A scenic view of a town and a lake seen through a brick archway. The archway is made of reddish-brown bricks and frames a landscape with green trees, a body of water, and a town in the distance under a clear blue sky. The text is overlaid on the central part of the image.

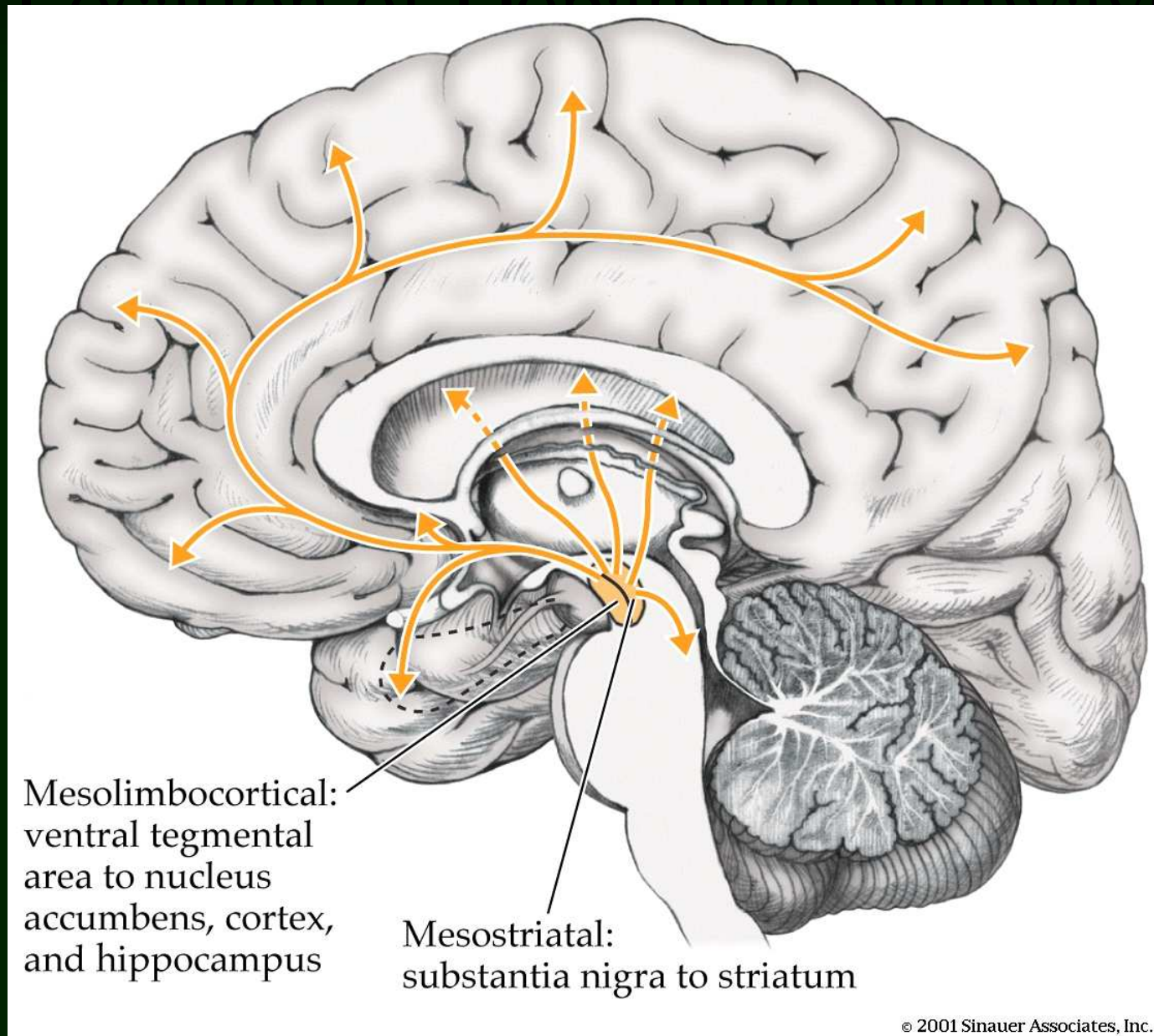
**Tra nuovi e vecchi
stili di vita:
gioco d'azzardo, alcol,
fumo e psicofarmaci**

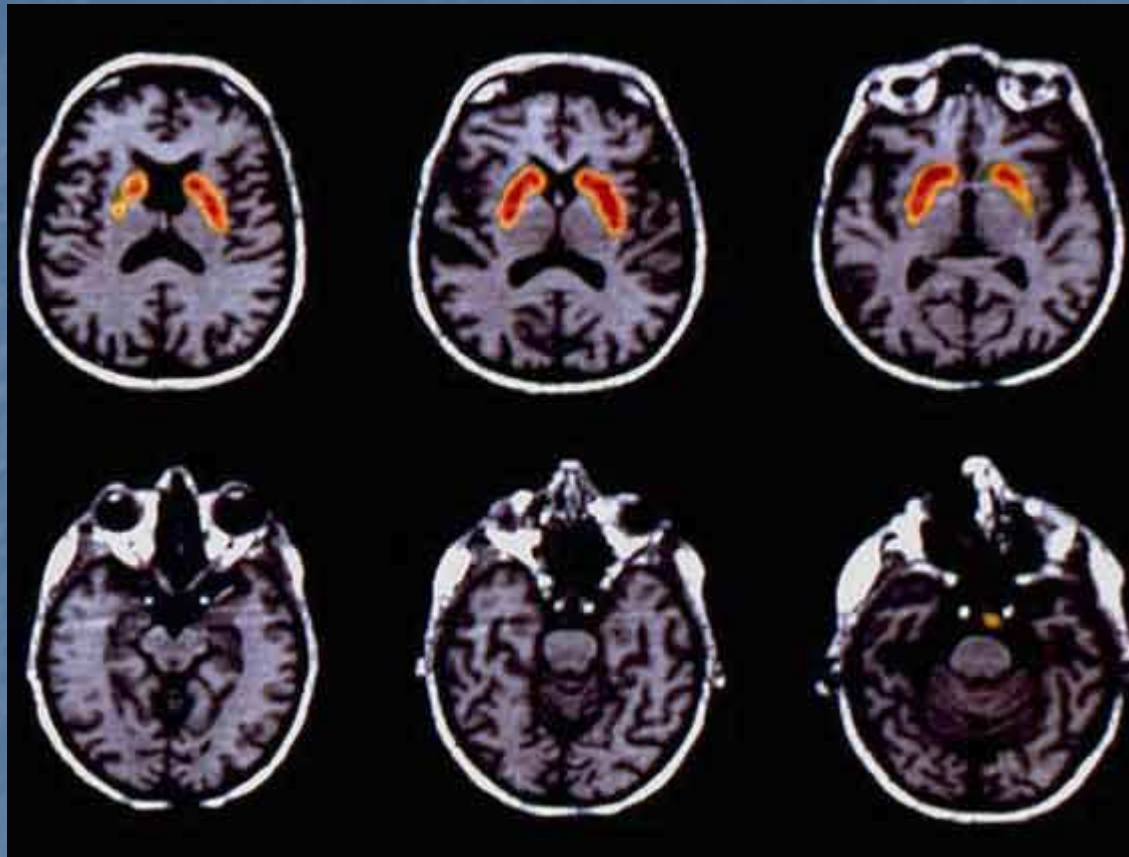
P.E. Dimauro

Direttore Dipartimento Dipendenze

Azienda USL 8 Arezzo

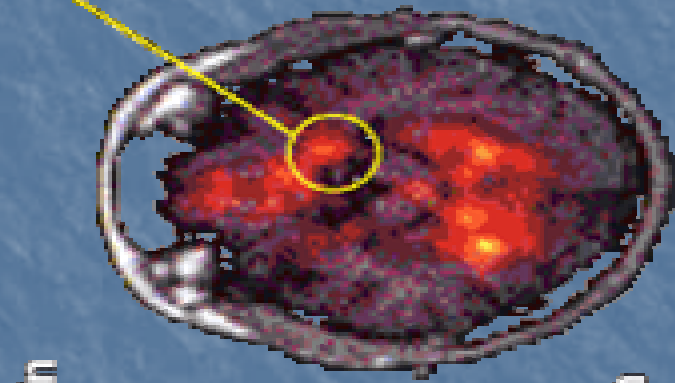
SISTEMA DOPAMINERGICO





Visualizzazione dei recettori dopaminergici nel cervello umano

**Amygdala
not lit up**

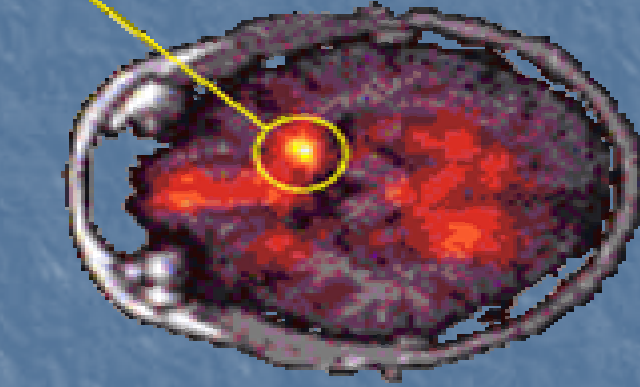


Front of Brain

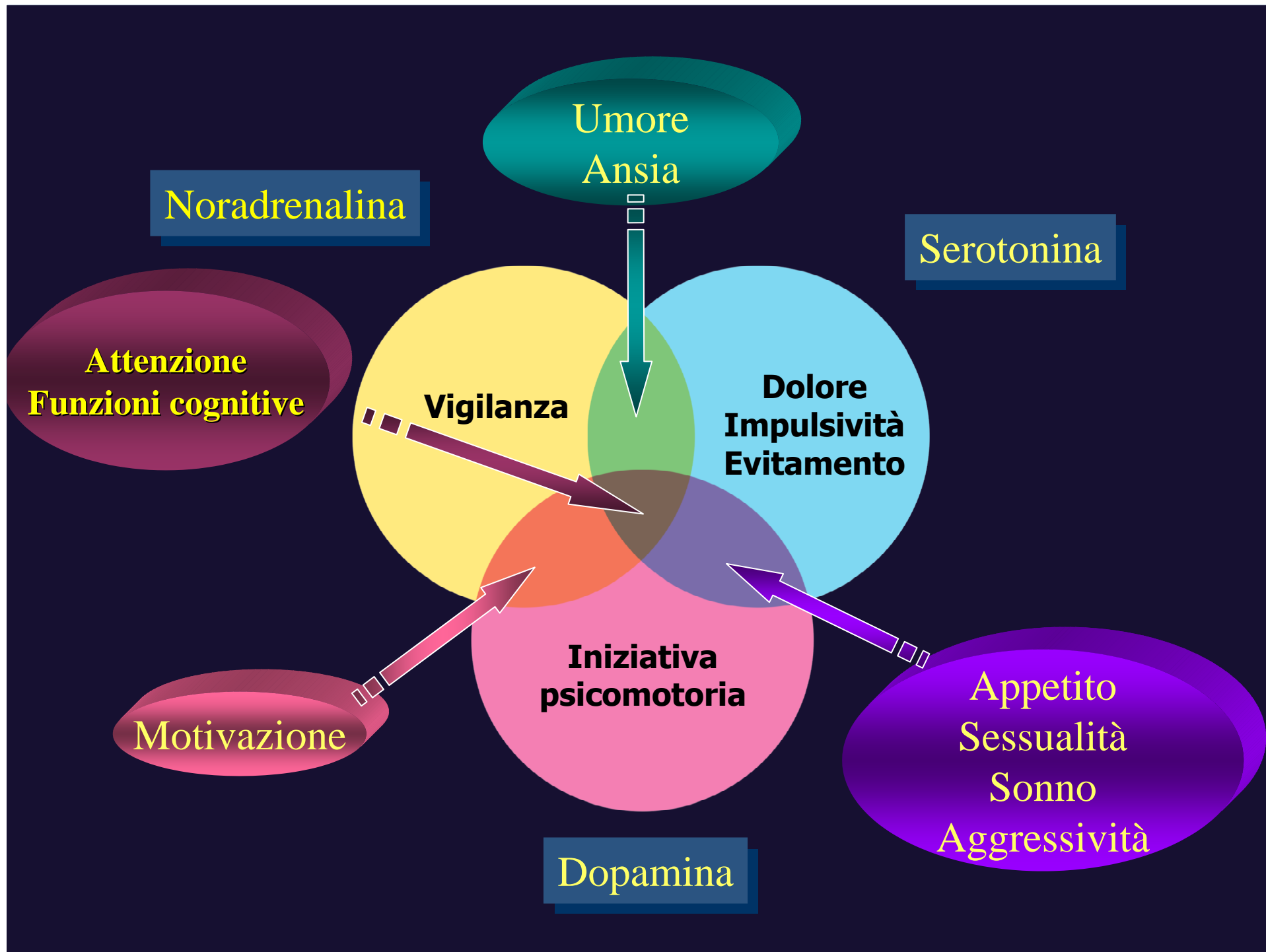
Back of Brain

Nature Video

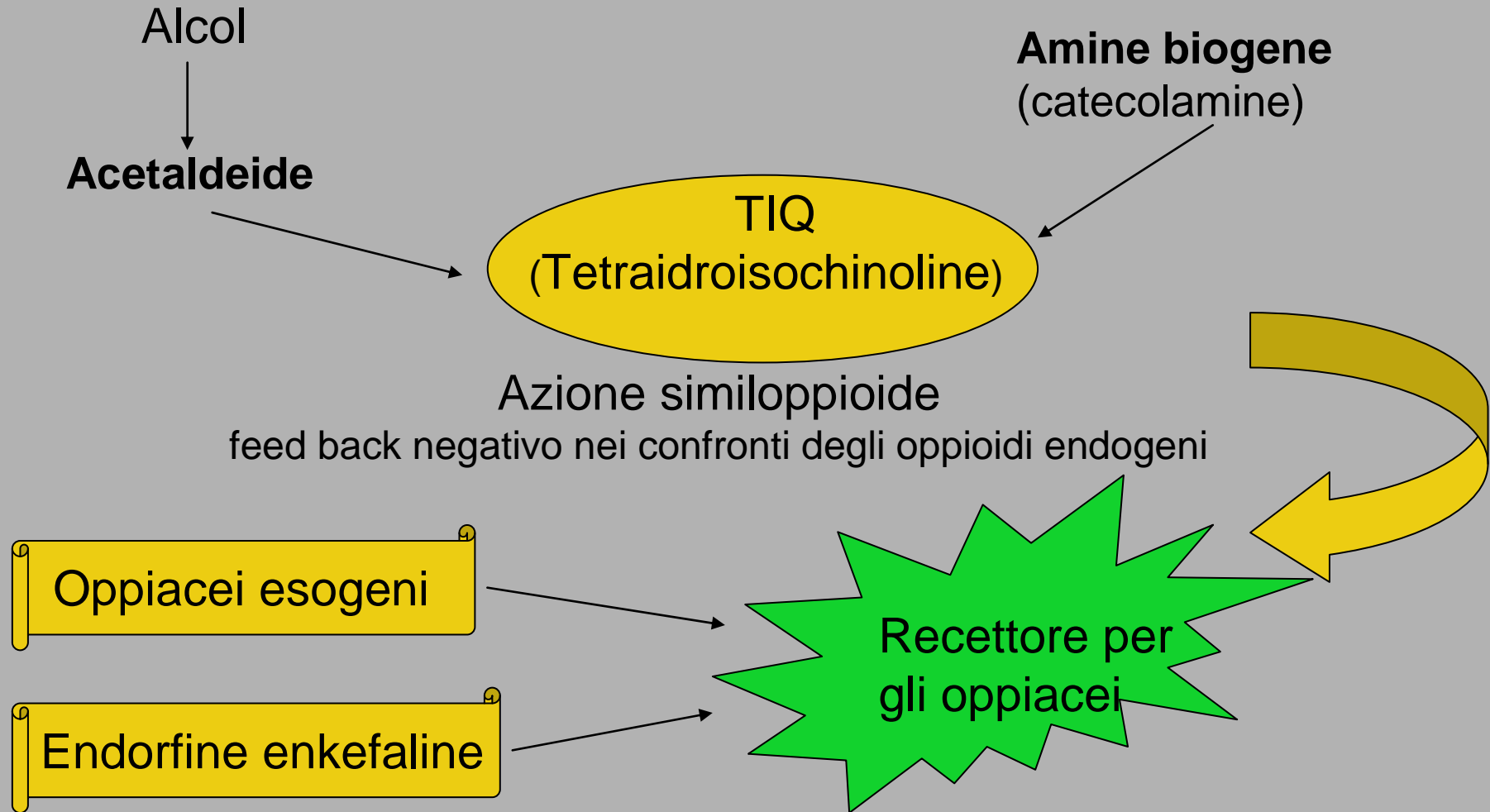
**Amygdala
activated**



Cocaine Video



link hypotesis



Fattori che contribuiscono allo sviluppo della dipendenza

**Genetici
(25-50%)**

- DNA
- SNPs
- polimorfismi

**Ambientali
(very high)**

- prenatali
- postnatali
- cues
- comorbilità

• livelli di mRNA
• peptidi
• proteomics

• neurochimici
• comportamentali

**Effetti indotti dalle sostanze
(very high)**

CRAVING

Esatta definizione, modalità di misura e utilità scientifica controverse

(Verheul, 1999)

Aspetti cognitivi: Il craving è l'indice di altri eventi cognitivi: pensieri, sentimenti, memorie, percezioni, sensazioni, sogni, immagini spiacevoli, che si desidera modificare al più presto.

(Toneatto, 1999)

Craving: modello a tre vie

Via neurologica	Reward craving	Relief craving	Obsessive craving
Neurobiologia	◆ > sensibilità effetti alcol; ◆ funzionamento subottimale recettori endorfine	Disregolazione gabaergica/glutammaergica	Deficit di serotonina
Psicologia	◆ Ricerca di novità ◆ Edonismo	Personalità evitante	Basso grado di disinibizione
Terapia farmacologica	Naltrexone	Acamprosato	SSRI

(Verheul, 1999)

Harm Avoidance

- Tendenza ereditaria ad imparare ad evitare le punizioni, la novità e le frustrazioni
- Preoccupazione pessimistica per l'anticipazione di problemi futuri, rapido affaticamento
- Una elevato Evitamento del Pericolo si manifesta negli stati depressivi (*Chien, 1996*), mentre una riduzione del tratto è stato riscontrato negli ecstasy-user (*Schifano, 2000*)

Correlati biologici e genetici dell'Evitamento del Pericolo:

- Tratto ipo-serotoninergico (*Cloninger, 1986*)
- Alterazioni del gene del trasportatore della serotonina (*Ruegg, 1997*).

Novelty Seeking:

- Bisogno compulsivo di sensazioni nuove, comportamento esplorativo, presa di rischio
- Impulsività, anticipazione delle gratificazioni, evitamento della frustrazione
- Sensibilità solo a emozioni forti, più elevata soglia dell'arousal (Zuckerman, 1996)

Correlati biologici e genetici della Novelty Seeking:

- Tratto ipo-dopaminergico (*Cloninger, 1986; Gerra e altri, 1999*)
- associato all'allele DRD4*7R al locus del recettore D4 della dopamina (*Benjamin, 1996; Ebstein, 1996*).
- Una maggiore densità nello spazio sinaptico del transporter della dopamina (DAT), responsabile dell'eccessivo reuptake presinaptico della dopamina (*Ruegg, 1997; Volkow and Fowler, 2000*).

Poliuso: cocaina/alcool

- Molti tossicodipendenti usano più di un tipo di sostanze.
- Combinazioni di deprimenti del CNS provocano un aumento della sedazione e una depressione respiratoria.
- Alcool e cocaina provocano un aumentata tossicità con formazione di cocaetilene.

New addictions

- Dipendenza dal sesso
- Gambling
- Dipendenza dagli acquisti compulsivi
- Dipendenza da internet, pc e televisione
- Dipendenza da lavoro, da sport, dal cibo, affettiva...

LA DIPENDENZA DAL GIOCO D'AZZARDO

(Gioco d'azzardo patologico
O GAMBLING)



Dipendenza è...

- Una condizione, legata all'uso di sostanze psicoattive, caratterizzata da una scarsa o assente capacità di controllo sulla sua assunzione, nonostante il verificarsi di conseguenze avverse più o meno significative

L'APA nel 1980 la include nei Disturbi del controllo degli impulsi (DSM IV), considerandola non più vizio, ma malattia

Storia



- Il gioco d'azzardo è presente nella cultura dell'uomo fin dall'antichità
- Testimonianze di immagini di dadi e di giocatori nelle raffigurazioni degli antichi egizi intorno al 3000 a.C.
- Nell'antica Roma insegne con scritte "Scommesse e cibo"
- Il gioco dei dadi vanta la storia più lunga;
- le scommesse sulle corse dei cavalli fanno la loro comparsa intorno al XII/XIII sec.; le prime lotterie nascono in Italia e in Inghilterra intorno al 1500; il filosofo Blaise Pascal nel XVI sec inventa la roulette; nel 1885 l'americano Charles Fay sviluppa le prime slot machines
- Esempi di "accaniti giocatori": Caligola e Nerone, George Washington, il duca di Wellington, Dostoevskij, l'Aga Khan...
- Fase di grande legalizzazione

- Il gioco d'azzardo costituisce un business importante per lo Stato, in Italia si spende 271 euro pro capite all'anno, allo Stato va il 25% delle giocate
- Il gioco d'azzardo in Italia è illegale! Salvo quello concesso dallo Stato...
- Quindi il Totonero è illegale non perché sia illegale o pericoloso il gioco in sé, ma perché non essendo gestito dallo Stato, non viene detratto il 25% di tasse
- Siamo di fronte ad un contesto in cui lo scommettere è incentivato, autorizzato, a condizione che lo Stato ne tragga un guadagno
- Percezione legata ad un'élite (Dostojeskij), ad ambienti fumosi, con grosse disponibilità di denaro (Casinò), ma non si pensa al Totocalcio, ai Gratta e vinci, ai Bingo, ai Videopoker, alle Corse con i cavalli, al Lotto, Superenalotto, Lotterie...

Ma che cosa si intende per gioco d'azzardo? **I vari tipi di gioco (Caillois, 1957)**

- Agon (competizione): giochi che richiedono capacità intellettuale, fisica o di riflessi...corse, combattimenti, boxe, biliardo, scherma, dama, calcio, scacchi...
- Mimicry (mimesi): giochi d'imitazione quali le imitazioni infantili, le bambole, i giochi in maschera, il teatro...
- Ilinx (vertigine): il roteare infantile, la giostra, l'altalena, le montagne russe, lo sci, il valzer, l'acrobazia...
- Alea (dal latino "dado", *hasard* in francese e *az-zahr* in arabo): il risultato è affidato al caso, alla fortuna...testa o croce, scommesse, roulette, slot machines, lotterie...Sono tipici della specie umana

Possono essere compresenti nello stesso gioco più tipologie (Poker)



Quando si parla di gioco d'azzardo?

- Il giocatore deve scommettere del denaro o un oggetto
- Una volta scommesso non può essere ritirato
- L'esito dipende soprattutto dal caso



- Il 3% della popolazione è interessato al fenomeno nella sua forma patologica
- A differenza della tdp (3/1), nel gambling il rapporto maschi femmine è di 9/1
- L'80–90% delle persone gioca d'azzardo, senza per questo costituire un problema

I vari tipi di giocatori

- *Giocatore occasionale*
- *Giocatore abituale*
- *Giocatore problematico*
- *Gambler o giocatore patologico (SOGS di Lesieur e Blume)*



Com'è che si diventa dipendenti?

La differenza sta nella funzione che un gioco d'azzardo assume progressivamente per un individuo "predisposto"

Come per tutte le forme di dipendenza, si chiamano in causa vari fattori (ottica bio – psico – sociale) che spiegano una maggiore "vulnerabilità" di alcune persone rispetto ad altre

Fattori ambientali:

- La maggiore accessibilità incide in modo direttamente proporzionale sul tasso di prevalenza del disturbo (quelli più pericolosi non sono le lotterie, ma quelli a breve latenza come slot – machine, roulette, bingo, videopoker...giochi hard e soft...)
- Il frequentare amici, conoscenti, familiari con abitudini legate all'ambiente del gioco d'azzardo aumenta l'esposizione al rischio
- Precoce "contatto"

Fattori individuali:

- Disturbi dell'umore, disturbi di deficit di attenzione con iperattività
- Presenza di bisogni psicologici insoddisfatti, frustrazioni...
- Bassa autostima
- Identità debole

Fattori genetici:

- Minore attività dopaminergica (ipo-anedonia di base)



Sviluppo del gioco patologico (Custer, 1984)

fase vincente

Gioco occasionale, vincita frequente, eccitazione legata al gioco, gioco + frequente, aumenta l'ammontare della scommessa, GROSSA VINCITA

Gioco solitario, episodi di perdita prolungata, pensare solo al gioco, coperture, menzogne, non si riesce a smettere di giocare, irritabilità e ritiro, vita familiare infelice, forti prestiti

fase perdente

Incapacità di risarcire i debiti, marcato aumento del tempo e del denaro dedicato al gioco, alienazione dalla famiglia e dagli amici, panico, azioni illegali...

fase di disperazione

“Effetti”



- Problemi economici: debiti, bancarotta, usura, indigenza...
- Problemi familiari: rottura delle relazioni coniugali, incuria nei cfr dei figli,...
- Problemi penali: frodi, furti, falsificazioni,...
- Problemi lavorativi: riduzione della produttività, perdita del lavoro,...
- Problemi psichici: depressione, ansia, tentativi di suicidio,...

Perdita della speranza

Pensieri e tentativi di suicidio, arresti, divorzi, alcol, crollo emotivo, sintomi da ritiro

Fase critica (1)

Stadio della risalita

fase di ricostruzione (2)

Fase di crescita (3)

Sincero desiderio di aiuto, cessazione del gioco, ricostruzione dei legami sociali e familiari, ripresa del lavoro...graduale e progressiva risalita

Meccanismi rinforzanti

- La "quasi vincita": ...ho puntato sul 71 è uscito il 72...
- Fallacia di Montecarlo: si verifica quando il giocatore tende a sopravvalutare la propria probabilità di successo in seguito ad una sequenza di giocate sfortunate o di scommesse perse
- La "rincorsa della perdita"
- Conseguenza sociali che l'abitudine al gioco comporta (debiti, problemi in famiglia, solidarietà tra giocatori...)
- Una grossa vincita
- ...

Quali sono le funzioni?

- Antidoto alla depressione
- Antidoto alla solitudine
- Fuga, evasione, avventura a poco prezzo
- Sogno di cambiare la propria vita o di migliorarla
- Contenitore di frustrazioni
- Può offrire un ruolo ed un'identità

Dostojesky ne "Il giocatore":

Può darsi che l'anima, dopo aver provato tante sensazioni, non solo non se ne sazi, ma al contrario, ne ricavi un'eccitazione che lo spinga ad esigerne sempre di nuove e di più forti, fino a restarne definitivamente spossato





PREMESSE

- ***Elevata incidenza e prevalenza***
 - ***Cultura permissiva***
- ***Interessi commerciali consistenti***
 - ***Letteratura OMS abbondante***
- ***Necessità di soluzioni logiche e compatibili***

.....

.....

CARTA EUROPEA SULL'ALCOL - Parigi, 1995

5 PRINCIPI

10 STRATEGIE

PROGETTO SALUTE 21 - SALUTE PER TUTTI

TARGET 12

.....il consumo pro capite di alcol non dovrebbe aumentare o comunque superare i 6 litri all'anno, e dovrebbe essere zero nella popolazione sotto i 15 anni.....

CONFERENZA MINISTERIALE EUROPEA DELL'OMS

Il tema di questa Conferenza è particolarmente importante perché mette l'accento su una **complicità micidiale: quella della società con il consumo dell'alcol.**

Perché l'opinione pubblica così pronta ad infiammarsi, spesso a ragione, talvolta esageratamente, contro tutti gli attentati alla salute, si inquieta così poco quando settimana dopo settimana decine di migliaia di bambini e adolescenti muoiono a causa dell'alcol (più di 57.000 ogni anno nella Regione europea)?

Come spiegare che i pochi studi sugli **effetti positivi** dell'alcol sulla salute ricevono una vasta eco, mentre tutti gli altri che mettono in evidenza i suoi **danni** passano spesso sotto silenzio?

Chi per esempio è al corrente del fatto che in Europa **un decesso su quattro** tra i ragazzi tra i 15 e 29 anni è dovuto all'alcol?

Perché si continua a lasciar credere che ci sono **due tipi di consumi** totalmente distinti ed opposti. Quello **buono**, che provoca piacere e convivialità. L'altro, quello **cattivo**, che conduce all'alcolismo. Oggi si sa molto bene che il confine tra il consumo moderato ed un consumo eccessivo è estremamente labile e che il passaggio dal primo al secondo è frequente e nascosto.

All'alcol si attribuisce nella Regione europea il **10% del carico di malattie.**

Marc Danzon: Direttore Generale per l'Europa dell'OMS Stoccolma 19 febbraio 2001

Dichiarazione sui giovani e l'alcol Stoccolma, 19-21 febbraio 2001

(Adottata a Stoccolma il 21 febbraio 2001)

Sanità pubblica

Oggi la salute e il benessere di molti giovani sono fortemente minacciati dal consumo di alcol e di altre sostanze psicotrope.

Da un punto di vista sanitario, il messaggio è chiaro: non esiste un elemento scientifico che stabilisca un limite sicuro nel consumo di alcol, soprattutto per i bambini e i giovani adolescenti, che costituiscono i gruppi più vulnerabili.

Molti bambini sono inoltre vittime delle conseguenze del consumo d'alcol di altre persone, spesso membri delle loro stesse famiglie, che provocano fratture familiari, disastri economici ed emotivi, abbandoni, maltrattamenti, violenze.

Le politiche sanitarie relative all'alcol devono essere guidate dagli interessi della sanità pubblica, senza interferenze di interessi commerciali.

*L'assorbimento di resveratrolo, catechine, quercetina è **insufficiente a ottenere una concentrazione plasmatica di 5 su 100 micromol/L (che è quella che ha mostrato l'attività biologica in vitro).***

*L'effetto antitumorale e antiinfiammatorio dei polifenoli liberi in vitro, riportati dalla letteratura, è **irrilevante in vivo** in quanto vengono assorbiti come coniugati.*



STIMA dei CONSUMATORI IN ITALIA al di sotto della LEGAL AGE

ELABORAZIONE OSSFAD SU DATI MULTISCOPO ISTAT. ANNO 2000

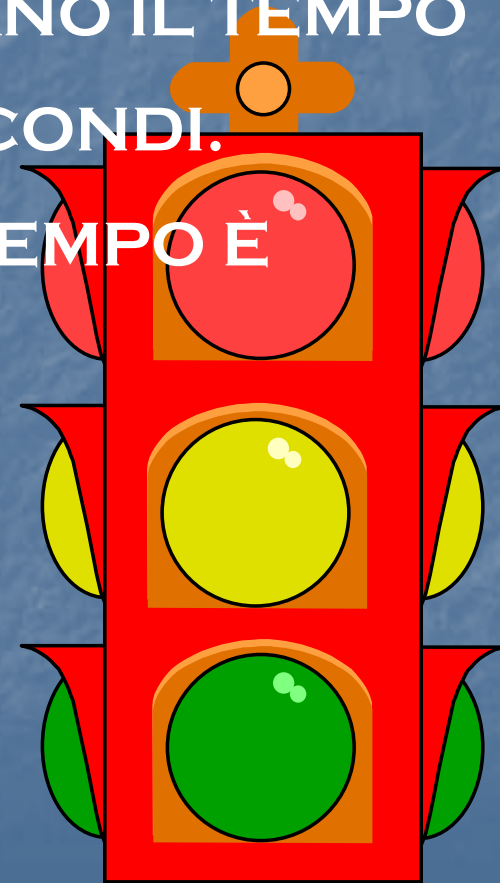


	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14	46,1%	31,4%	38,6%
	137.395	89.087	226.482
15-16	55,8%	42,5%	49,3%
	343.060	248.024	591.084
14-16	480.455	337.111	817.566

NELL'ADOLESCENTE L'USO DEGLI ALCOLICI È
UN COMPORTAMENTO A RISCHIO.

10 GRAMMI DI ALCOL MODIFICANO IL TEMPO
DI REAZIONE DA 0.74 A 1.32 SECONDI.

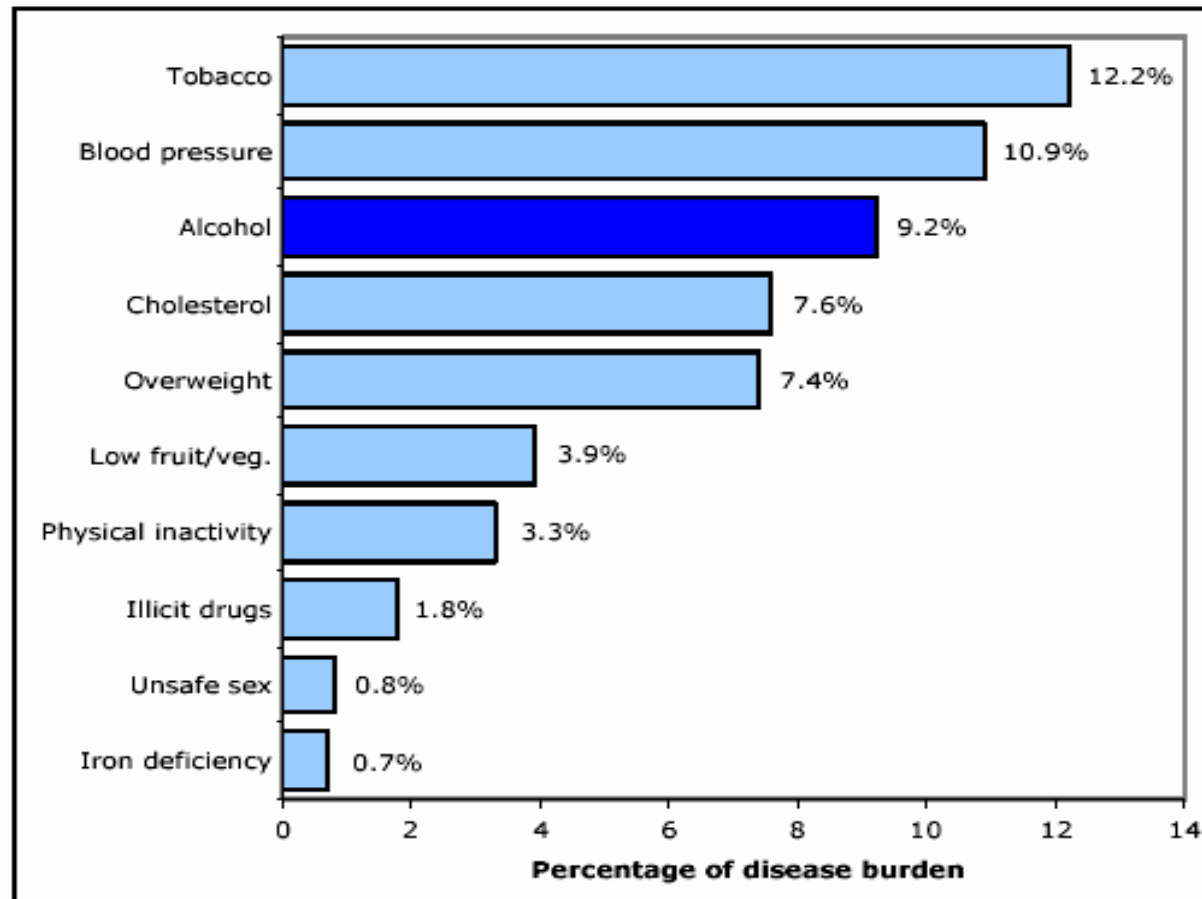
NELL'ADOLESCENTE QUESTO TEMPO È
DILATATO.



Anni di vita persi (%) a causa di invalidità permanente, patologia di lunga durata, mortalità prematura nelle nazioni occidentali attribuibili ai principali fattori di rischio



MAJOR BURDEN OF DISEASE – LEADING 10 SELECTED RISK FACTORS IN DEVELOPED COUNTRIES, 2000



The World health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.

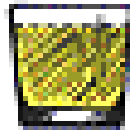
GLOBAL DESEASE BURDEN (2003)

Nel rapporto "GLOBAL DESEASE BURDEN" viene detto che **l'alcol è il 3° fattore di D.A.L.Y. (anni di disabilità) al mondo**

L'O.M.S. calcola che i morti causati dall'alcol siano 1 milione e 300 mila all'anno in tutto il mondo.

L'O.M.S. sottolinea la disparità enorme che esiste fra i danni sanitari e sociali causati dall'alcol e le modeste imposte versate dai produttori, per cui sono alla fine i cittadini che pagano, con le loro tasse, questi danni enormi.

12 grammi di Etanolo



One 1 oz. shot
of whiskey



One 5 oz. glass
of wine



One 12 oz. mug
of beer

42 gr. di liquore

113 gr. di vino

340 gr. di birra

ETANOLO

Liquori ar. 15 - 25%
Distillati 22 - 50%

Vino 10 - 18 %

Birra light 2.5 - 3.5%
Birra 4.0 - 6.0%

Blood Alcohol Level (BAL)

- Legal intoxication = 0.05
- LD50 = 0.40 dose letale, nel 50% della popolazione

Approximate Blood Alcohol level per drink:

Maschi

- 1 drink = 0.02
- 3 drinks = 0.06

Femmine

- 1 drink = 0.03
- 3 drinks = 0.09

Concentration-Effect Relationship

BAC [%]	Effects
0.02-0.03	Mood elevation. Slight muscle relaxation.
0.05-0.06	Relaxation and Warmth. Increased reaction time. Decreased fine muscle coordination.
0.08-0.09	Impaired balance, speech, vision, hearing, muscle coordination. Euphoria.
0.14-0.15	Gross impairment of physical and mental control.
0.20-0.30	Severely intoxicated. Very little control of mind or body.
0.40-0.50	Unconscious. Deep coma. Death from respiratory depression

Mechanism of Action of Alcohol

- Increases dopamine/serotonin levels (pleasurable aspects of intoxication)
- Alters the fluidity and organization of cell membranes throughout the brain
 - Alters the function of proteins that transverse cell membranes, such as neurotransmitter receptors and ion channels
- Binds to GABA-A receptor
 - Stimulate GABA receptors (reduces tension)
- Acts like a glutamate (NMDA) receptor antagonist
 - Inhibits glutamate receptors (cognitive actions)

PATOLOGIE ALCOL CORRELATE

NUTRIZIONE: 1 grammo di alcol produce 7.1 Kcal.

CAVO ORALE: malattia del parodonto, glossite, leucoplachia e ca. della lingua e della laringe (frequenti in alcolisti, specie se fumatori)

ESOFAGO: esofagite da reflusso ed esofago di Barret, ca esofageo (frequenza 5 volte > rispetto agli astemi e non fumatori)

STOMACO E DUODENO: gastrite cronica (H.P. ++), gastrite cronica atrofica.

FEGATO: steatosi, epatite alcolica acuta, cirrosi epatica micronodulare. Correlazione con virus epatitici

CISTIFELLEA: colelitiasi pigmentaria

PANCREAS: pancreatiti acute e croniche, Sindrome di Zieve, iper/ipoglicemia

INTESTINO: lesioni emorragiche transitorie nei villi intestinali (in acuto), atrofia della mucosa (in cronico), malassorbimento di vitamine, zuccheri, oligoelementi, aminoacidi

CUORE: miocardiopatia dilatativa, aritmie

VASI: ipertensione arteriosa, alterata funzione endoteliale

EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO: ipokaliemia, ipofosfatemia, ipomagnesiemia, ipocalcemia, alcalosi respiratoria

OSSO: ↓ dell'attività osteoblastica, osteoporosi, malassorbimento

SNC: demenza senile, encefalopatia di Wernicke, encefalopatia epatica, ambliopia alcolica

SNP: neuropatia periferica

VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI MENTALI

Attenzione

- lobi frontali
- sost. Reticolare

Memoria

- sist. Limbico
- lobi frontali
- nucleo caudato

Linguaggio

- emisfero cerebrale sin.

Coordinazione visu-spaziale - emisfero cerebrale dx.

Funzione esecutiva

Astrazione

Riproduzione di movimenti



CAGE

C: CUT DOWN: Ha mai pensato di dover diminuire il suo bere;

A: ANNOYED: Si sente infastidito dalle discussioni con parenti e amici sul suo bere;

G: GUILTY: Le capita di sentirsi in colpa per il suo bere;

E: EYE OPENER: Le capita qualche volta di bere al mattino per cominciare meglio la giornata.

*Nel 90% dei casi due risposte affermative depongono per alcolismo;
Se si tratta di un giovane una risposta affermativa sarà già fortemente
indicativa.*

Organizzazione Mondiale della Sanità:

POSIZIONE CORRETTA

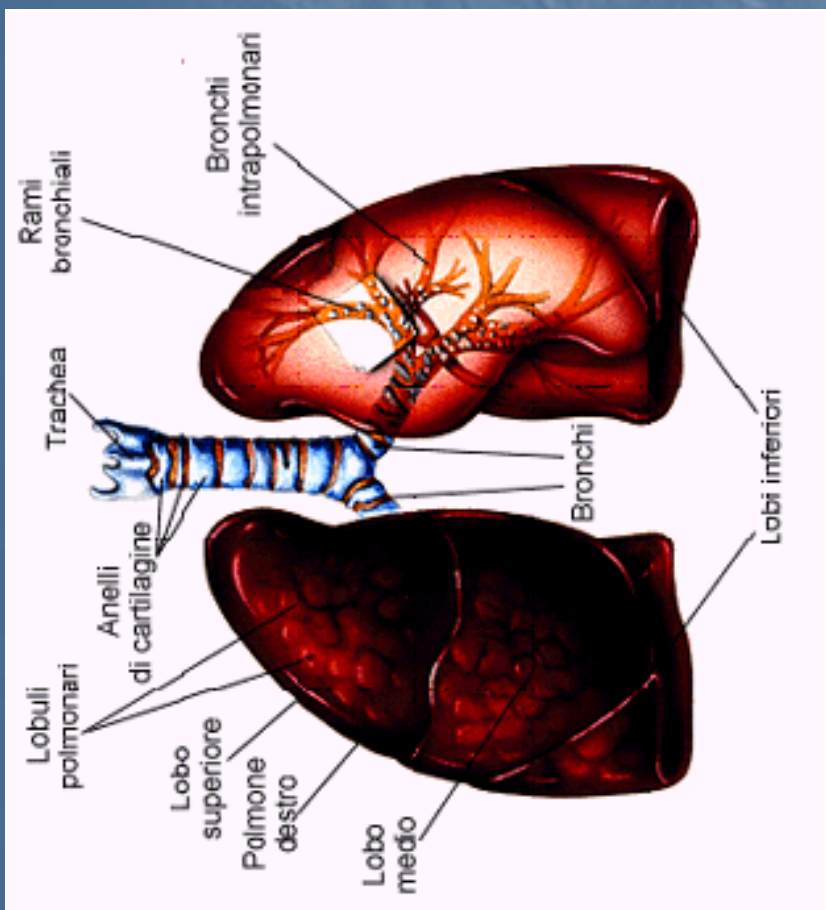
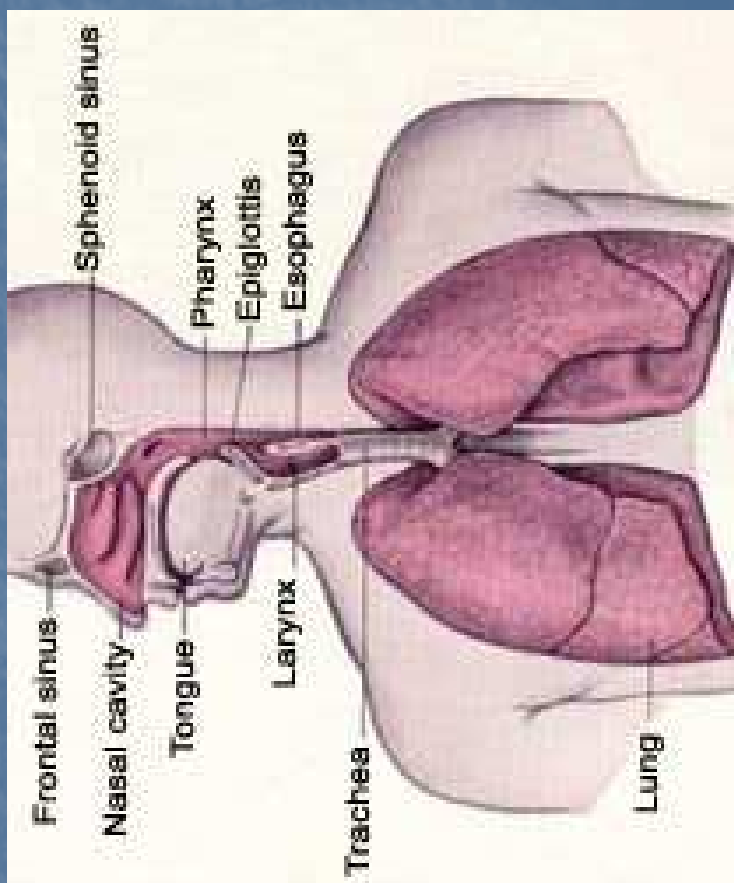
LESS IS BETTER

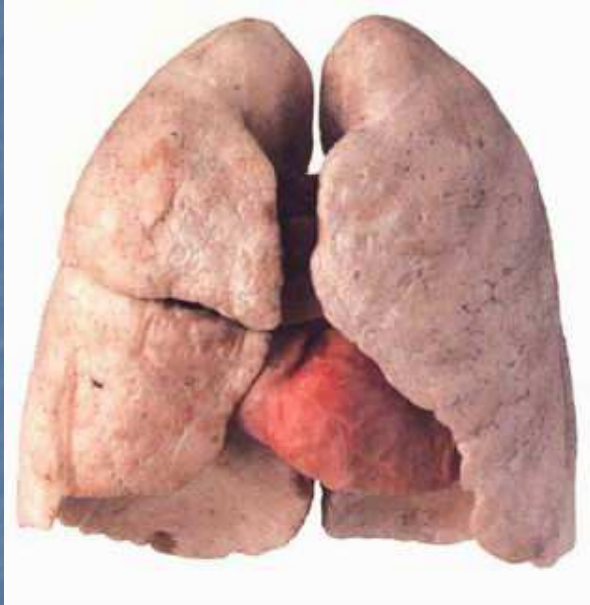
Non un "**uso**" che fa bene e un "**abuso**" che fa male

MA

un "**bere a basso rischio**" se si beve poco, "**bere ad alto rischio**" se si beve tanto.







Il tabagismo, che va obiettivamente annoverato tra le *tossicofilie*, è contraddistinto da un grado particolarmente severo di dipendenza



Nella quarta edizione del 1994 del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV), la dipendenza e l'astinenza da Nicotina sono classificate come disturbo psichico.

Criteria per valutare la dipendenza da nicotina:

- a) un persistente desiderio o il fallimento dei tentativi di smettere;
- b) un aumento della quota del proprio reddito destinata a procurarsi la sostanza;
- c) la continuazione nell'uso nonostante la consapevolezza di un problema di salute;
- d) il disagio, anche dopo una breve astinenza, che porta al tentativo continuo di trovare sollievo al desiderio di fumare



Tabacco: peculiarità

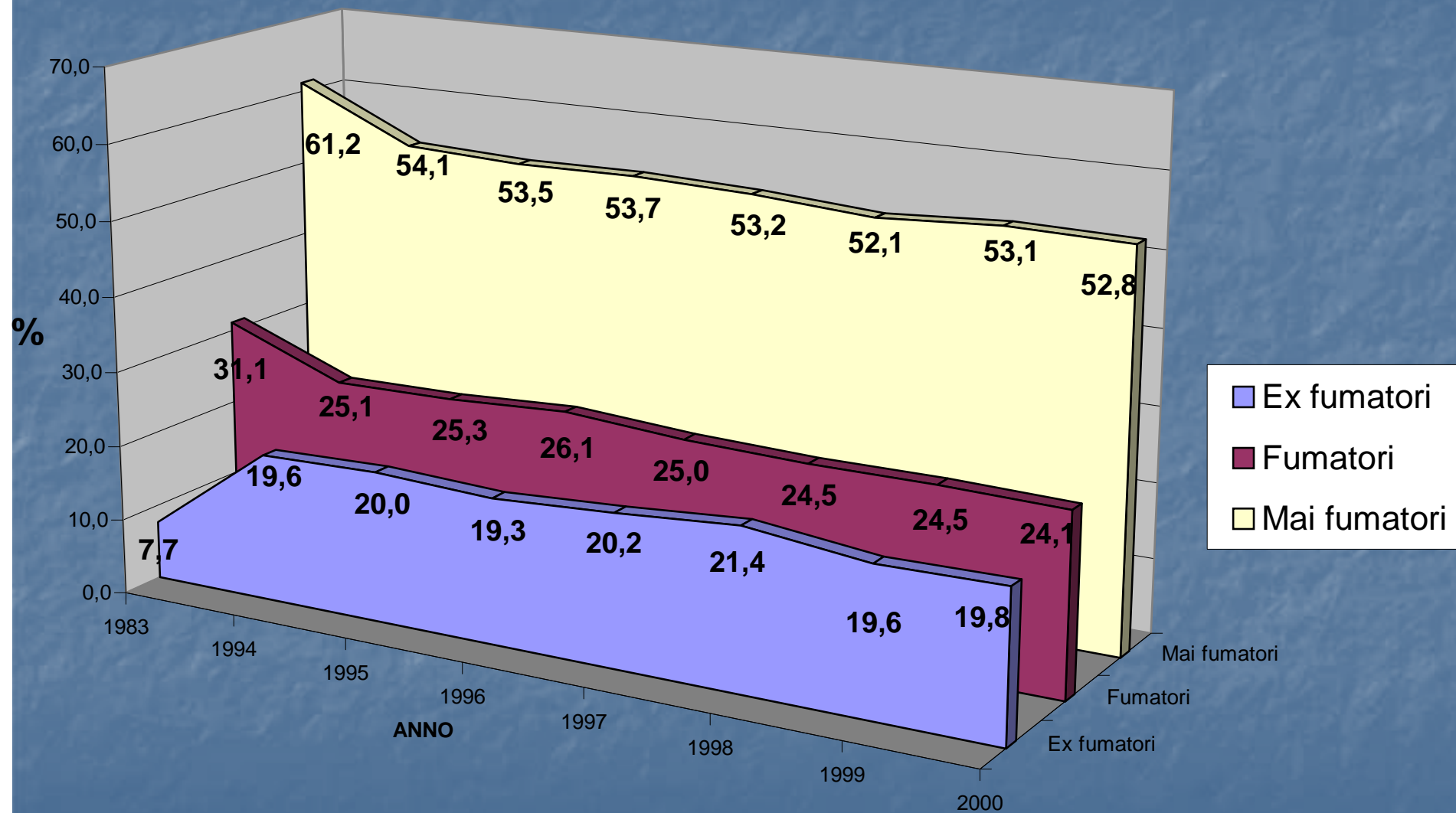
- * Sedazione o eccitazione secondo le circostanze e i bisogni contingenti; facilitazione dell'apprendimento e della capacità di concentrazione.
- * Induce facilmente dipendenza, il che significa che è usato non più solo per goderne gli effetti desiderati, ma anche per evitare i disturbi dovuti alla sua mancanza.
- * Nell'uso comune, non produce 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.
- * I danni a carico della salute emergono a distanza di tempo ed in forme cronicizzanti, così da destare un allarme non proporzionato ai danni di cui esso è responsabile.
- * Coinvolge interessi enormi, 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.



Aspetti epidemiologici

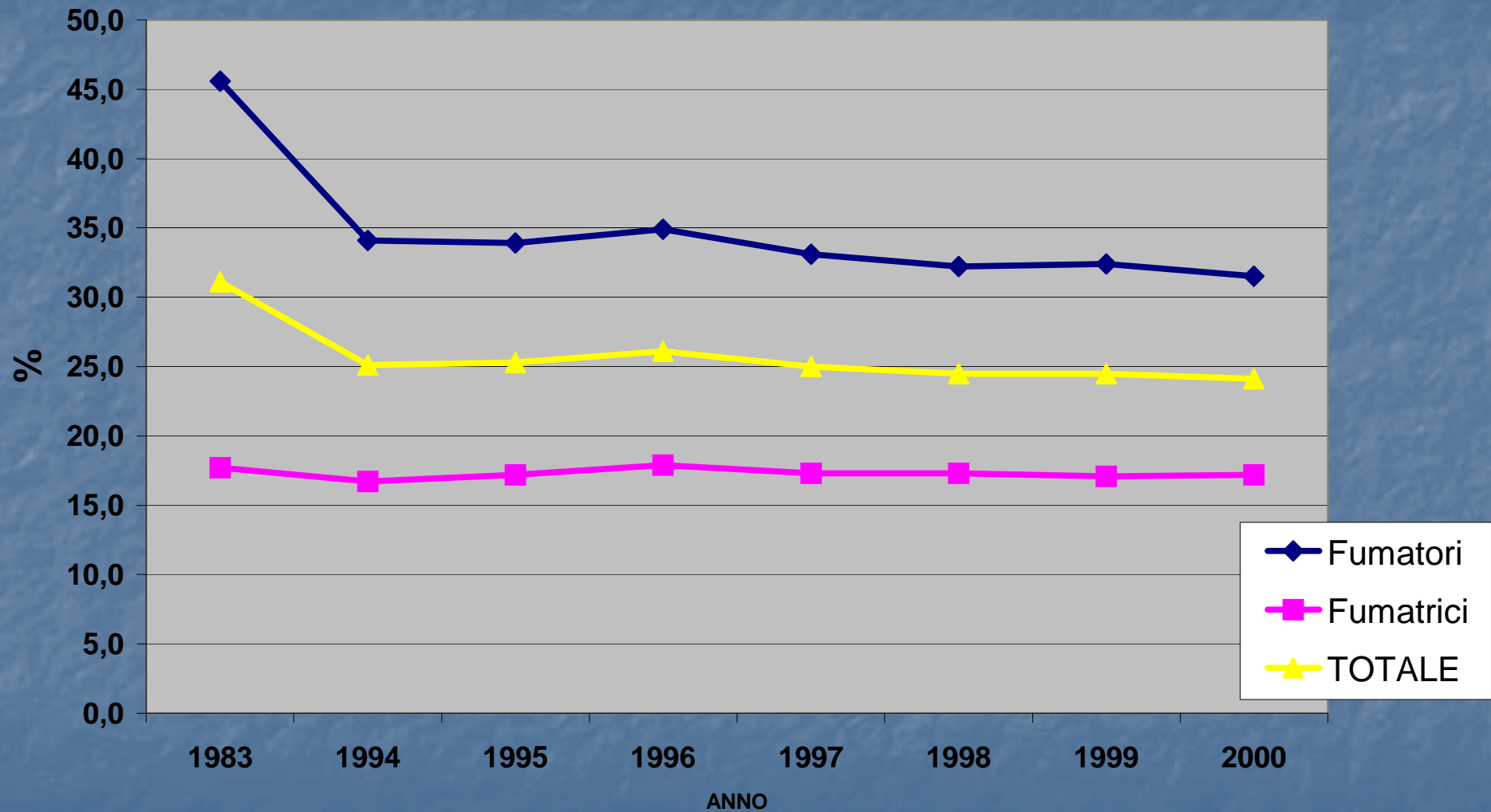
Gabriella Bidini

PERCENTUALE DI FUMATORI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA



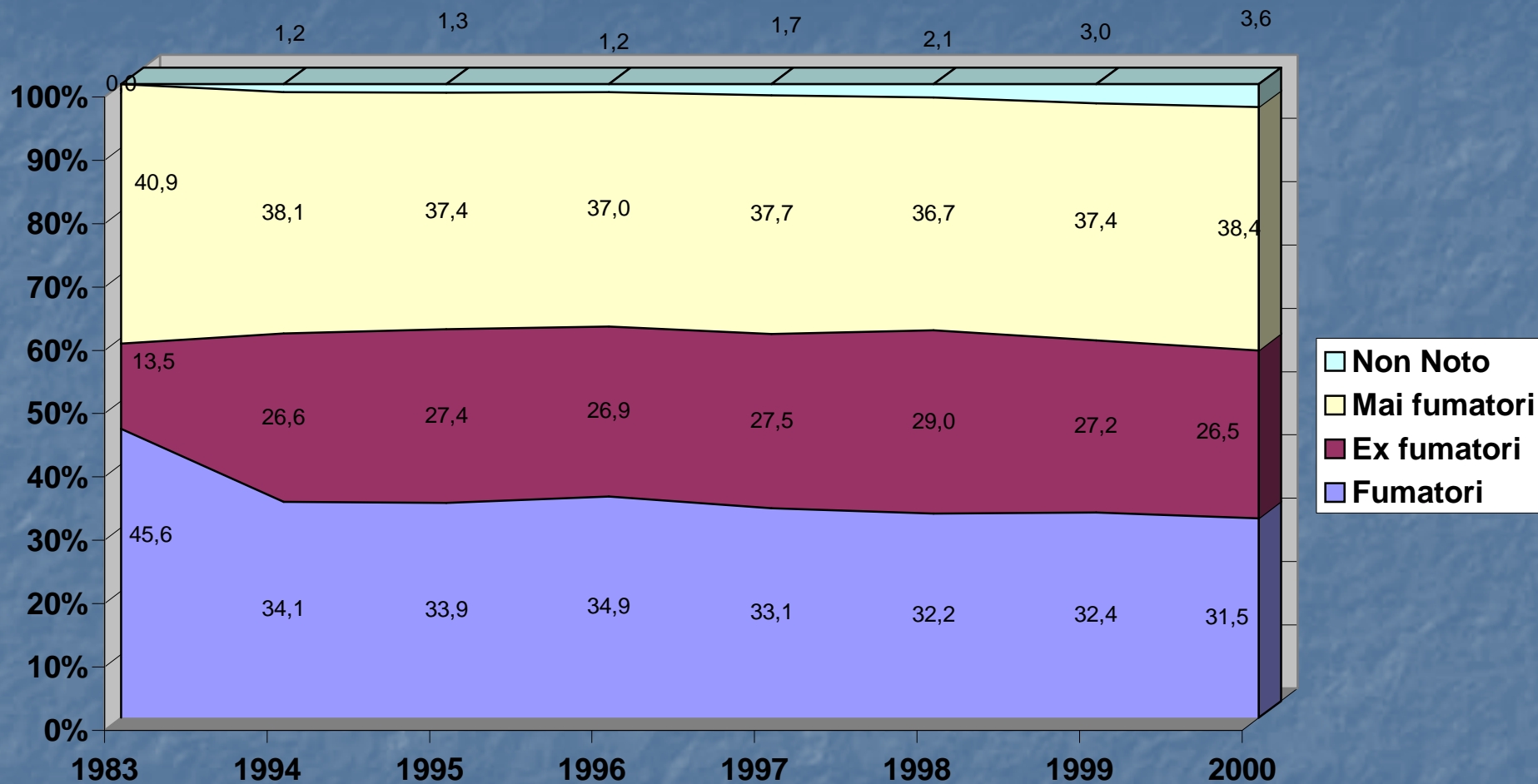
Dati ISTAT - popolazione => 14 anni

PERCENTUALE DI FUMATORI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA PER SESSO



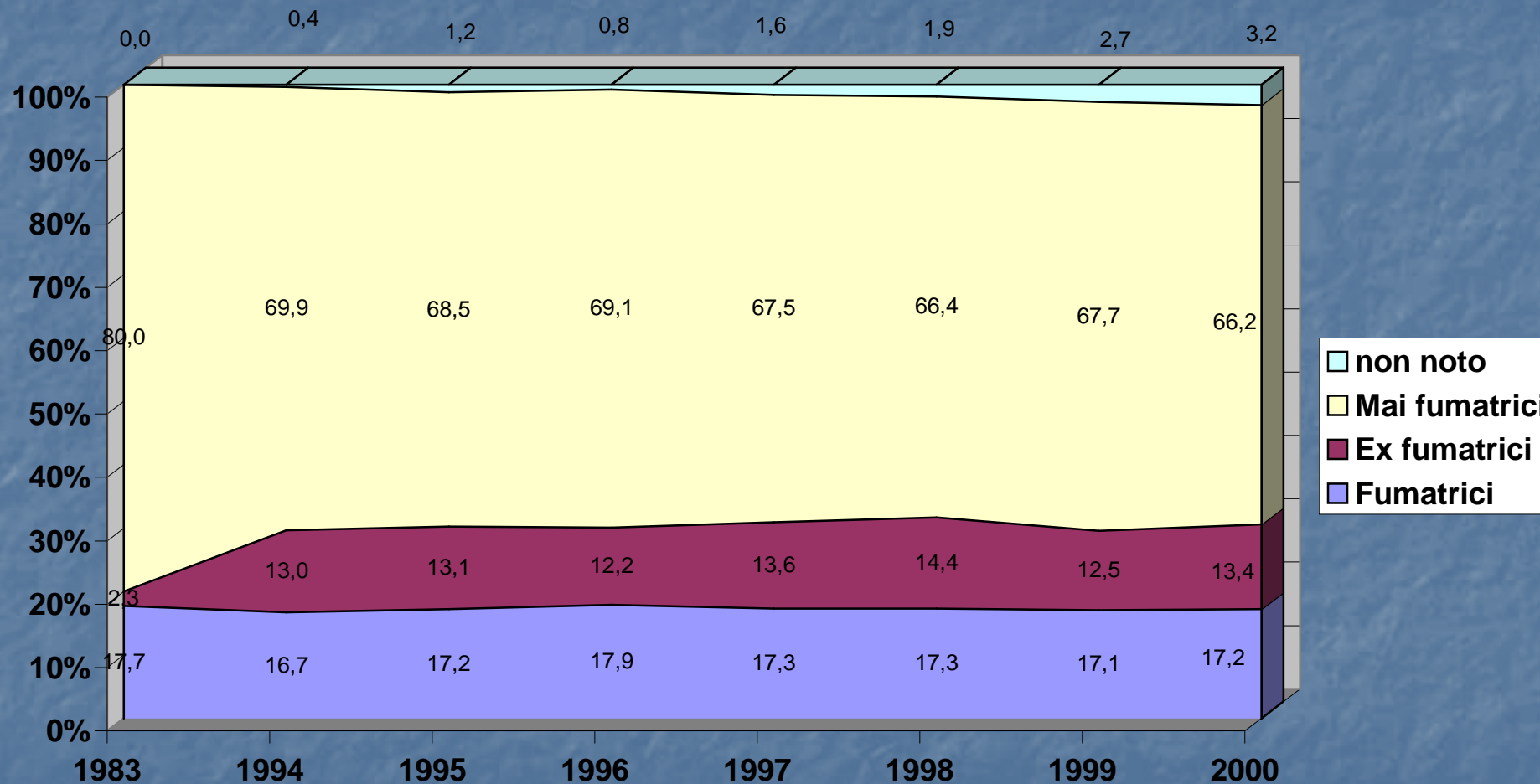
Dati ISTAT - popolazione => 14 anni

PERCENTUALE DIFUMATORI IN ITALIA - MASCHI



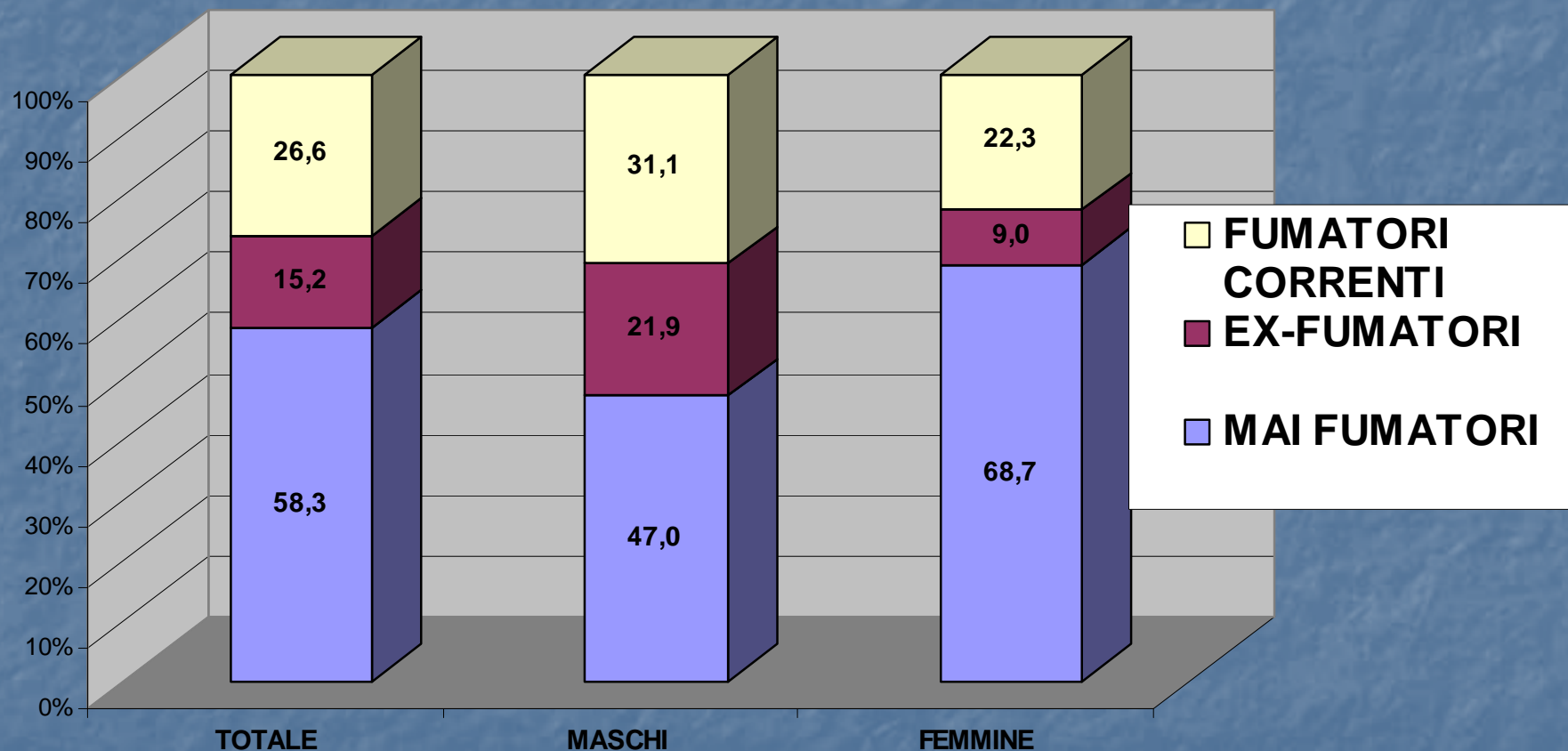
Dati ISTAT - popolazione => 14 anni

PERCENTUALE DI FUMATORI - FEMMINE



Dati ISTAT - popolazione => 14 anni

Indagine Doxa 2002

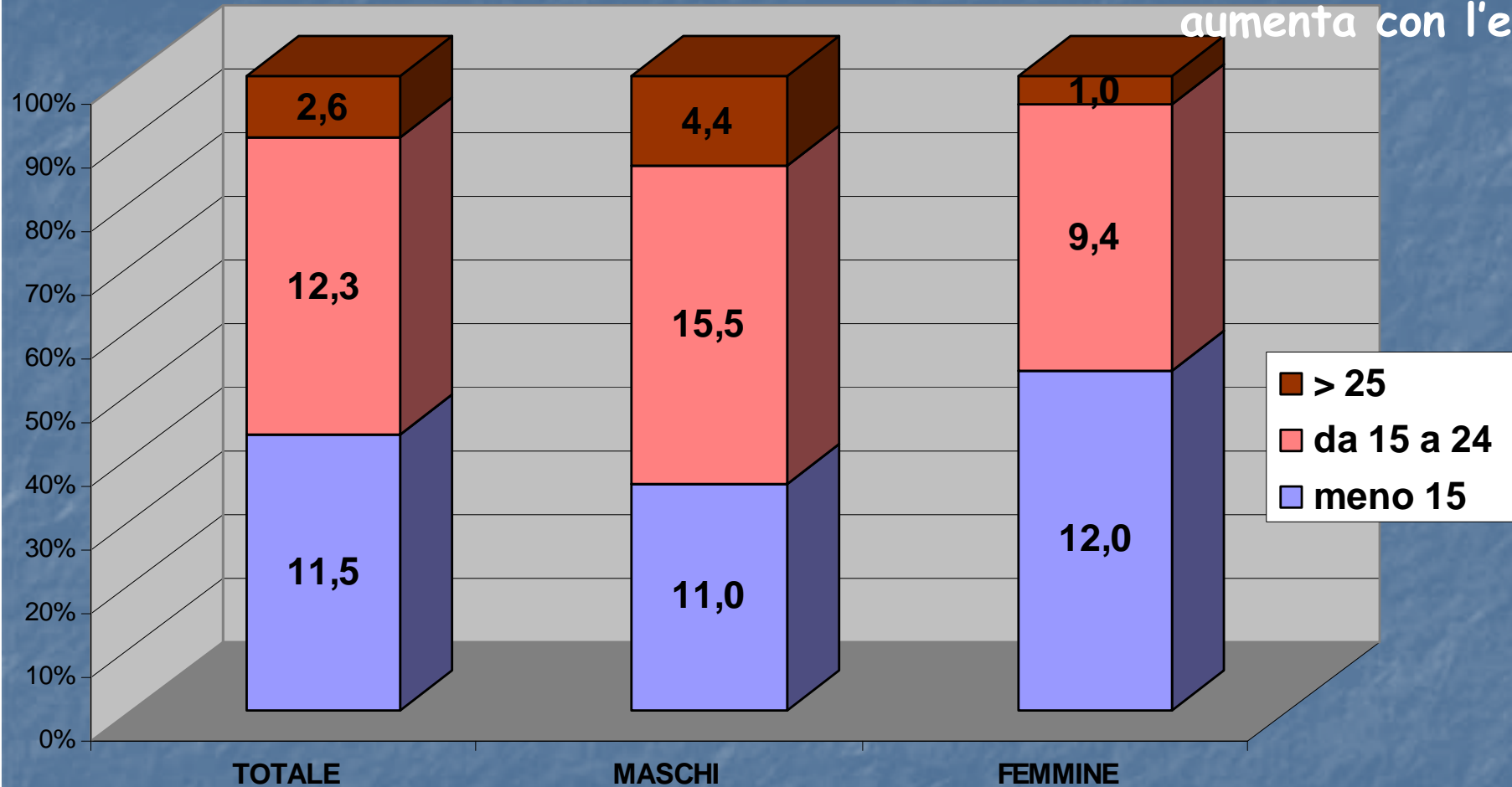


IL FUMO IN ITALIA - Maggio 2002

Carlo La Vecchia - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Numero di sigarette abitualmente fumate

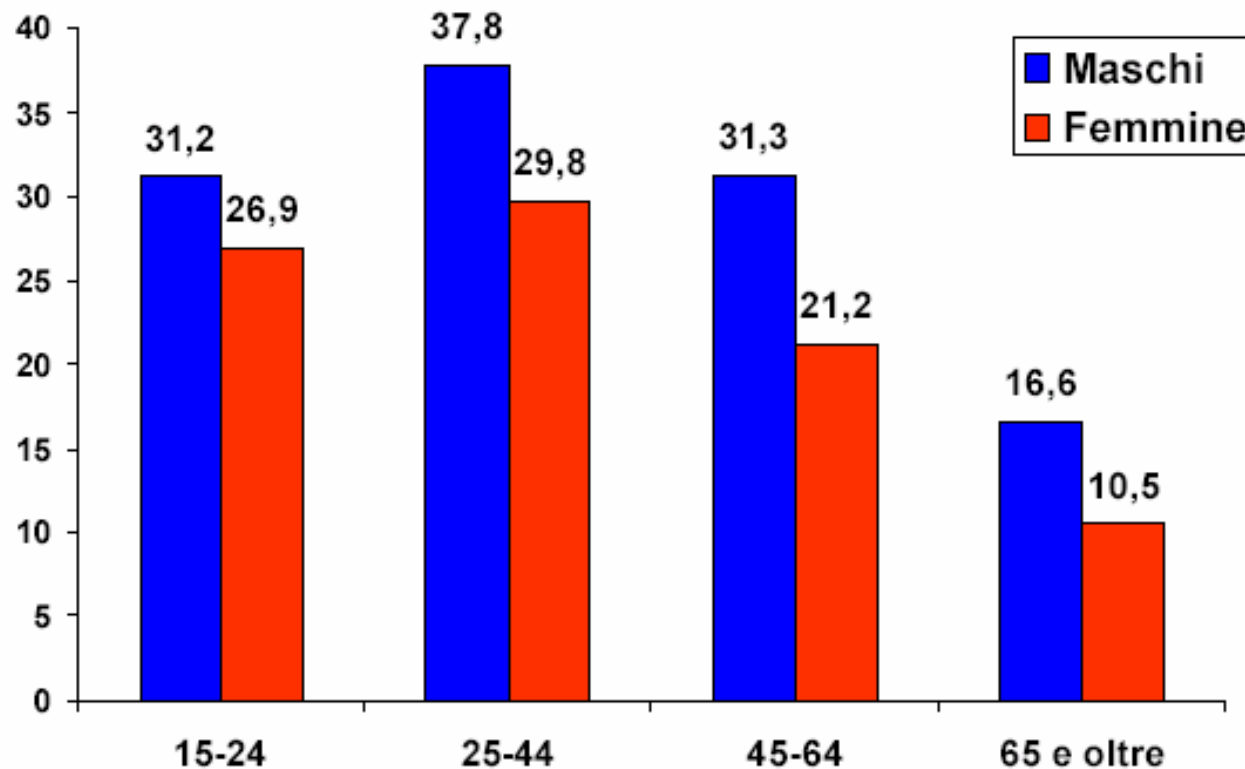
Il numero di sigarette fumate aumenta con l'età



IL FUMO IN ITALIA - Maggio 2002

Carlo La Vecchia -Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

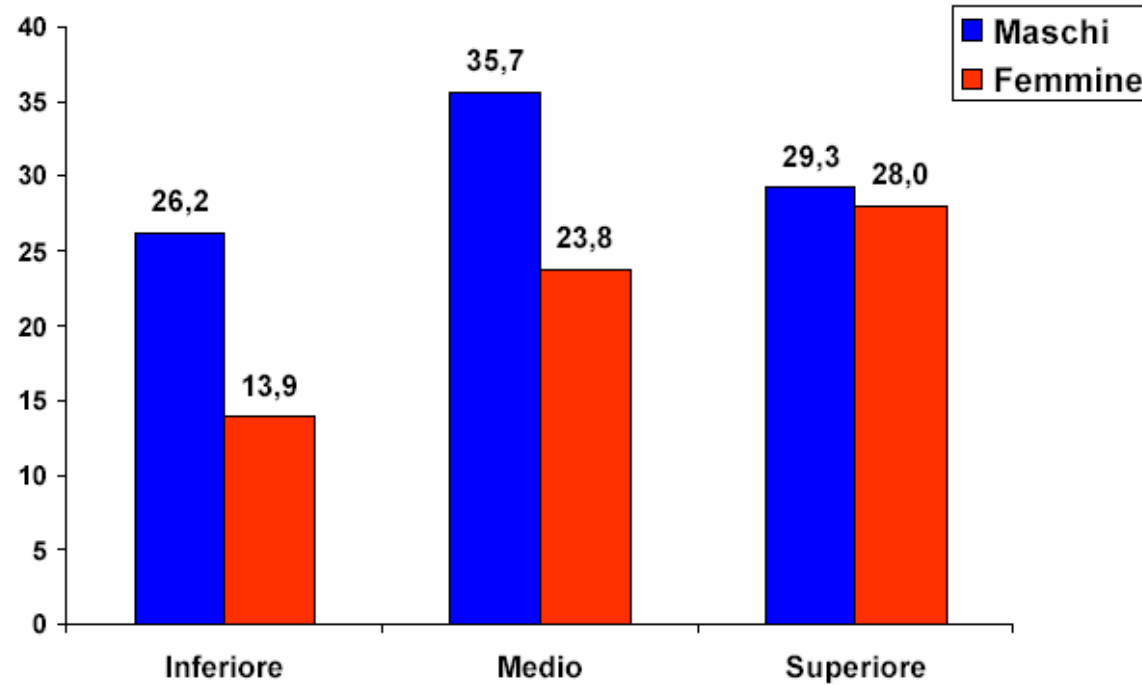
Grafico 1: fumatori correnti fra gli uomini e le donne delle varie classi di età
(valori percentuali)



IL FUMO IN ITALIA - Maggio 2002

Carlo La Vecchia -Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri",
Milano

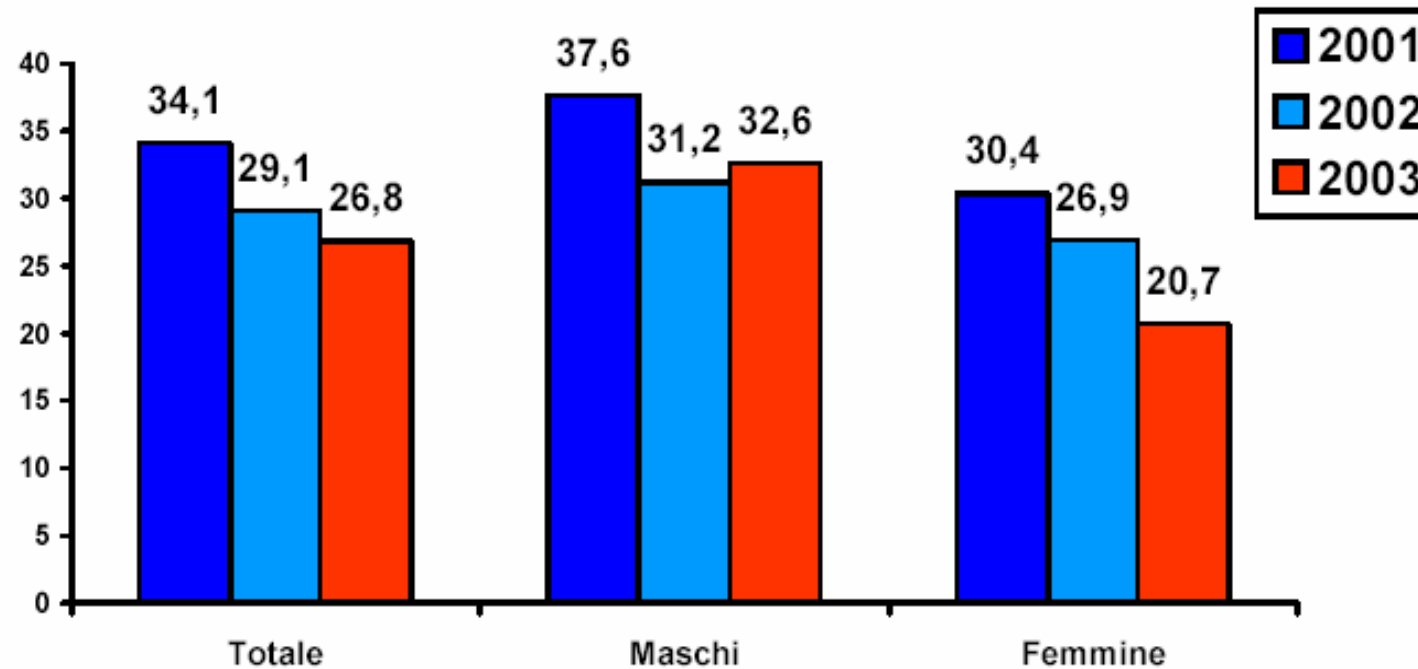
Grafico 2: fumatori correnti fra gli uomini e le donne secondo il livello d'istruzione (valori percentuali)



IL FUMO IN ITALIA - Maggio 2002

Carlo La Vecchia -Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Figura 2 - Fumatori correnti fra i giovani di 15-24 anni. Confronto triennio 2001-2003 (valori percentuali)



COMPONENTI DEL FUMO DI SIGARETTA

Componente gassosa:

NO - CO
ciliotossine

Componente particolata:

Nicotina
IPA
catrame
benzopirene
cresolo
naftilamine



MECCANISMI DI TOSSICITA'

- farmacologica (nicotina)
- carcinogenica (IPA, nitrosamine, aldeidi, fenoli, cadmio ecc.)
- legata al trasporto dell'ossigeno
- da irritazione (ciliotossine)

Environmental
Tobacco smoking

frazione dispersa
nell'ambiente

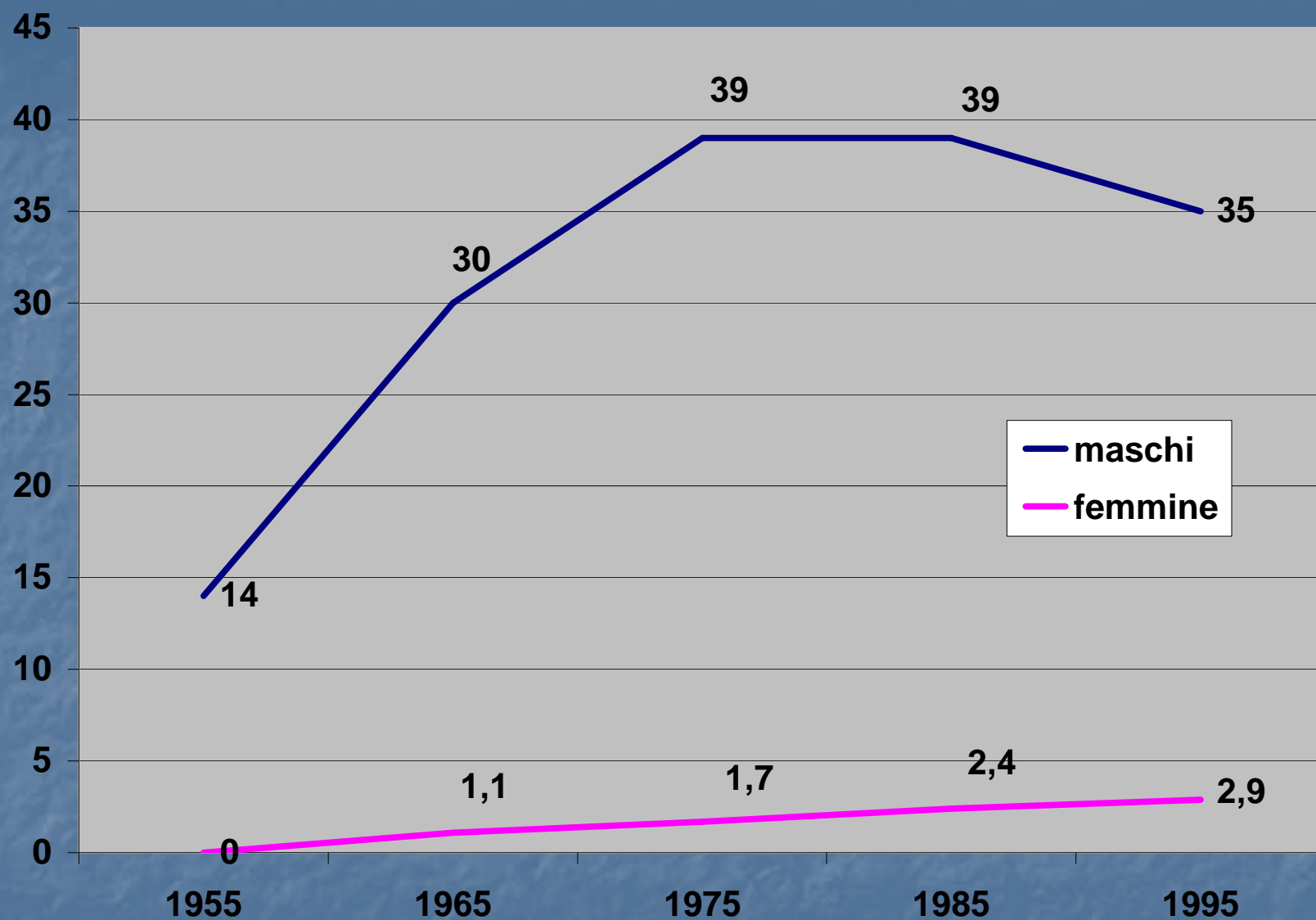
Mainstream
Smoking

frazione fumata
dal fumatore

RISCHIO RELATIVO PER I FUMATORI

(NON ESPOSTO =1)

Cancro del polmone	17,1
Cancro vie aeree superiori	15,0
Cancro vescica e vie urinarie	2,7
Cancro pancreas	2,2
Cancro esofago	10,0
Cancro rene	2,2
Cardiopatìa ischemica	1,85
Aneurisma aorta	4,35
Ischemia cerebrale	2
Arteriopatie periferiche	2
Ulcera gastroduodenale	3,75
Morbo di Crohn	2,1
BPCO	10,1



N° di morti attribuibili al fumo in Italia (in migliaia) per la fascia di età da 35 a 69 anni - Peto, Lopez et al.

ITALIA . Quozienti di mortalità attribuibili al fumo per sesso, anno1998*

Morti attribuibili al fumo per sesso (tutte le età), 1998	Maschi	Femmine	Totale
Tumore del polmone	92.3 %	51.0 %	85.7 %
Tumori (tutti)	41.3 %	5.4 %	26.4 %
Sist. Circolatorio	17.1 %	2.9 %	9.4 %
Sist. Respiratorio	54.5 %	20.9 %	41.4 %

Cause differenti dalle precedenti	9.6 %	2.1 %	5.9 %
Tutte le cause	25.0 %	4.2 %	14.9 %

* Fonte: Peto, Lopez et al, 1994 (update 1998)

Danni da fumo passivo -1

Esito (Popolazione, esposizione)	Autore (anno)	N. Studi	RR (IC 95%)	Commento
Basso peso alla nascita:	Windham (1999)	3	1,38 (1.01-1.87)	donne in gravidanza non fumatrici esposte a fonti multiple.
Morte improvvisa del neonato:	Anderson (1997)	4	1,94 (1.55-2.43)	4 ca-co fumo della madre postnatale controllando per fumo pre-natale della madre e altri confondenti.
Malattie respiratorie:				
- nei bambini (0-2 anni)				
infezioni acute delle basse vie respiratorie	Strachan (1999)	50	1,57 (1.42-1.74)	espos. ad almeno un genitore
- nei bambini (6-14 aa)				
- asma bronchiale	Strachan (1999)	25	1,21 (1.10-1.34)	espos. ad almeno un genitore
- otite media		45	1,35 (range 1,0 a 1,6)	espos. ad almeno un genitore
- sibili respiratori		41	1.24 (1.17-1.31)	espos. ad almeno un genitore

Danni da fumo passivo -2

Tumore polmonare:

- Coniuge fumatore	Hackshaw (1997)	37	1,24 (1,13-1,36)	33 ca-co e 4 coorti, aggiustato per effetto dei bias e dieta RR=1,26 (1,07-1,47).
- Ambiente di lavoro	Wells (1998)	5	1,39 (1,15-1,68)	solo 5/14 studi rispondono ai criteri di qualità per calcolo RR pooled.

Malattie Ichemiche del Cuore:

- Coniuge fumatore	Law (1997)	19	1,30 (1,22-1,38)	9 coorti e 10 caso-controllo, aggiustato per dieta RR 1,23 (1,14-1,33)
	Thun (1999)	17	1,25 (1,17-1,33)	9 coorti e 8 ca-co, fumatori correnti RR 1,19 ex fumatori RR 0,98
	He (1999)	18	1,25 (1,17-1,32)	10 coorti e 8 ca-co, dose-risposta p=0,006

Lo IARC ha classificato l'esposizione al fumo passivo come carcinogenico per l'uomo e lo ha inserito nel gruppo 1

STIMA DEGLI EFFETTI DEL FUMO PASSIVO IN ITALIA- N° MORTI PER ANNO

Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N., Rapiti E., Perucci C.,

Esposizione in ambito familiare

- *Bambini con genitori fumatori*
- Morte improvvisa del lattante 87 morti
- Infezioni respiratorie acute (0-2 anni) 76.954 casi
- Asma bronchiale (6-14 anni) casi prevalenti
27.048 casi
- Sintomi respiratori cronici (6-14 anni) 48.183 casi
- Otite acuta (6-14 anni) 64.130 casi

STIMA DEGLI EFFETTI DEL FUMO PASSIVO IN ITALIA- N° MORTI PER ANNO

Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N., Rapiti E., Perucci C.

Esposizione in ambito familiare

■ *Adulti con coniuge fumatore*

- Tumore polmonare 221
morti
- Malattie ischemiche del cuore 1.896
morti

STIMA DEGLI EFFETTI DEL FUMO PASSIVO IN ITALIA- N° MORTI PER ANNO

Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N., Rapiti E., Perucci C.

- Esposizione in ambiente di lavoro
 - Basso peso (<2500 gr) alla nascita per esposizione della madre in gravidanza 2.033 neonati
 - Tumore polmonare 324 morti
 - Malattie ischemiche del cuore 235 morti

Costi sociali e sanitari

FUMO E SALUTE: IMPATTO SOCIALE E COSTI SANITARI

R. Russo, E. Scafato - Osservatorio sul Fumo, l'Alcol e la Droga dell'ISS - Roma

Tab. A NUMERO DI RICOVERI ATTRIBIBILI AL FUMO IN ITALIA, ANNO 1999

DIAGNOSI	NR. RICOVERI	% ATTRIB. FUMO	RICOVERI ATTRIB. FUMO
Malattie Sistema Circolatorio (MDC 5)	1.154.029	9,4	142.319
Malattie Apparato respiratorio (MDC 4)	755.885	41,4	312.936
<i>Tumore polmone (SDO 162.)</i>	<i>83.600</i>	<i>85,7</i>	<i>71.645</i>
TUTTE LE CAUSE	12.727.449	14,9	1.896.389

Costo totale ass. osp. nel 1999 = 67.165 miliardi di £

Costo attribuibile al fumo = 10.007 miliardi di £

Costi sociali e sanitari

Italia (Anno 1999-16 milioni di fumatori stimati)

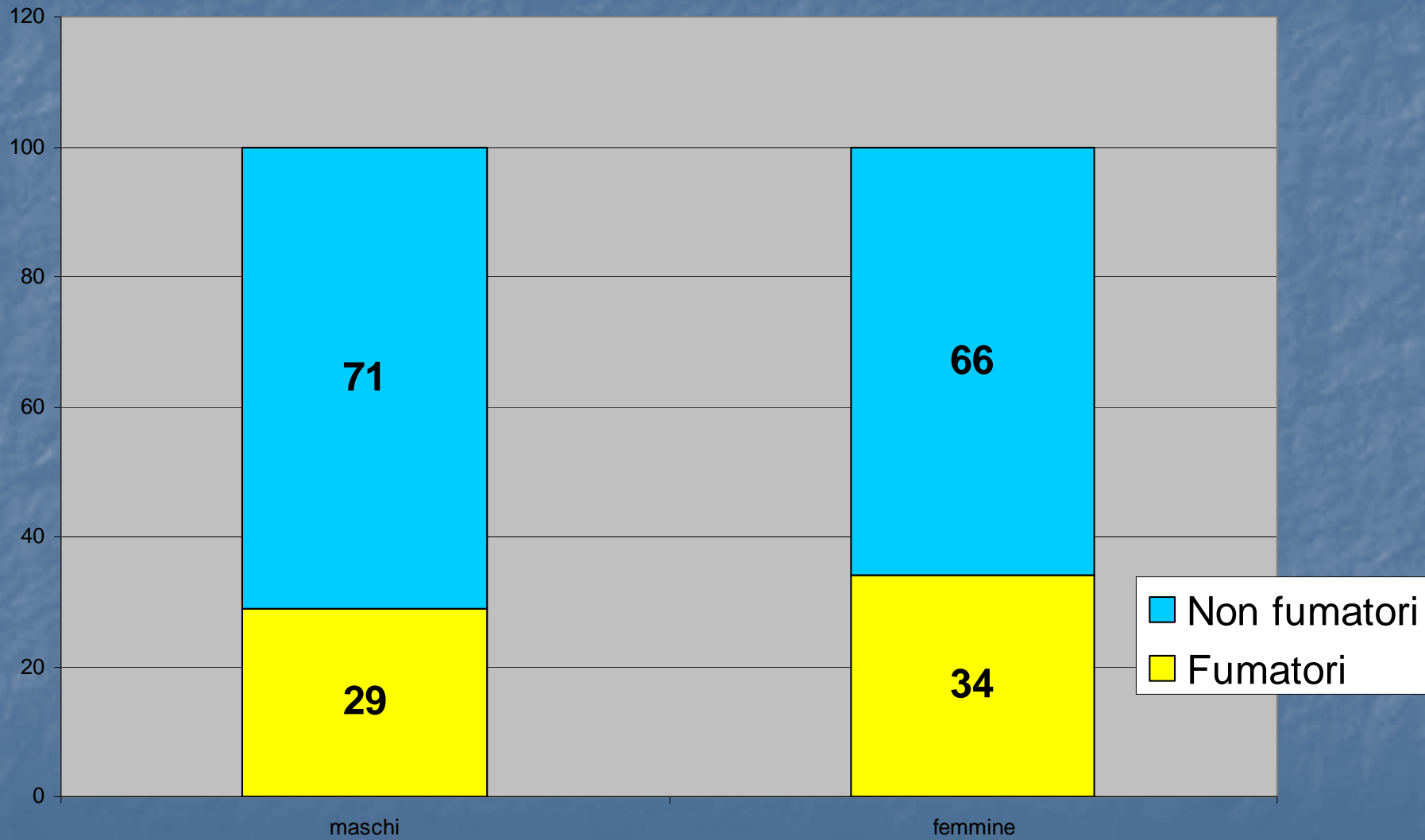
Spesa sanitaria	30.000 Md	1,875 milioni/fumatore/anno
Spesa sociale	80.000 Md	5 milioni/fumatore/anno
Totale spesa	110.000 Md	6,875 milioni/fumatore/anno
Introiti	16.000 Md	
Differenza	94.000 Md	5.875 milioni/fumatore/anno

- 30.000 Md di spesa sanitaria per patologia fumo correlate equivalgono a poco meno di un quarto della intera spesa sanitaria italiana che ammonta a 130.000 Md/anno
- Spesa sanitaria per fumo/ anno/100.000 abitanti = 45,937 Md (1,875 milioni/fumatore/anno x 24.5% tasso fumatori)

RIDUZIONE DEL RISCHIO DOPO AVER SMESSO DI FUMARE

Patologia	Breve termine	Lungo termine
Malattia coronarica	50% in meno a 1 anno	Come non fumatore a 10-15 anni
Malattia cerebrovascolare	Come non fumatore a < 1 anno	
Malattia vascolare periferica	Arresta immediatamente la progressione	
Cancro del polmone	50% in meno a 5 anni	50-90% in meno a 15-20 anni
Cancro della laringe		Come non fumatore a 10-15 anni
Cancro della cavità orale	Rischio ridotto dopo 6 anni	Come non fumatore a 16 anni
Cancro della vescica		Come non fumatore a 15 anni
Malattia respiratoria	Lenta riduzione	50% in meno a 20 anni

% di fumatori medici - 1996



Asl 8 - Fimmg - SIMG

Questionario rivolto ad 84 Medici di Medicina Generale della Provincia di Arezzo

1) Ha mai fumato?

Risposta	Frequenz	Valore in %
SI	49	58,33%
NO	34	40,48%
Non risponde	1	1,19%
Totale	84	100,00%

2) Adesso fuma?

Risposta	Frequenz	Valore in %
Ogni giorno	13	15,48%
Occasionalmente	9	10,71%
Mai	60	71,43%
Non risponde	2	2,38%
Totale	84	100,00%

Asl 8 - Fimmg - SIMG-

Questionario rivolto ad 84 Medici di Medicina Generale della Provincia di Arezzo

3) Fuma in presenza
dei suoi pazienti?

Risposta	Frequenza	Valore in %
SI	4	4,76%
NO	79	94,05%
Non risponde	1	1,19%
Totale	84	100,00%

4) Permette che si
fumi nella sala
d'aspetto?

Risposta	Frequenz	Valore in %
SI	3	3,57%
NO	77	91,67%
Non posso costringere i pz	4	4,76%
Totale	84	100,00%

La legislazione nazionale sul fumo -1

LEGISLAZIONE SPECIFICAMENTE ATTINENTE AI DIVIETI DI FUMARE IN DETERMINATI LUOGHI E RELATIVE DEROGHE

- Legge 11 Novembre 1975 n° 584- Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico
- DM 18 Maggio 1976 -Disposizioni in ordine agli impianti di condizionamento o ventilazione di cui alla legge 11 Novembre 1975 n° 584, concernente il divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico
- Dir. PCM 14 Dicembre 1995 Divieto di fumo in determinati locali della Pubblica Amministrazione o dei gestori di servizi pubblici
- Art.52 Legge Finanziaria 2002: aumenta le multe a carico dei trasgressori del divieto di fumo e di chi è incaricato del controllo del rispetto della normativa vigente.

La legislazione nazionale sul fumo -2

LEGISLAZIONE ATTINENTE ALLA PUBBLICITA' DEI PRODOTTI DA FUMO

- Legge 10 Aprile 1962 n° 165 - Divieto della propaganda pubblicitaria dei prodotti da fumo
- DM 31 Luglio 1990 - Specifiche disposizioni tecniche per il condizionamento e l'etichettatura dei prodotti del tabacco conformemente alle prescrizioni della direttiva del Consiglio delle Comunità europee 89/622/CEE
- DM 30 Novembre 1991 n° 425 Regolamento concernente attuazione degli articoli 13, 15 e 16 della direttiva del Consiglio delle Comunità Europee del 3 Ottobre 1989 (89/52/CEE) relativi alla pubblicità televisiva dei prodotti del tabacco, delle bevande alcoliche e alla tutela dei minorenni

La legislazione nazionale sul fumo -3

L. 3 del 16.1.2003

- estensione del divieto di fumo a tutti i tutti i locali pubblici, fatta eccezione soltanto per locali privati non aperti al pubblico
- Sarà possibile fumare solo se viene garantito un adeguato ricambio d'aria ed in spazi riservati ai fumatori
- Nei ristoranti la superficie riservata ai fumatori dovrà essere inferiore alla metà della superficie complessiva aperta al pubblico.
- Appositi cartelli luminosi dovranno indicare gli spazi dedicati ai fumatori; in caso di guasto all'impianto di ventilazione sarà vietato fumare
- I locali pubblici hanno un anno di tempo per adeguarsi alle nuove disposizioni dall'entrata in vigore del provvedimento.

La legislazione della Regione Toscana

Legge Regionale 7 agosto 1996, n. 65: Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivanti dal fumo: divieto di fumo negli uffici della Regione, degli enti da essa dipendenti e delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Fumo nei luoghi di lavoro

Decreto Legislativo n.626 del 19 settembre 1991: il datore di lavoro ha l'obbligo di tutelare (in senso generale e dagli agenti cancerogeni) la salute dei suoi dipendenti. Tale assunto è stato ampiamente ripreso dalla Sentenza n.399/96 in riferimento, espressamente, al fumo passivo.

IL RUOLO DEL MEDICO è IMPORTANTE...

TIPO DI INTERVENTO	ODDS RATIO (95%CI)	GRADO DI EVIDENZA
Interventi autosomministrati / nessun intervento	1.23 (1.20 – 1.49)	37 trials
Interventi autosomministrati personalizzati / nessun intervento	1.41 (1.14 – 1.75)	8 trials
Intervento breve da parte di un medico / nessun intervento	1.69 (1.45 – 1.98)	31 trials randomizzati e controllati
Intervento intenso da parte di un medico / intervento minimo	1.44 (1.23 – 1.68)	
Intervento comportamentale di gruppo / nessun intervento	1.91 (1.02- 3.04)	
Intervento comportamentale di gruppo / counselling individuale	Nessuna differenza	2 trials
Terapia sostitutiva nicotinic / placebo	1.71 (1.60 – 1.82)	88 trials
Bupropione /placebo	2.73 (1.90 – 2.82)	2 studi pubblicati + 1 non pubblicato
Agopuntura / placebo o altro intervento	1.22 (0.99 – 1.45) nel breve termine 1.02 (0.72 – 1.43) dopo 12 mesi	18 trials; non chiara evidenza di efficacia
Ipnoterapia / nessun trattamento	Non evidenza di efficacia	9 trials

L'effetto del semplice consiglio del medico è stato analizzato in una revisione sistematica di 31 trial controllati randomizzati

La popolazione bersaglio è rappresentata da fumatori adulti che si rivolgono al medico; in alcuni studi i pazienti sono a rischio di specifiche patologie (polmonari, diabete, coronaropatie), in altri sono soggetti non selezionati.

L'Odds ratio (OR) è di 1.69 (CI 95%: 1.45 -1.98) per gli interventi brevi rispetto a nessun intervento (16 RCT).

Gli interventi intensi sono più efficaci di quelli brevi, OR: 1.44 (CI 95%: 1.23 - 1.68).

LA DIPENDENZA DAGLI PSICOFARMACI



La **classificazione degli psicofarmaci** è particolarmente difficile. Molto spesso, l'attività di questi composti è valutata non tanto in base ad effetti farmacologici definiti, quanto alla luce di risultanze e impressioni di carattere clinico. D'altra parte, essendo poco noto il meccanismo d'azione, non è possibile raggruppare in modo razionale gli psicofarmaci per categorie definite, anche quando si considerino le affinità d'indicazione terapeutica esistenti tra i vari composti. Per di più, quasi tutti gli psicofarmaci possiedono, accanto all'azione psicotropa, effetti più o meno marcati a livello periferico, cosicché i risultati del loro impiego non riflettono solo le influenze esercitate sui centri nervosi superiori, ma sono la risultante degli effetti a carico della sfera psichica, della sfera neurologica centrale e periferica e dell'azione sui vari organi e apparati extracerebrali. Con diverse riserve deve essere quindi considerata la classificazione che tiene conto sia dei parametri farmacologici sperimentali sia di criteri d'ordine clinico-terapeutico.

Per esigenze pratiche una caratteristica degli psicofarmaci che deve essere definita è quella della selettività d'azione: in questo senso esistono **psicofarmaci ad ampio spettro d'azione**, come i barbiturici, i quali risultano attivi nel combattere la maggior parte degli stati di tipo eccitatorio; altri psicofarmaci hanno invece uno **spettro di attività molto ristretto e selettivo**; psicofarmaci es., i derivati triciclici, che possiedono efficacia clinica soltanto nelle sindromi di tipo specificamente depressivo. Sempre nell'ambito degli antidepressivi esistono **composti attivi prevalentemente sul tono dell'umore** (timolettici) e **composti con più intensa attività neuropsicostimolante** (timeretici). A loro volta questi farmaci agiscono con differente intensità secondo che nel quadro depressivo predomini uno stato di agitazione ansiosa, o un blocco dell'ideazione, o l'inibizione psicomotoria, ecc. Una certa selettività d'azione si riconosce anche ai tranquillanti maggiori o neurolettici, composti che possiedono una spiccata attività antipsicotica attraverso la quale è possibile controllare stati allucinatori e deliranti e turbe di carattere schizofrenico.

La categoria degli psicofarmaci comprende quattro grandi classi farmacologiche: gli **ansiolitici-ipnotici**, gli **antidepressivi**, gli **antipsicotici** e gli **stabilizzatori dell'umore**. All'interno di queste classi sono presenti numerosi composti (principi attivi) con caratteristiche farmacologiche diverse.



Esempi di sostanze sedativo-ipnotiche

Classe farmacologica	Principio attivo
Barbiturici	Secobarbital, pentobarbital, amobarbital
Piperidinedioni	Glutetimide, metiprilone
Chinazolinoni	Metaqualone
Carbinoli terziari	Ectlorvinolo
Benzodiazepine	Lorazepam, clorazepam, clordiazepossido, oxazepam, diazepam, alprazolam
Carbamati	Meprobamato, tibamato
Idrocarburi alogenati	Cloralio idrato

I S-I sono abusati per i loro effetti calmanti e disinibenti. Chi ne abusa li utilizza inoltre per:

- Aumentare l'intensità o durata dell'intossicazione da altre sostanze
- Ridurre gli effetti disforici degli stimolanti



MECCANISMO/I D'AZIONE

I vari S-I differiscono in potenza ed effetti massimali e la loro capacità depressogena è dose dipendente. La loro principale azione è la diminuzione dell'attività del SNC accompagnata da depressione respiratoria.

La tolleranza ai S-I si sviluppa dopo prolungato uso quotidiano

La tolleranza agli effetti psicoattivi si sviluppa più rapidamente rispetto a quella verso gli effetti depressivi del tronco encefalico tanto che la dose letale per gli abusatori non è molto più alta rispetto a chi non usa il farmaco

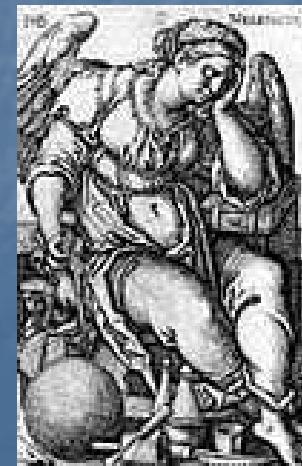
Il danno indotto da queste sostanze viene notevolmente aumentato se sono assunte da soggetti con una cronica intossicazione da alcol o da altri sedativi-ipnotici. Dosi individuali non letali di S-I e alcol possono risultare in una depressione respiratoria fatale.

Il rischio di overdose tossica è particolarmente acuto con il diazepam, il quale è stato segnalato essere in grado di dare dipendenza entro 6 settimane e che qualche volta viene prescritto ad alcolisti attivi per trattare la loro ansia

La **dipendenza** dai S-I è difficoltosa da quantificare, anche perché i pazienti possono non conoscere (o non voler ammettere) la quantità di farmaci che stanno assumendo. Inoltre i pazienti possono diventare dipendenti e sviluppare gravi sintomi d'astinenza anche dopo un periodo d'uso quotidiano di dosi terapeutiche di alcune settimane.

Ogni paziente che riporta un uso quotidiano di S-I dovrebbe essere considerato a rischio di dipendenza. Per averne conferma, sospendere la somministrazione ed osservare l'eventuale astinenza

La malinconia...





Astinenza

L'astinenza si verifica dopo l'interruzione di un uso prolungato e massivo di S-I o uso più prolungato di benzidiazepine

La sintomatologia astinenziale non va confusa con la ricomparsa dei disturbi (ansia, insonnia...) per i quali il farmaco è stato descritto

L'inizio dell'astinenza da bzd dipende dal tempo di dimezzamento del farmaco e può avere un range che va dalle 12-14 ore le bzd con breve emivita a 3-10 giorni per quelle a lunga durata d'azione

L'astinenza può essere complicata da:

- Dispercezioni (ipersensibilità a stimolazioni sensoriali visive, olfattive, acustiche; es. sapore metallico di cibi e bevande)
- Allucinazioni (visive, tattili e uditive)
- Deficit della memoria a breve e lungo termine
- Deliri
- Agitazione psicomotoria
- craving



Trattamento

Il principio basilare è di sottrarre lentamente l'individuo al sedativo ipnotico

Monitorare lentamente i segni e i sintomi per assicurare una lenta graduale astinenza

Prestare attenzione all'insorgere di convulsioni dovute ad astinenza troppo rapida

Le strategie da utilizzare sono:

lento scalare della sostanza che dà dipendenza

sostituzione con un'agente a lunga durata d'azione e successiva graduale riduzione

Per quanto riguarda i farmaci da utilizzare nella sostituzione, alcuni autori preferiscono il **fenobarbital** per controllare la sintomatologia astinenziale, altri preferiscono, nel caso siano coinvolte le bzd, utilizzare **diazepam** e **clordiazepossido**

**Le persone più felici non necessariamente
hanno il meglio di tutto;
semplicemente sfruttano al massimo tutto
quello che sta sul loro cammino**

