

Il “particolare” uso del tabacco tra i montanari del Tajikistan

The “strange” tobacco use among highlanders of Tajikistan

Fabio Lugoboni

Riassunto

L'uso del tabacco per via orale è molto comune in tutta l'Asia centro-meridionale, con una prevalenza tra il 20 ed il 30% della popolazione. Il consumo di tabacco è la principale causa di morte evitabile ed anche l'uso per via orale è stato correlato con numerose patologie. Il presente articolo fornisce un quadro del problema come emerge dalla scarsa bibliografia presente in letteratura scientifica, e portando inoltre la diretta esperienza di medico coinvolto in tre spedizioni scientifico-umanitarie (Yaghnob Valley Scientific Expedition) organizzate dall'Università degli Studi di Bologna, in una valle remota del Tagikistan. Il tabacco assunto per via orale è dannoso e dovrebbe essere stigmatizzato al pari delle sigarette dalle politiche governative regionali.

Parole chiave: *Tagikistan, tabacco orale, nos, tabagismo, Asia Centrale.*

Summary

Use of smokeless tobacco is very common in Central-South Asia, reaching from 20 to 50% of the general population. Tobacco is a major preventable cause of morbidity and mortality and smokeless mixtures has been related with numerous pathologies.

The present paper is a brief overview on smokeless tobacco use in Asia added with personal medical data observed in a rural population of Tajikistan, during the Yaghnob Valley Scientific Expedition, performed by the University of Bologna, Italy, in 2007 and 2009. Smokeless tobacco is as dangerous as cigarette.

Local governments should add the goal of eliminating smokeless tobacco to existing drives against cigarette smoking.

Keywords: *Tajikistan, smokeless tobacco, nos, nicotine dependence, Central Asia.*

INTRODUZIONE

Il popolo Yaghnobi (YAG) abita una valle, ad un'altezza media tra i 2000 ed i 3000 metri, situata nella catena montuosa dello Zarafshan, in Tajikistan (TAJ), piccola repubblica ex-sovietica confinante con Uzbekistan, Kirgizstan, Afghanistan e Cina. L'interesse per questo popolo è legato alla sua lingua, un dialetto medio-iranico derivato dal sogdiano, un tempo lingua franca (ciò che era il latino nel medioevo europeo) lungo la via della seta. L'impero sogdiano, e con esso la sua lingua, venne travolto dall'conquista araba dell'ottavo secolo d.c. Per 1.200 anni ai linguisti, di quella civiltà, non rimasero che rare epigrafi rinvenute dagli archeologi. Poi, qualche decennio fa, alcuni ricercatori cominciarono a segnalare la singolarità degli abitanti della valle dello YAG e della loro lingua; nonostante le similitudini con il tajiko, che appartiene al ceppo delle lingue iraniche e quindi indoeuropee, la lingua YAG non si è mai assimilata con questo, mantenendo sorprendentemente la sua integrità. Il confronto con le iscrizioni in lingua



sogdiana ne ha evidenziato l'apparentamento; l'ipotesi attualmente più accreditata è che gli Y siano i discendenti di antichi sogdiani rifugiatisi in montagna per sfuggire all'avanzata araba.

La storia recente del popolo YAG non è meno drammatica di quella delle origini: negli anni '70, quando il TAJ era una repubblica

sovietica, gli YAG vennero deportati in pianura per coltivare il cotone. Molti morirono di dissenteria, mal sopportando l'inquinata acqua di pianura, non certo paragonabile a quella pura delle fonti d'alta quota. Parte del popolo YAG si insediò quindi in pianura, ma molte famiglie fecero ritorno in valle, non appena fu loro concesso, dove fecero risorgere i piccoli villaggi di fango; tornarono così al pascolo le mandrie e ad essere coltivati a cereali, patate e foraggio i terreni meno impervi.

SPEDIZIONI

Il prof. Antonio Panaino, insigne iranista, preside della Facoltà di Conservazione dei Beni Ambientali dell'Università

Fabio Lugoboni

[fabio.lugoboni@azosp.vr.it]

Direttore dell'UO Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi, Verona

di Bologna, ha diretto tre spedizioni scientifico-umanitarie internazionali negli anni 2007-2009, composte da linguisti, etnologi, archeologi e da personale sanitario. Il lavoro sanitario è consistito nel creare 2-3 ambulatori temporanei, sparsi nella valle (alcuni villaggi distano tra loro due giornate di cammino, essendo completamente priva di strade l'alta valle dello YAG), per venire incontro ai bisogni sanitari di base della popolazione, del tutto

priva di qualsiasi tipo d'assistenza medico-infermieristica dal tempo dell'indipendenza dall'URSS. Le caratteristiche di isolamento e le difficoltà di collegamento oltre che alla necessità dei linguisti di stare il più possibile a contatto con la popolazione del luogo, hanno dato ai membri della spedizione l'opportunità di vivere in perfetto stile locale, condividendo il cibo (cotto usando lo sterco secco bovino come combustibile), il tetto e, aspetto meno desiderabile, gli ectoparassiti. Le frequenti richieste di visita e la presenza di alcuni membri della spedizione in grado di parlare tajiko oppure russo ha permesso ai medici di valutare anche gli stili di vita degli YAG e non solo quelli virtuosi. Il ritorno in valle nel 2008 ci ha permesso di approfondire meglio quella pessima e diffusa abitudine di posizionare sotto la lingua una mistura di tabacco, calce e olio di cotone detta *nos*, estremamente comune in valle ed in tutto il TAJ.

GEOGRAFIA ANTROPOLOGICA ED EPIDEMIOLOGIA

Il TAJ è una repubblica indipendente dal 1991; il distacco dall'URSS ha precipitato il TAJ in una grave crisi: in cinque anni di guerra civile sono morte di circa 10.000 persone, in un paese che conta 7 milioni d'abitanti. Nonostante sia erede di grandi civiltà come gli Emirati di Bukhara e Samarcanda (oggi in Uzbekistan), il TAJ è attualmente il paese con gli indicatori sociali peggiori di tutta l'ex URSS, con un prodotto interno lordo tra i più bassi al mondo. Il territorio si presenta quasi interamente montuoso e la presenza di estesi ghiacciai ne caratterizza la ricchezza idrica; la pro-



duzione di energia idroelettrica è la prima, e forse unica, ricchezza del paese. La popolazione rurale si equivale percentualmente a quella inurbata.

Dal punto di vista sanitario la situazione del paese è drammatica: tutti i servizi di base, dopo il distacco dall'URSS, sono a pagamento e molto costosi per la popolazione, dai pasti in ospedale alle medicine, compreso il certificato di nascita (10% dei nuovi nati sconosciuti, per questo, all'anagra-

fe). Il livello di mortalità infantile è al livello di molti paesi africani; l'acqua delle città è inquinata, non si effettuano più le vaccinazioni, un tempo capillarmente praticate, per mancanza di fondi¹.

TABACCO

In TAJ il tabacco è stato introdotto dai russi verso la fine dell'800; secondo eruditi locali il termine *nos* deriva dal russo ("naso"), probabilmente per l'abitudine che avevano i nuovi conquistatori russi di inalare polvere di tabacco. I linguisti della spedizione non trovano corretta questa interpretazione; i termini *nass*, *naswar* e *niswar* si trovano abbondantemente in Iran, Afghanistan e Pakistan (farsi, pashto ed urdu sono tutte lingue indoeuropee), ed indicano palline verdi dagli effetti eccitanti. L'origine pare provenire dal sub-continente indiano dove è sempre stata comune la pratica di masticare eccitanti (tipo le foglie di *betel*) ed estesa ai composti di tabacco, di introduzione occidentale.

In TAJ l'uso del *nos* è estremamente diffuso, più del fumo di sigaretta, anche se di recente è in atto la tendenza che vede i giovani inurbati preferire la sigaretta come fatto di distinzione e di modernità; dal punto di vista di sviluppo del tabagismo

attualmente il TAJ si trova allo stadio due, caratterizzato da un uso del tabacco, fumato oppure per via orale, estremamente diffuso ma solo nei maschi, come succedeva in Italia nel secondo dopoguerra. Chi usa il *nos* normalmente non fuma sigarette. L'uso del *nos* è interetnico e coinvolge il 30 % della popolazione del TAJ; essendo usato quasi esclusivamente dai maschi si può immaginare che il



suo uso, in questi, superi il 50%^{2,3}. L'inizio d'uso avviene intorno ai 10 anni, di solito a scopo anestetico per curare odontalgie o le cefalee ma anche come emulazione degli adulti, come avviene spesso con le sigarette. La percezione di pericolosità è bassa nella popolazione tajika, come avveniva fino a poco tempo fa in Europa, anche se gli utilizzatori sono consapevoli che l'uso di *nos* causa con frequenza alitosi ed odontopatie. L'assunzione di *nos* varia da 1-2 assunzioni al giorno ad un uso pressoché continuo³. I tajiki che emigrano frequentemente in Russia tendono a mantenere l'uso del *nos*, reperibile nei mercati russi ma richiesto ed usato solo dagli asiatici. Il TAJ è un forte produttore di tabacco, 12000 tonnellate nel 2000, ed il tabacco è una delle poche voci del suo export. Nonostante questo il TAJ proibisce la pubblicità delle sigarette ed impone la stampa di messaggi dissuasivi sui pacchetti. Le informazioni diffuse dall'OMS sulla pericolosità del fumo vengono puntualmente tradotte in lingua tajika e diffuse. Si tiene inoltre regolarmente, come in molti paesi del mondo, la giornata mondiale senza fumo e campagne educative vengono promosse nelle scuole; questi iniziali tentativi governativi di scoraggiare l'uso del fumo, sull'onda delle pressioni internazionali, non coinvolgono affatto l'uso del *nos*³⁻⁵. La sua forte diffusione è sostenuta dal costo molto contenuto e dalla facilità di produzione e distribuzione, oltre che dalla percezione erronea di essere un medicamento. Viene inoltre usato frequentemente dai medici locali e questo fatto certamente non costituisce un buon esempio, rafforzando l'idea diffusa che il *nos* sia un fitofarmaco.

CONSIDERAZIONI TOSSICOLOGICHE

Il *nos* è composto da un amalgama di polvere di tabacco non conciato, olio di cotone (il più diffuso ed economico nella regione) e calce; è di colore verde chiaro e di consistenza pastosa; si tiene in sacchetti di nylon e si pone sotto la lingua o viene succhiato lentamente per 10-15 minuti; localmente il composto provoca un effetto anestetico. La presenza di un alcalinizzante è motivata dallo scopo di aumentare la velocità d'assorbimento attraverso la mucosa orale della nicotina, né più né meno di ciò che hanno fatto su larga scala alcuni noti produttori di sigarette che trattando il tabacco con l'ammoniaca ne hanno aumentato notevolmente la potenzialità di indurre dipendenza e, di conseguenza, le vendite. L'uso di aggiungere una base al tabacco è una pratica assai comune in tutta l'Asia. L'agente basico può essere la cenere, il bicarbonato o, come nel caso del *nos* e del *naswar* pakistano, la calce. La velocità d'assorbimento di una sostanza additiva è, in genere, direttamente proporzionale al grado di dipendenza: è noto infatti che l'uso iniettivo di una droga provoca un livello di dipendenza maggiore rispetto ad altre tipologie d'assunzione. Il ciclo della dipendenza segue le tappe di tutte le altre sostanze che creano dipendenza: da un iniziale uso sociale si passa in un tempo variabile (influenzato da cause genetiche legate alla velocità di metabolizzazione della nicotina, da fattori psicologici e sociali) ad un uso ripetitivo, compulsivo, fino



Nos: una mistura di tabacco, calce e olio di cotone, abitualmente posizionata sotto la lingua, estremamente comune in tutto il Tajikistan.

alla dipendenza (con comparsa di astinenza e *craving*) che spinge ad un uso protratto, incurante delle conseguenze negative, o con alte probabilità di ricaduta nel caso il soggetto decida di smettere l'uso della sostanza^{5,6}.

MORBIDITÀ

Il tabacco, come è noto, è la prima causa di morte evitabile con milioni di morti ogni anno, di cui la quota a carico dei paesi in via di sviluppo è in continuo aumento: toccherà nel 2030 la percentuale del 70% di tutte le morti da tabacco al mondo⁷. Il *nos* è stato poco studiato, essendo il TAJ un piccolo paese, molto arretrato e con un'assistenza sanitaria che non riesce ancora adesso a riorganizzarsi dopo il distacco dall'URSS. Ben più studiati sono stati invece il *nass* ed il *naswar* pakistani. Tra India e Pakistan si stima che tali forme di tabacco non fumato vengano usate da più di 100 milioni di persone^{5,8,9,10}. Diverso dal *nos*, per composizione e danno alla salute, risulta il più noto e studiato lo *snus* svedese¹⁴.

L'uso orale di tabacco, nelle varie miscele presenti in Asia, è causa riconosciuta di neoplasie dell'orofaringe, del tratto gastro-esofageo ed urinario; va sottolineato il fatto che le forme neoplastiche correlate all'uso di tabacco rappresentano, nell'Asia centro-meridionale, un terzo di tutte le neoplasie⁵. E' stato inoltre riconosciuto fattore di rischio per ipertensione arteriosa, tachiaritmie, vasculopatie, gastroesofagiti, ulcera peptica, odontopatie e leucoplachia^{8,12}. *Last but not least*, la dipendenza.

Nella nostra permanenza nella valle dello TAJ (circa 60 giorni, nelle tre spedizioni) abbiamo riscontrato frequentemente patologie riconducibili all'uso di *nos*. Le sigarette non sono di uso comune in valle sia per il loro costo che per la difficoltà di approvvigionamento. Ciò non toglie gli sforzi di penetrazione operati da Big Tabacco in questa come in altre valli come scriveva, nel 1962, al *British Medical Journal*, un medico nativo del Nepal, lamentando l'arrivo delle sigarette in remote regioni asiatiche dove era-



no utilizzati soltanto tradizionali prodotti del tabacco¹³. Al primo posto abbiamo riscontrato frequenti epigastralgie negli utilizzatori di *nos*; in secondo ordine abbiamo osservato importanti odonto e paraodontopatie; occasionalmente abbiamo riscontrato anche episodi di tachicardia associati all'assunzione del composto. Le nostre raccomandazioni ad abbandonare l'uso del *nos* si sono sempre concluse con un'alzata di spalle e la richiesta di medicine da parte dei pazienti per patologie varie comprese quelle fumo-correlate.

CONCLUSIONE

La spedizione etnolinguistica dell'Università di Bologna nella valle dello Yaghnob ha permesso all'equipe sanitaria di conoscere meglio un fenomeno, quello del consumo sublinguale di tabacco misto a calce e olio di cotone, che il primo anno ci aveva incuriosito ma solo nel 2008 siamo riusciti a mettere pienamente a fuoco ed a correlare con frequenti patologie lamentate dai locali. In questo la popolazione della valle, circa 500 persone, non sembra differire molto dal resto del TAJ e, più in generale, da tutti i paesi dell'Asia centro-meridionale dove l'uso orale di tabacco, miscelato con una base, varia tra il 20 ed il 50% della popolazione. Tali prodotti sono stati con evidenza correlati a numerose patologie, soprattutto neoplastiche, cardiovascolari ed infiammatorie locali. La percezione di pericolosità di tali composti è minima ed i governi locali, pur iniziando ad avversare il fumo di sigaretta nelle loro politiche, sembrano ignorare del tutto la pericolosità legata all'uso del tabacco orale. Ricordando che sono tre le leve riconosciute per ridurre il consumo di tabacco (il costo, i divieti e la cura), dobbiamo sconsolatamente concludere che nessuna di queste tre importanti opzioni strategiche è visibile all'orizzonte, in Tajikistan. ■

Disclosure: L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi conflitto di interesse.

Bibliografia

1. UNICEF-Tajikistan-Profilo paese. www.unicef.it
2. Projections of tobacco production, consumption and trade to the year 2010. www.fao.org
3. World: no tobacco day focuses on link between tobacco and poverty. www.rfrl.org
4. Asian tobacco products. www.everything2.com
5. Gupta PC, Ray CS. Smokeless tobacco and health in India and South Asia. *Respirology* 2003; 8: 419-31.
6. Koob GF, Le Moal M. Addiction and brain anti-reward system. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 29-53.
7. Brundtland GH. Achieving worldwide tobacco control. *JAMA* 2000; 284: 750-751.
8. John RM. Tobacco consumption patterns and its health implications in India. *Health Policy* 2005; 71: 213-22.
9. Imam SZ, Nawaz H, Sepah YJ, Pabaney AH, Ily M, Ghaffar S. Use of smokeless tobacco among groups of Pakistani medical students- a cross sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7: 231-40.
10. Khawaja MR, Mazahir S, Majeed A. Chewing of betel, areca and tobacco: perceptions and knowledge regarding their role in head and neck cancers in an urban squatter settlement in Pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7: 95-100.
11. Rani M, Bonu S, Jha P, Nguyen S, Jamjoum L. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. *Tobacco Control* 2003; 12: 4-6.
12. Zaridze DG, Blettner M, Matiakin EG, Poljakov BP, Stich HF, Rosin MP, Hoffmann D, Brunne-mann KM. The effect of *nass* use and smoking on the risk of oral leukoplakia. *Cancer Detect Prev* 1986; 9: 435-40.
13. Ibrahim SO, Vasstrand EN, Johannessen AC, Lillehaug JR, Magnusson B, Wallström M, Hirsch JM, Nilsen R. The Swedish *snus* and the Sudanese *toombak*: are they different? *Oral Oncol*. 1998 Nov;34(6):558-566.
14. Pande BR. Hubble-bubble Smoking. *Brit Med J* 1962; 1: 1556.