

è contagioso, ossia una persona che abbandona il vizio del fumo induce parenti, amici e colleghi ad imitarlo.

I ricercatori l'hanno definito un «effetto a cascata»: «Si prendano tre persone, A, B e C, dove A è amico di B e B è amico di C, ma A e C non si conoscono. Se C smette di fumare, la probabilità che A ha di non fumare aumenta del 30 per cento, indipendentemente dal fatto che B fumi o non fumi.» Quest'ultimo può agire da «veicolo» di una nuova norma sociale.

Lo studio conclude che gruppi compatti di persone che potrebbero anche non conoscersi smettono di fumare contemporaneamente.<sup>7</sup> ■

#### Bibliografia

1. www.ftcc.org
2. Legge n. 75 del 18 marzo 2008. GU n. 91 del 17/4/2008 SO.
3. <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/en/>
4. Ding A. Youth are more sensitive to price changes in cigarettes than adults. *Yale J Biol Med* 2003;76:115-24.
5. Gallet CA, List JA. Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Econ* 2003;12:821-35.
6. Miller N, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet*. 2005;365:1849-54.
7. Christakis NA, Fowler JH. The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.

## L'organizzazione di un centro antifumo

Eugenio Sabato

(Direttore U.O.C. Servizio Pneumologico A.S.L. BR)

Il fumo di tabacco costituisce oggi il maggiore problema sanitario nel mondo: è in effetti la maggiore causa prevenibile di decessi prematuri nei paesi industrializzati.

È responsabile nel mondo di 4 milioni di morti all'anno ( di questi 3 milioni nei Paesi industrializzati e 1 milione nei Paesi in via di sviluppo). Questo dato purtroppo è in aumento in quanto l'OMS stima che nel 2025 , se non ci sarà un'inversione di tendenza, i morti saranno circa 10 milioni (l'aumento sarà del 700% nei paesi in via di sviluppo e del 50% nei paesi industrializzati, passando così da 2 milioni a 3 milioni nei paesi industrializzati e da 1 milione a 7 milioni nei paesi in via di sviluppo).

Nonostante questi dati, i fumatori al mondo sono circa 1 miliardo e 200 milioni quasi 1/3 della popolazione mondiale.

Malgrado in Italia il fumo di tabacco sia causa di circa 90.000 morti all'anno, del 90% dei tumori polmonari, dell'80% delle BPCO e di ¼ delle malattie cardiovascolari, i fumatori si stima siano attualmente 16 milioni pari al 25% circa della popolazione (> 15 anni; maschi circa il 34% , donne il 17%) rispetto ai 14 milioni del 1997. Purtroppo, mentre per l'uomo il numero dei maschi fumatori è in diminuzione, lo stesso non si può dire per le donne ed i ragazzi: queste due categorie sono in aumento. Dei 16 milioni di fumatori in Italia circa il 40% dichiara di voler smettere, ma come ben sappiamo per loro non è molto semplice abbandonare le sigarette: dei fumatori che smettono di fumare da soli a un anno sono ancora astinenti meno del 5%. È opportuno quindi che le strutture sanitarie si adoperino ad accogliere ed aiutare i fumatori che vogliono smettere.

È stato dimostrato che quanto più strutturati sono gli interventi nei confronti dei fumatori tanto più alta è la percentuale dei pazienti che rimane astinente nel tempo.



È bene inoltre ricordare che aiutando un fumatore a smettere si fa da un lato prevenzione delle malattie polmonari e cardiovascolari e dall'altro l'ex fumatore farà da promoters nei confronti degli altri fumatori ma soprattutto dei giovani perché questi non inizino a fumare.

Pertanto è un nostro preciso dovere impegnarci nella lotta al fumo di tabacco, sia con la prevenzione che con la disassuefazione dal fumo di tabacco e ciò per combattere il più grave problema di sanità pubblica

dei nostri tempi. Il fumo di tabacco è un aerosol di sostanze nocive, oltre 4000 sostanze alcune delle quali cancerogene (idrocarburi aromatici policiclici, nitrosamine, benzopirene, benzoantracene), altre irritanti (acido cianidrico, acetaldeide, formaldeide), il monossido di carbonio che si lega all'emoglobina formando la carbossiemoglobina, e infine la nicotina sostanza che dà dipendenza.

È la sostanza che fa sì che il fumatore cerchi sempre un'altra sigaretta e non riesca a farne a meno.

La dipendenza da nicotina è infatti riconosciuta come una condizione patologica nella decima revisione della classificazione internazionale dell'OMS (ICD X) e nel manuale diagnostico e statistico dell'Associazione Americana di Psichiatria (DSM-IV). La carenza della nicotina porta infatti ad una vera e propria sindrome di astinenza caratterizzata dal seguente corredo sintomatologico:

insonnia, desiderio irresistibile di accendere una sigaretta, frustrazione, rabbia, irrequietezza, impazienza, depressione, deficit di concentrazione, difficoltà a svolgere le attività quotidiane, irritabilità, aumento dell'appetito, incremento ponderale, stipsi: ecco perché spesso è difficile smettere di fumare. Ma i fumatori non sono tutti uguali infatti ci sono:

pazienti a rischio semplice, che hanno quale fattore di rischio il solo fumo di tabacco; pazienti a rischio multiplo, che hanno oltre al fumo di tabacco altri fattori di rischio (ipercolesterolemia, obesità, ipertensione arteriosa, familiarità per asma o neoplasie); pazienti ammalati, che hanno il fattore di rischio fumo ma soprattutto altre patologie che possono essere aggravate dal fumo stesso (Broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie cardiovascolari).

Mentre quindi i pazienti a rischio semplice e multiplo possono essere curati da qualsiasi operatore sanitario e/o dalle associazioni di volontariato, i pazienti ammalati o i pazienti che hanno difficoltà a smettere (pazienti difficili) devono essere curati da un Centro specialistico che si occupi della dipendenza dal fumo di tabacco.

Proprio per tali motivi il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe prevedere livelli crescenti di intervento sanitario per crescenti livelli di gravità della malattia fumo e quindi gli operatori sanitari coinvolti dovrebbero essere diversi. (Tab.1)

Attualmente la maggior parte dei fumatori cerca di smettere autonomamente o affidandosi a metodi che non hanno alcuna evidenza scientifica. Tutto ciò in quanto il fumatore considera il fumo un vizio che pertanto può essere abbandonato in qualsiasi momento.

Sarebbe utile invece che qualsiasi occasione fosse presa come spunto, da ogni operatore sanitario, per poter dare consigli al paziente fumatore, sia esso pronto a smettere di fumare o ancora non motivato.

Il medico di medicina generale o qualunque operatore sanitario che venisse a contatto con un fumatore dovrebbe chiedere sempre delle sue abitudini tabagiche e chiedere inoltre se vuole smettere. (Fig.1)

- incoraggiandoli continuamente a smettere di fumare
- valutando il grado di dipendenza dalla nicotina
- se opportuno, prescrivendo una terapia farmacologica
- seguendo i pazienti durante la cessazione
- mantenendo sempre un atteggiamento positivo, amichevole e disponibile
- sostenendo il soggetto che riprende a fumare perché le ricadute fanno parte del processo di astensione dal fumo e in ogni caso ogni ricaduta è un passo lungo la strada dello smettere di fumare .

Un **Centro antifumo** può essere allocato in ogni struttura sanitaria che abbia la possibilità di seguire i fumatori (Pneumologia, Cardiologia, Psicologia, SERT) e dovrebbe:

- trattare i propri pazienti
- essere un punto di riferimento per i pazienti difficili (per il MMG e altri operatori sanitari)
- essere consulente per autorità sanitarie e amministrative
- offrire la propria esperienza nei programmi di educazione sanitaria (per il personale sanitario, le scuole, ecc.)
- essere pronto a studi scientifici (sperimentazione).

Per aprire un **Centro antifumo** occorrono :

- un medico ( che si interessi del problema)
- una psicologa
- un infermiere
- una stanza
- un computer
- uno smokerlyzer
- un telefono

Il personale sanitario non occorre che sia a tempo pieno per il Centro antifumo.

Il paziente fumatore deve poter avere informazioni in qualsiasi momento sul centro antifumo e i trattamenti effettuati.

Il paziente che arriva al Centro è già motivato, ha precedentemente preso la sua decisione: vuole smettere di fumare.

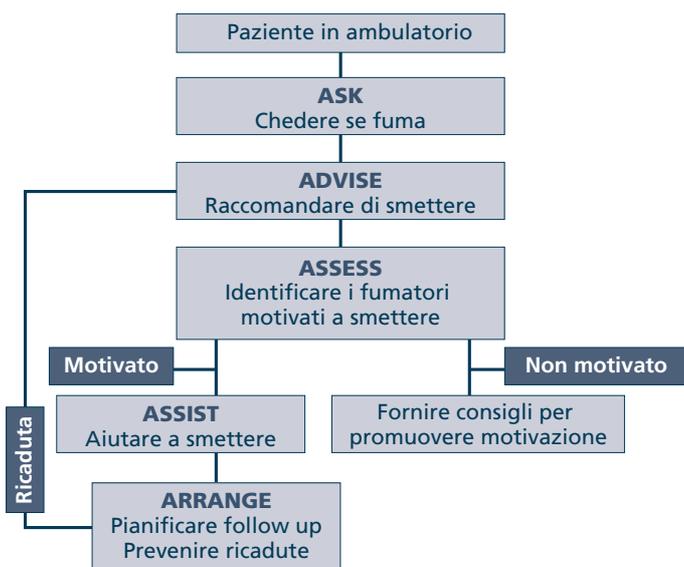
Sarebbe utile una linea telefonica dedicata per l'ambulatorio antifumo presso il quale chiunque può avere informazioni e nello stesso tempo prenotare.

Il paziente viene ricevuto dal personale infermieristico che raccoglie l'anamnesi, effettua alcune domande sulle sue abitudini tabagiche, patologie concomitanti, assunzione di particolari farmaci, somministra il Test di Fagestrom ,effettua una spirometria e la misurazione del CO exp, il tutto seguendo lo schema di una cartella informatizzata ( es. cartella clinica del Gruppo di studio Prevenzione e Controllo del fumo di tabacco).

A questo punto il medico visita il paziente (valutazione pneumologica ed eventuale radiografia del torace consigliata per i forti fumatori con età superiore ai 45 anni) e quindi dialoga con lui, la tecnica utilizzabile è quella delle domande aperte e dell'apprendimento attivo. Dove è possibile è di grande aiuto il colloquio con uno psicologo.

Il messaggio del medico deve essere personalizzato, forte, deciso, deve prendere spunto dalle parole ed esperienze del-

### PAZIENTE FUMATORE



Il medico può aiutare i pazienti a smettere di fumare:

- analizzando le loro abitudini di fumatori
- discutendo con loro i benefici dello smettere

lo stesso paziente, collegare il messaggio sul fumo allo stato attuale di salute o malattia o ai costi sociali ed economici del fumo, all'impatto del fumo sui figli.

Viene poi consigliata al paziente la compilazione, per tre o quattro giorni, del Diario Comportamentale (un foglietto con cui avvolgerà il pacchetto delle sigarette dove il paziente annoterà ogni sigaretta che accende, l'orario ecc.), tramite il quale lo stesso paziente e il medico potrà conoscere quali sono le situazioni che lo spingono a fumare, le motivazioni che ha per smettere. In questo modo si riuscirà a rendere cosciente e ragionato un atto che normalmente viene effettuato automaticamente senza essere deciso, e quindi a togliere gran parte delle sigarette (soprattutto quelle voluttuarie).

Il paziente viene invitato a ritornare dopo circa una settimana presso lo studio, dove viene effettuata nuovamente la misurazione del CO, si avrà un nuovo colloquio e si analizzerà il Diario del fumatore.

Molto spesso saranno rimaste le sigarette obbligate, quelle cioè più difficili da abbandonare, anche per tale motivo viene offerta la possibilità di un aiuto farmacologico ad esempio a base di sostitutivi della nicotina, di bupropione o di vareniclina. La scelta della terapia farmacologica viene effettuata, insieme al paziente, dopo aver valutato il Test di Fagerstrom, il punteggio della misurazione del CO, e in base all'anamnesi.

Altre visite ambulatoriali vengono programmate insieme al paziente. Il follow up a tre, sei e dodici mesi può essere effettuato anche telefonicamente, se il paziente è impossibilitato a raggiungere il Centro.

Durante le visite successive verrà misurato il CO exp., si valuteranno le paure del paziente e le situazioni che potrebbero far ricadere il fumatore.

In effetti le recidive sono una delle paure del fumatore al quale però si deve far capire che queste non sono da considerare un fallimento ma solo una tappa nello smettere di fumare.

Oltre ai trattamenti personalizzati è utile che il Centro possa offrire, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato, dei Gruppi per smettere di fumare che offrono al fumatore un supporto psicologico positivo dato da altre persone che come lui cercano di smettere di fumare. Il confronto fra le varie esperienze e motivazioni crea un ambiente di sostegno reciproco.

Il numero degli incontri può variare a seconda delle varie realtà ed esperienze, ma è bene che non superi il numero di dieci.

Il Centro antifumo ha come impegno principale la disassuefazione dal fumo di tabacco, ma non deve trascurare campagne di sensibilizzazione, educazione, informazione e formazione degli operatori sanitari e della popolazione generale, programmi di prevenzione nelle scuole.

L'utilizzazione di tutti gli strumenti ora a nostra disposizione possono aumentare la portata del messaggio. Un esempio è internet attraverso il quale si possono raggiungere target di utenti più ampi e soprattutto i giovani (utilizzeremo il loro stesso linguaggio). È utile che il Centro antifumo si munisca di un sito internet per il Centro antifumo dove potrà, con termini semplici, spiegare i metodi utilizzati per la disassuefazione dal fumo di tabacco in modo che il paziente possa scegliere la modalità a lui più congeniale (gruppo o individuale), come poter prenotare una visita e infine come raggiungere il Centro stesso.

Il centro antifumo dovrà anche cercare con tutti i suoi mezzi di coinvolgere le varie figure sanitarie ed amministrative di riferimento presenti nel proprio territorio per sensibilizzare maggiormente la popolazione generale.

Tab.1 Interventi possibili per la disassuefazione dal fumo.

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

## Requisiti minimi dei centri antifumo

### Strumenti per l'assistenza e la cura

#### a) Interventi di primo livello

- ruolo d'esempio del personale sanitario nel promuovere stili di vita sani (non fumare o comunque non fumare mai davanti agli utenti).

- consiglio breve (*minimal advice*) come pratica ordinaria e diffusa da parte degli operatori sanitari (in particolare MMGG) nei confronti dei fumatori.
- *counselling* antifumo ed eventuale presa in carico del paziente tabagista da parte del MMG finalizzata alla cessazione del fumo.
- ruolo dei farmacisti nel sensibilizzare i fumatori a smettere e nell'informazione sull'offerta di servizi dedicati, presenti sul territorio.



#### b) Interventi di secondo livello

Servizi per la cessazione del fumo:

- precisare il carattere di articolazione funzionale (più che di struttura distaccata...) e valorizzare un modello di lavoro integrato tra i servizi competenti per il tabagismo presenti sul territorio (es. SERT, Pneumologia, Cardiologia, Dipartimento di prevenzione e altro).
- requisiti minimi di funzionamento dei Servizi
- approccio multidisciplinare al paziente tabagista secondo la medicina basata sulle evidenze.

#### Requisiti minimi

Requisiti minimi per l'istituzione del "Centro per lo studio ed il trattamento del tabagismo" di primo livello (Cure primarie, LILT, ecc.)

- a) Collocazione nell'ambito di una struttura sanitaria accreditata.
- b) Identificazione di un locale dedicato, anche non ad uso esclusivo.
- c) Attività condotta da personale sanitario.
- d) Aderenza ai programmi di intervento clinico breve secondo le principali linee guida esistenti in letteratura
- e) Raccolta di un set minimo di dati anagrafici e clinici per ciascun paziente trattato
- f) Verifica, anche a campione, di efficacia di intervento (con dati di astinenza almeno a sei e dodici mesi)

Requisiti minimi per l'istituzione del "Centro per lo studio ed il trattamento del tabagismo" di secondo livello

- a) Responsabilità della gestione clinica dei trattamenti da parte di un medico o di uno psicologo (in questo caso deve essere disponibile la consulenza medica per ciascun paziente).
- b) Formazione "specialistica" in tabaccologia del responsabile clinico del centro (master post universitario o equivalenti; frequenza presso centro antitabacco di secondo livello, periodo di formazione con attività clinica tutorizzata).
- c) Effettuazione per ciascun paziente trattato di una prima

visita specialistica tabaccologica in cui sia raccolto e si conservi evidenza di almeno uno dei seguenti elementi:

- anamnesi.
- effettuazione di un test di dipendenza (preferibilmente Fagerström).
- effettuazione di un test di motivazione al cambiamento
- effettuazione di uno screening dei disturbi del tono dell'umore (con test validati).
- misurazione del CO espiratorio.

d) Identificazione di un percorso di trattamento individuale o di gruppo che preveda:

- Almeno quattro incontri intensivi, oltre alla visita iniziale, e quattro incontri di mantenimento nei primi tre mesi di trattamento.
- Almeno venti minuti di durata per ciascun incontro intensivo e dieci minuti per incontro di mantenimento.
- Esclusione (se non per intenti di ricerca) di ogni intervento terapeutico non supportato da solide evidenze scientifiche (Linee Guida Nazionali ed Internazionali, Evidenze scientifiche).
- Ad ogni fumatore in trattamento deve, se non specificamente controindicata, essere prescritta la terapia farmacologica secondo le più recenti linee guida disponibili (Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services. Public health services. June 2000).

e) Di ogni paziente inserito in un programma di trattamento deve essere disponibile un set minimo di informazioni che comprenda almeno:

- indicazioni della data di cessazione prescelta.
- indicazione della data di ogni incontro effettuato.
- indicazione dello status del paziente, relativamente al fumo, in ciascun incontro.
- registrazione di ogni terapia farmacologica prescritta.

f) L'efficacia di intervento, con indicazione dello status di fumatore o di ex fumatore deve essere effettuata con verifica biologica (es. misurazione CO espiratorio, cotinina urinaria) almeno a fine trattamento (con indicazione dell'intervento dalla data di cessazione) e a distanza di dodici mesi.

Devono essere effettuate verifiche di efficacia di trattamento a tre mesi, sei mesi, dodici mesi per almeno cinquanta casi consecutivi, ogniquale volta il programma di trattamento viene modificato significativamente nei suoi elementi costitutivi e comunque almeno ogni due anni.

- g) Il centro deve essere attivo tutto l'anno.
- h) Devono essere identificati i locali necessari all'attività, anche se non necessariamente in uso esclusivo.
- i) Il volume di attività annuale non può essere inferiore agli ottanta pazienti/anno e, in ogni caso, non inferiore a cinquanta pazienti/medico addetto.
- l) L'accesso al Centro deve essere garantito prioritariamente attraverso il centro di prenotazione unica e su richiesta del medico di medicina generale. ■