervalli di confidenza al 95% per tre livelli di fumo di sigaretta fra gli alunni sottoposti al programma "Unplugged" paragonati al gruppo di controllo, dopo circa tre mesi dall'intervento (breve termine)

	Prevalenza all'inchiesta basale	Gruppo controllo	Gruppo intervento	Gruppo associazione ¹
<i>Sigarette fumate negli ultimi 30 giorni</i>	%	n/N ²	n/N*	POR (95% CI)
1 o più	15.5	604/2962	496/2975	0.88 (0.71-1.08)
6 o più (fumo frequente)	9.5	386/2962	297/2975	0.86 (0.67-1.10)
20 o più (fumo giornaliero)	6.4	276/2962	193/2975	0.70 (0.52-0.94)

¹ Odds ratio di prevalenza, calcolato con modello multilivello a 3 livelli (centro, classe e allievo), aggiustato per prevalenza scolastica di fumatori nel centro di provenienza e per intensità individuale di fumo all'inchiesta basale.

² Numero di fumatori sul numero totale di studenti che hanno risposto alla domanda al follow-up.

Tabella 3. Transizione fra diversi stadi di fumo di sigaretta fra gli alunni sottoposti al programma "Unplugged" paragonati al gruppo di controllo

FOLLOW-UP							
Intensità di fumo			Non fuma	Sporadico	Frequente	Giornaliero	Totale (n)
INCHIESTA BASALE	Non fuma	%	90.2	5.8	1.8	2.2	2516
		95%CI	89.0-91.3	4.9-6.8	1.3-2.4	1.7-2.9	
	Sporadico	%	38.0	28.6	13.4	19.9	171
		95%CI	31.1-45.5	22.4-35.8	9.1-19.4	14.6-26.5	
	Frequente	%	16.2	19.2	26.3	38.4	99
		95%CI	10.2-24.6	12.6-28.0	18.6-35.7	29.4-48.2	
	Giornaliero	%	7.1	2.2	8.8	81.9	182
		95%CI	4.2-11.8	0.9-5.5	5.5-13.8	75.6-86.8	
Totale (n)			2363	218	110	277	2968
Gruppo intervento							
INCHIESTA BASALE	Non fuma	%	91.4	5.4	1.8	1.5	2597
		95%CI	90.2-92.4	4.6-6.3	1.3-2.3	1.1-2.0	
	Sporadico	%	49.1	26.0	16.6	8.3	169
		95%CI	41.7-56.6	20.0-33.1	11.7-22.9	5.0-13.4	
	Frequente	%	22.4	17.1	28.9	31.6	76
		95%CI	14.5-32.9	10.3-27.1	20.0-40.0	22.2-42.7	
	Giornaliero	%	7.3	1.5	5.8	85.4	137
		95%CI	4.0-12.9	0.4-5.2	3.0-11.1	78.5-90.3	
Totale (n)			2483	199	104	193	2979

Fumo sporadico= 1-5 sigarette negli ultimi 30 giorni; Fumo frequente=6-19 sigarette; Fumo giornaliero= 20+ sigarette.

A medio termine, dopo un ulteriore anno scolastico, i risultati sul fumo apparivano attenuati e non più statisticamente significativi, anche se le stime di associazione erano ancora largamente compatibili con un effetto preventivo del programma "Unplugged".

Risultati analoghi, e persino più stabili, si sono ottenuti per altri comportamenti relativi all'uso di alcol e di droghe illegali.

DISCUSSIONE

Lo studio EU-DAP costituisce la prima valutazione con protocollo sperimentale di un programma standardizzato dedicato alla prevenzione scolastica in ambito europeo. I risultati a breve-medio termine sono incoraggianti, almeno per ciò che riguarda la prevenzione degli stadi avanzati di abitudine al fumo fra adolescenti. Di particolare interesse il fatto che il programma sembra aver agito davvero secondo un modello di prevenzione "primaria", cioè incoraggiando

i non fumatori, o i fumatori sperimentali, a non progredire nel comportamento o ad abbandonarlo.

A rafforzare l'evidenza di efficacia del modello su cui il programma "Unplugged" si basa è inoltre da menzionare il fatto che la riduzione del rischio fra gli alunni esposti al programma è stata più evidente nei paesi sud-europei (Italia, Grecia e Spagna) che nei paesi nord-europei (Germania, Belgio, Svezia), nei quali ultimi l'uso di programmi interattivi e basati sull'apprendimento di abilità sociali di base è più diffuso, e quindi probabilmente adottato anche dalle scuole di controllo.

Il progressivo indebolimento degli effetti a medio termine, anche se in qualche modo atteso, è naturalmente motivo di disappunto. Altri studi hanno mostrato la stessa tendenza, anche se ad un follow-up più lungo^{15,16}. Una possibile spiegazione per questa rapida attenuazione dell'effetto preventivo è la rapida insorgenza di dipendenza da ni-

cotina nei giovani fumatori¹⁷, che suggerirebbe la somministrazione del programma ad un'età inferiore a quella del campione di questo studio (costituito per oltre un terzo da 14 anni). Quest'interpretazione è anche corroborata indirettamente dall'osservazione che gli studenti i quali all'inizio del programma scolastico già fumavano con frequenza pressochè giornaliera non sembrano aver beneficiato dell'intervento. Per informazioni più approfondite circa il disegno, i metodi, ed ulteriori risultati dello studio si rimanda agli articoli pubblicati su riviste internazionali^{13,14}.

CONCLUSIONI

Il contributo innovativo di questo studio riposa, oltre che sul contesto multiculturalmente in cui la valutazione è stata effettuata, anche sulla grandezza del campione e sulla standardizzazione dell'intervento in studio, a differenza di un precedente progetto multicentrico europeo¹⁸.

Il basso costo del programma per la scuola, stimato in circa 200 € per classe, inclusa la formazione degli insegnanti ed il materiale, è suggestivo di un investimento ad alto rapporto efficacia-costi.

È nostro avviso che i risultati di questo studio debbano contribuire a moderare lo scetticismo circa l'opportunità di programmi di prevenzione scolastica del tabagismo, purchè condotti con me-

todi interattivi e basati sull'esercizio di capacità critiche e di una vasta gamma di abilità sociali. ■

Dichiarazione:

Nessuno degli autori riporta conflitto d'interessi con la materia trattata nell'articolo.

Finanziamento:

Lo studio EU-Dap è finanziato dalla Commissione Europea (European Public Health

program 2002 grant # SPC 2002376). Finanziamenti nazionali sono stati ottenuti da: Compagnia di San Paolo (grant # 2002-0703) and Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (grant # 2003 43/4) per il Centro di Novara (Italia); Swedish Council for Working Life and Social Research (grant # 2002-0979) and Stockholm County Council (Public Health grant # LS 0401-0117) per il centro di Stoccolma (Svezia).

Bibliografia

- Gorman D.M. Using theory and basic research to target primary prevention programs: recent developments and future prospects. *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire) 1992 Nov;27(6):583-94.
- Flay B.R. Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychol* 1985;4:449-88.
- Bruvold W.H. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993 Jun;83(6):872-80.
- Peterson V.A., Kealey K.A., Mann S.L., Marek P.M., Sarason I.G. Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(24):1979-91.
- Reid D.J., McNeill A.D., Glynn T.J. Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review. *Tobacco Control* 1995;4:266-77.
- Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). *The Cochrane Library*: Oxford:Update Software 2002.
- Rooney B.L., Murray D.M. A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Educ Q* 1996;23:48-64.
- Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L., Botvin E.M., Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Jama* 1995 Apr 12;273(14):1106-12.
- Botvin G.I., Griffin K.W., Paul E., Macaulay A.P. Preventing Tobacco and Alcohol Use Among Elementary School Students Through Life Skills Training. *J Child Adol Subst Abuse* 2003;12(4):1-17.
- Sussman S., Earleywine M., Wills T., Cody C., Biglan T., Dent C.W., et al. The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance Use & Misuse* 2004;39(10-12):1971-2016.
- Galanti M.R., Siliquini R., Cuomo L., Melero J.C., Panella M., Faggiano F. Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: the EU-DAP pilot study. *Prev Med* 2007 Feb;44(2):174-7.
- Murray D.M., Varnell S.P., Blitstein J.L. Design and analysis of group-randomized trials: a review of recent methodological developments. *American journal of public health* 2004 Mar;94(3):423-32.
- Faggiano F., Richardson C., Bohrn K., Galanti M.R. A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drugs use: The EU-Dap design and study population. *Preventive Medicine* 2007;44:170-3.
- Faggiano F., Galanti M.R., Bohrn K., Burkhart G., Vigna-Taglianti F., Cuomo L., et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Prev Med* 2008 Jul 9.
- Murray D.M., Pirie P., Leupker R.V., Pallonen U. Five- and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *J Behav Med* 1989;12(2):207-18.
- Nader P.R., Stone E.J., Lytle L.A., Perry C.L., Osganian S.K., Kelder S., et al. Three-year maintenance of improved diet and physical activity. The CATCH cohort. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:695-704.
- DiFranza J.R., Savageau J.A., Fletcher K., O'Loughlin J., Pbert L., Ockene J.K., et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007 Jul;161(7):704-10.
- De Vries H., Dijk F., Wetzels J., Mudde A., Kremers S., Ariza C., et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res* 2006;21(1):116-32.



L'impatto dell'esposizione al fumo di tabacco sulla salute respiratoria in età pediatrica

Impact of exposure to tobacco smoke on respiratory health in children

Stefania La Grutta

Riassunto

La review descrive gli effetti da esposizione prenatale-postnatale al fumo nelle pediatriche. Nei bambini esposti a second-hand smoke materno sia in gravidanza che successivamente, e maggiormente in quelli asmatici è stata dimostrata una maggiore ricaduta negativa sulla funzione respiratoria nei maschi rispetto alle femmine, con una riduzione della capacità vitale, del FEV1 del FEF 25-75 ed una maggiore variazione diurna del Picco di Flusso Espiratorio (PEFv). Negli esposti al fumo passivo, vi è il riscontro di un significativo aumento della BHR, suscettibile di miglioramento a seguito della abolizione del fumo materno. Anche il broncospasmo indotto da esercizio fisico è maggiormente prevalente in ragazzi di età 9-14 anni esposti da molto tempo (> 9 anni) al fumo passivo materno. Negli adolescenti asmatici gli effetti del fumo attivo sulla funzione respiratoria di giovani adulti, evidenziano una significativa associazione tra il wheezing e bassi valori dell'indice di Tiffenau ed il numero giornaliero di sigarette fumate. Per migliorare la qualità dell'aria indoor e ridurre la morbilità occorre contrastare il fumo passivo in ambiente domestico. La maggior efficacia delle azioni di prevenzione e di controllo degli effetti del fumo in età pediatrica è associato ad interventi di educazione dei genitori, di aumento della loro consapevolezza dei danni da esposizione e nell'avvio di programmi di disassuefazione dal fumo, nonché di miglioramento generale delle condizioni di vita della famiglia, intese anche come interventi mirati di supporto psicosociale ed ambientale. Negli adolescenti di 12-13 anni è determinante che gli interventi di disassuefazione al fumo siano precoci, nelle primissime fasi di inizio dell'abitudine al fumo attivo. L'applicazione estensiva delle azioni di contrasto potrà ridurre quegli effetti di morbilità acuta e cronica sulla salute respiratoria, che incidono pesantemente globalmente sulla qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie nonché sui costi diretti ed indiretti del sistema sanitario.

Parole chiave: fumo passivo, asma bronchiale, età pediatrica, fumo materno.

Summary

This review explores the consequences of prenatal and second hand smoke childhood exposure on asthma and respiratory disorders in pediatric age. The exposure of children to passive smoking has shown significant associations to respiratory morbidity. Adverse effects have been reported of prenatal and/or postnatal passive exposure to smoking, stressing the relative importance of smoking at different periods in the child's life. Fetal exposure to tobacco smoke is an independent risk factor for symptoms of wheeze and wheezy bronchitis in schoolchildren. Maternal smoking at home and in pregnancy are independent risk factors for respiratory symptoms, especially in increased incidence of respiratory and allergic morbidity, such as allergic conjunctivitis, and atopic dermatitis. Children exposed in homes are more susceptible to acute respiratory tract illnesses with a strong evidence of a dose-response relationship with a degree of exposure. Adverse effects of tobacco smoke on chronic bronchitis, and chronic respiratory symptoms are strongest when smoking takes place during pregnancy. The risk of asthma is particularly related to high maternal smoking exposure during pregnancy, infancy and currently. The youngest children between 0 to 2 years of age are usually seriously affected, and the risk of common cold is related to high combined parental smoking during infancy. Determinants of smoking behaviour are developed throughout the life course. The asthmatic adolescents remain a vulnerable population in which the importance of recognizing and addressing the low adherence problems is essential for smoking cessation strategies. Wheezing and lower FEV1/FVC ratio are the early health consequences of smoking among young adults. The importance of the respondent's education and parental smoking are determinants of smoking behaviour. In addition, the positive effects of the smoke-free legislation on air quality and second-hand smoke exposure, may have an impact of smoking on health-related direct and indirect cost and overall on quality of life.

Keywords: second hand smoke, asthma, pediatric age, maternal smoking.

INTRODUZIONE

Il recente rapporto MPOWER dell'OMS ha descritto esaurientemente lo stato

dell'arte dell'epidemia da tabacco nel mondo e l'impatto degli interventi posti in essere per fermarla.¹ Nello slogan

contro il fumo "MPOWER", le singole lettere identificano le azioni necessarie per questa lotta all'epidemia tabagica:

Stefania La Grutta

Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Ambiente e Salute, Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente-ARPA Sicilia, Palermo
Componente del Consiglio Direttivo, Società Italiana di Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI)

“**M**” significa *Monitoring*, cioè monitoraggio del consumo di tabacco ed attivazione delle misure di prevenzione; “**P**” indica *Protect*, cioè proteggere le persone dal fumo; “**O**” sta per *Offer*, cioè offrire aiuto a chi decide di smettere di fumare; “**W**” sta per *Warn*, ossia far sapere a tutti i danni che provoca il fumo; “**E**” indica *Enforce*, quindi rafforzare il divieto di pubblicizzare, promuovere, sponsorizzare il fumo; “**R**” sta per *Raise*, cioè aumentare le tasse sul tabacco.

ANALISI DI CONTESTO INTERNAZIONALE

Ad oggi milioni di **bambini** subiscono gli effetti dell'uso devastante del tabacco, e le possibilità di agire per fermare questo fenomeno sono essenzialmente legate alle azioni di politica sanitaria e della società civile. Purtroppo, soltanto il 50% della popolazione mondiale conosce gli effetti devastanti dell'esposizione al fumo di tabacco nell'età infantile ed adolescenziale, e gli effetti di malattie e sintomi respiratorie ad essa correlati. Circa la metà dei bambini nel mondo vive in Paesi in cui non è vigente il divieto della distribuzione libera del tabacco e soltanto il 5% dell'intera popolazione mondiale è protetta da leggi anti-fumo. Inoltre, non sono da sottovalutare i costi sanitari conseguenti all'esposizione al fumo passivo, che negli USA sono stati stimati in \$ 5 miliardi / anno come costi diretti e in più di \$ 5 miliardi /anno come costi indiretti.

Un elemento allarmante è poi il recente fenomeno del “*replacement smokers*”, attivato dalle Compagnie di tabacco che stanno puntando sulle fasce di **adolescenti**, facilitandone l'avvio alla dipendenza e cercando di recuperare fasce di “nuovi fumatori” per rimpiazzare i deceduti o coloro che hanno smesso. In questo gruppo vulnerabile, il crescente utilizzo di prodotti contenenti tabacco, quali il cosiddetto “*snuff*” da posizio-

nare sotto la lingua, può considerarsi un ulteriore elemento di rischio, così come lo stesso uso nei genitori, facilitando in quest'ultimi la scarsa o assente percezione degli effetti dannosi del fumo passivo. È infatti dimostrato che l'inizio precoce dell'abitudine al fumo rende più facile il passaggio alla condizione di fumatori regolari e meno probabile la possibilità di smettere.² A conferma di quanto esposto, i risultati dell'indagine recentemente pubblicata sulle abitudini al fumo dei ragazzi di 13-15 anni, condotta nell'ambito del progetto internazionale Global Youth Tobacco Survey in 140 paesi del mondo su circa 750.000 studenti, ha mostrato un quadro preoccupante sulla diffusione del fumo tra gli **adolescenti**. In particolare, sebbene vi sia un'elevata percentuale di ragazzi che manifesta la disponibilità a smettere di fumare, non vi sono differenze di genere per il numero di sigarette fumate né per la propensione ad iniziare. Si può concludere che è necessario operare consistenti interventi di contrasto in questa fascia di età, avviando piani multi-settoriali ed interdisciplinari in collaborazione con le Autorità sanitarie e le Associazioni di volontariato.³

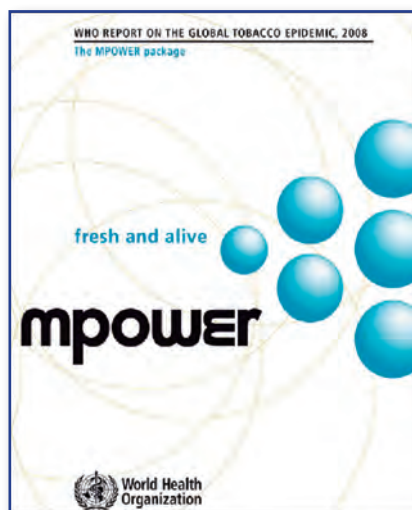
Il documento MPOWER, riporta i preoccupanti risultati dell'indagine Europea “Global Youth Tobacco Survey” che definisce per “*smoker*” coloro che hanno l'uso di almeno 1 sigaretta negli ultimi 30 giorni, e fornisce una valutazione del consumo di “*tobacco smoke*” negli ultimi 30 giorni prima della survey. L'indagine riferisce i dati percentuali di “*currently smoking cigarettes*” compresi 1.5% (nel Tajikistan, 2004) e 35.5% (in Georgia, 2003) nei maschi e tra 0.5% (nel Tajikistan, 2004) e 39.4% (in Bulgaria, 2002) nelle femmine; i dati percentuali di “*exposed to smoke in homes*” per entrambi i sessi, con valori da 41.1% (Repubblica Ceca, 2002) a 96.5% (Bosnia Erzegovina, 2003); i dati percen-

tuali di “*exposed to smoke outside homes*” per entrambi i sessi, con valori da 64.4% (Lituania, 2005) a 96.7% (Moldavia, 2004). Emerge chiaramente che il problema dell'esposizione “*in homes*” al fumo è quello particolarmente allarmante, perché ovviamente fuori dalle leggi di controllo preventivo e di applicazione del divieto di fumo. È su questo aspetto che il documento sottolinea la necessità di un ulteriore sforzo di applicazione delle misure preventive, che deve obbligatoriamente transitare attraverso una più ampia ed efficace attivazione delle misure di diffusione delle informazioni e di educazione dei genitori, per accrescere le loro conoscenze sui danni respiratori da esposizione provocati dal fumo di sigarette e motivarli ad un cambiamento dello stile di vita, tale da poter essere di esempio ai ragazzi, evitando così che inizino l'abitudine al fumo attivo.

Analisi di contesto in Italia

L'Italia già dal 10 gennaio 2005, data dell'entrata in vigore della Legge Sirchia (Legge n.3 del 16/1/2003), è stata all'avanguardia tra i Paesi Europei nell'attivazione delle politiche di protezione dal fumo passivo. L'applicazione estensiva del divieto ha certamente determinato una considerevole diminuzione dell'esposizione per i bambini al fumo passivo nei locali pubblici, ed un'accresciuta consapevolezza generale dei danni del fumo attivo e passivo sull'apparato respiratorio infantile.

Nel mese di aprile 2008, l'Italia ha ratificato la convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla lotta contro il tabagismo (COM(2003) 807_C5-0028/2004_ 2003/0316(CNS)) (adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità, costituita dai 192 Stati Membri, il 21 maggio del 2003) (legge del 18 marzo 2008 n. 75, pubblicata su G.U. n.91 del 17 aprile 2008), e ciò rappresenta un altro importante progresso per le azioni di contrasto al fumo di tabacco. Da questa convenzione deriva un nuovo e più forte impulso alle attività di prevenzione del tabagismo, anche nell'ambito del programma nazionale “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”, per il quale la prevenzione del fumo e delle sue conseguenze sulla salute rappresenta un tema centrale.



DATI EPIDEMIOLOGICI ITALIANI

Il Rapporto **MPOWER** non riporta per l'Italia dati rappresentativi recenti derivanti dal monitoraggio dell'esposizione e consumo nei giovani adulti. Inoltre, non esistono ad oggi dati epidemiologici italiani successivi all'entrata in vigore della Legge Sirchia del 2005, relativi all'esposizione al fumo passivo nei bambini ed all'abitudine al fumo attivo negli adolescenti, pertanto gli unici dati epidemiologici nazionali derivano dai risultati dello **Studio SIDRIA2** condotto in Italia nel 2002,

che ha valutato l'effetto dell'abitudine al fumo dei genitori sui disturbi respiratori nei bambini (9.267) e negli adolescenti (6.755) esposti. Dai risultati dello Studio SIDRIA2, a distanza di 7 anni dal SIDRIA1, pur evidenziando una generale tendenza alla diminuzione dell'esposizione a fumo passivo nell'infanzia ed una diminuzione nella prevalenza di fumo nei genitori, con riduzione per tutti i Centri dal 34.3% al 27.9% ed un Δ del 6.2%, emerge la rilevanza e la persistenza del problema dell'esposizione a fumo in ambito domestico, e si conferma quanto già presente in letteratura circa gli effetti negativi dell'esposizione a fumo passivo sui disturbi respiratori infantili. Sono state studiate le associazioni tra la prevalenza di asma corrente, sintomi asmatici, tosse o catarro persistente ed esposizione a fumo passivo, valutando separatamente il contributo del fumo della madre, del padre o di entrambi i genitori (ed il numero di sigarette fumate). La percentuale di famiglie in cui è presente almeno un soggetto fumatore è molto elevata (circa il 50%), ed in particolare il 25% delle madri ed il 35% dei padri fuma, specialmente nelle aree metropolitane a maggiore urbanizzazione, confermando la necessità di attivare azioni di prevenzione per questo fattore di rischio. La presenza di almeno un genitore fumatore è risultata associata ad

un maggior rischio di disturbi asmatici nei bambini e negli adolescenti, ed i rischi aumentano al crescere del numero di sigarette fumate dalla madre. Inoltre, la presenza del fumo nell'ambiente domestico può giustificare la facilità con la quale gli adolescenti iniziano l'abitudine al fumo. Infine, anche l'abitacolo dell'automobile, in circa il 50% dei casi, è il più piccolo ambiente, in cui è presente un'elevata percentuale di fumatori con elevato rischio di esposizione passiva per i bambini. Lo Studio SIDRIA2 ha evidenziato una ten-



denza positiva riguardo alla riduzione della prevalenza di fumo in gravidanza, con valori del 13% rispetto a quelli del 16,5% registrati nel 1994-95.⁴

In conclusione i dati dello studio SIDRIA2 confermano che i bambini e gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili agli effetti del fumo e necessitano di essere tutelati. Sebbene l'ambiente domestico sia quello in cui maggiormente si concentrano le esposizioni a fumo passivo nell'infanzia e nell'adolescenza, nell'avvio dei programmi settoriali di contrasto del tabagismo

occorre considerare anche il ruolo di altri fattori di rischio ambientali e sociali, quali il grado di istruzione, lo stato socio-economico, le problematiche familiari ed extrafamiliari.

EFFETTI DELL'ESPOSIZIONE AL FUMO SULL'APPARATO RESPIRATORIO IN ETÀ PEDIATRICA

L'interazione gene-ambiente certamente condiziona la suscettibilità della salute respiratoria del bambino al danno da esposizione passiva al fumo sia in utero che successivamente (tabella 1, figura 1). In particolare, nei bambini con genotipo (M+) della glutatione transferasi (GSTMI+) non vi è associazione con asma o wheezing, mentre bambini che ne sono privi (GSTMI-), se esposti in utero al fumo materno, dimostrano un maggiore prevalenza di *early-onset* asma, asma *current*, asma *persistent*.^{5,6}

A) Età neonatale

Si è molto discusso per l'età pediatrica se gli effetti dannosi da esposizione al fumo di tabacco siano da riferire al momento particolare di accrescimento in cui tale evento si verifica o alla fascia di età nella quale questa condizione si presenta o piuttosto alla dose cumulativa di esposizione. È comunque accertato che tali effetti sono dovuti a

Tabella 1. Effetti da esposizione al fumo nei differenti periodi di vita del bambino.

Esposizione in utero
• riduzione del flusso ematico ed ipossia
• minore crescita fetale e basso peso alla nascita
• minore crescita polmonare
Esposizione 0-2 anni ed età scolare
• SIDS
• infezioni respiratorie acute
• riduzione della funzione polmonare (compliance polmonare (Cr _s), tPTEF/tE, curva flusso-volume, V _{max} FRC, FVC, FEV ₁ , FEF 25-75)
• aumento dell'iper-reattività bronchiale aspecifica (BHR)
• asma, sibili, tosse cronica, mancanza di fiato, catarro
• otiti croniche
Esposizione 6-14 anni
• asma, tosse, catarro, mancanza di fiato, respiro sibilante,
• aumento dell'iper-reattività bronchiale aspecifica (BHR) e del broncospasmo da esercizio fisico (EIB)
• tumori

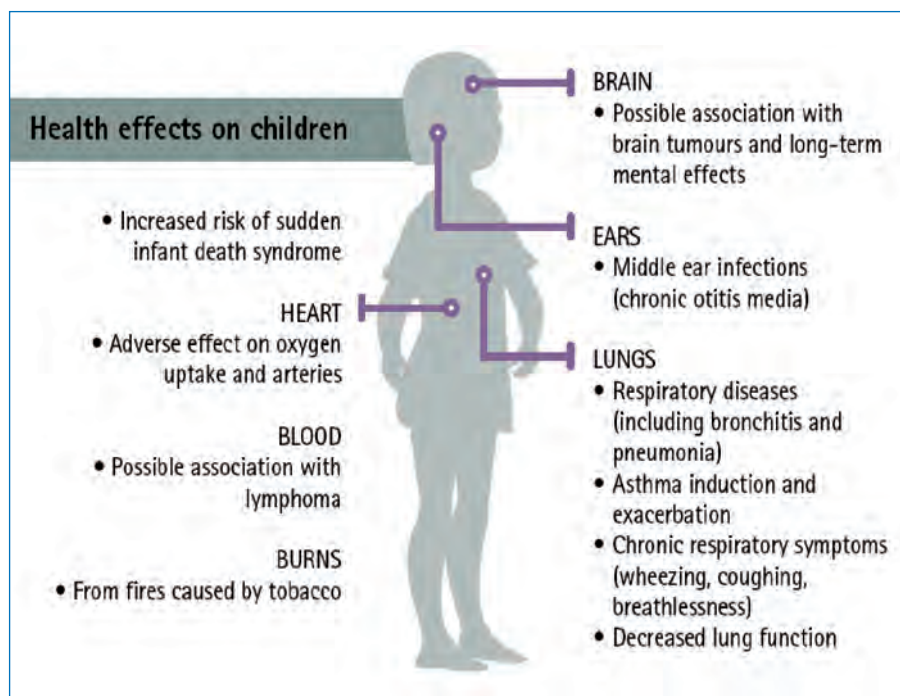


Figura 1. Malattie provocate da esposizione a fumo passivo in età pediatrica.

ciascuna delle le circostanze, anche se è accreditato che durante la fase prenatale di maggiore vulnerabilità si può raggiungere un'esposizione di circa 20 volte superiore rispetto a quella derivante dalla sola esposizione ambientale.^{7,8} Studi su animali neonati esposti al fumo nel periodo prenatale hanno evidenziato i danni morfologici e funzionali sull'apparato respiratorio e sui sistemi di controllo cardiovascolare, che potrebbero spiegare l'inefficienza della risposta ventilatoria agli stimoli nervosi afferenti, un alterato controllo del pattern respiratorio ed anche gli episodi di apnea centrale che si osservano nel periodo immediatamente postnatale.⁹ È ipotizzabile che anche nella specie umana sia possibile il verificarsi di tali alterazioni morfo-funzionali,



e quindi ogni intervento di prevenzione finalizzato ad evitare nel feto il manifestarsi di tali eventi è fortemente auspicabile. In tal senso i risultati delle misure pletimografiche dei volumi polmonari, delle resistenze delle vie aeree e della compliance polmonare totale (Cr_s), effettuate in lattanti entro le prime 13 settimane di vita e prima del manifestarsi di una malattia respiratoria, hanno confermato che il rischio di wheezing è significativamente aumentato nei casi di storia familiare di asma (OR 4.3 [95% CI, 1.3 to 13.8]; p = 0.016) ed in quelli esposti a fumo materno in gravidanza (OR 4.9 [95% CI, 1.6 to 15.0] p = 0.005).^{10,11,12} Infine, vi sono numerosi studi in lattanti di 4-5 settimane di vita, che hanno evidenziato una significativa riduzione del-

la funzione polmonare associata con l'esposizione al fumo in gravidanza ed una caratteristica relazione dose-risposta.^{13,14,15}

Vi è inoltre da considerare il ruolo aggiuntivo che i **fattori di rischio materno** possono determinare sul feto condizionandone la **nascita pre-terminale**. A tale riguardo, i recenti risultati del Danish National Birth Cohort, che ha analizzato un data set di 75.890 gravidanze singole dal 1996 al 2002, ha confermato che, nelle donne con precedenti gravidanze e con <10 anni di livello di istruzione, esiste una forte correlazione tra il fumo in gravidanza ed il livello di anni di istruzione, e che quest'ultimo, tra i fattori di rischio individuale (posizione socioeconomica, consumo di alcool, body mass index pre-gravidanza, aumento di peso in gravidanza), è il maggior determinante per il parto prematuro. Negli ex-prematuro, ed in particolare i sopravvissuti con bronco displasia (BDP) con età gestazionale estremamente bassa, l'esposizione al fumo in gravidanza ed al fumo materno a casa, costituiscono, all'età di 6 anni, i più importanti fattori di rischio indipendenti associati alla riduzione dei valori di Picco di Flusso Espiratorio (PEF) ed alle più scadenti condizioni di salute respiratoria.¹⁶

È quindi ben evidente che l'esposizione al **fumo in gravidanza** ha effetti fisiopatologici sia a breve termine sul neonato pretermine e/o a termine nel periodo neonatale sia nelle fasi successive, condizionando gli aspetti funzionali respiratori e di morbilità specifica.

B) Età scolare

Nella relazione tra esposizione a fumo passivo ed età scolare è essenziale considerare il rapporto di associazione tra il fattore *second-hand smoke* ed il rischio di comparsa di asma. Sebbene i dati siano contrastanti, la recente metanalisi sull'argomento ha chiaramente indicato nella durata di esposizione il più importante fattore che condiziona questo esito in bambini di età 6-18 anni. È stato riscontrato un Rischio Relativo (RR) di 1.48 [95% C.I.: 1.32-1.65] per asma *ever*, di 1.25 [95% C.I.: 1.21-1.30] per asma *current*, e di 1.21 [95% C.I.: 1.08-1.36] per asma *incident*, ed un RR di 1.27 medio per

quelli di età inferiore, stressando l'importanza dell'utilità di applicare estensivamente e precocemente gli interventi di prevenzione in questa popolazione vulnerabile.¹⁸

Negli studi longitudinali, come l'**EL-SPAC** (European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood), l'osservazione ripetuta, nei bambini a 6 mesi, 18 mesi e 5 anni, della **morbilità respiratoria** da esposizione a fumo passivo ha evidenziato il ruolo determinante del fumo materno. Infatti, la sintomatologia respiratoria (asma, respiro sibilante, apnea), così come la frequenza di sintomi (sibili, dispnea) da sensibilizzazione allergica alla polvere o a pollini, è significativamente aumentata in bambini di età compresa tra 18 mesi e 5 anni con madri fumatrici in casa, ed è viceversa ridotta in coloro che frequentano la scuola materna, la quale pertanto rappresenta un importante fattore protettivo.^{19,20,21} Altri studi longitudinali come il **MAS** (Multicenter Allergy Study Group, Germany), hanno valutato nei primi tre anni di vita l'effetto dell'esposizione al fumo pre- e post-natale sulla sensibilizzazione ad aero-allergeni ed allergeni alimentari. I risultati evidenziano che negli esposti vi è un rischio significativamente più elevato di sensibilizzazione agli allergeni alimentari (OR ratio: 2.3 [95% C.I.: 1.1-4.6]) e suggerisce che il *second-hand smoke* può svolgere un ruolo adiuvante per la sensibilizzazione allergica, soprattutto verso quegli allergeni ai quali il bambino è principalmente esposto.²² Differentemente dalla maggior parte delle osservazioni presenti in letteratura, alcuni autori hanno recentemente segnalato da studi cross-sectional, che la prevalenza dell'asma allergico, della rinocongiuntivite allergica, dell'eczema atopico e dell'allergia alimentare sono significativamente ridotte, rispetto ai non esposti, in bambini le cui madri fumano un numero >15 sigarette/giorno.²³ In linea con le maggiori evidenze, lo studio di coorte di Oslo ha comunque confermato che in bambini non-asmatici di 2 anni, esposti al fumo materno pre- e post-natale, vi è un aumento serico della proteina cationica degli eosinofili (s-ECP) ed una riduzione

dei livelli di sCD14, suggerendo che tali aspetti siano espressione di alterazioni del sistema immune rilevanti per la comparsa delle malattie allergiche.²⁴

Anche gli **studi cross-sectional** in **bambini di età scolare** hanno confermato che l'esposizione al **fumo materno in gravidanza** è un

fattore di rischio indipendente che si associa significativamente a "wheezing ever" (OR = 1.4 [95% CI: 1.0-2.0]), ad asma con valori di OR compresi tra 2.46 [95% CI 1.19-5.08]) e 3.51 [95% CI 1.00-12.3], ad attacchi di "dyspnea ever" (OR = 1.8 [95% CI: 1.1-2.9]), a bronchite (OR = 2.1 [95% CI: 1.5-2.9]), a bronchite asmaticiforme (OR = 1.8 [95% CI: 1.1-2.9]) e tosse notturna, mentre la sola esposizione postnatale è un fattore di rischio significativo per bronchite (OR = 1.4 [95% CI: 1.1-1.9]), infezioni respiratorie in particolare quelle acute (OR = 3.39 [95% CI, 1.93-5.93]) e, in bambini appartenenti a classi socio-economiche più basse, anche per allergie (OR 1.26, [95% CI 1.13-1.42]).^{25,26,27,28,29,30}

Gli effetti dell'esposizione al fumo materno sulla salute respiratoria dei bambini in età scolare sono bene evidente se le madri sono "current smokers in homes". Infatti il comportamento del fumo parentale si riflette sulla comparsa di asma (OR 3.27 [95% CI 1.26-8.48]), malattie allergiche (rinocongiuntivite) (OR 2.82 [95% CI 1.07-7.44]) ed infezioni respiratorie delle alte vie (OR 1.25 [95% CI 1.09-1.42]).²⁶

Gli effetti da esposizione al *second-hand smoke* sulla funzione respiratoria in età scolare sono ugualmente presenti in bambini non asmatici ed asmatici, anche se in quest'ultimi sono significativamente maggiori.³¹ È stato recentemente dimostrato, nelle biopsie bronchiali di giovani adulti fumatori asmatici, che, rispetto ai non fumatori asmatici, vi è una modifica dei processi di infiammazione e rimodellamento, con evidenza di metaplasia squamosa e maggiore



espressione sub-epiteliale di elastasi neutrofila, di IL-8 e di IFN-gamma, ed è ipotizzabile che tali alterazioni possano influenzare la risposta alla terapia di controllo dell'asma e condizionarne l'evoluzione clinica.³²

Nei bambini esposti a *second-hand smoke* materno sia in gravidanza sia successivamente, e maggiormente in quelli asmatici,³³ è stata dimostrata una differenza di genere, con maggiore ricaduta negativa sulla funzione respiratoria dei ragazzi rispetto alle femmine,³⁴ riduzione della capacità vitale (FVC), interessamento delle grandi vie aeree (FEV₁), maggiore variazione diurna del Picco di Flusso Espiratorio (PEFv) e delle piccole vie (FEF₂₅₋₇₅).^{35,36}

Il comportamento dell'iper-reattività bronchiale aspecifica (BHR), che rappresenta un'importante caratteristica dell'asma ed è correlata al grado di severità, non è univoco nei bambini esposti al fumo passivo. Infatti, accanto al riscontro di un significativo aumento della BHR in alcuni, suscettibile di miglioramento a seguito della abolizione del fumo materno³⁴, è stato segnalato negli asmatici esposti al fumo materno (consumo di >15 sigarette/giorno) una minore BHR³⁷, sebbene poi tale risultato sia stato smentito da altri studi in bambini asmatici con elevati livelli di cotinina urinaria, che hanno evidenziato un miglioramento della BHR dopo trattamento con steroide.³⁸ Anche il broncospasmo indotto da esercizio fisico (Exercise Induced Bronchoconstriction - EIB), espressione di BHR, è maggiormente prevalente in ragazzi di età 9-14 anni esposti da molto tempo (>9 anni)

al fumo passivo materno con un OR per EIB di 2.23 [95% CI 1.06-4.69].³⁹

Infine è da menzionare, tra gli effetti del *second-hand smoke* nei bambini di età scolare, una prevalenza significativamente maggiore di disordini catarrali dell'orecchio medio.⁴⁰

C) Età Adolescenziiale

Negli adolescenti asmatici, la sottovalutazione dei problemi di aderenza e compliance alla terapia di controllo costituisce il maggiore fattore di rischio per l'inizio dell'abitudine al fumo attivo. In particolare nei ragazzi, alcuni fattori psicosociali, come la scadente qualità della vita o la scarsa l'attitudine a meccanismi di *coping*, giocano un ruolo determinante come fattori predittivi dell'avvio al fumo, evidenziando che gli interventi di supporto psicosociale hanno un ruolo cruciale in questa fascia di età vulnerabile.^{41,42}

I risultati del recente studio cross-sectional di valutazione degli effetti del fumo attivo sulla funzione respiratoria di giovani adulti, evidenziano una significativa associazione tra il wheezing e bassi valori dell'indice di Tiffeneau (FEV1/FVC ratio) ed il numero giornaliero di sigarette fumate, con un OR 3.36 [95% CI: 2.11-5.37] se il numero è <10 sigarette e con un OR 6.11 [95% CI: 4.03-9.28] se il numero è ≥10 sigarette.⁴³

MODALITÀ DI INTERVENTO SULLE PROBLEMATICHE DEL FUMO IN ETÀ PEDIATRICA

È dimostrato che la maggior efficacia delle azioni di prevenzione e di controllo degli effetti del fumo in età pediatrica è associata ad interventi di educazione dei genitori, di aumento della loro consapevolezza dei danni da esposizione e di avvio di programmi di disassuefazione dal fumo, nonché di miglioramento generale delle condizioni di vita della famiglia, intese anche come interventi mirati di supporto psico-sociale ed ambientale.⁴⁴



Negli adolescenti di 12-13 anni è determinante che gli interventi di disassuefazione al fumo siano precoci, nelle primissime fasi di inizio dell'abitudine al fumo attivo.

È infatti dimostrato che il desiderio di smettere si riduce progressivamente nei primi 3 anni, mentre contemporaneamente aumenta la consapevolezza della difficoltà che questa azione comporta. È quindi necessario, programmare ed adattare nei ragazzi *novice smokers*, quei processi di disassuefazione che sono ben noti negli adulti.⁴⁵ Riguardo ai contenuti di questi programmi, i risultati della Cochrane del 2006 hanno evidenziato che i trial con modello di approccio trans-teoretico per stadi di cambiamento (TTM), rispetto a quelli farmacologici (con bupropione o sostituti della nicotina) e ai soli interventi psico-sociali (rinforzo motivazionale e gestione del cambiamento), sono in grado di ottenere un moderato successo nel lungo periodo di follow-up con una persistenza di efficacia a due anni (OR 1.38 [95% CI 0.99 - 1.92]).⁴⁶

Poiché però è ben noto che la decisione dei ragazzi di iniziare a fumare è notevolmente influenzata dal comportamento della famiglia e degli amici, l'efficacia dei programmi di disassuefazione è subordinata all'effettivo coinvolgimento di tutto il nucleo familiare e dell'ambiente scolastico.^{47,48}

I recenti risultati della *survey* nazionale scozzese in età scolare (età media

11.4 anni), finalizzata alla valutazione dei cambiamenti nell'esposizione al fumo passivo dopo l'implementazione del divieto di fumo, ha mostrato in



bambini non esposti la riduzione del 39% dei livelli di cotinina salivare ed una significativa riduzione in quelli esposti in rapporto al numero di conviventi fumatori con valori del 44% di riduzione laddove vi è la presenza del padre fumatore e del 55% nei bambini a più basso livello di esposizione, cioè con entrambi i genitori non fumatori.⁴⁹

È infine importante ricordare che gli effetti dell'applicazione dei programmi nazionali di divieto del fumo in locali pubblici, oltre a contribuire in modo determinante al miglioramento della qualità dell'aria indoor ed alla riduzione dell'esposizione al *second-hand smoke*, hanno dimostrato un significativo impatto positivo su alcuni indicatori di salute e complessivamente sulle misure di qualità della vita dei soggetti che vi si sottopongono.^{50,51}

È infine importante ricordare che gli effetti dell'applicazione dei programmi nazionali di divieto del fumo in locali pubblici, oltre a contribuire in modo determinante al miglioramento della qualità dell'aria indoor ed alla riduzione dell'esposizione al *second-hand smoke*, hanno dimostrato un significativo impatto positivo su alcuni indicatori di salute e complessivamente sulle misure di qualità della vita dei soggetti che vi si sottopongono.^{50,51}

CONCLUSIONE

È ben evidente dall'analisi delle problematiche derivanti dagli effetti del fumo passivo ed attivo in età pediatrica, che ogni sforzo deve essere promosso per contrastare il fumo passivo in ambiente domestico, dove il livello di esposizione raggiunge elevati livelli di pericolosità mantenendo in modo incontrollato quegli effetti di morbilità acuta e cronica sulla salute respiratoria, che incidono globalmente sulla qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie nonché sui costi diretti ed indiretti del sistema sanitario. ■

Bibliografia

1. The MPOWER package, WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, WHO 2008
2. Everett SA et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):327-333.
3. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, et al. Global Youth Tobacco Surveillance. 2000-2007. *MMWR* January 2008; 75(SS01):1-21
4. De Sario M, Forastiere F, Viegi G, Simoni M, Chellini E, Piccioni P, Indinimmo L, Brunetti L. Fumo dei genitori e disturbi respiratori infantili. *Epidemiologia e Prevenzione* 2005; 29(2) suppl:52-56
5. Gilliland FD, Li YF, Dubeau L, et al. Effects of glutathione S-transferase M1, maternal smoking during pregnancy, and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 457-463
6. Kabesh M, Hoefler C, Carr D, Leupold W, weiland SK, von Mutius E. Glutathione S-transferase deficiency and passive smoking increase childhood asthma. *Thorax* 2004; 59: 569-573
7. Wang X, Tager IB, Van Vunakis H, Speizer FE, Hanrahan, JP. Maternal smoking during pregnancy, urine cotinine concentrations, and birth outcomes. A prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 978-988
8. Gergen PJ, Fowler JA, Maurer KR, Davis WW, Overpeck MD. The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994. *Pediatrics* 1998 Feb;101(2):E8
9. Fregosi RF, Pilarski JQ. Prenatal nicotine exposure and development of nicotinic and fast amino acid-mediated neurotransmission in the control of breathing. *Respir Physiol Neurobiol* 2008 May 21. [Epub ahead of print]
10. Stocks J, Dezateux C. The effect of parental smoking on lung function and development during infancy. *Respirology* 2003 Sep;8(3):266-85
11. Dezateux C, Stocks J, Dundas I, Fletcher ME. Impaired airway function and wheezing in infancy: the influence of maternal smoking and a genetic predisposition to asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1999 Feb;159(2):403-10
12. Milner AD, Marsh MJ, Ingram DM, Fox GF, Susiwa C. Effects of smoking in pregnancy on neonatal lung function. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999; 80: F8-F14
13. Hanrahan JP, Tager IB, Segal MR, et al. The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 1129-1135
14. Lødrup Carlsen, KC, Jaakkola JJ, Nafstad P, Carlsen KH. In-utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. *Eur Respir J* 1997; 10: 1774-1779
15. Morgan WJ, Martinez FD. Maternal smoking and infant lung function. Further evidence for an in utero effect. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 689-690
16. Morgen CS, Bjørk C, Anersen PK, Mortensen LH, Andersen AM. Socioeconomic position and the risk of preterm birth--a study within the Danish National Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2008 Jun 24. [Epub ahead of print]
17. Hennessy EM, Bracewell M, Wood N, Wolke D, Coteloe KL, Gibson AT, Marlow N. Respiratory health in pre-school and school age children following extremely preterm birth. *Arch Dis Child* 2008 Jun 18. [Epub ahead of print]
18. Vork KL, Broadwin RL, Blisdell RJ. Developing asthma in childhood from exposure to secondhand tobacco smoke: insight from meta-regression. *Environ Health Perspect* 2007; 115: 1394-1400
19. Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M. Trends in respiratory morbidity of children in relation to their passive smoking exposure. *Cas Lek Cesk* 2008;147(4):215-21
20. Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M Trends in respiratory morbidity of children in relation to their passive smoking exposure. *Cent Eur J Public Health* 2006 Dec;14(4):180-5.
21. Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M Trends in respiratory morbidity of children in relation to their passive smoking exposure. *Cent Eur J Public Health* 2004 Sep;12(3):157-60
22. Kulig M, Luck W, Lau S, Niggemann B, Bergmann, Klette U, Guggenmoos-Holmann I, Wahn U. Effect of pre- and postnatal tobacco smoke exposure on specific sensitization to food and inhalant allergens during the first 3 years of life. Multicenter Allergy Study Group, Germany. *Allergy* 1999 Mar;54(3):220-8.
23. Hjern A, Hedberg A, Hagkund B, Rosen M. Does tobacco smoke prevent atopic disorders?. A study of two generations of Swedish residents. *Clin Exp Allergy* 2001; 31: 908-914
24. Lødrup Carlsen KC, Halvorsen R, Carlsen KH. Serum inflammatory markers and effects on age and tobacco smoke exposure in young non-asthmatic children. *Acta Paediatr* 1998; 87: 559-564
25. Jedrychowski W, Flak E. Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infections. *Environ Health Perspect* 1997 Mar;105(3):302-6
26. Hajnal BL, Braun-Fahländer C, Grize L, Gassner M, Varonier HS, Vuille JC, W trich B, Sennhauser FH. Team. Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen. *Schweiz Med Wochenshr* 1999 May 15;129(19):723-30
27. Złtkowska R, Zejda JE. Fetal and postnatal exposure to tobacco smoke and respiratory health in children. *Eur J Epidemiol* 2005;20(8):719-27
28. Pattenden S, Antova T, Neuberger M, Nikiforov B, De Sario M, Grize L, Heinrich J, Hrubá F, Janssen N, Luttmann-Gibson H, Privalova L, Rudnai P, Splichalova A, Zlotowska R, Fletcher T. Parental smoking and children's respiratory health: independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tob Control* 2006 Aug;15(4):294-301.
29. Jaakkola JJ, Kosheleva AA, Katsnelson BA, Kuzmin SV, Privalova LI, Spengler JD. Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and respiratory health in Russian children. *Respir Res* 2006 Mar 28;7:48
30. Hugg TT, Jaakkola MS; Routsalainen RO, Puskarev VJ, Jaakkola JJ. Parental smoking behaviour and effects of tobacco smoke on children's health in Finland and Russia. *Eur J Public Health* 2008 Feb;18(1):55-62. Epub 2007 Jun 14.
31. Li YF, Gilliland FD, Berhane K, et al. Effects of in utero and environmental tobacco smoke exposure on lung function in boys and girls with and without asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 2097-2104
32. St-Laurent J, Bergeron C, Pagé N, Couture C, Laviolette M, Boulet LP. Influence of smoking on airway inflammation and remodelling in asthma. *Clin Exp Allergy* 2008 Aug 3. [Epub ahead of print]
33. Sherril DL, Martinez FD, Lebowitz MD, et al. Longitudinal effects of passive smoking on pulmonary function in New Zealand children. *Am J Respir Crit Care Med* 1992; 145: 1136-1141
34. Murray AB, Morrison BJ. Passive smoking by asthmatics: its greater effect on boys than on girls and on older than younger children. *Pediatrics* 1989; 84: 451-459
35. Lebowitz MD, Sherril D, Holberg CJ. Effects of passive smoking on lung function in children. *Pediatr Pulmonol* 1992; 12: 37-42
36. Cook DG, Strachan DP. Parental smoking, bronchial reactivity and peak flow variability in children. *Thorax* 1998; 53: 295-301
37. Ehrlich R, Jordaan, Du TD, et al. Household smoking and bronchial hyperresponsiveness in children with asthma. *J Asthma* 2001; 38: 239-251
38. Dubus JC, Oddoze C, Badier M, Guillot C, Bruguierolle B. Possible interaction between exposure to environmental tobacco smoke and therapy in children with asthma. *Clin Sci (Land)* 1998; 95:143-149
39. Agudo A, Bardagi S, Romero PV, Gonzales CA. Exercise-induced airway narrowing and exposure to environmental tobacco smoke on schoolchildren. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 409-417
40. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4: Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53: 50-56.
41. Tercyak KP. Brief report: social risk factors predict cigarette smoking progression among adolescents with asthma. *J Pediatr Psychol* 2006 Apr;31(3):246-51
42. Van de Ven MO, Engels RC, Sawyer SM. Asthma-specific Predictors of Smoking Onset in Adolescents with Asthma: A Longitudinal Study. *J Pediatr Psychol* 2008 Jun 21. [Epub ahead of print]
43. Vianna EO, Gutierrez MR, Barbieri MA, Caldeira RD, Bettiol H, Da Silva AA. Respiratory effects of tobacco smoking among young adults. *Am J Med Sci* 2008 Jul;336(1):44-9
44. Kestilä L, Løstinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Pirikola S, Patja K, Aromaa A. Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *Eur J Public Health* 2006 Dec;16(6):617-26
45. O'Loughlin J, Gervais A, Dugas E, Meshefedjian G. Milestones in the Process of Cessation Among Novice Adolescent Smokers. *Am J Public Health* 2008 Jul 16. [Epub ahead of print]
46. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18;(4):CD003289.
47. Thomas RE, Baker P, Loenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD004493
48. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jul 19;3:CD001293
49. Akhtar PC, Currie DB, Currie CE, Haw SJ. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ*, 2007 Sep 15;335(7619):545
50. Gotz NK, van Tongeren M, Wareing H, Wallace LM, Semple S, Maccalman L. Changes in air quality and second-hand smoke exposure in hospitality sector businesses after introduction of the English Smoke-free legislation. *J Public Health* 2008 Jul 23. [Epub ahead of print]
51. Heikkinen H, Jallinoja P, Saarni SJ, Patja K. The impact of smoking on health-related and overall quality of life: A general population survey in Finland. *Nicotine Tob Res* 2008 Jul;10(7):1199-207

News & Views



10 gennaio 2008 - Giornata per i Diritti dei non-fumatori La Legge Antifumo compie 4 anni SITAB in prima linea per una battaglia di civiltà

La Legge Antifumo ha celebrato il IV anno della sua entrata in vigore, che a dispetto delle varie cassandre di turno, sta evidenziando gradualmente e progressivamente, i suoi benefici sulla salute dei cittadini. Il 10 gennaio pertanto è stata dichiarato



Giornata per i Diritti dei Non-fumatori, arrivato quest'anno all'8ª edizione. In origine questa ricorrenza si celebrava il 5 novembre, ma è passata dallo scorso anno, a furor di popolo, a coincidere con la data di entrata in vigore della "legge Sirchia" (art. 51, L. 3/2003 sulla P.A.) nel 2005.

Una legge questa di civiltà nata a tutela principalmente dei non fumatori e in particolare dei non fumatori per eccellenza: i bambini. Il diritto dei non fumatori spesso non si vede. Una garanzia che viene inquinata con un niente: un sottile filo di fumo, impalpabile, talora indimostrabile. Però i bambini, i malati, i non fumatori in generale spesso non hanno strumenti efficaci per bloccare alcunché, se non con una parola, un gesto involontario, una richiesta di cortesia. La Giornata per i Diritti dei Non Fumatori serve a ricordare che la salute, l'aria è un diritto, e chi fuma dove non deve ledere questo diritto.

La Giornata, che apre l'Anno del Respiro indetto per il 2009, propone:

1. Applicazione rigorosa del divieto di fumare in tutta l'area scolastica (intervento di comprovata efficacia in termini di riduzione di tabagismo tra gli studenti)

2. Priorità dell'Educazione alla Salute nei programmi scolastici, con particolare riferimento alla prevenzione del tabagismo e delle altre dipendenze applicando metodologie scientificamente validate e con operatori formati (riferimento: GEA Progetto Salute Onlus - www.gea2000.org).
3. Formazione degli educatori, insegnanti, operatori scolastici, operatori della prevenzione (riferimento: Società scientifica di Tabaccologia - www.tabaccologia.org).
4. Informazione corretta e mirata ai genitori sui problemi del tabacco.

*Manuela Giovanchi
(Ufficio stampa SITAB)*

Fazio: allo studio pacchetti più cari. "Non danneggia il comparto"

Contrastare in modo più deciso il tabagismo. "Il Governo deve proseguire sulla strada aperta dalla legge Sirchia. Stiamo pensando a misure anche più aggressive, come ad esempio rendere il prezzo del pacchetto di sigarette più caro". Lo ha detto il sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio. "La salute dei cittadini è una priorità - ribadisce Fazio - e aumentare il prezzo delle 'bionde' non provocherebbe riduzioni tali da mettere in crisi il comparto". Secondo i dati, negli ultimi anni - ricorda il sottosegretario - si è registrata una riduzione lenta delle vendite, pari a circa l'1,5% nel 2007. "Dobbiamo capire in che modo misure più aggressive possano essere messe in moto. Ma è cruciale tutelare la salute degli italiani dai danni legati al tabacco". Il Ministero progetta anche campagne anti-fumo con spot tv che saranno presentate prossimamente. Epidemiologi e oncologi sono d'accordo: basterebbe rendere un po' più salati i pacchetti, per fare cambiare abitudine ai fumatori ma soprattutto si eviterebbe che molti adolescenti passino dalla condizione di sperimentazione a quella di fumatore abituale.

Fonte: <http://www.adnkronos.com/IGN/Altro/?id=3.0.2807786539>



Convegno al Senato: buoni propositi e contraddizioni

Si è svolto a Roma, il 26 novembre 2008, presso la Sala Capitolare del Senato il Convegno "Fumo Salute e Sanità", Patrocinato dal Senato della Repubblica e dall'Osservatorio fumo, alcol e droga (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il Convegno, scarsamente pubblicizzato e con partecipazione ad inviti limitati, è stata una ghiotta occasione per cogliere quello che il Palazzo è/sarebbe intenzionata a fare col problema tabacco e tabagismo. Questo è quanto abbiamo colto tramite i lanci delle agenzie di stampa.

Il Governo difende la produzione

Il Ministro delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, Luca Zaia ha ribadito la sua posizione sul tema del tabacco "Siamo vicini al settore delle manifatture e delle colture tabacchicole che in Italia rappresentano un presidio di qualità". La questione è stata oggetto di confronto in Europa, e questo è stato un fatto positivo, ma non abbiamo avuto alcuna apertura. Sia i lavoratori del tabacco che l'intera filiera devono però sapere che non intendiamo abbandonarli e che il dossier europeo per noi non è chiuso. "Vogliamo continuare a coltivare il tabacco nelle nostre quattro regioni: Veneto, Campania, Umbria e Toscana e quindi riproporremo il problema in sede europea fino al raggiungimento di una soluzione soddisfacente."

OSSFAD-ISS: rischio decimazione entro giugno

È allarme rosso per l'Osservatorio fumo, alcol e droga (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che rischia di essere decimato entro il prossimo mese di giugno. Lo ha denunciato il direttore dell'Osservatorio, Piergiorgio Zuccaro, intervenendo al Convegno. "Ben 15 dei 22 ricercatori del mio gruppo - ha detto - sono infatti precari. E in base alla legge 133, nonostante siano ragazzi formati e specializzati, se le cose non cambiano saranno mandati a casa". "La prossima volta - ha aggiunto - se le cose non cambiano verrò solo e con slide vecchie. Il mio gruppo, infatti, al 70% è formato da precari". "Il Governo sta pensando a un modo per affrontare il problema", ha però assicurato il senatore Cesare Cursi, presidente dell'Osservatorio e a capo della Commissione Industria del Senato. E il sottosegretario alla Salute Fazio, ha aggiunto "stiamo vedendo cosa si può fare al riguardo. Mi auguro - ha detto - che la questione possa essere risolta".

Recessione. E i giovani passano al trinciato

La recessione avanza, i prezzi schizzano su? No problem! In tempo di crisi si ricorre al "fai da te", anche con le sigarette. Così risulta che in Italia è boom di tabacco sfuso, specialmente tra i giovanissimi. Se i dati parziali confermano per i primi nove mesi del 2008 un calo dell'1% della vendita delle sigarette, per il tabacco sfuso e i sigari c'è invece un contemporaneo aumento del 12%, "dovuto soprattutto alla grande richiesta dei cosiddetti trinciati che sono più economici e preferiti dai giovanissimi per confezionare sigarette a basso prezzo ed hanno segnato un +15,5% solo nel 2007". Parola di Piergiorgio Zuccaro, direttore dell'OSSFAD-ISS, intervenuto al Convegno su "Fumo, salute e sanità". "Oggi in Italia, in media, si comincia a fumare intorno ai 17 anni - ricorda Zuccaro - e a quell'età si ha a disposizione solo la paghetta. Dobbiamo normare anche il tabacco sfuso per disincentivare i giovanissimi, e magari eliminare i pacchetti da 10 "bionde" dal mercato: costano troppo poco, come cappuccino e cornetto". Non solo. "Occorrerebbe vietare la vendita delle sigarette ai minori di 18 anni", rincara la dose Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione Affari sociali della Camera, a margine dell'incontro.

Università Cattolica: 6 miliardi in fumo

Ogni anno il SSN spende oltre 6 miliardi di euro l'anno, pari al 6,7% della spesa nazionale, per patologie legate al fumo delle sigarette. Anche questo dato è stato diffuso in occasione del Convegno organizzato dall'OSSFAD "Fumo, salute e sanità". "La ricerca in ambito scientifico - ha detto Americo Cicchetti, della facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - ha messo in evidenza la correlazione esistente tra l'emergenza per alcune patologie e l'abitudine al fumo. Adottando come dati di riferimento i ricoveri ospedalieri durante il 2005,

uno studio realizzato dall'Università Cattolica ha calcolato che il costo per i ricoveri associati a patologie tabacco-correlate è pari a 3,4 miliardi di euro, un valore che nel 2005 è pari al 3,5% della spesa del servizio sanitario nazionale.

Proiettando questi dati - ha aggiunto - sugli altri livelli di assistenza, ne è emerso che nel 2005, la spesa complessiva per le patologie è appunto pari a oltre 6 miliardi di euro".

Secondo il senatore Antonio Tomassini, Presidente della Commissione Igiene e Sanità al Senato, "malgrado tutti i tentativi di far diminuire i fumatori, ogni statistica ci presenta un numero consistente di persone implicate nella dipendenza da tabacco.

È necessario non tralasciare anche altri percorsi, primo fra questi tutte le ipotesi di riduzione del danno. Ma anche ricerca e iniziativa politica possono portare a nuove soluzioni".

Il tabacco è il prodotto che uccide da un terzo a metà delle persone che ne fanno uso. Il numero totale dei decessi attribuiti al tabacco e allo sviluppo delle patologie correlate è destinato ad aumentare dagli attuali 5,4 milioni a 8,3 milioni nel 2030 con un 10% di decessi in più in tutto il mondo. Secondo Pierluigi Zuccaro, direttore dell'OSSFAD, ogni giorno nel mondo si accendono 15 miliardi di sigarette. Gli italiani che fumano secondo i dati DOXA-ISS 2008, sono 11.200.000 (22% di cui 26,5% uomini e 17,9% donne).

I primi dati del 2008, mostrano che il calo della vendita di sigarette è leggero ma costante: pari all'1% da gennaio a settembre. Il sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio ha sottolineato la volontà del Governo di "impegnarsi sul fronte della lotta al fumo.

Stiamo pensando ad una campagna di comunicazione anche con l'aiuto di spot divertenti. Il nostro scopo è migliorare la salute dei cittadini anche se, vista la difficile congiuntura in cui ci troviamo, stiamo cercando di ridurre i costi della sanità.

La legge contro il fumo ha messo l'Italia al primo posto nella lotta al tabagismo e ha avuto il merito di cambiare le nostre abitudini in tempi brevi con una riduzione della prevalenza dei fumatori, a tre anni dall'entrata della legge antifumo del 2005, passata dal 26,2% nel 2004 al 22,2% nel 2008. Secondo uno studio del Ministero condotto in 4 regioni, la riduzione degli eventi coronarici acuti è pari al -13%. Ma c'è ancora molto da fare per i restanti 11,200 milioni di fumatori che resistono ancora sulla linea del Piave. Il convegno è stato anche l'occasione per presentare il premio che l'Osservatorio Sanità e Salute assegnerà alla migliore iniziativa delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nell'anno 2009 per la disassuefazione dal fumo.

Governo: trattamenti antifumo nei LEa. Forse.

Per aiutare davvero i fumatori italiani ad abbandonare il fumo di tabacco, i trattamenti per smettere dovrebbero essere inseriti nei LEa (livelli essenziali di assistenza). Lo sosteniamo da tempo e lo hanno ribadito al Convegno gli esperti intervenuti a Roma. E l'ipotesi trova possibilità il sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio. "Certo occorrerebbe la messa a sistema dei centri anti-fumo di tutta la Penisola - dice Fazio - con controlli che ci permettano di capire come e se ogni struttura funziona. In questo caso è logico e nulla osta alla possibilità di inserire i trattamenti anti-fumo nei LEa. Il principio è giusto ma occorre verificare i risultati ottenuti nei centri". Verificate pure ma partiamo quanto prima!

Fonti: www.aduc.it/dyn/salute/noti.php?id=241607 ; www.sanitanews.it/quotidiano/intarticolo.php?id=1832&sendid=443 <http://it.notizie.yahoo.com/25/20081127/thl-fumo-salute-e-sanita-a-che-punto-sia-bd646f4.html>



www.tabaccologia.org

homepage

segreteria@tabaccologia.it

Assemblea dei soci della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) ed elezione del Consiglio Direttivo (2009-2011).

In data 23 settembre 2008, alle ore 16.30, presso la sala riunioni dell'Hotel Villa Panphili in Roma, si è tenuta l'assemblea dei soci SITAB. Dopo una breve introduzione del Presidente uscente Prof. Giacomo Mangiaracina il segretario dott. Nolita Pulerà ha illustrato la situazione delle iscrizioni alla Società: ha comunicato che per decisione del Consiglio Direttivo uscente le iscrizioni per il 2009 avranno un costo di 35 € (25 € per studenti, specializzandi, dottorandi, associazioni), comprensivo della rivista Tabaccologia e dei servizi on line. Ha quindi illustrato le modalità di svolgimento delle elezioni del nuovo Consiglio Direttivo e l'impiego delle deleghe. Il dott. Vincenzo Zagà, tesoriere e vicepresidente ad interim, ha illustrato la situazione economica, mettendo in luce la necessità di reperire fondi, sia

Si è passati quindi allo svolgimento delle votazioni, non prima di avere ascoltato il dott. Claudio Poropat, che per motivi personali ritira la sua disponibilità ad essere rieletto nel CD, sia dei dott. Fabio Beatrice, Massimo Baraldo e Eugenio Sabato, che propongono la propria candidatura. Hanno votato 44 soci, le schede erano tutte valide e con lo scrutinio, effettuato da Pulerà con il controllo di Lanca e Tridici, è stato possibile rieleggere il nuovo CD, formato da:
Baraldo Massimo
Beatrice Fabio
Chiamulera Christian
Del Donno Mario
Enea Domenico
Mangiaracina Giacomo
Pulerà Nolita
Tinghino Biagio
Zagà Vincenzo



Da sn a dx: Baraldo, Tinghino, Enea, Del Donno, Mangiaracina, Pulerà, Beatrice, Zagà (assente giustificato Chiamulera, per impegni in altra sala)

con le iscrizioni sia con eventuali sponsorizzazioni, per fare fronte ai costi della rivista.

Successivamente il nuovo CD si è riunito per la distribuzione delle cariche. Sono stati nominati:

Biagio Tinghino

(Presidente)

Mario Del Donno

(VicePresidente)

Vincenzo Zagà

(Tesoriere e Caporedattore di Tabaccologia)

Nolita Pulerà (Segretario)

Giacomo Mangiaracina

(Direttore di Tabaccologia)

Dopo una breve presentazione il Presidente

eletto aggiorna la riunione.

Nolita Pulerà [segretario SITAB]

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Comitato Direttivo Nazionale (2009-2011)

Presidente:

Dott. Biagio Tinghino (presidenza@tabaccologia.it)
Responsabile U.O. Dipendenze e Centro per il Trattamento del Tabagismo ASL di Monza, Commissione per gli Stili di Vita, Regione Lombardia

Vicepresidente

Dott. Mario Del Donno (vicepresidenza@tabaccologia.it)
Direttore U.O. Pneumologia, Centro Antifumo Ospedale Rummo, Benevento (NA)

Tesoriere, redattore capo Tabaccologia

Dott. Vincenzo Zagà (caporedattore@tabaccologia.it)
Dirigente Presidio di Pneumotisiologia, Coordinatore Centri Antifumo Azienda USL Bologna

Segreteria:

Dott.ssa Nolita Pulerà (segreteria@tabaccologia.it)
Responsabile Centro per la Prevenzione e il Trattamento dei Danni indotti dal Fumo U.O. Pneumologia, Ospedale di Livorno

Consiglieri:

- Dott. Massimo Baraldo (m.baraldo@tabaccologia.it)
SOS di Tossicologia, Ambulatorio Tabagismo Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine
- Dott. Fabio Beatrice (f.beatrice@tabaccologia.it)
Direttore S.C. Otorinolaringoiatria Osp. S. Giovanni Bosco, Torino, Direttore del Centro per la Cura e la Prevenzione del Tabagismo - ASLTO2
- Prof. Christian Chiamulera (c.chiamulera@tabaccologia.it)
Professore Associato di Farmacologia Università di Verona. President Elect of SRNT Europe Society of Researches on Nicotine and Tobacco.
- Prof. Domenico Enea (d.enea@tabaccologia.it)
Docente di Ginecologia Univ. di Roma "Sapienza". Responsabile Centro Policlinico senza Fumo e progetto "Gravidanza senza Fumo".
- Prof. Giacomo Mangiaracina (direttore@tabaccologia.it)
Dipartimento Scienze di Sanità Pubblica, Unità di Tabaccologia Università di Roma "Sapienza". Area Tabagismo LILT, Direttore di Tabaccologia

Servizi ai Soci

I soci della SITAB sono professionisti, ricercatori e soggetti a vario titolo coinvolti nei programmi di controllo del tabagismo. La SITAB promuove tra i propri soci i seguenti servizi:

- 1 Supporto e patrocinio ad iniziative locali, formative e operative.
- 2 Supporto nella creazione di servizi territoriali di assistenza ai fumatori.
- 3 Aggiornamento e documentazione attraverso il proprio centro di documentazione e ricerca DocSITAB.
- 4 Promozione delle attività e comunicazione attraverso i propri mezzi di informazione.
- 5 Disponibilità della e-Newsletter "Tabagismo & PFC" di "GEA Progetto Salute" sia a scopo divulgativo delle proprie iniziative, sia come strumento di informazione per le scuole e per gli utenti dei programmi antifumo.
- 6 Pubblicazione di articoli e collaborazione con la rivista Tabaccologia e con il sito internet www.tabaccologia.org
- 7 Rivista "Tabaccologia", con accesso alla rivista "Tabaccologia On-Line"
- 8 Newsletter SITAB via email.


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

Tabac Mail

lettere a Tabaccologia

redazione@tabaccologia.it

@ Il Preside di Veterinaria dell'Università di Milano prende provvedimenti dopo il pressing di Smokebusters e Tabaccologia.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
 Facoltà di Medicina Veterinaria
 Eugenio Scanziani (Preside)
 20133 Milano (Italy) Via Celoria, 10
 Tel. +39 02 50318000 Fax +39 02 50318004
 eugenio.scanziani@unimi.it
 Part. 307

MARINI Cinzia
 Coordinatrice Smokebusters
 GFA Progetto Salute
 Via Giorgio Scalia 39
 00136 ROMA

SMOKEBUSTERS

Oggetto: decisioni in merito all'osservanza del divieto di fumo da parte di un docente.

Cara Marini Cinzia,

in riferimento alla sua lettera del 24/06/2008, al fatto richiamato in oggetto e denunciato dalla studentessa di Medicina Veterinaria Maia Vakoulenko la informo che il Rettore dell'Università degli Studi di Milano, Prof. Enrico Declève, ha ritenuto opportuno comminare un provvedimento disciplinare ufficiale al prof. Carlo Beretta dal momento che il comportamento denunciato costituisce una palese violazione dell'art. 3 del Regolamento di Ateneo, che attua il divieto di fumo introdotto dalla legge, adottato con DIR del 13.01.2005.

La posso assicurare che il fatto denunciato è un comportamento da ritenersi isolato nella nostra Facoltà. Mi sono personalmente attivato affinché tali errati comportamenti non si verifichino in futuro, in tal senso le garantisco l'impegno e la determinazione del corpo docente, di tutto il personale e degli studenti della Facoltà di Medicina Veterinaria di Milano.

Un cordiale saluto,

Eugenio Scanziani
 Eugenio Scanziani - Preside
 Facoltà di Medicina Veterinaria
 Università degli Studi di Milano

Milano, 5 Agosto 2008

Questo è un bell'esempio di come attenzione, vigilanza e senso civico di più attori diano buoni risultati. In particolare un ringraziamento a Cinzia Marini di Smokebusters per l'efficacia del pressing affettuato.

Vincenzo Zagà
 (caporedattore@tabaccologia.it)

@ Tribunale in fumo!

Spett.le Redazione di TABACCOLOGIA
 (p.c. Mangiaracina - Presidente Sitab, ALIBERF-Bologna, Guardia di Finanza, Polizia Municipale e NAS di Bologna)

Mi chiamo Angela Sebastiano, sono dipendente del Ministero della Giustizia, applicata da circa trent'anni al Tribunale di Bologna

con l'attuale qualifica di cancelliere B3. Scrivo a questa redazione perché desidero rendere note inadempienze ed omissioni ai danni della mia persona nell'ambito lavorativo, per la mancata applicazione della legge sul divieto di fumo. Sono venuta a conoscenza, da breve tempo, della vostra associazione la cui organizzazione vanta personale competente, capace di attivare ricerche nel campo della "Tabaccologia" e svolgere un ruolo di prevenzione, cure, informazione e lotta antifumo. Ciò mi ha ridato fiducia e forza per il proseguimento di una lotta che dura da anni e che mi vede unica protagonista nel contesto lavorativo, per la prima volta non mi sono sentita sola ad affrontare situazioni umilianti ed esasperanti.

Per anni ho subito fumo passivo di sigarette da parte dei colleghi e la situazione non è variata nonostante il divieto assoluto di fumare negli ambienti chiusi (legge 10 gennaio 2005), l'unica variante è che si fuma negli uffici anziché nei corridoi.

Premetto che sono un soggetto asmatico e diabetico e non posso assumere farmaci a base di cortisone, se non in caso di assoluta necessità, questo rende tutto più complicato. Le patologie da cui sono affetta, sono state ampiamente documentate ed accertate dall'anno 1991 ad oggi. Questo non è stato sufficiente, da sola non potevo farcela, pertanto mi sono rivolta ai Sindacati, alla Medicina del Lavoro, agli avvocati della Camera del Lavoro, agli Organi addetti ai controlli (NAS), al Ministero della Giustizia, ma i miei esposti hanno solo riscontrato tempi di attesa "faraonici" con risultati pressoché inesistenti. Nel frattempo, la mia patologia respiratoria peggiorava, nel febbraio del 2006 venivo colta, sul posto di lavoro, da una forte crisi asmatica che mi costringeva ad un ricovero ospedaliero urgente seguito da un lungo periodo di malattia non retribuito. Dopo tale episodio, presentavo formale denuncia alla Procura della Repubblica di Bologna. Trascorsi due anni ed effettuate le indagini, mi si comunicava la richiesta di archiviazione contro ignoti. Ma quali ignoti? Sono forse ignoti il Presidente di Bologna, il dirigente o le persone preposte alla vigilanza? Naturalmente ho proposto opposizione a questo provvedimento, rendendo noti i nomi degli ignoti! Non vorrei azzardare l'ipotesi di un atteggiamento omertoso da parte delle autorità competenti, ma di fatto si sono verificate innumerevoli inadempienze immotivate.

Non posso e non voglio pensare che il danno fisico, morale ed economico, in una evidente situazione di mobbing, non trovi il giusto riscontro nei responsabili. Ringrazio per l'attenzione.

Bologna, 08/07/08.

Angela Sebastiano
 Casalecchio di Reno (Bologna)
 (angelasebastiano@tiscali.it)

RISPOSTA

In effetti avendo in cura personalmente la sig.ra Sebastiano per un severo quadro asmatico è veramente inconcepibile che questa vicenda, che sta assumendo contorni kafkiani, non sia stata risolta già sul nascere.

E non solo per la patologia di cui la sig.ra è sofferente ma anche per il luogo dove questa si svolge, il Tribunale di Bologna. Questo luogo, che dovrebbe essere il regno della legalità, sembra trasformarsi in un posto omertoso dove degli impiegati e dirigenti fumatori, con arrogante comportamento di impunità, fumano in spregio alla legge, alla salute degli altri e al buon senso. La lettera l'ho inviata perso-

nalmente ai NAS di Bologna. Attendiamo ancora un po' dopodiché passeremo il tutto ai giornali.

Cordiali saluti

Vincenzo Zagà, pneumologo Ausl Bologna
(caporedattore@tabaccologia.it)

@ Scuola in fumo!

Di non solo discoteca vive la nostra gioventù in tema di fumo, ma anche ed ancora di scuola. Desidero segnalarVi che in un telegiornale di qualche giorno fa di Canale 5, era possibile vedere affacciato ad una finestra di una scuola uno studente circondato da altri come durante una ricreazione (voglio sperare che di corridoio o sala di ricreazione si trattasse!). Purtroppo non sono riuscito a capire la scuola che era ripresa, nè ricordo a proposito di quale argomento. Se rintracciate le immagini televisive, si tratterebbe di un documento come prova, se mai ce ne fosse bisogno, che nelle scuole la legge antifumo non viene ancora applicata, questo per la mancanza di una vera e propria cultura della legalità, se poco importa il senso etico delle problematiche del tabagismo. C'è molto ancora da fare!

Cordiali saluti.

Nicola Partipilo, pneumologo
(partipilo@interfree.it)

RISPOSTA

Caro Partipilo,

Ti ringrazio per l'intervento e per la giusta sensibilità sul problema. Immagino che gli studenti che hai intercettato nel servizio televisivo, affacciati alla finestra della scuola, stessero fumando. Lo sanno tutti in effetti. E qui sta il problema. Questo divieto è ignorato dal 1975, da quando è entrata in vigore la "584", perciò è divenuto "normale" (in senso puramente statistico) proseguire in questo comportamento. Si chiude un occhio, come si dice in gergo all'italiana. Gli occhi invece si devono aprire bene. Li deve aprire il ministero dell'istruzione e quello della salute, annesso al welfare, ironia della sorte, visto che di "well" non ce n'è molto, anzi è un malaffare bello e buono quello di non curarsi della crescita sana dei nostri giovani. Lo stato non si riesce a proteggerli dal consumo di tabacco e sostanze psicoattive, alcol, cannabinoidi, oppiacei, di tutto e di più. E il consumo giovanile di droghe raddoppia in tre anni. Brutta musica che sentiamo ripetere da un pasio di decenni, e una vergogna nazionale bella e buona. E' qui che si misura oggi lo stato di salute di una nazione, non più sui dati di mortalità infantile come nel dopoguerra, sulla capacità di orientare i giovani verso le scelte di vita e di salute. Dubito però che uno stato fondato sulla logica del consumo a tutti i costi potrà mai farlo. Allora si proponga l'osservanza delle regole scritte, che si educi alla legalità, alla condivisione delle norme che regolano la vita civile dei popoli.

E si cominci proprio dalle scuole, vietando di fumare in tutto il perimetro scolastico, in modo rigoroso e controllato. Funziona. Buono per un augurio 2009.

Auguri!

Giacomo Mangiaracina
(direttore@tabaccologia.it)

@ Variabilità del CO!

Gent.ma Redazione di Tabaccologia

Sono un medico internista che gestisce un Centro Antifumo ed avrei due quesiti da porre:

1) gradirei approfondire le variabilità della misurazione del monossido

di carbonio (CO) nei fumatori e in base a quali possibili cause ciò avviene. A cosa va attribuito il fatto che alcuni forti fumatori hanno un valore basso di CO e viceversa? C'entra qualcosa con la superficie respiratoria (grande torace vs. piccolo) o la possibile capacità individuale di "legare" il CO? 2) Mi è capitato 3-4 volte un 6-8 ppm di CO in ragazzi sani che non fumano, dopo avere ben ventilato l'analizzatore e dopo ripetizione, mentre ragazzi fumatori di poche sigarette hanno un 3-4 ppm che mi costringono a delle spiegazioni. Che posso dire? che il polmone della ragazza trattiene di più il CO ambientale?... o che il ragazzo fumatore smaltisce più rapidamente il CO delle sue sigarette?... Oltre al traffico, vi sono altri fattori esogeni che contribuiscono ad un aumento?

Cordiali saluti
Lettera firmata

RISPOSTA

Gentile Collega,

1) Le variabili che intervengono nel caso di alcuni forti fumatori con basso CO possono essere molteplici specie quando una o più intervengono contemporaneamente. Parlando di forti fumatori spesso parliamo di BPCO con Enfisema. Pertanto questi pazienti, oltre ad avere un aumentato spazio morto hanno anche una riduzione della superficie respiratoria con la risultanza di una ridotta capacità di diffusione alveolo/capillare (DLCO) (quest'ultima evenienza la si ha anche in pazienti con problemi di fibrosi polmonare o interstizipatia fibrosante e di scompenso o subscompenso cardiopolmonare per imbibizione dell'interstizio polmonare). Pertanto su queste basi anatomico/fisiopatologiche può assumere una grande importanza il modo di aspirare la sigaretta (a parità di numero e marca di sigaretta), la presenza di eventuale anemia (in tal caso il dato CO espirato può essere ridotto) o di iperglobulia (CO espirato aumentato). Alla fine del giro comunque il CO-espirato misurato, a mio avviso, è il dato reale che quel paziente ha in quel momento in quanto quel dato sarà la risultanza delle eventuali patologie (una o più) presenti. Pertanto, se un forte fumatore documentato ha una bassa CO in espirium rispetto ai parametri comuni di altri forti fumatori allora forse qualche supplemento di indagine spirometria ed RX-Toracica non guasterebbe.

2) Al di là di situazioni che possono portare a produzioni endogene di CO (poche e di modesta entità) come puoi leggere nella rassegna che abbiamo pubblicato su Tabaccologia¹, il limite più attendibile per sensibilità e specificità nell'identificare i non fumatori è un CO <6 ppm. Infatti un studio di Middleton (University of Sheffield-UK) e Morice (University of Hull-UK) che si componeva di 41 pazienti fumatori e 24 controlli, sani non fumatori, il livello medio di CO espirato era di 17,4 ppm per i fumatori e dell'1,8 ppm per i non fumatori (p<0,001). Un CO di 6 ppm è stato individuato come cut-off, con una selettività del 96% e una sensibilità del 94% per i fumatori. Pertanto letture > 6 ppm sono fortemente suggestive che un paziente in disassuefazione sia ancora fumatore.² Nello specifico da te fatto: per i sani mai fumatori con 6-8 ppm e i low smokers con CO 3-4, dando per costante la quota da inquinamento outdoor, bisogna valutare: a) la variabile fumo passivo, b) eventuali altre fonti di CO come stufe, caldaie e camini, e c) il tipo di respirazione attuata dal ragazzo nel senso che se è uno sportivo verosimilmente avrà una ventilazione più profonda e frequente e quindi un maggior smaltimento del CO cosa che non succede con una respirazione "pigra" (escludendo in prima ipotesi, vista la giovane età, patologie eritropoietiche).

Vincenzo Zagà, pneumologo Ausl Bologna
(caporedattore@tabaccologia.it)

1 Zagà V, Mura M, Invernizzi G. Monossido di Carbonio e fumo di tabacco. Tabaccologia 2007; 4: 27-33.

2 Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. Chest 2000; 117: 758-763

InformaLILT

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Fazio consegna a Sirchia il premio europeo "Smokefree"

Presso la sede nazionale della LILT si è tenuta nel novembre scorso la cerimonia di premiazione del concorso europeo Smoke Free Progress Award 2008. Il concorso aveva lo scopo di premiare

prevalsa la tesi del sì, supportata dalla società di tabaccologia e dal movimento italiano dei non fumatori.

Studio, medico e politico capace di un pensiero forte, personaggio dotato

di inesauribili capacità propositive e realizzatrici, Sirchia si è sempre saputo distinguere per il suo volere e sapere concretizzare progetti di estrema rilevanza da un punto di vista scientifico e culturale. Basti pensare alle sue principali ricerche, nonché alle circa 750 pubblicazioni di cui è autore, riguardanti, tra l'al-

colto delle voci più esili, lo hanno da sempre portato a schierarsi in prima fila senza timore, pronto a combattere come cittadino e professionista per realizzare tutti i cambiamenti possibili inerenti un tangibile miglioramento della qualità di vita e della salute dei cittadini.

La motivazione del premio: "Figura istituzionale socialmente più impegnata nella lotta al tabagismo a livello europeo, distintasi nei programmi sociali per promuovere la disassuefazione dal fumo in Italia", consegnato nella sede centrale della LILT, dalle mani del sottosegretario alla salute Ferruccio Fazio.

Alla cerimonia degli European Smoke Free Awards, voluta e realizzata dall'ENQ (European Network of Quitlines, hanno aderito 11 paesi: Italia, Repubblica Ceca, Finlandia, Islanda, Lettonia, Lituania, Malta, Olanda, Polonia, Portogallo e Inghilterra. Queste le altre categorie di premi assegnati:

- premio agli operatori sanitari che si sono distinti per il proprio impegno e per i risultati ottenuti. I vincitori gli inglesi Libby Lomas e Rachel Lewis, del "Team per il Controllo del Tabacco" del Nottingham City Council.
- premio del valore di 15 mila euro a un cittadino europeo che sia riuscito a smettere di fumare. Il vincitore è stato il sig. Milos Hlohovsky, 67 anni, della Repubblica Ceca. Per l'Italia ha partecipato al concorso la sig.ra Katia Di Fulvio, 38 anni, cuoca della provincia di Chieti, che così ha descritto il suo percorso per vincere la dipendenza: "È stato un viaggio verso me stessa. È così che ho trovato un tesoro: un'energia nuova di zecca che mi ha accompagnata con entusiasmo nella quotidianità. Infatti sono migliorati i miei rapporti affettivi e il lavoro mi è sembrato meno faticoso". ■



Foto della premiazione di Sirchia da parte del sottosegretario Ferruccio Fazio, alla presenza del Presidente della LILT Francesco Schittulli (a sinistra).

una figura istituzionale o politica che si era particolarmente distinta nelle politiche di controllo del tabacco nei vari paesi e si basava sulle segnalazioni di cittadini e organizzazioni che sarebbero pervenute alla sede centrale della Lega contro i Tumori.

Le segnalazioni sono pervenute numerose con un corale supporto ad un nome su tutto, il prof. Girolamo Sirchia. La cosa pareva d'altro canto scontata, visto che l'ex ministro della Salute è stato il promotore dell'ormai famoso art. 51 della legge 3/2003 sulla pubblica amministrazione, conosciuta impropriamente come "legge Sirchia", che ha liberato l'Italia dal fumo negli ambienti di svago e di lavoro. La cosa però non è stata del tutto semplice. Animati dibattiti si sono accesi in rete sulla opportunità o meno di tale premio, viste le recenti vicissitudini giudiziarie del professore. È

tro, l'immunologia, gli studi clinici e di laboratorio delle anemie emolitiche e l'organizzazione dei trapianti; basti ricordare, poi, che già nel 1972 aveva co-fondato il **Nord Italian Transplant**, borsa di scambio multi-regionale di organi di trapianto. Ma Sirchia ha saputo distinguersi anche per i numerosi e preziosissimi programmi di sostegno agli anziani soli, adoperandosi in tal senso instancabilmente già dal 1999, anno a partire dal quale è divenuto Assessore ai servizi sociali del Comune di Milano. Rivestendo poi la carica di ministro della Salute dal giugno 2001 all'aprile 2005, ha potuto varare nel 2003 la norma antifumo che rivolge lo sguardo al grande popolo dei non-fumatori, che in Italia sono il 77% della popolazione. Un sincero sentimento di solidarietà verso i più fragili, un'autentica volontà di conoscere i bisogni della gente, una capacità di

Manuela Giovenchi
Ufficio stampa SITAB

Tabaccologia

ORGANO UFFICIALE SITAB
SOCIETÀ ITALIANA DI TABACCOLOGIA

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

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

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

Comitato Scientifico-Redazionale: Christian Chiamulera, (Verona), Mario Del Donno (Benevento), Marco Mura (Roma), Claudio Poropat (Trieste), Nolita Pulerà (Livorno), Biagio Tinghino (Monza).

Comitato scientifico: Massimo Baraldo (Farmacologia, UniUD), Mariella Debiassi (Ricercatrice, Houston, Texas-USA), Margherita Neri (Pneumologia, Osp. di Tradate, Varese), Kamal Chaouachi (Antropologia e Tabaccologia, Parigi - Francia), Ivana Croghan (Mayo Clinic - Rochester USA), Domenico Enea (Ginecologia, Umberto I - Roma), Fabio Beatrice (ORL-Torino), Paola Gremigni (Psicologia, UniBO), Antigona Trofor (Pneumologia e Tabaccologia, Univ. di Iasi-Romania), Giovanni Invernizzi (SIMG, Task Force Tabagismo, Milano), Stefania La Grutta (Pediatria, Palermo), Roberto Boffi (Pneumo-oncologia, INT-Milano), Maurizio Laezza (Regione Emilia Romagna, BO), Paola Martucci (Broncologia, Osp. Cardarelli, Napoli), Franco Salvati (Oncologia, FONICAP, Roma), Elisabeth Tamang (Dir. Centro di Rif. Prevenzione, Reg. Veneto, VE), Maria Teresa Tenconi (Igienista, UniPV), Riccardo Tominz (Epidemiologia, Trieste), Luca Pietrantoni (Scienze dell'Educazione, UniBO), Pier Giorgio Zuccaro (Direttore OSSFAD, Roma), Pasquale Valente (Medico del Lavoro, Reg. Lazio, Roma), Alessio Gamba (Psicologia Psicoterapia, Neuropsichiatria Infantile, Osp. S. Gerardo, Monza), Giovanni Viegi (CNR, Palermo).

Comitato scientifico d'onore:

Presidente: Umberto Veronesi (IEO Milano - Italia),

Amanda Amos (University of Scotland, Edimburgo - UK), Lucio Casali (Università di Perugia), Simon Chapman (Australia), Maria Paz Corvalan (Globalink, Santiago del Cile), Mario De Palma (Federazione TBC - Italia), Carlo DiClemente (USA), Pascal Diethelm (Svizzera), Jean Francois Etter (Univ. Ginevra Svizzera), Karl Fagerstrom (Smokers Clinic and Fagerstrom Consulting - Svezia), Vincenzo Fogliani (Presidente UIP, Messina), M. Rosaria Galanti (Karolinska University Hospital, Stoccolma Svezia), Martin Jarvis (University College, Londra - UK), Jacque Le Houezec (SRNT, Société de Tabacologie, Rennes - Francia), Robert Molimard (Société Française de Tabacologie, Parigi - Francia), Dario Olivieri (Università di Parma - Italia), Francesco Schittulli (Lega Italiana per la Lotta contro Tumori, Roma - Italia), Stephen Rennard, (Nebraska University, Omaha - USA).

Con il Patrocinio:

- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari, Sociali e la Tuberculosis
- Lega Italiana per la lotta contro i Tumori
- FederAsma
- Associazione Pazienti BPCO
- Fondazione ANT Italia

Segreteria di redazione: Livia Laurentino
(liviaelena.laurentino@fastwebnet.it)
c/o Suoni Comunicazioni - Bologna

Art director: Fabrizio Carì
Graph-x studio grafico - Bologna
www.graph-x.it



Ricerca iconografica: Zagor & Kano

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

Pubblicità: Suoni Comunicazione (suonicom@tin.it)
via Venturoli 38/D - 40138 Bologna - tel./fax +39 051 304737

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

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

Finito di stampare nel gennaio 2009. Tiratura: 5000 copie.

Congressi & eventi

redazione@tabaccologia.it

ITALIA

22-24 Gennaio 2009

Capaccio - Paestum (Sa):

Congresso Nazionale ACCP Italian Chapter.

Telefono: 081 401201 - 412835

Fax: 081 404036

E-mail: info@gpcongress.com

www.gpcongress.com

23-24 Gennaio 2009

Bari: Patologia Respiratoria da inquinamento ambientale:

impatto sulla salute e qualità di vita.

Villa Romanazzi Carducci.

E-mail: sabino@meeting-planner.it

28-31 Gennaio 2009

Napoli: IX Congresso IBAT:

Infezioni Batteriche micotiche, virali e parassitarie Attualità Terapeutiche.

Telefono: 081 411450 - 081 401201

Fax: 081 404036

E-mail: info@gpcongress.com

www.gpcongress.com

6 Febbraio 2009

Bologna: 4ª Conferenza Nazionale GIMBE: "dall'Evidence-based Practice alla Clinical Governance".

Bologna Royal Hotel Carlton.

Telefono: 051 5883920

E-mail: info@gimbe.org

7 Febbraio 2009

Bologna: Bologna Pneumologica

Policlinico S. Orsola-Malpighi

Aula "Murri" (Vecchia Clinica Medica)

Bologna

Tel. 06 36381573

Fax 06 36307682

E-mail: info@ideacpa.com

www.ideacpa.com

27-28 Febbraio 2009

Messina: Il management delle patologie respiratorie: dalla prevenzione al trattamento nella pneumologia del prossimo futuro.

Capo Peloro Resort, Torre Faro.

Tel. 02 56601300

Fax 02 56609045

www.aimgroup.eu

4-7 Marzo 2009

Napoli: 6° International Conference on Management & Rehabilitation of Chronic Respiratory Failure.

2° Convegno Nazionale Approccio Multidisciplinare alla Medicina Respiratoria.

Telefono: 02 3343281

Fax: 02 38006761

E-mail: napesconference2009@effetti.it
www.napesconference2009.makevent.it

2-4 Aprile 2009

Stresa (VB): ERCA 2009

3° European Respiratory Care Association.

Palazzo dei Congressi.

Telefono: 02 89053524

Fax: 02 201395

E-mail: info@victoryproject.it

www.eurorespicare.com

www.eurorespicare.com

22-24 Aprile 2009

Viterbo: 2° Convegno Naz. Della Tuscia. 5° Convegno Interregionale AIPO della Tuscia: Nuove Prospettive nelle Malattie Respiratorie.

Tel. 02 36590350

E-mail: segreteria@aiporicerche.it

2-5 Dicembre 2009

Milano: X Congresso UIP e XL Congresso Nazionale AIPO.

Certezze Scientifiche e Criticità organizzative in Pneumologia.

Convention Center

Telefono: 06 36381573

E-mail: info@ideacpa.com

<http://www.aiponet.it/>

ESTERO

8-12 Mar 2009

Mumbai, India: World Conference on Tobacco or Health.

Contact: Prakash Gupta

E-mail: pgupta@globalink.org

27-28 Mar 2009

Estoril, Portugal: 7th ERS Lung Science Conference 2009.

Cell Proliferation, Differentiation and Carcinogenesis.

www.ersnet.org/LSC-abstracts

27-30 Apr 2009

Dublin, Ireland: Joint Conference of SRNT and SRNT-Europe.

Citywest Hotel, Conference, Leisure and Golf Resort Saggart.

E-mail: meetings@srnt.org

12-16 Sep 2009

Vienna, Austria: European Respiratory Society (ERS).

Venue: Messe Wien Exhibition & Congress Centre.

E-mail: info@ersnet.org

www.ersnet.org



Aderisci alla SITAB
www.tabaccologia.org