IL TABAGISMO

PRESENTAZIONE	2
SINTESI E RACCOMANDAZIONI	4
I. INQUADRAMENTO DEL PROBLEMA	11
1. Cenni storici e introduttivi	11
2. Le motivazioni	14
3. La dipendenza	16
4. I danni	19
4.1. Aspetti generali	19
4.2. Fumo e riproduzione	21
5. Disintossicazione e recupero	25
6. Profili giuridici di diritto comunitario e di diritto interno	28
II. INDICAZIONI E PROPOSTE	35
1. L'informazione	35
2. Informare per educare e prevenire	37
3. I minori: da vittime a protagonisti	39
4. La ricerca	40
GLOSSARIO	44
APPENDICI	46
Fumo ed alcol: un punto di vista psicodinamico	46
Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo	48
GRUPPO DI LAVORO SUL TABAGISMO	48
MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA	48
BIBLIOGRAFIA	49

PRESENTAZIONE

Il tabagismo appartiene, per la sua estensione e per la gravità dei danni alla salute che comporta, ai grandi problemi con i quali la società moderna è chiamata a confrontarsi. Solleva, inoltre, alcuni pesanti interrogativi etici, con particolare riguardo alle responsabilità primarie dei governanti nei confronti dei cittadini.

Il fenomeno coinvolge oltre un miliardo di persone, trecento milioni delle quali vivono in Occidente, più di dieci in Italia. Il consumo di tabacco è complessivamente in diminuzione nei paesi ricchi, ma mostra una preoccupante tendenza in senso opposto sia nelle nuove generazioni sia nel sesso femminile. È in decisa crescita, inoltre, nei paesi in via di sviluppo.

Il fatturato delle multinazionali che producono sigarette è circa 60 volte superiore al bilancio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le tasse sul tabacco rappresentano una parte rilevante delle entrate statali. Gli addetti al settore sono stimati, nella sola Europa, in circa 1.500.000. Il tabacco è, inoltre, una delle più importanti coltivazioni dei Paesi in via di sviluppo e costituisce per alcuni di essi la principale fonte di reddito. È facile quindi immaginare le ripercussioni di una politica sociale ostile alla produzione e all'uso del tabacco.

Nei Paesi sviluppati il tabacco, particolarmente da fumo, causa da solo più decessi e più malattie di tutti gli altri fattori ambientali insieme, comprendenti l'alcol e le altre droghe, gli incidenti automobilistici e lavorativi, gli incendi, gli avvelenamenti, gli omicidi e i suicidi, l'Aids. Si consideri inoltre che il tabagismo, che va obiettivamente annoverato tra le *tossicofilie*, è contraddistinto da un grado particolarmente severo di dipendenza. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato la nicotina tra le droghe, in una specifica categoria. Ne derivano problemi, da alcuni ritenuti *tragici*, in termini di sofferenze individuali, di costi sociali e di spesa sanitaria, che non possono essere banalizzati né accettati supinamente.

È quindi doveroso conoscere bene il tabagismo e saperne valutare a fondo tutti gli aspetti, anche da parte di chi per qualunque ragione ritenga di non doverlo combattere. Il tabacco ha infatti alcune caratteristiche che gli assegnano una posizione peculiare tra le sostanze d'abuso. Innanzitutto, agisce sulla persona con effetti che si traducono in sedazione o eccitazione secondo le circostanze e i bisogni contingenti, oltre che in una facilitazione dell'apprendimento e della capacità di concentrazione. In secondo luogo, induce facilmente dipendenza, il che significa che è usato non più solo per goderne gli effetti desiderati, ma anche per evitare i disturbi dovuti alla sua mancanza. In terzo luogo, esso, nell'uso comune, non produce quei quadri di intossicazione acuta, come la perdita del controllo delle proprie azioni e l'attivazione di comportamenti socialmente pericolosi, che contraddistinguono l'alcol ed altre droghe. Si consideri, infine, che i danni a carico della salute che esso produce emergono a distanza di tempo ed in forme cronicizzanti, così da destare un allarme non proporzionato ai danni di cui esso è responsabile.

Il tabagismo, come si è detto, coinvolge interessi enormi, che si sono consolidati nel tempo, producendo ricchezza e benessere attorno ad un bene che è trattato in un mercato libero da proibizioni. Assieme alle proprietà psicotrope della nicotina e alla dipendenza, questo elemento economico-sociale rappresenta il maggiore ostacolo alla lotta contro il tabagismo.

Sul piano bioetico, il tabagismo solleva spinosi problemi: in esso si realizza un evidente "conflitto di interessi " tra una parte della società e la società nel suo insieme. È in gioco la salute, bene prezioso che rientra tra i diritti fondamentali garantiti dalla nostra carta costituzionale, nel duplice aspetto della salute di chi fuma e della salute di chi non fuma; ma è altresì in gioco il *principio di autonomia,* il limite da riconoscere o da individuare alla insindacabilità politico-sociale di scelte di vita individuali e consapevoli, anche e soprattutto di quelle dannose per la salute. Come per tutti gli altri problemi bioetici, anche quello del tabagismo diventa quindi inevitabilmente un problema biopolitico, biogiuridico, bioeconomico. È in questa consapevolezza che il *Comitato Nazionale per la Bioetica* ha prontamente accolto, in sede di programmazione delle proprie attività, l'invito del Ministro della Salute Girolamo Sirchia ad affrontare questo tema.

A questo fine è stato costituito un gruppo di lavoro composto sia da membri del CNB (Isabella Maria Coghi, Luigi De Carli, Renata Gaddini, Aldo Isidori, Luca Marini, Vittorio Mathieu, Michele Schiavone, Bruno Silvestrini), sia da esperti esterni (Michele Bonanomi, Giuseppe Cipolloni, Loredana Gandini, Antonio Leone, Vincenzo Mastronardi, Giorgio Meneschincheri, Joseph Rocchia, Luciano Saso, Piergiorgio Zuccaro). A costoro in particolare rivolgo, a nome del Comitato, un sentito ringraziamento. Il coordinamento del gruppo di lavoro è stato affidato al Prof. Bruno Silvestrini: ringraziarlo per il lavoro svolto è fin troppo poca cosa rispetto alla passione, all'impegno ed al tempo che vi ha profuso. Al Prof. Silvestrini, membro del CNB fin dalla sua prima costituzione, il Comitato è debitore di alcuni dei più bei documenti da esso prodotti: i ringraziamenti che qui gli voglio tributare, a nome di tutto il CNB, si saldano quindi con quelli che già gli vennero doverosamente tributati.

Roma, 9 aprile 2003

Prof. Francesco D'Agostino
Presidente del *Comitato Nazionale per la Bioetica*

SINTESI E RACCOMANDAZIONI

Il tabagismo, una «sindrome tossica conseguente all'uso eccessivo e protratto di tabacco», va propriamente considerato una tossicofilia, contraddistinta da un elevato grado di dipendenza. Per la sua estensione, per la gravità e per il costo sociale dei danni sanitari che ne derivano, oltre che per la forza degli interessi in gioco, questo fenomeno costituisce uno dei grandi problemi della società moderna; esso solleva, inoltre, una serie di delicati interrogativi etici, concernenti in particolare il confronto tra diritto individuale e diritto collettivo da un lato, le responsabilità primarie delle istituzioni pubbliche verso i cittadini dall'altro.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, su invito del Ministro della Salute Girolamo Sirchia, ha affrontato questo tema tenendo in attenta considerazione la duplice natura, informativa e propositiva, dei compiti che gli sono affidati. A questo fine è stato costituito un gruppo di lavoro, composto sia da membri interni sia da esperti esterni, che si è proposto di tracciare un quadro obiettivo del fenomeno e di formulare alcune indicazioni e proposte.

Il quadro del tabagismo.

Il problema del tabagismo scaturisce, sotto tutti gli aspetti considerati in questo documento, dal consumo del tabacco da fumo, prevalentemente in sigarette.

In Italia i fumatori sarebbero, secondo le fonti, da 10 a oltre 15 milioni, in prevalenza maschi. Sebbene rispetto ad alcuni decenni fa il fenomeno sia complessivamente in diminuzione, il fumo rimane in crescita nel sesso femminile e tra i giovani. Secondo alcune indagini condotte nelle scuole secondarie superiori, la percentuale dei fumatori arriverebbe tra gli adolescenti al 35 per cento.

Il numero di fumatori nel mondo è stimato in oltre un miliardo e, nonostante le campagne contro il tabagismo, è in aumento.

Il principale ingrediente attivo del tabacco è la nicotina, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso tra le droghe, in una categoria a sé (OMS, 1991). Al pari di tutte le altre droghe, anche la nicotina è contraddistinta da «effetti psichici piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili, ma associati a rischi d'abuso e d'altre conseguenze negative sul piano individuale e sociale» (Silvestrini, 2001).

Gli effetti «piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili» del tabacco sono racchiusi in un quadro che, secondo le circostanze, può rispondere al bisogno di tranquillizzazione o, all'inverso, di stimolazione, assieme ad un miglioramento della capacità di concentrazione e d'apprendimento. Probabilmente la diffusione del fumo si spiega con la sua capacità di soddisfare un'ampia gamma di bisogni. Sotto questo profilo, il tabacco sembra avvicinarsi più alle bevande alcoliche e ai cannabinoidi, che agli oppiacei e agli psicostimolanti. I rischi insiti nell'uso del tabacco riguardano due ordini di fenomeni: la tossicodipendenza, per brevità chiamata dipendenza, e i danni a carico della salute, con le gravi conseguenze negative che ne derivano sul piano sia individuale sia sociale. L'uso del tabacco non è abitualmente associato a fenomeni di abuso, intesi nel senso di perdita del controllo delle proprie azioni, che contraddistinguono altre droghe, incluso l'alcol, contribuendo a determinarne la pericolosità sociale.

<u>La dipendenza.</u>

Questo fenomeno è un elemento critico del problema, sia perché configura un asservimento capace di vanificare i tentativi di disassuefazione, sia perché il coinvolgimento a livello medico delle istituzioni pubbliche varia secondo il significato che si attribuisce a questo processo. Conviene, quindi, analizzarlo a fondo, non solo in sé e per sé, ma anche, prima ancora, in relazione alla propensione in genere verso le droghe.

Le droghe accompagnano da sempre l'uomo nella sua storia. Questo dato incontrovertibile, unito alle informazioni fornite da varie indagini epidemiologiche e sull'animale, suggerisce che la propensione alle droghe sia diffusa in una consistente parte della popolazione e possa avere una componente genetica. Si capisce, allora, perché la disponibilità di una droga ne comporti pressoché automaticamente un certo uso. In Italia, quanto alle bevande alcoliche, si sostiene che circa il 90 per cento della popolazione adulta ne faccia un certo consumo, spesso occasionale. La percentuale dei fumatori è, come si è già ricordato, inferiore, ma pur sempre ragguardevole e, dopo una certa flessione, sembra incline a crescere di nuovo nelle ultime generazioni. In Cina, sotto la spinta degli interessi coloniali anglo-francesi, l'oppio ebbe una vasta diffusione, fino a coinvolgere, secondo le cronache dell'epoca, ben 120 milioni di Cinesi (Leonzio, 1969).

È ovvio che, se la droga non è disponibile, la propensione al suo uso non ha modo di manifestarsi, né presenta alcuna correlazione con qualche patologia o anomalia. Il tabagismo era sconosciuto in Europa prima della scoperta delle Americhe, così come si può presumere che l'alcolismo sia in sostanza assente nei paesi di rigida osservanza coranica, mentre è relativamente diffuso laddove le bevande alcoliche sono consentite. Questo è il primo dato del quale occorre tener conto, nel caso del tabagismo così come di ogni altra tossicofilia.

Non tutte le droghe, tuttavia, inducono dipendenza. Quest'ultima, inoltre, varia non solo da droga a droga, ma anche da persona a persona. La dietilamide dell'acido lisergico e probabilmente altri allucinogeni non sembrano dare dipendenza: la loro pericolosità rimane, ma è legata ad altri fattori. A fronte del 90 per cento della popolazione adulta che consuma bevande alcoliche occasionalmente, la percentuale di coloro che sviluppano dipendenza è relativamente bassa. La frequenza della dipendenza s'impenna sia con gli oppiacei sia, apparentemente, col tabacco. Il termine "apparentemente" è d'obbligo, perché, mentre si può ritenere acquisito che la nicotina crei una forte dipendenza (Benowitz, 1992), non esistono informazioni precise sul numero delle persone che fumano occasionalmente, senza svilupparla. L'esperienza comune suggerisce che la loro frequenza sia relativamente bassa e, comunque, inferiore rispetto a quella associata al consumo delle bevande alcoliche.

Oltre che alle caratteristiche intrinseche della droga e a diversità individuali, la dipendenza è legata alle modalità della sua assunzione. La dipendenza all'oppio è esplosa quando all'assunzione per via orale, che per millenni non aveva causato particolari problemi, sono subentrati prima il fumo e, in un secondo tempo, la via iniettiva per la morfina. Un fenomeno analogo si è manifestato con la cocaina, che in corrispondenza della sua assunzione sotto forma di fumo si è trasformata nel ben più temibile *crack*.

Come vedremo più avanti, la dipendenza è uno degli aspetti meritevoli di ulteriore approfondimento non solo sul piano teorico, ma anche in relazione alla lotta contro il tabagismo e le tossicofilie in genere.

Danni organici alla salute.

Una letteratura imponente e sostanzialmente univoca dimostra che il tabagismo è all'origine di un numero di decessi e malattie superiore a quello che può essere addebitato all'insieme di tutti gli altri fattori ambientali, comprendendovi alcol e altre droghe, omicidi, suicidi, incidenti automobilistici e lavorativi, incendi ed AIDS.

La principale causa di morte è rappresentata dalle malattie cardio-circolatorie, dai tumori a carico di diversi organi ed apparati e dalle affezioni respiratorie croniche. I

decessi per anno attribuibili al fumo sono 90.000 in Italia e 3,5 milioni nel mondo. Ne deriva una riduzione media della vita di 6,6 anni. Si aggiungano le invalidità ricorrenti e croniche, con i relativi costi in termini di spesa sanitaria.

Occorre richiamare l'attenzione, inoltre, su un aspetto precedentemente ignorato o sottovalutato della nocività del fumo: i potenziali danni a carico della riproduzione, che coinvolgono i gameti maschili e femminili, la fertilità e lo sviluppo embrio-fetale.

I danni organici del tabacco sono imputabili sia alla nicotina, sia ad altre sostanze, genotossiche e cancerogene, presenti nel fumo come prodotti di combustione. I danni da nicotina sono in larga misura inevitabili, perché insiti nelle proprietà farmacologiche del principio attivo del tabacco. Sui danni causati dai prodotti di combustione sarebbe, invece, possibile intervenire, sia migliorando l'efficienza dei filtri delle sigarette sia ricorrendo a modi d'assunzione diversi dal fumo, come ad esempio il tabacco da masticare e le compresse di nicotina.

Un problema sottovalutato.

Nonostante abbia dimensioni drammatiche, il problema del tabagismo è tuttora largamente sottovalutato, non solo dalla gente comune, ma spesso anche da chi ha il compito e la responsabilità di combatterlo. Perché?

La spiegazione va in parte cercata nel fatto che la dannosità del tabagismo consiste prevalentemente in danni organici non incombenti, che potrebbero anche non verificarsi mai. Questo carattere ne facilita l'accettazione fatalistica. Quando si manifestano, inoltre, i danni hanno un carattere cronico, che contribuisce ulteriormente ad abbassare il livello di guardia. L'opinione pubblica è, infatti, molto più impressionata dagli incidenti automobilistici del sabato sera, che avvengono sotto l'effetto acuto dell'alcol e di altre droghe, che dai decessi prodotti dal tabagismo, che pure sono incomparabilmente superiori come numero e costi sociali. Di questa diversa percezione del pericolo non ci si deve meravigliare, perché essa risponde ad una legge fisiologica fondamentale, che lega la percezione della realtà ai cambiamenti, più che alle situazioni consolidate.

Come si è già rilevato, infine, l'uso comune del tabacco è disgiunto dai quadri d'intossicazione acuta, quali l'ebbrezza alcolica e gli stati psicotici tipici di altre droghe che, determinando una perdita dell'autocontrollo, accentuano la loro pericolosità. Quest'ultima connotazione del tabagismo da un lato è positiva, ma dall'altro abbassa ulteriormente il livello di guardia.

In sintesi, la diffusione del tabagismo appare legata a quattro elementi:

?? le peculiari proprietà psicotrope della nicotina;
?? la disponibilità del tabacco che, pur con le recenti restrizioni, tendenti principalmente a ridurre i danni del fumo passivo, è sostanzialmente libera;
?? la dipendenza molto elevata;
?? la sottovalutazione del problema, dovuta al fatto che i danni organici prodotti dal tabagismo sono ritardati e hanno un andamento cronico.

Il primo e il secondo di questi elementi avvicinano il fumo del tabacco alle bevande alcoliche, più che agli oppiacei e agli psicostimolanti, il terzo agli oppiacei. Rimane da stabilire, tuttavia, in quale misura la dipendenza sia legata alle proprietà intrinseche della nicotina e quanto sia invece attribuibile alla gestualità del fumare e, soprattutto, alla rapidità con la quale il fumo porta all'assorbimento della nicotina stessa. Le forme di nicotina utilizzate nel trattamento medico del tabagismo meritano di essere attentamente riconsiderate sotto quest'ultimo aspetto. Si richiama l'attenzione, infine, sul fatto che la dipendenza consiste in una «incapacità di mantenere uno stato accettabile di benessere fisico e mentale senza il sostegno della droga» (Silvestrini, 2001). In questa definizione, comunemente accettata, è implicito il concetto di fenomeno morboso. Sia per questo

motivo, sia perché la dipendenza trasforma l'uso del tabacco da libera scelta in asservimento, sia per ragioni di pura convenienza pratica, la dipendenza va considerata nell'ambito della dannosità complessiva della droga. Ne deriva l'indicazione ad includerne il trattamento tra i servizi del Sistema Sanitario Pubblico con alta priorità. Si tratta di una misura di prevenzione certamente meno costosa degli interventi richiesti per affrontare le conseguenze della sua mancata attuazione.

Problemi etici e raccomandazioni.

In conclusione, il problema del tabagismo interessa sia la persona del fumatore, sia i rapporti tra fumatore e non fumatore.

Il fumatore.

Da una parte c'è il fumatore che, anche se è consapevole dei rischi ai quali va incontro, rivendica la facoltà di assumere una sostanza tossica, ma in pari tempo legalmente in commercio ed ormai appartenente ad abitudini quotidiane consolidate. Non è secondario, nello stesso tempo, che il godimento di questo bene sia associato a gravi danni per la salute, accertati solo in epoche relativamente recenti e riguardanti sia il fumatore, sia chi è esposto passivamente al fumo: è doveroso, quindi, riconsiderare le implicazioni del tabagismo ed adottare provvedimenti volti a ridurne la pericolosità, anche a parziale discapito della libertà individuale.

Il fumo, inoltre, causa una dipendenza che, oltre a configurarsi in sé e per sé come un danno per la salute, ostacola il fumatore che intenda smettere, limitandone la libertà. Ecco allora che, accanto alla facoltà di fumare, emerge la domanda di essere aiutati a smettere quando si vorrebbe, ma da soli non ci si riesce. Il bene della salute, la cui tutela rientra tra i diritti fondamentali della persona umana, va salvaguardato assistendo il fumatore nella sua interezza: non solo, quindi, a livello dei danni, spesso irreparabili, associati alla sua condizione, ma anche curandolo come "malato di dipendenza". Il diritto alla salute va oltre il possibile conflitto tra non fumatore e fumatore, perché riguarda entrambi. Riguarda il non fumatore, in relazione non solo all'esposizione al fumo passivo, ma anche a tutte le altre conseguenze negative del tabagismo, che gravano sull'intera società. Riguarda parimenti il fumatore che, oltre a subire i danni organici del fumo, con la dipendenza cessa d'essere, sotto questo profilo, un uomo pienamente libero.

A tutela del fumatore è opportuno ricordare, infine, che il recepimento in Italia sia delle Direttive comunitarie sia della Convenzione-quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità obbligherà i pubblici poteri ad introdurre controlli più severi sulla produzione, la pubblicità e il consumo di prodotti derivati dal tabacco.

Sul terreno giuridico, fumare è attualmente una scelta consentita, che non può essere proibita, salvo per i minori, e da cui non può discendere una riduzione dell'assistenza sanitaria cui ha diritto ogni persona, fermo restando che l'accresciuta consapevolezza dei danni del tabagismo pone sia ai singoli sia ai pubblici poteri la responsabilità di scoraggiare un fenomeno che presenta indubbi pericoli per la salute.

Il non fumatore.

Dall'altra parte, in parallelo, c'è la collettività dei non fumatori. Essa va difesa dai pericoli alla salute derivanti dall'esposizione passiva al fumo. Oltre a tutelare la popolazione dei non fumatori in genere, come in una certa misura già avviene, occorre prevedere interventi specifici a favore dei nascituri e dei minori, che sono i più deboli ed indifesi: dei nascituri, perché essi possono subire le conseguenze di danni patiti durante lo sviluppo embrio-fetale; dei minori, non solo perché nell'ambiente domestico sono esposti ai prodotti tossici del fumo, ma anche perché, secondo le statistiche, da questa condizione si passa facilmente a quella di veri e propri fumatori. Ne deriva che, oltre a proibire il fumo negli ambienti aperti al pubblico e lavorativi, occorre scoraggiarlo durante la gravidanza e l'allattamento puntando, in primo luogo, su un'informazione mirata sui suoi possibili danni

(ACOG, 1979). Queste considerazioni si applicano anche all'esposizione al fumo dei minori in ambienti, come ad esempio la casa o la macchina, diversi da quelli lavorativi o aperti al pubblico.

Detto ciò, va tenuta in considerazione la possibilità che ci siano donne in gravidanza che non riescono a smettere di fumare e che possono colpevolizzarsi, stante la consapevolezza dei danni generalmente riconosciuti al fumo. In questi casi, si pone il problema di evitare che un atteggiamento depressivo o reattivo, come ad esempio la ricerca di un compenso nel cibo, appesantisca ulteriormente un percorso già difficile. Queste situazioni vanno affrontate nell'ambito di un intelligente e valido rapporto medico-paziente, che tenga conto anche di questi aspetti.

Si richiama anche l'attenzione, ancora una volta, sul fatto che il fumo incide negativamente sulla fertilità di coppia, in entrambi i sessi: questo aspetto, nel passato trascurato, merita d'essere preso in attenta considerazione perché coinvolge, accanto al fumatore, il partner e la società in genere.

Da ultimo, sempre in tema di diritti dei non fumatori, va ribadito che è fondamentale non essere automaticamente costretti a subire i danni sociali del tabagismo, che attualmente gravano, in maniera considerevole, sull'intera collettività. I decessi e le malattie causati da questo fenomeno comportano un pesante costo in termini di risorse umane ed economiche, che sono sottratte al soddisfacimento di altri bisogni, impellenti e legittimi. Questo costo è coperto solo in minima parte dalle entrate tributarie legate alla produzione e alla vendita del tabacco: pur senza sottrarsi alla solidarietà dovuta al malato, la collettività può giustamente sollecitare soluzioni che tengano conto dell'interesse non solo dei fumatori, ma di tutti.

Lo Stato.

Allo Stato compete la responsabilità di tutelare insieme i singoli e la collettività, nel rispetto dei diritti fondamentali della persona umana. Sulla necessità di un impegno pubblico nella lotta al tabagismo non possono sussistere dubbi. I dubbi riguardano, semmai, il modo d'affrontare efficacemente un fenomeno che, prima che ne fosse percepita in pieno la pericolosità, si è consolidato fino ad assumere dimensioni gigantesche. Dietro il fumatore ci sono anche gli interessi legati alla produzione e alla vendita delle sigarette: non solo i profitti delle multinazionali del tabacco e le entrate statali, ma anche i miseri guadagni di milioni di persone che, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, sopravvivono coltivando il tabacco, il cosiddetto "oro verde". È, quindi, eticamente riprovevole che lo Stato tragga profitto dalla commercializzazione del tabacco e che l'Unione europea e le altre organizzazioni internazionali non agiscano efficacemente per la riconversione della coltivazione del tabacco in altre colture.

Sia per quest'ultimo motivo, sia per la portata dei valori e degli interessi in gioco, occorre che i singoli Stati agiscano di concerto, attraverso azioni e strategie comuni, concordate a livello internazionale. Il loro intervento dovrebbe seguire quattro direttive:

?? promuovere un'informazione corretta sui pericoli del tabagismo. S'insiste, in particolare, sulla necessità di coinvolgere in questa campagna sia i fumatori sia i non fumatori. Facendo perno sulla scuola i bambini, e più in generale i giovani, vanno trasformati da vittime in protagonisti di una battaglia civile, da condurre in nome della loro crescita, della solidarietà e della vita. È indispensabile, inoltre, contare sul pieno e convinto appoggio degli ordini professionali di tutti gli operatori sanitari, a cominciare dai medici;

?? limitare i danni del tabagismo ricorrendo a mirate strategie di comunicazione dissuasiva e, nello stesso tempo, rendendo ancora più incisive le misure volte a ridurre l'estensione del fenomeno e a proteggere dal fumo passivo. Si raccomanda, inoltre, di valutare attentamente il significato della dipendenza e di trattarla come

una vera e propria malattia, bisognosa di cure. Occorre, inoltre, una rigida applicazione delle norme sul controllo di qualità delle sigarette e del tabacco in genere, esercitando una particolare sorveglianza su interventi volti ad aumentare artatamente la dipendenza;

?? approfondire i lati tuttora oscuri o poco conosciuti del tabagismo. Rimangono da chiarire, ad esempio, i meccanismi della dipendenza, con riguardo non solo alle diversità individuali, ma anche alle modalità d'assunzione della nicotina. Si rileva anche che, oltre a dissuadere i giovani dall'aggredire se stessi per mezzo delle droghe ed a fornire un'assistenza dopo che la dipendenza si è ormai consolidata, vanno valutati, attraverso studi rigorosi, i fattori suscettibili d'intervento a livello di prevenzione primaria. Una migliore conoscenza di questo e di altri aspetti critici sarebbe d'aiuto nella lotta non solo contro il tabagismo, ma anche contro le altre tossicofilie. I Ministeri competenti dovrebbero promuovere, tenendo conto anche di quest'ultimo elemento, progetti di ricerca sostenuti da fondi pubblici e sottratti al sospetto di condizionamenti di parte;

?? favorire la conversione del settore, fornendo mezzi ed assistenza ai produttori e alle aziende. I paesi ad alto tenore di vita, che pagano al tabagismo il prezzo più elevato in termini di malattie e decessi, devono farsi carico di questo problema, lo stesso che si pone anche per altre droghe. Lo impongono considerazioni d'ordine etico e pratico insieme;

?? vietare, contrastando efficacemente sul piano economico eventuali trasgressioni, ogni tipo di pubblicità dei prodotti e dei marchi riferibili al fumo di tabacco. In proposito deve constatarsi come forme macroscopiche – eticamente deplorevoli – di simili pubblicità restino tuttora operanti, per esempio nell'ambito degli sport motoristici, con particolare riguardo alla cosiddetta "Formula 1". Il divieto dovrebbe riguardare anche qualsiasi forma di pubblicità indiretta, quale ad esempio l'utilizzazione dei marchi o delle denominazioni di prodotti tabagistici in altri settori dell'attività produttiva e commerciale.

Sullo sfondo emerge un problema generale, riguardante la ricerca, che deve essere libera, trasparente, accessibile e svincolata da condizionamenti esterni. Si auspica che per le ricerche connesse al tabagismo valgano le medesime regole etiche che valgono per la ricerca biomedica in generale. Il Comitato Nazionale per la Bioetica si riserva di intervenire su questa difficile problematica.

Conclusioni.

Il tabagismo, così come le altre tossicofilie, si combatte innanzi tutto con la prevenzione e, dove essa non basta, con misure volte a contenerne le dimensioni e a limitarne i danni. Questa complessa operazione coinvolge tutta la società civile, con particolare riguardo, per i suoi risvolti sanitari, ai medici, ai farmacisti e al personale sanitario in genere.

La prevenzione consiste innanzi tutto nell'informazione a tutti i livelli, compresi quelli che riguardano l'infanzia. Oltre ad essere intrinsecamente corretta, essa deve tenere conto delle peculiari caratteristiche del fenomeno, che ostacolano la percezione delle sue reali dimensioni e della sua pericolosità. L'informazione, intesa come educazione, deve coinvolgere attivamente i giovani, non solo perché essi possono influenzare l'atteggiamento degli adulti, ma anche perché sono le prime potenziali vittime del tabagismo.

L'educazione deve accompagnarsi a misure restrittive, volte a limitare l'uso del tabacco e a ridurne i danni a carico sia del fumatore, sia di chi è esposto al fumo passivo, con particolare riguardo ai nascituri e ai bambini. Si sottolinea che la facile disponibilità del

tabacco costituisce, in sé e per sé, un fattore capace di alimentare il tabagismo: nel rispetto della libertà individuale, vanno quindi considerate misure incisive, fiscali e d'altro genere, tese a contenerne il consumo e ad impedirne la vendita e scoraggiarne l'uso tra i giovani.

La riduzione del danno deve riguardare non solo l'assistenza alle malattie conclamate, ma anche la disassuefazione, perché la dipendenza limita la libertà individuale e costituisce il principale ostacolo alla lotta contro il tabagismo.

Il fatto che le azioni finora intraprese dai vari governi, con il supporto di organizzazioni internazionali e sopranazionali (ONU, OMS, Ue), non abbiano ancora fornito i risultati sperati non deve scoraggiare. Nei Paesi industrializzati dove è stata avviata una seria politica d'informazione, d'educazione e d'aiuto ai fumatori, come è avvenuto ad esempio in Finlandia, le patologie legate al fumo sono diminuite, prima fra tutte il tumore al polmone. In Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2001-2003 prevede, tra l'altro, una campagna d'informazione istituzionale sugli stili di vita salutari, che merita apprezzamento e va perseguita con vigore, specie per quanto riguarda la prevenzione dell'uso di questa e di altre droghe.

Il problema è complesso, con risvolti non solo etici, sanitari e sociali, ma anche economici ed occupazionali. Assieme alle altre misure, quindi, occorre sia convertire la produzione del tabacco in colture diverse, capaci di assicurare un reddito adeguato agli addetti al settore, sia approfondire lo studio delle sue componenti sotto altri profili, inclusi quelli terapeutici.

I. INQUADRAMENTO DEL PROBLEMA

1. CENNI STORICI E INTRODUTTIVI

Il tabacco (*Nicotiana tabacum*), una pianta annuale appartenente alle solanacee, proviene dall'America, dove in epoca precolombiana era radicato nei costumi, nella cultura e nei riti religiosi di tutte le etnie indigene, dal nord al sud. Gli Aztechi lo fumavano normalmente in pipe decorate o in sigari, mentre i sacerdoti lo masticavano, fino ad entrare in trance. Gli antichi Peruviani ne aspiravano la polvere, per fini rituali o anche medici. In molte tribù sudamericane era usato, per bruciamento o per spargimento della polvere, come offerta agli spiriti ed alle divinità. Faceva parte, inoltre, dei più comuni eccitanti che veicolavano il contatto sciamanico. Presso le tribù dell'America settentrionale (Navaho, Hopi, Pueblo, Sioux, Indiani delle Praterie) era usato per entrare in rapporto, sotto forma di visione, col mondo extrasensoriale. Il tabacco costituiva il tramite, sia per il valore simbolico attribuito al fumo, sia anche per le sue proprietà eccitanti intrinseche, che arrivavano a produrre veri e propri stati allucinatori. Questi ultimi erano presumibilmente legati all'aggiunta di altri fattori, in parte noti, come ad esempio la scorza di *Cornus stolonifera* mescolata al tabacco, in parte sconosciuti o, comunque, poco studiati. Occorre tener presente la possibilità, inoltre, che la selezione operata dai coltivatori abbia modificato le caratteristiche originarie del tabacco.

Il tabacco è arrivato in Europa nel 1500, trovandovi un impiego essenzialmente voluttuario, nel quale è però rilevabile una traccia precisa, sebbene attenuata, delle proprietà psicotrope e degli usi, rituali e cerimoniali, che l'avevano contraddistinto in precedenza. Dall'Europa il tabacco si è diffuso ovunque. Attualmente la *Nicotiana tabacum*, presente anche sotto forma di congeneri geneticamente modificati, è utilizzata pressoché esclusivamente per la produzione di tabacco da fumo, costituito dalle foglie essiccate e conciate della pianta. Quando non diversamente specificato, i dati riportati in questo documento si riferiscono a questo tipo d'impiego. Si calcola che gli Italiani spendano per le sole sigarette oltre 8 milioni di Euro l'anno.

Le proprietà del tabacco sono in larga misura riconducibili alla nicotina, un alcaloide liquido, oleoso e volatile. Questa sostanza, contenuta nelle foglie in concentrazioni comprese tra lo 0,6 ed il 9 per cento, agisce sui gangli del sistema nervoso, che funzionano come stazioni intermedie di molte funzioni, centrali e periferiche, di tipo sia eccitatorio sia inibitorio. L'azione della nicotina tende ad invertirsi con le dosi: a quelle basse spesso, ma non sempre, prevale l'eccitazione, a quelle alte l'inibizione, fino alla paralisi. A livello del letto arterioso prevale la vasocostrizione, unita ad un aumento della coagulabilità del sangue. La risposta alla nicotina dipende anche da fattori genetici ed ambientali. La stessa persona può ricavare dalla sigaretta un senso di piacere e serenità in alcuni momenti, di eccitazione in altri. È stata dimostrata, inoltre, un'azione favorevole sull'apprendimento e sulla capacità di concentrazione. Ne deriva una straordinaria molteplicità e duttilità di effetti, che sotto questo profilo avvicina il tabacco alle bevande alcoliche ed ai cannabinoidi e spiega la larga diffusione di queste droghe ovunque siano facilmente disponibili. Al paragone, gli effetti sia degli oppiacei sia della cocaina e degli stimolanti di tipo anfetaminico in genere sono molto più circoscritti.

Col passare del tempo l'organismo si controadatta alla nicotina, sviluppando funzioni di senso opposto. Ne derivano i due fenomeni, tra loro strettamente collegati, della tolleranza, o resistenza, e della dipendenza. Entrambi sono in larga misura espressione, come si spiegherà in seguito, di un controadattamento a carattere originariamente difensivo, tendente a ripristinare lo stato funzionale originale dell'organismo.

La nicotina, come riportato nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edizione (DMS-IV)* e nel *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (1994), è classificata come sostanza d'abuso. Va confinata, tuttavia, in una categoria speciale perché nell'uso comune non comporta le alterazioni mentali acute, con perdita del controllo delle proprie azioni, che si osservano con altre droghe e che contribuiscono alla loro pericolosità (OMS, 1991).

Nella pianta sono inoltre presenti, a basse concentrazioni, altri alcaloidi, quali la lobelina, l'anabasina e la nornicotina, dotati di effetti abbastanza simili a quelli della nicotina.

Il tabacco ha manifestato in pieno la sua pericolosità solo in tempi relativamente recenti, in relazione a quattro elementi: la sua diffusione, sotto forma di tabagismo, presso strati sempre più ampi della popolazione; l'emergere, col progressivo allungamento della vita, degli effetti ritardati, soprattutto cancerogeni, che in precedenza rimanevano latenti; il ricorso ad estese ed approfondite indagini epidemiologiche, che hanno accertato la correlazione esistente tra consumo di tabacco ed alcune patologie; la ricerca scientifica, che oltre a isolare, identificare e caratterizzare i principi attivi del tabacco anche sul piano tossicologico, ha documentato la mutagenicità e carcinogenicità dei prodotti della sua combustione.

Il tabacco presenta, peraltro, diverse caratteristiche positive. La nicotina riveste tuttora un ruolo fondamentale nella ricerca farmacologica e fisiologica. La storia del tabacco, assieme a recenti indagini epidemiologiche e sperimentali, ne suggerirebbe un potenziale interesse terapeutico, meritevole d'approfondimento, in alcune malattie neurodegenerative. Sia la nicotina, sia le foglie polverizzate di *Nicotiana tabacum* e del suo congenere *Nicotiana rustica*, sono state impiegate in agricoltura come insetticidi, finché sono state sopravanzate da pesticidi di sintesi più potenti, anche se non necessariamente più sicuri. Il concetto generale che le droghe ed i loro principi attivi sono nocivi o utili non in sé e per sé, in ragione delle loro proprietà intrinseche, ma secondo le dosi e l'uso che se ne fa, si applica anche al tabagismo, come pure all'alcolismo e ad altre tossicofilie.

Oltre al tabacco, la famiglia delle solanacee comprende molte altre piante. Alcune di esse, come la patata, il pomodoro e il peperone, sono note per le loro qualità alimentari. Altre, come l'*Atropa belladonna*, la *Datura stramonium*, la *Datura sanguinea*, lo *Hyoshyamus niger*, la *Scopolia carniolica* e la *Mandragora officinarum*, hanno un interesse prevalentemente farmacologico. A dosi elevate esse manifestano effetti psicotropi simili, per alcuni aspetti, a quelli originariamente riportati per il tabacco: ne fornisce un tipico esempio, ma se ne potrebbero citare molti altri, la *Datura stramonium*, chiamata nel Medio Evo erba del diavolo o delle streghe, per le sue proprietà allucinatorie. Queste ultime sembrano riconducibili al contenuto in scopolamina, chiamata "siero della verità" perché chi l'assume presenta uno stato confusionale, durante il quale perde la capacità di autocontrollo. È ragionevole domandarsi se essa non fosse originariamente presente nel tabacco ad alte concentrazioni. Oltre a questa sostanza, alcune solanacee ne contengono altre di notevole interesse farmacologico.

Ne nasce un problema serio, ricco di implicazioni etiche, oltre che sanitarie, sociali, giuridiche, scientifiche ed economiche. Questo documento, preparato su invito del Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, lo esamina in chiave bioetica, avendo ben presente la

duplice natura dei compiti, informativi e propositivi, assegnati a questo comitato[1]. La prima parte del documento delinea i tratti essenziali del tabagismo, la seconda fornisce alcune indicazioni sul modo di affrontarlo.

[1] Secondo l'articolo 1 del decreto istitutivo, al Comitato Nazionale per la Bioetica sono assegnati i seguenti compiti:

- ?? elaborare, anche avvalendosi della facoltà di accedere alle necessarie informazioni (…), un quadro riassuntivo dei programmi, degli obiettivi e dei risultati della ricerca e della sperimentazione nel campo delle scienze della vita e della salute dell'uomo;
- ?? formulare pareri ed indicare soluzioni, anche al fine della predisposizione di atti legislativi, (…) avuto riguardo alla salvaguardia dei diritti fondamentali e della dignità dell'uomo e degli altri valori così come sono espressi dalla Carta costituzionale e dagli strumenti internazionali ai quali l'Italia aderisce.

2. LE MOTIVAZIONI

Perché si comincia a fumare?

Molti hanno fumato la prima sigaretta da bambini, nella propria abitazione, di nascosto dai genitori. Altri lo hanno fatto, assieme agli amici, a scuola.

Le motivazioni che spingono a fumare sono numerose e complesse. Solo analizzandole attentamente è possibile comprenderle: la naturale curiosità che si prova per tutto ciò che è nuovo, specie se è proibito. Il valore simbolico di comportamenti che per il giovane rappresentano l'iniziazione al mondo degli adulti, per la donna l'emancipazione da un certo stato di soggezione. I due temperamenti fondamentali dell'uomo, che per strade diverse portano al medesimo risultato: quello del capo, che si impone sfidando il pericolo e le leggi; quello del gregario, che imita, per essere accettato in un gruppo dove si sente più sicuro che da solo. Un atto di ribellione verso la famiglia e la società oppure, viceversa, la ricerca di un sostegno nel caso di difficoltà scolastiche, lavorative ed ambientali in genere. La noia e l'insofferenza per l'ambiente nel quale si vive.

In un secondo tempo subentra un fattore che moltiplica gli effetti delle motivazioni specifiche: la libera disponibilità della droga, sotto forma di sigaretta facilmente acquistabile o, addirittura, liberamente disponibile nell'ambiente familiare.

Fin qui ci troviamo di fronte a motivazioni generiche, che spiegano anche tanti altri fenomeni: le sfide motoristiche, spesso mortali, del sabato sera; la moda e l'imitazione di personaggi carismatici, che spingono moltitudini di giovani a vestirsi ed a gesticolare nella stessa maniera, spesso ritrovandosi tutti insieme in uno stadio o in una sala da ballo. Questa riflessione non porta a sottovalutare le motivazioni che spingono verso il fumo, ma al contrario mostra quanto sia difficile combatterle, essendo esse in gran parte radicate nella natura stessa dell'uomo. Contrastandole in modo acritico si rischia solo di rafforzarle. Questo sembra il caso delle campagne educative che, mettendo l'enfasi solo sulla pericolosità della droga, possono accrescerne il fascino agli occhi del giovane che la vive in chiave di trasgressione, di ribellione contro la società, di affermazione della propria personalità e del proprio coraggio.

Qualunque sia la motivazione iniziale, il quadro cambia quando il tabacco comincia a manifestare i suoi effetti. Molti ricordano la nausea, i giramenti di testa, le palpitazioni provocate dalla prima sigaretta. Eppure, essi raramente trattengono dal riprovare, anche perché sono spesso vissuti come una manifestazione di debolezza, che va nascosta e superata. Già la seconda volta gli inconvenienti si attenuano, poi scompaiono. È allora che si manifestano, in tutta la loro forza, gli effetti caratteristici del tabacco.

A differenza di quanto si verifica con altre droghe, gli effetti mentali del tabacco e della nicotina sono disgiunti da un rischio apprezzabile di abuso. Al contrario, secondo studi condotti prima nell'animale (Bovet *et al.*, 1966) ed in seguito nell'uomo, essi comportano un miglioramento dell'attenzione e dell'apprendimento, associati a proprietà calmanti e stimolanti insieme. È stato dimostrato che la nicotina interferisce col *Nucleus accumbens*, una struttura cerebrale che gioca un ruolo nella percezione del piacere. Questi effetti rendono allettante il fumo e ne spiegano la vasta diffusione.

È utile ricordare che, di là delle loro diversità, tutte le droghe sono accomunate da effetti mentali piacevoli, desiderabili e, in qualche caso, perfino utili. Essi si traducono in una disattivazione dei meccanismi che mantengono entro limiti fisiologici alcuni importanti processi mentali. Alcune droghe riducono i segnali spiacevoli, come il dolore, l'ansia e la

paura, procurando un senso di sollievo che attenua la percezione della loro pericolosità. Altre, invece, disattivano il segnale di allarme costituito dal senso di fatica, di fame e di sete, consentendo di sostenere sforzi altrimenti impossibili.

Quella qui sopra delineata è la caratteristica centrale delle droghe, il motivo fondamentale che spinge ad usarle. Ne derivano una serie di sensazioni ed effetti da un lato pericolosi, ma dall'altro piacevoli e, talvolta, anche utili. Il tabacco non si sottrae a questa regola: non si può pensare di combatterlo efficacemente senza tenerne conto.

La dannosità delle droghe può dipendere non solo dalle loro caratteristiche intrinseche, ma anche da altri fattori quali la dose, la modalità di assunzione, l'ambiente, il contesto sociale, fattori costituzionali e d'altro genere. Purtroppo questi includono, soprattutto nel caso del tabacco da fumo, l'esposizione a gravi rischi, che sarebbe imperdonabile sottovalutare.

3. LA DIPENDENZA

All'inizio il fumo è il risultato di una scelta sostanzialmente libera e volontaria. In seguito tende invece a trasformarsi in bisogno compulsivo, al fine non tanto di riprodurne gli effetti iniziali, quanto piuttosto di evitare i disturbi causati dalla sua mancanza. Questo fenomeno, chiamato tossicodipendenza o dipendenza, è comune a gran parte delle droghe e ne costituisce uno degli aspetti più temibili e, nello stesso tempo, più complessi.

Un gruppo di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la tossicodipendenza «uno stato psichico e talvolta anche fisico, risultante dall'interazione tra un organismo vivente ed una droga, caratterizzato da modificazioni del comportamento e da altre reazioni, che comprendono la pulsione ad assumere la droga in maniera continua o periodica, al fine di ritrovarne gli effetti psichici e di evitare i disturbi causati dalla sua privazione» (OMS, 1973). Per inciso, oltre a comparire tra le droghe nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edizione (DMS-IV)* e nel *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (1994), la nicotina è stata classificata come tale anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in una categoria speciale.

Nella suddetta definizione è implicito, anche se non è espressamente dichiarato, il concetto che la tossicodipendenza comporta l'incapacità di mantenere uno stato di benessere fisico e mentale senza l'assunzione di una droga. Ne deriva, se si accetta che il benessere fisico e mentale corrisponde alla salute e la sua mancanza alla malattia, che la tossicodipendenza è una malattia: una malattia che, in maniera paradossale ma per niente insolita, è alleviata dallo stesso agente che ne costituisce la causa. Sono concetti elementari, ma basilari, che vanno valutati e discussi in relazione a tre problemi di sostanziale rilevanza etica: la cosiddetta medicalizzazione della droga, corrispondente nel caso del tabagismo alla somministrazione di nicotina; il carattere medico, in senso più generale, di tutte le tossicodipendenze, inclusa quella da tabacco; la responsabilità del Sistema Sanitario Pubblico nel loro trattamento.

Nonostante le sue conseguenze negative, la tossicodipendenza è espressione dell'omeostasi, un meccanismo difensivo che è alla base della vita in tutte le sue manifestazioni, da quelle più elementari a quelle più complesse e organizzate. Questa capacità consente di salvaguardare il proprio stato interiore, mediante adattamenti funzionali atti a neutralizzare ciò che tende a turbarlo. Per esempio, se la temperatura corporea si alza troppo, l'organismo la riduce disperdendo il calore in eccesso mediante la sudorazione e la vasodilatazione periferica; se invece si abbassa, gli aggiustamenti sono di segno opposto.

Lo stesso succede con le droghe. La loro caratteristica comune, l'elemento che le unifica di là delle diversità, è la capacità di liberare la mente dai vincoli che la mantengono sul terreno forse angusto, ma ben collaudato e sicuro, dei comportamenti normali. Ne derivano, in maniera diversa secondo le droghe, sensazioni di piacere, di liberazione dalla sofferenza fisica e mentale, di forza e di fiducia in sé, d'evasione dalla realtà. Sono sensazioni piacevoli, ma pericolose. L'organismo avverte questo pericolo e attiva, a seconda degli effetti di ciascuna classe di droghe, le misure necessarie per neutralizzarlo.

Gli oppiacei calmano, rasserenano, leniscono le sofferenze fisiche e mentali, riducono l'ansia, attenuano il peso dell'esistenza. Producono, inoltre, manifestazioni neurovegetative: miosi; rallentamento del ritmo cardiaco e del respiro; stitichezza;

ipotensione. Questi cambiamenti sono contrastati con aggiustamenti funzionali di segno opposto: ipersensibilità al dolore contro l'analgesia; ipereccitabilità contro la sedazione; aumento dell'ansia contro la sua riduzione, midriasi contro la miosi; accelerazione del respiro contro il suo rallentamento; diarrea contro la stitichezza, e così via.

Agli psicostimolanti simpaticomimetici, che hanno proprietà diverse e generalmente opposte rispetto a quelle degli oppiacei, l'organismo reagisce con una depressione del sistema nervoso centrale e con aggiustamenti neurovegetativi non più in senso adrenergico, ma colinergico: miosi, ipotensione, rallentamento del respiro e dei battiti cardiaci.

Il tabacco determina, attraverso la nicotina, effetti mentali molto più complessi, riconducibili al suo punto d'attacco, rappresentato da gangli neuronali che modulano svariate funzioni nervose, centrali e periferiche. Questi effetti, che rendono «piacevole, desiderabile e talvolta perfino utile» il fumo, sono racchiusi in un quadro che, secondo le circostanze, può rispondere al bisogno di tranquillizzazione o, all'inverso, di stimolazione. Contemporaneamente, si osserva un miglioramento della concentrazione e della capacità d'apprendimento. Probabilmente la diffusione del fumo si spiega con il fatto di non dare soddisfazione solamente a bisogni circoscritti, come avviene con altre droghe. Il fumo è semmai avvicinabile, quanto agli effetti, alle bevande alcoliche e ai cannabinoidi. Ugualmente complesso, perché speculare rispetto agli effetti centrali e periferici del tabacco, è il controadattamento dell'organismo che porta alla dipendenza.

Le manifestazioni di quest'ultima non sono avvertite finché la droga le controbilancia, ma sono ben presenti nell'organismo. La loro esistenza è dimostrata dal fatto che con il progredire della tossicodipendenza aumentano le quantità di droga necessarie per riprodurne gli effetti iniziali. Si instaura, cioè, la tolleranza. Con il tabacco si passa dalle poche tirate della prima sigaretta, che danno un senso di stordimento e di vertigine, fino a 20, 40 e, nei casi estremi, 80 sigarette al giorno, che non provocano più alcun fastidio. Il ricondurre la tossicodipendenza ad una reazione omeostatica, che è un processo difensivo naturale, non deve indurre a sottovalutarne la portata. Reagendo alla droga l'organismo recupera il proprio stato funzionale, ma lo recupera attraverso aggiustamenti che devono essere controbilanciati, per non squilibrarlo, da una forza di segno opposto; si tratta, in altre parole, di un equilibrio instabile, diverso da quello fisiologico, perché richiede, per essere mantenuto, la presenza della droga. Se quest'ultima viene a mancare, subentra la crisi d'astinenza, contrassegnata da manifestazioni di segno opposto rispetto agli effetti propri della droga. Si palesano in maniera violenta, in altre parole, i controadattamenti descritti poc'anzi. Durante l'astinenza da fumo si nota irritabilità, difficoltà di concentrazione, bradicardia, anche marcata, e così via. Con gli oppiacei si tratta di iperalgesia, accompagnata da un'aumentata sensibilità al dolore fisico e mentale, di eccitazione e di stimolazione adrenergica. Con gli psicostimolanti adrenergici prevalgono la prostrazione, il restringimento della pupilla ed altri effetti di significato analogo.

La spiegazione è semplice. La tossicodipendenza si manifesta solo con le droghe perché esse sono le uniche capaci di disattivare dei segnali d'allarme a contenuto fortemente spiacevole, come il dolore fisico e mentale, e nello stesso tempo dotati di una rappresentazione mentale che ne consente il riconoscimento a livello cosciente. Per tornare al suo stato iniziale, l'organismo deve iperattivarli. Questo controadattamento funzionale non viene avvertito quando è bilanciato dagli effetti opposti della droga, ma determina, se quest'ultima viene a mancare, un'intollerabile sensibilità al dolore e ad altri fenomeni psichici e fisici estremamente spiacevoli.

Ecco perché solo il tossicodipendente in astinenza collega i suoi disturbi alla mancanza di droga e avverte un lucido, assillante bisogno di procurarsela.

L'intensità della risposta varia da droga a droga. È massima con gli oppiacei, che agiscono su un meccanismo indispensabile per la sopravvivenza, rappresentato dal segnale d'allarme insito nel dolore fisico e mentale. È intermedia con gli psicostimolanti, attivi su processi mentali che l'organismo è abituato a lasciare oscillare abbastanza liberamente nei due sensi. È praticamente assente con gli allucinogeni, il cui punto d'attacco non è soggetto ad alcun controllo rigido: per capirlo basta pensare al sogno, durante il quale la mente vaga fisiologicamente, senza costrizioni di sorta, svincolandosi dalla realtà circostante.

È variabile, ma con punte estreme che rendono particolarmente difficile la disassuefazione, col fumo. È ben noto il caso di persone che continuano a fumare dopo avere manifestato disturbi, come un infarto o la necrosi di un arto nel morbo di Burger, correlabili agli effetti della nicotina.

L'intensità della tossicodipendenza varia anche da persona a persona, oltre che da droga a droga. Alcuni diventano tossicodipendenti dopo poche esposizioni a una droga, altri solo dopo esposizioni prolungate. Alcuni si liberano della tossicodipendenza facilmente, altri non ci riescono nemmeno quando ne subiscono gli effetti devastanti.

È probabile che la suscettibilità alla tossicodipendenza sia legata a fattori ereditari, anche se è difficile accertarlo con sicurezza. Si può ritenere che, in linea di massima, ne esistano due tipologie estreme, tra le quali si collocano tutte le altre: quella con una forte predisposizione costituzionale ed un'influenza relativamente modesta dei fattori esterni; quella, al contrario, nella quale sono questi ultimi a giocare il ruolo fondamentale.

4. I DANNI

4.1. Aspetti generali

Si calcola che i fumatori nel mondo ammontino ad oltre un miliardo. Nelle società occidentali e industrializzate questo numero è in declino, ma nelle fasce di popolazione a basso reddito permane una tendenza di segno opposto, che si osserva anche nei Paesi in via di sviluppo. Tenendo conto di questo secondo aspetto del problema si prevede che, a meno di un'inversione dell'attuale tendenza, entro il 2025 il numero dei fumatori possa giungere ad oltre 1,6 miliardi.

In Italia fuma circa il 25 per cento della popolazione adulta: il 32,2 per cento degli uomini ed il 18,2 per cento delle donne; il 26,2 per cento nell'Italia Nord Occidentale e Centrale, il 24,5 per cento nelle isole, il 23,8 per cento nel Sud e nel Nord Est.

Per gli uomini il grado d'istruzione costituisce un fattore protettivo: fumano, infatti, il 27,4 per cento dei laureati, il 31,8 per cento dei diplomati e il 36,8 per cento tra coloro che hanno conseguito la licenza media.

Dalla fine degli anni '20 hanno cominciato a fumare anche le donne, con un incremento progressivo fino ad arrivare, negli anni '50, ad un raddoppio della prevalenza. Nel passato il fumo era appannaggio delle classi più istruite. Di questo fenomeno permane una traccia nelle indagini condotte tra le donne che oggi hanno più di sessant'anni: sono fumatrici il 18,6 per cento delle laureate, il 14,5 per cento delle diplomate e il 13,2 per cento di quelle che hanno conseguito solo la licenza media. Nelle generazioni successive è stato rilevato, invece, che fumano il 20,4 per cento delle laureate, il 23,5 per cento delle diplomate e il 28,7 per cento delle donne con licenza media. Questo dato va meditato, perché suggerisce che la consapevolezza della pericolosità del fumo aumenti col livello d'istruzione scolastica.

Il 6,2 per cento dei fumatori ha iniziato prima dei 14 anni e il 44,7 per cento tra i 14 e i 17 anni: complessivamente, pertanto, in più del 50 per cento dei casi si comincia a fumare prima dei 18 anni. Gli uomini fumano in media 16,3 sigarette al giorno e le donne 12,1. Il 14,3 per cento degli uomini e il 4,6 per cento delle donne fumano più di un pacchetto al giorno. È interessante rilevare che l'età media della cessazione del fumo è 37,1 anni per gli uomini e ben 57,1 per le donne.

Volendo delineare il profilo prevalente del giovane fumatore, dai dati dell'ISTAT si evince che possiede un titolo di studio medio-basso, di licenza elementare e media, che vive nel Nord e nel Centro Italia e che entrambi i suoi genitori fumano. Il comportamento della madre sembra, sotto questo profilo, il più influente: fumano, infatti, il 31,3 per cento dei figli se fuma solo la madre, contro il 22,2 per cento se fuma solo il padre. Questa differenza si accentua, in termini relativi, con le figlie femmine: nel caso di madre fumatrice, esse raggiungono il 29,2 per cento, contro il 14,0 per cento quando fuma solo il padre.

Nel passato erano i giovani a nascondere il fumo ai genitori. Oggi, invece, sono i genitori che cercano di non fumare davanti agli adolescenti, sia per una maggiore consapevolezza dei danni alla salute derivanti dal fumo passivo, sia perché sono coscienti di rappresentare un modello negativo. Siamo ancora lontani - secondo qualcuno per nostra fortuna - dagli Stati Uniti dove, nel decidere l'affidamento dei minorenni, conta anche se il genitore è o non è fumatore.

Il fumo di tabacco contiene oltre 4.000 sostanze, molte delle quali cancerogene o nocive per la respirazione, come il monossido di carbonio. La nicotina, come si precisa in altre parti del documento, è la sostanza responsabile sia della dipendenza, sia di complessi effetti mentali, comprendenti un miglioramento dei processi cognitivi, dell'attenzione, delle prestazioni psicomotorie; possiede, inoltre, proprietà ansiolitiche ed euforizzanti. Questi effetti comportano un senso di piacere, che spinge a fumare: è il cosiddetto rinforzo positivo della nicotina.

A tutto questo si aggiunge la sindrome d'astinenza, contraddistinta da ansia, difficoltà di concentrazione, irritabilità, insonnia e sintomi fisici, come la bradicardia, che costituiscono il cosiddetto rinforzo negativo: si fuma non perché piace, ma per evitare i disturbi causati dalla mancanza del fumo.

La dipendenza da fumo di tabacco è riconosciuta come una condizione patologica nella decima revisione della classificazione internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e nel manuale diagnostico e statistico dell'Associazione Americana di Psichiatria.

Smettere di fumare è possibile, ma difficile. In Italia ci sono oggi circa sei milioni di ex-fumatori, che generalmente hanno abbandonato quest'abitudine per la consapevolezza dei danni che essa comporta per la salute. Per alcuni basta la forza di volontà, per altri occorre il sussidio di un supporto, che può essere sia psicologico sia farmacologico, con particolare riferimento, nel secondo caso, alle preparazioni a base di nicotina (*nicotine replacement therapy* o NRT). Entrambi sono discussi in un'altra parte del documento.

Il fumo di sigaretta rappresenta nella maggior parte dei Paesi sviluppati la principale causa, o concausa, di mortalità evitabile. Ogni anno il consumo di tabacco è responsabile della morte di circa 3,5 milioni di persone nel mondo, sette al minuto.

Le patologie correlate al fumo risultano responsabili del 10 per cento dei decessi della popolazione adulta. Il fumo attivo è la principale causa prevedibile di morbosità e mortalità, in Italia come in tutto il mondo occidentale. Le patologie maggiormente chiamate in causa sono le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO), il cancro del polmone e le malattie cardiovascolari, queste ultime con un aumento del rischio relativo dose-dipendente ben documentato di eventi cardiaci ischemici, fatali e non fatali. Complessivamente si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco circa 90.000 decessi l'anno, oltre il 25 per cento dei quali si manifestano tra i 35 ed i 65 anni d'età.

La consapevolezza dei danni alla salute legati al tabagismo, oltre che del loro costo sociale ed economico, ha alimentato un acceso dibattito sulle misure da intraprendere per contenerli e distribuirli equamente. Le principali categorie alle quali si è soliti fare riferimento in questo tipo di analisi sono le seguenti:

- prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie correlate al fumo;
- mancato guadagno conseguente alla perdita di lavoro dovuta alle patologie causate dal fumo;
- perdita del guadagno futuro a causa di morti premature.

Un calcolo preciso di questi costi è estremamente difficile, a motivo della complessità, variabilità e soggettività dei fattori che vi sono coinvolti. Ne emerge, ciononostante, un dato impressionante, che spinge a moltiplicare gli sforzi nella lotta al tabagismo. Si noti, inoltre, che alle patologie da fumo fin qui considerate vanno aggiunti i danni a carico della riproduzione, la cui importanza è emersa solo in epoche relativamente recenti. Essi meritano una trattazione a sé, perché riguardano il fulcro della vita e potrebbero avere, in prospettiva, effetti dirompenti.

4.2 Fumo e riproduzione

Il fumo di sigaretta è annoverato tra gli agenti capaci, a seguito di un'esposizione cronica, di danneggiare seriamente la funzione riproduttiva. Quest'azione negativa si esplica non solo sulle gonadi, con modalità diverse nei due sessi, ma si estende anche allo sviluppo embrio-fetale e postnatale.

Sull'argomento sono oggi disponibili dati ricavati dallo studio sia della fertilità naturale sia di quella ascrivibile alla fecondazione assistita, che ha consentito di approfondire ulteriormente la conoscenza degli effetti del fumo sui gameti, sugli embrioni e sull'ovulazione.

Per quanto riguarda il sesso femminile, diversi studi epidemiologici mostrano che mediamente le fumatrici impiegano più di un anno a concepire, con un consistente ritardo rispetto alle non fumatrici (Weinberg *et al*., 1989). Dopo 5 anni di rapporti liberi non hanno ancora concepito il 10,7 per cento delle fumatrici, contro il 5,4 per cento delle non fumatrici (Hughes e Brennan, 1996). Un'accurata metanalisi (Augood *et al*., 1998), consistente nell'esame storico di 11 studi clinici di vario genere, ha fornito risultati analoghi. Si ritiene che l'infertilità e il ritardo nel concepimento siano il risultato dell'influenza del fumo sulla gametogenesi, sulla fecondazione, sul processo di impianto e sulle perdite sub-cliniche molto precoci di embrioni dopo l'impianto.

La suddetta metanalisi ha fornito risultati analoghi anche riguardo alla fecondazione assistita. Nelle fumatrici è stata osservata una diminuzione del 17,2 per cento degli ovociti recuperati, associata alla frequente necessità, per indurre l'ovulazione multipla, di aumentare la dose di gonadotropine. Entrambi questi fenomeni sembrano dipendere da una deplezione della riserva ovarica follicolare (El-Nemr *et al*., 1998). L'età e il fumo potrebbero agire sinergicamente, accelerando l'atresia follicolare. L'evidenza epidemiologica di un anticipo dell'età menopausale di circa un anno e mezzo in chi fuma (Midgetts e Baruh, 1990), quale manifestazione della deplezione follicolare, va nello stesso senso. Il medesimo fenomeno è stato osservato nei roditori dopo esposizione al benzopirene.

La fecondità ridotta è stata anche interpretata come un'interferenza a livello della maturazione degli ovociti, in buon accordo con i risultati della sperimentazione sull'animale, che mostrano un blocco della progressione meiotica dopo somministrazione di nicotina e cadmio.

Studi su ovociti umani non fertilizzati hanno rilevato, in un programma di fecondazione assistita, un'alta frequenza, dose-correlata, di ovociti diploidi nelle fumatrici (Zenzes *et al*., 1995). È verosimile che la maggiore durata della I divisione meiotica permetta un'esposizione cumulativa agli insulti esterni, così da indurre alterazioni a livello dell'organizzazione del citoplasma, con la conseguenza di un minor grado di maturazione associato all'aumento degli ovociti diploidi.

A livello del liquido follicolare, come pure delle cellule granuloso-luteiniche, è stata trovata la cotinina, metabolita della nicotina, come pure il benzopirene, del quale è nota l'azione cancerogena.

Gli studi condotti sulle coppie che ricorrono alla fecondazione assistita hanno fornito informazioni che riguardano anche gli effetti del fumo sulla fertilità maschile (Josbury *et al*., 1998): nei casi in cui fumava solo il partner maschile, si è rilevata una riduzione sia del numero di concepimenti per anno sia delle gravidanze protratte oltre la dodicesima settimana. Questi dati sono probabilmente riconducibili alla presenza di spermatozoi con alterazioni cromatiniche, che impediscono allo zigote di svilupparsi normalmente.

Per quanto attiene più in particolare ai danni sulla funzione testicolare, è noto come il fumo di sigaretta possa interferire con varie fasi della gametogenesi. La spermatogenesi

umana è caratterizzata, dalla pubertà fino alla vecchiaia, da una continua produzione di cellule germinali. Quando entrano nella meiosi I e II, esse diventano vulnerabili all'esposizione a tossine ambientali. La spermiogenesi, il processo che porta alla trasformazione degli spermatidi in spermatozoi, rappresenta un secondo momento di aumentata sensibilità a mutazioni puntiformi. Delle cellule che compongono la linea germinale, gli spermatogoni e gli spermatociti hanno la capacità di riparare i danni al DNA. Dispongono, inoltre, di altri meccanismi capaci di eliminare le cellule alterate, con una ridotta vitalità. Durante le fasi finali della differenziazione, invece, gli spermatidi non hanno praticamente alcuna capacità riparativa: una volta che la cromatina si è condensata non è più possibile riparare il danno al DNA. Per tale motivo gli spermatozoi eiaculati sono a rischio per la trasmissione di un danno genetico (Zenzes, 2000).

Numerosi lavori epidemiologici e sperimentali dimostrano che il fumo di sigaretta può interferire negativamente sulla fertilità maschile anche alterando le caratteristiche del liquido seminale. Questo suggerisce che alcuni componenti del fumo di sigaretta interagiscano, direttamente o indirettamente, con i gameti maschili, modificandone la funzione e la vitalità. Vari autori, infatti, hanno descritto le alterazioni prodotte dal fumo sul volume dell'eiaculato, oltre che sulla concentrazione, la motilità e la morfologia nemaspermica (Evans *et al*., 1981; Shaarawy e Mahmoud, 1982; Pacifici *et al*., 1993). Le differenze da studio a studio potrebbero riflettere il numero non solo dei soggetti considerati, ma anche delle sigarette fumate; varia, inoltre, il criterio utilizzato per classificare i fumatori secondo il consumo giornaliero di sigarette.

Ad oggi, non sono stati ancora chiariti con precisione i meccanismi con i quali le sostanze contenute nel fumo manifestano la loro tossicità. Come già ricordato, la combustione del tabacco genera più di 4000 composti chimici (quali nitrosamine, idrocarburi aromatici policiclici, cadmio, monossido di carbonio), che possono alterare la spermatogenesi e danneggiare, direttamente o indirettamente, il DNA nemaspermico.

È stato riportato che alcuni costituenti del fumo di sigaretta sono presenti nel plasma seminale. In particolare sono stati dosati, come indicatori di assunzione del fumo, la nicotina, la cotinina e la trans-idrossicotinina (THOC), usando metodologie specifiche e sensibili, quali l'HPLC e il RIA. Le concentrazioni di cotinina e di THOC sono risultate simili nel plasma seminale e nel siero, indicando uno scambio tra questi due compartimenti. Queste osservazioni concordano con un lavoro (Pichini *et al*., 1992), che riporta un'alta correlazione tra le concentrazioni della cotinina nei vari compartimenti del corpo (siero-saliva, siero-urine, saliva-urine). Per quanto riguarda la nicotina, la sua concentrazione nel plasma seminale risulta essere più elevata rispetto al siero. Tale dato suggerisce che la nicotina, essendo una base più forte sia della cotinina sia della THOC, sia in grado di accumularsi, come altre sostanze basiche, nel plasma seminale (Pacifici *et al*., 1993).

È stato osservato, peraltro, che l'effetto negativo del fumo sulla vitalità e motilità degli spermatozoi è imputabile non tanto alla nicotina e alla cotinina, quanto piuttosto all'insieme di vari composti, costituiti da idrocarburi, aldeidi e chetoni, presenti nel fumo (Gandini *et al*., 1997).

Il fumo di sigaretta contiene un'elevata concentrazione di agenti ossidanti, che sono in grado di alterare la qualità del seme. Tali effetti sono correlabili alla dose ed alla durata del fumo: poiché le sostanze ossidanti sono mutageni molto reattivi, ne deriva che nei forti fumatori aumenta il rischio di danni al DNA. Evidenze bibliografiche dimostrano, infatti, che i fumatori presentano, rispetto ai non fumatori, un significativo aumento del danno ossidativo al DNA nemaspermico; tale aumento è proporzionale alla concentrazione di sostanze ossidanti presenti nel fumo (Fraga *et al*., 1996). Essendo gli spermatozoi incapaci di riparare questi danni, le specie ossidative che si accumulano durante le fasi finali della spermiogenesi sono in grado di aumentare la probabilità di trasmettere mutazioni allo zigote.

I maggiori fattori di rischio del fumo sono, però, quelli che si verificano in gravidanza, dal momento del concepimento fino alla nascita, riflettendosi poi sullo sviluppo natale e perinatale.

In età fertile fuma una donna su quattro (ISTAT, 2000): il 62 per cento dei casi smette di fumare durante la gravidanza, il 30 per cento circa riduce la quantità quotidiana di sigarette, il 7,4 per cento continua a fumare come prima. Questi dati indicano un certo grado di consapevolezza della nocività del fumo. Il Piano Sanitario Nazionale 2001-2003 ha tra i suoi obiettivi la riduzione a zero del fumo nelle gestanti.

Dei componenti del fumo, che come si è visto in precedenza comprendono numerose sostanze tossiche, sono stati ben studiati soprattutto il monossido di carbonio e la nicotina, che si sono dimostrati capaci di attraversare la barriera placentare: il primo, legandosi all'emoglobina del feto e formando la carbossiemoglobina, abbassa l'apporto di ossigeno, determinando un'ipossia fetale cronica. La nicotina, essendo un vasocostrittore, riduce la circolazione utero-placentare ed influisce negativamente sullo sviluppo del feto, con particolare riguardo al sistema nervoso centrale (Mooichan e Robinson, 2001).

Gli effetti negativi del fumo si manifestano durante tutto l'arco della gravidanza, producendo vari tipi di patologie:

?? aumento degli aborti spontanei, con un rischio relativo di 2 in chi fuma oltre 20 sigarette al giorno (Coste *et al*., 1991). In precedenza si è accennato ai danni che si verificano nelle prime fasi della fecondazione e dell'impianto, determinando le interruzioni precoci. Alcuni dati sperimentali dimostrano, inoltre, una disfunzione generalizzata del trofoblasto. In particolare, si è osservata una riduzione dell'attività dell'aromatasi placentare e dei recettori di un fattore di accrescimento, coinvolto nei processi di differenziazione;

?? rischio di gravidanze extra-uterine, che raggiunge un valore relativamente elevato in chi fuma più di 20 sigarette al giorno (Bouyer *et al*. 2003);

?? ritardo della crescita intrauterina, con una riduzione media del peso alla nascita di circa 200 grammi col fumo attivo e di 80 grammi col fumo passivo (Roquer *et al.,* 1995);

?? rottura delle membrane e rischio di parto prematuro, imputabili in circa il 15 per cento dei casi al fumo. Al contrario, sembra che il rischio di preeclampsia si abbassi in chi fuma, con una riduzione del rischio relativo di 0,38 per cento superando le 20 sigarette al giorno, dato questo difficile da interpretare e comunque da confermare. Va però segnalato che, ove questa patologia si manifesti, essa assume un andamento più impegnativo: in particolare, la mortalità perinatale passa dal 24 al 36 per mille;

?? aumento complessivo della mortalità perinatale, che passa dal 23,5 per mille nelle non fumatrici, al 28,2 per mille nelle donne con meno di 20 sigarette al giorno, al 31,8 per mille con più di 20 sigarette al giorno (Andres e Day, 2000);

?? sindrome della morte improvvisa del neonato (SIDS), che col fumo aumenta di circa tre volte (Wisborg *et al*., 2000). Secondo alcuni dati recenti, essa sarebbe dovuta all'esposizione alla nicotina durante la vita fetale, con un effetto negativo sulla regolazione della respirazione durante il sonno.

Va rilevato, tuttavia, che non tutti concordano sull'esistenza di un rapporto diretto tra fumo e mortalità prenatale, aborti, malconformazioni, probabilità di comparsa di malattie nella prima infanzia. Si è osservato, ad esempio, che tra le fumatrici c'è un maggior numero di donne a rischio da un punto di vista socioeconomico, che spesso cominciano la gravidanza in difetto di peso; che tra le fumatrici ci sono molte disoccupate – e mogli di disoccupati - che potrebbero avere problemi di dieta e di stress; che molte fumatrici si alimentano in modo irrazionale, con frequenti carenze di vitamine, aminoacidi e acidi grassi essenziali; che tutti gli eventi stressanti della gravidanza possono essere mediati

dal fumo. Molte fumatrici accusano problemi respiratori, evidenziati dalle gas-analisi, e alcune casistiche sembrano dimostrare una tendenza delle fumatrici a bere molto caffè, a ignorare alcune regole igieniche, e così via. Rimane il fatto, tuttavia, che il fumo espone l'organismo della madre e del nascituro a sostanze nocive, oltre che alla nicotina, unanimemente classificata tra le droghe. Colpisce, inoltre, il fatto che i successi ottenuti persuadendo le donne a non fumare siano relativamente modesti e in parte contraddittori: molte donne reagiscono in modo "psicologicamente sfavorevole" e sono deviate inconsciamente verso altre abitudini incongrue, come un'alimentazione eccessivamente ricca di zuccheri. Non è difficile capire, d'altronde, quanto grande possa essere la sofferenza di una persona che, sommersa dai sensi di colpa e sottoposta a pressioni continue da parte dei familiari, scopre di non esser capace di rinunciare al suo vizio. Tanto più diventa importante, di conseguenza, affrontare questo problema in tutta la sua complessità e nell'ambito di un corretto rapporto col medico.

Passando all'allattamento, è stato accertato che vari prodotti del fumo, compresa la nicotina, passano nel latte. Nei liquidi biologici del lattante, inoltre, è stata documentata la presenza del suo metabolita cotinina.

Per quanto riguarda, infine, il bambino dopo la nascita e nel corso della prima infanzia, gli effetti negativi del fumo sono ormai ben noti. Nei figli dei fumatori è stato dimostrato in modo inconfutabile un aumento significativo, che arriva al raddoppio, dei processi respiratori acuti delle vie aeree superiori e inferiori. Indagini condotte sulla popolazione italiana indicano un coinvolgimento del fumo passivo nel 15 per cento dei casi di asma nei bambini. In senso più generale, le statistiche rivelano un aumento dei ricoveri ospedalieri dei bambini esposti al fumo passivo.

5. DISINTOSSICAZIONE E RECUPERO

La crescente consapevolezza della nocività del fumo, unita all'elevato numero dei fumatori che tentano di smettere, ha trasformato la disassuefazione in uno dei capisaldi della lotta al tabagismo. Vi sono impegnati in prima linea non solo i medici, affiancati dai farmacisti nel loro contatto quotidiano col pubblico, assieme agli altri operatori sanitari, ma anche i ricercatori, perché i trattamenti attualmente disponibili devono essere ulteriormente perfezionati. È auspicabile, inoltre, un maggiore coinvolgimento del Sistema Sanitario Nazionale, che dovrebbe farsene carico sia perché la dipendenza è in sé e per sé configurabile come malattia, sia anche perché i costi di questo intervento sarebbero ampiamente ripagati dai vantaggi che ne deriverebbero, sul piano medico e sociale. È stato calcolato, per citare un solo aspetto del problema, che nel nostro paese un dimezzamento del numero dei fumatori eviterebbe, nei prossimi cinquant'anni, da 15 a 18 milioni di decessi prematuri.

I principali interventi sicuramente efficaci sono:

?? il consiglio del medico e del farmacista;
?? l'assistenza medica e paramedica;
?? il *counseling* (un termine ormai entrato nell'uso corrente) individuale;
?? la terapia di gruppo;
?? la terapia sostitutiva della nicotina;
?? il bupropione.

Non esistono ancora prove sufficienti a favore della superiorità dell'uno o dell'altro di essi. Qui di seguito, pertanto, se ne fornisce un quadro generale, facendo riferimento alla revisione *Cochrane*, che ha seguito criteri rigorosi, successivamente adottati nelle più recenti linee guida, sia inglesi sia americane. Maggiori dettagli sono reperibili nel documento nazionale, riportato in Appendice, che prende in considerazione le banche dati *Medline*, *Embase* e *Cochrane Library*, dal 1990 al marzo 2001.

Interventi da parte di medici ed infermieri.

L'effetto del semplice consiglio del medico è stato analizzato prendendo in esame 31 studi controllati e randomizzati (Silagy, 2001). I fumatori erano in alcuni casi a rischio di patologie polmonari, di diabete e di coronaropatie, in altri erano soggetti non selezionati. L'intervento si è rivelato efficace, con una superiorità di quello intenso su quello breve.

Una seconda revisione ha analizzato l'effetto di raccomandazioni e di altri interventi realizzati dal personale infermieristico, in confronto con l'assenza di intervento o con altre cure (Rice e Stead, 2001). Gli interventi, realizzati prevalentemente negli ambulatori ospedalieri, hanno dimostrato un'efficacia, che si è mantenuta anche fuori dall'ambiente ospedaliero. In questo caso, gli interventi più intensi, frequenti e di durata maggiore, non si sono rivelati superiori a quelli meno intensi.

Counseling.

Una revisione sistematica di 11 studi controllati e randomizzati ha dimostrato l'efficacia del *counseling* individuale, definito come incontro individuale di durata superiore a 10 minuti, con un operatore preparato a questo compito (Lancaster e Stead, 2001a). Il

counseling individuale è stato inoltre confrontato con gli interventi cosiddetti minimi (raccomandazioni di durata inferiore a 10 minuti, materiale di auto-aiuto, assistenza ordinaria), senza evidenziare differenze significative.

Un'altra revisione sistematica di 19 studi ha analizzato l'efficacia della terapia di gruppo, che prevede almeno due incontri, nei quali i soggetti ricevono informazioni, raccomandazioni, incoraggiamenti o sono sottoposti a una terapia cognitivo-comportamentale, rinforzata dal mutuo supporto (Stead e Lancaster, 2001). La terapia di gruppo è risultata più efficace del solo materiale di auto-aiuto. Nessuna differenza significativa è stata evidenziata, invece, confrontando la terapia di gruppo con un intervento, anche breve, effettuato dal medico o dagli infermieri. Sia gli interventi di *counseling* individuale sia le terapie di gruppo erano così diversi da studio a studio, da non consentire di individuare una modalità di trattamento più specifica delle altre.

Terapie "avversive".

Negli anni '70 sono stati proposti diversi metodi che associano uno stimolo sgradevole allo stimolo piacevole del fumo:

- "rapid smoking": chiedere al soggetto di fumare più sigarette di seguito molto rapidamente (un'inspirazione ogni 6-10 secondi) e di concentrarsi sulle sensazioni sgradevoli;
- chiedere al soggetto di fumare più di quanto desiderato;
- chiedere al soggetto di fumare concentrandosi sulle sensazioni negative o immaginando gli effetti dannosi;
- "rapid puffing": fare inspirazioni rapide senza inalare il fumo.

Sono stati pubblicati 24 studi (Hajek e Stead, 2001) che purtroppo sono di bassa qualità sul piano metodologico (bassa potenza statistica, misure auto riferite, ecc.). L'acetato d'argento in compresse, spray, gomma da masticare, che conferisce un sapore sgradevole al fumo, in due studi non si è mostrato superiore al placebo (Lancaster e Stead, 2001b).

Materiale di auto-aiuto e *counseling* telefonico.

Negli anni sono state sviluppate diverse forme di materiale di auto-aiuto, quali audio e videocassette e, più recentemente, anche programmi per computer (Lancaster e Stead, 2001c). Il contatto personale sembra avere, secondo nove studi, un'influenza minima sull'efficacia di questi strumenti. In otto studi è stata invece rilevata una differenza statisticamente significativa tra il materiale standard e quello personalizzato in base alle caratteristiche individuali.

Una revisione recentemente pubblicata sulla *Cochrane Library* (Lancaster e Stead, 2001d), analizza l'efficacia degli interventi di *counseling* telefonico, distinguendo tra quello attivo, quando un operatore contatta direttamente la persona, e quello passivo, rappresentato dalle cosiddette *helplines* o *hotlines*, chiamate direttamente dagli interessati o dai parenti. Il *counseling* telefonico attivo non sembra superiore agli altri interventi, né alla terapia sostitutiva con nicotina: anche in questo caso va rilevato, tuttavia, che questi studi non forniscono, a motivo della loro eterogeneità, indicazioni conclusive.

Terapie alternative.

L'ipnoterapia e l'agopuntura sono le principali terapie alternative, o non convenzionali, proposte per la disassuefazione dal fumo. La revisione *Cochrane* sull'ipnoterapia (Abbot *et al*., 2001) prende in considerazione nove studi, purtroppo eterogenei sia per la durata delle singole sedute sia per il loro numero. Nell'insieme,

l'efficacia di questa pratica appare dubbia o, comunque, modesta rispetto ad altri tipi di intervento.

Sull'agopuntura esistono diciotto lavori, riguardanti un totale di 20 confronti con altri trattamenti (White *et al.*, 2001). Nell'insieme, i risultati ottenuti sono modesti ed indicano un ruolo rilevante dell'effetto placebo, evidenziato in questo caso confrontando l'agopuntura con l'agopuntura simulata.

Terapia farmacologica.

Il trattamento farmacologico più comune è la terapia sostitutiva con nicotina, cui si accenna nella parte del documento dedicata alla ricerca.

Nella disassuefazione sono stati inoltre sperimentati anche diversi farmaci appartenenti alle categorie degli ansiolitici e degli antidepressivi (Hughes *et al.*, 2001). I primi si sono dimostrati di scarsa utilità. Tra i secondi, appare di particolare interesse il bupropione, che in quattro studi, due dei quali ancora in stampa, si è dimostrato più efficace del placebo. I dati disponibili, tuttavia, non consentono ancora di stabilire, tenendo conto anche degli effetti collaterali di questo farmaco, se esso rappresenti dei vantaggi sulla terapia sostitutiva con nicotina e su altri tipi di intervento (Jorenby *et al.*, 1999).

La clonidina, un farmaco studiato anche nella dipendenza agli oppiacei, ha rivelato in sei studi un'efficacia significativa, ma il suo impiego clinico trova un limite negli effetti collaterali, rappresentati soprattutto da ipotensione posturale e sonnolenza (Gourlay *et al.*, 2001).

In conclusione, per la disassuefazione sono disponibili varie terapie farmacologiche, alcune delle quali, peraltro, richiedono ulteriori approfondimenti. Alcune di esse si sono dimostrate efficaci e meritano di essere prese in considerazione, assieme a tutti gli altri trattamenti disponibili.

6. PROFILI GIURIDICI DI DIRITTO COMUNITARIO E DI DIRITTO INTERNO

Diritto comunitario.

Come è noto, a partire dal 1° novembre 1993, la Comunità europea è stata dotata di una competenza specifica in materia di sanità pubblica[2]. Ai sensi dell'art. 152 del Trattato di Roma, l'azione della Comunità comprende il miglioramento della salute pubblica, la prevenzione delle malattie e l'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana. Agli scopi indicati, e congiuntamente agli sforzi sostenuti al riguardo dagli Stati membri, la Comunità promuove la lotta contro i grandi flagelli, ricercando le cause della loro propagazione e favorendo la loro prevenzione, sostiene l'azione volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso degli stupefacenti e favorisce l'informazione, l'educazione e la prevenzione in materia sanitaria[3].

Occorre anzitutto precisare, in proposito, che la competenza della Comunità in materia di sanità pubblica si configura in senso cosiddetto orizzontale, poiché la definizione e l'attuazione di ogni altra politica ed attività comunitaria deve ispirarsi, per espressa previsione del Trattato di Roma, all'esigenza di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana[4]. La competenza comunitaria è altresì concorrente con quella degli Stati membri, nel senso che l'azione della Comunità, secondo la formulazione letterale del Trattato, appoggia e completa quella condotta dai governi nazionali[5]. Va rilevato, al riguardo, che la natura concorrente della competenza comunitaria si desume non solo dalle disposizioni che definiscono la portata della competenza medesima, ma anche da quelle che disciplinano le modalità del suo concreto esercizio. Significativa, sotto questo profilo, è la mancata previsione nel Trattato del potere del Consiglio di adottare misure vincolanti di armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri in tema di protezione e miglioramento della salute umana[6], cui si accompagna l'attribuzione all'istituzione comunitaria del potere di adottare mere "raccomandazioni" in materia, atti cioè mediante i quali il Consiglio, lungi dall'imporre regole di condotta agli Stati, si limita ad auspicare che questi ultimi tengano il contegno raccomandato[7].

Sulla base giuridica costituita dall'art. 152 del Trattato di Roma è fondata la raccomandazione, del Consiglio del 2 dicembre 2002, sulla prevenzione del fumo e sulle iniziative per rafforzare la lotta contro il tabagismo nella Comunità europea[8]. Tale

---

[2] In quella data è entrato in vigore il Trattato di Maastricht istitutivo dell'Unione europea, che ha modificato il Trattato di Roma, istitutivo della Comunità europea, introducendovi tra l'altro il nuovo titolo X (oggi XIII) della parte III, dedicata alle "politiche della Comunità". Tale titolo è stato sensibilmente modificato dal Trattato di Amsterdam, entrato in vigore il 1° maggio 1999, che ha introdotto la formulazione esaminata qui di seguito.

[3] Alla Comunità sono altresì attribuiti compiti di promozione e coordinamento della cooperazione tra gli Stati membri e tra questi ultimi e i Paesi terzi o le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica (cfr. l'art. 152, par. 2, comma 1 e 2, e par. 3).

[4] Cfr. l'art. 152, par. 1, comma 1.

[5] Cfr. l'art. 152, par. 1, comma 2 e 3. L'art. 152, par. 5, afferma che l'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica, senza pregiudizio, in particolare, delle disposizioni nazionali sulla donazione e l'impiego di organi e sangue.

[6] Cfr. l'art. 152, par. 4, comma 1, lett. c).

[7] Cfr. l'art. 152, par. 4, comma 2. A tal fine, il Consiglio delibera a maggioranza qualificata (e cioè ai sensi dell'art. 205 del Trattato di Roma) su proposta della Commissione.

[8] In *Guce* n. L22 del 25 gennaio 2003, p. 31.

raccomandazione, dopo aver ricordato che il tabagismo rimane la principale causa di mortalità evitabile nella Comunità e che i progressi nella riduzione del consumo del tabacco e delle conseguenze del fumo sono ancora deludenti, evidenzia la necessità di adottare una strategia globale di lotta contro il tabagismo, al fine di ridurre nella Comunità l'incidenza delle malattie dovute al fumo. Come afferma l'atto comunitario, "fumare danneggia la salute umana, perché i fumatori diventano dipendenti dalla nicotina e sono colpiti da gravi malattie come il cancro ai polmoni e ad altri organi, la cardiopatia ischemica e altre malattie circolatorie e respiratorie come l'enfisema". Il numero dei decessi (ben 500mila) connessi al fumo registrato annualmente nella Comunità appare ancora alto.

Salvo tornare tra breve sui contenuti della raccomandazione in parola, è anzitutto significativo rilevare che essa conferisce organicità e coerenza agli altri atti non vincolanti che il Consiglio ha adottato negli ultimi anni in materia di lotta al tabagismo, anche prima che la Comunità europea fosse dotata di una specifica competenza in materia di tutela della salute pubblica. È possibile ricordare, in questo contesto, quanto segue: la risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio, del 7 luglio 1986, relativa al primo programma di azione europea volto al miglioramento della salute e della qualità della vita dei cittadini della Comunità mediante la riduzione dei casi di cancro, che dà priorità alle misure contro il fumo[9]; la risoluzione del Consiglio e dei Ministri della Sanità degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, del 18 luglio 1989, relativa al divieto di fumare nei luoghi accessibili al pubblico, che fornisce agli Stati membri orientamenti per la protezione dei non fumatori dal fumo ambientale[10]; la risoluzione del Consiglio, del 26 novembre 1996, sulla riduzione del fumo nella Comunità europea, che riconosce la necessità di sviluppare un'efficace strategia di lotta contro il consumo di tabacco[11]; le conclusioni del Consiglio, del 18 novembre 1999, sulla lotta contro il consumo del tabacco, che sottolineano la necessità di sviluppare una strategia globale per la protezione, segnatamente, dei minori[12]; e la risoluzione del Consiglio, del 29 giugno 2000, sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute. Quest'ultima risoluzione, in particolare, ha preso atto del risultato del dibattito condotto in sede di Conferenza europea sui fattori determinanti per la salute nell'Unione europea, tenutasi a Evora il 15 e 16 marzo 2000, che ha dato particolare risalto, tra l'altro, al ruolo svolto in questo contesto dal tabacco, raccomandando una serie di provvedimenti pratici e mirati per affrontare le sfide in questo settore[13].

Se la prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco costituiscono obiettivi prioritari delle politiche sanitarie *stricto sensu* della Comunità europea e degli Stati membri, è però vero che la pubblicità, la distribuzione e le strategie promozionali utilizzate dall'industria del tabacco incentivano il consumo di tale prodotto, contribuendo così ad aumentare il livello già elevato di mortalità e morbilità ad esso connesso. Per far fronte a questi aspetti, che non possono essere contrastati sulla sola base giuridica offerta dall'art. 152, tenuto conto dei limiti di tale disposizione sopra ricordati, la Comunità ha adottato altre misure che riguardano la lotta contro il tabagismo nel contesto della realizzazione del mercato interno e dell'eliminazione degli ostacoli al

---

[9] Si veda anche, più recentemente, il programma "L'Europa contro il cancro" di cui alla decisione del Parlamento europeo e del Consiglio n. 649/96 del 29 marzo 1996 (in *Guce* n. L95 del 16 aprile 1996, p. 9).

[10] In *Guce* n. C189 del 26 luglio 1989, p. 1.

[11] In *Guce* n. C374 dell'11 dicembre 1996, p. 4. Si veda anche, in proposito, la comunicazione della Commissione sul ruolo attuale e di prospettiva della Comunità nel combattere il consumo di tabacco [documento COM(96) 573 del 18 dicembre 1996].

[12] In *Guce* n. C86 del 24 marzo 2000, p. 4. Si veda anche la relazione della Comunicazione dell'8 settembre 1999, sui progressi conseguiti nella protezione della sanità pubblica contro gli effetti nocivi del consumo del tabacco.

[13] In *Guce* n. C218 del 31 luglio 2000, p. 8.

suo buon funzionamento. Viene in rilievo, a questo proposito, una serie di atti vincolanti fondati su altre disposizioni del Trattato di Roma, quali l'art. 47, sul diritto di stabilimento, l'art. 55, sulla libera prestazione di servizi, l'art. 95, relativo al ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri, e l'art. 133, sulla politica commerciale comune. Un cenno a parte meritano gli artt. 36 e 37, sulla base dei quali sono stati adottati, fin dagli anni Settanta, numerosi atti volti essenzialmente a sostenere la produzione e il mercato comunitari del tabacco, in linea con le finalità protezionistiche proprie alla politica agricola comune[14].

Prima tra le misure poc'anzi evocate è la direttiva del Consiglio n. 89/552 del 3 ottobre 1989 relativa al coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri, concernenti l'esercizio delle attività televisive (cosiddetta direttiva sulla "televisione senza frontiere"), che vieta qualsiasi forma di pubblicità televisiva dei prodotti del tabacco e stabilisce che i programmi televisivi non possono essere sponsorizzati da persone fisiche o giuridiche la cui attività principale consiste nella produzione o vendita di prodotti del tabacco[15]. Più di recente, il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato la direttiva n. 98/43 del 6 luglio 1998, sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri in materia di pubblicità e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco[16], nonché la direttiva n. 2001/37, del 5 giugno 2001, relativa alla lavorazione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco[17]. La prima direttiva è stata annullata dalla sentenza della Corte di giustizia del 5 ottobre 2000[18] e, al suo posto, la Commissione ha presentato, nel maggio 2001, una proposta di direttiva sulla pubblicità e sponsorizzazione a favore dei prodotti del tabacco, attualmente in corso di approvazione da parte del Consiglio[19]. Tale proposta prevede il divieto della pubblicità del tabacco sulla stampa e altre pubblicazioni, via radio e tramite i servizi della cosiddetta società dell'informazione (e cioè Internet), nonché il divieto di sponsorizzazione, da parte delle industrie del tabacco, di programmi radiofonici e di eventi cui partecipino, o che si svolgano, in più di due Stati membri o aventi comunque ripercussioni transfrontaliere. La direttiva n. 2001/37, invece, si limita a rendere più coerente ed armonioso il quadro normativo delineato da altre direttive comunitarie, tenuto anche conto dei flussi commerciali in essere tra la Comunità e i Paesi terzi[20].

La necessità di adottare misure destinate a ridurre la domanda di prodotti del tabacco, nel contesto di una politica globale antitabagismo, è stata ribadita dal Consiglio con la comunicazione del 2 dicembre 2002, sopra richiamata. L'atto comunitario concerne

---

[14] È questo il caso del regolamento del Consiglio n. 2075/92, del 30 giugno 1992, relativo all'organizzazione comune dei mercati nel settore del tabacco greggio (in *Guce* n. L215 del 30 luglio 1992 p. 70), modificato da ultimo dal regolamento del Consiglio n. 546/2002, del 25 marzo 2002 (in *Guce* n. L84 del 28 marzo 2002, p. 4).

[15] In *Guce* n. L298 del 17 ottobre 1989, p. 23. Tale direttiva è stata modificata dalla direttiva del Parlamento europeo e Consiglio n. 97/36 del 30 giugno 1997 (in *Guce* n. L202 del 30 luglio 1997, p. 60).

[16] In *Guce* n. L213 del 30 luglio 1998, p. 9.

[17] In *Guce* n. L194 del 18 luglio 2001, p. 26.

[18] Cfr. la causa n. C-376/98, in *Raccolta della giurisprudenza della Corte*, 2000, p. I-1345 e ss.

[19] In *Guce* n. C270 del 25 settembre 2001, p. 97.

[20] Gli atti abrogati e rifusi dalla direttiva n. 2001/37 sono la direttiva del Consiglio n. 89/622 del 13 dicembre 1989, sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri riguardanti l'etichettatura dei prodotti del tabacco nonché il divieto di taluni tabacchi per uso orale (in *Guce* n. L359 dell'8 dicembre 1989, p. 1), modificata più volte, e della direttiva del Consiglio n. 90/239 del 17 maggio 1990, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri riguardanti il tenore massimo di catrame delle sigarette (in *Guce* n. L137 del 30 maggio 1990, p. 36). Si noti che la Corte di giustizia ha avuto modo di pronunciarsi anche sulla validità e l'interpretazione della direttiva n. 2001/37: cfr. la sentenza del 10 dicembre 2002, causa C-491/01, non ancora pubblicata in *Raccolta*.

in particolare le pratiche pubblicitarie, commerciali o promozionali utilizzate dall'industria del tabacco per promuovere il consumo di tale prodotto, atte a raggiungere indiscriminatamente sia i consumatori sia i non consumatori, in particolare bambini e adolescenti. Pratiche e strategie siffatte comprendono, ad esempio, l'utilizzo dei marchi per prodotti o servizi diversi dal tabacco ("brand-stretching") o per l'abbigliamento ("merchandising"), il ricorso ad articoli promozionali (oggetti comuni come i posacenere, gli accendini, i parasole ed altri oggetti simili) e campioni di tabacco, l'utilizzo e la comunicazione di promozioni di vendita (quali sconti, regali, premi o opportunità di partecipare a gare o giochi promozionali), l'uso di tabelloni o manifesti ed altre tecniche pubblicitarie interne o esterne (come la pubblicità sui distributori automatici di prodotti del tabacco), l'uso della pubblicità a favore del tabacco nei cinema, nonché qualsiasi altra forma di pubblicità, sponsorizzazione o pratiche volte a promuovere direttamente o indirettamente i prodotti del tabacco. La raccomandazione del Consiglio muove, pertanto, dalla constatazione che, nei casi in cui siano vietate solo certe forme di pubblicità diretta del tabacco, l'industria tende a trasferire le sue spese pubblicitarie ad altre strategie di commercializzazione, sponsorizzazione e promozione, utilizzando modi creativi ed indiretti per promuovere i prodotti del tabacco, specialmente tra i giovani[21].

Per contrastare tali pratiche, che di fatto limitano l'effetto dei divieti parziali della pubblicità per il consumo di tabacco, il Consiglio raccomanda agli Stati membri di adottare, conformemente alle normative ed alle prassi nazionali vigenti, appropriate disposizioni legislative o amministrative volte a vietare la vendita di tabacco a bambini ed adolescenti[22], nonché determinate forme di pubblicità e di promozione dei prodotti del tabacco[23]; a prescrivere a fabbricanti, importatori e commercianti all'ingrosso di prodotti del tabacco e di prodotti e servizi recanti lo stesso marchio dei prodotti del tabacco di fornire agli Stati membri informazioni sulle spese sostenute per la pubblicità, il marketing, le sponsorizzazioni e le campagne di promozione non vietate dalla normativa nazionale o comunitaria[24]; a garantire una protezione dall'esposizione al fumo di tabacco negli ambienti interni dei luoghi di lavoro, nei luoghi pubblici e sui mezzi di trasporto pubblici[25]; a sviluppare strategie e misure per ridurre la prevalenza del tabagismo, come il rafforzamento dell'educazione sanitaria in generale, segnatamente nelle scuole, e dei programmi generali per scoraggiare l'uso iniziale dei prodotti del tabacco e vincere la dipendenza dal tabacco[26]; ad avvalersi dei contributi dei giovani alle politiche e alle azioni inerenti alla sanità, segnatamente nel settore dell'informazione, ed a promuovere attività specifiche avviate, progettate, attuate e valutate dai giovani; ad attuare appropriate misure in materia di prezzi dei prodotti del tabacco al fine di scoraggiarne il consumo; ad applicare tutte le procedure necessarie ed appropriate per verificare il rispetto delle

---

[21] Nella consapevolezza di tali pratiche, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Banca mondiale hanno invitato gli Stati a vietare ogni forma di pubblicità e di promozione del tabacco. La Banca mondiale, in particolare, ha affermato che la pubblicità aumenta il consumo di sigarette e che la normativa che vieta la pubblicità ridurrebbe il consumo solo a condizione che fosse generale e coprisse tutti i media e l'utilizzo di marchi e logotipi.

[22] Per una elencazione meramente indicativa delle fattispecie rilevanti, cfr. il punto 1 della raccomandazione.

[23] V. il punto 2 della raccomandazione.

[24] Infatti, come affermato nel preambolo della raccomandazione, l'informazione sulla spesa globale dell'industria del tabacco per la promozione dei prodotti del tabacco costituisce una condizione importante per il controllo dell'efficacia delle politiche di lotta contro il tabagismo, poiché essa permette di determinare se le restrizioni imposte sono aggirate, in particolare dirigendo la spesa verso forme promozionali nuove e non limitate.

[25] Secondo la raccomandazione, dovrebbe essere accordata priorità, tra l'altro, ai centri di insegnamento, alle strutture sanitarie e ai luoghi in cui si forniscono servizi ai bambini.

[26] È questo il caso dei programmi di educazione sanitaria per migliorare la consapevolezza dei rischi del fumo e altri programmi di prevenzione per scoraggiare l'uso dei prodotti del tabacco.

misure stabilite dalla raccomandazione; ad informare la Commissione europea, ogni due anni a partire dalla data di adozione dell'atto comunitario, delle azioni intraprese in risposta alla raccomandazione.

La raccomandazione del Consiglio, infine, tiene in debito conto gli sforzi compiuti sul piano internazionale, nel quadro dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), per l'elaborazione e l'adozione di una convenzione-quadro per la lotta contro il tabagismo[27]. Si ricorda, in proposito, che i lavori preparatori di tale convenzione sono stati avviati nel 1999 e che il progetto di accordo, approvato nel marzo 2003, prevede che gli Stati contraenti introducano nei rispettivi ordinamenti le norme idonee a vietare, essenzialmente, la pubblicità del tabacco e la vendita di sigarette ai minori, nonché a promuovere l'aumento delle imposte sul fumo, il potenziamento della lotta al contrabbando e il rafforzamento del concetto di responsabilità dei produttori. La firma del testo convenzionale è prevista per la metà del 2003, ma la sua entrata in vigore dipenderà dal deposito di un elevato numero (almeno 40) di strumenti nazionali di ratifica[28]. Consapevole dell'importanza di garantire la coerenza delle misure contenute nella raccomandazione con gli elementi previsti da tale convenzione-quadro, il Consiglio ha quindi invitato la Commissione a seguire e a valutare gli sviluppi e le azioni intraprese negli Stati membri e a livello comunitario; a riferire sull'attuazione delle misure proposte, in base alle informazioni fornite dagli Stati membri, entro un anno dalla data di ricevimento delle informazioni trasmesse dagli Stati stessi in conformità della raccomandazione; nonché ad esaminare l'efficacia delle misure previste dalla raccomandazione ed a considerare la necessità di ulteriori azioni, in particolare qualora nel mercato interno dovessero apparire disparità nei settori oggetto della raccomandazione.

Diritto interno.

Passando ad esaminare la situazione italiana, occorre anzitutto ricordare che la disciplina generale del fumo da tabacco risale alla legge 11 novembre 1975, n. 548, che, come è noto, ha sancito il divieto assoluto di fumare sui mezzi di trasporto ed in determinati locali pubblici[29], allo scopo di tutelare la salute dei cittadini[30].

In realtà, divieti di fumare in luoghi particolari erano stati introdotti fin dalla metà degli anni Cinquanta, mediante provvedimenti volti a determinate categorie di imprese in cui si svolgessero particolari lavorazioni o per le quali sussistessero pericoli specifici[31].

---

[27] Cfr. anche le conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 relative alla convenzione-quadro dell'OMS sulla lotta contro il tabagismo (in *Guce* n. C174 del 19 giugno 2001, p. 5).

[28] Per il testo del progetto di convenzione-quadro, v. http://www.who.org.

[29] La legge n. 584/75 è stata integrata dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 dicembre 1995, su cui si tornerà tra breve, e dal D.M. 18 maggio 1986, relativo agli impianti di condizionamento o ventilazione. Si ricorda che i luoghi in cui, a partire dal 1975, vige il divieto assoluto di fumare sono le corsie degli ospedali, le aule scolastiche, gli autoveicoli di proprietà dello Stato, di enti pubblici e di privati concessionari di pubblici servizi per il trasporto collettivo di persone, le metropolitane, le sale di attesa delle stazioni ferroviarie, autofilotranviarie, portuali, marittime e aeroportuali, i compartimenti ferroviari riservati ai non fumatori (che devono essere istituiti in ogni convoglio viaggiatori delle Ferrovie dello Stato), i convogli viaggiatori delle ferrovie date in concessione a privati, i compartimenti a cuccette e quelli delle carrozze letto occupati da più di una persona, durante il servizio di notte, sale chiuse da cinema, teatro e ballo, sale-corse, musei, biblioteche, pinacoteche, gallerie d'arte e sale di lettura aperte al pubblico, locali chiusi adibiti a pubbliche riunioni.

[30] Ad analoga finalità di interesse generale è preordinato il D.P.R. 11 luglio 1980, n. 753, recante nuove norme in materia di polizia, sicurezza e regolarità dell'esercizio delle ferrovie e di altri servizi di trasporto, che impone il divieto di fumare nei compartimenti e nei veicoli ferroviari ad unico ambiente non riservati a fumatori, nelle vetture autofilotranviarie, nelle vetture delle funicolari aeree e terrestri e delle metropolitane, nonché nelle sale di attesa delle stazioni e delle fermate.

[31] Cfr., tra gli altri, il D.P.R. 24 aprile 1955, n. 547, recante norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, il D.P.R. 20 marzo 1956, n. 320, relativo alle norme per la prevenzione e l'igiene del lavoro

Proprio l'esigenza di estendere e generalizzare la tutela dei lavoratori dai danni collegati o conseguenti al fumo, anche indirettamente assunto (cosiddetto fumo passivo), ha ispirato i successivi interventi normativi. In proposito si ricorda, oltre il D.P.R. 19 marzo 1956, n. 303, recante norme generali per l'igiene del lavoro, il D.Lgs. 15 agosto 1991, n. 277, che fornisce attuazione in Italia ad una serie di direttive comunitarie in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro[32], nonché il D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626, che recepisce una serie di direttive riguardanti il miglioramento delle sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro[33]. Il decreto del 1994, in particolare, impone al datore di lavoro di limitare l'esposizione del lavoratore ad agenti cancerogeni, anche mediante l'affissione di cartelli recanti il divieto di fumare, nonché di adottare misure idonee alla protezione dei lavoratori non fumatori in specie nei luoghi in cui i lavoratori soggiornino durante le interruzioni del lavoro[34].

Sul complesso patrimonio normativo appena ricordato si è sviluppato un imponente intervento giurisprudenziale, in linea di massima tendente ad un'interpretazione evolutiva delle disposizioni in parola (Zeno-Zenchovic, 2002). Proprio a seguito di talune pronunce di giudici amministrativi, che interpretavano estensivamente le norme della legge n. 584/1975, è stata adottata la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 dicembre 1995, sul divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di pubblici servizi. Tale direttiva prevede che le amministrazioni pubbliche attuino il divieto di fumo comminato dalla legge richiamata, esercitando poteri amministrativi, regolamentari e disciplinari, nonché poteri di indirizzo, vigilanza e controllo sulle aziende ed istituzioni da esse dipendenti e sulle aziende private in concessione o appalto. La direttiva fornisce, inoltre, taluni criteri interpretativi per l'individuazione dei locali in cui si applica il divieto e prevede che le amministrazioni destinatarie del provvedimento possano comunque, in virtù della propria autonomia regolamentare e disciplinare, estendere il divieto a luoghi diversi da quelli previsti dalla legge n. 584/1975.

Si ricorda, da ultimo, oltre le norme che disciplinano la pubblicità dei prodotti del tabacco e le norme concernenti le avvertenze sulle confezioni di tali prodotti, anch'esse adottate in attuazione di direttive comunitarie[35], la recentissima legge 16 gennaio 2003, n. 3, recante disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione[36]. L'art. 51 di tale legge, intitolato alla "tutela della salute dei non fumatori" sancisce il divieto di fumo nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico in genere e dei luoghi riservati ai fumatori e, come tali, contrassegnati. Questi ultimi devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria, le cui caratteristiche tecniche saranno definite con regolamento amministrativo da adottarsi, su proposta del Ministro della salute, entro il termine di 180 giorni dalla data di pubblicazione della legge in esame (e cioè entro il mese di giugno 2003). La legge prevede, inoltre, che gli esercizi di ristorazione destinino ai non fumatori uno o più locali di superficie prevalente rispetto alla

---

sotterraneo, ed il D.P.R. 9 aprile 1959, n. 128, sulle norme di polizia delle miniere e delle cave. In precedenza, l'unica disposizione rilevante era l'art. 25 del regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316, recante il testo unico sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia, che commina sanzioni amministrative a chi vende o somministra tabacco ai minori di 16 anni e vieta a questi ultimi di fumare in luoghi pubblici.

[32] Si tratta delle direttive del Consiglio n. 80/1107, n. 82/605, n. 83/477, n. 86/188 e n. 88/642.

[33] Cfr. le direttive del Consiglio n. 89/391, 89/654, 89/655, 89/656, 90/269, 90/270, 90/394 e 90/679.

[34] Il D.Lgs. n. 626/91 è stato modificato dall'ulteriore D.Lgs. 19 marzo 1996, n. 242.

[35] Cfr., ad esempio, il D.M. 30 novembre 1991, n. 425, che ha recepito talune disposizioni della c.d. direttiva televisione senza frontiere, e le direttive del Consiglio n. 90/239 n. 89/622, sopra citate.

[36] In *Gazzetta Ufficiale* n. 15 del 20 gennaio 2003, S.O., n. 5.

superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio[37]. È significativo rilevare che, al fine di consentire un'adeguata attività di informazione e sensibilizzazione in materia, da attivare d'intesa tra le organizzazioni di categoria, le disposizioni appena richiamate entreranno in vigore decorso un anno dalla data di entrata in vigore del regolamento sopra ricordato (e cioè entro il mese di giugno 2004). La legge prevede, infine, la definizione di nuove procedure per l'accertamento delle infrazioni ai divieti vigenti in materia e fa salve le disposizioni che disciplinano il divieto di fumo nei locali delle pubbliche amministrazioni.

[37] La legge prevede che, su proposta del Ministro della Salute, possano essere individuati ulteriori luoghi chiusi in cui sia consentito fumare. In particolare, con una formulazione poco coerente con la *ratio* della norma, il comma 4 dell'art. 51 prevede che "in tutte le strutture in cui le persone sono costrette a soggiornare non volontariamente siano previsti locali adibiti ai fumatori".

II. INDICAZIONI E PROPOSTE

1. L'INFORMAZIONE

L'educazione è un compito tipicamente etico, ma rispetto al tabagismo è prudente che essa si prefigga uno scopo soprattutto pragmatico: non cerchi, cioè, né di migliorare le persone con l'astensione dal tabacco, né di indurle ad astenersene grazie ad un perfezionamento morale, ma cerchi semplicemente di ottenere una diminuzione progressiva della percentuale di fumatori. In altri termini, potrebbe essere controproducente colpevolizzare chi fuma.

La situazione oggi è favorevole, perché il numero dei fumatori, in alcuni paesi, è leggermente diminuito o si è stabilizzato, grazie anche alla pressione sociale e ad una maggiore consapevolezza dei danni del fumo. Ciò rende il compito più facile, perché in questo tipo di droghe c'è una tendenza all'imitazione: in un ambiente sociale dove i più fumano è difficile astenersi, e viceversa. Ovviamente, l'imitazione segue soprattutto il comportamento pubblico: quando fumare ha cessato di essere sconveniente per le donne, il tabagismo si è generalizzato nel sesso femminile, nel quale è tuttora in crescita. In questo tipo di droghe la spinta viene da un bisogno di affermazione e socializzazione, mentre l'alcool, ad esempio, è più esiziale per chi si ubriaca in solitudine che per chi beve convivialmente.

L'effetto educativo si otterrà, dunque, isolando ovunque possibile chi fuma da chi non fuma. Ciò sarà sentito come una sanzione negativa, dettata dall'esigenza di proteggere i non fumatori, esigenza che i fumatori tendono troppo spesso ad ignorare. Da tempo la soluzione è praticata dalle Ferrovie, ed è confortante osservare che gli scompartimenti per fumatori sono oggi meno affollati degli altri. Nella prima classe delle Ferrovie svizzere si ebbero per qualche tempo anche scompartimenti per "non parlatori", contraddistinti dal colore azzurro. Oggi non sono più in uso, ma il loro ricordo serve a portare l'attenzione sul *disturbo*, prima che sul danno, che il tabagista spesso reca ad altri, anche senza rendersene conto. Può accadere, ad esempio, che getti sulle scale un mozzicone di sigaretta anche chi non vi getterebbe mai un involucro di gelato.

Una minaccia incombente può servire come cura d'urto, ma solo in singoli casi, quando la pratica viene troncata di colpo.

Più efficace può riuscire la rappresentazione positiva dei vantaggi che ha lo smettere il fumo, anche quando lo si sia praticato a lungo, e, a maggior ragione, il non iniziarlo. Tra questi vantaggi, che comprendono una maggiore efficienza fisica, non andrebbe trascurato quello economico, che si traduce in una maggiore disponibilità di denaro per altri scopi.

Il concetto liberale della persona adulta capace di decidere il proprio comportamento, valutato in rapporto a costi e benefici, è esso stesso un postulato etico, discusso molto in teoria, ma necessario in pratica. La sua validità presuppone tuttavia l'acquisizione della capacità d'intendere e di volere, che è graduale nei primi due decenni di vita. Ciò induce ad adottare una legislazione fortemente repressiva dei comportamenti atti a diffondere il tabacco in soggetti al di sotto dei 18 anni. Questa protezione della minore età, eticamente doverosa, spesso rimane inefficace e, in ogni caso, deve accompagnarsi a un'educazione basata più su suggerimenti e suggestioni che su precetti.

Il grave è che il tabagista tende più o meno consciamente a trasmettere la sua dipendenza alle persone a cui vuol bene (in particolare al coniuge), più che a chi gli è indifferente. Ciò fa sì che, in famiglia, raccomandazioni verbali di genitori che fumano siano sentite dai figli come false, anche se in buona fede. In questo problema generale (che va aggravandosi, al contrario del tabagismo, che è in fase di regresso), la psicologia sociale dovrebbe includere il problema più particolare della responsabilità dei genitori verso i figli nella difesa dalla dipendenza da tabacco.

2. INFORMARE PER EDUCARE E PREVENIRE

L'avvenire del mondo è racchiuso nel modo in cui gli adulti saranno stati capaci di comunicare con i bambini e i giovani, gli unici che potranno migliorarlo in maniera profonda e sostenibile. Questo vale per tutte le grandi questioni, compresa la lotta contro il tabagismo.

Non sembra che i segnali in vista di tale cambiamento siano positivi, data la sempre più marcata violenza che contrassegna tutte le fasce di età, con il ripetersi di terribili drammi anche all'interno delle famiglie. Gli adulti, che dovrebbero preoccuparsene e cercare di porvi rimedio, ne sono invece essi stessi la causa diretta. I genitori - ormai ambedue assenti per la generale struttura economica della società globale, la quale costringe anche le mamme a lavorare fuori casa per far fronte alle normali esigenze del bilancio familiare - sono sostituiti dalla televisione, che è così diventata il principale educatore, amico, esempio, referente dei bambini, rimasti irrimediabilmente soli. I bambini "con la chiave al collo", uscendo da scuola, consumano pasti solitari al *fast food* e si chiudono in casa davanti al televisore. Ma il televisore non ha lo scopo di educarli e renderli persone mature e felici. Lo scopo unico della televisione consiste nel fare *audience*, battendo la concorrenza per mantenere e possibilmente aumentare le tariffe della pubblicità. Conseguenza di ciò è un palinsesto televisivo, comune a tutti i canali, che prevede - proprio nelle fasce orarie pomeridiane e di prima serata, le più affollate di *audience* infantile - *reportages* di fatti di cronaca, esasperati fino all'inverosimile nella ricerca degli aspetti più morbosi ed inquietanti di terribili vicende di cui sono stati protagonisti, come vittime o come carnefici, altri bambini e adolescenti. Si ripete comunemente che il giornalista ha un unico dovere - cercare e raccontare i fatti -, dimenticando che questi ascoltatori non sono maturi per esprimere un giudizio critico, ma vengono semplicemente esposti a subire gli aspetti negativi, quelli che in una parola rappresentano per loro un vero e proprio "scandalo". Non ci sono i genitori, come si è detto, ad aiutarli e indirizzarli. Essi sono veramente soli di fronte a comportamenti che sembrano quanto mai comuni nella lente deformante della televisione, capace di ingigantire o rimpicciolire artificialmente e a volontà le dimensioni di fenomeni ed immagini.

È pertanto di interesse vitale intervenire, sul piano generale, almeno per non far degenerare ulteriormente questa situazione. La globalizzazione generalizza e amplifica le tendenze positive e negative.

La lotta al tabagismo dovrebbe partire da queste premesse sulla comunicazione con l'infanzia e la gioventù, al fine di individuare gli strumenti più efficaci di intervento.

Per agire correttamente, occorre conoscere bene il carattere e le dimensioni del problema. È necessario quindi raccogliere tutti i dati disponibili, analizzarli, individuarne le tendenze, risalire alle origini, decidere la strategia. Soltanto a questo punto è possibile sperare di ottenere risultati efficaci. Occorre preliminarmente tracciare un quadro obiettivo della situazione esistente, mettendo insieme dati e informazioni disponibili e catalogandoli in maniera da rendere poi possibili indagini e ricerche a carattere mirato o generale.

I mutamenti nel settore della comunicazione sono talmente rapidi che gli interventi necessari per perseguire lo scopo specificato possono risultare inadeguati e obsoleti se non fondati su un continuo aggiornamento. Ne deriva la vitale necessità di analizzare le tendenze emergenti in questo settore per consentire, in una fase successiva, di anticipare

quanto più possibile i problemi e, in vista di questi ultimi, adeguare continuamente e tempestivamente la programmazione delle misure opportune.

La lotta contro il tabagismo deve partire da queste premesse di carattere generale sulla comunicazione, con i giovani e i bambini, per dirigere poi la raccolta dei dati verso la specifica problematica della propensione e diffusione del tabagismo nel mondo giovanile.

La seconda fase consiste nell'elaborazione critica della massa di informazioni così raccolte. Si tratta di un'attività di elevata specializzazione. Occorre captare i messaggi, identificare ed isolare - dall'enorme flusso di quelli disponibili - i più significativi, analizzarli, interpretarli, elaborarli, stabilirne le dimensioni e l'impatto sociale, prevedendone sviluppi e mutamenti successivi, metterli in relazione con quelli di altri settori anche molto lontani – dall'economia all'arte - per tracciarne un quadro d'insieme.

Genitori, insegnanti e ogni altro soggetto operante in contatto con tali fasce di età sono martellati da messaggi parziali e contraddittori e quindi costretti a trovare, in definitiva, da soli i propri modi di comunicare, dopo aver formulato un giudizio sulla grande massa di comunicazione di varia origine destinata ai bambini e giovani loro affidati. Si tratta pertanto di uno sforzo a titolo individuale, con risultati sempre più inadeguati e ridotti rispetto all'entità dell'impegno necessario, data la costante espansione e diversificazione del mondo della comunicazione.

Perché questo sforzo possa essere ridimensionato, a rapporti accettabili fra impegno e risultati, occorre quindi progettare un servizio di consulenza, a carattere generale o mirato a particolari esigenze, al servizio delle categorie in vario modo interessate a una positiva comunicazione destinata all'infanzia. Alle pubbliche amministrazioni tale consulenza è in particolare utile per programmare i necessari interventi in materia.

La terza fase consiste nel tradurre i risultati di tali attività nel linguaggio delle istituzioni, al fine di facilitarne i necessari interventi e in quello, operativo, del mondo dell'impresa della comunicazione, per contribuire, quanto più possibile, ad indirizzarla al rispetto per l'infanzia e la gioventù. L'obiettivo, che si spera potrà essere sempre più vastamente condiviso, è rappresentato dalla promozione dello sviluppo sano ed armonioso di quest'ultima.

Continuando nell'applicazione di questo metodo di lavoro al settore specifico del tabagismo, non è arduo individuare le azioni specifiche che si possono intraprendere in questo contesto. Il fenomeno deve essere affrontato sulla base di una raccolta di dati estesa a tutti gli aspetti della vita dei giovani, fra loro intimamente interconnessi, in cui si pone anche il tabagismo.

3. I MINORI: DA VITTIME A PROTAGONISTI

La F.A.O. (Agenzia delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura) ha recentemente lanciato l'iniziativa "Nutrire la mente – Combattere la fame". Si tratta di un'azione educativa rivolta a bambini e giovani per promuovere la visione di un mondo dove tutti possano crescere, rafforzarsi e diventare membri della società sani, attivi e responsabili. Un'azione che si propone di mettere in rilievo come l'educazione e l'informazione sui temi relativi alla fame nel mondo, alla sicurezza alimentare e alla nutrizione sono fattori chiave per trasformare la realtà attuale.

Si cerca di dar vita a una simbolica classe mondiale dove gli studenti esaminino e discutano gli stessi problemi, con la speranza di prepararli a partecipare attivamente alla creazione di un mondo libero dalla fame. Il progetto prevede che in tutto il mondo, allo stesso tempo, gruppi di insegnanti di diversi cicli scolastici abbiano accesso agli stessi materiali di insegnamento, elaborati dal gruppo internazionale di esperti del progetto e tradotti in lingue diverse, sulla fame, la malnutrizione e sulle misure da prendere al fine di aiutare i giovani a far crescere la loro comprensione delle interdipendenze del mondo e della propria capacità, a qualsiasi età, di contribuire efficacemente a cambiarlo. La strategia educativa è pertanto quella di formare generazioni di giovani capaci di diventare cittadini responsabili del mondo, uniti consapevolmente nell'impegno universale della solidarietà e della fratellanza, coscienti che nessun problema al mondo è insolubile, compreso quello della fame, solo che veramente vogliamo e ci impegniamo a risolverlo.

La metodologia didattica elaborata in occasione dello sviluppo del suddetto Programma della F.A.O. potrebbe essere adottata come modello per facilitare il raggiungimento delle finalità di prevenzione e lotta contro il tabagismo. Partendo da queste premesse, si ritiene che il miglioramento della qualità della vita, quadro in cui è compresa anche quest'azione, sia un obiettivo perseguibile e sostenibile se fondato su un'opera vasta e capillare di educazione e informazione a partire da bambini e giovani, coinvolgendo anche le loro famiglie.

A tal fine sembra opportuno elaborare, seguendo i principi ispiratori del suddetto Programma della F.A.O., programmi didattici da discutere nel corso di apposite riunioni di sensibilizzazione. Successivamente, si potrebbe vegliare sulla loro realizzazione.

In tali programmi saranno sviluppate soprattutto attività pratiche, di apprendimento sul campo e di fruizione ludica, per i diversi livelli, coinvolgenti quanto più possibile le famiglie. Gli insegnanti potranno far seguire le conversazioni da disegni e componimenti scritti, che formeranno poi oggetto di incontri, mostre e altre attività a vari livelli, a partire dalle stesse Istituzioni scolastiche fino a quello cittadino, regionale, nazionale e internazionale, con pieno coinvolgimento, e conseguente sensibilizzazione sugli argomenti trattati, delle famiglie degli allievi.

Nulla di meglio del disegno e di un concorso per indurre i bambini, con sana competizione, a dare il meglio di sé. Una grande manifestazione conclusiva è, infine, il mezzo più indicato per lasciare in tutti un ricordo duraturo, una conferma che ci fa capire, stando in mezzo a una folla che condivide con noi la speranza, che non siamo soli.

4. LA RICERCA

Lo studio del tabagismo è al centro di un dibattito delicato e impegnativo, che chiama in causa ancora una volta chi sollecita una scienza autonoma, libera da condizionamenti esterni, e chi ritiene dover essere la scienza vincolata ai medesimi obblighi che pesano su ogni altra attività umana. È un dibattito che richiederebbe ben altro spazio e respiro, ma non si può fare a meno d'accennarvi, almeno per grandi linee, perché tocca da vicino la lotta al tabagismo.

La ricerca di base.

La parte libera ed autonoma della scienza corrisponde alla ricerca di base, o pura, che mira alla conoscenza in sé e per sé e non è soggetta a vincoli, etici o d'altro genere, perché si limita ad esplorare e descrivere ciò che esiste.

Questo concetto è compendiato in una frase famosa:

«Eppur si muove».

La sussurra Galileo Galilei, che abiura, perché è forzato a farlo, ma nello stesso tempo rileva pacatamente che la Terra gira in ogni modo, prescindendo dalla volontà e dalla responsabilità di chi la osserva.

Questa è la ricerca di base, che è intrinsecamente libera non per un diritto conquistato o concesso dai governanti, ma per una qualità intrinseca, senza la quale cessa d'essere scienza. Il giudizio etico si applica non a ciò che essa rivela, ma ai mezzi usati per conseguire i suoi scopi ed alla sua bontà, intesa come capacità di tradurre la realtà in una conoscenza veritiera, controllabile e verificabile da chiunque. Libera, o per meglio dire insopprimibile, è anche l'ansia di conoscenza, che è insita nella natura umana.

Libera è la ricerca di base, tuttavia, non il ricercatore: come gli ricorda Bolinder (1997), «*you can never be entirely indipendent of your paymaster*». Essa non è mai interamente libera perché per operare ha bisogno di risorse, che creano inevitabilmente un vincolo nei confronti di chi le assicura. Un vincolo che non riguarda la conoscenza in sé e per sé, come si è appena visto, ma può riflettersi sulla scelta del campo da esplorare.

Le risorse, inoltre, non sono mai illimitate: sono quindi sottratte ad altri impieghi, corrispondenti a bisogni solitamente più impellenti della conoscenza in sé e per sé.

Per dirottarli sulla ricerca di base, lo scienziato non solo deve convincere chi le detiene, entrando in competizione con altri, ma contrae anche un obbligo morale nei confronti di chi eroga questi mezzi e la società in genere. Anche la ricerca di base, di conseguenza, è soggetta ad un alto vincolo etico che, senza distorcerla, la impegna in ultima analisi ad operare per il bene della società, restituendo, moltiplicate, le risorse che ha ricevuto. Galileo Galilei definisce la ricerca «luce e beneficio della ragione», Daniel Bovet parla di «ansia di conoscenza e bisogno di metterla al servizio dell'uomo» (Bignami, 1993).

Sono concetti elementari e basilari insieme, che si applicano anche al tabagismo. I lati tuttora oscuri di questo fenomeno sono innumerevoli: sono, ad esempio, i meccanismi della dipendenza, le sue basi genetiche ed ambientali, che determinano la diversità da individuo a individuo e da momento a momento dell'esistenza, le sue radici nello sviluppo prenatale e postnatale, come si accenna in appendice a questo documento, le similitudini e le diversità con le altre tossicofilie. La ricerca di base è costosa, impegnativa e i suoi esiti sono incerti, ma senza queste conoscenze è impossibile impostare correttamente la lotta

al tabagismo ed alle tossicofilie in genere. Va quindi incentivata e sostenuta, a livello degli indispensabili studi epidemiologici e sperimentali, non con la pretesa di condizionarla, ma orientandola là dove serve e sapendo che si tratta di un investimento non solo saggio, ma anche in prospettiva redditizio.

Ricerca applicata.

La ricerca applicata traduce in pratica le conoscenze, nel perseguimento di fini che possono essere oggetto di valutazione etica: a differenza della ricerca di base, quindi, chiama subito in causa i doveri morali sia dello scienziato, sia di tutti coloro che sono coinvolti in questo processo. Chiama in causa, inoltre, un secondo principio etico, solitamente trascurato, riguardante il dovere di mettere a frutto la conoscenza, che è un patrimonio da valorizzare sia a favore dell'umanità in genere sia, primariamente, a favore di chi ha impegnato le risorse della sua collettività per accumularlo. Perutz (1989) ha scritto che gli scienziati europei sono spesso costretti, per valorizzare le loro scoperte, ad emigrare in America: anche questo scollamento ha una forte valenza etica, che merita d'essere approfondita e discussa in relazione alle responsabilità non solo della scienza, ma di tutti i settori coinvolti, prima di tutto quello produttivo, nel quadro di una valida politica della ricerca scientifica.

Le conoscenze già disponibili sul tabagismo sono numerose, forse ancora più di quelle ancora da raccogliere. Esse riguardano, ad esempio, le dimensioni sanitarie e sociali di questo fenomeno, molte delle sue cause primarie e secondarie, i suoi risvolti sociali, economici ed occupazionali, che non possono essere trascurati. Sono disponibili, inoltre, la tecnologia e gli altri strumenti, anche finanziari, necessari per tradurre queste conoscenze in pratica.

Una società "*smoke free*": questo è l'obiettivo primario, che però non appare conseguibile nel medio termine. Nel frattempo, la ricerca applicata è impegnata a ridurne il danno, secondo una strategia già applicata con successo alla lotta contro altre tossicofilie (Marlatt, 1996). In un rapporto dell'autorevole Institute of Medicine, consultabile sul sito www.iom.edu (2001), si attribuisce un ruolo primario da un lato allo sviluppo dei cosiddetti PREPs (*potential reduced-exposure products)*, costituiti da prodotti potenzialmente in grado di ridurre la nocività del fumo e, dall'altro, ai trattamenti capaci di favorire la disassuefazione. Occorre, inoltre, convertire il settore, orientandolo verso lavorazioni o impieghi del tabacco diversi da quelli attuali.

I PREPs.

I cosiddetti PREPs mirano a più obiettivi: ridurre la nocività del fumo usando miscele di tabacco meno dannose (frutto della selezione o modificazione genetica); sviluppare filtri sempre più selettivi; ridurre la temperatura di combustione della sigaretta; diluire il fumo con l'aria ed altro ancora.

Negli ultimi decenni si sono compiuti sostanziali progressi soprattutto per quanto concerne l'introduzione di miscele a basso contenuto di nicotina o di filtri capaci di trattenerla, ma i vantaggi per la salute del fumatore sono risultati dubbi o insoddisfacenti. Le sigarette "leggere" (*light o mild*), a basso contenuto di nicotina, sono nocive quanto quelle tradizionali (Gottlieb, 2002; Pollay e Dewhirst, 2002) per un meccanismo di compensazione (Scherer, 2001), che spinge il fumatore ad inalare più profondamente il fumo o a fumare un maggior numero di sigarette (Shields, 2002a). Diversi tribunali hanno condannato alcune industrie del tabacco per aver ingannato i consumatori, inducendoli a ritenere che i nuovi prodotti fossero meno tossici dei precedenti (Charatan, 2002).

Ugualmente insoddisfacenti appaiono i risultati concernenti la riduzione degli effetti tossici legati ai prodotti di combustione della sigaretta. Sembra, in particolare, che l'incidenza dell'adenocarcinoma del polmone sia aumentato dopo l'introduzione delle

sigarette "leggere". Analoghe considerazioni sembrano applicarsi alla cosiddetta sigaretta *eclipse,* nella quale il tabacco non brucia, ma è riscaldato dall'interno (Slade *et al*., 2002).

Un aspetto non secondario del problema riguarda la valutazione dell'efficacia e della tossicità dei nuovi PREPs. Essa dovrebbe essere effettuata sperimentalmente prima della commercializzazione, evitando, come si è fatto sinora, di farlo a posteriori attraverso i numeri tragici degli studi epidemiologici. Lo stato attuale delle conoscenze consente di ricorrere a studi *in vitro* (su cellule od organi isolati), o *in vivo* (su animali di laboratorio e su volontari), utilizzando indicatori biologici validati, dotati di un sicuro valore predittivo sui danni cronici del fumo (Shields, 2002b). Rimane da chiarire, inoltre, chi debba autorizzare l'immissione in commercio dei PREPs. Quale autorità deve essere chiamata a farlo? Secondo molti, questo compito dovrebbe essere affidato agli organi deputati alla regolazione dei medicinali, seguendo la classica procedura di sperimentazione preclinica e clinica di questi ultimi. La Suprema Corte Americana ha recentemente negato tale diritto alla Food and Drug Administration (FDA, 2000), creando di fatto un vuoto regolatorio che ostacola lo sviluppo di PREPs efficaci.

La disassuefazione.

La diffusione del tabagismo è legata non solo agli effetti mentali della nicotina, che rendono piacevole e desiderabile il fumo, ma anche alla forte dipendenza che questa sostanza ingenera nel fumatore (Benowitz, 1992). Per il trattamento di questa condizione sono disponibili molti strumenti. Il più comune è costituito dalle preparazioni a base di nicotina (*nicotine replacement therapy* o NRT), somministrata mediante gomme, cerotti, spray nasali o inalatori (Kotlyar e Hatsukami, 2002). Questo trattamento elimina l'esposizione ad altre sostanze tossiche presenti nel fumo, con particolare riguardo ai prodotti di combustione, avvicinandosi in questo senso alla somministrazione controllata di altre droghe, come il metadone (Dole, 1981). I dati disponibili ne suggeriscono, inoltre, un'efficacia superiore a quella del placebo anche nella disassuefazione (Silagy *et al*., 2001). Molti aspetti, tuttavia, rimangano tuttora oscuri, con particolare riguardo all'importanza delle dosi e delle forme e vie di somministrazione. A quest'ultimo proposito si rileva che la dipendenza sembra legata non solo alle caratteristiche intrinseche della nicotina e delle altre droghe, ma anche alla rapidità del loro assorbimento. La dipendenza all'oppio è esplosa quando all'assunzione per via orale sono subentrati prima il fumo e, in un secondo tempo, le iniezioni, in questo caso di morfina, che aumentano la velocità di assorbimento dei principi attivi. Un fenomeno analogo si è verificato con la cocaina, che il fumo ha trasformato nel *crack*. L'efficacia delle formulazioni e vie di somministrazione della nicotina nella disassuefazione al fumo andrebbe verificata alla luce di queste conoscenze. Il bupropione, un antidepressivo che riduce i sintomi della crisi di astinenza da nicotina ed il bisogno compulsivo di fumo (Nichols, 1999; Jorenby, 2002), apre la strada ad un diverso approccio alla disassuefazione.

La conversione del settore.

La ricerca è chiamata a dare un suo contributo alla riconversione di un settore che, considerando tutto ciò che ruota attorno al tabacco, occupa milioni di persone, rappresentando per molti di essi, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, l'unica fonte di mezzi per la sopravvivenza. Una mole imponente di dati, che però non consente ancora di arrivare a conclusioni univoche, suggerisce una potenziale attività terapeutica della nicotina, soprattutto in alcune patologie neurodegenerative. Gli studi clinici finora effettuati riguardano principalmente gli effetti del fumo, che comporta l'assorbimento non solo della nicotina, ma anche di innumerevoli altre sostanze, dotate di effetti sfavorevoli: occorre, di conseguenza, promuovere indagini mirate, condotte con preparazioni a base di nicotina. Un'altra opportunità, meritevole d'approfondimento, riguarda il potenziale interesse della nicotina e di altre sostanze contenute nel tabacco sia per altri usi, anche in agricoltura come pesticidi, sia come intermedi per la sintesi di molecole che potrebbero avere svariati

impieghi. La ricerca applicata deve farsi carico, in stretto collegamento con quella di base, di questi problemi, gli stessi che si pongono anche con le altre droghe.

L'ombra della pseudoscienza.

La ricerca sul fumo e sul tabacco in genere è intensa (Nardini e Donner, 2000), ma è viziata dai finanziamenti provenienti, in larga misura, dalle industrie del tabacco. Questo condizionamento a giudizio di molti ha condizionato i suoi sviluppi e, in qualche caso, ne ha oscurato o addirittura falsato i risultati. È noto ad esempio che il fenomeno della dipendenza da nicotina fu messo in luce sin dagli anni '60. Dovranno passare venti anni prima che questo fenomeno venga accettato dalla letteratura scientifica ufficiale e divenga di dominio pubblico.

Le industrie del tabacco hanno finanziato studi epidemiologici e pubblicazioni, che hanno messo in dubbio la reale pericolosità del fumo passivo (Barnes e Bero, 1998). Nel 1988, alcune multinazionali hanno fondato un Centro di Ricerca, denominato "*Center for Indoor Air Research*, senza preoccuparsi del conflitto d'interessi implicito in situazioni di questo tipo (Barnes e Bero, 1996).

Queste ed altre vicende spiegano la pessima reputazione della quale godono sia le industrie del tabacco sia, ovviamente, le ricerche ed i ricercatori che gravitano nella loro orbita. Molte prestigiose Istituzioni pubbliche hanno deciso di non accettare finanziamenti dalle industrie del tabacco e numerosi enti finanziatori respingono le domande provenienti da ricercatori finanziati dalle industrie del tabacco (Cohen *et al*., 1999; Cohen 2001). Recentemente, Richard Smith, editore del *British Medical Journal*, ha lasciato la sua cattedra di giornalismo scientifico presso l'Università di Nottingham dopo che quest'ultima ha accettato un finanziamento dalla *British American Tobacco* (Ferriman, 2001). Secondo alcuni, addirittura, le riviste scientifiche non dovrebbero pubblicare gli articoli finanziati dalle industrie del tabacco (King e Yamey, 2000) e le due riviste ufficiali della *American Thoracic Society* hanno adottato questa politica (Roberts e Smith, 1996).

Per comprendere queste prese di posizione si tenga presente il potere conferito alle multinazionali del tabacco dai loro profitti, che sono dell'ordine dei miliardi di dollari, circa mille volte superiori rispetto ai finanziamenti disponibili per la ricerca pubblica. Dal 1954 al 1966 più di 300 Istituzioni pubbliche e quasi 1100 ricercatori negli USA hanno ottenuto finanziamenti dalle industrie del tabacco. Nel solo 1994 ben 375 articoli scientifici hanno riguardato ricerche da esse promosse e sostenute (Roberts e Smith, 1996). Anche senza arrivare alla falsificazione o all'occultamento di risultati dal loro punto di vista negativi, che suonerebbe offensivo per la scienza, prima ancora che per l'industria, è sufficiente orientare la ricerca verso obiettivi futili o innocui per deviarne sostanzialmente il corso.

Il problema si pone ogni volta che la scienza è degradata da interessi economici, politici o ideologici: si trasforma, allora, in pseudoscienza.

Per evitare questi rischi non è sufficiente che le ricerche propriamente bio-mediche, come suggerito da altri autori (Bolinder, 1997), siano svolte solo da istituzioni pubbliche: occorre, prima ancora, non stancarsi mai di approfondire il dibattito etico sulla scienza, i condizionamenti, la libertà e, insieme, le sue responsabilità nei confronti della società.

GLOSSARIO

Abuso: un uso abnorme, pericoloso e generalmente proibito della droga. Non tutte le droghe comportano un abuso.

Droga: *un agente dotato di effetti psichici piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili, ma associati a rischi d'abuso, di tossicodipendenza, di tolleranza e di altre conseguenze negative sul piano individuale e sociale*.

Le droghe rientrano nella più vasta categoria dei farmaci.

Farmaco: un composto capace, quando introdotto in un organismo vivente, di modificarne una o più funzioni.

Che gli effetti dei farmaci siano utili o dannosi dipende non solo dalle loro proprietà intrinseche, ma anche dalle dosi, dal modo d'impiego e dalle circostanze.

Gameti: o gonociti, cellule specializzate per la riproduzione sessuale, maschile (spermatozoo) e femminile (cellula uovo); nel gamete il corredo cromosomico è ridotto a metà durante il processo di maturazione.

Gonadi: organi fondamentali degli apparati riproduttivi nei due sessi, deputati alla produzione dei gameti spermatozoo e cellula uovo).

Metanalisi: analisi statistica di una raccolta di risultati forniti da vari studi, al fine di integrarli e trarne conclusioni precise (da Glass, 1976).

Mutageno: agente capace di produrre una mutazione a carico sia di un singolo gene (mutazione genica, consistente in una modificazione nella sequenza dei nucleotidi nel DNA), sia di una regione cromosomica estesa (mutazione cromosomica), sia dell'intero assetto cromosomico (mutazione genomica).

Prevalenza: *nel linguaggio statistico il termine prevalenza indica il numero delle persone affette da una determinata malattia al momento dell'indagine. L'incidenza designa, invece, il numero dei nuovi casi di malattia che si verificano in un certo lasso di tempo, usualmente corrispondente ad un anno.*

Sindrome: insieme di sintomi patologici tra loro collegati nella genesi di una malattia specifica.

Sindrome o crisi d'astinenza: disturbi psichici e fisici causati dalla sospensione di una droga nei cui confronti si è sviluppata una tossicodipendenza.

I sintomi della sindrome d'astinenza sono in genere contraddistinti da manifestazioni di segno opposto rispetto agli effetti della droga: ad esempio, iperalgesia (ipersensibilità al dolore) contro analgesia, eccitazione contro sedazione, miosi contro midriasi (rispettivamente restringimento e dilatazione della pupilla) e così via.

Tabagismo: sindrome tossica conseguente all'uso protratto ed eccessivo di tabacco, prevalentemente in sigarette.

Tolleranza: resistenza progressiva, che si instaura generalmente dopo più somministrazioni, agli effetti di una droga.

La tolleranza, che è qui sinonimo di resistenza, è strettamente collegata alla tossicodipendenza in quanto entrambe sono dovute all'adattamento funzionale dell'organismo agli effetti della droga. Può manifestarsi contemporaneamente verso più droghe. Si manifesta anche nei confronti di molte altre sostanze, ma solo con la droga è accompagnata dal bisogno lucido ed irrefrenabile di aumentare le dosi al fine di riprodurne gli effetti iniziali e di evitare i disturbi causati dalla sua mancanza.

Tossicodipendenza: bisogno irrefrenabile e cosciente, che si manifesta generalmente dopo più somministrazioni, di assumere una droga non più solo per riprodurne gli effetti iniziali, ma per evitare i disturbi causati dalla sua mancanza e per mantenere uno stato accettabile di benessere fisico e psichico. La tossicodipendenza può riguardare una o più droghe. Non tutte le droghe danno tossicodipendenza.

Molte altre sostanze danno dipendenza, ma non determinano il bisogno irrefrenabile e cosciente di assumerle che è tipico della droga. Il termine tossicodipendenza serve quindi a distinguere la dipendenza alla droga da altre forme di dipendenza.

Tossicofilia o tossicomania: uno stato contraddistinto dalla pulsione, o spinta interiore, ad assumere una droga per riprodurne gli effetti o per evitare i disturbi causati dalla sua mancanza.

Chi ne è affetto viene chiamato *tossicomane*, *drogato* oppure, nel linguaggio comune, *tossico*. Il termine *tossicodipendente* va riservato ai casi nei quali la spinta ad assumere la droga è determinata da uno stato di tossicodipendenza, così come è stato prima definito.

Zigote: la prima cellula dell'embrione, derivata dall'unione del gamete femminile con il gamete maschile all'atto della fecondazione.

APPENDICI

FUMO ED ALCOL: UN PUNTO DI VISTA PSICODINAMICO

Nel tabagismo c'è, da parte dei giovani, il desiderio d'essere qualcuno, di farsi coraggio, di superare le inibizioni, la sfida… Per le donne, tra le quali il fumo è segnalato in crescita, il fumare è spesso parte della loro battaglia femminista.

Anche nel ricorso all'alcool (più tardivo) c'è la paura di non farcela, di non superare il confronto con l'adulto… Meglio allora perdere il controllo, non esserci, come nello stato di ebbrezza. In ogni ubriacatura c'è un potenziale suicidio, un togliersi di mezzo, oppure un'uscita maniacale in cui si perde il controllo del pensiero e delle parole, per poi cadere in tormentosi sensi di colpa, condanna e svalutazione di sé, depressione. Come accade anche con altre droghe, tuttavia, la condanna dura poco e si ritorna alla perdita di sé.

Ci si chiede perché non serva il dissuadere i giovani, e i non giovani, da queste violenze nei propri confronti, perché non abbia, in genere, successo l'assistenza psicologica diretta durante la fase di assuefazione, nel caso del tabagismo come in quello dell'alcoolismo.

Non serve neppure indicare entrambi come appannaggio delle classi "basse", né comunicare loro che il tabagismo interferisce con la potenza sessuale.

Il problema è che la causa che induce il bisogno di cercare sollievo in entrambi sta a monte, ben lontano dal momento in cui si è costituita l'assuefazione. Si tratta di un bisogno di succhiare – che vuole dire anche di contatto, di legame, di sicurezza – che appartiene ai primi tempi della vita. Nel succhiare il lattante stabilisce una continuità con la madre attraverso il seno, il capezzolo, e c'è in lui/lei assoluta onnipotenza. Questo bisogno di continuità, che è alla base dell'attaccamento e dei primi rapporti, e della formazione del Sé, allorché non viene soddisfatto, rimane per alcuni una valenza aperta, e non c'è pace fino a quando questo urgente bisogno orale non viene soddisfatto. Allorché si "toglie" loro la sigaretta, o la bottiglia, è come se si togliesse al bambino piccolo l'aggancio con la madre. Nella disperazione questi individui si buttano sul cibo, e ingrassano. Quest'ultima è una delle ragioni per cui le donne non vogliono smettere di fumare.

Nel trattamento di questi soggetti obesi ci si è spesso andati accorgendo che qualcosa è venuto a mancare nei primi tempi della loro vita in termini di attaccamento e di legame, che nel caso loro viene spesso ricordato dai genitori come particolarmente tenace, dipendente, inscindibile. Anche solo studiando attentamente le anamnesi di individui asserviti al bisogno di fumare, oppure caduti in pasto alle droghe e/o all'alcoolismo, ci si incontra con problemi affini. Ci si accorge allora che qualcosa è venuto a mancare nei primi tempi della vita, che è allora che si è innescata la loro irriducibile richiesta di gratificazione orale. Approfondendo lo studio, ci si accorge che ciò che essi cercano in maniera ossessiva nel fumo, e in altre sorti di gratificazione orale, è quel legame che, bruscamente interrotto con la separazione della nascita, avrebbe potuto essere ritrovato nel legame al seno, attraverso il contatto accogliente che si accompagna al succhiare e agli odori ad esso attinenti (già Eraclito dava molta importanza all'olfatto, che riteneva vicino al "centro conoscente" e al senso caratteristico dell'interiorità), contatto integrato da quell'accudimento che comporta ogni sorta di gratificazione sensoriale – insieme agli odori, sensazioni tattili e mucose, soprattutto orali – che fanno parte delle prime cure e che rappresentano un diritto umano che ogni individuo ha nel momento in cui

viene al mondo. Lo si ritrova a volte espresso, questo diritto, nelle fantasie inconsce di alcuni di questi giovani pazienti fumatori, per i quali fumare significa, tra l'altro, una sfida, un volersi "riconfrontare" con chi, un tempo, l'aveva tiranneggiato, una sorta di risarcimento per i danni subiti allorché è stato violato nei suoi confronti quel diritto di gratificazione orale che "allora" gli spettava.

Cosa fare allora, se la patogenesi del tabagismo risale ai primi tempi della vita? Non rimane che la prevenzione primaria, che consiste nel cercare di capire, per ogni fumatore irriducibile, quale è stata l'origine del disturbo, che è alla base dell'uso sconsiderato del fumo.

La definizione di dipendenza che dà l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha un carattere del tutto fisiologico, dal momento che rileva l'essenziale meccanismo di "contrattacco" o di attenuazione che è alla base della conservazione della vita, anche nelle sue forme più elementari. In questi termini, la dipendenza è espressione dell'omeostasi, cioè della conservazione della vita in tutte le sue forme, anche le più elementari: non importa di quale vita.

Per quelli che oggi studiano la mente umana (non necessariamente gli psicoanalisti; di recente un genetista, Creek, ha scritto un libro dal titolo "Dove abita la coscienza") la questione della dipendenza è fondamentale non solo in termini fisiologici, ma soprattutto in termini psicologici. Legata alla dipendenza vi è una grande sofferenza umana che va dall'uso della droga, o dell'alcol o del fumo all'uso di un feticcio o dell'incesto, o di altre sorti di legami con il tempo della dipendenza assoluta, non già prima del venire al mondo, (nascita fisiologica), bensì prima che, con il divezzamento (nascita psicologica) avesse luogo il processo di individuazione.

Il grande peso che ha questa dipendenza non risolta, tale da interferire con una condizione di autonomia della crescita, merita di essere esplicitato meglio in altra occasione. Per ora si rileva che essa comporta non già un'indipendenza, ma una dipendenza dalla realtà che consente di proseguire nell'operazione di costruzione di sé, un se-stesso più reale e meno magico. Questa "dipendenza" non risolta è uno dei fattori più rilevanti alla base del tabagismo.

Detto questo, è ovvio che per validare l'assunto di base che rappresenta il punto di vista psicodinamico qui esposto, dovranno essere favorite ricerche sistematiche intese ad accertare, anche con adeguati studi a distanza, se "davvero" siano i bambini che nella prima infanzia non hanno potuto succhiare "a richiesta" (cioè quando e quanto richiedevano i loro bisogni), possibilmente al seno, a sviluppare in adolescenza e, purtroppo, anche prima, l'abuso di tabacco o di alcool. In attesa di attendibili risultati di tali ricerche è bene, a nostro avviso, agire intanto su base empirica, basandosi sull'esperienza clinica che è di molti, che nell'oralità frustrata dei primi tempi possano risiedere le origini del tabagismo e dell'alcoolismo e spesso anche dell'uso di altre droghe. In attesa dei responsi, è da favorire intanto, quanto possibile, il succhiare del lattante nei primi tempi della vita assecondando il suo bisogno ("a richiesta"), che è assolutamente personale per ciascun individuo. L'allattamento al seno (tenendo peraltro presente che non vi sono due bambini al mondo che hanno gli stessi bisogni, neppure nei primi tempi della vita), che per generazioni ha fatto parte dell'accudimento di ogni bambino, liberato dai pregiudizi che lo circondano, più o meno inconsciamente giustificativi, deve essere il modo privilegiato di nutrire i neonati. Si dovranno, a tale scopo, rispettare le regole originarie che lo rendono possibile per tutti i bambini, evitando le interferenze inutili.

Applicati questi semplici accorgimenti relativi all'allattamento e alle prime fasi della vita, ci si troverà ben presto, anche nel caso del tabagismo, a constatare che la prevenzione primaria – rispondendo a suo tempo all'appetizione e alla dipendenza originaria -, rappresenta una solida base, in medicina, per prevenire rischi, cattive abitudini e, di conseguenza, malattie che ne possono derivare.

Appendice allegata

GRUPPO DI LAVORO SUL TABAGISMO

Bruno Silvestrini*
(Ordinario di Farmacologia)

Michele Bonanomi
(Chimico, esperto di sostanze naturali)
Giuseppe Cipolloni
(Esperto di comunicazione per l'infanzia e l'adolescenza, membro e in rappresentanza del Comitato Scientifico dell'"Istituto Italiano Nuove Tendenze", Roma)
Isabella Maria Coghi*
(Professore Associato di Endocrinologia ginecologica)
Luigi De Carli*
(Ordinario di Genetica)
Renata Gaddini*
(Ordinario di Psicopatologia dell'Età Evolutiva)
Loredana Gandini
(Ricercatore, Docente di Medicina della riproduzione e patologia clinica)
Aldo Isidori*
(Ordinario di Andrologia)
Antonio Leone
(Giornalista, esperto di problematiche sociali e giovanili)
Luca Marini*
(Professore Associato di Diritto Internazionale)
Vincenzo Mastronardi
(Titolare di Psicopatologia forense – Presidente dell'Istituzione Internazionale di Studi Superiori e Ricerche sulla Comunicazione di Massa, Roma)
Vittorio Mathieu*
(Ordinario di Filosofia Morale)
Giorgio Meneschincheri
(Dirigente Medico della Direzione Sanitaria del Policlinico "A. Gemelli", Roma)
Joseph Rocchia
(Esperto di attività non-profit, membro e in rappresentanza del Comitato Scientifico dell'"Istituto Italiano Nuove Tendenze")
Luciano Saso
(Ricercatore, Docente di Farmacologia e Farmacoterapia)
Michele Schiavone*
(Ordinario di Bioetica)
Piergiorgio Zuccaro
(Responsabile dell'Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma)

* Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica

BIBLIOGRAFIA

ABBOT N.C., STEAD L.F., WHITE A.R., BARNES J., ERNST E., Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2, Oxford: Update Software, 2001.

ACOG, Cigarette smoking and pregnancy, 1979, American College of Obstetricians and Gynecologists Technical Bulletin 53, 1.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

ANDRES R.L., DAY M.C., Perinatal complications associated with maternal tobaco use, Semin. Neonatol, 2000, 5: 231-241.

AUGOOD C., DUCKITT K., TEMPLETON A., Smoking and female infertility: a systematic rewiew and meta-analysis, Hum Reprod, 1998, 13: 1532-1539.

BARNES D.E., BERO L.A., Industry-funded research and conflict of interest: an analysis of research sponsored by the tobacco industry through the Center for Indoor Air Research, J Health Polit Policy Law, 1996 Fall; 21(3): 515-42.

BARNES D.E., BERO L.A., Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions, JAMA 1998 May, 279 (19): 1566-1570.

BENOWITZ N.L., Cigarette smoking and nicotine addiction, Med Clin North Am, 1992 Mar, 76 (2): 415-437.

BIGNAMI G. (a cura di), *Ricordo di Daniel Bovet*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1993, 29 (1): 41-44.

BOLINDER G., Tobacco research funded by the tobacco industry-an ethical conflict, Addiction, 1997, 92: 1071-1075.

BOUYER J. COSTE J., SHOJAEI T., POULY J.L., FERNANDEZ H., GERBAUD L., JOB-SPIRA N., Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis band on a large case-control, population-based study in France, Am J Epidemiol, 2003, 157: 185-194.

BOVET D., BOVET-NITTI F., OLIVERIO A., Effects of nicotine on avoidance conditioning of imbred strains of rats, Psychopharmacologia, 1966, 10: 1-5.

CHAPMAN S., Tobacco control, BMJ, 1996, 313: 97-100.

CHARATAN F., Oregon jury hits Philip Morris with $150m damages for low tar cigarettes, BMJ, 2002 Apr 6, 324 (7341): 808.

COHEN J.E., ASHLEY M.J., FERRENCE R., BREWSTER J.M., GOLDSTEIN A.O., Institutional addiction to tobacco, Tob Control, 1999 Spring, 8 (1): 70-74.

COHEN J.E., Universities and tobacco money, BMJ, 2001 Jul 7, 323 (7303): 1-2.

COSTE J., JOB-SPIRA N., FERNANDEZ H., Risk factors for spontaneous abortion: a case-control study in France, Hum Reprod, 1991, 6 (9): 1332-1337.

DOLE V. P., Il comportamento del tossicodipendente, Le Scienze, 1981, 26: 62-70.

EL-NEMR A. AL-SHAWAF T., SABATINI L., WILSON C., LOWER A.M., GRUDZINSKAS J.G., Effect of smoking on ovarian reserve and ovarian stimulation in in-vitro fertilization and embryo-transfer, Hum Reprod, 1998, 13: 2192-2198.

MOOICHAN E.M., ROBINSON M.L., Behavioral and neural consequences of prenatal exposure to nicotine, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001, 40: 630-634.

EVANS H.J., FLETCHER J., TORRANCE M., HARGREAVE T.B., Sperm abnormalities and cigarette smoking, Lancet, 1981 Mar, 1(8221): 627-629.

FDA, Exemption from federal preemption of state and local cigarette and smokeless tobacco requirements; revocation. Food and Drug Administration, HHS. Final rule. Fed Regist, 2000 Nov 7, 65 (216): 66636.

FERRIMAN A., Editor resigns from post after tobacco gift, BMJ, 2001, 322: 1200.

FRAGA C.G., MOTCHNIK P.A., WYROBEK A.J., REMPEL D.M., AMES B.N., Smoking and low antioxidant levels increase oxidative damage to sperm DNA, Mutat Res, 1996 Apr, 351: 199-203.

GANDINI L., LOMBARDO F., LENZI A., CULASSO F., PACIFICI R., ZUCCARO P., DONDERO F., The in-vitro effects of nicotine and cotinine on sperm motility, Hum Reprod, 1997 Apr, 12 (4): 727-733.

GLASS G.V., Primary, secondary and meta-analysis of research, Educat Res, 1976, 5: 3-8.

GOTTLIEB N., 'Light' cigarettes offer no benefit to smokers, report says. J Natl Cancer Inst 2002 Feb 6, 94 (3): 162.

GOURLAY S.G., STEAD L.F., BENOWITZ N.L., Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

HAJEK P., STEAD L.F., Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

HUGHES E.G., BRENNAN B.G., Does cigarettes smoking impair natural or assisted fecundity?, Fertil Steril, 1996, 66: 679-689.

HUGHES J.R., STEAD L.F., LANCASTER T., Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM), *Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction* (2001), a cura di Stratton K., Shetty P., Wallace R., Bondurant S., The National Academies Press, Washington DC, 2001.

ISTAT, Indagine multiscopo: Aspetti della vita quotidiana (1999), in Rapporto annuale, 2000.

JORENBY D., Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation, Drugs 2002, 62 (2): 25-35.

JORENBY D.E., LEISCHOW S.J., NIDES M.A. et al., A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation, N Engl J Med, 1999, 340: 685-691.

JOSBURY K.A., EDIRISINHE W.R., PHILLIPS M.R., YOVICH J.L., Evidence that male smoking affects the likelihood of a pregnancy following IVF treatment: application of the modified cumulative embryo score, Human Reprod, 1998, 13: 1506-1513.

KING J., YAMEY G., Why journals should not publish articles funded by the tobacco industry, BMJ, 2000 Oct 28, 321 (7268): 1074-1076.

KOTLYAR M., HATSUKAMI D.K., Managing nicotine addiction, J Dent Educ, 2002 Sep, 66 (9): 1061-1073.

LANCASTER T., STEAD L.F., Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001a.

LANCASTER T., STEAD L.F., Silver acetate for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001b.

LANCASTER T., STEAD L.F., Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001c.

LANCASTER T., STEAD L.F., Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001d.

LEONZIO U., *Il volo magico. Storia generale delle droghe*, Sugar Editore, Milano, 1969 (2ª edizione, Einaudi, Torino, 1997).

MARLATT G.A., Harm reduction: come as you are, Addict Behav, 1996 Nov-Dec, 21(6): 779-788.

MIDGETTS A.S., BARUH J., Cigarette smoking and the risk of natural menopause. Epidemiol, 1990, 1: 474-480.

NARDINI S., DONNER C.F., *L'epidemia di fumo in Italia*. Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.

NICHOLS M.R., The use of bupropion hydrochloride for smoking cessation therapy, Clin Excell Nurse Pract, 1999 Nov, 3 (6): 317-322.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Technical Report Series, 1969, 407: 6.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Technical Report Series, Ginevra, 1973, 516: 9-10.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Responding to drug and alcohol problems in the Community*. Annex 1. Commonly abused substance, a cura di Grant M. e Hodgson R., Ginevra, 1991.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, a cura di Cooper J. E., Ginevra, 1994.

PACIFICI R., ALTIERI I., GANDINI L., LENZI A., PICHINI S., ROSA M., ZUCCARO P., DONDERO F., Nicotine, cotinine, and trans-3-hydroxycotinine levels in seminal plasms of smokers: effects on sperm parameters, Ther Drug Monit, 1993, 612 (2): 209-213.

PERUTZ M., *È necessaria la scienza?*, Garzanti, Milano,1989.

PICHINI S., ALTIERI I., PACIFICI R., ROSA M., OTTAVIANI G., ZUCCARO P., Simultaneous determination of cotinine and THOC in human serum by high performance liquid chromatography, J Chromatogr, 1992, 577 (2): 358-361.

POLLAY R.W., DEWHIRST T., The dark side of marketing seemingly "Light" cigarettes: successful images and failed fact, Tob Control, 2002 Mar, 11 Suppl 1: I18-31.

RICE V.H., STEAD L.F., Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

ROBERTS J., SMITH R., Publishing research supported by the tobacco industry, BMJ, 1996 Jan 20, 312 (7024): 133-134.

ROQUER J.M., FIGUERAS J., BOTET F., JIMENEZ R., Influence on fetal growth of exposure to tobaco smoke during pregnancy, Acta Pediatr, 1995, 84: 118-121.

SCHERER G., Smoking behaviour and compensation: a review of the literature, Psychopharmacology (Berl),1999 Jul, 145 (1): 1-20.

SHAARAWY M., MAHMOUD K.Z., Endocrine profile and semen characteristics in male smokers, Fertil Steril, 1982 Aug, 38 (2): 255-257.

SHIELDS P.G., Molecular epidemiology of smoking and lung cancer, Oncogene, 2002a Oct 7, 21(45): 6870-6876.

SHIELDS P.G., Tobacco smoking, harm reduction, and biomarkers, J Natl Cancer Inst 2002b Oct 2, 94 (19): 1435-1444.

SILAGY C., MANT D., FOWLER G., LANCASTER T., Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

SILAGY C., Physician Advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

SILVESTRINI B., *Malati di droga*, Sperling & Kupfer, Milano, 1995 (II edizione Lyra, Milano, 2001).

SLADE J., CONNOLLY G.N., LYMPERIS D., Eclipse: does it live up to its health claims? Tob Control, 2002 Jun, 11 Suppl 2: ii64-70.

STEAD L.F., LANCASTER T., Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

WEINBERG C.R..,WILNOX A.J., BAIRD D.D., Reduced fecundability in women with prenatal exposure to cigarette smoking, Am J Epidemiol , 1989, 129: 1072-1078.

WHITE A.R., RAMPES H., ERNST E., Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

WISBORG K., KESMODEL U., HENRIKSEN T.B., OLSEN S.F., SECHER N.J., A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS, Arch Dis Child, 2000, 83: 203-206.

ZENO-ZENCHOVIC V., *Il danno da produzione di tabacco: problemi teorici e aspetti applicativi*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2002, p. 949 e sg.

ZENZES M.T., WANG P., CASPER R.F., Cigarettes smoking may affect meiotic maturation of human oocytes, Hum Reprod, 1995, 10: 3212-3213.

ZENZES M.T., Smoking and reproduction: gene damage to human gametes and embryos, Hum Reprod Update, 2000, 6 (2): 122-131.

Monografie e rassegne

ALMEIDA O.P., HULSE G.K., LAWRENCE D., FLICKER R., Smoking as a risk factor for Alzheimer's disease: contrasting evidence from a systematic review of case-control and cohort studies, Addiction, 2002 Jan, 97 (1): 15-28.

ANDERSEN K.B., HERMANN N., Placenta flow reduction in pregnant smokers, Acta Obstet Gynecol Scand, 1984, 63(8):707-709.

BARENDREGT J.J., BONNEUX L., VAN DER MAAS P.J., The health care costs of smoking, N Eng J Med, 1997, 337: 1052-1057.

BIRDWISTELL R.L., *The cistercian sign language. A study in non verbal communication*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1970.

BURNS D.M., Reducing tobacco use: what works in the population?, J Dent Educ, 2002 Sep, 66 (9): 1051-1060.

CANALI S., Una babele teorica, Sapere, Dic 2002, 6-12.

CICCONE L., *Bioetica. Storia, principi, questioni,* Edizioni Ares, Milano, 2003.

COMMISSIONE INTERNAZIONALE DI STUDIO SUI PROBLEMI DELLA COMUNICAZIONE NEL MONDO. *Comunicazione e società, oggi e domani. Il Rapporto McBride sui problemi della comunicazione*, Eri, Torino, 1982.

COMMISSIONE INTERNAZIONALE DI STUDIO SUI PROBLEMI DELLA COMUNICAZIONE NELL'UNESCO, *Rapporto promissorio sui problemi della comunicazione nella società moderna*, IKON, Angeli Ed., Torino, 1980.

CONDIE R.G., PIRANI B.B., The influence of smoking on the haemostatic mechanism in pregnancy, Acta Obstet Gynecol Scand, 1977, 56(1):5-8.

CRASILNECK H.B., HALL J.A., *Ipnosi clinica*, Astrolabio, Roma, 1977.

DENES G., PIZZAMIGLIO L. (a cura di), *Manuale di Neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi*, IIa Ed. Zanichelli, 2000.

DOLL R., PETO R., WHEATLEY K., GRAY R., SUTHERLAND I., Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors, BMJ, 1994, 309: 901-911.

ERICKSON M.H., *Opere*, Astrolabio, Roma, 1984.

ERICKSON M.H., ROSSI E.L., ROSSI S.I., *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma, 1979.

FARNÉ M., Gli stimoli subliminali in una dimostrazione sperimentale, Arch Psicol Neurol Psich, 24, 1963.

FEIGHERY E.C., RIBISL K.M., ACHABAL D.D., TYEBJEE T., Retail trade incentives: how tabacco industry practices compare with those of other industries, Am J Public Health, 1999 Oct, 89 (10): 1564-1566.

FRATIGLIONI L., WANG H.X., Smoking and Parkinson's and Alzheimer's disease: review of the epidemiological studies, Behav Brain Res, 2000 Aug, 113 (1-2): 117-120.

GARATTINI S., LA VECCHIA C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002.

GRANDI G., *I segni di Caino: l'immagine della devianza nella comunicazione di massa*, Ed. Scientifiche italiane, Napoli, 1985.

GORELL J.M., RYBICKI B.A., JOHNSON C.C., PETERSON E.L., Smoking and Parkinson's disease: a dose- response relationship, Neurology, 1999 Jan 1, 52 (1): 115-119.

GRANONE F., *Trattato di ipnosi*, UTET, Torino, 1989.

GROSS C.P., SOFFER B., BACH P.B., RAJKUMAR R., FORMAN H.P., M.D., State expenditures for tobacco-control programs and the tobacco settlement, N Engl J Med, Oct 2002, 347 (14): 1080-86.

HARTLAND J., *Ipnosi in medicina e odontoiatria*, Monduzzi, Bologna, 1980.

HILLIER V., SALIB E., A case-control study of smoking and Alzheimer's disease, Int J Geriatr Psychiatry, 1997 Mar, 12 (3): 295-300.

HUGHES J.R., GUST S.W., SKOOG K., KEENAN R.M., FENWICK J.W., Symptoms of Tobacco Withdrawal: A Replication and Extension, Archives of General Psychiatry, 1991, 48: 52-59.

HUGHES J.R., Smoking Is a Drug Dependence: A Reply to Robinson and Pritchard, Psychopharmacology, 1993, 113: 282-283.

JADAD A.R., COOK D.J., JONES A., KLASSEN T.P., TUGWELL P., MOHER M., Methodology and reports of systematic reviews and meta-analysis, JAMA, 1998, 280: 278-280.

JARVIS M., TUNSTALL-PEDOE H., FEYERABEND C., VESEY C., SALLOOJEE Y., Biochemical markers of smoke absorption and self reported exposure to passive smoking, J Epidemiol Commun Health, 1984 Dec, 38 (4): 335-339.

JENKINS R.A., GUERIN M.R., TOMKINS B.A., *The Chemistry of Environmental Tobacco Smoke: Composition and Measurement*, Lewis Publishers, Boca Raton, 2000 (2nd edition).

JOHNSON D.L, KARKUT R.T., Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion, Psychol Rep, 1994 Oct, 75 (2): 851-857.

JOHNSON D.L., KARKUT R.T., Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion, Psychol Rep, 1996 Oct, 79 (2): 659-668.

JOHNSON D.L., Weight loss for women: studies of smokers and nonsmokers using hypnosis and multicomponent treatments with and without overt aversion, Psychol Rep, 1997 Jun, 80 (3 Pt 1): 931-933.

JULIEN R.M., *Droghe e farmaci psicoattivi*, Zanichelli, Bologna, 1997 (1a edizione italiana condotta sulla settima edizione americana; orig. A Primer of Drug Action. Seventh Edition, W.H. Freeman and Company, New York, 1995).

KAPFERER J., *Le vie della persuasione: l'influenza dei media e della pubblicità sul comportamento*, Eri, Torino, 1982.

KUKULL W.A., The association between smoking and Alzheimer's disease: effects of study design and bias, Biol Psychiatry, 2001 Feb 1, 49 (3): 194-199.

LAHIRI D.K., UTSUKI T., CHEN D., FARLOW M.R., SHOAIB M., INGRAM D.K., GREIG N.H., Nicotine reduces the secretion of Alzheimer's beta-amyloid precursor protein containing beta-amyloid peptide in the rat without altering synaptic proteins, Ann N Y Acad Sci, 2002 Jun, 965: 364-372.

LANCASTER T., STEAD L., SILAGY C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ, 2000, 321: 355-358.

LANCASTER T., STEAD L.F., Mecamylamine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

LAW R.M., MORRIS J.K., WALD N.J., Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence, BMJ, 1997, 315: 973-980.

LEUSCHEN M.P., DAVIS R.B., BOYD D., GOODLIN R.C., Comparative evaluation of antepartum and postpartum platelet function in smokers and nonsmokers, Am J Obstet Gynecol, 1986, Dec155(6):1276-1280.

LEVIN E.D., Nicotine Systems and Cognitive Function, Psychopharmacology, 1992, 108: 417-431.

MAHLER H., The meaning of health for all by the year 2000, World health statistics quarterly, 1983, 36: 349-393.

MASTRONARDI V., Ipnosi clinica negli anni 2000, in Leon Chetok (a cura di), *Ipnosi e Psicoanalisi collisioni e collusioni*, Armando ed., Roma, 1998.

MASTRONARDI V., Stato dell'arte relativo all'apprendimento subliminale e commento sulle ricerche attuali, in Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense dell'Università di Roma "La Sapienza", sett-dic 2002, 7 (3).

MASTRONARDI V., *La comunicazione in famiglia*, Armando Editore, Roma, 2002.

MASTRONARDI V., *Le Strategie della Comunicazione Umana* (La Persuasione, Le Influenze sociali, I Mass media*)*, Franco Angeli, Milano 4ª ed., 2002, 331-345.

MASTRONARDI V., *Nuove ricerche in tema di terapia ipnotica in un gruppo di etilisti cronici mediante immagini subliminali*, I e II parte, in Rassegna di studi psichiatrici, 1980, 69 (6).

MIDDENDORF W., Existe-t-il un rapport entre la délinquence générale et la délinquence routière?, Revue Internationale de police criminelle,1968, 214.

MATERA M., COSTANTINO G., MANGANO N.G., BATTIATO MAJORANA – GRAVINA., Ricerche in tema di efficacia ed affidabilità del processo di ipnopedia e di apprendimento

subliminale, in Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense dell'Università di Roma "La Sapienza", sett.-dic. 2002, 7 (3).

MERCHANT C., TANG M.X., ALBERT S., MANLY J., STERN Y., MAYEUX R., The influence of smoking on the risk of Alzheimer's disease, Neurology, 1999 Apr 22, 52 (7): 1408-1412.

MEYER M.B., TONASCIA J.A., Maternal smoking, pregnancy complications, and perinatal mortality, Am J Obstet Gynecol, 1977, Jul 1, 128(5):494-502.

MILLER W.R., WEISNER C.M. (eds.), *Changing Substance Abuse Through Health and Social Systems*, Kluwer, Hardbound, 2002.

NORDBERG A., HELLSTROM-LINDAHL E., LEE M., JOHNSON M., MOUSAVI M., HALL R., PERRY E., BEDNAR I., COURT J., Chronic nicotine treatment reduces beta-amyloidosis in the brain of a mouse model of Alzheimer's disease (APPsw), J Neurochem, 2002 May, 81 (3): 655-658.

OLIVERIO FERRARIS A., *TV per un figlio*, Laterza Ed., Bari, 1995.

OLSEN O., MIDDLETON P., EZZO J., GOTSCHE P.C., HADHAZY V., HERZHEIMER A., KLEIJNEN J., MCINTOSH H., Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998, BMJ, 2001, 323: 829-832.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, Tobacco-attributable mortality: global estimates and projections, Tobacco Alert, 1991, 1: 4-7.

OTT A., SLOOTER A.J., HOFMAN A., VAN HARSKAMP F., WITTEMAN J.C., VAN BROECKHOVEN C., VAN DUIJN C.M., BRETELER M.M., Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study, Lancet, 1998 Jun 20, 351 (9119): 1840-1843.

PACELLI D., *I bambini e la televisione. Un percorso di socializzazione fra esperienza ed immagini*, Editrice Euroma-La Goliardica, Roma, 1987.

PAGANO R., LA VECCHIA C., DECARLI A., Smoking in Italy 1994, Tumori, 1996, 82: 309-313.

PETO R., LOPEZ A. D., BOREHAM J. THUN M., HEATH C. JR., Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistic, Lancet, 1992, 339: 1268-1278.

PUCA F.M., MASTRONARDI V., MINERVINI M.G., PASSERELLA B., VITOLO M., Esperienza di "behaviour therapy" durante il sonno REM in alcoolisti cronici, Riv Ital di elettroencefalografia e neurobiologia, 1979, 35.

PUCA F.M., MASTRONARDI V., PASSARELLA B., VITOLO M., MINERVINI M.G., Influenzamento del racconto dei sogni da parte di immagini visive evocate verbalmente in sonno REM, in Folia Neuropsychiatrica, ed. Salentina, 1977, fascicolo 1-11.

RIBISL K.M., NORMAN G.J., HOWARD-PITNEY B., HOWARD K. A., Which adults do underaged youth ask for cigarettes? Am J Public Health, Oct 1999, 89 (10): 1561-1564.

RIEDEL B.W., ROBINSON L.A., KLESGES R.C., MCLAIN-ALLEN B., What motivates adolescent smokers to make a quit attempt?, Drug Alcohol Depend, 2002 Oct 1, 68 (2): 167-174.

RIGOTTI N.A., Treatment of tobacco use and dependence, N Engl J Med, Feb 2002, 346 (7): 506-512.

Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine, Smoking and Tobacco Control Monograph N° 13, Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, November 2001.

ROBINSON M.L., HOUTSMULLER E.J., MOOLCHAN E.T., PICKWORTH W.B., Placebo cigarettes in smoking research, Exp Clin Psychopharmacol, 2000 Aug, 8 (3): 326-332.

RODGMAN A., GREEN C.R., Toxic chemicals in cigarette mainstream smoke-Hazard and hoopla, Atti del Symposium of the Coresta Congress "Cigarette risk and the potential for risk reduction", New Orleans, 2002 September 22-27, 2-52.

ROMEO G., Medicine dal tabacco, Le Scienze, giugno 2001.

ROSECRANS J.A., KARAN L.D., Neurobehavioral mechanism of nicotine action: role in the initiation and maintenance of tobacco dependence, J Subst Abuse Treat, 1993, 10: 161-170.

ROSS G.W., PETROVITCH H., Current evidence for neuroprotective effects of nicotine and caffeine against Parkinson's disease, Drugs Aging, 2001, 18 (11): 797-806.

SANGUINETTI C.M., MARCHESANI F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F. (a cura di), *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.

SEXTON M., HEBEL J.R., A clinical trial of change in maternal smoking d its effect on birth weight, JAMA, 1984, Feb 17, 251(7):911-915.

SHERWOOD N., KERR J.S. E HINDMARCH I., Psychomotor Performance in Smoking Following Single and Repeated Doses of Nicotine Gum, Psychopharmacology, 1992, 108: 432-436.

SHIONO P.H., KLEBANOFF M.A., RHOADS G.G., Smoking and drinking during pregnancy. Their effects on preterm birth, JAMA, 1986 Jan 3, 255(1):82-4.

SILAGY C. et al., Meta-analysis: nicotine replacement therapy is effective for reducing smoking. Tobacco Addiction Module, of the Cochrane Database of Systematic Reviews (update 3 June 1996).

SILVESTRINI B., Tossicomanie: definizioni e classificazioni, in Laviola G., Saso L., Azzaro Pulvirenti R. e Silvestrini B. (a cura di), *Aspetti etici, mentali, sperimentali e giuridici coinvolti nel fenomeno droga*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2002, 38 (3): 211-215.

SODARO A.A., SODARO A., Il trattamento ipnotico del tabagismo, in Rassegna di Psicoterapie, Ipnosi, Medicina Psicosomatica, Psicopatologia Forense, di proprietà dell'Università di Roma "La Sapienza", 2001, 6 (3): 25-40.

SOTO-OTERO R., MENDEZ-ALVAREZ E., RIGUERA-VEGA R., QUINOA-CABANA E., SANCHEZ-SELLERO I., LOPEZ-RIVADULLA LAMAS M., Studies on the interaction between 1,2,3,4-tetrahydro-beta-carboline and cigarette smoke: a potential mechanism of neuroprotection for Parkinson's disease, Brain Res, 1998 Aug, 802 (1-2): 155-162.

TERRIN M., MEYER M.B., Birth weight-specific rates as a bias in the effects of smoking and other perinatal hazards, Obstet Gynecol, 1981, Nov 58(5):636-638.

TYAS S.L., PEDERSON L.L., KOVAL J.J., Is smoking associated with the risk of developing Alzheimer's disease? Results from three Canadian data sets, Ann Epidemiol, 2000 Oct, 10 (7): 409-416.

VAUGHAN D.A., Frontiers in pharmacologic treatment of alcohol, cocaine and nicotine dependence, Psychiat Ann, 1990, 20: 695-710.

VINEIS P., Il caso del bupropione, un antidepressivo che fa smettere di fumare, Epidemiologia & prevenzione, Sett-Ott 2000, 24 (5): 235.

WANG H.X., FRATIGLIONI L., FRISONI G.B., VIITANEN M., WINBLAD B., Smoking and the occurrence of Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal data in a population-based study, Am J Epidemiol, 1999 Apr 1, 149 (7): 640-644.

WARBURTON D.M., RUSTED J.M., FOWLER J., A Comparison of the Attentional and Consolidation Hypothesis for the Facilitation of Memory by Nicotine, Psychopharmacology, 1992, 108: 443-447.

WATSON R., EU confronts tobacco policy contradictions, BMJ, 1996, 313 : 1228.

WATZLAWICK P., *Il linguaggio del cambiamento*, Feltrinelli, Milano, 1983.

ZHU S.H., ANDERSON C.M., TEDESCHI G.J., ROSBROOK B., JOHNSON C.E., BYRD M.E. GUTIÉRREZ-TERRELL E., Evidence of real world effectiveness of a telephone quitline for smokers, N Engl J Med, 2002, 347 (14): 1087-1093.