



Periodico quadrimestrale
a carattere scientifico

Anno 5 n. 14 ottobre 2002

Osservatorio sul Tabacco

Centro di studio ed informazione sul tabacco, promosso dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sezioni di Varese e Milano, dal Registro Tumori della Regione Lombardia e dalla ASL n.1 di Varese.

Periodico quadrimestrale della Sezione di Varese della Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori • Autorizzazione n.12/97 del 23/12/1997 del Tribunale di Busto Arsizio (VA) • Spedizione in A.P. art. 2 comma 20/C legge 662/96 - Filiale di Varese
Direttore Responsabile: dr. Paolo Crosignani • *Comitato di redazione:* Carlo Cis, Renata Manzoni, Giuseppe Redaelli, Paolo Zanzi • *Redazione:* Milena Calati, Maria Luisa Clementi, Paola Cecchi, Sara Oldani, Roberto Bardelli • *Direzione e Redazione:* Sezione di Varese della Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori - Via A. Volta, 11/bis - Busto Arsizio (VA) • *Editore:* Sezione di Varese della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori • *Stampa:* La Tipografica Varese S.p.A. - Via Cherso 2 - Varese.

Sommario

- Tu vò fa l'americano
di Paolo Crosignani
- Le linee guida
di Milena Calati
- Fumo di tabacco e radioattività Alfa
di Alessandro Borgini

Tu vò fa l'americano... non è sempre una buona scelta, infatti...

Il presidente Bush paga i debiti alle multinazionali del tabacco.

di Paolo Crosignani

É quanto sostiene l'autorevole New England Journal of Medicine (346: 936-939, 21 marzo 2002) a proposito delle posizioni assunte dai delegati inviati dall'amministrazione Bush alla Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Che cos'è la FCTC? Nel 1995 l'assemblea mondiale della Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto di studiare la fattibilità di un trattato internazionale sul tabacco (vd Osservatorio sul Tabacco n. 9). Il tabacco è un affare transnazionale. La vendita delle foglie e delle sigarette, il contrabbando, il ruolo delle televisioni e delle pubblicità, tutto passa attraverso le frontiere. Era dunque fondamentale riunire i vari paesi in modo da studiare un trattato utile a influenzare le legislazioni nazionali e a creare un fronte internazionale contro il tabacco. I negoziati si erano svolti sino all'ottobre 2000 con la posizione degli Stati Uniti in favore di regole forti atte a ridurre il consumo di tabacco a livello globale. Tuttavia nella seconda sessione, nel maggio 2001, i delegati inviati dalla nuova amministrazione

ne, quella Bush appunto, hanno rovesciato le posizioni di prima, facendo proprie le posizioni espresse dalla Philip Morris e richiedendo la cancellazione di una serie di provvedimenti importanti. Solo in seguito alle critiche di numerosi altri delegati hanno rivisto parte delle loro posizioni, ad esempio quella sui messaggi di pericolosità da mettere sui pacchetti, che i delegati di Bush non volevano fossero scritti anche nella lingua degli acquirenti. Riportiamo qui le attuali posizioni degli Stati Uniti sui principali argomenti già discussi in sede di FCTC. Altri aspetti, quali il contrabbando, la responsabilità dei fabbricanti etc. dovranno ancora essere affrontati dalla FCTC.

Tasse Si sa che aumentandole si riduce il consumo di sigarette. La Banca Mondiale ha stimato che un 10 per cento di aumento del prezzo alla vendita salverebbe 10 milioni di vite (World Bank, *Curbing the epidemic...* Washington DC, 1999). Da una posizione in favore dell'obbligo di aumentare le tasse, per tutti i paesi sottoscrittori del trattato, i delegati USA ora sono per rendere questo importante provvedimento solo facoltativo.

Pubblicità La FCTC ha proposto il bando totale della pubblicità al tabacco. Si sa infatti che ciò consentirebbe di ridurre i consumi. Anche su questo l'opposizione dei delegati USA è stata totale. Solo una piccola apertura contro le campagne destinate "in modo esclusivo ai giovani". Come se fosse facile distinguerle da quelle per gli adulti. Ad esempio Joe Camel, uno dei personaggi con maggior presa sulle giovani generazioni, secondo la Reynolds "era stato studiato per gli adulti"...

Sigarette "leggere" E' noto che rappresentano un inganno per il consumatore. Per questo il Canada, l'Unione Europea e l'Inghilterra hanno bandito l'uso dei termini come "light" e "mild" (dal 2004) e volevano introdurre questa regola anche nel trattato. Anche qui il boicottaggio degli Stati Uniti. Secondo i delegati americani, infatti, questi termini avrebbero dovuto essere vietati solo se si fosse provato, in ogni singolo caso, che rappresentano un inganno... Inoltre, a differenza della CE, sarebbe sempre consentito utilizzare colori più tenui per queste sigarette.

Fumo passivo Su questo argomento i delegati USA hanno proposto che il divieto sui mezzi di trasporto e nei locali aperti al pubblico non rientrasse

Aspettiamo le vostre richieste e il vostro materiale!



nel trattato ma fosse a discrezione dei singoli stati. Anzi, hanno proposto che il trattato non si dovesse occupare di questo problema.

Commercio

Libertà totale. Questa la posizione dei delegati Usa. Ed opposizione alla regola che le sigarette inviate all'estero avessero le stesse caratteristiche di quelle in commercio nel paese di origine.

Questo per consentire agli USA di esportare nei c.d. "paesi in via di sviluppo" ciò che, in termini di pericolosità dei contenuti, non è più accettato dal mercato americano. Giova ricordare (è sempre il New England che scrive) che il presidente Bush ha ricevuto 7 milioni di dollari dalle multinazionali del tabacco per la sua campagna elettorale nel 2000. E dopo le elezioni ancora 2,3 milioni di dollari per la sua organizzazione elettorale. Senza il consenso degli USA difficilmente il trattato potrà avere qualche valore, e avremo perso una occasione storica per migliorare la salute dell'intero pianeta.

Le linee guida

di Milena Calati

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità ha redatto le "Linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo", comprensive di una guida breve per la realizzazione degli interventi. Se si arrivasse ad una diminuzione del numero dei fumatori del 50% si eviterebbero dai 20 ai 30 milioni di morti premature nei prossimi 25 anni e 150 milioni entro i prossimi 50 anni. Nella prevenzione dei danni da fumo i medici di base hanno un ruolo di fondamentale importanza ed è ad essi che questo documento è principalmente indirizzato.

Ci sono elementi che giocano a favore della cessazione: ad esempio tutti sanno che il fumo è dannoso, ci sono numerosi fumatori che desiderano smettere, esistono numerosi centri di disassuefazione che possono utilizzare trattamenti che hanno dimostrato una discreta efficacia. Le Linee guida si rifanno al Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 e sono state redatte attraverso un'analisi sistematica della letteratura scientifica, utilizzando altre Linee guida tratte dalla banca dati Cochrane. L'obiettivo è l'intervento dei medici di famiglia su larga scala. Si raccomanda a questi operatori di mantenere costante una certa linea di comportamento negli interventi: prima di tutto è necessario che il medico di base domandi a tutti i pazienti se fumano, anche se il motivo della visita non è inerente.

Per i soggetti fumatori o ex fumatori la domanda dovrebbe essere fatta ad ogni successiva visita, le risposte dovrebbero essere poi inserite tra i dati relativi al paziente (si possono utilizzare per esempio

questionari prestampati o registrare la condizione del paziente rispetto al fumo tra i dati riguardanti le sue condizioni fisiche).

E' importante, per quanto riguarda i fumatori, che il medico venga a conoscenza della quantità di sigarette fumate e da quando il soggetto ha iniziato a fumare.

A questo scopo le linee guida riportano il di un test di Fagerstrom, consigliandone la somministrazione al paziente. Il medico deve consigliare in modo deciso di smettere, attraverso raccomandazioni che possono avere una diversa intensità a seconda della condizione del paziente ed eventualmente fornire opuscoli informativi riguardo i danni da fumo.

Le linee guida forniscono anche una serie di argomentazioni che il medico può utilizzare al fine di convincere il fumatore a smettere. A questo punto è necessario che il medico identifichi i fumatori motivati a smettere. Per questi soggetti è bene individuare una strategia per la cessazione.

Il medico deve informare il paziente dei sintomi che l'astinenza da nicotina provoca. Si devono trattare i problemi che il soggetto dovrà affrontare durante la cessazione: difficoltà di concentrazione, insonnia ecc., sintomi che vanno scemando con il tempo. Bisogna informare della possibilità di utilizzare una terapia farmacologica. In una tabella le Linee guida riassumono i problemi derivanti da astinenza da nicotina con relativi consigli per superarli. Le terapie farmacologiche che il testo prende in considerazione sono i sostituti della nicotina e il bupropione, da utilizzare a seconda delle caratteristiche dei pazienti.

Possono essere utili anche le terapie di supporto psicologico o di gruppo. Il medico deve mantenere i contatti con i pazienti durante il periodo di cessazione e tenersi costantemente informato della situazione. E' fondamentale anche il follow up dei soggetti che hanno smesso di fumare, proponendo un altro tentativo a coloro che hanno ricominciato. E' raccomandata particolare attenzione per gli interventi nei confronti delle donne in gravidanza e dei soggetti che convivono con persone che vengono esposte a fumo passivo. Le Linee guida riportano una sintesi dei dati raccolti da numerosi studi sui metodi di cessazione possono essere considerate un valido strumento per coadiuvare i medici di base nella lotta al tabagismo.

Altre linee guida sono state redatte da un gruppo di medici che hanno puntato sulla distinzione tra tipologie di pazienti con livelli di rischio diverso per differenziare gli interventi. I due documenti possono essere complementari.

UNO STRUMENTO PER L'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA: LE LINEE-GUIDA SIMG-FIMMG-AIPO PER IL CONTROLLO DEL TABAGISMO IN MEDICINA GENERALE.

Giovanni Invernizzi*, Stefano Nardini[^], Domenico Chirico*, Francesco Mazzoleni*, Bruno Glaviano*, Germano Bettoncelli*, Riccardo Bertoletti[^], Cosimo Guerra[§], Valter Accomasso[§], Roberto Mazza[°], Roberto Boffi[°].

Premessa

Negli ultimi 20 anni l'attenzione per i danni derivanti dal tabagismo è cresciuta progressivamente. Soprattutto da quando la nicotina è stata riconosciuta come droga e la dipendenza stessa da fumo di tabacco ha "conquistato" lo status di vera e propria malattia (vedi classificazione internazionale delle malattie della Organizzazione Mondiale della Sanità, ICD-10¹ e il manuale diagnostico e statistico dell'associazione Americana di Psichiatria, DSM-IV²). Ma sono stati prima ancora gli studi epidemiologici a porre alla comunità medica e all'opinione pubblica i rischi per la salute da parte dei prodotti presenti nel fumo di tabacco, con cifre impressionanti in termini di mortalità e morbilità^{3, 4}. La prevalenza del tabagismo è tuttavia sempre molto elevata anche nel nostro Paese, con circa il 25% di fumatori nella popolazione oltre i 14 anni di età⁵, anche se una nota positiva è data dal fatto che almeno il 40% dei fumatori attivi (circa 4 milioni di persone) vorrebbe smettere⁶. L'importanza del tabagismo come malattia sociale è sottolineata dagli obiettivi che il Piano Sanitario Nazionale si è posto in materia. La prevalenza dei fumatori con età superiore ai 14 anni non deve superare il 20% per gli uomini ed il 10% per le donne.

- Deve tendere a zero la frequenza delle donne che fumano in gravidanza.
- Deve ridursi la prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.

*Task Force Tabagismo, SIMG, Società Italiana di Medicina Generale

[^]AIPO, Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

[§]FIMMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

[°]Ambulatorio per i Danni da Fumo, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano

- A tal fine sono indicate delle azioni specifiche quali: “sostene reazioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia”.

Davanti a questi dati, soprattutto al fatto che il tabagismo rappresenta una malattia, ma anche il primo fattore di rischio prevedibile, i medici di medicina generale (MMG) vengono investiti di una responsabilità ineludibile in termini di intervento di prevenzione e di cura. Infatti, in base ai dati epidemiologici un MMG si può aspettare di avere tra i suoi assistiti dai 200 ai 400 fumatori. È stato calcolato che in un anno il MMG vede circa 70% degli assistiti: dovrebbe quindi poter contattare dai 150 ai 350 fumatori l'anno. Calcolando che la percentuale di fumatori che in Italia desiderano smettere è di circa il 40%, potrebbe assistere dai 50 ai 100 fumatori/anno. A tutti costoro il MMG potrebbe fornire assistenza in modo graduato, rispetto alla necessità e volontà del singolo paziente e alla priorità assegnata dal MMG all'intervento. Tuttavia, a causa di retaggi culturali che per lungo tempo hanno fatto considerare il fumo come un “vizio” e ne hanno sminuito l'interesse medico, i MMG si trovano impreparati ad affrontare il tabagismo con gli strumenti più efficaci che la ricerca clinica e psicologica ha messo a disposizione negli ultimi anni⁷, anche per la mancanza di un insegnamento specifico della materia nel curriculum accademico, problema peraltro sentito anche in altri Paesi⁸. Di recente sono state pubblicate ottime linee-guida per il tabagismo generali⁹ o settoriali come quelle dedicate all'ambiente pneumologico¹⁰ che contengono il meglio delle nozioni in materia. Tuttavia il tipo di routine che il MMG affronta ogni giorno e i setting lavorativi eterogenei che caratterizzano la Medicina Generale, richiedono un'attenzione specifica nell'elaborare linee-guida sul trattamento del tabagismo che possano essere utilizzate dai MMG come strumento pratico nel loro lavoro quotidiano. Recentemente si è aperta una discussione sul tema, che ha messo a confronto le opinioni di medici generali e specialisti ospedalieri esperti in materia, che ha permesso di elaborare raccomandazioni per il tabagismo “dedicate” alla medicina generale¹¹. In particolare si è cercato di stratificare l'intervento, con step progressivi che prendono in considerazione il diverso grado di impegno che il MMG può mettere a disposizione in base all'organizzazione del suo ambulatorio, alla sua preparazione specifica sul tema e a seconda del tipo di rischio che i diversi fumatori presentano. Riportiamo di seguito gli elementi essenziali di queste linee-guida, illustrati in sintesi nella Tabella 1.

**Tabella 1.
Interventi
possibili per la
disassuefazione
dal fumo.**

Pazienti	Operatori	Trattamenti
A rischio semplice	Minimal advice Farmacoterapia autogestita Volontariato Corsi per smettere	Cure primarie MMG
A rischio multiplo	Counselling strutturato Percorso di cessazione e farmacoterapia guidata dal medico Terapia comportamentale	MMG Ambulatorio accreditato Centro antifumo accreditato
Affetti da patologie	Farmacoterapia multipla Terapia comportamentale individuale/di gruppo accreditato	Ambulatorio accreditato Centro anti-fumo

Il “minimal advice”

Anche il solo consiglio verbale “breve” (2-3 minuti) da parte del MMG si è dimostrato efficace nel promuovere la motivazione del fumatore a smettere e nell’aumentare la percentuale di coloro che smettono definitivamente¹².

E’ essenziale innanzi tutto fare diagnosi di tabagismo: può essere sufficiente chiedere al paziente se è un fumatore e parlare dei rischi associati al fumo soprattutto mettendo in evidenza il rischio individuale. Quindi si devono valutare la disponibilità a smettere e la motivazione. Questo è tutto quanto è richiesto dal counseling breve, ed è fattibile in pochi minuti. Se il fumatore non è motivato e non presenta rischi importanti, si segnalerà in cartella la necessità di un rinforzo del messaggio a distanza di tempo, in genere dopo un anno. Se invece il paziente mostra qualche intenzione a smettere, allora è compito del MMG suggerire un percorso motivazionale avvalendosi di materiale stampato (distribuito dalle nostre associazioni, dalle ASL e dalle case farmaceutiche), in cui si suggerisce di fissare una data per smettere, come far fronte al craving (desiderio di fumare), e come uti-

lizzare la terapia nicotinică sostitutiva che il paziente può trovare in farmacia come prodotto da banco. Se il paziente presenta un rischio individuale elevato, il compito del MMG all'interno del "minimal advice" è di indirizzarlo a centri anti-fumo accreditati di secondo livello. Questo in sintesi è il "minimal advice", che riteniamo essere il minimo comun denominatore - ineludibile - dell'impegno dei MMG per il controllo del tabagismo.

Il counseling strutturato

Se il MMG ha conseguito una preparazione approfondita in materia attraverso corsi di formazione ASL o master sul fumo, sarà più facile per lui individuare i fumatori motivati attraverso l'uso di un questionario motivazionale, e valutare il grado di dipendenza per mezzo del test di Fagerström. Utilizzando un misuratore di monossido di carbonio sarà anche in grado di motivare maggiormente il paziente e di seguire il percorso di cessazione con una misura biochimica obiettiva. Sarà anche in grado di dare istruzioni dettagliate sull'uso della terapia nicotinică sostitutiva e del bupropione e saprà organizzare un follow-up telefonico che potrà essere affidato all'infermiera. Nei casi più difficili potrà comunque affidare ai colleghi del centro anti-fumo accreditato il paziente e collaborare per quanto di propria competenza.

I centri antifumo accreditati

Molte ASL dispongono di un centro anti-fumo che è dotato di medici, psicologi, infermieri e dietiste specializzati e della strumentazione necessaria. Utilizzano anche un call center per il supporto psicologico facilmente disponibile, che permette al fumatore in difficoltà di ricevere un consiglio o un supporto immediato¹³.

Per esemplificare le situazioni reali che ci troviamo davanti come MMG possiamo stratificare l'intervento a seconda dei seguenti livelli di rischio individuale:

1. Fumatori "sani" (fumo come unico fattore di rischio) La maggior parte dei fumatori appartiene alla categoria dei fumatori "sani", nei quali la priorità di intervento è la più bassa. Ad essi potrà quindi essere destinato un trattamento "minimo"
2. Fumatori portatori di altri fattori di rischio (oltre al fumo) Il MMG ha tra i suoi assistiti soggetti che per

familiarità, storia clinica pregressa, stili di vita, sono portatori di fattori di rischio diverso dal fumo (es. ipertensione arteriosa, familiarità per neoplasie, diabete, asma etc.). La quantificazione di questa sottopopolazione di pazienti è molto difficile, ed è verosimile che sia variabile da un MMG a un altro. Ad esempio, un MMG ha in carico circa 40 pazienti diabetici, tra i quali la percentuale di fumatori è stimata attorno al 30%. Questo gruppo di pazienti è meritevole di un intervento mediamente intenso quale può essere fornito dallo stesso MMG (tempo medio 15-30 minuti) oppure attraverso il centro anti-fumo accreditato.

3. Fumatori portatori di malattia (legata al o aggravata dal fumo) Un MMG può avere tra i 10 e i 30 pazienti affetti da BPCO ancora fumatori e tra i 5 e i 15 adolescenti asmatici o con sintomi di asma che fumano o esposti a fumo passivo. Inoltre, tra i suoi assistiti potranno esserci – mediamente – dai dieci ai trenta cardio-vascolopatici che continuano a fumare. Per tutti costoro è indicato un trattamento della massima intensità, quale può essere fornito da un ambulatorio dedicato e/o da un centro antifumo accreditati.
4. Fumatori “difficili” Dopo aver iniziato la sua attività sul fumo, il MMG si troverà ad avere tra i suoi assistiti anche un discreto numero di fumatori che avevano smesso e poi, per svariati motivi, hanno ricominciato. Altri che recidivano, fin dall’inizio del loro tentativo, per motivi anche solo personali, saranno molto motivati e desidereranno avere la massima probabilità di riuscita. Anche gli uni e gli altri soggetti, se ancora motivati, sono da indirizzare a un centro di II livello.
5. Non Fumatori esposti al rischio derivante dal fumo passivo Il MMG potrà avere tra i suoi assistiti dalle cinquantalle cento donne in età fertile, fumatrici.
La corretta assistenza qualora decidessero una gravidanza, deve includere ogni tentativo di disassuefazione dal fumo. Considerando che i bambini esposti al fumo di membri della famiglia presentano un aumentato numero di infezioni del tratto respiratorio, una aumentata

incidenza di asma, un peggioramento della loro condizione¹⁴, e che negli asmatici adulti l'esposizione al fumo di sigaretta di membri della famiglia si traduce in un aumento del numero delle riacutizzazioni, in un aumento dell'uso di steroidi e in un aumento delle visite in Pronto Soccorso¹⁵, altrettanto importante appare l'azione del MMG per ridurre l'esposizione al fumo passivo, attraverso l'educazione sanitaria e l'intervento di dissuasione sui fumatori conviventi.

L'ambulatorio smoke-free

Le linee-guida per la MG raccomandano anche un punto fondamentale: il MMG deve essere da esempio, per cui deve sorvegliare che l'ambulatorio sia realmente "smoke-free" (divieto rispettato sia dai pazienti che dai colleghi) e, nel caso fosse un fumatore, deve assolutamente evitare di fumare di fronte ai propri pazienti anche al di fuori dall'ambulatorio.

La comunicazione

Questo tema di solito infastidisce la maggior parte dei medici (MMG o specialisti), che spesso sono convinti di essere degli ottimi comunicatori, in virtù di abilità acquisite sul campo. In realtà è proprio nella comunicazione e nella relazione medico-paziente che il MMG trova difficoltà inaspettate sul suo percorso professionale. In effetti manca una preparazione specifica in materia, e questa lacuna infatti sta emergendo negli ultimi anni come un problema da affrontare seriamente in ambito accademico¹⁶. Se le nostre risorse come comunicatori spesso non sono brillanti, bisogna riconoscere che comunicare con il fumatore è un'impresa molto delicata: gli specialisti in comunicazione ci suggeriscono di evitare con il fumatore i toni "terroristici" sul suo fosco e breve futuro, di essere capaci di ascoltare, e di cercare di individuare un terreno utile su cui far crescere la motivazione a smettere (figli piccoli, benessere personale, qualità di vita, qualità dell'aria che respiriamo).

La storia del tabacco

Le linee-guida sono un semplice strumento di consultazione e di orientamento, più o meno seguite dai MMG, ma di sicuro rappresentano un momento di comunicazione e di stimolo. Tutti i colleghi che si avvicinano al tema del fumo di sigar-

retta restano affascinati da questo argomento che attraversa 500 anni di storia e dove si intrecciano aspetti culturali, comportamentali, economici, clinici, ecologici, legali, letterari e artistici. Internet offre oggi un ventaglio inesauribile di bibliografia in materia: attraverso i più comuni motori di ricerca si può interrogare la Grande Biblioteca virtuale incrociando “tabacco” con quanto di più originale e personale possa interessare.

Per saperne di più:

- 1) World Health Organization. International Classification of Disease. Tenth Revision, Geneva 1996.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM IV, Fourth Edition, 1994.
- 3) Doll R. et al.: Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. BMJ 1994;309:901.
- 4) Boyle, P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. Lung Cancer 1997;17:1-60.
- 5) Pagano R, La Vecchia C, Decarli A. Smoking in Italy, 1995. Tumori 1998;84:456-459.
- 6) Fagerstrom KO. Workshop: Tracking smoker's intentions to quit (WHO Europe). Budapest, IUATLD-Europe Meeting, April 15th, 2000.
- 7) Invernizzi G, Bettoncelli G, D'Ambrosio G, Zappa M, Calzolari M, Paredi P. Carbon monoxide, cigarettes, and family doctors. Tumori 2001;87:117-11.
- 8) Spangler JG, Gorge G, Foley KL, Crandall S.: Tobacco Intervention Training. Current efforts and Gaps in US medical schools. JAMA, 2002; 288:1102-1109.
- 9) Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guidelines. US Department of Health and Human services (2000) AHRQ Publication N. 00032.
- 10) Nardini S, Bertoletti R, Carrozzì L, Sabato E, Enzo E, Latini R. Raccomandazioni per la attivazione e gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2000;15(3):201-231.
- 11) Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R, Guerra C, Lavecchia C, Lazzaro C, Sabato E, Zuccaro P. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2002; 17: 55-70.
- 12) Law M, Tang JL, Wald N. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch Intern Med 1995;155:1933-1941.
- 13) Shu-Hhong U, Anderson BA, Tedeschi GE, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M, Gutiérrez-Terrell E. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. N Engl J Med 2002;347:1087-93.
- 14) Chilmoneczyk BA, Salum LM, Megathlin KN, Neveux LM, Palomaki JF, Knight GJ. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. N Engl J Med 1993;328:1665-1669.
- 15) Evans D, Levison MJ, Feldman CHH, Clark NM, Wasilew-sky Y, Levin B. The impact of passive smoking on emergency room visits of urban children with asthma. Am Rev Respir Dis 1987;135:567-572.
- 16) Roth CS, Watson KV, Harris IB. A communication assessment and skill-building exercise (CASE) for first-year residents. Acad Med. 2002 Jul;77(7):746-7.

UNA LINEA CONTRO IL FUMO

Una giornata intera dedicata ai diritti dei non fumatori. La Lega per la Lotta contro i Tumori di Milano ha messo a disposizione una linea telefonica “per i diritti dei fumatori: dall'altra parte del filo”, per rispondere ai quesiti dei non fumatori, un consulente legale (Milena Calati, Osservatorio sul Tabacco) con il compito di chiarire i dubbi sulla legislazione in materia di fumo. Le telefonate sono state numerosissime, principalmente vertenti sul fumo nei luoghi di lavoro, sia privati che pubblici nei quali il divieto di fumare non viene rispettato. Numerose sono anche le lamentele per il fumo nei locali pubblici quali bar ristoranti ecc. Dato il successo dell'iniziativa è auspicabile che si ripeta con regolarità.

Osservatorio sul Tabacco

Centro di studio e d'informazione sul tabacco
promosso dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori,
sezioni di Varese e Milano,
dal Registro Tumori della Regione Lombardia
e dalla ASL della Provincia di Varese - Via O. Rossi, 9 - 21100 Varese
Telefono: 0332/277.440 Fax: 0332/277.434
E-mail Milano: tabacco@istitutotumori.mi.it
E-mail Varese: osservatoriotabacco@libero.it
www.istitutotumori.mi.it/osservatorio/tabacco.htm

Presidente: Prof. Carlo Cis (Lega Tumori di Varese)
Direttore Scientifico: Dott. Paolo Crosignani (Registro Tumori Lombardia)
Direttivo: Dott. Roberto Bardelli (ASL Varese),
Dott. Ilaria Malvezzi (Lega Tumori Milano)
Segreteria: Angela Marchiorato



sservatorio sul Tabacco

*Fate conoscere questa pubblicazione ai Vostri Colleghi.
Inviateci il loro indirizzo, la invieremo gratuitamente.*